

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

В. Ю. Малюгин, И. Э. Бовбель, А. В. Сукало

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011

УДК 616-053.2-08-039.57 (075.8)
ББК 57.33 я73
М21

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 23.06.2010 г., протокол № 11

Рецензенты: доц. В. И. Твардовский; доц. А. А. Устинович

Малюгин, В. Ю.

М21 Организация амбулаторной помощи детям и подросткам : учеб.-метод. пособие / В. Ю. Малюгин, И. Э. Бовбель, А. В. Сукало. – Минск : БГМУ, 2011. – 78 с.

ISBN 978-985-528-381-3.

Отражены вопросы организации амбулаторно-поликлинического наблюдения за детьми и подростками. Охватывает основные сферы деятельности участкового врача-педиатра по организации медицинского обслуживания детей и подростков на педиатрическом участке и в детской поликлинике.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов педиатрического факультета.

УДК 616-053.2-08-039.57 (075.8)
ББК 57.33 я73

ISBN 978-985-528-381-3

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

Список сокращений

МРЭК — медико-реабилитационная экспертная комиссия

ФАП — фельдшерско-акушерский пункт

ЦРБ — центральная районная больница

СВУ — сельский врачебный участок

СПР — санитарно-просветительская работа

ЛН — листок нетрудоспособности

ВКК — врачебно-консультационная комиссия

Репозиторий БГМУ

Детская поликлиника

Ведущее место в системе детского здравоохранения занимает амбулаторно-поликлиническая помощь, которая обеспечивается широкой сетью поликлиник и поликлинических отделений.

Детская городская поликлиника — самостоятельное учреждение здравоохранения или структурное подразделение детской городской больницы или городской поликлиники для взрослых. Детская городская поликлиника пользуется правами юридического лица, имеет штамп и круглую печать.

Детскую городскую поликлинику возглавляет главврач (отделение — заместитель главврача городской поликлиники или заведующий отделением городской поликлиники).

Планирование деятельности, штата, финансирование, оснащение медицинской аппаратурой, инструментарием, хозяйственным инвентарем и оборудованием производится в соответствии с действующими нормативами в установленном порядке.

Самостоятельная детская городская поликлиника (отделение) ведет учет и предоставляет отчетность в порядке, установленном МЗ Республики Беларусь.

Район деятельности поликлиники определяется органом здравоохранения по подчиненности. Детская городская поликлиника (отделение) в районе своей деятельности обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям и подросткам до 18 лет включительно (возраст детей — до 14 лет 11 месяцев 29 дней, подростков — от 15 до 17 лет 11 месяцев 29 дней).

Работа детской поликлиники организуется по участковому принципу. Такая система оказания педиатрической помощи создает оптимальные возможности для непрерывного наблюдения за детьми одним и тем же врачом и медсестрой и обеспечивает условия для точной оценки развития и состояния здоровья в динамике с учетом обстановки, в которой ребенок растет и воспитывается.

При формировании педиатрических участков учитывается не только общее количество детей, но и их возраст, отдаленность участка от поликлиники, наличие общежития, этажность домов, оборудованность их лифтами и т. д.

Ежегодно в мае–июне и октябре–ноябре для уточнения списков детей педиатрического участка участковая медсестра проводит перепись детского населения. Изменения в составе наблюдаемого контингента в период между переписями отражается в журналах выбывших и прибывших (хранятся в регистратуре).

Главной фигурой, оказывающей медицинскую помощь детям в поликлинике, является участковый педиатр.

КАТЕГОРИИ ПОЛИКЛИНИК

Мощность поликлиник устанавливается в зависимости от числа посещений на одного жителя в год. В зависимости от количества посещений и численности детского населения, прикрепленного к территориальной детской поликлинике, разделяют пять категорий поликлиник:

- первая — 800 посещений в день;
- вторая — 700;
- третья — 500;
- четвертая — 300;
- пятая — 150.

ЗАДАЧИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Детская городская поликлиника (отделение) обеспечивает:

1. Организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения.
2. Медицинское наблюдение за здоровыми детьми путем профилактических осмотров.
3. Проведение профилактических прививок в сроки, установленные МЗ Республики Беларусь.
4. Формирование здорового образа жизни в семье.
5. Лечебно-консультативную помощь, включая специализированную, детям на дому и в поликлинике.
6. Направление детей на лечение в стационары, санатории.
7. Отбор детей в специализированные дошкольные учреждения, санаторные школы-интернаты.
8. Противоэпидемические мероприятия совместно с ЦГиЭ.
9. Правовую защиту ребенка в пределах установленной компетенции.
10. Освоение и внедрение новых современных форм и методов работы, методик лечебно-диагностического процесса.

СТРУКТУРА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

В состав детской городской поликлиники входят следующие подразделения:

1. Административно-хозяйственная служба (администрация, регистратура, кабинет медицинской статистики, кабинеты хозяйственной службы, бухгалтерия и правовой кабинет).
2. Педиатрические отделения участковой службы (фильтр и изоляторы, кабинеты приема участковых врачей-педиатров).
3. Педиатрическое отделение для медицинского обеспечения детей и подростков в организованных коллективах (кабинет доврачебного приема, кабинеты профилактических осмотров, скрининг-тестов, кабинет им-

мунопрофилактики с картотекой, кабинет по воспитанию здорового ребенка, кабинет психолога и педагога).

4. Отделение медицинской реабилитации (кабинеты физиотерапевтического лечения, массажа, лечебной физкультуры, водолечения, механотерапии, кабинет для логопедических занятий, бассейн, сауна).

5. Специализированная служба (кабинеты врачей-специалистов).

6. Лечебно-диагностическая служба (лаборатория, кабинеты функциональной и лучевой диагностики, процедурный кабинет).

ФУНКЦИИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ И СЛУЖБ

Педиатрическое отделение участковой службы осуществляет антенатальную охрану плода, оказание лечебно-консультативной помощи в поликлинике и на дому детям с острыми и хроническими заболеваниями, патронаж больных и здоровых детей, отбор детей на профилактические прививки, санаторное лечение и оздоровление, противоэпидемическую работу на педиатрических участках, санитарно-просветительную деятельность, анализ основных качественных показателей работы и состояния здоровья детей, мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медперсонала. В отделении работают участковые врачи-педиатры, участковые медсестры. Возглавляет отделение заведующий.

Педиатрическое отделение для медицинского обеспечения детей в организованных коллективах осуществляет профилактические осмотры детей в поликлинике, планирование, проведение и контроль иммунопрофилактики, отбор и направление детей на летнее оздоровление, подготовку детей к поступлению в ДДУ и школу, формирование здорового образа жизни в семье и коллективе, анализ работы, методическое руководство работой среднего медицинского персонала ДДУ и школ и ее координацию, противоэпидемическую деятельность, принимает участие в работе по профориентации школьников с учетом состояния их здоровья. В отделении работают врачи-педиатры, врачи кабинета профилактических прививок, педагог, психолог, фельдшера и медсестры. Возглавляет отделение заведующий.

Отделение медицинской реабилитации осуществляет отбор детей и проведение комплекса восстановительного лечения, направление больных с учетом показаний на восстановительное лечение в стационары, оказание консультативной помощи врачам других отделений по медицинской реабилитации. В отделении работают врачи-педиатры, физиотерапевт, врач ЛФК, иглорефлексотерапевт, логопед, медсестра. Возглавляет отделение заведующий.

Специализированная служба осуществляет оказание специализированной медицинской помощи детям в поликлинике и на дому по разделам: отоларингология, офтальмология, неврология, кардиология, хирургия,

травматология; совместно с врачами-педиатрами проводит профилактические осмотры, санитарное просвещение. В службе работают врачи-специалисты и медсестры. Руководит специализированной службой заместитель главврача по медицинской части, при отсутствии в штате поликлиники заместителя — главврач.

Лечебно-диагностические кабинеты осуществляют диагностические (лабораторные, функциональные, инструментальные и др.) исследования с применением необходимой аппаратуры и специальных методик. Руководит службой заместитель главврача по медицинской части, при отсутствии в штате заместителя — главврач. В службе работают врачи лучевой, функциональной диагностики, врач-лаборант, средний медперсонал.

Административно-хозяйственная служба управляет административно-хозяйственной и финансовой деятельностью поликлиники.

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С ДРУГИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

Преемственность в работе врача с медсестрой осуществляется на приеме и при записи участковым педиатром назначений участковой медсестре в специальном журнале, находящемся в регистратуре.

Преемственность в работе детской поликлиники с женской консультацией осуществляется через передачу в регистратуру поликлиники информации о беременных, взятых на учет в женской консультации. Особо передаются сведения о беременных из группы риска. Исходя из этой информации участковый педиатр или медсестра проводят дородовые патронажи.

С роддомом преемственность в работе осуществляется через «патронажный» журнал, находящийся в регистратуре. Регистратор вносит в него информацию о новорожденных, поступающую из роддомов, и периодически переписывает ее (1–3-й патронажи) в журнал записи вызовов участка.

Со стационарами реализуется:

- правильным оформлением направлений в стационар;
- передачей историй развития ребенка из поликлиники в стационар;
- передачей «активов» в поликлинику после выписки ребенка из стационара;
- пересылкой эпикризов из стационара в поликлинику.

Преемственность в работе поликлиники с ЦГиЭ состоит в следующем:

- подаче экстренных извещений при выявлении инфекционных заболеваний;
- проведении первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекций;
- организации наблюдения за очагом инфекционного заболевания (за «контактными») педиатром на основании информации, поступившей из ЦГиЭ («активы ЦГиЭ»).

Преимуществом в работе детского консультативно-диагностического центра с детской поликлиникой заключается в следующем:

- обследовании ребенка и правильном оформлении направления на консультацию;
- рекомендациях по ведению ребенка участковым врачом.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ СОТРУДНИКОВ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Типовые должностные обязанности участкового врача-педиатра.

На должность участкового врача-педиатра назначается врач-педиатр, имеющий высшее медицинское образование, без предъявления требований к стажу работы.

Участковый врач-педиатр назначается и увольняется главврачом учреждения и работает под руководством заведующего отделением.

Участковый врач-педиатр выполняет следующие обязанности:

1. Обеспечивает условия оптимального физического и нервно-психического развития детей путем широкого внедрения комплекса профилактических мероприятий, дальнейшего снижения заболеваемости и смертности детей до 18 лет.

2. Осуществляет постоянную связь с женской консультацией, преемственность в наблюдении за беременными женщинами (особенно из групп риска).

3. Посещает на дому новорожденных в первые три дня после выписки из роддома и контролирует посещение новорожденных на дому участковой медсестрой.

4. Проводит прием детей в поликлинике, назначает им режим, рациональное питание, специфическую и неспецифическую профилактику рахита, оценивает физическое и нервно-психическое развитие детей.

5. Осуществляет профилактическое наблюдение за детьми согласно методическим рекомендациям, направляет детей на консультации к врачам-специалистам и на необходимые лабораторные исследования.

6. Планирует (совместно с участковой медсестрой) профилактические прививки, своевременно и обоснованно оформляет медицинские отводы от них.

7. Осуществляет динамическое наблюдение за детьми, взятыми на диспансерный учет, проводит их оздоровление совместно с другими врачами-специалистами и анализ эффективности диспансеризации.

8. Организует обследование и необходимые профилактические мероприятия детям перед поступлением в ДДУ и школы.

9. Проводит отбор и учет детей, нуждающихся по состоянию здоровья в санаторном лечении.

10. Посещает больных детей на дому в день поступления вызова и оказывает им необходимую лечебную помощь, обеспечивает наблюдение за больным ребенком до выздоровления, госпитализации или разрешения посещать поликлинику.

11. Наблюдает ежедневно за больным ребенком первого года жизни до выздоровления.

12. Направляет в установленном порядке ребенка на лечение в стационар, в необходимых случаях принимает все меры к немедленной госпитализации ребенка.

13. Информировывает руководство поликлиники (отделения) обо всех тяжелобольных детях на участке, не госпитализированных по каким-либо причинам.

14. Извещает в установленном порядке санитарно-эпидемиологическую станцию о выявленных инфекционных больных и подозрительных на инфекционное заболевание, проводит комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение инфекционных заболеваний.

15. Систематически повышает свою квалификацию и внедряет в практику работы новейшие методы лечения и предложения по научной организации труда.

16. Проводит санитарно-просветительную работу по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний, в поддержку грудного вскармливания.

17. Ведет утвержденную МЗ Республики Беларусь медицинскую документацию.

18. Осуществляет контроль за работой участковой медсестры.

19. Активно участвует в общественной жизни коллектива.

20. Готовит необходимые медицинские документы и представляет их на медико-реабилитационную экспертную комиссию (МРЭК) для решения вопросов установления инвалидности и ее продления.

21. Выписывает рецепты, в т. ч. для льготного отпуска лекарственных средств в соответствии с действующим законодательством (прил. 1).

22. Определяет группу риска детей по социальному фактору и обеспечивает динамическое наблюдение за ними.

23. Регулярно уведомляет администрацию поликлиники о случаях насилия, жестокого обращения с детьми дома.

Участковый врач-педиатр работает по плану, составленному на основе анализа состояния здоровья детей, их заболеваемости.

Участковый врач-педиатр имеет право:

1. Выдавать листки нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в соответствии с действующей инструкцией.

2. Давать распоряжения подчиненным ему средним и младшим медработникам, вносить предложения о поощрении этих работников или на-

ложении взысканий на лиц, выполняющих свои обязанности неудовлетворительно или нарушающих правила внутреннего трудового распорядка.

Типовые должностные обязанности участковой медсестры. На должность участковой медсестры детской поликлиники назначается медсестра, имеющая среднее медицинское образование, без предъявления требований к стажу работы.

Участковая медсестра детской поликлиники работает под руководством участкового врача-педиатра. Она назначается и увольняется главврачом учреждения.

В ее обязанности входят следующие разделы работы:

1. Профилактическая работа по развитию и воспитанию здорового ребенка.

2. Оказание медицинской помощи больным детям на дому по назначению врача.

3. Санитарно-просветительная работа с населением в поддержку грудного вскармливания, воспитания здорового ребенка.

4. Ведение учетно-отчетной документации.

5. Повышение своей квалификации.

6. Профилактическая и противоэпидемическая работа на участке.

Участковая медсестра выполняет следующие обязанности:

1. Совместно с участковым врачом-педиатром посещает новорожденных в первые три дня после выписки из роддома.

2. Выполняет назначения врача.

3. Контролирует выполнение родителями лечебных назначений участкового врача.

4. При проведении первичного патронажа новорожденного обучает мать принципам грудного вскармливания, правилам ухода за новорожденным, а также умению оценить состояние здоровья ребенка с целью своевременного обращения за медицинской помощью.

5. Ознакамливает мать с режимом работы поликлиники, порядком обращения за медицинской помощью (оставляет номер телефона поликлиники и график работы участкового врача-педиатра).

6. На всех новорожденных оформляет медицинскую документацию (формы №№ 112/у, 63/у).

7. Проводит ежемесячное планирование профилактических прививок детям дошкольного возраста, приглашает детей на прививку в поликлинику.

8. В случае временного выбытия ребенка в другой населенный пункт обеспечивает родителей выпиской о профилактических прививках с указанием сроков проведения предстоящей прививки.

9. Ведет работу по своевременной организации врачебных осмотров детей, состоящих на диспансерном учете, согласно плану диспансеризации.

10. Своевременно информирует участкового врача-педиатра о семьях, лишенных родительских прав, о случаях жесткого обращения с детьми и насилия над ними.

11. Обеспечивает наблюдение за контактными детьми в очагах инфекционных заболеваний, осуществляет забор материала для бактериологического исследования у детей, больных ангиной, острыми кишечными инфекциями.

12. Владеет техникой необходимых медицинских манипуляций.

13. Соблюдает принципы медицинской этики и деонтологии.

14. Осуществляет перепись детского населения 2 раза в год.

15. Ведет журнал переписи детского населения по утвержденной форме.

16. Выполняет назначенные врачом лечебные процедуры на дому.

17. Оказывает помощь врачу при медицинских осмотрах детей (проводит антропометрию, выписывает справки, направления, выписки, следит за очередностью приема).

18. Проводит беседы с родителями на участке и в поликлинике по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний.

19. Принимает участие в организации санитарно-просветительных выставок, уголков здоровья в поликлинике.

Медсестра обязана систематически повышать свою квалификацию, изучать передовой опыт по организации работы медсестер, применять его в своей деятельности, участвовать в работе совета медсестер.

Типовые должностные обязанности заведующего педиатрическим отделением. На должность заведующего педиатрическим отделением назначается врач-педиатр со стажем работы по специальности не менее пяти лет, имеющий квалификационную категорию.

Заведующий педиатрическим отделением непосредственно подчиняется главврачу учреждения (заместителю главврача по медицинской части).

Заведующий педиатрическим отделением назначается и увольняется главврачом поликлиники.

Заведующий педиатрическим отделением организует свою работу в соответствии с Положением о детской поликлинике, приказами и инструкциями органов здравоохранения, а также распоряжениями и указаниями вышестоящих органов и должностных лиц, действующим законодательством.

Он работает в тесном контакте со всеми остальными подразделениями поликлиники, территориальным ЦГиЭ, центрами здоровья, женскими консультациями, стационарами, службами по делам несовершеннолетних, МРЭК, военкоматами и др.

