

Охрана материнства и детства

- Здоровье матери и ребенка является важнейшим индикатором социально-экономической ситуации в стране и его охрана — приоритетная задача общества и государства.



Охрана материнства и детства

- это система мер государственного, муниципального, общественного и частного характера, направленная на сохранение и укрепление здоровья женщины и ребенка, создание оптимальных условий для выполнения женщиной важнейшей биологической и социальной функции – рождение и воспитание здорового ребенка.

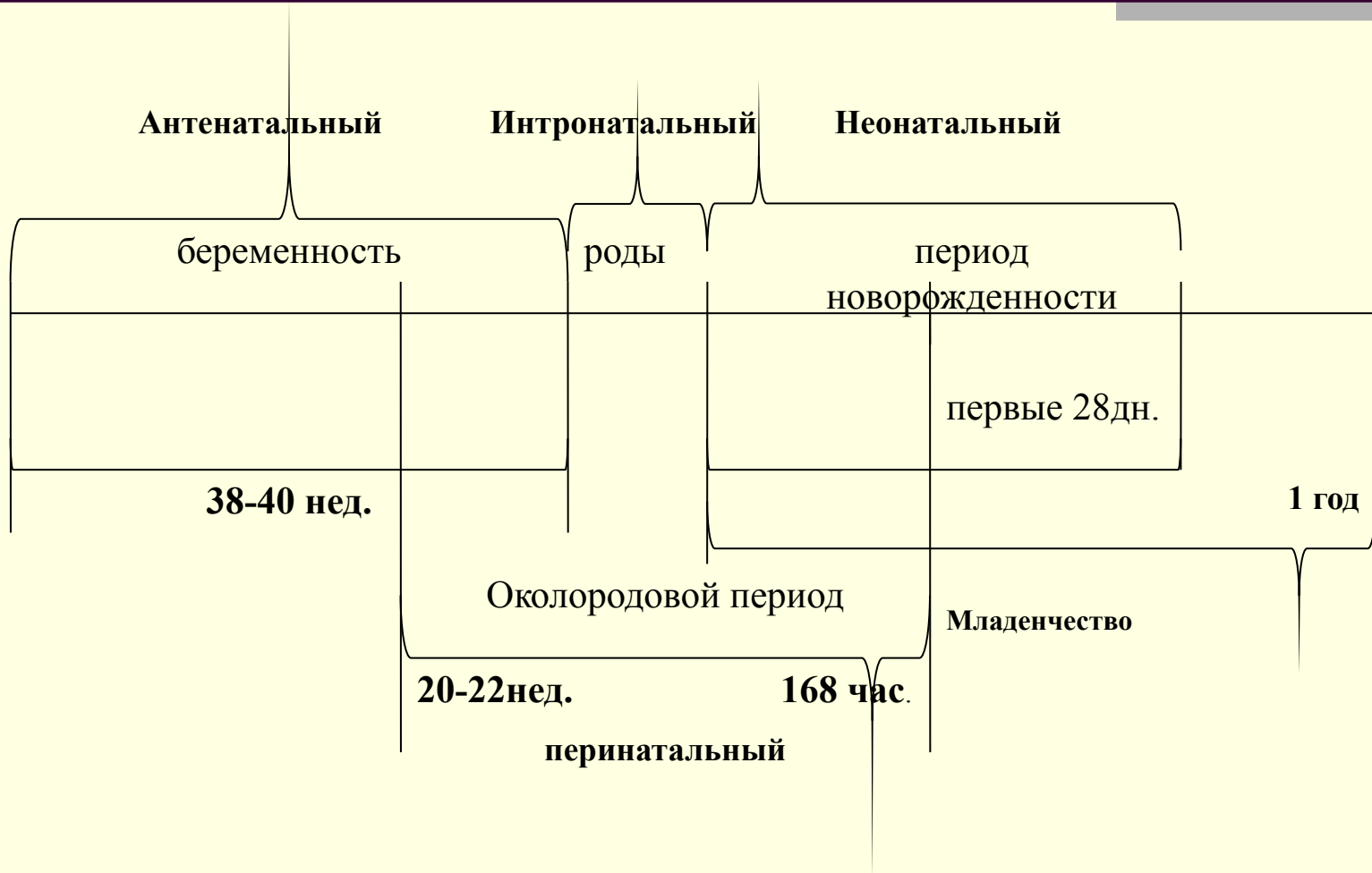
Демография (естественное движение населения)

