

Р.Р. КИЛЬДИЯРОВА, В.И. МАКАРОВА

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПЕДИАТРИЯ

УЧЕБНИК

**Рекомендовано в качестве учебника для использования
в образовательном процессе образовательных организаций,
реализующих программы высшего образования
по специальности 31.05.02 «Педиатрия»**

Москва



**ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»**

2019

Глава 1

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя следующие мероприятия: диагностика, лечение и профилактика заболеваний и состояний; медицинская реабилитация; наблюдение за течением беременности; формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения. Она осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения в определенных лечебно-профилактических учреждениях, и с учетом законодательства о праве пациента на выбор медицинской организации (Федеральный закон РФ № 323-ФЗ). Виды медико-санитарной помощи представлены в табл. 1.1.

Таблица 1.1. Виды первичной медико-санитарной помощи	
Виды медико-санитарной помощи	Категории специалистов, оказывающих вид помощи
Первичная доврачебная	Фельдшера, акушеры и другие медицинские работники со средним медицинским образованием
Первичная врачебная	Врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры, врачи-педиатры участковые и врачи общей практики (семейные врачи)
Первичная специализированная	Врачи-специалисты, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь

Медико-санитарная помощь может быть оказана в медицинской организации и вне ее (табл. 1.2).

Таблица 1.2. Где может быть оказана первичная медико-санитарная помощь	
Место оказания	Условия оказания помощи
Вне медицинской организации	По месту вызова бригады скорой медицинской помощи (СМП), в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации
Амбулаторное звено (поликлиника, амбулатория, фельдшерско-акушерские пункты)	В условиях, не предусматривающих постоянного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника
Дневной стационар	В условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
Стационар	При непосредственном обращении пациента в приемное отделение, минуя амбулаторный этап

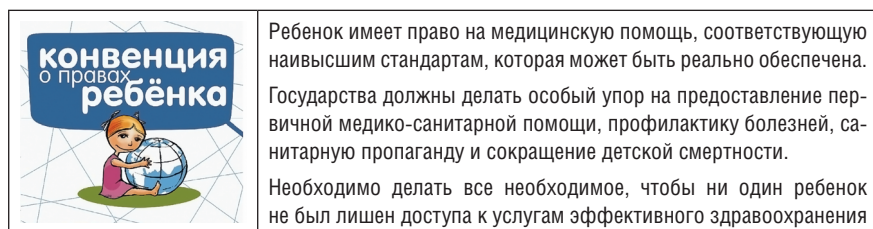


Рис. 1.1. Права ребенка на медицинскую помощь

Основными документами, регламентирующими работу медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь детям, являются приказ Минздрава РФ от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» и Конвенция о правах ребенка (рис. 1.1).

1.1. Учреждения первичного звена здравоохранения

Поликлиника — учреждение муниципальной системы здравоохранения, обеспечивающее первичную медико-санитарную помощь приходящим больным и на дому, а также осуществляющее комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на лечение и предупреждение развития заболеваний и их осложнений. Поликлиника может быть самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением или структурным подразделением детской городской

больницы либо городской поликлиники, обслуживающей и взрослое население. Помощь оказывается участковыми врачами-педиатрами, врачами-специалистами консультативно-диагностического отделения, врачами отделений/кабинетов неотложной помощи, восстановительного лечения, медико-социальной помощи, а также педиатрами образовательных учреждений. Мощность поликлиники определяется ее **категорией**:

- ▶ первая — на 800 посещений в день (имеет в штате 50–70 врачебных должностей);
- ▶ вторая — на 700 (40–50 врачебных должностей);
- ▶ третья — на 500 (30–40 врачебных должностей);
- ▶ четвертая — на 300 (20–30 врачебных должностей);
- ▶ пятая — на 150 (15–20 врачебных должностей).

Медицинская помощь в детской поликлинике оказывается по участковому принципу, который является основной организационной формой работы амбулаторно-поликлинических учреждений в России. На одном участке обслуживается не менее 800 детей.

В системе непрерывного медицинского наблюдения за ростом и развитием ребенка **участковый педиатр** — единственный ответственный врач, обеспечивающий и отвечающий за оказание квалифицированной медицинской помощи детям всех возрастов на прикрепленном участке.

Согласно приказу Минтруда и соцзащиты РФ от 27.04.2017 № 306н разработан профессиональный **стандарт «Врач-педиатр участковый»**, в котором представлены общие сведения, трудовые функции с описанием трудовых действий, необходимых его умений и знаний.

В структуру детской поликлиники входят несколько подразделений (табл. 1.3). Это административно-хозяйственный блок, отделение здорового ребенка, лечебно-диагностический блок, отделение восстановительного лечения, отделение организации помощи детям в образовательных учреждениях, отделение медико-социальной работы, неотложной помощи. В маломощных поликлиниках отделения могут быть представлены отдельными кабинетами. Для каждого подразделения определен персонал в соответствии со штатным расписанием и функциональными обязанностями.

Таблица 1.3. Подразделения детской поликлиники

Подразделение	Структура
Отделение здорового ребенка	Кабинеты здорового ребенка, массажа и гимнастики, иммуно-профилактики (с централизованной картотекой учетной формы № 063/у)
Лечебно-диагностическое отделение	Кабинеты для приема больных детей, фильтр с боксированным изолятором, дневной стационар, процедурный кабинет, кабинеты функциональной, ультразвуковой и рентгенологической диагностики, лаборатория
Отделение / кабинет круглосуточной неотложной медицинской помощи	Врачебный персонал состоит из врачей-педиатров, в том числе участковых, со специальной подготовкой по оказанию медицинской помощи при неотложных состояниях и стажем работы не менее 3 лет
Отделение восстановительного лечения	Кабинет лечебной физической культуры (ЛФК) и лечебного массажа, физиотерапевтического и других видов восстановительного лечения
Отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в детских образовательных учреждениях (ДОУ)	Объединяет работу медицинского персонала ДОУ, детских домов и школ-интернатов при взаимодействии с другими детскими амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами Госсанэпиднадзора, учреждениями образования, социальной защиты и т.д.
Отделение / кабинет медико-социальной помощи	Клинический психолог (психолог с медицинской подготовкой), социальный работник, юристконсульт
Административно-хозяйственный блок	Регистратура, отдел статистики и другие вспомогательные подразделения

Врачебная помощь может быть оказана детям непосредственно в поликлинике (рис. 1.2).

Важным структурным звеном детской поликлиники является **регистратура**. Информация о работе поликлиники, размещенная вблизи от регистратуры, должна включать графики работы врачей, ведущих прием, диагностических, процедурных, физиотерапевтических кабинетов и вспомогательных служб во все дни недели, в том числе в выходные и праздничные дни.

Национальный проект «Бережливая поликлиника» (2018) предусматривает оптимизацию работы регистратуры за счет упрощения записи на прием к врачу (электронная запись, запись через Интернет) и разделения потоков пациентов.



Рис. 1.2. Виды врачебной помощи детскому населению в поликлинике

В графике участкового врача один из дней недели, например вторник, выделяют для профилактического приема детей раннего возраста, а другой, четверг, — для диспансерного приема детей с отклонениями в состоянии здоровья; остальные дни отводят, в основном, лечебной работе.

Работу регистратуры организуют таким образом, чтобы обеспечить четкую и взаимосогласованную работу всех подразделений поликлиники. В регистратуре хранятся истории развития ребенка (форма № 112/у), которые располагают на стеллажах по участковому принципу в алфавитном порядке с учетом возраста детей.

