

**Организация амбулаторно-поликлинической помощи детям.
Функциональные обязанности и показатели работы ВОП с
детским населением**

Занятие №5

Основные принципы оказания лечебно-профилактической помощи детям

- непрерывность в наблюдении за здоровьем ребенка с первых дней жизни;
- преемственность в работе врачей, оказывающих лечебно-профилактическую помощь детям;
- этапность в лечении — поликлиника, стационар, санаторий.

К типовым учреждениям, оказывающим лечебно-профилактическую помощь детям, относятся:

- детские городская и областная больницы, специализированные детские больницы (инфекционные, психиатрические, туберкулезные, ортопедо-хирургические, восстановительного лечения), диспансеры, детские городские поликлиники, детские стоматологические поликлиники, учреждения по охране материнства и детства (дома ребенка, родильные дома, молочные кухни), детские бальнеологические лечебницы, грязелечебницы, санатории, специализированные санаторные учреждения круглогодичного действия, детские отделения стационаров и поликлиник общего профиля.

Задачи ВОП по обслуживанию детского населения:

- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий (динамическое медицинское наблюдение за здоровыми детьми, профилактические осмотры, диспансеризация, профилактические прививки);
- лечебно-консультативная помощь на дому и в поликлинике, направление детей на лечение в стационары;
- лечебно-профилактическую работу в дошкольных учреждениях и школах;
- проведение противоэпидемических мероприятий совместно с центрами ГСЭН. ВОП оказывает медицинскую помощь детям до 18 лет включительно. Оказание лечебно-профилактической помощи детям предусмотрено непосредственно в поликлинике, на дому, в дошкольных учреждениях, школах.

В поликлинике должны быть предусмотрены следующие помещения:

- фильтр с отдельным входом и изолятор с боксом; кабинеты врачей-специалистов;
- кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка);
- отделение восстановительного лечения;
- лечебно-диагностические кабинеты (рентгеновский, физиотерапевтический, лечебной физкультуры, массажа, процедурный, прививочный и др.);
- регистратура, гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания;

Основными задачами кабинета здорового ребенка являются

- пропаганда здорового образа жизни в семье;
- обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка (режим, питание, физическое воспитание, закаливание, уход);
- санитарное просвещение родителей в вопросах гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии.

Основные задачи участкового педиатра:

- снижение заболеваемости и смертности детей всех возрастов,
- обеспечение оптимального физического и нервно-психического развития детей.

В этих целях ВОП:

- — осуществляет постоянную связь с женской консультацией, преемственность в наблюдение за беременными женщинами (особенно из групп “риска”),
- — посещает на дому новорожденных в первые три дня после выписки из родильного дома и контролирует посещение новорожденных на дому участковой медицинской сестрой,
- — проводит прием детей и поликлинике, назначает им режим, рациональное питание, специфическую и неспецифическую профилактику рахита, оценивает физическое и нервно-психическое развитие детей,
- — осуществляет профилактическое наблюдение за детьми согласно методическим рекомендациям, направляет детей на консультации к другим врачам-специалистам и на необходимые лабораторные исследования,
- — планирует (совместно с участковой медицинской сестрой) профилактические прививки, своевременно и обоснованно оформляет медицинские отводы от них,
- — осуществляет динамическое наблюдение за детьми, взятыми на диспансерный учет, проводит их оздоровление совместно с другими врачами-специалистами и анализ эффективности диспансеризации,
- — организует обследование, необходимые оздоровительные и профилактические мероприятия детям перед поступлением в детские дошкольные учреждения и школы,
- — проводит учет и отбор детей, нуждающихся по состоянию здоровья в санаторном лечении,
- — посещает больных детей на дому в день поступления вызова и оказывает им необходимую лечебную помощь с назначением, при

В этих целях ВОП:

- показаниях, физиотерапевтических методов лечения, лечебной физкультуры, обеспечивает наблюдение за больным ребенком до выздоровления, госпитализации или разрешения посещать поликлинику; больного ребенка первого года жизни наблюдает ежедневно,
- — направляет в установленном порядке ребенка на лечение в стационар, в необходимых случаях принимает все меры к немедленной госпитализации ребенка,
- — информирует руководство поликлиники (отделения) о всех тяжело больных детях на участке, не госпитализированных по каким-либо причинам,
- — 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,
- — систематически повышает свою квалификацию и внедряет в практику работы новейшие методы лечения и предложения по научной организации труда,— проводит санитарно-просветительную работу по вопросам развития и воспитания здорового ребенка и профилактики заболеваний,
- — ведет утвержденную Министерством здравоохранения РК медицинскую документацию.
- — осуществляет контроль за работой участковой медицинской сестры,

