

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А. И. Евдокимова
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ (реферат)

Исполнитель:
студентка V курса
лечебного факультета
вечернего отделения
516 группы
Сипапина Ж. Ю.

Заведующий кафедрой:
заслуженный врач России, д. м. н.,
профессор Найговзина Н. Б.

Преподаватель:
к. м. н., доцент
Антипенко Э. С.

Январь, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Введение. Демографическая ситуация	стр. 3
I. Детская амбулаторно-поликлиническую помощь	стр. 4
II. Профилактическая работа	стр. 9
III. Оказание лечебной помощи детям на дому	стр. 12
IV. Детские больницы. Структура и функции	стр. 12
V. Система общественного воспитания и медицинской помощи в дошкольных учреждениях и школах	стр. 13
VI. Медицинская помощь женщинам и детям в сельской местности	стр. 14
VII. Медицинская помощь подросткам	стр. 15
VIII. Национальный проект «Здоровье»	стр. 15
IX. Санаторно-курортное лечение детей	стр. 16
X. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных и воспитательных учреждениях	стр. 17
Список использованной литературы	стр. 18

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Введение. Демографическая ситуация

Ухудшение показателей воспроизводства населения России происходит на фоне снижения здоровья беременных женщин. За последние 10 лет более чем в 6 раз выросла анемия беременных, почти в 4 раза - заболевания мочеполовой системы, в 2 раза - болезни системы кровообращения, в 1,8 раза - гестозы.

Важнейшим фактором, влияющим на здоровье женщин, являются *условия труда*. По данным Государственного комитета Российской Федерации по статистике, в неблагоприятных условиях работают 3,6 млн. женщин, причем 285 тыс. из них трудятся в особо тяжелых условиях. Значительно увеличилось число родов с различными *осложнениями*, которые являются следствием общего состояния здоровья женщин. Частота нормальных родов снизилась с 55,8 процента общего числа родов в 1985 году до 36 процентов - в 1995 году. В ряде регионов процент нормальных родов снизился до 20-24 процентов.

Прогноз на ближайшие годы не вызывает сомнений в том, что в стране ожидается дальнейшее ухудшение показателей здоровья беременных женщин. Он основан на данных о здоровье девушек-подростков. За 10 лет количество заболеваний, выявленных во время профилактических осмотров, возросло почти в 3 раза.

Процент абсолютно здоровых школьников согласно научным данным последних лет не превышает 20-25, а по данным Ивановского научно-исследовательского института материнства и детства, Санкт-Петербургской педиатрической академии, Научного центра охраны здоровья детей и подростков Российской академии медицинских наук, к концу окончания школы у большинства девушек (75%) диагностируются хронические заболевания, число абсолютно здоровых снижается до 6,3%. В последние годы в Российской Федерации отмечается тенденция к снижению грудного вскармливания детей до 1 года жизни. Доля детей, находящихся на грудном вскармливании до 6 месяцев, составляет 32%. Медленно внедряются в практику деятельности лечебно-профилактических учреждений современные перинатальные технологии, ориентированные на семью: раннее прикладывание к груди (сразу или в течение 1 часа после рождения), совместное пребывание матери и ребенка, свободное вскармливание (по требованию ребенка), отказ от подпаивания новорожденных детей.

Одним из основных показателей, характеризующих качество медицинской помощи женщинам и состояние их здоровья, является *материнская смертность*. Этот показатель в Российской Федерации в последние годы не имеет тенденции к снижению. Он почти в 2,5 раза превышает среднеевропейский уровень.

В Российской Федерации остается высоким уровень *абортов, осложнений и материнской смертности после них*. В последние годы отмечается тенденция к ухудшению состояния здоровья школьников и молодежи, особенно девочек и девушек. За последние 10 лет частота заболеваний у девушек возросла почти в 3 раза.

Современный период характеризуется большой распространенностью *рискованных форм сексуального поведения*, особенно среди молодежи. Подтверждением этого является рост среди подростков и молодежи заболеваний, передаваемых половым путем. Заболеваемость сифилисом у подростков 15-17 лет в 2006 году увеличилась в 31 раз по сравнению с 2002 годом.

Специальными исследованиями установлено, что к 17-18 годам более 30% городских и почти половина сельских подростков имели опыт половых сношений. Анонимное анкетирование мальчиков - подростков показало, что сексуальный опыт имеют 48-50% опрошенных. Наибольшее число подростков начало половую жизнь в

возрасте 14-15 лет (46-48%). Большинство опрошенных подростков не имели постоянного сексуального партнера.

Исследования показали также, что большинство подростков осведомлены о контрацепции, но только половина из живущих половой жизнью ее используют.

Изменение безответственного, легкого отношения населения к абортам требует систематических комплексных длительных усилий, так как аборты оказывают неблагоприятное влияние на состояние здоровья и репродуктивную функцию женщин. В структуре материнской смертности аборты составляют 23,2%, а среди причин перинатальных потерь они занимают ведущее место (65%).

В структуре материнской смертности ведущими причинами являются *кровотечения и токсикозы*. При этом, по данным экспертов, две трети случаев смерти предотвратимы.