Заведующий педиатрическим отделением осуществляет свою деятельность в соответствии с годовым планом, утвержденным руководством учреждения.

Заведующий педиатрическим отделением выполняет следующие обязанности:

1. Участвует в подборе и расстановке медицинских кадров.
2. Осуществляет непосредственное руководство и контроль за лечебно-профилактической, противоэпидемической и санитарно-просветительной работой врачей отделения и среднего медперсонала.
3. Принимает участие в составлении планов и графиков работы участковых врачей-педиатров и участковых медсестер, контролирует выполнение ими ежемесячных планов работы.
4. Консультирует больных в поликлинике, на дому; дает рекомендации по лечению, обеспечивает своевременную госпитализацию больных детей, подлежащих стационарному лечению.
5. Контролирует обоснованность выдачи листков нетрудоспособности по уходу за больными детьми на дому.
6. Анализирует основные качественные показатели и представляет отчеты о работе отделения в установленные сроки заместителю главврача по медицинской части.
7. Обеспечивает проведение мероприятий по повышению квалификации врачей-педиатров и среднего медперсонала.
8. Проводит совещания, инструктаж вновь поступивших врачей и медсестер.
9. Внедряет новые передовые формы медицинского обслуживания детей.
10. Контролирует отбор детей на санаторное лечение и оформление медицинских заключений для направления на МРЭК.
11. Доводит до сведения работников отделения приказы, распоряжения, инструктивно-методические указания вышестоящих органов и обеспечивает их своевременное выполнение.
12. Проводит прием населения в установленные часы.
13. Ведет работу в коллективе по формированию внимательного и чуткого отношения к детям и родителям, чувства ответственности за порученное дело.
14. Контролирует выполнение планов работы врачами-педиатрами и медсестрами.
15. Организует проведение профилактических осмотров и диспансеризации детского населения, осуществляет контроль за их эффективностью.
16. Проводит экспертизу качества и своевременности передачи подросков в поликлиники для обслуживания взрослого населения.

17. Осуществляет оперативный контроль за состоянием иммунопрофилактической работы, полнотою охвата и своевременностью проведения прививок, правильностью оформления медицинских противопоказаний к прививкам с ежемесячным анализом данного раздела работы.

18. Осуществляет контроль за организацией и качеством профилактики, лечения, диспансеризации и оздоровления детей с хроническими заболеваниями.

19. Координирует и контролирует работу по обеспечению бесплатным питанием детей первых двух лет жизни из малообеспеченных семей.

20. Своевременно доводит до сведения заместителя главврача по медицинской части информацию о случаях насилия над детьми и жесткого обращения с ними.

Заведующий педиатрическим отделением имеет право:

1. Отдавать распоряжения и указания работникам отделения.
2. Представлять работников отделения к поощрению и вносить предложения о наложении взыскания на лиц, нарушающих трудовую дисциплину и выполняющих свои обязанности неудовлетворительно.

Заведующий педиатрическим отделением отчитывается о своей работе перед главврачом (его заместителем) и населением.

ВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ

В истории развития ребенка (форма № 112) после даты обращения должно быть записано «амбулаторно первично» или «повторно» (А I или А II) либо «на дому первично» или «повторно» (Д I или Д II), если посещение активное — «Д/актив.», патронаж — «Д/патр.». При посещении по поводу динамического наблюдения записывается полностью «диспансерное наблюдение», по поводу профилактического осмотра — «Проф. осмотр». При диспансерном наблюдении обязательно указывается дата следующего посещения или активного наблюдения.

На «Лист заключительных уточненных диагнозов» (далее «Лист») врачами всех специальностей заносятся диагнозы, установленные при обращении в поликлинику или на дому, независимо от того, когда был выставлен диагноз: при первичных или последующих обращениях.

Если врач выставил диагноз под вопросом на «Листе», записывается только дата первого посещения, а диагноз пишется после его уточнения (дополнительного обследования больного или консультации).

Если поставленный и записанный на «Листе» диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачеркивается, и вписывается новый без изменения даты первого обращения.

Если у больного одновременно обнаружено несколько заболеваний, или основное осложнилось новым, все заболевания выносятся на «Лист».

При переходе болезни из одной стадии в другую записанный диагноз повторяется, но указывается новая стадия.

Когда больной в одном учреждении обращается по поводу одного и того же заболевания к разным специалистам, на «Лист» диагноз выносит только врач, первый его поставивший.

Если у больного выявлено заболевание, по поводу которого он раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на «Листе» знаком «+» (плюс).

Заболевания, которые могут возникнуть у одного человека несколько раз (ангина, ОРЗ, абсцессы, травмы и т. д.), при новом возникновении считаются впервые выявленными и отмечаются на «Листе» знаком «+», если больной по поводу этого заболевания не обращался в другое лечебное учреждение (амбулаторное, а после стационара заболевание считается первичным).

В случае посещения по поводу заболевания, с которым больной обращался в предыдущие годы в любое лечебное учреждение, заболевание не считается впервые выявленным и отмечается знаком «-» (минус).

Уточненный диагноз со знаком «-» выносится на «Лист» при первичном обращении в текущем году по поводу диспансерного наблюдения, если ему предшествовало обращение по поводу данного заболевания.

Регистрация заболеваний в поликлинике ведется по обращаемости, поэтому диагноз заболевания, по поводу которого больной в данном году не обращался, на «Лист» не выносится. Например, больной обратился в поликлинику по поводу острой пневмонии, а ранее (допустим, в прошлом году) он страдал хроническим заболеванием (но на диспансерном наблюдении не находился), диагноз хронического заболевания на «Лист» не выносится.

Если острое заболевание, по поводу которого больной обращался в конце года, было зарегистрировано на «Листе», то при повторных посещениях в начале нового года для продолжения лечения того же заболевания выносить диагноз на «Лист» не следует.

Заболевание, выявленное в качестве осложнения другого, отдельным не считается, а лишь приписывается к первому заболеванию (например, пневмония, выявленная как осложнение гриппа или кори, скарлатинозный отит и др.).

Диагнозы на «Листе» должны записываться полностью с указанием характера заболевания (острое или хроническое), локализация, стадии, а также других признаков, уточняющих диагноз, в соответствии с МКБ-10.

Нельзя записывать на «Лист» симптомы вместо диагноза. Также пишется не «обострение хронического бронхита», а «хронический бронхит».

Если диагноз заболевания или травмы, послуживших причиной смерти, не указан на «Листе», то он должен быть записан по общим правилам.

В случае смерти больного на дому врач, удостоверивший факт смерти, должен оформить посмертный эпикриз (прил. 2, 3) и сделать запись в амбулаторной карте (за подписью заведующего отделением), после чего выдать свидетельство о смерти (форма № 246).

Эпикризы на больных, выписанных из стационара, подклеиваются в амбулаторные карты, а в «Книге записи больных, назначенных на госпитализацию» (форма № 34) делается соответствующая запись (графы 9–12).

В поликлинике ведется регистрация только заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению (перечень предусмотрен формой № 271 «Сводная ведомость учета заболеваний» и рекомендациями главных специалистов), а также гриппа, ОРЗ, ангин, острых пневмоний, несчастных случаев, отравлений и травм с целью изучения по району обслуживания контингента больных хроническими и отдельными острыми заболеваниями.

Во всех этих случаях следует заполнять статистический талон (форма № 025/у), включая умерших от заболеваний и подлежащих диспансерному наблюдению, но не наблюдавшихся. Заполняет статистический талон медсестра, но за правильность и своевременность его заполнения отвечает врач.

Статистический талон заполняется при первичном обращении больного в текущем году по данному заболеванию и в случаях, когда больной выписался из стационара (до этого в поликлинику по данному заболеванию не обращался), а также если больного посетил врач после оказания помощи больному скорой медицинской помощью. *Врачи стационара и скорой медицинской помощи статистический талон не заполняют.*

Если у одного и того же больного имеется несколько заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению, то статистические талоны заполняются на все заболевания.

Если такой больной взят на диспансерный учет, то на все заболевания заполняется форма № 30 таким образом, что по одному из заболеваний он будет учитываться как лицо, а в остальных карточках формы № 30 с другими диагнозами отрезается правый верхний угол и учитывается только заболевание.

На инфекционные заболевания заполняются формы №№ 30–39.

При заполнении талона на лиц, находящихся под динамическим наблюдением, пишется буква «Д», а на вновь взятых — «Д/н». При обращении в поликлинику по месту жительства больного, состоящего на диспансерном учете у цехового врача другой поликлиники, на статистическом талоне делается отметка «Д» и указывается номер поликлиники, где больной наблюдается.

Статистические талоны после каждого приема сдаются в кабинет статистики, где медстатистиком заполняется форма № 39 «Дневник врача

поликлиники». После обслуженных визитов статистические талоны представляются в статистический кабинет на следующий день.

В «Книге записи врачей на дом и по неотложной помощи» (форма № 31) врач, выполняющий визит, записывает дату посещения, диагноз и расписывается. Записанный диагноз должен точно соответствовать заключительному диагнозу, указанному в медицинской карте и в статистическом талоне.

Организация медицинской помощи детям и подросткам в детской городской поликлинике

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НА ДОМУ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В неразрывной связи с профилактической работой на педиатрическом участке находится лечебная помощь детям и подросткам, которая состоит из двух больших разделов:

- лечение на дому остро заболевших;
- динамическое наблюдение за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями и их реабилитация.

Контингент, подлежащий наблюдению и лечению на дому, следующий:

- дети с острыми респираторными заболеваниями;
- дети с инфекционными заболеваниями, не требующими изоляции в стационар;
- реконвалесценты, нуждающиеся в долечивании после стационара;
- здоровые дети, контактировавшие с инфекционными больными;
- дети, осмотренные накануне скорой помощью или дежурным врачом поликлиники;
- новорожденные (в случае заболевания показана госпитализация).

Запись вызова врача на дом производится с 8 до 14 часов по телефону или непосредственно в поликлинике. В журнале вызовов указываются: Ф.И.О. ребенка, год и месяц рождения (возраст), адрес ребенка, № детского учреждения, жалобы. Вызовы с жалобами «судороги», «без сознания», «посинел», «задыхается», «умирает» не принимаются, а передаются на скорую помощь.

Участковый врач расписывается при получении каждого вызова, а после посещения выставляет диагнозы с указанием «первичный» или «повторный» (I или II соответственно).

В ряде поликлиник информация о вызовах вносится в компьютер, участковому педиатру выдается листок с напечатанными визитами. Сведения о диагнозах также вносятся в компьютер и затем передаются в ка-

бинет статистики, что освобождает врачей от необходимости заполнять статистические талоны.

Оформление амбулаторной карты. В истории развития ребенка (форма № 112/у) при выполнении визита необходимо указать дату посещения, температуру, частоту дыхания, частоту сердечных сокращений ребенка, основные жалобы, оценить тяжесть состояния, указать патологические изменения в связи с заболеванием, диагноз, основные компоненты лечения, дату явки или активного посещения.

Педиатр также должен знать специфику заполнения журнала экстренных извещений об инфекционном заболевании (форма № 060/у) или форму экстренного извещения об инфекционном заболевании (форма № 058/у), журнала назначений участковой медсестры, направлений в лабораторию и рентгенкабинет, в стационар и ЦГиЭ (для бактериологического исследования на дифтерию и кишечные инфекции).

Виды посещений на дому следующие:

- первичное — после первичного обращения в поликлинику по поводу заболевания;
- повторное — вследствие повторного вызова по поводу одного заболевания (таких вызовов должно быть как можно меньше, педиатр должен посещать ребенка активно);
- активное — для предусмотренного врачом осмотра больного после первичного посещения.

Непрерывность наблюдения больного ребенка на дому, ориентировочная кратность посещений. Ребенок должен наблюдаться на дому непрерывно до наступления периода реконвалесценции заболевания, когда ребенка можно направить в поликлинику. Частота посещений зависит от его возраста (грудные дети наблюдаются ежедневно до выздоровления, более старшие — 1 раз в 2–3 дня), а также от тяжести и периода заболевания (в острый период и при более тяжелом состоянии — чаще).

Нормы оказания медицинской помощи детям на дому, расчет рабочего времени. Рабочий день участкового педиатра — 7 часов 42 минуты, из этого времени 3 часа отводится на прием, остальное время выделяется для медицинской помощи на дому. На одно посещение участковый педиатр затрачивает (по нормативам) 30 минут, т. е. в среднем он выполняет 8–9 визитов в день.

На приеме реконвалесцентов (понедельник, среда, пятница) педиатр должен в среднем принимать 15 детей (12 минут на одного ребенка), на диспансерном приеме (вторник, четверг) — 9 детей (20 минут на одного ребенка).

При организации медицинской помощи на дому необходимо выполнение следующих условий:

- посещение больного ребенка врачом в день вызова;

- первоочередное обслуживание детей раннего возраста и детей с гипертермией;
- своевременное назначение лечения, режима, питания и ухода;
- контроль за выполнением участковой медсестрой назначений врача и родителями его рекомендаций;
- активное наблюдение за больными детьми (ежедневное за детьми первого года жизни до выздоровления);
- организация на дому консультаций заведующего педиатрическим отделением и врачей-специалистов, необходимых лабораторных исследований тяжелобольного ребенка (в случаях отказа от госпитализации, а при ее невозможности — организация стационара на дому) и при заболевании детей раннего возраста из групп риска;
- проведение экспертизы нетрудоспособности, оформление и выдача листов нетрудоспособности по уходу за больным ребенком (прил. 4).

Организация на дому консультаций заведующего отделением, врачей-специалистов, лабораторного обследования. Консультация заведующего отделением показана:

- при отказе от госпитализации, если состояние ребенка тяжелое;
- в случае острой пневмонии, которая лечится на дому, особенно у детей первого года жизни;
- в случае заболевания новорожденного ребенка при отказе от госпитализации;
- при лечении на дому детей с ОКИ, особенно больных первого года жизни;
- при установлении диагнозов «скарлатина» и «корь»;
- во всех диагностически неясных случаях;
- в случае затяжного или резистентного к назначенному лечению заболевания, если родители не могут привести ребенка в поликлинику;
- при лечении недоношенных детей.

Консультации на дому входят в обязанности врачей-специалистов поликлиники и организуются участковым педиатром, который решает, есть ли необходимость в их проведении, и делает запись в специальном журнале консультаций специалистов в регистратуре.

Консультация ЛОР-врача организуется при подозрении на наличие острого отита или синусита, если родители не могут привести ребенка в поликлинику (грудной возраст, зимнее время и т. д.).

Консультация окулиста проводится при наличии резистентного к терапии обычными средствами конъюнктивита, а также при дакриоцистите новорожденных (при подозрении или после выписки из стационара).

Консультация невролога организуется при необходимости для детей грудного возраста и выписанных из отделения новорожденных с патологией ЦНС, а также в осенне-зимне-весеннее время.

Консультация хирурга проводится при подозрении на гнойную инфекцию новорожденных (вместе с заведующим отделением при отказе от госпитализации) и в послеоперационном периоде детей грудного возраста.

Не следует организовывать консультации специалистов на дому в случае острых заболеваний, требующих госпитализации (подозрение на острый аппендицит, пилоростеноз, черепно-мозговая травма, этмоидит, острый гнойный отит и т. д.).

При необходимости участковый педиатр может назначить анализ крови на дому, подав заявку (направление) в лабораторию, в исключительных случаях на дому может быть произведен забор крови для биохимического исследования.

ОРГАНИЗАЦИЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Существуют **абсолютные** и **относительные показания к госпитализации**.

При *относительных* показаниях вопрос, где лучше лечить ребенка, решается индивидуально с учетом его возраста, особенностей реактивности организма, необходимых для лечения дома условий, тяжести заболевания, наличия других сопутствующих заболеваний.

Абсолютные показания к госпитализации следующие:

- тяжелое состояние пациента;
- острая пневмония у детей первого года жизни;
- любое острое заболевание у недоношенных в возрасте до 1 года;
- заболевания у новорожденных;
- гнойная инфекция у новорожденных;
- стенозирующий ларинготрахеит у детей любого возраста;
- подозрение на острую хирургическую патологию;
- инфекционные заболевания: подозрение на менингит, полиомиелит, дифтерию, наличие ОКИ с учетом эпидемической ситуации;
- ОКИ у детей первого года жизни.

Важно правильно выбрать профиль отделения стационара, куда будет направлен ребенок. При угрожающих жизни состояниях его направляют в ближайший стационар. Госпитализировать детей с острыми заболеваниями необходимо санитарным транспортом: при тяжелом состоянии ребенка вызвать скорую помощь, при состоянии средней тяжести — «перевозку» (103), при наличии инфекционного заболевания — «инфекционную перевозку».

При госпитализации выписывается **направление**, в котором необходимо указать: стационар, Ф.И.О. пациента, его возраст, диагноз, помощь, которая ему была оказана на догоспитальном этапе, аллергологический анамнез, контакт с инфекционными больными, результаты осмотра на пе-

дикулез, чесотку и микроспорию, дату и время выписки направления, № поликлиники (прил. 5).

В истории развития ребенка описывают статус, диагноз и указывают: «показана госпитализация», «дано направление», «вызван санитарный транспорт».

Необходимо на следующий день позвонить в стационар, куда направлен ребенок, убедиться, что он госпитализирован.