- 2012 г. характеризуется стабилизацией многих характеристик состояния здоровья. Уровень рождаемости в с 2012 г. составил – 13,3% (в 2002 г. - 9,7%). Суммарный коэффициент сохраняется на прежнем уровне и составляет **1,7**, при уровне необходимом для простого воспроизводства населения – 2,15. Рост рождаемости связан со вступлением многочисленного поколения 80 годов в репродуктивный возраст.
- Снижение младенческой смертности в 2012 г. до 8,6% (в 2002 г. – 13,3%).
- Снижение материнской смертности в 2012 г. до 11,5% на 100000 тыс. (в 2002 г. – 33,6%).

Федеральные программы по охране материнства и детства:

- Дети России;
- Индустрия детского питания;
- Дети чернобыля;
- Дети инвалиды,
- Дети севера;
- Планирование семьи и д.р.

Периоды развития плода и новорожденного



Периоды жизни женщины:

- внутриутробного развития:
- Период новорожденности,
- Полового созревания,
- половой зрелости,
- Климактерический период.

Этапы оказания лечебной и профилактической помощи

- 1 Этап: *Формирование здоровья девочки, подготовка ее к будущему материнству.***
- 2 Этап: *Лечебно-профилактическая помощь женщине до наступления беременности***
- 3 Этап: *Аntenатальная охрана плода и сохранение здоровья женщине во время беременности.***
- 4 этап: *Интранатальная охрана плода и сохранения здоровья женщины во время родов .***
- 5 этап: *Охрана здоровья новорожденных и матери в послеродовом периоде.***
- 6 этап: *Охрана здоровья ребенка до поступления в школу.***
- 7 этап: *Охрана здоровья школьника и подростка***

Критерии ВОЗ

- *фетоинфантильные* (плодово-младенческие потери, объединяющие мертворождаемость и младенческую смертность) и *репродуктивные* потери

ФИП = [(число родившихся мертвыми + число умерших на первом году)/

Число родившихся живыми и мертвыми] × 1000.

Акушерско-гинекологическая помощь (АГП)

- оказывается женщинам в медицинских организациях амбулаторного и стационарного типа.
- В структуре организации АГП выделяют 3 этапа:
 - 1 этап: Первичная амбулаторно-поликлиническая помощь
 - 2 этап: Стационарная помощь
 - 3 этап: Восстановительное и санаторно-курортное лечение.

Первичная амбулаторно-поликлиническая помощь

- Женские консультации (самостоятельные или объединенные с роддомами, поликлиникой, амбулаторией),
- Гинекологические кабинеты поликлиник,
- Смотровые кабинеты поликлиник,
- ФАП.

Специализированная помощь:

- Родильные и гинекологические отделения НИИ,
- НИИ Акушерства и гинекологии РАМН,
- Кафедры медицинских вузов,
- Перинатальные центры,
- Центры планирования семьи и репродукции
- Всероссийский центр охраны материнства и детства,

Стационарная помощь

- Акушерско– гинекологические отделения многопрофильных больниц,
- Родильные дома общего и специального профиля.

Восстановительное и санаторно-курортное лечение.

- Санатории для беременных, материей с детьми.

Организация работы женской консультации

- Основными медицинскими организациями, оказывающими амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь женщинам, являются **женские консультации** - это
- лечебно-профилактическая медицинская организация диспансерного типа, оказывающее все виды амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению.