I. Детская амбулаторно-поликлиническую помощь

Амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению оказывает детская поликлиника, которая самостоятельна или входит как структурное подразделение в объединенную детскую больницу. В районе прикрепления детская поликлиника обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от рождения до 14 лет включительно (14 лет 11 мес. 29 дней). Оказание медицинской помощи предусмотрено в поликлинике, на дому, в дошкольных учреждениях и школах. 75-85% детей начинают и заканчивают лечение в условиях детской поликлиники.

Работа детской поликлиники строится в соответствии с общими принципами лечебно-профилактической помощи (участковый принцип обслуживания и диспансерный метод работы). На педиатрическом участке - не более 700-800 детей от рождения до 14 лет включительно. Несмотря на значительное увеличение объема специализированной помощи в детской поликлинике (хирург, ортопедтравматолог, отоларинголог, психоневролог, офтальмолог, аллерголог и др.), ведущей фигурой остается **участковый педиатр**. Более 60% всех посещений приходится на долю участкового педиатра.

Все больные дети должны получать медицинскую помощь только на дому, поэтому непосредственно в детскую поликлинику обращаются здоровые дети или имеющие хронические заболевания вне обострения. Более 90% всех посещений ребенка на дому приходится на долю *участкового педиатра*.

В задачи участкового педиатра, кроме оказания лечебной помощи, входит профилактическая работа со здоровыми детьми и имеющими хроническую патологию и нуждающимися в диспансерном наблюдении. Участковый педиатр должен знать особенности развития и формирования здоровья ребенка, условия воспитания здорового ребенка, вопросы профилактики возникновения и неблагоприятного течения заболеваний, особенно в раннем возрасте, роль и значение условий и образа жизни семьи. По существу, хороший участковый педиатр - это детский семейный врач.

Участковый педиатр обязан поддерживать постоянную связь с акушерско-гинекологическими учреждениями и обеспечивать преемственность в наблюдении за детьми, особенно при наличии факторов риска.

Основные принципы амбулаторно-поликлинической помощи:

- бесплатное, систематическое, квалифицированное, доступное врачебное, фельдшерское, сестринское наблюдение за здоровыми детьми;
- первичная и вторичная профилактика заболеваний;
- раннее выявление и своевременное лечение больных детей;
- реабилитация больных;
- просветительная работа по вопросам воспитания здорового ребенка, обеспечение его нормального психического и физического развития.

В детских поликлиниках проводят комплекс мероприятий, направленных на предупреждение и раннее распознавание патологии, снижение заболеваемости и смертности, особенно новорожденным.

Детская поликлиника имеет достаточно сложную разветвленную систему отделений и кабинетов

Основные разделы работы детской поликлиники

Разделы работы детской поликлиники

Противоэпидемические мероприятия (совместно с СЭС)
Своевременное выявление детей с инфекционными заболеваниями
Обеспечение изоляции больных
Госпитализация в случае необходимости детей в инфекционные больницы
Своевременное направление в СЭС экстренного извещения
Наблюдение за детьми, которые были в контакте с больными
Планирование и проведение прививок

Организация и реализация комплекса профилактических мероприятий
Аntenательная охрана плода
Диспансерное наблюдение соответственно группам здоровья и вида патологии
Профилактические осмотры детей
Профилактические прививки соответственно регламентированным срокам и состоянию здоровья ребенка
Контроль работы молочной кухни и пунктов раздачи детского питания
Санитарно-просветительная работа среди родителей и детей

Лечебно-консультативная помощь детям в поликлинике и на дому		Лечебно-профилактическая работа в детских дошкольных учреждениях и школах
Оказание квалифицированной медицинской помощи в поликлинике и на дому		
Правовая и социальная защита детей		
Направление детей на лечение в стационарах и на восстановительное лечение в санаторий		
Отбор детей для лечения и обучения в специальных дошкольных и школьных учреждениях	Организационно методическая работа	

Структура детской поликлиники

	Детская поликлиника
Управление	

Кабинет доврачебного приема	
Регистратура	Хозяйственная часть
Фильтр	

Бокс

Другие подразделения		Дошкольно- школьные отделения	Лечебно профилактические подразделения
	Детские дошкольные учреждения	Школы	
Кабинет неотложной помощи			
Дневной гельминтологический полустационар			
Кабинет учета и медицинской статистики			
Кабинет медико- социальной помощи			
Диагностические подразделения	Лаборатория		
Рентген кабинет			
Отделение функциональной диагностики			

Педиатрическое отделение

Хирургический
Неврологический
Офтальмологический
Отоларингологический
Пульмонологический
Гастроэнтерологический
Другие

Кабинеты педиатров
Кабинет прививок
Кабинет здорового ребенка

Специализированные кабинеты

Отделения восстановительного лечения						
Физиотерапевтически е кабинеты	Кабинет ЛФК	Кабинет массажа	Кабинет механотера пии	Логопедически й кабинет	Бассейн	Дневной стационар

Деятельность поликлиники обеспечивают медицинские работники, штаты которых устанавливаются с учетом численности детского населения, особенности его расселения, форм работы подразделения, обусловленных современными условиями хозяйствования.

Согласно указу МЗ Украины №33 от 23.02.00г. в городах с населением более 25 тыс. устанавливают должности врачей для обеспечения приема детей поликлиники, оказания им медицинской помощи на дому, в детских дошкольных учреждениях и школах и другой работой по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию (таблица 3).