При **отказе родителей от госпитализации** необходимо правильно его оформить: если показания к госпитализации относительные, достаточно в истории развития ребенка сделать запись: «предложена госпитализация, родители отказались» и назначить адекватное лечение на дому с последующим активным наблюдением; если состояние ребенка тяжелое и имеются абсолютные показания к госпитализации, заносится запись: «с родителями ребенка проведена беседа о возможных последствиях при лечении на дому», необходимо поставить в известность заведующего отделением и администрацию поликлиники. Возможно обращение в местную администрацию и правоохранительные органы.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИЕМА В ПОЛИКЛИНИКЕ, ПРИЕМ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ И ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ

Приемы в поликлинике организованы следующим образом:

- *понедельник, среда, пятница* — прием реконвалесцентов (3 часа, в среднем 15 детей — 12 минут на 1 ребенка);
- *вторник* — прием здоровых детей до года (3 часа, 9–10 детей — 20 минут на 1 ребенка);
- *четверг* — прием детей, состоящих на диспансерном учете (3 часа, 9 детей — 20 минут на 1 ребенка).

С целью избежания очередей на приеме рекомендуется практика листов самозаписи с указанием времени предполагаемого посещения или система талонов.

Узкие специалисты проводят приемы детей по своей специальности в поликлинике в течение 6 часов ежедневно с выделением времени на профилактические осмотры и консультации на дому. В типовой поликлинике должны быть врачи следующих специальностей: хирург, отоларинголог, окулист, невролог, кардиолог, инфекционист и врач ЛФК. Приемы врачей-специалистов по вторникам должны быть спланированы в течение дня таким образом, чтобы можно было провести осмотры детей первого года жизни.

Специализированная и консультативная помощь осуществляется:

- стоматологами — на базе стоматологического отделения поликлиники или районной стоматологической поликлиники;

- ортопедами — на базе специализированного отделения или детской поликлиники;
- урологами;
- аллергологами — в одной из поликлиник района города;
- детским гинекологом — в одной из 3–4 детских поликлиник района;
- травматологами — на травмопунктах города.

Отдельные виды специализированной помощи оказываются в диспансерах (психоневрологическом, дерматовенерологическом, онко- и противотуберкулезном, эндокринологическом, сурдологическом и т. д.).

Другие виды специализированной помощи могут быть оказаны на консультативных приемах в специализированных центрах — пульмонологическом, аллергологическом, гематологическом, отоларингологическом, офтальмологическом, стоматологическом (на базе стационаров) — или в детском консультативно-диагностическом центре, где также можно получить консультации врачей по профилю заболевания (гастроэнтеролога, кардиолога, невролога, нефролога, пульмонолога, аллерголога и др.).

Заведующий отделением обычно принимает в то же время, когда и участковые педиатры этого отделения.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКАЯ РАБОТА

Одним из разделов работы участкового педиатра является противоэпидемическая работа, которая включает в себя:

- неспецифическую профилактику инфекционных заболеваний (повышение резистентности организма ребенка путем принятия различных мер неспецифического характера, привитие гигиенических навыков и т. д.);
- специфическую профилактику инфекционных заболеваний путем активной иммунизации детского населения против инфекционных заболеваний;
- противоэпидемические мероприятия, которые проводятся участковым педиатром совместно с ЦГиЭ в очаге инфекционного заболевания.

Противоэпидемические мероприятия в поликлинике для профилактики ОРЗ. Больные дети обслуживаются на дому. В поликлинику приглашаются только реконвалесценты, предпочтительно во второй половине приема.

В поликлинике предусмотрены отдельный вход для здоровых и больных детей, фильтр и изолятор для приема больных детей, куда медсестра фильтра приглашает врача.

Вторник и четверг в поликлинике — дни здоровых детей, когда реконвалесценты не приглашаются.

Физиотерапия выздоравливающим от ОРЗ детям назначается в специально отведенное время, ФТЛ детям с другой патологией проводится в другую смену.

Часто проветриваются кабинеты.

После приема кабинет в течение 3 часов должен быть пустым.

Пеленальные столы обрабатываются дезинфицирующим раствором, проводится обязательная влажная уборка помещений, кварцевание.

В эпидемию гриппа предусмотрено следующее:

- масочный режим работы;
- уборка помещений с дезрастворами;
- кварцевание кабинетов;
- прекращение вакцинации детей и приема здоровых детей грудного возраста и диспансерных больных.

Тактика участкового врача при выявлении инфекционного заболевания (прил. 6). При выявлении любого инфекционного заболевания участковый педиатр, кроме назначения лечения данного заболевания (или решения вопроса о госпитализации и догоспитальной неотложной помощи), обязан выполнить следующее:

- выяснить возможную причину возникновения инфекционного заболевания;
- определить наличие лиц, контактировавших с данным больным, обратив особое внимание на детей дошкольного и младшего школьного возраста, а также взрослых, работающих на пищевых предприятиях и в детских коллективах;
- провести беседу о профилактике отдельных случаев данного заболевания в семье;
- подать экстренное извещение в ЦГиЭ (заполнить форму № 058/у, позвонить по телефону, заполнить инфекционный журнал (форма № 60/у));
- сообщить в детский коллектив, который посещал больной (перед сообщением выяснить, какую группу в ДДУ и класс в школе посещает ребенок);
- сделать запись в журнале регистрации инфекционной заболеваемости (форма № 60/у), заполнив соответствующие графы (дату заболевания, дату обращения, последнее посещение детского коллектива, диагноз, № экстренного извещения);
- установить наблюдение, а при необходимости — обследование за контактными лицами в очаге, в зависимости от того, какое инфекционное заболевание выявлено (прил. 7).

Организация санитарно-просветительной работы в детской поликлинике

Санитарное просвещение, являющееся неотъемлемой частью всей лечебно-профилактической деятельности детской городской поликлиники, включается в качестве самостоятельного раздела в ее планы и отчеты.

Основные задачи СПР следующие:

1. Распространение среди населения гигиенических знаний по охране здоровья детей.
2. Привитие родителям гигиенических навыков для создания оптимальных условий развития детей, для здорового образа жизни.
3. Формирование готовности населения участвовать в профилактических осмотрах детей, своевременно обращаться за медицинской помощью, выполнять врачебные назначения.
4. Санитарное просвещение немедицинских работников, обеспечивающих уход за детьми.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

В СПР участвуют все врачи и средний медперсонал поликлиники. При этом ежемесячно не менее 4 часов своего рабочего времени они обязаны затрачивать на СПР.

Главврач осуществляет руководство СПР:

- определяет направление и содержание СПР;
- планирует СПР;
- оказывает помощь врачам в проведении СПР;
- обеспечивает оснащение детской поликлиники;
- организует санитарно-просветительное оформление поликлиники;
- обеспечивает повышение квалификации медперсонала в области гигиенического воспитания ребенка;
- организует работу лекторской группы;
- контролирует качество СПР.

Главврач работает в тесном контакте с Домом санитарного просвещения.

Заведующие отделений обеспечивают выполнение СПР работниками отделений.

Врачи-педиатры и специалисты проводят:

- индивидуальные беседы с родителями;
- выдачу родителям (на врачебном приеме) санитарно-просветительных материалов (брошюр, памяток, буклетов, листовок) для закрепления устной информации, а также для самостоятельного изучения;
- групповые лекции и беседы на общегигиенические темы с родителями и с немедицинским персоналом ДДУ и школ;

– занятия с родителями в школах матерей, школах отцов, клубах молодых родителей, на факультетах народных университетов здоровья, других формах очно-заочного обучения;

– вечера вопросов и ответов, вечера молодых родителей, встречи за «круглым столом» в поликлинике.

Каждый участковый врач создает на участке санитарный актив.

Планирование СПР осуществляется на основе годовых и ежемесячных планов-графиков, отражающих формы СПР, тематику, место и сроки проведения, фамилию исполнителей.

Учет работы по санитарному просвещению в детской поликлинике ведется по установленным формам.

ДОКУМЕНТАЦИЯ

Книга учета СПР (форма № 38) на каждый участок выдается, как правило, в единственном экземпляре для врача и медсестры.

Ежемесячно записывается, что было проведено, отмечается дата, форма, место проведения работы, фамилия проводившего, состав аудитории, число слушателей.

В зависимости от проведенной работы рассчитывается затраченное на нее время. Например, на выпуск санбюллетеня отводится 4–8 часов (в зависимости от качества написания), лекцию — 4 часа, работу в лекторской группе — 1 час, прочтение лекции населению в поликлинике — 1 час, прием профессиональных групп — 30 минут, но на участке 2 часа, радиолекцию — 30 минут, вечер вопросов и ответов — 1 час.

Индивидуальные беседы в журнал не записываются, т. к. они должны проводиться постоянно при общении с родителями.

Ежегодно составляется годовой план СПР всего учреждения, отделения, при этом исходят из общих задач здравоохранения с учетом сведений о заболеваемости в районе обслуживания. В плане предусматриваются мероприятия по санитарной пропаганде, лекции, беседы, выступления по радио, телевидению, написание статей для газеты, памяток для родителей, оформление стендов, плакатов, бюллетеней. В него также включается работа с санитарным активом, родителями часто болеющих детей, коллективами промышленных предприятий. Планируется участие в работе всех врачей и средних медработников, время проведения (месяц). На основе этого составляется месячный план работы отделения, а также план работы на год и затем на месяц участкового педиатра с добавлением (более подробно) элементов СПР, проводимой непосредственно на участке.

В учетной форме № 112 регистрируется индивидуальная (самая главная) работа с родителями каждого конкретного ребенка. Это (начиная с рождения ребенка) беседы о профилактике гипогалактии, рахита, гипо-

трофии, ОРЗ, травматизма, инфекционных заболеваний, о профилактических прививках, закаливании, подготовке ребенка в школу, ДДУ и т. д.

РАБОТА БЕСЕДЧЕСКИХ И ЛЕКТОРСКИХ ГРУПП

В каждой поликлинике имеются беседческие и лекторские группы, состоящие из врачей и средних медработников, заседающие 1–2 раза в месяц.

Основная работа группы — обсуждение тематики лекций, апробация лекций, подготовленных врачами, проведение семинаров по СПР совместно с Домом работников просвещения.

ФОРМЫ МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

К формам **устной медико-гигиенической информации** относятся:

1. Беседы групповые и индивидуальные. Они дают самый высокий эффект, особенно индивидуальные с учетом конкретных условий жизни, занятости матери, ее возраста и состояния здоровья ребенка. Такие беседы проводятся участковыми врачами на дому, медсестрой при патронаже, еженедельно на приемах в поликлинике.

2. Лекции, краткие врачебные выступления. Они читаются врачами в поликлинике, но чаще родителям и детям в школах (на собраниях), на предприятиях. Должны проводиться обязательно 1 раз в месяц, 2–3 месяца в году могут заменяться выпуском санбюллетеней, написанием заметок.

3. Радиолекции работ, которые читаются врачом по подготовленной теме.

4. Вечера молодых родителей, беседы за «круглым столом», куда приглашаются родители детей, у которых приблизительно одинаковый возраст, сходные заболевания, отклонения в здоровье. Это более непринужденная форма общения по типу беседы «вопрос–ответ».

К **печатным материалам для самостоятельного изучения** относятся: брошюры, памятки, буклеты, листовки, санбюллетени, фотовыставки, наглядные пособия. Ими поликлинику обеспечивает руководство совместно с работниками центра здоровья, кроме того, санбюллетени, выставки, стенды готовятся самими работниками поликлиники.

Большую помощь врачам оказывают **комнаты здорового ребенка**. В них для наглядности представлены образцы детской мебели, одежды, игрушки, предметы ухода, продукты детского питания. На стенах развешены таблицы возрастных режимов дня, схемы физического воспитания, закаливания, сроки введения отдельных видов прикорма, перечень рекомендуемых для детей блюд и т. д.

Формами очно-заочного обучения являются: школы здоровья, школы молодых матерей, школы беременных, школы отцов, клуб молодых родителей, народные университеты здоровья.

В этих школах (например, школе молодой матери) занятие проводится не один раз, а 4 или 5 по определенным темам, и тема последующего занятия объявляется на предыдущем, дается задание некоторым из посещающих школу подготовить вопрос по этой теме.

Распространены школы беременных (2–3 занятия), школы молодых отцов (1–2 занятия).

Демонстрация фильмов. В некоторых поликлиниках организуются демонстрации видеофильмов или диапозитивов, на которые приглашают заранее. Демонстрация фильмов на определенную тему может проводиться как самостоятельно, так и как дополнение к лекции.

ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

СПР с родителями, с детьми, ее тематика меняется с возрастом детей.

На групповых приемах затрагиваются вопросы ухода за ребенком первого года жизни, закаливания, правильного вскармливания, профилактики анемии, рахита, ОРЗ и желудочно-кишечных заболеваний.

Для родителей детей более старшего возраста проводятся конференции «Вашему ребенку исполнился год», «Ваш ребенок идет в ясли-сад», организуются лекции по закаливанию детей, по оздоровлению часто болеющих детей, по подготовке ребенка в школу (день первоклассника), конференции с родителями диспансерных детей.

Лекции со школьниками и подростками проводятся в соответствии с их возрастом. Освещаются следующие темы: «Режим дня», «Правильное питание», «Профилактика простудных заболеваний», «Половое воспитание», «Гигиена подростка». Детям дается минимум санитарных знаний по различным вопросам.

Организуются также тематические вечера. Например, на вечер, посвященный вопросам профилактики травматизма, должны быть приглашены: врач-травматолог, учитель физкультуры, инспектор ГАИ, а несколько вопросов по этой теме готовят сами учащиеся. На занятие по теме «Наркомания и токсикомания» необходимо пригласить врача-нарколога.

В план мероприятий по овладению знаний и навыков в области медицины и гигиены должно быть включено проведение тематических классных часов. Часть знаний дети получают на уроках по анатомии и гигиене.

Разработкой мероприятий по овладению знаний и гигиенических навыков должен заниматься школьный врач.

РАБОТА САНИТАРНОГО АКТИВА, ЕГО СОСТАВ, ФУНКЦИИ

Санитарный актив должен быть организован на каждом педиатрическом участке. Санитарный актив практически содействует проведению

профилактических мероприятий среди детского населения, контролирует выполнение матерью рекомендаций врача, помогает своевременно выявлять заболевших. С помощью санитарного актива на участке организуются уголки и комнаты здоровья, прогулочные группы, проводятся рейды чистоты и перепись детского населения. Санитарный актив помогает также в организации и проведении встреч населения с участковым врачом.

В число санитарных активистов следует шире привлекать школьников старших классов, которые помогают врачу в правильной организации СПР и в то же время сами приобретают знания, необходимые им как будущим матерям.

Участковый врач должен систематически заниматься с членами санитарного актива, уделяя особое внимание приобретению практических навыков по уходу за детьми.

Медицинское наблюдение за детьми и подростками в сельской местности

Особенностями медицинской помощи сельским детям являются ее многоэтапность, а также тесная взаимосвязь с общелечебной сетью. Требования к уровню и качеству медицинской помощи детям и в городе, и в селе должны быть едины. Основным принципом ее, как и в городе, является систематическое наблюдение (активное) за здоровым ребенком.

Этапы оказания медицинской помощи детям сельской местности представлены в табл. 1.

Таблица 1

Этапы оказания медицинской помощи детям сельской местности

Этап	Учреждения здравоохранения и отделения	Руководитель
1	Сельский врачебный участок (СВУ). Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). Амбулатория с кабинетом педиатра сельской участковой больницы с койками для детей	Главврач сельской участковой больницы и районный педиатр
2	Центральная районная больница (ЦРБ). Отделение новорожденных. Детская поликлиника или кабинеты педиатров во взрослой поликлинике. Детское отделение ЦРБ. Специализированные отделения при крупных ЦРБ	Главврач ЦРБ, заместитель главврача по детству и родовспоможению. Районный педиатр. Областной педиатр
3	Областная детская больница. Кабинеты врачей-педиатров и врачей-специалистов в областной консультативной поликлинике. Детское отделение областной больницы. Специализированные детские отделения при областной больнице. Специализированные детские отделения областных диспансеров. Клинические	Заместитель заведующего облздравотделом по детству и родовспоможению. Главврач областной больницы. Областные специалисты (главный детский хирург, главный детский травматолог)

базы медицинских вузов и РНПЦ в областных и республиканских центрах. Областные специализированные санатории	лог, областной педиатр)
---	-------------------------

ПЕРВЫЙ ЭТАП

На первом этапе дети получают доврачебную и первую врачебную помощь. В основном оказывается профилактическая и противоэпидемическая помощь, а лечебная — в небольшом объеме (если в штате участковой больницы или амбулатории нет врача-педиатра).

ФАП. Работу ФАПа возглавляет фельдшер. Медицинское наблюдение за детьми осуществляется патронажной медсестрой, медсестрой, акушеркой или фельдшером. Важнейший раздел работы — патронаж. Первый патронаж проводится на 2–3-й день после выписки ребенка из роддома и осуществляется 1 раз в неделю до месяца, 2–3-й месяц — 1 раз в 10 дней, 4–6-й месяц — 2 раза в месяц, до 1 года — 1 раз в месяц. Ребенку до года необходимо провести 23–25 осмотров. Детей второго года патронируют 1 раз в квартал, третьего года — 1 раз в полугодие. Все патронажные посещения должны быть тематическими в плане СПР (грудное вскармливание, прикормы, рахит, закаливание). Данные патронажа записываются в форму № 112/у (история развития ребенка). При планировании патронажей учитывают, что детей группы риска необходимо посещать чаще. Во время патронажа медсестра должна осмотреть ребенка, провести антропометрию, проверить и оценить правила ухода матери за ребенком, дать необходимые советы.