Организация работы женской консультации

- Женская консультация создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в амбулаторных условиях ;
- Действует по территориально-участковому принципу. Один гинекологический участок включает до 2200 женщин всех возрастов;
- На промышленных предприятиях обслуживание идет по цеховому принципу, на участке – 1 500 – 2 000 женщин.
(Приложение № 1к **Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»**), утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от «01» ноября 2012 г. № 572н)

Задачи женской консультации:

- Оказание амбулаторной лечебно-профилактической помощи при гинекологических заболеваниях, беременности и родам.
- Снижение материнской и перинатальной смертности.
- Снижение невынашивания беременности,
- Проведение работы по контрацепции и профилактике абортов,
- Внедрение в практику новейших технологий по диагностике патологии беременности, заболеваниям родильниц,
- Гигиеническое образование и обучение ЗОЖ.
- Обеспечение преемственности в работе с родильным домом, детской поликлиникой, специализированными диспансерами.
- Оказание социально-правовой помощи.
- Проведение физио-психопрофилактической подготовки к родам.



Рис. 1 Примерная структура женской консультации

Нормативная база

- Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 572н от «01» ноября 2012 г. **"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»"** штатная численность медицинского и иного персонала женской консультации утверждается руководителем лечебно-профилактической медицинской организации в зависимости от объёма проводимой работы.
- Норма нагрузки консультативно-амбулаторного приема врача-акушера-гинеколога: первичный прием беременной женщины - 30 минут, повторный прием беременной женщины - 20 минут, прием женщины с гинекологическим заболеванием - 25 минут, профилактический осмотр женщины - 15 минут, первичный прием девочки - 30 минут, повторный прием девочки - 20 минут.

Штаты женской консультации

1. Врачебный персонал.

Должность одного врача устанавливают из расчёта.

- акушера-гинеколога — на 2200 женщин;
- акушер-гинеколог (специализированного приема: гинеколог-эндокринолог, по невынашиванию беременности, патологии шейки матки, бесплодию) - 1 должность каждого врача-специалиста при наличии более 8 должностей врачей-акушеров-гинекологов ;
- акушер-гинеколог (по оказанию медицинской помощи в детском возрасте) - 1,25 должности на 10 тысяч детского населения
- терапевта — на 40 000 взрослого населения, проживающего на обслуживаемой территории
- стоматолога — на 40 000 взрослого населения;
- врача-лаборанта — на 10 должностей врачей-специалистов.

2. Средний медицинский персонал.

Число должностей акушерок соответствует должностям врачей акушеров-гинекологов.

- старшая акушерка — 1 должность на консультацию
- медицинская сестра — 1 должность на каждую должность врача-специалиста;
- медицинская сестра процедурной - 1 должность на 7 должностей врачей-специалистов
- должность фельдшера-лаборанта - Из расчета норм времени на лабораторные исследования .
- медицинский регистратор — 1 должность на 5 врачебных должностей всех специальностей.

3. Младший медицинский персонал.

- должность санитарки — 1 должность на 3 должности врачей всех специальностей.
- должность сестры-хозяйки — 1 должность на не менее чем 8 должностей акушеров-гинекологов.

Диспансерное наблюдение за беременными

- Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных
- При первом обращении заводится «Индивидуальная карта беременной и родильницы» (ф. № 111/у).
- паспортные данные,
- данные физикального (рост, масса, вес, размер таза, артериальное давление на двух руках)
- бимануального обследования,
- анамнез, *vite*, гинекологический, аллергоанамнез, генетический анамнез.
- общее состояние.

Диспансерное наблюдение за беременными

Женщина может сама записаться на приём к врачу, при этом она получает на руки **Талон амбулаторного пациента (форма 025—10/у-97)**. Запись к специалистам, в диагностические кабинеты может быть предварительной. По согласованию с главным врачом женской консультации женщина может выбрать по своему желанию лечащего врача.

Каждая беременная направляется дважды к терапевту (в 1 и 2 половину беременности), окулисту, стоматологу. При наличии экстрагенитальной патологии может проходить лечение у специалистов.

При первом обращении к терапевту исследуется состояние различных органов и решается вопрос о сохранении беременности. При втором посещении диагностируются заболевания внутренних органов, обусловленные беременностью, при необходимости беременные госпитализируются. Решается вопрос о выборе ЛПМО для родовспоможения (обычного или специализированного).