Функциональные обязанности воп складываются из следующих разделов:

- — профилактическая патронажная работа (дородовой патронаж, осмотр новорожденного в первые 3 дня после выписки из роддома, ежемесячное наблюдение детей первого года жизни и т. п.), профилактические осмотры детей, углубленное обследование детей перед школой и т. д.;
- — санитарно-просветительная работа среди детей и их родителей (обучение отцов и матерей формированию у детей установки на здоровый образ жизни и др.);
- — противоэпидемическая работа (проведение прививок, выявление и регистрация инфекционных заболеваний, наблюдение за очагом инфекции, мероприятия по реабилитации реконвалесцентов инфекционных заболеваний и др.);
- — лечебная работа (лечение на дому детей с острыми заболеваниями и обострениями хронических заболеваний, прием в поликлинике и др.).

Деятельность ВОП оценивается по первичной медицинской документации:

- — показатели организации патронажа — дородового (отношение числа детей, матери которых посещались медицинской сестрой, к числу новорожденных) и послеродового (отношение числа новорожденных, находившихся под наблюдением в первые 3 дня после выписки из родильного дома, к числу новорожденных);
- — систематичность наблюдения детей в возрасте 1, 2 и 3 лет (отношение числа детей, наблюдавшихся систематически, к общему числу детей);
- — доля детей, находившихся на грудном вскармливании;
- — индекс здоровья детей различных возрастных групп;
- — заболеваемость новорожденных и повозрастная заболеваемость (на 1000 детей);
- — показатели перинатальной и младенческой смертности;
- — удельный вес профилактических осмотров детей в поликлинике;

Деятельность ВОП оценивается по первичной медицинской документации:

- — выявляемость острых и инфекционных заболеваний в поликлинике;
- — удельный вес активных посещений детей педиатром на дому;
- — полнота охвата детей профилактическими осмотрами по возрастным группам;
- — выявляемость заболеваний при профилактических осмотрах;
- — летальность на дому;
- — эффективность диспансерного наблюдения детей;
- — доля детей, имеющих нарушения осанки, снижение остроты зрения и др.

СХЕМА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ ДЕТЬМИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

- Частота осмотров специалистами: педиатр на первом месяце жизни не менее 3-х раз, в последующем не реже 1 раза в месяц; хирург (ортопед) офтальмолог, невропатолог, оториноларинголог на 1-ом году жизни.
- При проведении профилактических осмотров осуществляется контроль за режимом дня, вскармливанием ребенка, проведением массажа, закаливающих мероприятий, выполнением рекомендаций по воспитанию, профилактике рахита, анемии, хронических расстройств питания, инфекционных заболеваний.
- При объективном осмотре особое внимание обращается на массу тела и рост, окружность головы и груди, оценку нервно-психического и физического развития, прорезывание зубов, состояние прикуса, поведение, состояние кожных покровов, костно-мышечной системы, внутренних органов, следовую реакцию от вакцинации БЦЖ, наличие врожденных заболеваний, anomalies развития.
- Дополнительные методы обследования: антропометрия 1 раз в месяц, клинический анализ крови и мочи к 3-м месяцам жизни и в 1 год.
- На основании данных объективных и дополнительных методов исследования врач дает комплексную оценку состояния здоровья, включающую оценку физического и нервно-психического развития, поведения, наличие или отсутствие функциональных или органических отклонений от нормы, определяет группу здоровья, при необходимости группу риска развития заболевания и назначает комплекс профилактических и оздоровительных мероприятий.

Основные профилактические и оздоровительные мероприятия:

- режим, организация рационального вскармливания, достаточное пребывание на свежем воздухе; проведение массажа, гимнастики закаливающие процедуры, задачи воспитания, специфическая профилактика рахита, профилактика анемии, лечение выявленной патологии.
- Критерии эффективности диспансеризации: показатели нервно-психического и физического развития, поведение, данные клинического обследования, частота заболеваний.