Функциональные обязанности работников ФАПа по наблюдению детей следующие:

1. Проведение патронажей (дородовый, на 1–3-м годах жизни).
2. Четкое выполнение прививочной работы (организация прививочной картотеки, прививочного кабинета, пункта). В помещении ФАПа необходимо выделить специальное место, где должны храниться шприцы и иглы, которые не будут применяться для других целей. Здесь же находятся наборы противошоковой терапии. Непосредственно перед вакцинацией дети осматриваются врачом или, в исключительных случаях, фельдшером. Обязательна термометрия.
3. Оказание неотложной помощи. На ФАПе должен быть набор необходимых инструментов, перевязочного материала и медикаментов по утвержденному табелю.
4. Систематическое наблюдение за работой детских школьных учреждений, их санитарным состоянием, физическим воспитанием детей в школах, проведение профилактических осмотров в организованных коллективах.

5. Проведение под контролем врача активных посещений детей, находящихся на диспансерном учете, выполнение врачебных назначений, наблюдение за реконвалесцентами после выписки из стационара.

6. Создание санитарного актива и проведение СПР.

7. Участие в работе совета акушерок и фельдшеров. Кроме фельдшеров и акушерок, детей на ФАПе принимают врачи, приезжающие по специальному графику из лечебно-профилактических учреждений. При выезде на ФАП врач-педиатр выполняет следующие обязанности:

- проводит профилактические приемы здоровых детей в установленные сроки;

- осматривает детей, состоящих на диспансерном учете по состоянию здоровья;

- выборочно посещает новорожденных и детей с высоким риском заболевания;

- осуществляет контроль за развитием детей, правильной организацией вскармливания, физического воспитания, проведения профилактических прививок;

- в день пребывания на ФАПе выполняет вызовы к больным детям;

- проводит углубленные осмотры в детских коллективах;

- контролирует работу ФАПа.

СВУ. Самое близкое к населению врачебное учреждение — участковая больница или врачебная амбулатория. В их состав входят стационар, амбулатория и вспомогательные диагностические кабинеты. В стационаре выделяется одна или несколько палат, куда госпитализируются дети преимущественно с легкими заболеваниями. Участковая больница (амбулатория) оказывает врачебную медицинскую помощь детям в амбулатории, стационаре, на дому, проводит лечебно-профилактические мероприятия, организует и контролирует медицинское обслуживание детей ФАПами, в детских яслях, садах, школах на территории СВУ.

Если нет педиатров, назначают врача, обычно терапевта, который отвечает за педиатрическую службу. Специализированную помощь в таких случаях оказывают в районной больнице. Особое внимание обращается на обеспечение медицинской помощи больным детям на дому. Необходимо стремиться, чтобы помощь на дому оказывалась врачами участковой больницы, причем в этом должны участвовать все врачи. В отдельных случаях привлекается фельдшер.

Функциональные обязанности врача СВУ в вопросах лечебно-профилактической помощи детям следующие:

1. Осуществление непрерывного профилактического наблюдения за детьми раннего возраста в приписных к участковой больнице селах.

2. Периодический врачебный осмотр всех детей раннего возраста, особенно первого года жизни.

3. Активное выявление больных и ослабленных детей, взятие их на учет.

4. Обеспечение регулярного медико-санитарного наблюдения за детьми в организованных коллективах.

5. Активное выявление заболевших, оказание помощи, своевременная госпитализация.

6. Контроль за работой ФАПов.

7. Организация СПР.

Курация СВУ и ФАПов педиатрами районной больницы. Курация СВУ и ФАПов осуществляется всеми педиатрами ЦРБ. За каждым педиатром закреплено определенное количество СВУ и ФАПов, куда он осуществляет выезды в соответствии с утвержденным графиком. Выезды планируются 1 раз в месяц. К моменту приезда педиатра медработник ФАПа или СВУ приглашает детей до года и более старшего возраста (по необходимости) на консультацию.

При выезде врач ЦРБ выполняет следующие обязанности:

– ведет профилактический прием детей, у которых есть какие-либо отклонения в состоянии здоровья;

– выполняет вызовы, поступившие в день приезда;

– осуществляет патронажи новорожденных из групп риска;

– консультирует и контролирует сложных амбулаторных или стационарных больных;

– проверяет наличие укладок неотложной помощи, правильность заполнения документации;

– анализирует качество патронажей и прививочной картотеки;

– посещает имеющиеся на участке ДДУ, школы, ФАПы;

– проверяет выполнение предыдущих замечаний;

– проводит СПР.

Экспертная оценка качества наблюдения за детьми первого года жизни на ФАПе и СВУ. В экспертную оценку качества наблюдения за детьми (по истории развития ребенка, форма № 112/у) входит проверка:

– регулярности посещения ребенка;

– качества осмотра при посещении;

– правильности рекомендаций при посещении, их достаточности;

– регулярности оценки физического и нервно-психического развития ребенка;

– своевременности проведения профилактических прививок, реакции на эти прививки, реакции на вакцинацию БЦЖ, профилактики рахита, искусственного вскармливания.

Кроме того, проверяются карты профилактических прививок, планы прививок, их выполнение, а также карты детей, стоящих на Д-учете.

ВТОРОЙ ЭТАП

ЦРБ является ведущим звеном в оказании стационарной помощи детям. Здесь целесообразно сосредоточить 70 % всего коечного фонда района, в СВУ — только 10 %, в областном центре — 20 %.

По сравнению с СВУ, ФАПами, районное звено здравоохранения отличается более высоким уровнем организации. Здесь предусмотрено обязательное наличие педиатров.

ЦРБ оказывает медицинскую помощь детям и руководит педиатрической службой всего района. Основную внебольничную и стационарную помощь детям в сельской местности оказывают детские консультации (или поликлиники) и детские отделения ЦРБ.

Задачи ЦРБ следующие:

1. Обеспечение всего населения района квалифицированной помощью (стационарной и поликлинической, а при необходимости путем выезда на СВУ).

2. Непосредственное оказание всех видов помощи населению районного центра и приписного участка.

3. Постоянная консультация и организационно-методическая помощь сельским участковым врачам и врачебным амбулаториям, контроль за их работой.

4. Проведение санитарно-эпидемических мероприятий, направленных на снижение общей и инфекционной заболеваемости, общей и детской смертности.

В детском отделении ЦРБ и на детских койках в других отделениях (хирургическом, инфекционном и др.) оказывается стационарная помощь детям. Однако в деятельности ЦРБ ведущую роль играет организация вне-стационарной помощи детям в условиях поликлиники. В ее функции входит обеспечение направленным из лечебно-профилактических учреждений больным детям высококвалифицированной консультации, обслуживание детей районного центра и приписного участка по участково-территориальному принципу, а также всего района теми специалистами, которые не представлены в участковых и районных номерных больницах. Большое внимание необходимо уделить профилактической работе: активному динамическому наблюдению за развитием ребенка, выявлению группы повышенного риска, организации педиатрических комплексных медицинских осмотров детей врачами-специалистами, СПР, пропаганде здорового образа жизни, специфической профилактики инфекционных заболеваний.

Для приближения специализированной медицинской помощи к сельским детям, ЦРБ, помимо плановых и внеплановых выездов врачей на СВУ и ФАПы, организует передвижные врачебные амбулатории, бригады (на основании приказа главврача).

Одно из важнейших структурных подразделений ЦРБ — *организационно-методический кабинет*, направляющий и координирующий всю организационно-методическую работу в ЦРБ. Кабинет анализирует и обобщает данные о состоянии здоровья детей.

Организатором всей лечебно-профилактической помощи детям в районе является районный педиатр или заместитель главврача по детству и родовспоможению (в районах с населением более 60 тыс. чел.).

Основные разделы работы районного педиатра следующие:

1. Изучение состояния здоровья детей в районе, уровня заболеваемости и детской смертности в целом по району и по отдельным населенным пунктам.

2. Разработка плана мероприятий по охране здоровья детей в районе, главными разделами которого должны быть: снижение заболеваемости и детской смертности, проведение противоэпидемических мероприятий, оздоровление детей с выявленными заболеваниями, особенно посещающих ДДУ и школы.

3. Контроль за работой и анализ деятельности СВУ и ФАПов.

4. Организация и проведение мероприятий по повышению квалификации медработников всех категорий в вопросах педиатрии.

5. Оказание практической помощи ФАП, СВУ, сельским дошкольным учреждениям.

6. Контроль за динамическим наблюдением детей с хроническими заболеваниями, ходом их оздоровления с учетом рационального использования амбулаторно-поликлинических и стационарных возможностей района, а также местной санитарной сети, обеспечение углубленного осмотра подростков перед передачей их в подростковый кабинет.

7. Разработка совместно с ЦГиЭ плана противоэпидемических мероприятий, своевременного проведения профилактических прививок.

Организация динамического наблюдения за больными детьми в условиях сельской местности. Динамическое наблюдение за больными детьми в сельской местности в основном проводится по таким же принципам, как и в городе. Однако имеются следующие особенности:

1. Основным звеном динамического наблюдения является детская консультация ЦРБ, куда для диспансерных осмотров направляются дети из СВУ, ФАПов; необходимые исследования при динамическом наблюдении проводятся в лаборатории ЦРБ, ее R-кабинете, кабинете функциональной диагностики.

2. Консультации узких специалистов проводятся специалистами ЦРБ (обслуживающих взрослое население): ЛОР-врачом, стоматологом, ревматологом, невропатологом, хирургом и т. д.

3. При установлении первичного диагноза хронического заболевания желательнее обследовать и лечить ребенка в областной больнице.

4. Для решения вопроса о противорецидивном лечении ребенок периодически (1–2 раза в год) направляется на консультацию в областную консультативную поликлинику, где специалисты (детский нефролог, кардиолог, гастроэнтеролог и др.) рекомендуют проведение курса противорецидивного лечения или в областной больнице, или в ЦРБ, или на дому.

5. При обострении заболевания лечение проводится чаще всего в ЦРБ.

6. Картотека хронических больных района (формы №№ 030, 112) находится в детской консультации ЦРБ, и медработник, ответственный за динамическое наблюдение, рассылает приглашения на осмотр по району.

ТРЕТИЙ ЭТАП

На третьем этапе сельского здравоохранения дети получают высококвалифицированную узкоспециализированную медицинскую помощь в учреждениях области, в основном, в **областной детской больнице**. В ее состав входят стационар с узкоспециализированными отделениями, консультативная поликлиника, отделение экстренной и планово-консультативной помощи, организационно-методический отдел.

Задачи областной детской больницы следующие:

1. Обеспечение в полном объеме высококвалифицированной специализированной стационарной медицинской помощи детскому населению.

2. Оказание сельским и городским лечебно-профилактическим учреждениям организационно-методической помощи по профилактическому наблюдению за детьми.

3. Координация лечебно-профилактической и организационно-методической работы, проводимой всеми детскими лечебными учреждениями.

4. Специализация и усовершенствование врачей и среднего медперсонала учреждений.

5. Внедрение в практику медицинской помощи детскому населению современных методов профилактики, диагностики и лечения.

6. Организация диспансерного наблюдения за здоровыми детьми определенной возрастной группы, больными хроническими заболеваниями.

7. Изучение состояния здоровья, заболеваемости и смертности детского населения.

8. Организация лечебно-профилактической работы в ДДУ и школах.

9. Повышение санитарной культуры населения.

10. Организация и оказание средствами санитарной авиации и наземного транспорта квалифицированной помощи детям с привлечением специалистов всех лечебных учреждений области, в т. ч. РНПЦ и медицинского университета.

11. Организация статистического учета и отчетности в детских лечебно-профилактических учреждениях и контроль за его постановкой и уровнем.

Контроль за обеспечением лечебно-профилактической помощи детям в области осуществляет главный педиатр облздравотдела и главврач областной больницы. Для проживания детей с родителями на период консультации, обследования в некоторых случаях амбулаторного лечения должны быть организованы пансионат или гостиницы.

В деятельности областной больницы важную роль играет **консультативная поликлиника**, которая выполняет следующие задачи:

1. Уточняет диагноз больным, направленным из лечебно-профилактических учреждений области на консультацию, решает вопрос о необходимости дальнейшего лечения, в частности, в стационаре.

2. Разрабатывает предложения о порядке направления больных в консультативную поликлинику из районов области.

3. Привлекает к консультациям высококвалифицированных специалистов больницы и других лечебных учреждений, в т. ч. работников РНПЦ и медицинского университета.

4. Организует и проводит (совместно с отделением экстренной и плановой консультативной помощи) выездные консультации врачей-специалистов в районы, а также заочные консультации.

5. Дает медицинские заключения больным с указанием установленного диагноза, проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению и наблюдению.

6. Систематически анализирует в районном разрезе случаи расхождения диагнозов и ошибки, допущенные врачами перед направлением в консультативную поликлинику, и на основе этого анализа ежеквартально составляет конъюнктурные обзоры, информационные письма с оценкой состояния и уровня лечебно-диагностической работы в районах области.

Организационно-методический отдел выполняет следующие задачи:

1. Изучает по материалам статистику отчетов и проверку работы учреждений здравоохранения, состояния медицинского наблюдения за детским населением.

2. Разрабатывает на основании анализа деятельности учреждения предложения по устранению недостатков в работе и практические мероприятия по повышению качества и культуры медицинского наблюдения за детьми. Разработанные мероприятия и предложения предоставляются в соответствующие органы здравоохранения.

3. Составляет совместно с руководителями областной службы планы первичной специализации и повышения квалификации врачей, среднего медперсонала учреждений области.

4. Подготавливает графики планово-консультативных выездов квалифицированных специалистов в районы для оказания помощи в улучшении работы лечебно-профилактических учреждений здравоохранения области.

5. Разрабатывает методические материалы по медицинским вопросам.
6. Организует областные совещания и конференции медработников.

В организационно-методическом кабинете ЦРБ сосредоточены данные о заболеваемости и смертности, анализировать их должен районный педиатр, который работает под руководством главврача района и главного педиатра облздраводела. Основной обязанностью его является организация и проведение мероприятий, направленных на улучшение лечебно-профилактической помощи детям в районе, снижение заболеваемости и детской смертности, укрепление здоровья и улучшение физического развития. Еще одна главная обязанность — систематический углубленный анализ данных о рождаемости, физическом развитии, заболеваемости и смертности детей до 14 лет в целом по району и по отдельным пунктам (СВУ), разработке и проведении конкретных мероприятий по снижению заболеваемости, детской и подростковой смертности и улучшению здоровья и физического развития детей и подростков.

Организационно-методический кабинет областной детской больницы организует силами соответствующих специалистов систематическое изучение и анализ медицинской документации на умерших детей в лечебных учреждениях районов области, случаев поздней госпитализации, расхождений клинических и патологических диагнозов; на основе этих данных разрабатывает соответствующие практические мероприятия.

В комиссию по разбору детской и подростковой смертности в районе входят заместитель главврача района по лечебной работе, районный педиатр, заведующий детским отделением.

Разбирается каждый случай детской и подростковой смертности как можно раньше после того, как получено заключение патологоанатомов.

На разбор приглашаются все педиатры района, фактически проводится «малая патологоанатомическая» конференция. Обсуждаются вопросы своевременного лечения, установления диагноза, направления в стационар, адекватности терапии в стационаре.

После разбора дается заключение о предотвратимости или непредотвратимости смерти ребенка, делаются организационные выводы. Все это заносится в журнал протоколов заседаний комиссии по разбору детской смертности.

Анализ качественных показателей деятельности районных и областных детских лечебно-профилактических учреждений. Экспертиза качества медицинской помощи детям является наиболее объективным способом оценки деятельности поликлиники. Она позволяет не только определить качество профилактической работы, диагностики и лечения больных, но и с наибольшей достоверностью выявить упущения и недостатки в работе, установить причины и наметить пути их устранения.

При выезде в район проводится комплексная экспертная оценка всей педиатрической службы: родильного, детского отделений, детской консультации, ФАПов (выборочно), СВУ. За отделениями областной больницы закреплены районы, которые они постоянно курируют, это наиболее предпочтительно, т. к. одни и те же кураторы лучше знают недостатки в работе района, им легче проверить выполнение предыдущих замечаний.

Иногда практикуется поочередная проверка отдельных разделов педиатрической службы (медицинская помощь новорожденным, профилактическое обслуживание детей раннего возраста и т. д.).

Экспертная оценка проводится путем тщательного изучения медицинской документации (формы №№ 112, 30, 131 и т. д.).

Работа санитарной авиации. Цель этой организации — обеспечение квалифицированной и специализированной помощи детскому населению всех районов, входящих в область, для улучшения качества медицинского обслуживания.

В организации имеется диспетчерская служба, которая записывает вызовы консультантов педиатрами районов; информирует этих консультантов, обеспечивает их транспортом (машины, самолеты местного значения). К работе в санитарной авиации привлекаются квалифицированные специалисты различного профиля: врачи интенсивной терапии и реанимации, анестезиологи, неонатологи, инфекционисты, кардиологи, пульмонологи, гастроэнтерологи и т. д.

