

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Т. П. Павлович, Н. Н. Пилипцевич, И. Г. Ушакевич

ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2011

УДК 614.2 (075.8)
ББК 51.1 (2)2 я73
П12

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
методических рекомендаций 25.05.2011 г., протокол № 9

Рецензенты: зав. каф. радиационной медицины и экологии Белорусского государственного медицинского университета д-р мед. наук, проф. А. Н. Стожаров; декан ф-та общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последиplomного образования канд. мед. наук, доц. И. Н. Мороз

Павлович, Т. П.

П12 Детская поликлиника : метод. рекомендации / Т. П. Павлович, Н. Н. Пилипцевич, И. Г. Ушакевич. – Минск : БГМУ, 2011 – 30 с.

ISBN 978-985-528-492-6.

Изложена организация амбулаторной медицинской помощи детскому населению. Раскрыты задачи и структура типовой детской поликлиники, содержание работы ее основных подразделений, участкового врача-педиатра. Даны показатели, используемые при анализе деятельности поликлиники.

Предназначены для студентов 4–6-го курсов педиатрического, лечебного и стоматологического факультетов, а также клинических ординаторов.

УДК 614.2 (075.8)
ББК 51.1 (2)2 я73

ISBN 978-985-528-492-6

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Важнейшим направлением совершенствования здравоохранения на современном этапе является приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи. Знание организации охраны здоровья детей и основных направлений деятельности врачей-педиатров позволит грамотно организовать лечебно-профилактическую помощь детскому населению.

Цель занятия: усвоить задачи, организацию и содержание работы детской поликлиники, научиться рассчитывать и оценивать показатели ее деятельности.

Задачи занятия. Для успешного освоения темы студент должен изучить и **знать:**

1. Законодательные документы, гарантирующие и регламентирующие права ребенка.
2. Принципы организации лечебно-профилактической помощи детскому населению.
3. Классификацию организаций, оказывающих амбулаторную лечебно-профилактическую помощь детям.
4. Задачи детской поликлиники.
5. Структуру и организацию работы детской поликлиники.
6. Основные разделы работы участкового врача-педиатра, его функции.
7. Организацию работы структурных подразделений детской поликлиники.
8. Основную учетно-отчетную документацию детской поликлиники.
9. Основные показатели деятельности детской поликлиники.

Студент должен **уметь** рассчитать и оценить показатели деятельности детской поликлиники.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного освоения темы необходимо повторить:

- 1) из курса нормальной анатомии и физиологии — анатомо-физиологические особенности детского организма в разные возрастные периоды;
- 2) курса гигиены детей и подростков — особенности медицинского обслуживания детей в учреждениях образования;
- 3) курса общей гигиены — гигиенические требования, предъявляемые к оснащению детских поликлиник, медицинских кабинетов дошкольных учреждений, школ.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Организации здравоохранения, оказывающие амбулаторную медицинскую помощь детям.
2. Детская поликлиника. Задачи, управление, структура.

3. Основные разделы работы врача-педиатра участкового, их содержание.
4. Регистратура, задачи, структура.
5. Кабинет здорового ребенка, задачи, организация работы.
6. Диспансерный метод работы.
7. Прививочный кабинет, задачи, организация работы.
8. Кабинет для оказания медицинской помощи подросткам, задачи, организация работы.
9. Деятельность отделения медицинской помощи организованным детям.
10. Основная учетная и отчетная документация детской поликлиники.
11. Показатели, характеризующие деятельность детской поликлиники.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

К основным нормативным правовым актам, гарантирующим права ребенка, относятся: Конституция Республики Беларусь, законы Республики Беларусь «О здравоохранении», «О правах ребенка», Кодекс о браке и семье.

Приоритетность медицинского обслуживания, в том числе лекарственного обеспечения несовершеннолетних является одним из основных принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения (ст. 3 закона Республики Беларусь).

Лечебно-профилактическая помощь детям в возрасте до 18 лет (17 лет, 11 месяцев, 29 дней) оказывается в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях здравоохранения четырех технологических уровней.

Первый уровень — районный — включает центральную районную больницу. В ее составе функционируют стационарное педиатрическое отделение и амбулаторно-поликлиническая служба: поликлиническое отделение для детского населения, врачебные амбулатории или амбулатории врача общей практики, их структурные подразделения — фельдшерско-акушерские пункты.

Второй уровень — межрайонный — представлен межрайонными консультативно-диагностическими отделениями при больничных и поликлинических организациях крупных районных городов (Барановичи, Борисов, Молодечно, Орша, Пинск, Полоцк и др.).

Третий уровень — областной — областные детские больницы, консультативно-диагностические центры, диспансеры и центры реабилитации.

Четвертый уровень — республиканский — педиатрические клиники (отделения) профильных республиканских научно-практических центров,

в том числе «Мать и дитя», республиканские больницы и центры реабилитации.

Кроме того, лечебно-профилактическая помощь детскому населению оказывается в учреждениях образования общего типа, санаторного и специализированного профиля, летних детских оздоровительных учреждениях, детских оздоровительных центрах, санаториях.

Медико-санитарное обслуживание детей, проживающих в городах и сельской местности, осуществляется по единым принципам. Однако в крупных городах более совершенны организационные формы работы педиатрической службы. В трех областных центрах и в столице республики имеются клиники медицинских университетов.

Принципы оказания амбулаторной медицинской помощи детскому населению:

- профилактическая направленность;
- доступность;
- широкое применение диспансерного метода;
- система активного патронажа;
- преемственность в работе врачей, оказывающих медицинскую помощь детям;
- этапность;
- гигиеническое воспитание и обучение как родителей, так и детей;
- участково-территориальное обслуживание;
- социальная направленность.

Основными задачами педиатрической службы являются содействие оптимальному развитию ребенка, сохранение и восстановление его здоровья при болезни.

ДИСПАНСЕРНЫЙ МЕТОД РАБОТЫ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Диспансеризация (диспансерный метод) — это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья детского населения, направленный на укрепление здоровья, обеспечение правильного физического развития, предупреждение заболеваний путем проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

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

Диспансеризация больных предусматривает раннее выявление заболеваний и устранение причин, способствующих их возникновению; предупреждение обострений, осложнений; снижение заболеваемости, инвалидности и смертности путем оказания всесторонней качественной

лечебной помощи, проведения оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Задачи диспансеризации:

- выявление лиц с факторами риска и больных на ранних стадиях заболеваний путем проведения профилактических осмотров;
- активное наблюдение и оздоровление больных и лиц с факторами риска;
- обследование, лечение и реабилитация больных, динамическое наблюдение за ними;
- создание автоматизированных информационных систем и банков данных по диспансерному учету детского населения.

Этапы диспансеризации:

1-й этап — учет, обследование детского населения, отбор контингентов для постановки на диспансерный учет.