Кроме педиатров, в детских поликлиниках работает численная группа врачей других специальностей (хирурги, ортопеды-травматологи, психоневрологи, офтальмологи, отоларингологи, эндокринологи, кардиоревматологи, урологи, аллергологи и др.).

В зависимости от количества специалистов, устанавливаются должности лаборантов – рентгенологов, физиотерапевтов, ЛФК.

Для обеспечения работы в детских учреждениях и школах всех типов устанавливается дополнительно одна должность из расчета:

1. врача-педиатра:
 - на 600 детей детских садов (соответственных групп в яслях);
 - на 2500 учеников школ;
2. врача-фтизиатра на 200 детей в санаторных дошкольных учреждениях (группах);
3. детского врача-психиатра на 300 учеников специализированных школ для умственно отсталых детей;
4. детского врача-офтальмолога – в одно из поликлиник города (городского административного района) с численностью детского населения не менее 300 тыс. человек.

Штатные нормативы врачей детских поликлиник

Наименование должностей	Количество должностей на 10 тыс. детей до 14 лет включительно (14 лет 11 мес. 29 дней), которые прикреплены к поликлинике
Врач-педиатр участковый	12,5
Врач-кардиоревматолог детский	0,3
Врач-гинеколог детского и	0,1 но не менее одной должности на административный

подросткового возраста	район
Врач-хирург детский	0,45
Врач-ортопед-травматолог детский	0,5
Врач-уролог детский	0,2
Врач-отоларинголог детский	1,0
Врач-невролог детский	1,0
Врач-офтальмолог детский	1,0
Врач-эндокринолог детский	0,4
Врач-аллерголог детский	0,2
Врач-иммунолог детский	0,3
Врач-инфекционист детский	0,5
Врач-гематолог детский	0,2
Врач-нефролог детский	0,1 но не менее 0,5 должности на административный район
Врач-гастроэнтеролог детский	0,3
Врач-дерматовенеролог детский	0,2

В зависимости от количества врачей одного профиля могут быть установлены должности заведующего отделением: педиатрического: вместо 0,5 должности врача – при количестве должностей участковых педиатров и педиатров 6,5-9.

Общее руководство работой поликлиники осуществляет *заведующий поликлиникой или заместитель главного врача по поликлинической работе.*

В самостоятельной поликлинике эту функцию выполняет *главный врач поликлиники.*

В детских поликлиниках, кроме медицинских, вводятся также *должности и педагогических работников для логопедических и сурдологических кабинетов.* В сурдологическом - должность заведующего кабинетом, врача-отоларинголога (сурдолога), по одной должности невропатолога, дефектолога, логопеда, медицинской сестры, младшей медицинской сестры.

Должность логопеда в поликлинике в зависимости от объема работы устанавливают из расчета одна должность на 20 тыс. детей и подростков.

Соответственно штату врачей устанавливаются должности среднего и младшего медицинского персонала, работу которых возглавляет *старшая медицинская сестра.*

Четкость работы поликлиники в значительной мере зависит от *деятельности регистратуры.*

Основные задачи регистратуры идентичны для поликлиник, которые оказывают помощь взрослому населению.

Чтобы освободить врача от выполнения функций не свойственных уровню его подготовки, в поликлиниках функционируют *кабинеты доврачебного приема.*

На квалифицированный средний медицинский персонал положено выполнение следующих функций:

- проведение контрольного кормления новорожденных;

- обработка микротравм;
- выдача свидетельств об эпидемической обстановке по месту проживания, выписок с истории развития ребенка и направлений на обследование в связи с оформлением в дошкольное учреждений, школу, отъезда на санаторное оздоровление;
- проведение антропометрических измерений;
- определение температуры тела и АД перед осмотром педиатра.

II. Профилактическая работа

В нашей стране существуют служба планирования семьи, развитая сеть перинатальных центров, медико-генетических отделений и кабинетов, консультативно-диагностических служб, совершенствуется медицинская помощь детям и беременным. Планирование семьи направлено на сокращение количества нежелательных беременностей и абортов (особенно среди девушек-подростков), снижение уровня гинекологических заболеваний, сокращение материнской и младенческой смертности, восстановление репродуктивной функции женщин, страдающих бесплодием, предотвращение бесплодия у юношей. Для продолжения реализации государственной политики по охране здоровья женщин и детей разработана и реализуется федеральная *целевая программа «Дети России»*, предусматривающая внедрение в стране мониторинга материнской и младенческой смертности, врождённых пороков развития, а также разработку и внедрение федеральных стандартов оказания медицинской помощи новорождённым, детям раннего возраста и применение новых медицинских технологий для профилактики, диагностики и лечения социально значимых болезней.

В родильных домах открыты *палаты интенсивной терапии для новорождённых*, оснащённые современным оборудованием, включая аппараты искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), для проведения эффективной первичной реанимации ребёнка, родившегося в асфиксии. Оборудование обеспечивает объективный контроль за жизненно важными функциями организма при проведении длительной интенсивной терапии. Происходит внедрение современных технологий по выхаживанию новорождённых с малой массой тела. Детей, находившихся в критическом состоянии, а также имеющих перинатальную патологию или малую массу тела, переводят на второй этап выхаживания в специализированные отделения. Разрабатывают вопросы диагностики и лечения внутриутробных инфекций (ВУИ).