Особенности организации неотложной помощи детям. Для оказания неотложной помощи организуются специальные подразделения — отделения скорой и неотложной помощи, в которых работают фельдшера (в крупных районах устанавливаются должности врачей скорой помощи).

Отделение скорой помощи работает круглосуточно, оно обеспечено радиофицированным транспортом повышенной проходимости.

Отделение должно быть оснащено необходимой аппаратурой, инструментарием и набором медикаментов.

Необходимо регулярно повышать знания персонала по неотложной помощи детям.

В ЦРБ неотложную помощь детям оказывают педиатры района, ответственные за экстренную (ургентную) помощь детям, как правило, по очереди (по неделям и месяцам).

Ответственный за ургентную помощь педиатр должен постоянно информировать отделение скорой помощи о том, где он находится, а в вечернее и ночное время — находиться дома и быть готовым выехать в больницу при необходимости.

Неотложную помощь на ФАПе до прибытия первой помощи или врача участковой больницы оказывает средний медперсонал, у которого

имеется сумка с набором медикаментов и инструментария для оказания первой доврачебной помощи.

При выполнении вызова к ребенку с тяжелым состоянием фельдшер, осмотрев ребенка и выявив заболевание, обязан оказать ему первую посиндромную доврачебную помощь, после чего направить на госпитализацию, организовать для отправки транспорт и лично сопроводить ребенка до места его госпитализации.

За организацию неотложной помощи детям на *СВУ* ответственность несет главврач участка, при наличии педиатра помощь оказывает он.

СВУ должен быть соответственно оснащен. Вызовы нужно обслуживать немедленно. При отсутствии транспорта используются машины сельхозпредприятия. Врач выезжает на вызов с набором необходимых для оказания медицинской помощи инструментов и медикаментов. Если состояние ребенка требует госпитализации, в ЦРБ его сопровождает сам врач.

Детская смертность. Пути снижения

Среди актуальных проблем социальной педиатрии следует особо выделить как медико-социальную проблему детскую смертность. Работа, направленная на ее снижение, имеет не только медико-биологическое, но и выраженное социально-политическое значение. Показатель детской смертности является отражением социально-экономического развития общества, а также эффективности деятельности органов и учреждений здравоохранения.

Детская смертность — это смертность детей в возрасте 0–14 лет включительно. Показатель детской смертности определяется следующим образом: число детей, умерших в возрасте от 0 до 14 лет, умножается на 1000 и делится на среднегодовую численность детского населения до 14 лет включительно (расчет проводится на 100 000 детского населения); используются стандартизированные показатели (европейский стандарт), рассчитанные на основании повозрастных коэффициентов.

Для разработки мероприятий по снижению детской смертности важно иметь информацию о количествах и причинах смерти детей.

В Республике Беларусь ведущими причинами являются:

- травмы, несчастные случаи, отравления;
- врожденные аномалии развития;
- состояния, возникающие в перинатальном периоде;
- остальные нозологические формы заболеваний и патологических состояний (приблизительно в равной степени являются причиной смерти).

Основным показателем уровня благосостояния детей по рекомендациям ВОЗ и ЮНИСЕФ является коэффициент смертности детей в возраст-

те до 5 лет (КДС-5), который исчисляется как отношение числа детей, умерших в возрасте до 5 лет, к 1000 родившихся живыми. Изменение этого коэффициента является обязательным для анализа медико-демографической ситуации в стране.

В динамике детской смертности на 1000 детского населения Республики Беларусь отмечается ее снижение по причине смерти по всем нозологическим формам и системам.

В структуре детской смертности особое место занимает младенческая смертность. Этот показатель является интегрированным и поэтому всегда находится в центре внимания не только органов здравоохранения, но и всего государства. Когда говорится о детской смертности, то подразумевается и младенческая смертность.

Показатель младенческой смертности вычисляется как отношение числа детей в возрасте до 1 года, умерших в данном году, к сумме $\frac{4}{5}$ родившихся живыми в данном году и $\frac{1}{5}$ родившихся живыми в предыдущем году.

В 1994 г. в Республике Беларусь введены рекомендованные ВОЗ критерии живорожденности и мертворожденности, которые должны обязательно учитываться. Перинатальный период начинается с 22 недель беременности (времени, которому соответствует масса плода 500 г). Родившиеся живыми и мертвыми с массой тела 500 г и более, или длиной 25 см и более, или после срока беременности 22 недели и более подлежат регистрации в ЗАГСе.

Критерии живорожденности и мертворожденности (ВОЗ) следующие:

1. Живорожденностью является полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, при этом плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни (сердцебиение, пульсация пуповины, определенные движения мускулатуры), независимо от того, перерезана ли пуповина и отделена ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный.

2. Мертворожденностью является смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности. На смерть указывает отсутствие у плода всех признаков жизни.

Для анализа эффективности службы охраны материнства и детства, а также выработки эффективных решений, ВОЗ рекомендует учитывать показатель фетоинфантильных (плодово-младенческих) потерь, который определяет показатель мертворожденности и младенческую смертность, — плодово-младенческую смертность.

Кроме этого показателя, должен рассчитываться коэффициент П/Р. Он вычисляется как отношение поздней смертности (постнеонатальная смертность, 28–365 дней) к ранней (мертворожденность + неонатальная смертность, 0–27 дней):

$$\text{П/Р} = \frac{\text{Постнеонатальная смертность}}{\text{Мертворожденность} + \text{неонатальная смертность}}$$

ВОЗ предложена шкала оценки плодово-младенческих потерь (коэффициент П/Р) (табл. 2).

Таблица 2

Значение коэффициента П/Р в зависимости от эффективности ante- и постнатальной профилактики*

Коэффициент П/Р	Эффективность профилактики	
	антенатальной	постнатальной
1,0 и более	Очень высокая	Очень низкая
0,6–0,9	Высокая	Низкая
0,5	Средняя	Средняя
0,3–0,4	Низкая	Высокая
Менее 0,3	Очень низкая	Очень высокая

* При оценке за 5 лет и более.

Пути снижения младенческой (детской) и подростковой смертности следующие:

1. Медико-генетическая консультация вступающих в брак.
2. Женская консультация:
 - раннее взятие на учет беременных (до 12 недель);
 - ранняя антенатальная диагностика пороков развития плода (с 12 недель УЗИ-диагностика, скрининг АФП);
 - лечение экстрагенитальной патологии беременных, санация очагов хронической инфекции;
 - профилактика анемии, нефропатия беременных;
 - профилактика невынашиваемости беременности.
3. Квалифицированное ведение родов:
 - профилактика состояний, приводящих к гибели плода (раннее излияние вод, отслойка плаценты, внутриутробная асфиксия, интранатальная родовая травма).
4. Своевременное оказание высококвалифицированной помощи в первые сутки жизни:
 - непосредственно в родильном зале;
 - на этапе транспортировки в специализированное отделение патологии новорожденных.

5. Осуществление следующих действий на этапе выхаживания недоношенных:

– оснащение современным медицинским оборудованием отделений выхаживания;

– обеспечение лекарственными препаратами;

– обеспечение высококвалифицированным медицинским персоналом.

6. Своевременный врачебно-сестринский патронаж в условиях педиатрического участка детской поликлиники, а также после выписки ребенка из роддома или стационара.

7. Наблюдение детей групп риска в течение первого года жизни.

8. Ранняя диагностика заболеваний на участке, в детской поликлинике, принятие мер по своевременной госпитализации заболевших детей (использование средств догоспитальной неотложной помощи, направление в стационар по профилю заболевания).

9. Своевременная диагностика и адекватное лечение в условиях стационара и отделения реанимации.

10. Преимущество в работе стационаров и детских поликлиник:

– своевременное взятие больных на Д-учет;

– адекватная реабилитация хронических больных в условиях поликлиники.

11. Повышение квалификации врачебного и среднего медперсонала.

12. Профилактическая работа на участке (противоэпидемические мероприятия, иммунопрофилактика, СПР).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вычисление и оценка показателей деятельности ЛПУ* : метод. разработ. для студ. всех факультетов / М. В. Мальковец [и др.]. Минск : МГМИ, 1996. 28 с.

2. *Детские болезни* / под ред. Н. П. Шабалова. СПб. : ПитерКом, 1999. 1088 с.

3. *Комяк, Я. Ф.* Организация амбулаторной помощи детям : учеб.-метод. пособие / Я. Ф. Комяк, В. Ю. Малугин, И. Э. Бовбель. Минск : БГМУ, 2001. 68 с.

4. *Поликлиническая педиатрия* : учеб. пособие / Е. П. Сушко [и др.]. Минск : Выш. шк., 2000. 301 с.

Постановление Совета Министров Республики Беларусь
от 30.11.2007 № 1650 «Положение о порядке бесплатного
и льготного обеспечения лекарственными средствами и перевязочными
материалами отдельных категорий граждан»

**Перечень заболеваний, дающих право гражданам на бесплатное
обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам
врачей в пределах перечня основных лекарственных средств,
при амбулаторном лечении, а также лечебным питанием**

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств
E84	Кистозный фиброз	H02A Кортикостероиды для системного применения R03A Адренергические средства для ингаляционного применения R03B Прочие средства для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей
H40	Глаукома	S01E Средства для лечения глаукомы и миотики
F20	Шизофрения	N05A Антипсихотические средства N05B Анксиолитические средства (транквилизаторы) N05C Снотворные и седативные средства N06A Антидепрессанты N04A Антихолинергические средства центрального действия
K50, K51	Болезнь Крона Язвенный колит	A07E Противомикробные средства, действующие на кишечник H02A Кортикостероиды для системного применения
K74.3	Первичный билиарный цирроз	A05A Средства для лечения заболевания желчевыводящих путей
A15– A19	Туберкулез	J04A Средства для лечения туберкулеза J01G Аминогликозидные антибиотики J01M Антибактериальные препараты, производные хинолона
B20– B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	J05A Антивирусные средства прямого действия
C00– C97	Злокачественные новообразования	A04A Противорвотные средства и средства для устранения тошноты L01A Алкилирующие агенты L01C Алкалоиды растительного происхождения и прочие соединения природного происхождения L01D Цитотоксические антибиотики и родственные им соединения L01X Прочие противоопухолевые средства

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств
		L02A Гормоны и родственные соединения L02B Антагонисты гормонов и родственные соединения L03A Цитокины и иммуномодуляторы L04A Иммунодепрессанты M01C Базисные противоревматические средства N02A Кортикостероиды для системного применения N03A Средства для лечения заболеваний щитовидной железы N02A Опиоиды N02B Прочие анальгетики, антипиретики
D45	Полицитемия истинная	L01X Прочие противоопухолевые средства L03A Цитокины и иммуномодуляторы
D46	Миелодиспластический синдром	N02A Кортикостероиды для системного применения L03A Цитокины и иммуномодуляторы L04A Иммунодепрессанты L01X Прочие противоопухолевые средства V02B Витамин К и другие гемостатики
D47	Другие новообразования неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кровяной и родственных им тканей	V01A Антитромботические средства N02A Кортикостероиды для системного применения L03A Цитокины и иммуномодуляторы L04A Иммунодепрессанты L01X Прочие противоопухолевые средства V02B Витамин К и другие гемостатики N02A Опиоиды N02B Прочие анальгетики, антипиретики
D58.0, D58.1	Другие наследственные гемолитические анемии	N02A Кортикостероиды для системного применения
D59	Приобретенная гемолитическая анемия	N02A Кортикостероиды для системного применения
D60, D61	Апластические и другие анемии	N02A Кортикостероиды для системного применения L03A Цитокины и иммуномодуляторы L04A Иммунодепрессанты L01X Прочие противоопухолевые средства V02B Витамин К и другие гемостатики V03X Прочие противоанемические средства
D66	Наследственный дефицит фактора VIII	N02A Кортикостероиды для системного применения V02B Витамин К и другие гемостатики
D67	Наследственный дефицит фактора IX	N02A Кортикостероиды для системного применения V02B Витамин К и другие гемостатики

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств
D69.3	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	H02A Кортикостероиды для системного применения L03A Цитокины и иммуномодуляторы G03X Другие половые гормоны и модуляторы половой системы
D68.0–D68.3	Другие нарушения свертываемости	H02A Кортикостероиды для системного применения
L10.0, L10.4	Пузырчатка обыкновенная Пузырчатка эритематозная	H02A Кортикостероиды для системного применения D07A Кортикостероиды
L13.0	Дерматит гепециформный (болезнь Дюринга)	H02A Кортикостероиды для системного применения D07A Кортикостероиды
L40.1	Генерализованный пустулезный псориаз	H02A Кортикостероиды для системного применения L01B Антиметаболиты
L40.8	Другой псориаз	M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства H02A Кортикостероиды для системного применения D07A Кортикостероиды
J45	Астма	R03A Адренергические средства для ингаляционного применения R03B Прочие средства ингаляционного применения для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей R03D Прочие средства системного применения для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей H02A Кортикостероиды для системного применения
N18.0	Терминальная стадия поражения почек	B05B Растворы для перитонеального диализа
E83.0	Нарушения обмена меди	M01C Базисные противоревматические средства. Пеницилламин и его аналоги. N04B Допаминергические средства. Производные адамантана A12C Прочие минеральные добавки
M30.0	Узелковый периартериит	L01A Алкилирующие агенты H02A Кортикостероиды для системного применения M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств
М30.1 М31.3 М31.5 М35.2	Полиартериит с поражением легких (Черджа–Стросса) Гранулематоз Вегенера Гигантоклеточный периартериит с ревматической полимиалгией Болезнь Бехчета	L01A Алкилирующие агенты H02A Кортикостероиды для системного применения L04A Иммунодепрессанты M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства
М35.3	Ревматическая полимиалгия	H02A Кортикостероиды для системного применения
М32	Системная красная волчанка	H02A Кортикостероиды для системного применения L01A Алкилирующие агенты L04A Иммунодепрессанты
М33.2	Полимиозит	L01A Алкилирующие агенты L01B Антиметаболиты L04A Иммунодепрессанты
М34	Системный склероз	M01C Базисные противоревматические средства L01A Алкилирующие агенты M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства
М35.0	Сухой синдром (Шегрена)	H02A Кортикостероиды для системного применения L01A Алкилирующие агенты M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства
М35.1	Другие перекрестные синдромы	H02A Кортикостероиды для системного применения M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства
М45	Анкилозирующий спондилит	L01B Антиметаболиты. Аналоги фолиевой кислоты A07E Противовоспалительные средства, действующие на кишечник M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства
D89.8	Другие уточненные нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках (антифосфолипидный синдром)	V01A Антитромботические средства
E70.1	Фенилкетонурия	Бесплатное питание детям до 18 лет

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств
Z95.1–Z95.5, Z95.8	Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата Наличие протеза сердечного клапана Наличие ксеногенного сердечного клапана Наличие коронарного ангиопластического имплантата и трансплантата Наличие других сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов (в течение 6 месяцев после операции)	B01A Антитромботические средства C01B Антиаритмические средства, классы I и III C01D Периферические вазодилататоры, используемые при лечении заболеваний сердца C07A Бета-адреноблокаторы C08C Селективные блокаторы кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды C08D Селективные блокаторы кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сердце C09A Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента C10A Гипохолестеринемические и гипотриглицеринемические средства N02B Прочие анальгетики, антипиретики
Z95.1–Z95.5, Z95.8	Наличие протеза сердечного клапана Наличие ксеногенного сердечного клапана (после 6 месяцев после операции)	B01A Антитромботические средства N02B Прочие анальгетики, антипиретики
Z94.1	Наличие трансплантированного сердца (в течение 1 года после операции)	B01A Антитромботические средства N02A Кортикостероиды для системного применения N03A Средства для лечения заболеваний щитовидной железы L04A Иммунодепрессанты J05A Антивирусные средства прямого действия L01X Прочие противоопухолевые средства
Z94.1	Наличие трансплантированного сердца (после 1 года после операции)	L04A Иммунодепрессанты N03A Средства для лечения заболеваний щитовидной железы L01X Прочие противоопухолевые средства
Z94.4	Наличие трансплантированной печени	N02A Кортикостероиды для системного применения L04A Иммунодепрессанты J05A Антивирусные средства прямого действия
Z94.0	Наличие трансплантированной почки	N02A Кортикостероиды для системного применения L04A Иммунодепрессанты J05A Антивирусные средства прямого действия
G10	Болезнь Гентингтона	N05A Антипсихотические средства