Регулярность диспансерных осмотров:

- 1 раз в месяц в первую половину беременности,
- 2 раза в месяц во вторую
- после 32 недель – 3 -4 раза,
- частота посещений может быть увеличена в зависимости от состояния беременной.
- в среднем врачом-акушером-гинекологом - не менее семи раз при физиологическом течении беременности;
- Для осуществления преемственности на руки каждой беременной выдается **«Обменная карта родильного дома и родильного отделения больницы» (ф.№ 113/у)**, которую она передает в роддом.
- После выписки из роддома корешок обменной карты с необходимой информацией о чтении родов направляется в женскую консультацию.

Показатели деятельности женской консультации:

1. Показатель ранней постановки на учет по беременности.

1.1. Раннее поступление:

Поступило под наблюдение женщин со сроком беременности до 12 недель _____ x 100%

Поступило под наблюдение всего беременных _____

1.2. Позднее поступление:

Поступило под наблюдение женщин со сроком беременности 28 недель и более _____ x 100%,

Поступило под наблюдение всего беременных _____

Показатели деятельности женской консультации:

2. доля женщин, вставших на учет по беременности из числа женщин, обратившихся для искусственного прерывания беременности;

3. частота невынашивания и недонашивания беременности;

3.1. Процент женщин, родивших ранее установленного срока на 15 дней и более:

Число женщин, родивших ранее установленного
консультацией срока на 15 дней и более _____ x 100%

Число родивших женщин, имевших дородовый отпуск

3.2. Процент женщин, родивших позже установленного консультацией срока на 15 дней и более:

Число женщин, родивших позже установленного
консультацией срока на 15 дней и более _____ x 100%

Число родивших женщин, имевших дородовый отпуск

4. разрыв матки вне стационара;

Показатели деятельности женской консультации:

3. Удельный вес беременных, которые были осмотрены терапевтом:

Число беременных, которые были осмотрены терапевтом:

Число беременных, которые были осмотрены терапевтом x
100%

Число женщин, закончивших беременность родами
+ абортами + выкидышами

4. Частота осложнений беременности:

Число беременных, страдавших токсикозами второй половины
беременности x 100%

Число женщин, закончивших беременность родами
+ абортами + выкидышами

Показатели деятельности женской консультации:

5.1. Частота абортсв рассчитывается на число женщин фертильного возраста:

Число беременных, закончивших беременность абортами,
из числа состоящих на учете в женской консультации $\times 100\%$
Число женщин фертильного возраста, состоящих на учете
в женской консультации

5.2. Частота абортсв рассчитывается на число родов (соотношение):

Число абортсв

Число родов

6. Частота использования методов контрацепции (на 1000 женщин фертильного возраста):

Частота $=$ Число женщин, применяющих ВМС $\times 1000$
использования Число женщин фертильного возраста

Аналогично рассчитываются показатели по каждому методу контрацепции.

Показатели деятельности женской консультации:

7. Структура исходов беременности:

а) удельный вес закончивших беременность родами в срок:

$\frac{\text{Число женщин, закончивших беременность родами в срок}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами +}}$ x100%

Число женщин, закончивших беременность родами +
+ абортами + выкидышами

б) удельный вес преждевременных родов:

$\frac{\text{Число женщин, закончивших беременность абортами}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами +}}$ x100%

Число женщин, закончивших беременность родами +
абортами + выкидышами

в) удельный вес абортов:

$\frac{\text{Число женщин, закончивших беременность абортами}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами +}}$ x100%

Число женщин, закончивших беременность родами +
абортами + выкидышами

8. Антенатальная смертность:

Число умерших детей в антенатальном периоде развития

(28 недель беременности и более), до начала родовой деятельности x 1000

Общее число родившихся живыми и мертвыми

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

задачи: оказание стационарной квалифицированной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденным во время пребывания их в акушерском стационаре.

- Основной медицинской организацией, оказывающей стационарную акушерско-гинекологическую помощь, является родильный дом.

Структура родильного дома

Различают самостоятельные родильные дома и объединенные (имеют в своем составе женскую консультацию), а также специализированные (обслуживают женщин с отдельными видами экстрагенитальной патологии).

Родильный дом работает, в основном, по территориальному принципу, но при желании женщина имеет право сама выбрать родовспомогательное учреждение.