Пренатальная диагностика врождённых аномалий развития и многих наследственных заболеваний способствует снижению рождаемости детей с пороками развития, не совместимыми с жизнью.

Новорождённых обследуют на фенилкетонурию и врождённый гипотиреоз, что позволяет своевременно выявлять детей с этой патологией и предотвращать их инвалидизацию.

Ранняя диагностика, предоперационная подготовка и экстренная хирургическая медицинская помощь детям с врождёнными пороками сердца (ВПС) значительно улучшают исходы в этой группе новорождённых. Важную роль играет преемственность в ведении детей с перинатальной патологией между стационарами, поликлиниками и консультативно-диагностическими центрами.

Профилактическая работа начинается *с первичного патронажа к новорожденному*, который проводится участковым врачом и медицинской сестрой в первые три дня после выписки из родильного дома, о которой сообщается по телефону в детскую поликлинику.

Дети, родившиеся от первых родов, а также от неблагоприятно протекавших беременности и родов, посещаются в день выписки из родильного дома. Во время патронажа выясняется наличие факторов риска в биологическом и социальном анамнезе, условия жизни семьи, оценка характера вскармливания, осмотр ребенка, обратив внимание на состояние пупочной ранки, кожных покровов, оценка состояния здоровья ребенка и анамнестические данные, определение группы здоровья, даются обоснованные

рекомендации по режиму, вскармливанию и уходу за ребенком, режиму и питанию матери. В первый месяц врач посещает ребенка три раза, а при необходимости и ежедневно.

Динамическое наблюдение за детьми первого года жизни осуществляется врачом ежемесячно во время профилактических приемов (день здорового ребенка) в поликлинике. Кроме тщательного осмотра, на приеме проводится *антропометрия детей, детально уточняется характер вскармливания, оценивается психомоторное развитие.* Данные осмотра фиксируются *в истории развития ребенка (форма 112).* В кабинете здорового ребенка мать получает подробные рекомендации по вскармливанию и уходу за ребенком, обучается комплексу физических упражнений, приемам массажа, соответствующих возрасту.

Под особенно тщательным наблюдением педиатра находятся дети I года жизни из группы "риска" (II группа здоровья). К ним относятся недоношенные дети, из двойни, родившиеся с синдромом дыхательных расстройств, родовой травмой, перенесшие гемолитическую болезнь, с проявлениями дистрофии, диатезов, анемии, находящиеся на раннем искусственном вскармливании и др.

Большинство этих детей нуждается в проведении дополнительных лабораторно-диагностических исследований, консультациях врачей-специалистов, комплексе лечебно-оздоровительных мероприятий. Наблюдение за детьми группы "риска" является индивидуальным в соответствии со степенью риска, выраженностью функциональных отклонений с учетом социально-бытовых условий жизни ребенка.

В первые три месяца жизни здорового ребенка осматривают хирург-ортопед, невропатолог и офтальмолог. Дважды на первом году у ребенка проводят анализ крови.

На втором году жизни здорового, ребенка наблюдают 1 раз в квартал, затем - 1 раз в полгода. При каждом проф. осмотре врач оценивает физическое и нервно-психическое развитие ребенка в динамике и дает заключение о состоянии его здоровья.

С 3-летнего возраста начинается подготовка детей к обучению в школе, поэтому в этом возрасте дети осматриваются, кроме педиатра, невропатологом, отоларингологом, хирургом-ортопедом, стоматологом и другими специалистами по показаниям. Участковый педиатр выполняет рекомендации специалистов по оздоровлению детей.

Организационная работа медработников состоит из анализа и планирования деятельности, работы с учетно-отчетной оперативной документацией, внедрения передовых форм работы, повышения квалификации, работы с медицинской сестрой участка. Работу детской поликлиники характеризует ряд показателей. Среди них наиболее важны такие, как показатель младенческой смертности, перинатальной смертности, показатели заболеваемости (общей, детей до 1 года, инфекционными заболеваниями), распределение детей по группам здоровья, % детей, находящихся на естественном вскармливании до 4 месяцев; % охвата профессиональными прививками, удельный вес детей 1 года жизни, число умерших в стационаре в первые 24 часа после госпитализации, количество жалоб населения.

Детская поликлиника является ведущим учреждением в оказании *лечебно-профилактической помощи.* Качество ее работы влияет на результаты поликлинического и стационарного лечения, а также на уровень госпитализации, продолжительность пребывания в стационаре, на частоту вызовов скорой медицинской помощи.

Лечебно-профилактическая помощь детям является неотъемлемой частью охраны материнства и детства. Она обеспечивает организацию медицинского наблюдения за здоровыми детьми и подростками и оказывает им при необходимости квалифицированную помощь.

В оказании этой помощи детям принимают участие медицинские учреждения различных уровней, учреждения образования и социального обеспечения (дома ребенка,

школы-интернаты, детские дома, интернаты для детей с дефектами умственного и физического развития).

Среди них есть объединенная детская больница с поликлиническим отделением, стационаром, с лечебно-вспомогательными и диагностическими подразделениями, медицинским архивом.

Профилактическая работа в детской поликлинике со здоровыми детьми включает в себя профилактические осмотры участковым педиатром, когда родителям дают рекомендации по питанию, уходу за детьми, их физическому воспитанию, закаливанию, осмотры врачами-специалистами, проведение лабораторно-диагностического обследования и профилактических прививок.