2-й этап — динамическое наблюдение за состоянием здоровья диспансеризуемых, проведением профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

3-й этап — ежегодный анализ состояния диспансерной работы, оценка ее эффективности, разработка мер по ее совершенствованию.

1-й этап. Учет детского населения проводится в конце каждого полугодия путем его регистрации участковой медицинской сестрой. На этом этапе осуществляется также обследование детей с целью оценки состояния здоровья, обнаружения факторов риска, раннего выявления больных.

Различают 3 вида профилактических осмотров:

1. Предварительный медицинский осмотр проводится среди подростков, поступающих на работу или учебу, с целью определения соответствия выбранной ими специальности и выявления заболеваний, которые могут явиться противопоказаниями для работы в данной профессии.

2. Периодический медицинский осмотр осуществляется в плановом порядке. Сроки осмотров и объем обследования для каждой возрастной группы детского населения утверждены приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.08.2008 № 811.

3. Целевой медицинский осмотр проводится для раннего выявления больных отдельными заболеваниями, например, туберкулезом, эндокринными заболеваниями и др.

Основными формами профилактических осмотров являются **индивидуальные и массовые**.

При выявлении заболевания у осматриваемого врач заполняет статистический талон (ф. 025/2-у).

2-й этап. Динамическое наблюдение за диспансеризуемыми проводится дифференцированно по группам здоровья.

Выделяют четыре группы здоровья: 1-я группа — здоровые дети, 2-я группа — дети, имеющие функциональные отклонения и факторы риска, 3-я группа — дети с хроническими заболеваниями в стадии компенсации и субкомпенсации, 4-я группа — дети-инвалиды.

Наблюдение за здоровыми (1-я группа) осуществляется в виде периодических медицинских осмотров. В отношении этой группы детей проводятся оздоровительные и профилактические мероприятия, направленные на предупреждение заболеваний, укрепление здоровья, улучшение условий обучения и быта. Также осуществляется гигиеническое воспитание и обучение.

Динамическое наблюдение за лицами, отнесенными к 2-й группе, имеет целью устранение или уменьшение факторов риска развития заболеваний, коррекцию гигиенического поведения, повышение компенсаторных возможностей и резистентности организма.

Цель наблюдения за больными, перенесшими острые заболевания, — предупреждение развития осложнений и хронизации процесса. Частота и длительность наблюдения зависят от нозологической формы, характера процесса, возможных последствий. Например, после острой ангины длительность диспансеризации составляет 1 месяц, после острой пневмонии — 6 месяцев.

Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями (3-я и 4-я группы здоровья) осуществляется на основе плана лечебно-оздоровительных мероприятий, который предусматривает число диспансерных явок к врачу, консультации врачей-специалистов, диагностические исследования, противорецидивное лечение и реабилитацию, диетическое питание, санаторно-курортное лечение, санацию очагов инфекции, плановую госпитализацию.

В ходе динамического наблюдения мероприятия в течение года выполняются, корректируются, дополняются. В конце года на каждого диспансеризуемого заполняется этапный эпикриз, который отражает следующие моменты: исходное состояние больного, проведенные лечебно-оздоровительные мероприятия, динамика течения заболевания, итоговая оценка состояния здоровья (улучшение, ухудшение, без изменений).

3-й этап. Руководителями структурных подразделений учреждения осуществляется оценка эффективности диспансеризации и анализ состояния диспансерной работы, разрабатываются мероприятия по ее совершенствованию.

ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Детская поликлиника является основной организацией здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь детям при обращении в поликлинику, на дому, в учреждениях образования на территории обслуживания.

Детские поликлиники подразделяются:

- по мощности, определяемой числом посещений в смену;
- организационному принципу: самостоятельные и объединенные со стационаром.

Район деятельности поликлиники и график ее работы устанавливаются руководством здравоохранения административной территории.

Участково-территориальный принцип деятельности поликлиники обеспечивает деление всей территории обслуживания на отдельные участки, медицинская помощь детскому населению которых оказывается участковым врачом-педиатром и участковой медицинской сестрой. В соответствии с постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 20. 06. 2007 г. № 811 «Об утверждении государственных минимальных стандартов по обслуживанию населения» 1 должность врача-педиатра участкового рассчитывается на 800 детей. На один участок вводится 1,5 должности медсестры (0,5 — для патронажной работы). Закрепление на медицинское обслуживание осуществляется по месту проживания в соответствии со ст. 14 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении».

На протяжении рабочего дня выделяется время на осуществление приема пациентов в поликлинике (3 часа) и обслуживание вызовов на дому (3 часа). Распределение времени может быть иным в зависимости от эпидемической обстановки, удаленности участка от поликлиники, возрастного состава детского населения участка. За один час работы врач-педиатр должен принять 4 пациента на первичном или повторном приеме (15 минут на пациента) или 6 человек на профилактическом осмотре (10 минут на 1 ребенка). Нормы нагрузки при обслуживании вызовов — 2 вызова за 1 час.

Особенности работы детской поликлиники

Система единого педиатра, при которой врач-педиатр наблюдает за ребенком от рождения до 18 лет, обеспечивает непрерывность наблюдения на всех этапах развития. Прием участкового врача в поликлинике организован по скользящему графику для того, чтобы родители могли выбрать удобное для них время. В детской поликлинике осуществляется прием здоровых, выздоравливающих детей и детей, страдающих хроническими заболеваниями. Больные с острыми инфекционными заболеваниями и заболевшие впервые в остром периоде болезни обслуживаются на дому.

В течение недели у педиатра выделены:

1. Прием больных детей, находящихся в периоде реконвалесценции (понедельник, среда, пятница). Если на прием приходят дети с инфекционными заболеваниями, сопровождающимися сыпью или диареей, то они направляются в фильтры-боксы. Медицинская сестра вызывает участкового врача-педиатра либо врача-инфекциониста. В боксе врач осматривает ребенка, решает вопрос о госпитализации или назначает лечение на дому.

2. Прием детей, не имеющих острых заболеваний, осуществляется во вторник и четверг. Прием здоровых детей раннего возраста и детей до 6 лет педиатр проводит по вторникам, в День здорового ребенка. Больные дети, находящиеся на диспансерном учете, посещают педиатра по приглашению медсестры по четвергам.

Лечение детей в поликлинике осуществляется как продолжение лечения больного, начатого на дому, или как активный реабилитационный процесс после выписки из стационара.

Детская поликлиника обеспечивает медико-санитарную помощь детям в учреждениях образования на территории обслуживания.