Вызов врача к заболевшему ребенку осуществляют при непосредственном обращении в регистратуру или по телефону. В журнале «Вызов врача на дом» отмечают время приема вызова с пометкой: первичный, повторный, активный, срочный и основная жалоба больного (родителей). На все случаи первичных заболеваний оформляют статистические талоны (форма № 025/2у).

В кабинете здорового ребенка работает фельдшер (врач-педиатр) или медицинская сестра, прошедшие подготовку по профилактической работе с детьми и санитарно-просветительной работе с населением (табл. 1.4).

Таблица 1.4. Кабинет здорового ребенка	
Задачи кабинета	Функциональные обязанности персонала
Контроль за физическим и нервно-психическим развитием (НПР) детей раннего возраста; диагностика НПР у детей старше 1 года	Прием детей 1-го года жизни не менее 5 раз в год, 2-го года жизни — не менее 3 раз в год, 3-го года — не менее 1 раза в полугодие, 3–6 лет — 1 раз в год. Проведение массажа и гимнастики детям групп риска
Обучение родителей основным правилам воспитания детей раннего возраста (режим, питание, массаж, гимнастика, закаливание, воспитательные воздействия)	Консультация родителей по вопросам воспитания и охраны здоровья ребенка, обеспечение их методическими материалами; методическая помощь участковым медицинским сестрам по работе с семьей
Санитарное просвещение родителей по вопросам гигиенического воспитания детей, профилактики заболеваний и отклонений в развитии	Организация занятий для беременных, школ молодых матерей, отцов; участие в подготовке детей в ДОУ. Рекомендации по питанию здорового ребенка
Пропаганда здорового образа жизни	Оформление в холле и в кабинете стендов, выставок по организации условий жизни, развития и воспитания детей

Отделение восстановительного лечения, являющееся структурным подразделением детской поликлиники, обеспечивает оказание квалифицированной медицинской помощи детям по восстановлению частично или полностью утраченных функций организма, в том числе детям-инвалидам, проведение восстановительного лечения детям после обострения хронических заболеваний, а также мероприятий по оздоровлению часто болеющих детей, детей с функциональными и пограничными состояниями и детей в период реконвалесценции после острых заболеваний. Восстановительное лечение основано на

разрабатываемых врачами отделения совместно с участковыми педиатрами и врачами-специалистами программам лечения и медицинской реабилитации детей с нарушениями соматического и репродуктивного здоровья.

Обязательный компонент работы врачей отделения — оценка эффективности используемых индивидуальных программ и разработка рекомендаций педиатрам (участковым и работающим в образовательных учреждениях), врачам-специалистам, родителям по оздоровлению и лечению детей, коррекции нарушений здоровья.

Отделение/кабинет неотложной помощи обеспечивает необходимую медицинскую помощь детям, проживающим постоянно или временно в районе обслуживания, как на дому, так и амбулаторно при непосредственном обращении ребенка с состоянием, которое может нарушать жизненно важные функции организма. Организацию и контроль за работой отделения круглосуточной медицинской помощи детям на дому обеспечивает заведующий отделением.

Отделением организации помощи детям в образовательных учреждениях проводится медицинское обеспечение детей непосредственно в образовательных учреждениях дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, в учреждениях специального образования, начального и среднего профессионального образования. В составе отделения работают врачи-педиатры, средний медицинский персонал.

Отделение/кабинет медико-социальной помощи введено в структуру педиатрического амбулаторно-поликлинического учреждения, так как формирование здоровья детей, в том числе подросткового возраста, в значительной степени зависит от социальных и психологических факторов (в том числе «микроклимата» в семье), от образа жизни и стереотипов поведения.

Ребенок может получить **медицинскую помощь и на дому**. В этом случае помощь оказывается в виде первичных и вторичных посещений при вызове участкового врача, активных посещений больного ребенка и патронажей к здоровым детям (рис. 1.3). Этот вид медицинской помощи реализуется за счет делегирования части функций медицинскому персоналу со средним медицинским образованием: дородовые патронажи, патронажи к здоровым детям и детям групп риска.



Рис. 1.3. Виды врачебной помощи детскому населению на дому

Сведения о детях, у которых выявлено подозрение на заболевание и которым необходимо дальнейшее обследование, передаются врачу-педиатру участковому по месту жительства ребенка (по месту прикрепления).

В компетенцию участкового педиатра входит организация **стационара на дому** по согласованию с заведующим педиатрическим отделением. При необходимости в дополнительных лечебных назначениях и обследовании в ведении больного участвуют врачи-специалисты, а в случае необходимости к наблюдению за состоянием ребенка, находящегося в «стационаре на дому», привлекают врачей отделения неотложной медицинской помощи. О состоянии больного в «стационаре на дому» делают записи в истории развития ребенка (форма № 112/у). Лечение в «стационаре на дому» проводят до полного выздоровления или улучшения состояния ребенка с переводом на амбулаторное долечивание.

При отсутствии эффекта от лечения, а также при ухудшении состояния пациента госпитализируют в стационар круглосуточного пребывания. Объем оказания медицинской помощи больным в «стационаре на дому» должен соответствовать стационарному медико-экономическому стандарту по конкретной нозологической форме. На время пребывания ребенка в «стационаре на дому» одному из родителей (лицу, его заменяющему) в установленном порядке выдают больничный листок по уходу.

К учреждениям первичного звена здравоохранения относятся также дневные стационары и Центры здоровья, которые являются *стационар-замещающими технологиями*.

Дневной стационар — структурное подразделение поликлиники, предназначенное для наблюдения за детьми, которые по социальным, психологическим причинам не могут быть госпитализированы в круглосуточный стационар или не требуют круглосуточного наблюдения. В нем проводятся полное комплексное обследование пациентов, подбор терапии. Минимальный отрыв от учебы детей и меньшие экономические затраты являются достаточно привлекательными для родителей пациентов. Основным медицинским документом в дневном стационаре является «История стационарного больного» (форма № 003/у); по окончании лечения выписной эпикриз дублируется в истории развития ребенка (форма № 112/у).

Центр здоровья. Основным нормативным документом, регулирующим организацию и работу Центров здоровья, является приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 г. № **597н** «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (в редакции приказов Минсоцздрава РФ от 08.06.2010 № **430н**, от 19.04.2011; № **328н**, от 26.09.2011 г. № **1074н**) (табл. 1.5).

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», в том числе и формирования у населения мотивации на здоровый образ жизни, были созданы Центры здоровья. Они предназначены для тех, кто не имеет хронических заболеваний или до посещения Центра считал себя здоровым. Поэтому основной задачей Центра является предоставление возможности для оценки базовых показателей здоровья. Прийти в Центр здоровья может любой желающий, направления от врача не требуется, обследование — бесплатное. Пациент должен иметь при себе свидетельство о рождении/паспорт и медицинский полис. Оснащение Центра должно соответствовать приказу № **152н** Минсоцздрава РФ от 16.03.2010.