Комплексные медицинские осмотры дают возможность выявлять заболевания на ранних стадиях, своевременно проводить лечение и соответственно предотвращать развитие хронического процесса.

Особое внимание должно быть уделено часто (4 заболевания в год и более) и длительно (более 40 дней в году) болеющим детям, поскольку у этих детей чаще развиваются различные хронические заболевания.

Дети 3-й, 4-й и 5-й групп здоровья, имеющие хроническое заболевание различной стадии компенсации, находятся под диспансерным наблюдением педиатра и специалистов.

Профилактическая работа со здоровыми и с больными детьми включает в себя санитарно-просветительную работу, гигиеническое воспитание, эффективность которых в значительной мере определяется наглядностью и убедительностью. Санитарно-просветительные беседы проводятся и во время приема в поликлинике, и при посещении на дому, и на специальных занятиях. Большую роль в санитарно-просветительной работе играют кабинеты здорового ребенка, где родителей обучают основным правилам воспитания здорового ребенка, пропагандируют основы здорового образа жизни.

По результатам комплексных медицинских осмотров определяется группа здоровья у каждого ребенка.

В детской поликлинике есть *школьно-дошкольное отделение*, штаты которого устанавливаются из расчета 1 педиатр на 180-200 детей ясельного возраста, на 600 детей дошкольного возраста, на 2000 детей школьного возраста, на 200 детей в санаторных яслях, яслях-садах и садах, на 300 детей, обучающихся во вспомогательных школах; 1 медсестра на 100 детей, воспитывающихся в детских садах, на 700 детей, обучающихся в школах, на 50 детей, воспитывающихся в санаторных детских садах, на 300 детей, обучающихся во вспомогательных школах.

Рабочие места этих сотрудников находятся в соответствующих учреждениях, где организуют медицинское наблюдение за детьми, а в самой детской поликлинике располагается кабинет заведующего школьно-дошкольным учреждением.

Профилактический осмотр детей проводят поэтапно:

I этап - доврачебное обследование по скрининг-программе.

II этап - врач-педиатр осматривает ребёнка, затем на основе данных осмотра и скрининг-диагностики и с учётом возраста ребёнка оценивает уровень его психомоторного, нервно-психического, физического развития и определяет объём специализированного обследования.

III этап - врач соответствующего профиля осматривает ребёнка в присутствии родителей.

IV этап - по итогам профилактического осмотра врач-педиатр делает заключение о состоянии здоровья ребёнка (относит его к соответствующей группе здоровья), даёт рекомендации (по режиму, питанию, физическому воспитанию, вакцинации).

Рацион питания детей

Известно, что правильное *питание* имеет важнейшее значение для развития детского организма. К современным негативным тенденциям относят уменьшение количества детей, находящихся на грудном вскармливании, раннее введение прикорма, увеличение распространённости заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Пропаганда естественного вскармливания и применение различных видов стимуляции лактации - важное звено в системе мероприятий, направленных на укрепление здоровья детей и снижение заболеваемости. В этой работе используют основные положения совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания».

Молочно-раздаточные пункты по рецептам врачей обеспечивают детей бесплатными молочными продуктами. В связи с высокой распространённостью заболеваний органов пищеварения необходим тщательный медико-санитарный надзор за *питанием школьников*. Развитие индустрии детского питания позволяет обеспечивать детское население, особенно первых 3 лет жизни и детей, имеющих хронические заболевания, специальными продуктами питания, включая лечебные.

III. Оказание лечебной помощи детям на дому

Важным принципом работы детской поликлиники является *оказание лечебной помощи детям с острыми заболеваниями на дому*. Во время посещения больного ребенка на дому педиатр ставит предварительный диагноз заболевания, определяет тяжесть состояния ребенка, решает вопрос о возможности лечения на дому или в условиях стационара.

При организации стационара на дому поликлиника обеспечивает больного бесплатными медикаментами, при необходимости организует пост медсестры или посещения медсестрой несколько раз в день; врач посещает ребенка по показаниям, но не реже 1 раза в день до выздоровления.

Большой объем медицинской помощи на дому осуществляет *врач скорой медицинской помощи*. Ему, как правило, приходится сталкиваться с довольно тяжелой патологией, поскольку вызовы поступают по поводу внезапного заболевания (гипертермия, боли в животе, рвота, травмы, отравление и т.д.). В ряде случаев заболевшие дети нуждаются в госпитализации.

В последнее время развивается специальность «семейный врач» - врач общей практики, который наблюдает за здоровьем всех членов семьи, детей и взрослых.

IV. Детские больницы. Структура и функции

Управление больницей осуществляют:

- главный врач;
- заведующий поликлиникой;
- заместитель главного врача по поликлинической работе (при наличии более 20 должностей врачей амбулаторного приема);
- заместитель главного врача по медицинской части.

В городах без районного деления в штате одной из поликлиник устанавливается должность *городского педиатра*, а при наличии деления – *должность районного педиатра*.

Главный врач организывает работу соответственно положению о детской больнице. Он имеет право нанимать и увольнять работников, отвечает за лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность больницы, планирует ее работу, обеспечивает качество обследования и лечения больных детей, разработку и осуществление профилактических и противоэпидемических

мероприятий в воспитательных и учебных учреждениях, размещенных в районе обслуживания, создает условия для повышения квалификации медицинского персонала.