Стационар родильного дома, родильного отделения больницы имеет следующие основные отделения:

- 1) приемно-смотровой блок (для каждого отделения);
- 2) физиологическое акушерское отделение (первое);
- 3) наблюдательное акушерское отделение (второе);
- 4) отделение (палаты) патологии беременности;
- 5) палаты для новорожденных в составе каждого акушерского и отделения патологии беременности;
- 6) гинекологическое отделение;
- 7) лабораторно-диагностическое отделение.

Акушерские койки – 60%, гинекологические – 40%.



Рис. 2 Примерная структура родильного дома

Штаты родильного дома

- **Врач-акушер-гинеколог** - 1 должность: на 10 коек в отделении патологии беременности; на 10 коек в физиологическом родовом отделении; на 10 коек в наблюдационном родовом отделении;
- **Старшая акушерка** - в акушерских отделениях всех профилей соответственно количеству должностей заведующих отделениями
- **Старшая медицинская сестра** - 1 должность в отделении анестезиологии-реаниматологии для женщин
- **Акушерка** - 4,75 должности: на 2 индивидуальные родовые; на 1 предродовую и 1 родовую; на 20 коек в отделении патологии беременности; на 25 коек в послеродовом палатном отделении физиологического родового отделения; на 15 коек в наблюдационном родовом отделении
- **Сестра-хозяйка** - 1 должность в отделении
- **Санитар (буфетчица)** - 1 должность на 30 коек каждого отделения
- **Санитар (уборщица)** - 1 должность на каждое отделение; 2 должности при наличии в отделении более 60 коек; 1 должность в отделении анестезиологии-реаниматологии для женщин

Медицинские документы:

- «Журнал приема беременных и рожениц»,
- «Обменная карта беременной»;
- «История родов» (ф. № 096/у),
- «История развития новорожденного» (ф. № 112/у),
- «Журнал оперативных вмешательств»,
- «Журнал учета приема больных с отказами от госпитализации».

Документы используемые вне медицинской сферы:

- «Медицинское свидетельство о рождении» (ф. № 103/у) обменивается в загсе на юридическое свидетельство о рождении,
- «Врачебное свидетельство о смерти» (ф. № 106/у) или фельдшерское свидетельство о смерти (ф. № 106-1/у),
- «Свидетельство о перенатальной смерти» (ф. № 106-2/у).

Показатели анализа деятельности родильного дома

Для анализа деятельности стационара родильного дома, помимо общепринятых для любого стационара показателей, целесообразно рассчитывать:

1. Показатели, характеризующие активность медицинской помощи:

а) частота обезболивания родов (% медикаментозного обезболивания родов):

$\frac{\text{Число родов с применением обезболивания}}{\text{Общее число принятых родов}} \times 100\%$

Общее число принятых родов

б) частота кесаревых сечений:

$\frac{\text{Число кесаревых сечений}}{\text{Общее число принятых родов}} \times 100\%$

Общее число принятых родов

в) % ВЦЖ-ирования новорожденных:

$\frac{\text{Число сделанных противотуберкулезных прививок}}{\text{Число детей, родившихся живыми}} \times 100\%$

Число детей, родившихся живыми

Показатели анализа деятельности родильного дома

2. Показатели, характеризующие здоровье матери:

а) частота осложнений родов (разрывы промежности, кровотечения, пре- и эклампсии):

$$\text{Частота эклампсий} = \frac{\text{Число случаев эклампсий} \times 1000}{\text{Число принятых родов}}$$

Аналогично рассчитываются показатели по каждому из осложнений.

б) частота послеродовых заболеваний у родильниц:

$$\frac{\text{Число послеродовых заболеваний} \times 1000}{\text{Число родов}}$$

в) материнская смертность:

$$\frac{\text{Число женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода} \times 1000}{\text{Общее число принятых родов}}$$

Общее число принятых родов

Показатели деятельности родильного дома

3. Показатели, характеризующие здоровье новорожденного:

а) заболеваемость новорожденных:

Число случаев заболеваний новорожденных
доношенных и недоношенных $\times 1000$

Число родившихся живыми

Аналогично рассчитываются показатели отдельно для доношенных и недоношенных новорожденных.