Таблица 1.5. Центр здоровья

Функции центра	1. Информирование родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах и привычках
	2. Работа по формированию у населения принципов «ответственного родительства»
	3. Обучение родителей и детей гигиеническим навыкам, включающее мотивирование их к отказу от вредных привычек
	4. Внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность учреждений здравоохранения
	5. Обучение медицинских специалистов, родителей и детей эффективным методам профилактики заболеваний с учетом особенностей детского возраста
	6. Динамическое наблюдение за детьми группы риска развития неинфекционных заболеваний
	7. Оценка функциональных и адаптивных резервов организма детей с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья ребенка в будущем
	8. Консультирование по сохранению и укреплению здоровья детей, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха с учетом возрастных особенностей
	9. Разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья, в том числе с учетом анатомо-физиологических особенностей детского возраста
	10. Осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни среди детского населения региона, анализ факторов риска развития заболеваний у детей
Категории пациентов	1. Впервые обратившиеся по желанию родителя (или законного представителя) в отчетном году для проведения комплексного обследования
	2. Подростки, самостоятельно обратившиеся в Центр здоровья
	3. Направленные медицинскими работниками образовательных учреждений
	4. Дети I и II групп здоровья, направленные лечебно-профилактическими учреждениями
	5. Дети, уже находящиеся под наблюдением в Центре здоровья

Работа Центров здоровья для детей должна осуществляться по 2-сменному графику в часы работы лечебного учреждения. Запись в Центры здоровья осуществляется в регистратуре, через администраторов поликлиник, через журнал самозаписи, через онлайн-регистратуру.

В Центре здоровья для детей проводится комплексное обследование, включающее: оценку ФР, тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, определение глюкозы в крови, комплексную, детальную оцен-



Рис. 1.4. Структура Центра здоровья

ку функций дыхательной системы, оценку состояния гигиены полости рта (рис. 1.4). После проведения комплексного обследования ребенка осматривает врач-педиатр Центра здоровья для детей.

На ребенка, обратившегося (направленного) в Центр здоровья для детей, заполняется учетная форма № 025-ЦЗ/у-2 «Карта Центра здоровья ребенка», проводятся тестирование на аппаратно-программном комплексе, обследование на установленном оборудовании, результаты которых вносятся в Карту, после чего ребенок направляется к врачу-педиатру.

При необходимости врач-педиатр рекомендует ребенку (родителям ребенка или другим законным представителям) динамическое наблюдение в Центре здоровья для детей с проведением повторных исследований.

Связь детской поликлиники с другими **лечебно-профилактическими учреждениями** показана в табл. 1.6.

В своей работе детская поликлиника взаимодействует со многими ЛПУ: в перинатальный период детства — с женской консультацией и роддомом; в случаях заболевания — со стационарами, Центром гигиены и эпидемиологии, станцией скорой медицинской помощи, консультативно-диагностическими центрами. Информация о ребенке предоставляется в поликлинику в виде сигнальных листов, телефонограмм или по Интернету.

Таблица 1.6. Связь детской поликлиники с другими лечебно-профилактическими учреждениями

Учреждение	Реализация
Женская консультация	Через передачу информации о беременных, взятых на учет в женской консультации, в регистратуру поликлиники. Особо передается информация о беременных из группы риска. Исходя из полученной информации, участковый педиатр или медицинская сестра проводят дородовые патронажи
Роддом	Через «патронажный журнал», находящийся в регистратуре, в который вносится информация о новорожденных, поступающая из роддомов, в журнал, а затем — в журнал записи вызовов участка
Детский стационар	В правильном оформлении направлений в стационар; передаче историй развития ребенка из поликлиники в стационар; передаче «активов» в поликлинику после выписки ребенка из стационара; передаче эпикризов из стационара в поликлинику
Центр гигиены и эпидемиологии	В подаче экстренных извещений при выявлении инфекционных заболеваний; проведении первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекций; организации наблюдения за очагом инфекционного заболевания (за «контактными») педиатром на основании информации, поступившей из Центра Госэпиднадзора
Детский консультативно-диагностический центр	В обследовании и правильном оформлении направления на консультацию ребенка; в рекомендациях по ведению данного ребенка участковым врачом
Станция СМП	В передаче в поликлинику активов на вызов, выполненных накануне бригадой СМП

Принцип межсекторального взаимодействия предусматривает связь детской поликлиники не только с ЛПУ, но и с другими различными ведомствами: службами опеки и социальной защиты, правоохранительными органами и т.д. Взаимодействие со службой опеки и социальной защиты принципиально важно в случаях пребывания детей в социально неблагополучных семьях, при жестоком обращении с детьми. Осуществляя патронажи к таким детям, медицинский работник обязан информировать службу социальной защиты телефонограммой (зафиксировав время и контактное лицо в истории развития ребенка) или письменно, направив «тревожный лист» (копию вложив в историю развития ребенка).

В заключение приводим пример записи осмотра в кабинете здорового ребенка (табл. 1.7).

Таблица 1.7. Осмотр в кабинете здорового ребенка**Запись приема в кабинете здорового ребенка**

Дата. Длина тела — 73 см [25–75-й процентиль (P)]. Масса тела — 10,2 кг (25–75-й P). НПР: Э, Др, До, Ра, Рп, Н соответ- ствуют 1-му году — I группа	Девочка, 1 года. Пришли на обучение приемам гимнастики и массажа (ребенок относится к группе риска по патологии ЦНС). Мама жалоб не предъявляет. Режим дня соблюдают. Питание 5 раз в день, с интервалом в 4 ч: утром и вечером — грудное молоко, в течение дня введены все три вида прикорма. Продолжительность ночного сна 10 ч, дневной сон 2 раза по 1,5 ч. Гуляют на улице ежедневно. Ребенок активный, много положительных эмоций. Начинает осваивать ролевые игры с игрушками. Начала ходить самостоятельно неделю назад. Выполняет просьбы, запас простых слов — 10. Спокойно относится к высаживанию на горшок, пьет из чашки, которую держит мама, ест из ложки густую кашу, начинает жевать
Заключение. Здорова (Z00.1). Выполнены массаж и физкультурный комплекс № 4. С мамой проведена беседа по организации питания после года, даны советы по воспитанию: рекомендован для обучения и дан буклет по физическому воспитанию детей старше года. Рекомендовано дополнительно посетить педиатра	

1.2. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи

Работа участкового педиатра определяется следующими нормативными документами.

- ▶ Программа государственных гарантий.
- ▶ Порядок оказания медицинской помощи детям.
- ▶ Стандарт оказания медицинской помощи детям.
- ▶ Протокол оказания медицинской помощи.
- ▶ Клинические рекомендации (федеральные, национальные).
- ▶ Приказы Минздрава РФ, Минздрава региона.

Согласно части 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», с 1 января 2013 г. медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Основные положения программы государственных гарантий

- ▶ Граждане РФ имеют право на бесплатную медицинскую помощь согласно части 1 статьи 41 Конституции РФ.
- ▶ Право реализуется через Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (рис. 1.5).
- ▶ Программа ежегодно утверждается Правительством РФ.
- ▶ В Программе государственных гарантий определены нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения.

Программа государственных гарантий определяет виды и условия оказания медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ бесплатно, в том числе и детям (рис. 1.6).

Порядок и стандарты оказания медицинской помощи определяются организаторами здравоохранения для планирования оказания различных видов медицинской помощи и планирования финансовых затрат на нее. Врач в своей непосредственной работе опирается на **протоколы и клинические рекомендации/руководства**, которые с 2018 г. приняли силу закона (табл. 1.8).