Заместитель главного врача по поликлинической работе обеспечивает лечебно-диагностическую, профилактическую, противоэпидемическую деятельность поликлиники, контролирует организацию работы в детских дошкольных учреждениях и школах, надлежашее ведение учетных документов, изучает состояние здоровья детей, анализирует деятельность подразделений и медицинского персонала, осуществляет производственную связь между детской поликлиникой, подростковыми кабинетами городских поликлиник, роддомом, СЭС.

Заместитель главного врача по медицинской части непосредственно руководит и отвечает за качество лечебно-диагностической работы стационаров, соблюдение санитарно-противоэпидемического режима, осуществляет контроль качества диагностики, контроль питания и ухода за больными, отвечает за ведение учетной документации, анализирует деятельность подразделения.

Детские больницы различают по профилю (многопрофильная и специализированная), по системе организации (объединенная и необъединенная), по объему деятельности (различная коечная мощность).

Детская больница включает в себя профильные отделения (педиатрическое, хирургическое, инфекционное), а те, в свою очередь, отделения по возрасту до 3 лет и по полу среди детей старше 3 лет. Кроме того, в больнице имеется лабораторно-диагностическая служба, патологоанатомическое отделение.

Приемное отделение в детских больницах состоит из приемно-смотровых боксов, число которых должно быть не менее 3% общего числа коек больницы. При приеме детей необходимо иметь сведения из санэпидотдела (санэпидцентра) о наличии или отсутствии контактов с больными инфекционными заболеваниями и от педиатра о перенесенных детских инфекциях. Это позволяет правильно решить вопрос о госпитализации ребенка.

В целях ограничения распространения внутрибольничной инфекции целесообразно предусматривать палаты на 1-2 койки для детей до 1 года, а для более старших детей не более чем на 4 койки.

Не меньшее внимание в детских больницах должно уделяться *питанию*, особенно питанию детей первых лет жизни. Режим дня должен соответствовать возрасту ребенка.

Воспитательная и педагогическая работа с больными детьми является неотъемлемой частью лечебно-профилактической деятельности стационара и направлена на создание *лечебно-охранительного режима*. Матерей следует привлекать к уходу за детьми и шире практиковать госпитализацию детей в первую очередь первых 2-3 лет жизни вместе с матерями.

В процессе реформирования здравоохранения происходит сокращение числа коек не только для взрослых, но и в детских больницах, особенно в инфекционных. В то же время происходит некоторое увеличение числа специализированных коек.

V. Система общественного воспитания и медицинской помощи в дошкольных учреждениях и школах

Особое место в воспитании здорового ребенка принадлежит системе общественного воспитания и медицинской помощи в дошкольных учреждениях и школах.

Все учреждения общественного воспитания детей дошкольного и школьного возраста подразделяются в зависимости от возраста, состояния здоровья детей и социального положения семьи.

Типовым учреждением по воспитанию детей дошкольного возраста является *детское дошкольное учреждение ясли-сад*.

Существуют *учреждения открытого типа (детские ясли, сады и школы)*, в которых дети проводят часть дня, и закрытого типа (дом ребенка, детский дом и школа-интернат), где дети относительно долго (или постоянно) находятся без родителей. Учреждения закрытого типа предназначены для воспитания и обучения детей-сирот, детей одиноких матерей, подкинутых детей, а также детей, родители которых лишены родительских прав.

Врач-педиатр, осуществляющий медицинскую помощь детям в подобных учреждениях, должен:

- осматривать всех вновь поступающих детей и рекомендовать комплекс медико-педагогических мероприятий, направленных на скорейшую адаптацию;
- проводить лабораторно-диагностическое обследование детей;
- осуществлять постоянный медицинский контроль за состоянием здоровья, физическим и нервно-психическим развитием;
- обеспечить проведение профилактических прививок;
- организовать комплексные осмотры врачами-специалистами;
- принимать активное участие в распределении детей на группы и классы в соответствии с анатомо-физиологическими и нервнопсихическими особенностями;
- проводить комплекс профилактических мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний.

Среди мероприятий по снижению заболеваемости детей необходимо уделять большое внимание *профилактике тяжело протекающей адаптации к дошкольному учреждению*.

Не меньшая роль в снижении заболеваемости детей принадлежит *индивидуальной работе с часто болеющими детьми*, а также с детьми, имеющими хронические заболевания.

VI. Медицинская помощь женщинам и детям в сельской местности

Медицинская помощь женщинам и детям в сельской местности оказывается поэтапно.

На 1-м этапе (сельский врачебный участок) обеспечивается в основном профилактическая, противоэпидемическая и в небольшом объеме лечебная помощь детям. В стационар сельской участковой больницы госпитализируются в основном дети с легкими формами заболевания, в тяжелых случаях помощь оказывают в центральной районной больнице, поскольку маломощные сельские участковые больницы недостаточно обеспечены врачами-педиатрами и помощь детям нередко оказывает терапевт.

Фельдшерско-акушерские пункты обеспечивают амбулаторно-поликлиническую помощь в основном беременным и детям первых лет жизни. В этих учреждениях работает фельдшер или патронажная медсестра.