СХЕМА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ 2 ГОДА ЖИЗНИ

- Частота осмотров специалистами: педиатр 1 раз в квартал, стоматолог по показаниям.
- При проведении профилактических осмотров осуществляется контроль за режимом дня, питания, проведением гимнастики и закаливающих процедур, выполнением рекомендаций по воспитанию, профилактике рахита, подготовке к детскому дошкольному учреждению.
- При объективном осмотре: особое внимание обращается на динамику массы тела и роста, зубную формулу, состояние прикуса, оценку психомоторного развития (проводится в КЗР), поведение, состояние кожных покровов, костно-мышечной системы, состояние зубов и характер прикуса, состояние внутренних органов.
- Дополнительные методы обследования: антропометрия 1 раз в квартал, клинический анализ крови, мочи и кала на яйца глистов 1 раз в год. Определяется прогноз адаптации к детскому учреждению. По результатам диспансеризации дается комплексная оценка состояния здоровья и назначается комплекс профилактических и оздоровительных мероприятий.
- Основные профилактические и оздоровительные мероприятия: те же, что у детей первого года жизни и специальные мероприятия по подготовке к детскому учреждению.
- Критерии эффективности диспансеризации: показатели психомоторного и физического развития, данные клинического обследования и частота заболеваний, степень тяжести адаптации к детскому учреждению.

СХЕМА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ 3 ГОДА ЖИЗНИ

- Частота осмотров специалистами: педиатр 1 раз в полугодие; офтальмолог, невропатолог, стоматолог, хирург, ортопед, оториноларинголог 1 раз в год.
- При проведении профилактических осмотров осуществляется контроль за режимом дня, питанием, воспитанием.
- При объективном осмотре особое внимание обращается на динамику Массы тела и роста, на состояние зубов, прикус, оценку нервно-психического и физического развития, состояние кожных покровов, лимфатической системы, носоглотки, осанки, наличие плоскостопия, состояние внутренних органов.
- Дополнительные методы обследования: антропометрия, определение остроты зрения и слуха, клинический анализ крови, мочи, кала на яйца глист.
- По результатам диспансеризации дается комплексная оценка состояния здоровья и назначается комплекс профилактических и оздоровительных мероприятий.
- Основные профилактические и оздоровительные мероприятия: организация воспитания, режима и питания в соответствии с возрастом, гимнастика, закаливание и другие формы физического воспитания.
- Критерии эффективности диспансеризации: показатели физического и нервно-психического развития, данные клинического обследования, частота заболеваний.

СХЕМА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ 4—7 ЛЕТ

- Частота осмотров специалистами: педиатр 1 раз в год; отоларинголог, невропатолог, стоматолог, хирург, ортопед, окулист — в 5 лет и перед школой, др. специалисты — по показаниям.
- При проведении профилактических осмотров осуществляется контроль за режимом дня, питанием, физическим воспитанием и закаливанием, мероприятия по подготовке к школе.
- При осмотре особое внимание обращается на состояние физического развития, включая осанку, наличие и отсутствие плоскостопия, остроту зрения и слуха, физиометрические показатели, показатели психического здоровья (вегетативный статус, эмоциональный статус, психомоторная стабильность), состояние носоглотки, зубов, состояние внутренних органов (нервно-психическое развитие определяется в кабинете здорового ребенка).
- Дополнительные методы обследования: клинический анализ крови, мочи, анализ кала на яйца глистов, острота зрения и слуха, спиро и динамометрия ежегодно; в 5—6 лет и перед школой — определение соответствия паспортного возраста биологическому и школьной зрелости, артериальное давление с 5 лет.
- Основные профилактические и оздоровительные мероприятия: организация воспитания, режима и питания соответственно возрасту, занятие физкультурой и спортом, закаливание, с 5 лет подготовка к школе.
- Критерии эффективности диспансеризации: показатели нервно-психического и физического развития, частота заболевания.