В каждой детской поликлинике организована работа врачей-специалистов: отоларинголога, окулиста, невролога, хирурга, стоматолога, кардиоревматолога. Должности других специалистов (пульмонолог, аллерголог, гематолог, уролог, нефролог, эндокринолог, гастроэнтеролог, гинеколог) вводятся в штат консультативной детской поликлиники города (области) либо в штат консультативных кабинетов детских больниц.

Определенные профили специализированной помощи оказываются в диспансерах (психоневрологическом, онкологическом, противотуберкулезном, сурдологическом, дерматовенерологическом, эндокринологическом и др.).

Задачи детской поликлиники

Выделяют следующие задачи детской поликлиники:

1. Оказание медицинской помощи детскому населению в поликлинике и на дому.
2. Организация и осуществление комплекса профилактических мероприятий, в том числе динамическое наблюдение за здоровыми и больными детьми.
3. Организация и осуществление лечебно-профилактической работы в ДДУ и школах.
4. Организация и осуществление противоэпидемических мероприятий (совместно с ЦГЭ).
5. Организация и проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и обучению населения, пропаганде здорового образа жизни.
6. Совершенствование организационных форм и методов работы поликлиники, направленных на повышение качества и эффективности ле-

чебно-диагностической работы и медицинской реабилитации, внедрение в практику работы стационарозамещающих технологий.

7. Анализ состояния здоровья детского населения.

Структура детской поликлиники

Структура детской поликлиники представлена следующими функциональными подразделениями:

1. Руководство.
2. Фильтры-боксы для приема больных детей, которые имеют отдельный вход изнутри и выход наружу (бокс Мельцера–Соловьева).
3. Регистратура.
4. Лечебные отделения или кабинеты врачей-педиатров и врачей-специалистов, кабинет для оказания медицинской помощи подросткам.
5. Кабинет здорового ребенка.
6. Прививочный кабинет.
7. Кабинет (отделение) медицинской помощи организованным детям.
8. Клиническая лаборатория.
9. Диагностические кабинеты.
10. Отделение медицинской реабилитации.
11. Социально-правовой кабинет.
12. Центральное стерилизационное отделение.
13. Административно-хозяйственная часть.

Регистратура детской поликлиники

Регистратура является структурным подразделением детской поликлиники.

Непосредственное руководство работой регистратуры осуществляет старшая медицинская сестра.

Задачи регистратуры:

1. Обеспечение предварительной и неотложной записи пациентов на прием к врачу при непосредственном обращении, по телефону, через Интернет.
2. Регулирование потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки на врачей и распределения его по профилям оказываемой помощи.
3. Обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей.
4. Правильное ведение и хранение картотеки поликлиники.
5. Предоставление справочной информации посетителям.

В соответствии с указанными задачами регистратура осуществляет:

1. Информирование населения о распорядке работы поликлиники, времени приема врачей-специалистов во все дни недели, правилах вызова врача на дом, предварительной записи на прием к врачам, о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями, доведение

до сведения населения информации о адресах аптек, поликлиник, стационаров, оказывающих экстренную медицинскую помощь населению в вечернее, ночное время, в воскресные и праздничные дни, платных медицинских услугах.

2. Запись на прием к врачам (в том числе предварительную) и регистрацию вызовов врачей на дом.

3. Направление в установленном порядке пациентов на профилактические осмотры.

4. Подбор историй развития ребенка, записавшихся на прием или вызвавших врача на дом, доставку медицинских документов в кабинеты врачей.

5. Подтверждение соответствующими печатями выданных пациентам справок, направлений, рецептов и выписок из медицинских документов, листков нетрудоспособности и справок о нетрудоспособности, регистрация их в специальных журналах или банках данных на ПЭВМ.

В составе регистратуры городской поликлиники имеется: стол справок, рабочие места для приема и регистрации вызовов врача на дом, для регистрации листков нетрудоспособности, помещение для хранения и подбора историй развития ребенка, помещение для оформления медицинских документов и медицинский архив.

Основная информация для пациентов должна быть размещена на стендах возле регистратуры. В соответствии со ст. 43 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» также на стенде должны быть представлены «Правила внутреннего распорядка для пациентов».

Прививочный кабинет

Основной задачей прививочного кабинета является работа по иммунопрофилактике инфекционных заболеваний у детей и подростков.

В соответствии с указанной задачей персоналом кабинета осуществляется:

1. Формирование прививочной картотеки детского населения поликлиники с учетом ежегодной переписи.

2. Обеспечение запаса, контроль срока действия средств неотложной помощи при поствакцинальных осложнениях.

3. Составление и представление в Центр гигиены и эпидемиологии отчетов по утвержденным формам о проведенных прививках и движении прививочных препаратов.

4. Своевременное и правильное ведение установленной медицинской документации.

5. Обеспечение, совместно с врачами-педиатрами проведения прививок детям.

6. Своевременное получение, правильный учет использования иммунобиологических препаратов.

7. Соблюдение «холодовой цепи» при хранении, транспортировке препаратов.

8. Проведение систематической работы по повышению уровня знаний среднего медицинского персонала по вопросам безопасной вакцинации.

9. Проведение работы по гигиеническому воспитанию и обучению населения.

Основной прививочный документ ребенка — «Карта профилактических прививок» (ф. 063/у). Заполняется в детской поликлинике при взятии ребенка на учет. В случае убытия ребенка из района обслуживания поликлиники на руки выдается копия ф. 063/у или справка о проведенных прививках. Подлинник карты остается в поликлинике и хранится в течение 5 лет.

О проведенной прививке, аллергической пробе также делается запись в «Истории развития ребенка» (ф. 112/у) и в рабочий журнал прививочного кабинета. Из отдельных «Карт учета профилактических прививок» в детской поликлинике формируется прививочная картотека. Прививочная картотека может быть построена по срокам очередных прививок или по степени привитости. В настоящее время в детских поликлиниках имеются автоматизированные системы «Иммунопрофилактика».

Ежемесячно медицинская сестра прививочного кабинета составляет план профилактических прививок (общий) на основании планов профилактических прививок педиатрических участков. Согласно плану профилактических прививок участковая медицинская сестра приглашает детей на прием к участковому педиатру. После осмотра врач-педиатр дает разрешение на проведение прививки. В прививочном кабинете ребенку осуществляется вакцинация. В течение последующих 30 минут ведется наблюдение за состоянием его здоровья.

Для оперативного слежения за ходом выполнения плана профилактических прививок, состоянием иммунизации детского населения предусмотрена ежемесячная отчетная форма — «Отчет о профилактических прививках» (ф. 86).

Типовой кабинет профилактических прививок в своем составе имеет четыре помещения:

- для хранения прививочной картотеки и оформления документов после проведения прививки;
- проведения прививок;
- хранения прививочного материала, за исключением вакцины БЦЖ;
- хранения вакцины и проведения прививок БЦЖ.

При транспортировке и хранении прививочного материала должны соблюдаться условия «холодовой цепи», т. е. единого температурного режима.