Основным этапом оказания медицинской помощи детям всего района служит *центральная районная больница (2-й этап)*. Работой больницы руководит районный педиатр, а в крупных районах вводится должность заместителя главного врача по детству и родовспоможению.

Еще достаточно высока доля детей, нуждающихся в лечении в соматических, общехирургических, инфекционных отделениях, но направленных на лечение в областные детские и общие больницы.

В соответствии с рекомендациями специалистов в центральных районных больницах целесообразно сосредоточить около 70% всего коечного фонда для детей, около 10% - в участковой больнице, а оставшиеся 20% коек предусмотреть для госпитализации детей в областном центре.

На педиатров и акушеров областного центра, кроме обеспечения высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, возлагаются функции кураторов сельских районов в проведении организационно-методической и лечебно-консультативной работы.

VII. Медицинская помощь подросткам

Одной из важных, но еще далеко не решенных проблем остается организация медицинской помощи подросткам. В последнее время оказание амбулаторно-поликлинической помощи возлагается на детские поликлиники, следовательно, на врачей-педиатров. До этого при поликлиниках для взрослых функционировали *подростковые кабинеты*.

VIII. Национальный проект «Здоровье»

Как отмечено в национальном проекте «Здоровье», на первых этапах основное внимание и организационные меры направлены на коренное улучшение наиболее массовой - *первичной медицинской помощи*. Однако не забыта и *стационарная медицинская помощь*. Акцент здесь поставлен на повышение ее качества за счет улучшения организации, усиления специализированных ее видов, особенно интенсивного внедрения высоких медицинских (т.е. сложных, дорогостоящих) технологий, создание современных диагностических и лечебных центров на всей территории нашей страны. Предполагается построить не менее 15 таких центров уже в ближайшие годы, модернизировать устаревшую материально-техническую, ресурсную базы стационаров. Предполагается также последовательное существенное повышение заработной платы работникам больничных учреждений с тем, чтобы через небольшое число лет их материальное положение не отставало от участковых терапевтов, педиатров, работников «скорой медицинской помощи».

В национальном проекте «Здоровье» большое внимание уделено *охране материнства и младенчества - педиатрической и акушерско-гинекологической помощи*. Будет достигнуто массовое обследование новорожденных для улучшения диагностики и особенно выявлению наследственных заболеваний, что скажется на сокращении инвалидизации детей. Начата работа по обеспечению стационарных учреждений родовспоможения современным диагностическим и лечебным оборудованием; запланировано строительство 20 перинатальных центров. Уже в 2006 г. готовится по современным программам почти 5 тыс. участковых терапевтов и педиатров, 1500 врачей общей практики (семейной врач); в 2007 г. это число увеличится более чем на 1 тыс. специалистов. Значительно увеличиваются средства федерального бюджета по оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности и родов (10,5 млрд - руб. в 2006 г. и 14,5 млрд руб. в 2007 г.). Вводятся родовые сертификаты. За каждый такой сертификат в случае благоприятных родов женская консультация получает 2 тыс. руб., а родильный дом - 5 тыс. руб. Это не только скажется на качестве медицинской помощи и ко всему повышению рождаемости, но и на заработной плате медицинских работников этих учреждений. В 2007 г. размер сертификатов увеличится, и будет выделяться 2 тыс. руб. детской поликлинике за диспансерное наблюдение каждого ребенка.

Родовые сертификаты выделяются и самим женщинам - с 30 недели беременности. Стоимость родового сертификата в женской консультации увеличится до 3 тыс. руб., в родильных домах - до 7 тыс. руб. Вводятся также специальные пособия - 1,5 тыс. руб. за первого ребенка и 3 тыс. руб. - за второго или 40% заработной платы. Введен *материальный сертификат* при рождении - на ипотеку, образование ребенка или в накопительную часть пенсии. Воспользоваться сертификатом возможно по достижению ребенком 3 лет.

IX. Санаторно-курортное лечение детей

Санаторно-курортное лечение после исчезновения острых проявлений является наиболее эффективным.

Лечение больных на курортах проводится *комплексно*. При этом ведущим будет присущий данному курорту лечебный фактор (лечебная грязь, минеральная вода того или иного состава) в сочетании с лечебной гимнастикой, массажем, физиотерапевтическими процедурами, климатолечением, диетическим питанием и медикаментами.

Большое внимание в комплексном лечении больных уделяется *лечебной гимнастике, подвижным играм, закаливающим и тренирующим процедурам*. В практику санаторного лечения в последние годы все больше внедряются *физиотерапевтические методы лечения*. Санаторное лечение проводится *по принципу специализации*, в связи с чем для каждого санатория, как для взрослых, так и для детей устанавливается определенный, присущий только ему профиль.

Санаторно-курортное лечение *противопоказано* лицам, страдающим инфекционными, в том числе венерическими заболеваниями, психическими расстройствами, а также тем, кому пребывание на курорте может принести вред - в острой фазе различных заболеваний,

Медицинский отбор и направление больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении, осуществляет лечащий врач и заведующий отделением, поликлинического учреждения (по месту жительства) или медико-санитарной части (по месту работы, учебы) больного при направлении его на профилактическое санаторно-курортное лечение и больничного учреждения при направлении больного на долечивание).