Запрещается

- ▶ Взимание медицинским персоналом денежных средств за оказание медицинской помощи.
- ▶ Предоставление платных медицинских услуг, на осуществление которых у медицинской организации не имеется специального разрешения.
- ▶ Взимание денежных средств за выдачу направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств; справок освобождения от учебы и листов нетрудоспособности по уходу за ребенком.
- ▶ Приобретение за счет средств пациентов лекарственных средств и изделий медицинского назначения из утвержденного территориальной Программой государственных гарантий, жизненно необходимых лекарственных средств.
- ▶ Несоблюдение сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных территориальной Программой государственных гарантий.

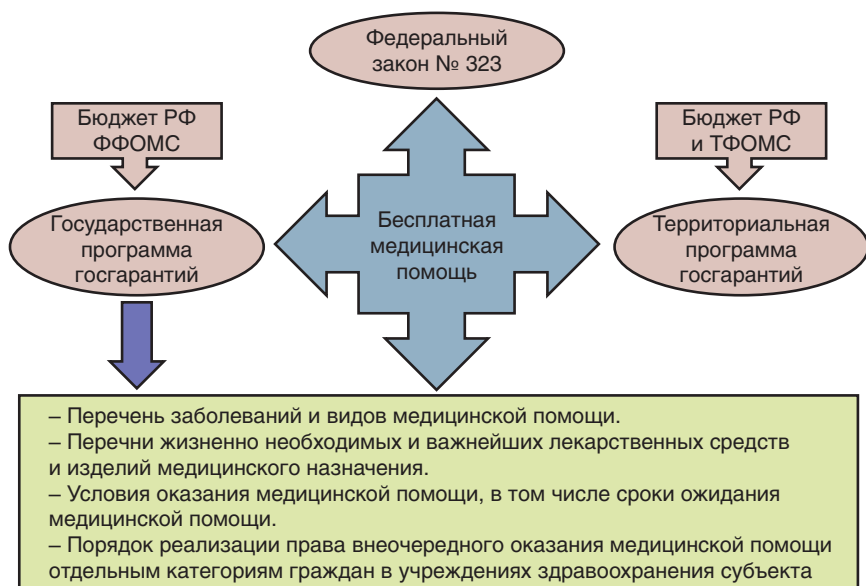


Рис. 1.5. Бесплатная медицинская помощь в Программе государственных гарантий



Рис. 1.6. Медицинская помощь, которая оказывается детям бесплатно

Таблица 1.8. Различия между протоколами и клиническими рекомендациями

Характеристика	Протоколы	Клинические рекомендации
Статус	Нормативный документ	Источник информации
Структура	Единая унифицированная	Произвольная
Охват лечебно-диагностического процесса	Весь процесс на соответствующем уровне	Могут касаться как всего процесса, так и его этапов
Требования к лечебно-диагностическому процессу	Указывается все, что нужно (перечень услуг и лекарственных средств)	Могут освещаться только отдельные элементы

Основные направления работы участковой педиатрической службы:

- ▶ организация и проведение комплекса профилактических мероприятий;
- ▶ лечебно-консультативная помощь детям на дому и в поликлинике (в том числе специализированная);
- ▶ лечебно-профилактическая работа в детских образовательных учреждениях (ДОУ);
- ▶ противоэпидемические мероприятия (совместно с органами Госсанэпиднадзора);
- ▶ правовая защита матери и ребенка.

Среднечасовая нагрузка врача-педиатра рассчитывается при разработке данных дневника врача (форма № 039/у). Этот показатель получают в расчете на год, за месяц.

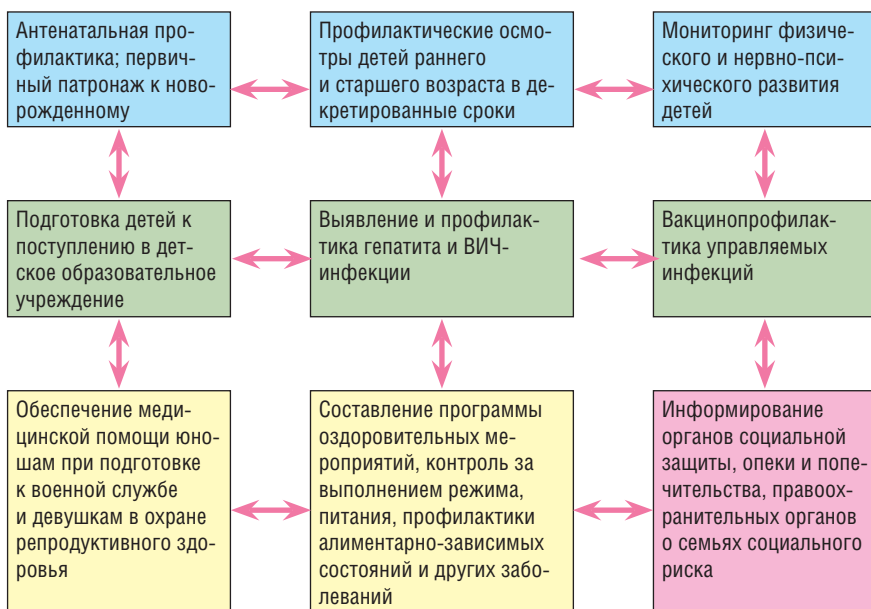
Рабочий день участкового педиатра складывается из 3 ч приема в поликлинике, 4 ч — вызова и активы. Продолжительность рабочего дня — 7 ч 20 мин (20 мин — перерыв между приемом и вызовами).

Основные показатели работы участкового педиатра представлены в табл. 1.9.

Профилактическая работа участкового педиатра представлена следующими направлениями: антенатальная профилактика, контроль ФР и НПР, профилактические осмотры детей всех возрастных групп, иммунопрофилактика управляемых инфекций, профилактика соматических и инфекционных заболеваний, подготовка подростков к «взрослой» жизни, межотраслевое взаимодействие со специалистами по вопросам профилактики (рис. 1.7).

Таблица 1.9. Основные показатели работы участкового педиатра

Показатель	Расчет показателя	Норматив
Показатель участко- вости на дому	Число посещений, сделанных участковыми педиатрами к детям своего участка, на дому/число посещений участковым педиатром на дому $\times 100\%$	85–90%
Показатель участко- вости на приеме	Число посещений участкового педиатра детьми своего участка/общее число посещений к участковому педиатру $\times 100\%$	90–95%
Процент активных посещений на дому	Число посещений к детям участка на дому/число посещений больных на дому $\times 100\%$	30–60%

**Рис. 1.7.** Составляющие профилактической работы участкового педиатра

Эффективность профилактической работы оценивается *показателями качества оказания медицинской помощи*:

- охват беременных дородовыми патронажами и занятиями в школе молодой матери;
- охват отдельных контингентов детей профилактическими осмотрами в каждой возрастной группе;

- ▶ частота выявленных заболеваний на профилактических осмотрах;
- ▶ удельный вес профилактических посещений в поликлинику и посещений на дому;
- ▶ показатели ФР и НПР детей;
- ▶ показатель частоты грудного вскармливания (число детей, находящихся только на грудном вскармливании до 4 мес/число детей, достигших 12 мес в отчетном году, $\times 100\%$);
- ▶ структура направленности риска и частота реализации риска у детей раннего возраста;
- ▶ распределение детей по группам здоровья и переход из группы в группу и т.д.