Ежемесячно медсестра прививочного кабинета согласно плану профилактических прививок делает заявку на получение прививочного материала в территориальный ЦГЭ. После осуществления прививки ампулы не выбрасываются. Ежемесячно составляется акт списания ампул использованных вакцин и неиспользованного прививочного материала, который вместе с «Отчетом о профилактических прививках» передается в ЦГЭ.

Кабинет здорового ребенка

Одна из особенностей организационной структуры детской поликлиники — наличие кабинета здорового ребенка. Основной штатной единицей кабинета является специально подготовленная медсестра или фельдшер — 1 должность при числе детей до 10 000 и 2 — более 10 000, проживающих в зоне обслуживания поликлиники.

Задачи кабинета здорового ребенка:

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, уход, физическое воспитание и др.);
- просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания и обучения детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии ребенка.

Кабинет здорового ребенка должен быть оснащен пеленальным столом, весами и ростомерами для детей различных возрастных групп, методическими и наглядными пособиями по основным вопросам развития и воспитания здорового ребенка, профилактике заболеваний, таблица возрастных режимов. В перечне оформления кабинета обязательно наличие:

- таблиц-схем естественного и искусственного вскармливания детей первого года жизни;
- выставки наглядных пособий по вскармливанию и питанию детей раннего возраста;
- таблиц показателей физического и нервно-психического развития детей раннего возраста;
- стенда с комплексами массажа и гимнастики, физических упражнений для детей раннего возраста;
- выставки предметов ухода за ребенком, личной гигиены детей, игрушек для детей различных возрастных групп;
- схемы специфической и неспецифической профилактики рахита;
- набора методических рекомендаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь по основным вопросам профилактической работы со здоровыми детьми и т. д.

В кабинете ведется рабочая медицинская документация — журнал кабинета здорового ребенка, в котором фиксируют:

- количество детей раннего возраста, принятых в кабинете,
- кратность посещения кабинета детьми первого года жизни,
- сеансы массажа, гимнастики и т. д.

Социально-правовой кабинет

Здоровье матери и ребенка в значительной мере зависит от условий труда женщины и условий быта семьи. Поэтому одним из важнейших мероприятий в этом направлении является охрана прав беременной женщины, матери и ребенка, оказание им социально-правовой помощи. В штате детской поликлиники имеется должность юрисконсульта из расчета 1 должность на 20 000 детей, непосредственно обслуживаемых поликлиникой.

Юрисконсульт детской поликлиники защищает права матери и ребенка на бесплатную медицинскую помощь, оказывает правовую помощь нуждающимся в ней женщинам и детям. Им проводятся беседы с родителями, совершающими действия, противоречащие интересам детей, а также уклоняющимися от выполнения своих обязанностей по содержанию детей. Для рациональной организации правовой работы в детской поликлинике большое значение имеет четкая преемственность в деятельности юрисконсультской женской консультации, детской поликлиники, участкового врача-педиатра и медицинской сестры. Основной контингент нуждающихся в медицинской и правовой защите в условиях детской поликлиники составляют неполные семьи, несовершеннолетние матери, дети из неблагополучных семей, дети, находящиеся под опекой, дети-инвалиды.

Кабинет для оказания медицинской помощи подросткам

Оказание амбулаторной помощи подросткам в возрасте 15–17 лет осуществляется детскими организациями здравоохранения по месту жительства. Кабинет поликлиники для оказания медицинской помощи подросткам предназначен для профилактической и лечебно-диагностической помощи подросткам, проживающим на территории ее обслуживания, учащимся профессионально-технических и средних специальных учебных заведений.

В кабинете для оказания медицинской помощи подросткам работает врач-терапевт либо врач-педиатр. Должность врача подросткового кабинета вводится из расчета на 1500 детей 15–17 лет.

В соответствии с предназначением подростковый кабинет осуществляет:

- проведение медицинских осмотров;
- проведение лечебно-оздоровительных мероприятий лицам, имеющим хронические заболевания и отклонения в состоянии здоровья;

- отбор и направление пациентов на стационарное и санаторно-курортное лечение;
- диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими некоторые острые и страдающими хроническими заболеваниями;
- подготовку к медицинскому освидетельствованию лиц, подлежащих призыву на срочную службу в армии;
- оздоровление призывников после взятия на учет в военном комиссариате;
- экспертизу временной нетрудоспособности и инвалидности;
- проведение профориентации и профессиональной консультации подростков с учетом состояния их здоровья;
- гигиеническое воспитание и обучение подростков.

Основным медицинским документом подростка является «История развития ребенка» (ф. 112/у). На юношей в 15 лет заполняется «Вкладной лист на подростка» (ф. 112-1/у). В него из ф. 112/у вносятся уточненные диагнозы, данные о профилактических прививках, реакции Манту, данные диспансерного наблюдения у врачей-специалистов, результаты обследования и лечения до 15 лет. В дальнейшем добавляются результаты медицинских осмотров, данные обследования, лечения, в том числе и результаты медицинского осмотра при взятии на военный учет.

Основным элементом диспансеризации подростков являются медицинские осмотры, которые проводятся один раз в год (юноши осматриваются ежегодно комплексно, девушки комплексно — в 15 и 17 лет). Медицинские осмотры подростков проводятся в поликлинике организованно или индивидуально в течение года. Графики медицинских осмотров утверждаются руководителем детской поликлиники. Графики организованных медицинских осмотров согласовываются с руководителями учреждений образования, в которых подростки обучаются, или с руководителями учреждений (предприятий).

По результатам медицинских осмотров врачом дается оценка состояния здоровья подростка, определяется группа здоровья и медицинская группа для занятий физической культурой, выдается справка для предоставления по месту работы либо учебы. При необходимости подростки направляются на дополнительное обследование и консультации.

Подростки, имеющие хронические заболевания, находятся под диспансерным наблюдением у врачей-специалистов или врача подросткового кабинета.

Стационарное лечение и консультации подростков могут проводиться в детских больницах или в больницах для взрослого населения в соответствии с их материально-технической базой и оснащением медицинской техникой.

Гинекологическая помощь девушкам оказывается в женских консультациях либо в детских поликлиниках по месту жительства, по месту временного проживания или по месту учебы (работы).

В детских поликлиниках лечение и медицинскую профилактику заболеваний среди юношей призывного возраста организует и осуществляет врач подросткового кабинета, работающий в тесном контакте с военным комиссариатом.

В детских поликлиниках проводится врачебная профессиональная консультация подростков, имеющих отклонения в состоянии здоровья, выдается выписка из медицинских документов (ф. 1-мед/у) для поступления на учебу в учреждения, обеспечивающие получение профессионально-технического, среднего специального и высшего образования, для трудоустройства.