Лечащий врач определяет медицинские показания для санаторно-курортного лечения и отсутствие противопоказаний для его осуществления, в первую очередь для применения природных климатических факторов, на основании анализа объективного состояния больного, результатов предшествующего лечения (амбулаторного, стационарного), данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований.

В сложных и конфликтных ситуациях по представлению лечащего врача и заведующего отделением, заключение о показании санаторно-курортного лечения выдает врачебная комиссия (далее - ВК) лечебно-профилактического учреждения.

Больных, которым показано санаторно-курортное лечение, но отягощенных сопутствующими заболеваниями, либо с нарушениями здоровья возрастного характера, в тех случаях, когда поездка на отдаленные курорты может вредно отразиться на общем состоянии здоровья, следует направлять в близрасположенные санаторно-курортные учреждения, организации (далее - СКО) необходимого профиля.

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения больному выдается на руки *справка для получения путевки по форме N 070/у-04 (далее - справка для получения путевки) с рекомендацией санаторно-курортного лечения*, о чем лечащий врач лечебно-профилактического учреждения делает соответствующую запись в медицинской карте амбулаторного больного. Срок действия справки 6 месяцев.

Справка носит предварительный информационный характер и представляется больным вместе с заявлением о выделении путевки на санаторно-курортное лечение по месту предоставления путевки, где и хранится в течение трех лет.

Перечень предоставляемых документов:

- а) клинический анализ крови и анализ мочи;
- б) электрокардиографическое обследование;
- в) рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография);

г) при заболеваниях органов пищеварения - их рентгеноскопическое исследование (если с момента последнего рентгенологического обследования прошло более 6 месяцев) либо УЗИ, эндоскопия;

д) в необходимых случаях проводятся дополнительные исследования: определение остаточного азота крови, исследование глазного дна, желудочного сока, печеночные, аллергологические пробы и др.;

е) при направлении на санаторно-курортное лечение женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение акушера-гинеколога, а для беременных - дополнительно обменная карта;

ж) справка-заключение психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе больного нервно-психических расстройств;

з) при основном или сопутствующих заболеваниях (урологических, кожи, крови, глаз и др.) - заключение соответствующих специалистов.

Х. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных и воспитательных учреждениях

В феврале 2014 года вступил в силу приказ Минздрава России от 05.11.2013 № 822н, утвердивший *Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним*, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях. Приказ разработан в соответствии с *Федеральными законами «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об образовании в Российской Федерации»*.

Организация охраны здоровья несовершеннолетних в период обучения и воспитания (за исключением оказания первичной медико-санитарной помощи, прохождения медицинских осмотров и диспансеризации) осуществляется *самими образовательными организациями*. А оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам, проведение медицинских осмотров и диспансеризации - *медицинскими организациями*. Образовательная организация обязана безвозмездно предоставить медицинской организации помещение, соответствующее условиям и требованиям для осуществления медицинской деятельности.

Первичная медико-санитарная помощь несовершеннолетним в возрасте до 18 лет, обучающимся в образовательных организациях, оказывается сотрудниками медицинских организаций, работающими в отделении медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях. В случае отсутствия таких отделений помощь может оказываться в кабинетах, здравпунктах медицинской организации или иного юридического лица, осуществляющего наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность.

В понятие *первичной медико-санитарной помощи* входит оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, в т. ч. при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, а также вся профилактическая работа, реализуемая в образовательной организации.

Первичная медико-санитарная помощь обучающимся оказывается врачами-педиатрами, врачами по гигиене детей и подростков, фельдшерами и медицинскими сестрами отделения медицинской помощи. В специализированных образовательных организациях (коррекционного и компенсирующего видов) первичная помощь обучающимся, нуждающимся в лечении, реабилитации и оздоровительных мероприятиях, оказывается врачами-педиатрами, врачами по гигиене детей и подростков, врачами-специалистами (по профилю патологии), фельдшерами и медицинскими сестрами отделения. Дополнительные виды и объемы медицинской помощи обучающимся, оказание медицинской помощи на иных условиях, чем предусмотрено Порядком, организуются и осуществляются образовательной организацией с соблюдением требований законодательства РФ в сфере охраны здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение, М., Изд. гр. «Гэотар-медиа», 2009
2. Медик В. А., Токмачев М. С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения, М., « Медицина», 2006
3. Чашин А. Н. Комментарии к Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», М, «Дело и сервис», 2015
4. Вялков А.И. и др. Управление и экономика здравоохранения: Учебное пособие для вузов. М.: 2002
5. Демографический ежегодник России: Стат. сб. / гос. ком. РФ по статистике. - М.: Госкомстат России, 2006
6. Справочник по охране материнства и младенчества /Гл. ред. И. Мыльникова. М.: 2002
7. Управление здравоохранением: Учеб. / Под ред. В.З. Кучеренко. М.: 2001
8. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение- СПб.: - 2000
9. Федеральный Закон «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации», М., 1998
10. <http://www.studfiles.ru/preview/5871922/page:5/>
11. <http://helpiks.org/4-55423.html>
12. http://otherreferats.allbest.ru/medicine/00494747_0.html
13. http://www.medmoon.ru/rebenok/d_bol2.html
14. <http://megaobuchalka.ru/2/2358.html>