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств
G11	Наследственная атаксия	N06B Психостимуляторы и ноотропы
G12.0	Детская спинальная мышечная атрофия, I тип	N06B Психостимуляторы и ноотропы N07A Парасимпатомиметические средства
G12.2	Болезнь двигательного нейрона	N07A Парасимпатомиметические средства
G20	Болезнь Паркинсона	N04A Антихолинергические средства центрального действия N04B Допаминаргические средства
G21	Вторичный паркинсонизм	N04A Антихолинергические средства центрального действия N04B Допаминаргические средства C07A Бета-адреноблокаторы
G23	Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев	N04A Антихолинергические средства центрального действия N04B Допаминаргические средства
G24	Дистония	M03B Миорелаксанты центрального действия N04B Допаминаргические средства N03A Противозептические средства
G35	Рассеянный склероз	N06B Психостимуляторы и ноотропы N07A Парасимпатомиметические средства M03B Миорелаксанты центрального действия H02A Кортикостероиды для системного применения L04A Иммунодепрессанты L01A Алкилирующие агенты
G37.3	Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы	N06B Психостимуляторы и ноотропы N07A Парасимпатомиметические средства M03B Миорелаксанты центрального действия H02A Кортикостероиды для системного применения
G40	Эпилепсия	N03A Противозептические средства
G60	Наследственная и идиопатическая невропатия	N06B Психостимуляторы и ноотропы N07A Парасимпатомиметические средства
G61	Воспалительная полиневропатия (первые 6 месяцев от начала заболевания)	N07A Парасимпатомиметические средства H02A Кортикостероиды для системного применения L01A Алкилирующие агенты
G70, G73	Миастения и другие нарушения нервно-мышечного синапса	N07A Парасимпатомиметические средства H02A Кортикостероиды для системного применения L04A Иммунодепрессанты
G71.1	Миотонические расстройства	N03A Противозептические средства S01E Средства для лечения глаукомы и миотиков

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств
G71.2	Врожденные миопатии	A11H Прочие витамины (не в комбинациях)
G80	Детский церебральный паралич	N06B Психостимуляторы и ноотропы M03B Миорелаксанты центрального действия
G90.3	Полисистемная дегенерация	N04A Антихолинэргические средства центрального действия N02B Прочие анальгетики, антипиретики N06B Психостимуляторы и ноотропы M03B Миорелаксанты центрального действия
G95.0	Сирингомиелия и сирингобульбия	N07A Парасимпатомиметические средства
I60–I64	Цереброваскулярные болезни (первые 6 месяцев от начала заболевания)	B01A Антитромболитические средства N02B Прочие анальгетики, антипиретики N06B Психостимуляторы и ноотропы M03B Миорелаксанты центрального действия
F95.2	Синдром де ла Туретта	N05A Антипсихотические средства
K91.2	Нарушения всасывания после хирургического вмешательства, не классифицированные в других рубриках	A09A Средства, способствующие пищеварению, включая ферменты
E03.0	Врожденный гипотиреоз с диффузным зобом	H03A Средства для лечения заболеваний щитовидной железы
E03.1	Врожденный гипотиреоз без зоба	H03A Средства для лечения заболеваний щитовидной железы
E03.4	Атрофия щитовидной железы (приобретенная)	H03A Средства для лечения заболеваний щитовидной железы
E03.8	Другие уточненные гипотиреозы	H03A Средства для лечения заболеваний щитовидной железы
E89.0	Гипотиреозидизм, возникший после медицинских процедур	H03A Средства для лечения заболеваний щитовидной железы
E10–E14, P70.2, C24, E89.1	Сахарный диабет, сахарный диабет новорожденных	A10B Пероральные гипогликемические средства H04A Гормоны, расщепляющие гликоген A10A Инсулины и их аналоги

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств
E20, E89.2	Гипопаратиреоз	A11C Витамины А и D и их комбинации. Витамин D и его аналоги A12A Средства на основе кальция
E22.0	Акромегалия и гипопитарный нанизм	H01C Гормоны гипоталамуса N04B Допамиnergические средства
E22.1	Гиперпролактинемия	G02C Прочие гинекологические средства N04B Допамиnergические средства
E22.8	Другие состояния гиперфункции гипофиза	G02C Прочие гинекологические средства N04B Допамиnergические средства L02A Гормоны и родственные соединения
E23.0	Гипопитуитаризм	H03A Средства для лечения заболеваний щитовидной железы
E89.3	Гипопитуитаризм, возникший после медицинских процедур	H02A Кортикостероиды для системного применения
E23.2	Несахарный диабет	H01B Гормоны задней доли гипофиза и их аналоги
E24.0	Болезнь Иценко–Кушинга	A12A Средства на основе кальция M05B Средства, влияющие на минерализацию костей
E25.0	Врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов	H02A Кортикостероиды для системного применения
E27.1 E27.4	Первичная недостаточность коры надпочечников Другая и неуточненная недостаточность коры надпочечников	H02A Кортикостероиды для системного применения
Q87.1	Синдромы врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью	H01B Гормоны передней доли гипофиза и их аналоги
Q96	Синдром Тернера	H01B Гормоны передней доли гипофиза и их аналоги G03C Эстрогены G03D Прогестагены
Q98.0	Синдром Клайнфелтера, кариотип 47, XXX	G03B Андрогены

Код по МКБ-10	Наименование заболевания	Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств
L40.5	Псориаз артропатический	A07E Противовоспалительные средства, действующие на кишечник L01B Антиметаболиты M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства
M05	Серопозитивный ревматоидный артрит	A07E Противовоспалительные средства, действующие на кишечник L01B Антиметаболиты
M06	Другие ревматоидные артриты	M01C Базисные противоревматические средства N02A Кортикостероиды для системного применения
M08	Юношеский (ювенильный) артрит	M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства
A42.2	Шейно-лицевой актиномикоз	J02A Противогрибковые средства для системного применения

ОБРАЗЕЦ ПОСМЕРТНОГО ЭПИКРИЗА

ПОСМЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ

(заключение о констатации смерти человека, умершего
вне организации здравоохранения)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Дата рождения « ____ » _____ г.

3. Адрес места жительства (места пребывания) _____

4. Место констатации смерти (осмотр трупа) _____

Дата « ____ » _____ 20__ г., время _____ (часов)

5. В присутствии (указать) _____

6. Известные обстоятельства смерти _____

7. Наружный осмотр трупа (с целью установления видимых признаков насильственной смерти: следов механических повреждений и асфиксии, отравления, действия крайних температур, электричества и других) _____

8. Заключение (подчеркнуть):

клиническая смерть до прибытия медицинских работников;

биологическая смерть до прибытия медицинских работников;

смерть при оказании медицинской помощи.

Врач (фельдшер, помощник врача)

должность

подпись

инициалы, фамилия

« ____ » _____ 20__ г.

С оформлением факта смерти без проведения вскрытия согласен _____

степень родства с умершим, основания законного представительства

_____ « ____ » _____ 20__ г.

инициалы, фамилия

подпись

Сотрудник органа внутренних дел (руководитель следственно-оперативной группы): _____

Оснований для вызова следственно-оперативной группы не имеется.

должность

подпись

инициалы, фамилия

« ____ » _____ 20__ г.

время

ОБРАЗЕЦ КАРТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СМЕРТИ РЕБЕНКА

КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СМЕРТИ РЕБЕНКА

1. Город, район _____
2. Учреждение, под наблюдением которого находился ребенок _____
3. Ф.И.О. ребенка _____
4. Дата рождения _____
5. Место рождения _____
6. Пол (муж., жен.) _____
7. Дата смерти _____
8. Возраст _____
9. Место смерти (отд. реанимации ЦРБ, детское отделение ЦРБ, участковая больница, обл. больница, на дому, в другом месте) _____
10. Причина смерти _____
11. Течение беременности и осложнения:
 - Срок взятия на учет _____ возраст _____
 - Какая по счету беременность у матери _____
 - Экстрагенитальные заболевания _____
 - Осложнения беременности (указать триместр) _____
 - Профессиональные вредности _____
 - Социальное положение _____
 - Срок беременности в родах _____
12. Масса при рождении:
 - до 1000 г
 - 1501–2000
 - 2501–3000
 - 4000 и более.
13. Рост _____
14. Оценка состояния новорожденного в роддоме (указать факторы, влияющие на последующее состояние здоровья) _____
15. Выписан из роддома на _____ сутки с диагнозом (указать группу здоровья, группу риска) _____
16. Оценка экспертом эпикриза новорожденного (указать недостатки) _____
 _____ (полный, неполный)

17. Первый патронаж новорожденного врачом проведен на _____ сутки, медсестрой _____
Диагноз при первом осмотре _____
18. Дефекты первого осмотра и наблюдения в периоде новорожденности _____ Не было, имели место (указать какие)
19. Наблюдение и обследование проводилось или не проводилось в соответствии с группой риска (указать сроки консультаций, лабораторных обследований и т. д.) _____
20. Оценка психофизического развития проводилась регулярно, нерегулярно.
21. Физическое развитие _____
22. Психическое развитие (указать консультативные заключения, оценить динамику развития по врачебным наблюдениям) _____
23. Групповое здоровье и группа риска до заболевания ребенка, повлекшего смерть _____
24. Для детей второго года жизни оценка наблюдения ребенка на втором году жизни _____
25. Сроки обращения за медпомощью: 1-й, 2–3 день, 4–7 день, позже, не обращались, переведен из родильного отделения на сутки.
26. Обратились за медпомощью (указать Ф.И.О. медработника, тип медучреждения: ФАП, участковая больница, СП, детская консультация и др.) _____
27. Лечение ребенка до госпитализации: в полном объеме, не полное, не проводилось (экспертная оценка).
28. Госпитализация:
на _____ день болезни;
не был госпитализирован.
29. Причины несвоевременной госпитализации:
позднее обращение родителей;
отказ родителей;
отсутствие мест в стационаре;
недооценка тяжести состояния ребенка;
другие причины (указать).
30. Обследование в стационаре проведено:
полностью;
не полностью;
своевременно;
несвоевременно.
Вид исследования, которое по мнению куратора нужно было провести больному _____

41. Результаты разбора:
приказ о наложении взыскания (указать на кого) _____
просто разбор.
42. Смерть данного ребенка по мнению куратора была:
непредотвратима
предотвратима;
условно предотвратима.
43. Дата заполнения _____
44. Ф.И.О. эксперта _____
45. Рецензия куратора по разбору смертности _____

Репозиторий БГМУ

**ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И СПРАВОК
О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
(из Инструкции № 52/97 от 2002 г.)**

Общие положения

1. Временная нетрудоспособность, отпуск по беременности и родам удостоверяется листком нетрудоспособности (ЛН) и в предусмотренных случаях справкой о временной нетрудоспособности.

2. ЛН — документ, который удостоверяет факт нетрудоспособности, освобождает от работы, является единицей статистического анализа и основанием для получения пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам.

3. Справка о временной нетрудоспособности — документ, который удостоверяет факт нетрудоспособности, освобождает от работы (учебы) и в отдельных случаях является основанием для сохранения заработной платы на период временной нетрудоспособности.

4. ЛН (справки) выдаются: лицам, занятым на любой работе, где они подлежат государственному социальному страхованию, безработным, получающим пособие по безработице, и в других случаях, если законодательством предусмотрена выплата пособий по временной нетрудоспособности или беременности и родам.

5. ЛН (справки) выдаются лечебно-профилактическими учреждениями, включая поликлиники для взрослых и детей, диспансеры, стоматологические поликлиники, женские консультации, амбулатории, стационары, в том числе клиники научно-исследовательских институтов, а также санаториями. Не выдаются ЛН в областных консультативных поликлиниках, диагностических центрах, на станциях скорой медицинской помощи, станциях переливания крови.

6. При временной нетрудоспособности у иногородних и у лиц, обращающихся за медицинской помощью вне места постоянного жительства или работы, ЛН (справки) выдаются и продлеваются в установленном порядке только с разрешения главного врача (лица, исполняющего его обязанности), скрепляются его подписью и печатью лечебного учреждения.

7. ЛН (справки) выдаются лечащим врачом только после личного осмотра больного.

В лечебно-профилактических учреждениях, где нет лечащих врачей (фельдшерско-акушерские пункты), право на выдачу ЛН (справок) до 3 дней может быть предоставлено одному из фельдшеров (акушерке). Список этих фельдшеров (акушерок) ежегодно утверждается управления-

ми (отделами) здравоохранения исполкомов областных Советов народных депутатов по согласованию с областными управлениями Фонда социальной защиты населения Республики Беларусь.

Временная нетрудоспособность при заболеваниях и травмах

1. Для обследования и лечения трудоспособных граждан, в установленном порядке направляемых в лечебно-профилактические учреждения вне места постоянного их жительства, в том числе за пределы республики, а также при направлении на консультацию или лечение ребенка в сопровождении одного из родителей или другого члена семьи, ЛН выдается врачебно-консультационной комиссией (ВКК) с освобождением от работы на требуемые дни, но не более чем на 10 календарных дней. Продление этого ЛН проводится в общем порядке в лечебном учреждении, в которое больной был направлен. Если больной был направлен за пределы Республики Беларусь, окончательное оформление ЛН производится ВКК при его возвращении на основании справки о консультации (лечении) в другой стране.

2. Лицам, заболевшим в вечернее или ночное время (после окончания работы поликлиники) и обслуженным скорой медицинской помощью, ЛН может быть выдан на следующий день по решению ВКК (при необходимости с зачетом для вызова бригады скорой медицинской помощи), если больной признан нетрудоспособным.

3. Работающим инвалидам и работающим пенсионерам при заболевании с временной утратой трудоспособности ЛН (справка) выдается в общем порядке.

4. Лицам, осужденным к исправительным работам без лишения свободы (условно осужденным и условно освобожденным), ЛН (справка) выдается в общем порядке.

5. Во время очередного и дополнительного отпуска в случае заболевания, травмы или операции искусственного прерывания беременности ЛН (справка) выдается в общем порядке; по уходу за больным членом семьи и при карантине — не выдается.

6. Во время отпуска по уходу за ребенком до 3 лет, если мать (другое лицо, осуществляющее уход) утрачивает трудоспособность, ЛН ей выдается, только если она в этот период оформлена на работу с неполным рабочим днем.

Выдача листков нетрудоспособности при направлении на санаторно-курортное лечение и реабилитацию

1. ЛН выдается на весь период санаторно-курортного лечения (в том числе родителей с детьми), указанный в путевке, и время проезда в санаторий и обратно, но за вычетом срока очередного и дополнительного отпусков (даже если они использованы ранее). ЛН на весь период санаторно-курортного лечения с учетом проезда туда и обратно выдается одному из родителей (опекуну) или члену семьи, сопровождающему ребенка-

2. Лица, проживающие в зонах радиоактивного загрязнения от 1 Ки/км² и выше, направляемые на санаторное лечение вместе с больным ребенком или подростком, граждане, заболевшие и перенесшие лучевую болезнь, вызванную катастрофой на ЧАЭС, инвалиды, в отношении которых установлена причинная связь наступившей инвалидности с Чернобыльской катастрофой, и приравненные к ним лица получают ЛН на весь период санаторного лечения, включая время проезда в санаторий и обратно.

3. ЛН для санаторно-курортного лечения, за исключением туберкулезных санаториев, выдается ВКК (при ее отсутствии — лечащим врачом совместно с главным врачом) лечебно-профилактического учреждения по месту жительства или работы больного до отъезда в санаторий.

4. ЛН (справку) для проведения реабилитации в отделениях больниц, поликлиник и центрах реабилитации при необходимости выдает ВКК лечебно-профилактического учреждения, направляющего больного на реабилитацию. В ЛН ВКК делает отметку о направлении в отделение (центр) реабилитации и проставляет дату направления. Продление и закрытие этого листка (справки) проводится лечащим врачом в соответствии с установленным порядком.

Временная нетрудоспособность в связи с необходимостью ухода за членами семьи

1. ЛН не выдается: для ухода за больным, который находится в стационаре; для ухода за хроническими больными и инвалидом 1-й группы (кроме случаев возникновения у них острых заболеваний, обострения хронического заболевания и иных состояний).

2. ЛН по уходу за больным ребенком до 14 лет при амбулаторном его лечении выдается, если нет жизненных показаний к его госпитализации, работающим матери или отцу либо другому работающему родственнику, фактически осуществляющему уход за больным ребенком, а также работающему отцу или матери — воспитателям опекунской (приемной) семьи, опекуну ребенка. При заболевании ребенка, находящегося с матерью или другим членом семьи вне места постоянного жительства, ЛН по уходу за больным ребенком и справка выдаются как иногородним (за подписью главного врача). Если в период освобождения от работы по справке у ребенка возникло новое, не связанное с предыдущим заболевание, справка закрывается и выдается новый ЛН по уходу. При возникновении после закрытия ЛН (справки) у ребенка осложнения или продолжения заболевания по уходу за ребенком выдается справка, а если срок ЛН

не исчерпан, на оставшиеся дни (до 14) выдается ЛН. При заболевании в семье двоих и более детей одновременно по уходу за ними выдается один ЛН. Если в период болезни одного ребенка заболевает другой, ЛН по уходу за ним выдается только после закрытия первого листка (в связи с окончанием срока его выдачи или восстановлением здорового ребенка) на период, в течение которого ребенок нуждается в уходе, но не более 14 дней от начала заболевания второго ребенка. Если другой ребенок заболевает в период, когда по уходу за первым ребенком уже выдана справка, она закрывается и выдается новый ЛН.

3. ЛН по уходу за больным ребенком не выдается:

- для ухода за детьми с хроническими заболеваниями (кроме случаев обострения, оперативного лечения или возникновения острого заболевания);

- если мать (отец или другой родственник) находится в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет;

- при наложении карантина на детское дошкольное учреждение или данного ребенка (в этом случае работающему члену семьи, ухаживающему за ребенком, выдается справка произвольной формы о карантине).