По достижении подростком 18 лет в детской поликлинике составляется переводной эпикриз и подросток передается под наблюдение поликлиники для взрослого населения. На юношей также передается ф. 112-1/у и «Лечебная карта призывника» (ф. 053/у).

Для приема подростков из детской поликлиники создается комиссия, состав которой утверждается приказом главного врача поликлиники для взрослого населения. В состав комиссии входят заместитель главного врача поликлиники для взрослого населения (председатель комиссии), заместитель главного врача детской поликлиники (заведующий педиатрическим отделением), заведующие терапевтическими отделениями, врач-хирург, врач-невролог, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог поликлиники для взрослого населения.

Передача медицинской документации на подростков в поликлинику для взрослого населения проводится ежемесячно и оформляется актом передачи. К акту прилагается список подростков, которые принимаются и (или) не принимаются под наблюдение организации здравоохранения (отделения) для взрослого населения.

В настоящее время в Республике Беларусь реализуется проект «Здоровье подростков», в соответствии с которым в каждом территориально-административном районе открываются Центры, дружественные к подросткам. Основная задача центров — консультирование по проблемам соматического и репродуктивного здоровья на основе конфиденциальности, уважении личности подростка, анонимности предоставления услуг.

Кабинет (отделение) медицинской помощи организованным детям

В зависимости от мощности детской поликлиники обязанности по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях образования возлагаются на педиатрическое отделение либо создается отделение медицинской помощи организованным детям. Штаты врачей-педиатров этого отделения вводятся из расчета: 1 должность на 600 детей дошкольного возраста или

на 2000 школьников. Основной акцент в работе врача-педиатра по обслуживанию организованных детей делается на профилактическую, противоэпидемическую работу, а также гигиеническое воспитание и обучение детей и родителей, формирование навыков здорового образа жизни, организацию и проведение комплексных профилактических осмотров. Работа организуется в тесном контакте с учреждениями образования.

Основные разделы работы врача-педиатра

Выделяют следующие разделы работы врача-педиатра:

1. Профилактическая работа:
 - активный патронаж новорожденных;
 - наблюдение за детьми первого года жизни;
 - наблюдение за детьми дошкольного возраста;
 - наблюдение за детьми школьного возраста;
 - диспансерное наблюдение за детьми с патологией.
2. Лечебно-диагностическая работа:
 - врачебная помощь в поликлинике и на дому;
 - организация оказания специализированной медицинской помощи;
 - проведение медицинской экспертизы;
 - организация и осуществление реабилитационных мероприятий.
3. Противоэпидемическая работа:
 - выявление и организация лечения детей с инфекционными заболеваниями, организация противоэпидемических мероприятий в очаге;
 - иммунопрофилактика.
4. Гигиеническое воспитание и обучение (ГВО) и родителей, формирование навыков здорового образа жизни.
5. Организационная работа:
 - работа с учетно-отчетной медицинской документацией;
 - планирование и анализ деятельности;
 - работа с участковой медицинской сестрой;
 - внедрение передовых форм работы;
 - повышение квалификации.
6. Медико-социальная работа:
 - раннее выявление факторов неблагополучия в семье;
 - проведение оздоровительных и лечебно-диагностических мероприятий детям из семей, находящихся в социально опасном положении.

Профилактическая работа

Особенностью обслуживания детей является активное патронирование врачом здоровых детей раннего возраста. Первое патронажное посещение проводится врачом совместно с медицинской сестрой в **первые 3 дня** после выписки из родильного дома. Информация о новорожденном передается из

роддома в регистратуру поликлиники. После патронажа врачом оформляется «История развития ребенка» (ф. 112/у). Следующие посещения врач осуществляет на 14-й и 20-й дни жизни ребенка. Медицинская сестра обязана посещать новорожденного 2 раза в неделю. По достижении одного месяца родители с ребенком посещают участкового врача-педиатра в детской поликлинике. Участковый врач-педиатр на основании антропометрических данных и осмотра ежемесячно осуществляет комплексную оценку состояния здоровья ребенка для определения дальнейшей тактики наблюдения, информирует родителей о состоянии его здоровья и уровне физического и нервно-психического развития. Даются рекомендации по вскармливанию, режиму. В кабинете здорового ребенка родители получают информацию о физическом воспитании и закаливании ребенка, особенностях ухода, методиках привития гигиенических и культурных навыков, технике массажа и т. д.

На 1-м году жизни осуществляется ежемесячное наблюдение за здоровым ребенком в поликлинике. В случае неявки на прием участковая медицинская сестра проводит внеплановый патронаж для выяснения причины. Ребенку выполняются профилактические прививки в соответствии с Национальным календарем по индивидуальному графику. К 3 месяцам ребенок должен быть осмотрен врачом-неврологом и врачом-хирургом (врачом-ортопедом), проводится общий анализ крови и мочи, выполняется инструментальное аудиологическое обследование по выявлению патологии слуха. Участковая медицинская сестра осуществляет патронаж на дому 2 раза в месяц.

При достижении ребенком 1 года участковый врач-педиатр проводит полное обследование пациента. Анализирует ежемесячно проводившиеся измерения длины и массы тела, окружности головы и грудной клетки, результаты осмотров специалистами (хирурга, невролога, оториноларинголога, офтальмолога, стоматолога), результаты лабораторных методов обследования.

На 2-м году жизни ребенка врач-педиатр осуществляет профилактический осмотр 1 раз в квартал, в дальнейшем — 2 раза в год. Ведущее место на профилактических приемах занимают режимные моменты, особое внимание уделяется изменениям в питании, методам закаливания, физического воспитания, психического развития. Выполнение данных рекомендаций контролируется на дому участковой медицинской сестрой. Ежегодно ребенок осматривается врачом-стоматологом, выполняются общие анализы крови и мочи, с 3-летнего возраста определяется острота зрения и слуха. Комплексные медицинские осмотры с участием врачей-специалистов проводятся на 3, 6, 12, 16, 17 и 18-м годах жизни ребенка. Они могут быть организованы либо в поликлинике, когда присутствие родителей позволяет выявить все проблемы в состоянии здоровья ребенка, либо в учреждении

образования. Вторая форма организации чаще используется в сельской местности. По результатам осмотра определяется группа здоровья.

Диспансерное наблюдение за больными детьми. Детей, подлежащих диспансерному учету, выявляют врачи всех специальностей при проведении профилактических осмотров, на амбулаторном приеме, при оказании помощи на дому.

Основными принципами диспансерного наблюдения за этими детьми являются: раннее выявление заболеваний и их строгий учет; систематическое наблюдение педиатром и врачами-специалистами; создание благоприятных для оздоровления ребенка условий в семье и в детском коллективе; своевременное противорецидивное лечение и лечение обострений.