■ б) % новорожденных с низкой массой тела (до 2500 г): Родилось с массой тела до 2500 г $\times 1000$

Число родившихся живыми

Показатели деятельности родильного дома

в) смертность новорожденных:

Число умерших новорожденных, всего x 1000

Число родившихся живыми

г) перинатальная смертность:

Число новорожденных, умерших в возрасте 0—6 суток + число родившихся мертвыми x 1000

Число родившихся живыми + число родившихся мертвыми

д) ранняя неонатальная смертность:

Число новорожденных, умерших в возрасте 0—6 суток x 1000

Всего родилось живыми

е) мертворождаемость:

Родилось мертвыми в отчетном году x 1000

Родилось живыми + мертвыми в отчетном году

Виды родов:

- Срочные (38-40 недель).
- Преждевременные (20-22 недели, 22-27 недель, 28-33 недели, 34-37 недель).
- Запоздалые (41-и более недель).
- Соотношение мальчиков и девочек в России – 1,25 : 1.

Аборты как медико-социальная проблема:

- Аборты в РФ разрешены с 1955 г.: социальные показания, возраст до 16 лет и более 45 лет, срок не менее 6 мес. после предыдущего аборта.
- В мире приблизительно каждая 4 – я беременность заканчивается абортом.
- В России по прежнему соотношение родов и абортов составляет 1:2. В 2000 г. зафиксировано 1 млн. 961 тыс. абортов.
 - В среднем в РФ на 1000 женщин фертильного возраста приходится 50 абортов.
 - В Нидерландах – 12.
 - В Германии – 17.
 - Во Франции, Италии, Великобритании – 23-27 абортов.
- В РФ федерации в среднем прибегают к аборту около 56 %, распространенность абортов зависит от возраста:
 - среди 30-39 летних – 70%,
 - до 19 лет – 30%.
- В городе к абортам прибегают реже (55%), чем на селе (60%).

Классификация абортов:

- Медицинские (легальные)
- Криминальные,
- Самопроизвольные.

Медицинские делятся на:

- По социальным показаниям до 20 недель,
- По желанию женщины до 12 недель,
- По медицинским показаниям в любой срок.
- Аборты в срок 20 и более недель проводятся по типу вызывания родов в родильных домах.

Факторы, влияющие на аборты

- **Образование женщины:** с повышением уровня образования, уменьшается количество абортов.
- Высшее – 43,7%
- Среднее – 57,8%
- Неоконченное среднее – 61,4%.

Методы планирования семьи:

- Аборт.
- барьерные методы, предпочитают мужчины, и женщины до брака в 20-29 лет, а так же молодежь до 19 лет.
- ВМС, предпочитают женщины после 40 лет.
- ОК, чаще используют женщины от 20 до 29 лет.
- **Естественные методы,**
- **стерилизация,**
- **инъекционный метод**

Осложнения абортов

- *Ранние (в течении 1 мес.)*
 - Воспалительные заболевания,
 - Функциональные нарушение менструального цикла.
- *Отдаленные (после 1 мес.).*
 - Возникновение гормонозависимых опухолей,
 - Психические расстройства,
 - Бесплодие,
 - Смертность.

Педиатрическая ПОМОЩЬ

■ Медицинская педиатрическая помощь оказывается в виде:

- **первичной** медико-санитарной помощи;
- **скорой**, в том числе специализированной, медицинской помощи;
- **специализированной**, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская педиатрическая помощь может оказываться в следующих условиях:

- **вне медицинской организации** (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- **амбулаторно** (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- **в дневном стационаре** (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- **стационарно** (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная ПОМОЩЬ

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь

Первичная медико-санитарная помощь детскому населению при детских болезнях

- В амбулаторных условиях оказывается врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, соответствующим средним медицинским персоналом.
- работа по **территориально-участковому** принципу,
- обслуживаются **дети до 15 лет**,
- в поликлинике ведется прием **только здоровых детей** или детей с обострениями хронических заболеваний, **дети с признаками острого инфекционного заболевания обслуживаются на дому**.
- в структуре поликлиники предусмотрены помещения для **разобщения больных и здоровых детей** и специальный фильтр, где медицинская сестра производит предварительный осмотр, если у ребенка есть признаки инфекционного заболевания, он направляется в закрытый бокс.