Группы здоровья детей

- **к 1-й группе здоровья** – здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, без анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;
- **ко 2-й группе здоровья** – дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения. Также в данную группу входят реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания, дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом веса тела или избыточной массой тела, дети часто и длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями, дети с последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

Группы здоровья детей

- **к 3-й группе здоровья** – дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания. Кроме того, в эту группу входят дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций, при условии компенсации соответствующих функций. Степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка;
- **к 4-й группе здоровья** – дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограничением функциональных возможностей. Также в группу входят дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определенной мере ограничивает возможность обучения или труда ребенка;
- **к 5-й группе здоровья** – дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующим постоянной терапии. Также в эту группу входят дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Диспансерное наблюдение и реабилитация часто болеющих детей (ЧБД)

"часто болеющие дети" (ЧБД) – это не диагноз, а группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за транзиторных корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них.

К причинам формирования группы ЧБД относят

- анатомо-физиологические особенности детского организма, в том числе иммунной системы, развитие вторичного иммунодефицитного состояния (ИДС),
- увеличение частоты контактов с больными при посещении организованных коллективов и др. . К группе часто болеющих относятся 40% детей дошкольного возраста и 15% учащихся младших классов .

Высокая частота инфекционных заболеваний респираторного тракта приводит к ряду неблагоприятных последствий :нарушению физического и нервно-психического развития, задержке созревания иммунной системы, формированию хронической патологии ЛОР-органов, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и других систем, социальной дезадаптации ребенка . В последнее время установлена значительная распространенность *оппортунистических инфекций* (герпесвирусных инфекций, хламидиоза, микоплазмоза) у данной категории пациентов, что диктует необходимость разработки новых подходов к их лечению .

Критерии включения детей в группу ЧБД

(В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, 1986)

Возраст детей	Частота ОРЗ (эпизодов/год)
1-го года жизни	4 и более
До 3 лет	6 и более
4–5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

профилактика ОРЗ у ЧБД

- формирование собственного адекватного иммунного ответа.
Способствуют этому :
- здоровый образ жизни,
- рациональный режим дня,
- полноценное питание,
- разнообразные программы закаливания.
- ограничение контактов ребенка с больными гриппом и ОРВИ,
- проведение санитарно-гигиенических мероприятий,
- сокращение использования городского транспорта и удлинение времени пребывания ребенка на воздухе.
- Частая респираторная заболеваемость тесно связана с пассивным курением, поэтому прекращение его – важное условие лечения и профилактики.

вакцинация ЧБД

- является одним из самых важных профилактических мероприятий. Частые ОРВИ не фигурируют в списке противопоказаний к проведению прививок. Поскольку частые ОРВИ у этой группы детей не свидетельствуют о наличии иммунодефицита, они не могут быть поводом для отвода от прививок. По окончании ОРВИ, как и других острых заболеваний, прививки возможно проводить **через 2–3 нед после нормализации температуры тела.**

Основные причины младенческой смертности в Республике Казахстан:

- состояния, возникающие в перинатальном периоде; врожденные пороки развития; респираторные заболевания и пневмонии;
- **Структура детской инвалидности в Казахстане:**
на первом месте находятся болезни нервной системы , на втором месте врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения , на третьем – психические расстройства и расстройства поведения .

Целевые индикаторы снижения показателей младенческой смертности, предусмотренные государственной программой «Саламатты Қазақстан»

- снижение младенческой смертности к 2013 году до 14,1, к 2015 году – до 12,3 на 1000 родившихся живыми;

Целевые индикаторы по снижению заболеваемости детей и подростков, предусмотренные государственной программой «Саламатты Қазақстан»:

- снижение заболеваемости костно-мышечной системы; снижение заболеваемости ИППП среди подростков в возрасте 15-17 лет; снижение показателя заболеваемости психологическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ; снижение суицидов среди детей от 15-17 лет.

**Государственной программой «Саламатты Қазақстан»
предусмотрено снижение показателей заболеваемости детей и
подростков**

- снижение заболеваемости ИППП среди подростков в возрасте 15-17 лет до 8,3 к 2013 году, до 8,0 к 2015 году
- +снижение суицидов среди детей от 15-17 лет до 23,8 к 2013 году и 22,0 к 2015 году на 100 тыс.

Медицинская помощь детям и подросткам может предоставляться в следующих формах

- амбулаторно-поликлинической помощи; первичной медико-санитарной помощи; консультативно-диагностической помощи; стационарной помощи; стационаророзамещающей помощи; скорой медицинской помощи; санитарной авиации; медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; восстановительного лечения и медицинской реабилитации; паллиативной помощи и сестринского ухода; традиционной медицины, народной медицины (целительства).