Дети, страдающие хроническими заболеваниями, находятся на диспансерном учете, как у педиатра, так и у врачей-специалистов. Участковый педиатр должен иметь полную информацию о состоянии здоровья ребенка и постоянно поддерживать связь со специалистами, наблюдающими за больным ребенком.

Основным медицинским документом диспансерного больного является «История развития ребенка» (ф. 112/у). Наряду с этим, на всех детей, подлежащих диспансеризации, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 030/у), которая необходима для учета и планирования посещений, оздоровительных мероприятий. Каждое плановое посещение ребенком врача фиксируется в обеих формах. При взятии на диспансерный учет врач составляет план диспансерного наблюдения. Частота осмотров больных с хронической патологией, характер их обследования и ведения во многом зависит от особенностей течения патологического процесса и состояния ребенка. Поэтому при составлении плана необходим индивидуальный подход к каждому ребенку.

По окончании календарного года на каждого ребенка, находящегося на диспансерном учете, составляется этапный эпикриз. Если больной не снимается с учета, одновременно составляется план диспансерного наблюдения на следующий год.

Лечебно-диагностическая работа

Лечебно-диагностическая работа — это помощь остро заболевшим детям, реконвалесцентам, лечение детей с хронической патологией в стадии обострения. Консультативную помощь могут оказывать заведующий педиатрическим отделением, заместитель главного врача по медицинской части, сотрудники профильных медицинских кафедр.

Во время приема больных врач обследует каждого ребенка, внося анамнестические и объективные данные в «Историю развития ребенка», назначает лечение, физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК, оформляет направления к другим специалистам. В зависимости от диагноза заболевания, тяжести состояния, возраста, условий жизни ребенка врач решает

вопрос о возможности лечения на дому или необходимости госпитализации. Лечение может быть организовано в условиях стационара на дому.

Обязательной госпитализации подлежат все дети, находящиеся в тяжелом состоянии, дети раннего возраста с острой пневмонией, с подозрением на острую хирургическую патологию, имеющие преморбидные состояния и др. При отказе от госпитализации родители оформляют информированный письменный отказ, на основании которого врачом вносится запись в «Историю развития ребенка». Педиатр решает вопрос о повторных посещениях или назначает дату явки в поликлинику на прием. Кратность и интервалы посещения детей регулируются участковым педиатром в зависимости от характера и тяжести заболевания. Удельный вес активных вызовов при правильном ведении больных составляет более 30 % от числа посещений на дому с лечебной целью. Дети 1-го года жизни наблюдаются ежедневно до выздоровления.

Посещение больного на дому врач осуществляет на основании вызова, поступившего в поликлинику (по телефону, при непосредственном обращении в регистратуру), актива стационара и станции скорой и неотложной медицинской помощи. Прием вызовов фиксируется в «Книге записи вызовов на дом» (ф. 031/у): указывается время поступления вызова, фамилия ребенка, год и месяц рождения, номер детского учреждения, адрес ребенка, повод к вызову. Должна быть отметка о первоочередных вызовах. Вызовы с такими жалобами как «судороги, без сознания, посинел, задыхается, умирает» и т. д. передаются на станцию скорой и неотложной медицинской помощи.

Вызов должен быть выполнен в тот же день. В отдельных случаях еще до направления ребенка в стационар необходимо оказывать ему лечебную помощь при состояниях, представляющих опасность для жизни и здоровья. Врач использует медикаменты, которыми оснащена аптечка участкового педиатра, и имеющиеся у родителей средства. Одновременно с началом терапии необходимо вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

При активном посещении врач оценивает динамику состояния ребенка, эффективность терапии, принимает решение о необходимости внесения коррективов в ведение больного. В случаях, когда ребенок не нуждается в активном посещении, делается запись о необходимости повторного вызова врача родственниками в случае ухудшения состояния больного — «вызов врача по состоянию». Эффект лечения на дому во многом зависит от качества ухода за больным со стороны членов его семьи.

Члену семьи, осуществляющему уход за больным ребенком, не достигшим 14 лет, может быть выдан листок нетрудоспособности со дня обращения за медицинской помощью. При этом, как правило, предпочтение отдается матери. Первоначально листок нетрудоспособности выдается врачом единолично на срок до 6 дней, при необходимости он может быть продлен до 14 календарных дней (до 10 дней — с разрешения заведующе-

го отделением, далее — по решению ВКК.) Если ребенок продолжает болеть после окончания максимального срока, то решением врачебно-консультационной комиссии лицу, осуществляющему уход за ребенком, выдается справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком («Справка о временной нетрудоспособности»). Сведения о выдаче, продлении и закрытии листков нетрудоспособности фиксируются в «Истории развития ребенка», а также в «Книге регистрации выданных листков нетрудоспособности».

Противоэпидемическая работа

При выявлении у больного инфекционного заболевания, кроме назначения лечения (или решения вопроса о госпитализации и догоспитальной помощи), участковый педиатр обязан собрать эпидемиологический анамнез и выявить эпидемическое окружение (поименно переписать всех контактных детей с указанием детских учреждений, которые они посещают). При подозрении на кишечные инфекции и гепатит переписываются также и взрослые, имеющие отношение к работе с детским контингентом или в пищевой промышленности, проводят мероприятия по текущей и заключительной дезинфекции.

Все случаи инфекционных заболеваний в течение 12 часов после выявления обязательно регистрируются в Центре гигиены и эпидемиологии (передается «Экстренное извещение об инфекционном заболевании» ф. 058/у, информация по телефону). Делается запись в «Журнале регистрации инфекционных заболеваний» ф. 60/у, заполняются соответствующие графы (дата заболевания, дата обращения, последнее посещение детского коллектива, диагноз, номер экстренного извещения).

Участковый врач-педиатр и медицинская сестра осуществляют наблюдение за контактными лицами. Консультативную помощь оказывает врач-инфекционист.

Основным мероприятием предупреждения инфекционных заболеваний у детей является вакцинопрофилактика. Врач-педиатр вместе с медицинской сестрой осуществляет прививочную работу на педиатрическом участке.

Гигиеническое воспитание и обучение детей и родителей, формирование навыков здорового образа жизни

Гигиеническое воспитание и обучение (ГВО) — неотъемлемая часть лечебно-профилактической работы детской поликлиники.

ГВО направлено:

– на пропаганду здорового образа жизни, медицинских знаний по охране здоровья детей, обучение родителей правилам воспитания и закалывания детей, выработку у них навыков личной гигиены;

- предупреждение инфекционных заболеваний, оздоровление окружающей среды;
- формирование готовности населения участвовать в профилактических осмотрах детей, своевременно обращаться за медицинской помощью, выполнять врачебные назначения.