Функции детской поликлиники

- выполняет функции организации и проведения комплекса профилактических мероприятий (динамическое медицинское наблюдение за детьми различных возрастных групп, периодичность комплексных осмотров их врачами узких специальностей);
- лечебно-консультативной помощи на дому и в поликлинике;
- реабилитации с использованием санаторного и курортного лечения на соответствующих курортах, лечебно-профилактической помощи в детских дошкольных учреждениях и школах;
- проведения противоэпидемических мероприятий и прививочной иммунопрофилактики

Штатная численность медицинского персонала детской поликлиники (отделения)

- Устанавливается руководителем медицинской организации исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого детского населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов согласно приложению N 2 к Порядку оказания педиатрической помощи, утвержденному приказом N 366н от 16 апреля 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»
- **Врач- педиатр участковый** 1 на 800 прикрепленного детского населения;
- **Медицинская сестра** врача-педиатра участкового 1 на 1 штатную единицу врача-педиатра участкового
- **Санитарка** по количеству штатных единиц медицинских сестер
- **Врач-педиатр** дневного стационара 2 на 15 коек
- **Медицинская сестра палатная** дневного стационара 2 на 15 коек
- **Санитарка** дневного стационара 2 на 15 коек

Штаты медицинского персонала

- В образовательных организациях с численностью обучающихся менее 500 человек (но не менее 100) предусматривается 1 штатная единица медицинской сестры или фельдшера.
- Врач-педиатр отделения организации медицинской помощи детям в образовательных организациях 1 на: 180-200 детей в детских яслях (ясельных группах детских яслей-садов); 400 детей детских садов (соответствующих групп в детских яслях-садах); 1000 обучающихся в образовательных организациях

-
- Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению занимает ведущее место в общей системе здравоохранения и осуществляется с помощью широкой сети детских поликлиник и поликлинических отделений.

Документы:

- «История развития ребенка» (Ф. № 112/у).

Диспансеризация детей

- **Особенности:**
- **В возрасте до 3 лет – активный патронаж**, начиная с антенатального периода.
- **Первое посещение ребенка** после выписки из стационара не позднее **3 суток**.
- **На первом месяце жизни** врач посещает ребенка по мере необходимости, медицинская сестра **не менее 2 раз**.
- **Дети старше 1 месяца** проходят **ежемесячные** профилактические осмотры и при необходимости направляются к специалистам.
- **К году** ребенок проходит специалистов: **хирурга- ортопеда, невропатолога, окулиста, лор-врача, стоматолога**.
- профосмотры детей от 1 года до 3 лет проводятся 1 раз в квартал.
- **В 3 года** повторный осмотр у специалистов,
- **С 3 до 7 лет** 1 раз в год, организованные дети осматриваются врачом детского сада.
- **в 7 лет** проводится заключительное диспансерное обследование.
- **Школьники** ежегодно осенью должны проходить профосмотры.

Показатели:

- Охват беременных дородовым патронажем.
- Ранний охват диспансерным наблюдением,
- Регулярность наблюдения детей на 1 году жизни.
- Охват диспансерным наблюдением детей от 3 до 7 лет.
- Охват диспансерным наблюдением детей, страдающих хроническими заболеваниями,
- Удельный вес рахита 1 и 2 степени.
- Полнота охвата профилактическими прививками.
- Заболеваемость детей.
- Младенческая смертность.
- Индекс здоровья (число детей не разу не болевших на первом году жизни к числу детей достигших 1 года на 100%).

Особенности детского стационара:

- Общая площадь фильтров и боксов не менее 4 % коечного фонда.
- Палаты для новорожденных, детей младшего возраста и детей старшего возраста,
- Стеклянные стены.
- В штате предусматривается преподаватель-педагог.
- Специализированные игровые, прогулочные площадки на улице