4. При стационарном лечении ребенка в возрасте до 14 лет, нуждающегося по заключению врача в дополнительном уходе, одному из лиц (указанных в пункте 2) выдается ЛН по уходу за ребенком на весь период, в течение которого ребенок в нем нуждается. Лицам, эвакуированным и отселенным из зон эвакуации (отчуждения), первоочередного отселения и последующего отселения, а также самостоятельно покинувшим эти зоны после аварии на ЧАЭС; проживающим (работающим) в зоне с правом на отселение, ЛН по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет в стационаре (по рекомендации врачей) выдается на весь период лечения. Если ребенок нуждается в уходе после выписки из стационара, выдается ЛН лечебным учреждением по месту жительства, если до госпитализации освобождение от работы для ухода не проводилось, или на оставшиеся дни (до 14 дней), если до стационара по данному заболеванию уже выдавался ЛН.

5. В случае болезни матери либо другого лица, осуществляющего уход за ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет, ЛН по уходу за этим ребенком выдается одному из лиц (указанных в пункте 2). При заболевании одиноких матерей, вдов, разведенных женщин, жен военнослужащих срочной службы, проживающих с ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет, и не имеющих других членов семьи, ЛН выдается любому работающему лицу, которое фактически ухаживает за их ребенком. ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком, выдается на весь период, в течение которого мать (другое лицо)

по заключению врача не может осуществлять уход за ребенком. Если мать (другое лицо), ухаживающая за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом до 16 лет), госпитализирована в связи с необходимостью ухода за другим ребенком в стационаре, ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет) выдается в таком же порядке, как при болезни матери. Не выдается ЛН по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери:

- если ребенок продолжает посещать детское дошкольное учреждение;
- если мать находится в отпуске по беременности и родам.

Ответственность врачей и обжалование их действий

1. За необоснованную выдачу, неправильное оформление ЛН (справок) врачи (средние медицинские работники), которым предоставлено право выдачи ЛН, привлекаются в установленном порядке к дисциплинарной ответственности. Лица, неоднократно допускающие указанные нарушения, органами здравоохранения могут быть лишены права выдачи (продления) ЛН (справок) сроком от 1 до 3 месяцев или направлены на досрочную аттестацию на соответствие занимаемой должности или квалифицированной категории. Если в действиях медицинских работников с ЛН (справками) выявляются признаки преступления, в соответствии с действующим законодательством они привлекаются к уголовной ответственности.

2. Ответственность за состояние работы по экспертизе трудоспособности, соблюдение правил выдачи, продления, закрытия ЛН (справок) возлагается на руководителей органов здравоохранения всех уровней, главных врачей лечебно-профилактических учреждений, ректоров медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей, директоров научно-исследовательских институтов.

3. Жалобы на действия врачей по выдаче, продлению и закрытию ЛН (справок) и по вопросам направления на МРЭК рассматриваются в день обращения главным врачом лечебно-профилактического учреждения или, по его приказу, ВКК либо специально создаваемой комиссией, решение которых утверждает главный врач. При несогласии больного с этим решением его жалоба рассматривается вышестоящим органом здравоохранения. Жалобы больных на действия врачей, поступившие в Фонд социальной защиты населения, рассматриваются совместно с органами здравоохранения.

КОД 80 — уход за больным ребенком в возрасте до 14 лет и больным членом семьи старше 14 лет. Отпуск в связи с санаторно-курортным лечением учитывает ЛН, выданный для проведения этого лечения, а также на проезд в санаторий и обратно.

КОД 32 — по заболеванию в ЛН для работающих подростков и справки для учащихся средних и высших учебных заведений.

Приложение 5

ОБРАЗЦЫ ЗАПИСЕЙ

ОБРАЗЕЦ ЗАПИСИ В КАРТОЧКЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВИЗИТА НА ДОМУ

Дата _____ На дому (Д1, Д2, актив)

Т = _____ Жалобы _____

ЧД = _____ Анамнез заболевания _____

ЧСС = _____ Объективно:

Матери — _____ Состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое).

б/л по уходу _____ Кожа: _____

№ _____ Слизистые оболочки: _____

с _____ Периферические лимфоузлы: _____

Легкие: перкуторно, аускультативно _____

Сердце: _____

Живот: печень, селезенка, физиологические отправления _____

Диагноз _____

Лечение _____

Явка (актив) _____ г.

Подпись _____

ОБРАЗЕЦ ЗАПИСИ В КАРТОЧКЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВИЗИТА К ИНФЕКЦИОННОМУ БОЛЬНОМУ

Дата _____ На дому (Д1, Д2, актив)

Т = _____ Жалобы _____

ЧД = _____ Анамнез заболевания _____

Матери — _____ Объективно:

б/л по уходу _____ Состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое).

№ _____ Статус _____

с _____

Возможная причина заболевания
(контакт, погрешность в питании и т. д.).

Описание очага: в контакте дома: отец, мать, другие дети, место
работы отца и матери _____

Последнее посещение детского коллектива _____

Дата заболевания _____

Дата прививки (если паротит, корь) _____

Диагноз _____

Лечение _____

Противоэпидемические мероприятия в очаге _____
Экстренное извещение подано (эпид. №) _____
В детский коллектив сообщено (фамилия принявшего) _____
Актив _____ г. Подпись _____

**ОБРАЗЕЦ ЗАПИСИ В КАРТОЧКЕ ПРИ ПОСЕЩЕНИИ ПОЛИКЛИНИКИ
ЗДОРОВЫМ РЕБЕНКОМ**

Дата _____ Жалобы _____
Т = _____ Вскармливание (какие продукты получает). _____
Вес _____ Статус _____
Рост _____
Окружности _____
Долж. вес _____
НПР ребенка (линии развития: Аз, Ас, Э, До, Н и т. д.) _____
Диагноз: здоров, физ. развитие _____
НПР (группа нпр) _____
Группа здоровья _____
Если нужно — разрешение на прививку.
Рекомендации: – по вскармливанию;
– массажу, гимнастике (комплекс №);
– закаливанию.

Подпись _____

ОБРАЗЕЦ НАПРАВЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР

№ поликлиники (штамп поликлиники)

**НАПРАВЛЕНИЕ
НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ДЕТСКУЮ БОЛЬНИЦУ**

Ребенок _____

Адрес _____

Диагноз _____

Краткий анамнез болезни и лечение (если получал, то какое).

Время и характер мероприятий на догоспитальном этапе.

Аллергологический анамнез.

Контакт с инфекционным больным (инфекций нет или последний день контакта).

Осмотр на чесотку, микроспорию и педикулез.

Дата, время направления _____

Подпись врача _____

МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА ИНФЕКЦИОННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДИФТЕРИЯ

Срок медицинского наблюдения — 10 дней.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Материалом для лабораторного исследования служит слизь из зева и носа. При дифтерии редких локализаций, помимо пораженных участков, следует брать материал также из зева и носа.

Забор материала осуществляется в день обращения.

Мазок из зева берут при визуальном контроле с использованием шпателя, не касаясь тампоном языка, слизистой, щек и зубов. При наличии налетов материал следует брать с границы пораженных и здоровых тканей, слегка нажимая на них тампоном. Материал из зева следует брать натошак или не ранее чем через 2 часа после приема пищи. Материал снимают стерильным ватным тампоном. При этом используют разные тампоны для взятия материала из зева и носа. Тампоны необходимо доставлять в лабораторию не позднее 3 часов после взятия материала.

В направлении необходимо указать: Ф.И.О. больного, возраст, место взятия мазка, название учреждения, направляющего материал, цель обследования, место работы больного, дата и час взятия материала.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Немедленная госпитализация больного или лица с подозрением на дифтерию.
2. Ежедневное медицинское наблюдение за контактными в течение 10 дней (термометрия, осмотр зева).
3. Осмотр контактных отоларингологом.
4. Однократное бактериологическое обследование контактных.
5. Прививание всех непривитых и не имеющих сведений о прививках без ограничения возраста.
6. Исследование напряженности иммунитета у всех лиц, иммунизированных более 5 лет назад с последующей ревакцинацией серонегативных и незащищенных лиц (защитный титр 0,03 МЕ/мг, 1:40 — прививки).
7. Госпитализация выявленных в квартирном очаге больных ангиной, бактерионосителей токсигенных коринебактерий дифтерии.

Примечание. Носители нетоксигенных коринебактерий дифтерии не подлежат госпитализации в инфекционный стационар и лечению анти-

биотиками. Им проводят консультацию врача-оториноларинголога с целью диагностики и лечения патологии ЛОР-органов.

Обследованию подлежат: больные с подозрением на паратонзиллярный и заглоточный абсцесс, ангины с патологическим выпотом на миндалинах, инфекционным мононуклеозом, стенозирующим ларинготрахеитом, назофарингитами с пленками или другими признаками, подозрительными на дифтерию.

При плановой госпитализации детей необходимы сведения о прививках.

Корь

Срок медицинского наблюдения — 21 день.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Диагноз устанавливается на основании клинических данных (температура 38,3 °С и выше в течение не менее 3 дней, наличие кореподобной сыпи и одного из трех симптомов: кашля, насморка и конъюнктивита) и данных серологического исследования, для чего производится забор парных сывороток: первая — не позднее 3-го дня с момента высыпания, вторая — не ранее 3-й недели болезни. Нарастание титра антител в 4 и более раз подтверждает диагноз кори.

Методика забора крови из пальца: кровь в объеме 1 мл берут из пальца в стерильную центрифужную пробирку и направляют в вирусологическую лабораторию.

В направлении указывается: Ф.И.О., адрес, № поликлиники, № учреждения, сведения о прививках, дата забора крови.

Переболевшие допускаются в детский коллектив на 9-й день.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Медицинское наблюдение за контактными (термометрия, осмотр зева и покровов).

2. Среди контактных:

- проведение иммунизации непривитых и лиц без данных о прививках и перенесенных в прошлом заболеваний;
- ревакцинация однократно привитых.

Проведение иммунизации вышеуказанных лиц осуществляется не позднее 72 часов после контакта с больным корью.

Обращается особое внимание на иммунизацию детей и подростков, а также работников ДДУ, медицинских учреждений (рождения 1962 г. и последующих лет), студентов медицинских и педагогических институтов (училищ) в соответствии с требованиями.

3. Введение противокорьевого иммуноглобулина следующим лицам из числа контактных:

- имеющим противопоказания к ЖКВ;
- детям в возрасте от 3 до 9 месяцев.

В возрасте 10–12 месяцев вводится коревая вакцина с проведением последующей прививки в 15–18 месяцев.

Примечание. На переболевших корью и привитых карантинные мероприятия не распространяются.

Контактировавшие с больным корью дети при направлении в больницы, санатории, лагеря подлежат серологическому обследованию. Лабораторным подтверждением невосприимчивости к инфекциям является наличие сывороточных противокоревых антител в титре 1:10 и выше.

Серонегативные дети подлежат немедленной иммунизации.

В случае, когда контактировавший с больным корью ребенок уже был ранее ревакцинирован, но при серологическом обследовании у него не обнаружены антитела, он допускается в перечисленные выше учреждения по истечении срока карантина (21 день после последнего случая кори).

1:320 — диагностический титр (если не взяли по нарастанию).

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Срок медицинского наблюдения — 10 дней.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Бактериологическое исследование больных и контактных проводится в бактериологической лаборатории городского или районного ЦГиЭ по направлению специалистов учреждений здравоохранения и ЦГиЭ.

В направлении на менингококковое носительство указывается: Ф.И.О., адрес, место работы, поликлиника, цель исследования (с диагностической целью, по эпидемиологическим показаниям), дата, ставится подпись.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Немедленная госпитализация больных генерализованной формой и при подозрении на нее.
2. Медицинское наблюдение всех контактных (в общежитиях — с участием отоларинголога).
3. Ежедневное наблюдение (термометрия, осмотр носоглотки и кожных покровов).
4. Госпитализация лиц с подозрительными высыпаниями для исключения менингококцемии. При наличии патологических изменений в носоглотке у контактных они не допускаются в детские коллективы и школы до установления диагноза.
5. Однократное бактериологическое обследование всех контактных в бактериологической лаборатории.

Примечание. Больные с бактериологически подтвержденным менингококковым назофарингитом, выявленные в очагах, в зависимости от тяжести клинического течения госпитализируются либо лечатся на дому при наличии детей дошкольного возраста и лиц, работающих в детских дошкольных учреждениях.

Носители менингококков, выявленные в очагах, изолируются из ДДУ, школ, школ-интернатов, санаториев, оздоровительных лагерей на срок проведения санаций. Из коллектива взрослых, в т. ч. учебных заведений, носители не изолируются.

Санация носителей проводится по следующей схеме: рифампицин — 20 мг/кг в течение 2 дней.

Реконвалесценты менингококковой инфекции допускаются в ДДУ, школы, школы-интернаты, санатории и учебные заведения после одного отрицательного результата бактериологического обследования, проведенного не ранее 5 дней после выписки из стационара или выздоровления больного назофарингитом на дому; носители — после одного отрицательного бактериологического обследования, проведенного спустя 3 дня после курса санации.

Противопоказаны прививки в течение 6 месяцев при генерализованной форме, 2 месяцев — при менингококковом назофарингите, 1 месяца — при бактерионосительстве.

Диспансерное наблюдение перенесших генерализованную форму осуществляется 2 года (1-й год — 1 раз в 3 месяца, 2-й год — 1 раз в 6 месяцев).

ВЕТРЯНАЯ ОСПА

Срок медицинского наблюдения — 21 день.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Не проводится.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Медицинское наблюдение (термометрия, осмотр кожных покровов и слизистых).
2. Разобщение детей дошкольного возраста, не болевших с 11-го по 21-й день контакта при точном установлении даты контакта.
3. Госпитализация больных по клиническим и эпидемическим показаниям.
4. Прекращение изоляции больных через 5 дней после появления последнего элемента сыпи и после полного клинического выздоровления.

Примечание. Переболевшие допускаются в детские коллективы не ранее 10-го дня со дня начала заболевания.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ

Срок медицинского наблюдения — 21 день.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование не проводится.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Медицинское наблюдение (термометрия, осмотр околоушных желез).
2. Разобщение детей до 10 лет, не болевших на 21-й день с момента заболевания. При установлении точного времени начала контакта разобщение с 11-го по 21-й день.

3. Госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям.

4. Проведение прививок против эпидемического паротита всем непривитым.

Примечание. В ДДУ, школы переболевшие допускаются после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания.

СКАРЛАТИНА

Срок медицинского наблюдения — 7 дней (по усмотрению эпидемиолога карантин может быть продлен до 12 дней).

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Не проводится. При регистрации в очаге 3 и более случаев осуществляется бактериологическое обследование всех контактных на β -гемолитический стрептококк (по согласованию с бактериологической лабораторией ГорЦГиЭ).

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Госпитализация больного по эпидемиологическим и клиническим показаниям (эпидемиологические показания: наличие в очаге детей от 3 месяцев до 7 лет, школьников первых 3 классов, не болевших скарлатиной взрослых, работающих в ДДУ и в первых трех классах школ, хирургических и родильных отделениях детских больниц и поликлиник, молочных кухнях; клинические показания: тяжелые и среднетяжелые формы).

2. Прекращение изоляции больного после клинического выздоровления, но не ранее 10 дней от начала заболевания.

3. Изоляция больных ангинами, выявленных в период карантина.

4. Медицинское наблюдение (осмотр зева, кожных покровов, термометрия).

5. При регистрации 2 и более случаев — осмотр отоларингологом.

Примечание. Переболевшие допускаются в ДДУ, первые три класса школ не ранее чем на 23-й день со дня заболевания. Аналогичные требования и к ангинозным больным из очага скарлатины.

Переболевшие взрослые, работающие в ДДУ, первых трех классах школ, хирургических и родильных отделениях детских больниц и поликлиник, молочных кухнях допускаются с момента клинического выздо-

рования, но не ранее чем на 11-й день переводятся на другую работу (где они эпидемиологически не опасны) на срок в 12 дней.

Дети, не болевшие скарлатиной, посещают ДДУ и первые три класса школ, из очага скарлатины допускаются в детский коллектив на 18-й день от дня контакта с заболевшим (при лечении больного на дому). Если больной госпитализирован, то контактные дети, посещающие ДДУ и первые 3 класса школ, из очага не допускаются в эти учреждения в течение 7 дней от момента изоляции.

Коклюш

Срок медицинского наблюдения — 14 дней.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Бактериологическое обследование больных и контактных проводится бактериологической лабораторией ГорЦГиЭ по направлению специалистов учреждения здравоохранения и ЦГиЭ. Оформляется направление так же, как при менингококковой инфекции.

Серологическое исследование (РА) проводится при наличии длительного кашля и отсутствия бактериологического подтверждения диагноза. Берутся парные сыворотки (на 2–3-й неделе болезни и спустя 1,5–2 недели). Диагностическое значение имеет нарастание титра антител в 4 и более раз. Для детей, не привитых против коклюша и не болевших ранее, диагностическое значение имеет наличие специфических антител в титрах 1:80 и выше.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Медицинское наблюдение.

2. Изоляция на 25 дней от начала заболевания больных, посещающих ясельные группы ДДУ или работающих в них, а также в домах ребенка, родильных домах, детских стационарах и летних оздоровительных учреждениях. В школах, школах-интернатах, детских домах и садах изоляции на 25 дней от начала заболевания подлежит первый больной. Все остальные заболевшие изолируются по клиническим показаниям. Двукратное (в первые 1–3 дня) бактериологическое обследование проводится для следующего контингента контактных: дети до 7 лет, взрослые, работающие в яслях и домах ребенка, родильных домах, детских отделениях больниц, ДДУ, санаториях, летних оздоровительных учреждений.