Лечебно-диагностическая работа. Педиатр, осуществляющий организацию наблюдения за больными детьми на педиатрическом участке (рис. 1.8), выполняет следующие функции:

- ▶ проводит диагностическую и лечебную работу на дому и в амбулаторных условиях;

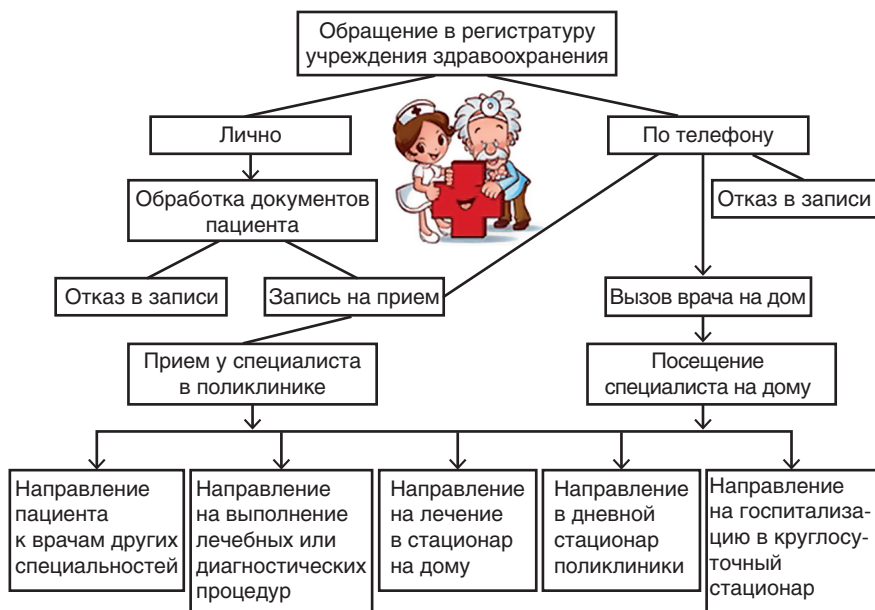


Рис. 1.8. Маршрутизация обращения за медицинской помощью в поликлинику

- ▶ обеспечивает своевременное направление детей на консультации к врачам-специалистам, при соответствующих показаниях — на госпитализацию;
- ▶ разрабатывает комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, обеспечивает контроль за выполнением режима, рационального питания, своевременного проведения мероприятий по профилактике у детей алиментарных расстройств, рахита, анемии и других заболеваний;
- ▶ обеспечивает работу стационара на дому;
- ▶ проводит динамическое наблюдение за детьми с хронической патологией, состоящими на диспансерном наблюдении, их своевременное оздоровление и анализ эффективности диспансерного наблюдения;
- ▶ обеспечивает выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов;
- ▶ организует проведение дополнительного лекарственного обеспечения детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- ▶ выдает заключение о необходимости направления детей в санаторно-курортные учреждения;
- ▶ проводит мероприятия по профилактике и раннему выявлению у детей гепатита В и С, инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- ▶ осуществляет диспансерное наблюдение детей с наследственными заболеваниями, выявленными в результате неонатального скрининга, и патронаж семей, имеющих детей указанной категории;
- ▶ своевременно направляет извещения в установленном порядке в территориальные органы Роспотребнадзора о случаях инфекционных заболеваний и поствакцинальных осложнениях;
- ▶ обеспечивает медицинскую помощь юношам в период подготовки к военной службе;
- ▶ проводит работу по врачебному консультированию и профессиональной ориентации с учетом состояния здоровья детей;
- ▶ ведет медицинскую документацию в установленном порядке, анализируя состояние здоровья прикрепленного контингента к врачебному педиатрическому участку и деятельность врачебного педиатрического участка.

В заключение приводим пример записи осмотра ребенка при первичном обращении в поликлинику (табл. 1.10).

Таблица 1.10. Осмотр ребенка при первичном обращении в поликлинику

Запись в форме № 112/у	
Дата. Т=36,8 °С. ЧД — 20 в минуту. ЧСС — 72 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст.	Первичный прием. Девочка, 15 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области в течение 2 дней, тошноту. Боли появились после нарушения диеты (съела большой кусок торта). Находится на диспансерном учете с диагнозом «хронический гастродуоденит с секреторной недостаточностью». В течение 5 мес обострения заболевания не было. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа бледно-розовая, высыпаний нет. Слизистая оболочка ротоглотки розовая. Язык обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца отчетливые, ритмичные. Живот при поверхностной пальпации не напряжен, болезненность в эпигастральной области и зоне Шоффары. Пальпация толстой кишки безболезненна. Стул был вчера, оформленный. Диурез не нарушен
Диагноз. Хронический гастродуоденит, период обострения (K29.9). Дано направление в дневной стационар для обследования и лечения	

1.3. Экспертиза временной нетрудоспособности

Больной ребенок нуждается в уходе, который могут осуществлять родители, иные члены семьи, опекуны. Лица, ухаживающие за ребенком, нуждаются в освобождении от работы, им выдается документ — листок нетрудоспособности по уходу за ребенком.

Листок нетрудоспособности. Приказом Минздрава РФ от 29.06.2011 № 624н утвержден порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи (ребенком). Выполнены поправки приказом МЗ РФ от 28.11.2017 № 953н, где нет ограничений по его выдаче в течение года. Освободиться от работы может любой член семьи; длительность освобождения зависит от возраста ребенка, его состояния, особенностей патологии и социального статуса (табл. 1.11). При необходимости листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком может выдаваться разным членам семьи в пределах сроков, установленных приказом.

Новый вид *электронных больничных листков* установлен Федеральным законом от 01.05.2017 № 86-ФЗ. Электронный лист практически ничем не отличается от бумажного; подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью. Для приема больничного в электронном виде работодатель должен иметь программное обеспечение и доступ к Интернету, подключенный к **Медицинской информационной системе**.

Таблица 1.11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком

Категория детей	Длительность освобождения от работы
 Дети до 7 лет	На весь период лечения в амбулаторных условиях
 Дети от 7 до 15 лет	При амбулаторном лечении до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока
 Ребенок-инвалид до 15 лет	На весь период лечения в амбулаторных условиях
Дети до 15 лет: при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, злокачественными новообразованиями	На весь период амбулаторного лечения
Дети до 15 лет, проживающие в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение; эвакуированные и переселенные, включая тех, которые находились в состоянии внутриутробного развития; дети первого и последующих поколений граждан, родившиеся после радиоактивного облучения одного из родителей Дети до 15 лет, страдающие заболеваниями вследствие радиационного воздействия на родителей	На все время болезни 
 Дети старше 15 лет	При амбулаторном лечении — до 3 дней, по решению врачебной комиссии — до 7 дней

При заболевании двух детей одновременно выдается один листок нетрудоспособности по уходу за ними. При одновременном заболевании более двух детей выдается второй листок нетрудоспособности. При заболевании второго (третьего) ребенка в период болезни первого ребенка листок нетрудоспособности, выданный по уходу за первым ребенком, продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком. При этом в листке нетрудоспособности указываются даты начала и окончания заболевания, имена, возраст всех детей.

Листок нетрудоспособности по уходу не может быть выдан:

- ▶ за хроническими больными в период ремиссии;
- ▶ если ухаживающий член семьи находится в оплачиваемом отпуске или отпуске без сохранения заработной платы;
- ▶ в период отпуска по беременности и родам;
- ▶ в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет, за исключением случаев выполнения работы в указанный период на условиях неполного рабочего времени или на дому.

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное учреждение, выдается лечащим врачом, который осуществляет наблюдение за ребенком, одному из работающих членов семьи (опекуну) на весь период карантина, установленного на основании решения Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ.