План работы по ГВО составляется на год. При составлении плана работы необходимо исходить как из общих задач здравоохранения, так и из сведений о заболеваемости детей конкретной территории обслуживания (поликлиники, участка).

Для эффективной реализации плана ГВО в детских поликлиниках организуют кабинеты здорового ребенка. Существуют следующие формы гигиенического воспитания населения:

- 1) индивидуальные,
- 2) групповые,
- 3) массовые.

Используются следующие методы и средства ГВО:

- 1) устные (беседы, лекции, вечера вопросов и ответов и т. д.);
- 2) печатные (статьи, газеты, буклеты, листовки, брошюры и т. д.);
- 3) изобразительные (агитационные, информационные);
- 4) комбинированные (фильмы, аудио-, видеозаписи, выставки).

Широко используются другие формы обучения: школы здоровья, школы молодой матери, школы беременной, школы отцов, клуб молодых родителей, школы для детей с хроническими инвалидизирующими заболеваниями и их родителей.

ГВО врач и медсестра должны проводить постоянно при контакте с больным и здоровым ребенком, его родителями, при посещении дошкольных образовательных учреждений и школ. Личные беседы с родителями и детьми позволяют индивидуализировать санитарно-просветительную работу с учетом семейного и индивидуального анамнеза ребенка, выявления у него наследственной предрасположенности к некоторым заболеваниям, культурного уровня семьи, условий быта.

Организационная работа

Ежедневно на организационную работу участковому врачу-педиатру отводится два часа. Это время он использует для планирования и анализа своей деятельности, анализа состояния здоровья детей участка. Кроме того, он участвует в производственных совещаниях поликлиники, семинарах, конференциях и других формах последипломного обучения. Значимыми в организационной работе являются вопросы взаимодействия с участковой медицинской сестрой. Врач выступает как организатор работы на участке, координатор действий медицинской сестры. Он контролирует выполнение ею объема и качества лечебно-профилактических мероприятий.

Организационная работа на участке предусматривает заполнение учетных медицинских документов. Врач делегирует медицинской сестре оформление справок, выписок, листков нетрудоспособности и других документов, контролируя при этом качество и полноту заполнения всех предусмотренных граф и разделов. В деятельности участкового врача-педиатра используются формы трех видов медицинской учетно-отчетной оперативной документации:

- документы, которые составляются на каждое лицо, обратившееся за медицинской помощью;
- документы для регистрации результатов работы, проделанной за определенное время;
- документы для регистрации тех или иных медицинских мероприятий.

Перечень форм первичной медицинской документации

Наименование формы	Номер формы
История развития ребенка	112/у
Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у
Карта профилактических прививок	063/у
Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2/у
Талон на прием к врачу	025-4/у
Карта обследования ребенка (подростка) с необычной реакцией на вакцинацию (ревакцинацию) БЦЖ	055/у
Медицинская справка о состоянии здоровья	1здр/у
Медицинское заключение на ребенка (подростка)-инвалида в возрасте до 16 лет	080/у
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у
Листок нетрудоспособности	-
Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ	095/у
Выписка из медицинских документов	1мед/у
Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/у
Карта лечящегося в кабинете лечебной физкультуры	042/у
Карта больного, лечящегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)	044/у
Тетрадь учета работы на дому участковой медицинской сестры	118/у
Журнал учета инфекционных заболеваний	060/у
Книга записи вызовов врача на дом	031/у
Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у
Журнал учета профилактических прививок	064/у
Журнал учета санитарно-просветительной работы	039-0/у
Рецепт (взрослый, детский)	107/у
Рецепт (бесплатно, оплата 20 % стоимости)	108/у
Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком	138/у
Ведомость учета посещений, заболеваний, пролеченных больных	01/у

Отчетные формы детской поликлиники:

1. Отчет о медицинской помощи детям (ф. 1-дети).
2. Отчет о деятельности учреждения здравоохранения (ф. 1-организация).
3. Отчет о профилактических прививках (ф. 86).
4. Отчет о медицинских кадрах (ф. 1-медкадры)

Медико-социальная работа

Во исполнение Декрета Президента Республики Беларусь от 24 ноября 2006 г. № 18 «О дополнительных мерах по работе с неблагополучными семьями» детская поликлиника обеспечивает раннее выявление признаков неблагополучия в семьях. К таким признакам относятся:

- неблагоприятные санитарно-бытовые условия проживания;
- ненадлежащий уход за детьми;
- жестокое обращение;
- употребление родителями психотропных препаратов и злоупотребление спиртными напитками;
- необращение за медицинской помощью, невыполнение рекомендаций врачей.

Неблагополучие выявляется на приеме в поликлинике, при визите на дому, патронаже. Сведения могут поступить из женской консультации, из поликлиники для взрослого населения, из органов опеки, комиссии по делам несовершеннолетних, органов МВД. Врач либо медицинская сестра немедленно передают информацию руководству поликлиники, которое в свою очередь информирует устно и письменно территориальный орган образования и комиссию по делам несовершеннолетних, а в случае угрозы жизни ребенка — органы МВД для изъятия ребенка из семьи.

По решению органов образования после проверки условий жизни ребенка семья может быть отнесена к категории, находящейся в социально опасном положении. В этом случае составляется межведомственный план помощи семье, который включает и медицинские аспекты. Они предусматривают оказание лечебно-диагностической помощи преимущественно в контролируемых условиях (стационар), реабилитацию, оздоровление в соответствии с группой здоровья ребенка и его диагнозом, увеличение числа патронажей медицинской сестры.

К данному разделу работы относится и социальное патронирование детей-инвалидов, цель которого — изучение условий проживания, ухода, контроль выполнения врачебных рекомендаций.

Кроме того, участковый врач-педиатр выдает выписку из медицинских документов по рациону питания ребенка в возрасте до 2 лет для получения продуктов питания на бесплатной основе. Основанием для выдачи является постановление Совета Министров Республики Беларусь от 02.08.2010 г. № 1144.

ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Для характеристики доступности объема и качества медицинской помощи детям в условиях поликлиники рассчитываются 5 групп показателей:

1. Характеристика детского населения в районе деятельности поликлиники:

а) возрастной состав детей на конец года:

$$\frac{\text{Число детей данной возрастной группы, находящихся под наблюдением поликлиники на конец отчетного года}}{\text{Число детей, находящихся под наблюдением поликлиники на конец отчетного года}} \cdot 100;$$

б) среднее число детей на одном участке:

$$\frac{\text{Среднегодовая численность детей, обслуживаемых поликлиникой}}{\text{Число занятых должностей участковых врачей}};$$

в) среднее число детей первого года жизни на участке:

$$\frac{\text{Число детей в возрасте до года}}{\text{Число педиатрических участков}};$$

2. Обслуживание детей на дому:

а) объем помощи детям на дому:

$$\frac{\text{Число посещений педиатрами детей на дому}}{\text{Число посещений детьми поликлиники + число посещений педиатрами детей на дому}} \cdot 100;$$

б) активность обслуживания на дому:

$$\frac{\text{Число активных посещений педиатрами детей на дому}}{\text{Число всех посещений педиатрами детей на дому}} \cdot 100.$$

3. Профилактическая работа:

а) полнота охвата детей профилактическими осмотрами:

$$\frac{\text{Число осмотренных детей (раз в год, 2 раза в год и т. д.)}}{\text{Число детей, подлежащих профилактическому осмотру по плану (раз в год, 2 раза в год и т. д.)}} \cdot 100;$$

б) частота выявленных заболеваний при профилактических осмотрах (патологическая пораженность):

$$\frac{\text{Число заболеваний (всех или определенных), выявленных при профилактических осмотрах}}{\text{Число детей, прошедших профилактический осмотр}} \cdot 1000;$$

в) охват детей целевыми осмотрами:

$$\frac{\text{Число детей, осмотренных с целью выявления определенного заболевания}}{\text{Среднегодовая численность детей}} \cdot 100.$$

4. Наблюдение за новорожденными и детьми первых лет жизни:

а) ранний охват детей наблюдением врача:

$$\frac{\text{Число детей, взятых под наблюдение врача в первые 3 дня после выписки из роддома}}{\text{Число детей первого года жизни, поступивших под наблюдение поликлиники за год}} \cdot 100;$$

б) систематичность наблюдения врачом детей:

$$\frac{\text{Число детей до года (2 лет), находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов}}{\text{Число детей, достигших в отчетном году 1 года (2 лет)}} \cdot 100;$$

в) охват грудным вскармливанием:

$$\frac{\text{Число детей, находившихся до 3 мес. на грудном вскармливании}}{\text{Число детей, достигших 1 года жизни в отчетном году}} \cdot 100;$$

г) охват детей профилактическими прививками:

$$\frac{\text{Число детей, вакцинированных против кори (др. инфек.)}}{\text{Число детей, достигших 1 года (2 лет) жизни в отчетном году}} \cdot 100;$$

д) удельный вес ни разу не болевших детей («индекс здоровья»):

$$\frac{\text{Число ни разу не болевших детей на первом году жизни}}{\text{Число детей, достигших 1 года жизни в отчетном году}} \cdot 100.$$

5. Показатели диспансеризации:

1) показатели объема диспансеризации:

а) охват диспансерным наблюдением больных данной нозологической формы:

$$\frac{\text{Число лиц, состоявших под диспансерным наблюдением на начало года} + \text{число вновь взятых под наблюдение в течение года} - \text{число больных, ненаблюдавшихся в течение года}}{\text{Число зарегистрированных больных с данным заболеванием}} \cdot 100;$$

б) структура больных, состоящих на диспансерном учете:

$$\frac{\text{Число больных, состоящих на учете по поводу данного заболевания}}{\text{Общее число больных, состоящих на учете на конец года}} \cdot 100;$$

2) показатели качества диспансеризации:

а) активность выполнения явок к врачу:

$$\frac{\text{Число выполненных явок к врачу диспансерными больными}}{\text{Число назначенных явок к врачу}} \cdot 100;$$

б) процент госпитализированных диспансерных больных:

$$\frac{\text{Число госпитализированных больных из числа нуждавшихся}}{\text{Число нуждавшихся в госпитализации}} \cdot 100.$$

Аналогично рассчитывается активность выполнения других лечебно-диагностических и оздоровительных мероприятий (реабилитация, санаторно-курортное лечение, противорецидивное лечение и т. д.);

3) показатели эффективности диспансеризации:

а) изменения в состоянии здоровья диспансеризуемых (с улучшением, с ухудшением, без изменений):

$$\frac{\text{Число диспансерных больных с улучшением (ухудшением, без изменений) состояния здоровья в течение года}}{\text{Число диспансерных больных, наблюдавшихся более 1 года}} \cdot 100;$$

б) удельный вес больных, имевших обострение заболевания, по поводу которого осуществляется диспансерное наблюдение:

$$\frac{\text{Число больных, наблюдавшихся более года и имевших обострение заболевания}}{\text{Число диспансерных больных данным заболеванием, наблюдавшихся более 1 года}} \cdot 100;$$

в) первичная инвалидность среди диспансеризуемых:

$$\frac{\text{Число диспансерных больных, впервые признанных инвалидами}}{\text{Общее число больных, состоящих под диспансерным наблюдением более 1 года}} \cdot 100.$$

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Каждый студент выполняет индивидуальное задание по расчету и оценке показателей деятельности детской поликлиники по данным годовых отчетов. Цифровые отчетные данные студенты получают, используя «Отчет о медицинской помощи детям» (ф. 1-дети), «Отчет лечебно-профилактической организации за год» (ф. 1-организация).

Итоговый контроль знаний по теме проводится на ПЭВМ или при устном опросе.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Социальная гигиена и организация здравоохранения* / под ред. А. Ф. Серенко, В. В. Ермакова. М. : Медицина, 1984.

2. *Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения* / под ред. Ю. П. Лисицына, Н. Я. Копыта. М. : Медицина, 1984.

Дополнительная

1. *Анищенко, К. Н.* Организация медицинской помощи детям / К. Н. Анищенко, А. К. Устинович. М. : Медицина, 1978.

2. *Гребешова, И. И.* Организация лечебно-профилактической помощи детям / И. И. Гребешова. М. : Медицина, 1976.

3. *Дуда, И. В.* Руководство по анализу деятельности учреждений охраны материнства и детства / И. В. Дуда, М. В. Мальковец, Р. У. Дэрфлио. Минск : Выш. школа, 1988.

4. *Усов, И. Н.* Медицинская помощь детям в условиях поликлиники / И. Н. Усов, Н. А. Гресь, Е. П. Горбачева. Минск : Выш. школа, 1985.

5. *Белова, А. П.* Организация медицинской помощи детям в условия крупного города / А. П. Белова. Л. : Медицина, 1988.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Организация лечебно-профилактической помощи детскому населению	4
Диспансерный метод работы амбулаторно-поликлинических организаций	5
Детская поликлиника	8
Особенности работы детской поликлиники	8
Задачи детской поликлиники	9
Структура детской поликлиники	10
Основные разделы работы врача-педиатра	17
Показатели деятельности детской поликлиники	25
Самостоятельная работа студентов	27
Литература	28

Учебное издание

Павлович Татьяна Петровна
Пилипцевич Николай Николаевич
Ушакевич Ирина Григорьевна

ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Методические рекомендации

Ответственная за выпуск Т. П. Павлович
В авторской редакции
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич
Корректор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать 26.05.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,38. Тираж 200 экз. Заказ 728.

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.