Примечание. Лица, переболевшие коклюшем, посещающие или работающие в ДДУ, домах ребенка, родильных и детских стационарах, оздоровительных учреждениях, школах, школах-интернатах допускаются не ранее 26-го дня от начала заболевания. Бактерионосителей допускают в коллектив при наличии 2 отрицательных результатов бактериологического исследования, проведенного 2 дня подряд или с интервалом 1–2 дня.

Дети в возрасте до 7 лет, контактировавшие с больным коклюшем, подлежат разобщению сроком на 14 дней со дня изоляции больного.

ВГА

Срок медицинского наблюдения — 35–42 дня.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Лабораторное обследование (активность АЛАТ и АСАТ, уровень билирубина и его фракций, тимоловая проба, специфический маркер ВГА (Ig M)) назначается по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Медицинское наблюдение (термометрия, осмотр кожных покровов и склер, пальпация печени 1 раз в неделю, наблюдение за характером стула, мочи).

2. Лабораторное обследование контактных (по клиническим показаниям; АЛАТ — всем).

3. Госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показаниям (клинические показания: ВГ у детей до 2 лет, тяжелые и среднетяжелые формы этиологически недифференцированного гепатита ВГ у лиц, резко ослабленных, затяжные формы ВГ; эпидемиологические показания: невозможность соблюдения противоэпидемического режима, наличие в очагах детей дошкольного возраста, ранее не болевших ВГ).

Примечание. Реконвалесценты (взрослые) после выписки из стационара освобождаются от работы не менее чем на 2 недели, дети находятся на домашнем режиме до 6 дней. В течение 6 месяцев после выписки из стационара противопоказаны прививки. Диспансерное наблюдение — 6 месяцев: 1-й месяц — в стационаре; 3-й и 6-й месяцы — в ЛПУ по месту жительства. При каждом посещении — клинический осмотр и лабораторные исследования: уровень билирубина и его фракций, активность АЛАТ и АСАТ, тимоловая проба.

ИЕРСИНИОЗ

Срок медицинского наблюдения — 21 день.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. При подозрении на заболевание проводится следующий объем лабораторных исследований: общий анализ крови, анализ мочи, кровь на билирубин и ферменты; моча на уробилин и желчные пигменты при желтушной форме заболевания; не менее 2 посевов испражнений на иерсиниоз: в первые дни болезни и на 10-й день болезни, в первые дни заболевания мазок из слизистой глотки на иерсиниоз, посев крови на иерсинии у лиц с генерализованной формой и у больных со стойким повышением температуры. Серологические исследо-

вания крови (на РПГА) проводятся в первую неделю болезни и в динамике через 7–10 дней. Диагностический титр РПГА — 1:200, достоверный диагностический показатель — 4-кратный прирост титров антител.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Медицинское наблюдение.
2. Лабораторное обследование контактных по клиническим показаниям.

Примечание. Диспансерное наблюдение — 1 месяц.

ОКИЗ

Срок медицинского наблюдения — 7 дней.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Материалом для бактериологических исследований служат рвотные массы, промывные воды желудка, фекалии. Вышеуказанный материал направляется на исследование для определения возбудителей группы энтеропатогенных бактерий.

Забор материала осуществляется до начала этиотропного лечения в день постановки первичного диагноза ОКИЗ. Забор испражнений можно проводить ректальной петлей или тампоном, смоченным в глицериновой смеси или полужидкой среде Кери–Блера. Рвотные массы, промывные воды желудка собираются в стерильную посуду.

Срок доставки в лаборатории ГорЦГиЭ — не позднее 2 часов после забора. При невозможности своевременной доставки материала он помещается в холодильник и направляется на исследование не позднее 12 часов после забора. При подозрении на ОКИЗ ротовирусной этиологии производится забор фекалий в стерильные флаконы от пенициллина, закрытые пробкой. Наполняемость — $\frac{1}{4}$ флакона. Доставка — в день взятия материала. Материал для бактериологического исследования направляется в бактериологическую лабораторию ГорЦГиЭ, для вирусологического исследования от больных — в вирусологическую лабораторию ДИБ, от контактных — в вирусологическую лабораторию ГорЦГиЭ (Короля, 12).

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Госпитализация больных по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Клинические показания: тяжелые и среднетяжелые формы у детей до 1 года, ОКИЗ у ослабленных лиц, затяжные и хронические формы дизентерии (при обострении). Эпидемиологические показания: невозможность соблюдения противоэпидемического режима работниками пищевых предприятий и лицами, к ним приравненными, к которым относятся:

– персонал, обслуживающий лечебные ДДУ, лечебно-воспитательные учреждения, санатории и т. п., лица, имеющие непосредственное отношение к питанию и уходу за больными, отдыхающими детьми;

- работники предприятий по санитарно-гигиеническому обследованию населения (банщики, работники душевых, прачечных, лица, принимающие белье и т. д.);
- работники плавательных бассейнов, спасатели, горничные, дежурные по этажам гостиниц, общежитий;
- медицинские работники и персонал инфекционных больниц, отделений и кабинетов поликлиник, ЦГиЭ и бактериологических лабораторий, работники скорой помощи;
- работники головных сооружений водопровода, лица, обслуживающие водозаборные сооружения, колонки;
- работники очистных сооружений и установок, мусороочистительных станций;
- лица, занятые уборкой территорий;
- лица на транспорте, связанные с непосредственным обслуживанием и питанием пассажиров;
- работники кооператива по производству и реализации продуктов питания;
- лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, связанные с производством и реализацией пищевых продуктов.

2. Однократное бактериологическое обследование контактных из числа работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, детей, посещающих ДДУ, школы-интернаты, летние оздоровительные коллективы, неорганизованные дети до 2 лет.

3. Медицинское наблюдение в квартирных очагах за контактными из числа работников пищевых предприятий и лиц, к ним приравненных, детьми, посещающими ДДУ, летние оздоровительные коллективы (ежедневный опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрия).

Примечание. Переболевшие ОКИЗ работники пищевых предприятий и лица, к ним приравненные, подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца с 2-кратным бактериологическим обследованием, проведенным в конце наблюдения с интервалом в 2–3 дня.

Работники пищевых объектов и лица, к ним приравненные, дети, посещающие ДДУ, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения, допускаются на работу и к посещению этих учреждений на основании справки о выздоровлении и при наличии отрицательного результата бактериологического исследования.

БОЛЕЗНЬ БРИЛЛЯ

Срок медицинского наблюдения — 25 дней.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Проводятся серологические исследования на РСК длительно лихорадящих (более 5 дней)

с диагнозами, не исключаяющими сыпной тиф. Кровь для серологического исследования забирается из пальца или из вены в количестве 1–2 мл. Диагностический титр при однократной постановке РСК — 1:160.

Для более достоверной диагностики требуется двукратное серологическое исследование на РСК с 6-го дня заболевания с интервалом 3–5 дней.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Немедленная госпитализация больных Брилля.
2. Медицинское наблюдение за контактными:
 - семьей больного и всеми лицами, проживающими совместно;
 - лицами, посещающими больного в течение 21 дня до заболевания и на протяжении всего срока пребывания больного на дому до его госпитализации.
3. Осмотр контактных на педикулез.
4. Серологическое обследование контактных, у которых за последние 3 месяца было какое-либо заболевание, сопровождающееся лихорадкой более 5 дней.

Брюшной тиф, паратиф

Срок медицинского наблюдения — 21 день, 14 дней.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Бактериологическому исследованию методом выделения гемокультуры подлежат все больные с лихорадочным состоянием невыясненного происхождения, продолжающимся более 5 дней.

Кровь для посева берут из вены в количестве 5–10 мл и помещают во флакон с 50–100 мл 10–20%-ного желчного бульона или среды Рапопорт.

Бактериологическое исследование мочи, фекалий проводится как у больных, так и у контактных. Кал в количестве 2–3 г забирают в стерильную посуду с консервантом. Мочу в количестве 20–30 мл собирают в стерильную посуду и отправляют в лабораторию.

Серологическое исследование у больных и контактных (методика забора та же, что и при болезни Брилля) — реакция Видаля, РПГА — используются с первых дней болезни. Повторное исследование — через 7–10 дней.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге:

1. Немедленная госпитализация выявленных больных. Изоляция больного прекращается после исчезновения клинических симптомов и 3-кратного бактериологического исследования кала и мочи. Выписка из стационара не ранее 21-го дня нормальной температуры.
2. Бактериологическое обследование кала и мочи, серологическое (кровь в РПГА) — всех контактных. При «+» РПГА ее повторяют с цистеином.

3. Лица с заболеваниями печени и желчевыводящих путей дополнительно подвергаются однократному бактериологическому исследованию дуоденального содержимого.

4. Медицинское наблюдение (термометрия 1 раз в 3 дня).

5. Фагопрофилактика (брюшнотифозная или поливалентная сальмонеллезная) всех контактных.

МИКРОСПОРИЯ, ЧЕСОТКА, ЛЕПТОСПИРОЗ, ГЛПС

Срок медицинского наблюдения — 14 дней.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Не проводится. Забор парных сывороток на серологическое исследование при заболеваниях, не исключаящих лептоспироз и ГЛПС, в количестве 1–2 мл осуществляется:

- в ранние сроки заболевания;
- через 10 дней от начала заболевания.

Доставка материала осуществляется в лабораторию ООИ при республиканском ЦГиЭ.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге. Медицинское наблюдение за контактными (осмотр кожных покровов) не реже 1 раза в неделю в течение 45 дней.

КРАСНУХА

Срок медицинского наблюдения — 21 день.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Не проводится.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге. Медицинское наблюдение за контактными не проводится.

Примечание. В ДДУ дети допускаются после клинического выздоровления, но не ранее 5 дней от начала появления сыпи.

ВГВ (+ D) и ВГС (ТРАНСФУЗИОННЫЙ и ПОСТИНЪЕКЦИОННЫЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ)

Срок медицинского наблюдения — 6 месяцев.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Лабораторными специфическими маркерами являются HBsAg, антиHCV, HBeAg, антиHBeIom, антиHCVIgM.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге. Первичный врачебный осмотр всех контактных при открытии очага. Последующий осмотр проводится при обращении контактных за медицинской

помощью. В очаге уделять внимание контингенту риска, к которому относятся:

- доноры (отстраняются от сдачи крови на 6 месяцев, обследуются на HBsAg и анти-HCV на 1-м и 3-м месяцах, в случае HBsAg+ и анти-HCV+ госпитализируются в инфекционный стационар для уточнения диагноза);

- беременные (сообщить в женскую консультацию для проведения ежемесячного врачебного осмотра и двукратного лабораторного обследования сразу после возникновения очага и в 3-м триместре беременности);

- контактные, относящиеся к группе медработников, имеющих контакт с кровью и проводящих медицинские манипуляции с нарушением целостности кожных покровов и слизистых, персонал ДДУ, домов ребенка, специнтернатов; косметологи, парикмахеры (обследование на АЛАТ и HBsAg сразу после возникновения очага и далее при наличии клинических показаний).

Примечание. Больные хроническим гепатитом, хроническими вирусными гепатитами, носители HbsAg, антиHCV подлежат госпитализации по клиническим показаниям в отделение хронических гепатитов инфекционных стационаров.

В течение 12 месяцев противопоказаны прививки, кроме противостолбнячной и антирабической вакцин. Нежелательно проведение плановых операций, женщинам рекомендуется избегать беременности в течение года после выписки.

Диспансерные осмотры осуществляются через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев после выписки. Методы диспансерного обследования: клинический осмотр, лабораторное обследование (биохимический анализ, маркеры ПВГ).

На каждого переболевшего ОВГ, ХВГ, носителей HBsAg и антиHCV заполняется карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у).

Амбулаторные карты и форма 030/у маркируются: красный треугольник — ОВГ, красный квадрат — ХВГ, носители.

Наблюдение за общавшимися в очагах больных ХГ, вирусоносителей осуществляется по решению врача.

Больные ХВГ подлежат постоянному диспансерному наблюдению не реже 2 раз в год.

Носители после взятия на учет вызываются сразу для углубленного клинико-лабораторного обследования. Дальнейшее наблюдение осуществляется через 3 месяца и в дальнейшем 2 раза в год в течение всего периода обнаружения HBsAg, антиHCV. При повторном обнаружении HBsAg через 3, 6 и 12 месяцев после его первоначального выявления, также при наличии минимальных клинических и биохимических изменений ставится диагноз «хронический вирусный гепатит» и рекомендуется госпитализация в инфекционный стационар для уточнения глубинного

поражения печени. Носители снимаются с учета при трехкратном отрицательном результате анализа на HBsAg, выполненного с интервалом в 3 месяца в течение 1 года.

ПЕДИКУЛЕЗ

Срок медицинского наблюдения — 30 дней.

Использование лабораторной диагностики в очагах инфекционных заболеваний, бактериологическое обследование. Не проводится.

Противоэпидемические мероприятия в квартирном очаге. Осмотр на педикулез проживающих в очаге не реже 1 раза в неделю в течение 30 дней.

СРОКИ ИЗОЛЯЦИИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ И ОБЩАВШИХСЯ С НИМИ ЛИЦ

Название болезни	Сроки изоляции	
	больных	контактных
Вирусный гепатит А	Изоляция прекращается после исчезновения клинических явлений, восстановления функции печени, нормализации содержания билирубина в крови и уробилина в моче, но не ранее чем через 3 недели от появления желтухи и 30 дней от начала заболевания. Учащиеся, переболевшие вирусным гепатитом А, допускаются в школы не ранее чем через 6 дней после выписки из стационара	Разобщение не применяется, проводится медицинское наблюдение в течение 35–42 дней от момента последнего общения с больным
Корь	Изоляция больного прекращается через 4 дня от начала высыпания, а при наличии пневмонии — не ранее 11-го дня	Дети, не болевшие корью, разобщаются на 17 дней, пассивно иммунизированные — на 21 день
Краснуха	Изоляция больного прекращается через 4 дня от начала высыпания	Разобщение не применяется
Менингит эпидемический менингококковый	Изоляция прекращается после получения отрицательного результата двукратного бактериологического исследования слизи из носоглотки. Выписка из стационара производится не ранее 21-го дня от начала заболевания	Дети, а также взрослые, обслуживающие детские учреждения и детские больницы, подлежат разобщению до получения отрицательных результатов двукратного бактериологического исследования отделяемого носоглотки. Если невозможно произвести исследование, разобщение прекращается через 7 дней после изоляции больного
Ветряная оспа	Изоляция выздоравливающих прекращается через 5 дней от последних высыпаний	Для неболевших детей в возрасте до 7 лет применяется разобщение в течение 21 дня от начала контакта, при точном установлении времени контакта разобщение может проводиться с 11-го по 21-й день инкубации

Название болезни	Сроки изоляции	
	больных	контактных
Эпидемический паротит	Изоляция больного прекращается через 9 дней от начала заболевания	Для неболевших детей в возрасте до 10 лет применяется разобщение в течение 21 дня от начала контакта, при точном установлении времени контакта разобщение может проводиться с 11-го по 21-й день инкубации
Скарлатина	Изоляция (в больнице или на дому) прекращается после клинического выздоровления, но не ранее 10-го дня от начала заболевания. Посещение детьми-реконвалесцентами ДДУ и первых 2 классов школ допускается после дополнительной изоляции на дому в течение 12 дней	Не болевшие скарлатиной дети, посещающие ДДУ и первые 2 класса школы, а также взрослые, работающие в хирургических и родильных отделениях и на молочном производстве, не допускаются в эти учреждения в течение 7 дней от момента изоляции больного в больнице. Если больной изолирован на дому — 10 дней
ОКИ	Госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показаниям	Устанавливается 7-дневное медицинское наблюдение для выявления повторных заболеваний в очаге. В ДДУ — осмотр общавшихся с больным (термометрия, осмотр стула, пальпация живота и т. д.)
Дифтерия	Обязательная госпитализация	После госпитализации больного проводится однократное бактериологическое обследование контактировавших с ним. При отрицательном результате обследования дети допускаются в коллективы. Носители токсигенных дифтерийных палочек saniруются
Коклюш	Госпитализация по клиническим показаниям, изоляция на 30 дней от начала заболевания	Разобщение на 14 дней от момента последнего контакта

Оглавление

Список сокращений.....	3
Детская поликлиника	4
Организация медицинской помощи детям и подросткам в детской городской поликлинике.....	16
Организация санитарно-просветительной работы в детской поликлинике	22
Медицинское наблюдение за детьми и подростками в сельской местности	27
Детская смертность. Пути снижения.....	37
Литература.....	40
Приложение 1.....	41
Приложение 2.....	50
Приложение 3.....	51
Приложение 4.....	55
Приложение 5.....	60
Приложение 6.....	62
Приложение 7.....	75

Учебное издание

Малюгин Виктор Юрьевич
Бовбель Инна Эрнстовна
Сукало Александр Васильевич

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Сукало
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 24.06.10. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 4,65. Уч.-изд. л. 3,75. Тираж 40 экз. Заказ 338.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