Листок нетрудоспособности является финансовым документом, поэтому при его заполнении в бумажном варианте выполняют *правила*.

- ▶ На русском языке печатными заглавными буквами чернилами черного цвета либо с применением печатающих устройств. Допускается использование гелевой, капиллярной или перьевой ручки. Не допускается использование шариковой ручки.
- ▶ Все записи проставляются в специально отведенных ячейках, не выходя за ее границы, начиная с первой ячейки.
- ▶ Печати медицинской организации, учреждения медико-социальной экспертизы могут выступать за пределы специально отведенного места, но не должны попадать на ячейки информационного поля бланка листка нетрудоспособности.
- ▶ Оттиск печати медицинской организации должен соответствовать названию, указанному в уставе медицинской организации.

При наличии ошибок в заполнении листка нетрудоспособности он считается испорченным и взамен него оформляется дубликат листка нетрудоспособности. За нарушение установленного порядка выдачи медицинскими организациями листков нетрудоспособности организации, а также медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Справка формы № 095/у, являющаяся своеобразным аналогом больничного листа для тех, кто еще не начал свою трудовую деятельность,

документ наиболее распространенной уважительной причины пропусков занятий учащихся по поводу болезни.

Основной период, на который оформляется данный документ, составляет 10 дней, но в случае необходимости возможно продление до 14 календарных дней. Если же заболевание требует еще более длительного лечения, то срок будет продлеваться каждый раз на аналогичный период с внесением соответствующих записей в самой справке, истории развития ребенка и журнале приема пациентов. Максимальный период действия справки — 30 дней.

Поскольку справка о болезни школьника или студента является официальным медицинским документом, то и заполняется она в соответствии с правилами, утвержденными Минздравом РФ. Обязательным условием является проставление номера документа, заполнение всех имеющихся полей (наименование учебного заведения, в которое представляется документ, фамилия, имя, отчество и дата рождения больного, кратко название болезни и срок освобождения от занятий), наличие подписи и штампа медицинского специалиста, выдавшего справку, печати самой больницы или клиники.

В заключение приводим пример записи в форме № 112/у при выздоровлении ребенка с выдачей справки формы № 095/у (табл. 1.12).

Таблица 1.12. Осмотр ребенка при выздоровлении с выдачей справки формы № 095/у	
Запись в форме № 112/у	
Дата. Т=36,6 °С. ЧД — 22 в минуту. ЧСС — 78 в минуту АД — 105/65 мм рт.ст.	Вторичный прием. Девочка, 10 лет, находится на амбулаторном лечении по поводу острого тонзиллита. Жалоб не предъявляет. Температура тела нормальная в течение 5 дней. Аппетит хороший. Рекомендованное лечение закончила. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожа бледно-розовая. Слизистая оболочка ротоглотки розовая, на миндалинах налета нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание в легких везикулярное. Границы сердца не изменены, тоны ритмичные, отчетливые. У верхушки сердца мягкий короткий систолический шум без экстракардиального проведения (выслушивался ранее, обусловлен добавочной хордой левого желудочка). Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Мочеиспускание, дефекация не нарушены
Заключение. Реконвалесцент острого тонзиллита (J03). Рекомендации: школу посещать может; освобождается от занятий физкультурой на 1 мес; медотвод от прививок на 1 мес; анализы крови и мочи через 1 мес. Дана справка в школу (форма № 095/у)	

1.4. Медико-социальная экспертиза

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается гражданину в возрасте до 18 лет в зависимости от степени ограничения жизнедеятель-

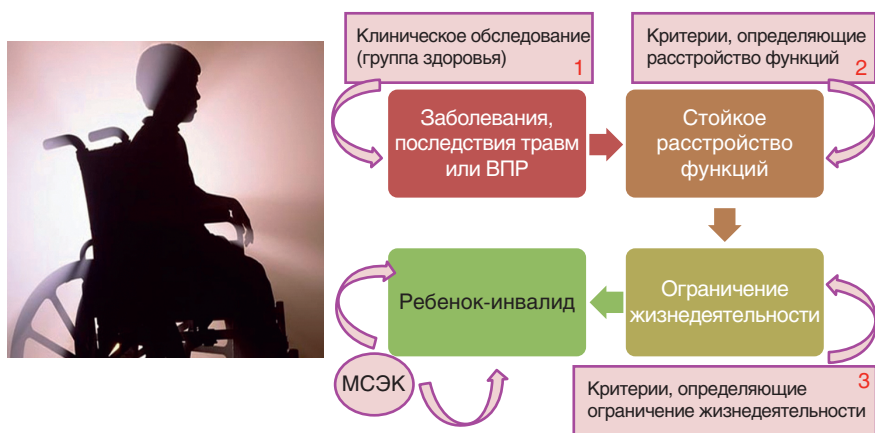


Рис. 1.9. Условия признания ребенка инвалидом

ности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, на срок 1 год, 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

Условия признания ребенка инвалидом в РФ (рис. 1.9):

- ▶ нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма;
- ▶ обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ▶ ограничение жизнедеятельности;
- ▶ необходимость социальной защиты, включая реабилитацию.

Стойкость *функциональных нарушений* определяют клиническая форма заболевания и длительность его течения (табл. 1.13).

Таблица 1.13. Факторы стойкости функциональных нарушений	
Клиническая форма заболевания	Длительность течения заболевания
Врожденная патология [врожденные пороки развития (ВПР), наследственная и хромосомная патология, последствия перинатальных повреждений], которые имеют стойкий характер нарушений различных функций организма; в этих случаях ориентируются также и на клинический прогноз	Многие хронические заболевания у детей развиваются как результат перенесенных острых патологических состояний, и для оценки хронизации используется срок — 6 мес, который также может быть использован в качестве ориентировочного критерия стойкости нарушенных функций

Выделяют четыре степени выраженности нарушения жизненных функций (рис. 1.10).

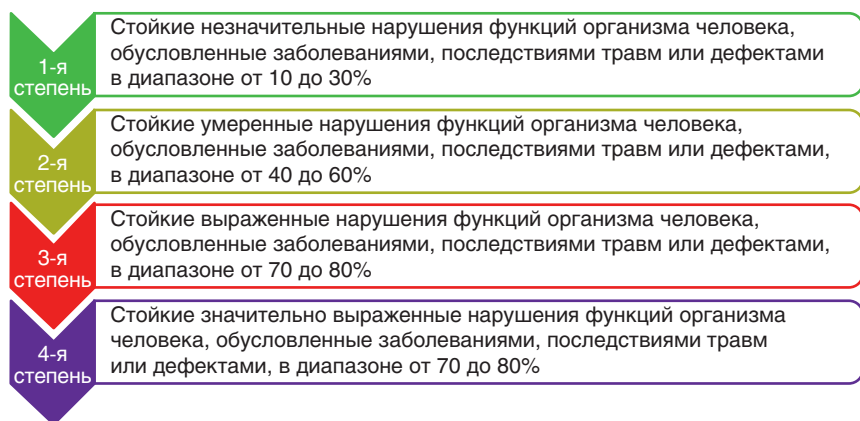


Рис. 1.10. Степени выраженности нарушений жизненных функций организма

Незначительные расстройства функций не являются основанием для определения инвалидности. К ним могут относиться дети III–IV групп здоровья; они наблюдаются специалистами медицинских организаций и не требуют проведения мероприятий социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности определяется следующими критериями:

- ▶ способностью к самообслуживанию;
- ▶ способностью к самостоятельному передвижению;
- ▶ способностью к ориентации;
- ▶ способностью к общению;
- ▶ способностью контролировать свое поведение;
- ▶ способностью к обучению;
- ▶ способностью к трудовой деятельности (для детей — это игровая деятельность).

Каждый критерий имеет определенную характеристику (табл. 1.14), которую необходимо учитывать при экспертной оценке. Поскольку установление факта инвалидности может быть применено к ребенку любого возраста, оценка способностей должна соответствовать данному возрасту, соответствующему уровню сформированности навыков и умений.

Таблица 1.14. Перечень способностей человека

Способность	Характеристика способности
К самообслуживанию	Самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе использовать навыки личной гигиены
К самостоятельному передвижению	Самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом
К ориентации	Адекватное восприятие личности и окружающей обстановки, оценка ситуации, к определению времени и места нахождения
К общению	К установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации
Контролировать свое поведение	К осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
К обучению	К целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни
К трудовой деятельности	Осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы

Используя критерий «способность к трудовой деятельности» и понимая, что трудовая деятельность для ребенка, особенно младшего возраста, это игра, врач-педиатр должен хорошо представлять те действия с игрушками, ролевые или смысловые игры, которые соответствуют определенному возрасту пациента.

Каждая категория имеет три степени выраженности (табл. 1.15).

Таблица 1.15. Степени ограничения жизнедеятельности

I степень	II степень	III степень
<i>Нарушение способности к самообслуживанию</i>		
Более длительное затрачивание времени, дробность его выполнения, сокращение объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств	С регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств	Неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и уходе, полная зависимость от других лиц

Окончание табл. 1.15

I степень	II степень	III степень
<i>Нарушение способности к самостоятельному передвижению</i>		
Более длительное затрачивание времени, дробность его выполнения, сокращение выполнения и сокращение расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств	Регулярная частичная помощь других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств	Неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц
<i>Нарушение способности к ориентации</i>		
Только в привычной ситуации самостоятельно и/или с помощью вспомогательных технических средств	С регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств	Неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и/или надзоре других лиц
<i>Нарушение способности к общению</i>		
Снижение темпа и объема получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи	С регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств	Неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц
<i>Нарушение способности контролировать свое поведение</i>		
Периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и/или постоянное затруднение выполнения ролевых функций, с возможностью частичной самокоррекции	Постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц, технических средств	Неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц
<i>Нарушение способности к обучению</i>		
Способность к получению образования в рамках федеральных государственных образовательных стандартов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с созданием специальных условий	Только по адаптированным образовательным программам, при необходимости обучение на дому и/или с использованием дистанционных образовательных технологий	Только элементарные навыки и умения (профессиональные, социальные, культурные, бытовые) в привычной бытовой сфере
<i>Нарушение способности к трудовой деятельности</i>		
Обычные условия труда при снижении квалификации, тяжести и/или уменьшении объема работы	В специально созданных условиях с вспомогательными средствами	Выполнение элементарной трудовой деятельности только с помощью других лиц

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

Критерием для установления инвалидности является нарушение здоровья с II и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне **от 40 до 100%**), обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению **II или III степени выраженности одной** из основных категорий жизнедеятельности человека или **I степени выраженности двух и более** категорий жизнедеятельности человека в их различных сочетаниях, определяющих необходимость его социальной защиты (приказ Минтруда и соцзащиты РФ от 17.12.2015 № 1024н).

Комплексная программа реабилитации детей-инвалидов. *Реабилитация* — система и процесс полного или частичного восстановления способности инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. *Абилитация* — система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Термин «*абилитация*» применим преимущественно в отношении детей-инвалидов с врожденными заболеваниями и последствиями травм, полученных во время родов, нуждающихся как можно в ранние сроки в восстановительном лечении, психическом развитии и ФР, социализации, социальной адаптации и интеграции в общество.

В отношении детей-инвалидов с приобретенными заболеваниями и последствиями травм в большинстве случаев следует, как и для взрослых инвалидов, применять термин «*реабилитация*».

Выделяют четыре вида реабилитации и абилитации детей-инвалидов (табл. 1.16).

Этапы реабилитации ребенка-инвалида. Подразделение на этапы в определенной мере условно, однако позволяет формулировать задачи,

стоящие перед реабилитационными службами и отдельными специалистами, исходя из реально меняющихся в динамике восстановительного процесса потребностей инвалидов в тех или иных мерах реабилитационной помощи (табл. 1.17).

Таблица 1.16. Основные направления и виды реабилитации и абилитации детей-инвалидов

Медицинская	Психолого-педагогическая	Профессиональная	Социальная
Восстановительная терапия. Реконструктивная хирургия. Протезирование и ортезирование. Санаторно-курортное лечение (СКЛ)	Получение общего образования. Психолого-педагогическая коррекция	Профессиональная ориентация. Общее и профессиональное образование. Профессиональное обучение. Содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах). Производственная адаптация	Социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация. Социально-бытовая адаптация. Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт

Таблица 1.17. Этапы реабилитации ребенка-инвалида

Название этапа	Цель	Мероприятия
Этап восстановительного лечения	Восстановление биомедицинского статуса: восстановление нарушенных функций и здоровья больных и инвалидов	Медицинская реабилитация
Этап социализации или ресоциализации	Восстановление индивидуально-личностного статуса: развитие, формирование, восстановление или компенсацию социальных навыков и функций, обычных видов жизнедеятельности и социально-ролевых установок	Педагогические, психологические, технические, профессиональные социальные мероприятия
Этап социальной интеграции или реинтеграции	Восстановление социального статуса: оказание содействия для включения или возвращения в обычные условия жизни вместе и наравне с другими членами общества	Общенациональные меры социальной интеграции. Индивидуальные меры социальной интеграции

Индивидуальная программа реабилитации — разработанный учреждениями медико-социальной экспертизы документ на срок 1 год, 2 года и до достижения возраста 18 лет, который содержит комплекс оптимальных для ребенка-инвалида реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Для внесения записи о нуждаемости ребенка в индивидуальную программу реабилитации специалистам медико-социальной экспертизы необходимы следующие основные сведения.

- ▶ Клинико-функциональный диагноз (с указанием синдромов и степени их выраженности, оценкой нарушений функций организма), который сформулирован в направлении на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (форма № 088/у-06).
- ▶ Данные о проблемах здоровья (нарушении функций и структур организма), которые могут быть представлены как в медицинской документации, так и в заключениях специалистов (консультантов) с медицинским образованием, с образованием по адаптивной физической культуре и др., компетентных в вопросах оценки нарушений функций и структур организма, специалистов по подбору технических средств реабилитации.

Детям-инвалидам, как особой социальной категории граждан, государство гарантирует проведение реабилитационных мероприятий, получение *технических средств и услуг*, предусмотренных Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета.

- ▶ Сведения о проблемах, связанных со здоровьем (ограничениях жизнедеятельности), выявленные при проведении углубленной социальной диагностики, подтвержденные заключением специалиста с социальным образованием.

В жизни семьи ребенка-инвалида выделяют определенные периоды, которые важно учитывать при построении комплексных и индивидуальных реабилитационных программ (табл. 1.18).

Таблица 1.18. Периоды для разработки реабилитационных программ ребенка-инвалида

Период	Обоснование периода
Рождение ребенка	Получение информации о наличии у ребенка патологии, эмоциональное привыкание, информирование других членов семьи
Школьный возраст	Принятие решения о форме обучения ребенка, организация его учебы и внешкольной деятельности, переживание реакций группы сверстников
Подростковый возраст	Привыкание к хронической природе заболевания ребенка, возникновение проблем, связанных с пробуждающейся сексуальностью, изоляцией ребенка от сверстников и его отвержением (с их стороны)
Период «выпуска»	Планирование будущей занятости ребенка
Постродительский период	Перестройка взаимоотношений между супругами (например, если ребенок был успешно «выпущен» из семьи) и взаимодействие со специалистами по месту проживания ребенка

Оценка результатов комплексной реабилитации детей-инвалидов представлена в табл. 1.19.

Таблица 1.19. Алгоритм оценки результатов комплексной реабилитации детей-инвалидов

Место проведения оценки	Критерии оценки
В учреждении медико-социальной экспертизы при очередном освидетельствовании ребенка-инвалида осуществляется оценка результатов проведения мероприятий медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации	Полнота выполнения индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида. Достиженные результаты выполнения программ медицинской психолого-педагогической и социальной реабилитации. Динамика степени нарушения функций и структур организма, степени ограничений способности в различных категориях жизнедеятельности и факторах внешней среды, затрудняющих или облегчающих степень ограничения жизнедеятельности. Динамика инвалидности. Степень соответствия прогнозируемых и достигнутых результатов реабилитации (отдельно по программам медицинской, психолого-педагогической и социальной реабилитации). Степень соответствия достигнутых результатов реабилитационному потенциалу ребенка-инвалида

Клинико-экспертная комиссия. Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности, оформления документов для родителей, ухаживающих за больным ребенком, по представлению участкового педиатра; заключения о направлении детей любого возраста на медико-социальную экспертизу для решения вопроса об установлении ребенку инвалидности решает клинико-экспертная комиссия. Экспертная работа охватывает и другие вопросы экспертизы здоровья детей:

- ▶ отбор и направление детей в санаторные и оздоровительные учреждения, коррекционные образовательные учреждения;
- ▶ вынесение рекомендаций по форме итоговой и промежуточной аттестации в образовательных учреждениях;
- ▶ предварительное определение категории годности к военной службе при первоначальной постановке на воинский учет;
- ▶ предоставление академических отпусков детям подросткового возраста, обучающимся в учреждениях среднего профессионального образования;
- ▶ формирование заключений о состоянии здоровья и возможности поступления подростка на работу или в любые учреждения профессионального образования.

В заключение приводим пример оформления записи в истории развития ребенка при направлении его на медико-социальную экспертизу (табл. 1.20).

Таблица 1.20. Осмотр ребенка перед направлением на медико-социальную экспертизу	
Запись в форме № 112/у	
Дата. Т=36,2 °С. ЧД — 24 в минуту. ЧСС — 102 в минуту. АД — 102/ 64 мм рт.ст.	Первичный прием. Девочка, 5 лет, приехала с родителями из района области. Семья из группы социального риска. Со слов мамы, в течение года ребенка беспокоят боли «в ножках», нарушение походки. К медицинским работникам не обращались, лечились домашними средствами длительное время. Далее ребенок был направлен в ревматологический стационар для обследования. Выписана с диагнозом: ювенильный идиопатический олигоартрит с поражением глаз (увеит), непрерывно-рецидивирующее течение, средней степени активности (М08). Рекомендовано установление инвалидности.
Общий анализ крови: RBC — $3,6 \times 10^{12}/л$, HGB — 102 г/л, WBC — $10,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные клетки — 6%, NEU — 59%, EOZ — 1%, LYM — 30%, MON — 10%, в формуле сдвиг влево. СОЭ — 35 мм/ч	
Заключение: заполнена форма № 088/у-06 для направления ребенка на комиссию для проведения медико-социальной экспертизы	

Тестовые задания

1. Выберите, что из перечисленных структурных подразделений имеет отношение к детской поликлинике:
 - а) приемное отделение;
 - б) соматическое отделение;
 - в) отделение организации помощи детям в образовательных учреждениях;
 - г) отделение новорожденных;
 - д) реанимационное отделение.
2. Что из указанного имеет отношение к первичной медицинской документации участкового врача-педиатра:
 - а) история болезни ребенка;
 - б) история развития ребенка;
 - в) карта выбывшего из стационара;
 - г) лист врачебных назначений.
3. Какое количество посещений в день соответствует второй категории детской поликлиники:
 - а) 800;
 - б) 700;
 - в) 500;
 - г) 300;
 - д) 150.
4. Какова численность прикрепленного детского населения на 1 штатную единицу врача-педиатра участкового:
 - а) на 1200 прикрепленного населения;
 - б) на 1000 прикрепленного населения;
 - в) на 900 прикрепленного населения;
 - г) на 850 прикрепленного населения;
 - д) на 800 прикрепленного населения.
5. До какого возраста здоровые дети подлежат диспансеризации:
 - а) до 1 года;
 - б) до 3 лет;
 - в) до 7 лет;
 - г) до 14 лет 11 мес 29 дней;
 - д) до 17 лет 11 мес 29 дней.
6. Какое направление является основным в деятельности детской поликлиники:
 - а) профилактическое;
 - б) проведение санитарно-эпидемиологического надзора;

- в) прием детей первого года жизни в поликлинике;
 - г) осмотр беременных;
 - д) обеспечение питанием детей раннего возраста.
7. Листок нетрудоспособности может быть выдан на весь период болезни по уходу за детьми:
- а) до 3 лет;
 - б) до 5 лет;
 - в) до 7 лет;
 - г) до 15 лет;
 - д) с 7 до 17 лет.
8. Под реабилитацией понимают:
- а) процесс выздоровления после острого заболевания;
 - б) процесс полного восстановления способности инвалидов к различной деятельности;
 - в) процесс частичного восстановления способности инвалидов к различной деятельности;
 - г) процесс полного и частичного восстановления способности инвалидов к различной деятельности.
9. Под абилитацией понимают:
- а) процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к различной деятельности;
 - б) процесс полного восстановления способности инвалидов к различной деятельности;
 - в) обеспечение инвалидов техническими средствами помощи;
 - г) программу восстановления физической функции инвалидов.
10. К методам психолого-педагогической реабилитации относят:
- а) получение общего образования;
 - б) обучение трудовым навыкам;
 - в) психолого-педагогическая коррекция;
 - г) СКЛ;
 - д) профессиональное обучение.
- Правильные ответы:** 1 — в; 2 — б; 3 — б; 4 — г; 5 — д; 6 — а; 7 — в; 8 — г; 9 — а; 10 — а, в.

Ситуационная задача

Вызов педиатра на дом к ребенку 16 лет в связи с высокой температурой (39 °С). При осмотре диагностирована лакунарная ангина. Назначено лечение. Мама попросила выписать листок нетрудоспособности, так как она в этот день не вышла на работу.

1. Имеет ли право мать на получение листка нетрудоспособности в связи с уходом за болеющим ребенком?

- а) да;
- б) нет;
- в) по усмотрению лечащего врача;
- г) листок нетрудоспособности не положен в связи с возрастом ребенка старше 15 лет.

2. Если вы считаете, что листок нетрудоспособности может быть выдан, то укажите, на какой срок.

- а) на 3 дня;
- б) на 7 дней;
- в) на 10 дней;
- г) до полного выздоровления.

Правильные ответы: 1 — а; 2 — а.