

Кафедра соціальної медицини  
та організації охорони здоров'я

**Методична розробка для лікарів – інтернів за фахом  
«Педіатрія»**

**ТЕМА: Система організації охорони здоров'я дітей в Україні. Рівні надання медичної допомоги дітям. Організація медичного нагляду за здоровою дитиною віком до 3 років. Організація роботи кабінету здорової дитини.**

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8**

**КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 8 годин**

**Актуальність теми:** Охорона здоров'я дитини – це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я дітей та покращення демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей. Будь-яке суспільство має бути зацікавленим у відтворенні та збереженні повноцінного людського потенціалу.

## **Навчальні цілі заняття:**

### **ЗНАТИ:**

- принципи організації лікувально-профілактичної допомоги дітям та підліткам;
- загальні питання роботи стаціонарно-поліклінічних, дошкільних закладів і шкіл;
- підготовку дітей до вступу в дошкільні заклади та школу;
- фізичне виховання дітей дошкільного віку;
- принципи організації стаціонару на дому;
- структуру та організацію роботи дитячої поліклініки;
- нові форми організації лікувально-профілактичної допомоги дітям;
- співпраця лікаря-педіатра і лікаря загальної практики-сімейної медицини;
- організацію лікувально - профілактичної допомоги новонародженим;
- антенатальний профілактичний патронаж;
- лікарський контроль за станом здоров'я новонароджених;
- принцип співпраці лікарів різних субспеціальностей з педіатром, лікарем загальної практики-сімейної медицини.

### **ВМІТИ:**

- організувати надання лікувально-профілактичної допомоги дітям та підліткам;
- проводити підготовку дітей до вступу в дошкільні заклади та школу;
- проводити фізичне виховання дітей дошкільного віку;
- організувати стаціонар на дому;
- організувати роботу дитячої поліклініки;
- організовувати лікувально – профілактичну допомогу новонародженим;
- здійснювати антенатальний профілактичний патронаж та контроль за станом новонароджених;
- співпрацювати з лікарями інших спеціальностей.

# **Зміст**

## **теми заняття**

## ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ

Дитяча поліклініка — лікувально-профілактична установа, що є структурним підрозділом дитячої чи лікарні самостійною медичною установою, що забезпечує в районі діяльності нелікарняну допомогу дітям від народження до 14 років включно (14 років 11 мес. 29 днів), а учнем освітніх установ незалежно від віку.

Принципи і порядок роботи дитячої поліклініки багато в чому схожі з такими в поліклініці для дорослих, однак, мають і свої, характерні тільки для даної установи особливості.

Основними принципами роботи дитячої поліклініки є:

1. Принцип дільничності (800 дітей на одній територіальній ділянці).
2. Наступність у роботі лікарів, що роблять лікувально-профілактичну допомогу дітям.
3. Поверховість у лікуванні.
4. Безперервність активного динамічного спостереження за здоров'ям дитини, починаючи з антенатального періоду.

Дитяча поліклініка може входити до складу ТМО, працюючи в контакт з іншими лікувально-профілактичними установами міста, району, забезпечуючи в районі діяльності:

а) організацію і проведення комплексу профілактичних заходів серед дитячого населення шляхом:

- забезпечення динамічного медичного спостереження за здоровими дітьми;
  - проведення профілактичних оглядів і диспансеризації дітей;
  - проведення профілактичних щеплень;
  - організації збору грудного молока і забезпечення безперебійної роботи вхідних у її склад молочних кухонь і молочно-роздавальних пунктів;
  - проведення лекцій, бесід; конференцій для батьків, занять у школі матерів і т.п.
- б) лікувально-консультативну допомогу дітям вдома й у поліклініці, у тому числі кваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу, напрямок дітей на лікування в стаціонари, лікарні на відбудовне лікування в санаторії, добір їх у спеціалізовані дитячі ясла-сади, лісові школи, піонерські табори й ін.

в) лікувально-профілактичну роботу в дитячих дошкільних установах і школах.

г) протиепідеміологічні заходи (разом з центрами санепіднагляду).

д) правовий захист дітей.

Поліклініка забезпечує проведення заходів щодо підвищення кваліфікації граків і середнього медичного персоналу шляхом напрямку фахівців на курси підвищення кваліфікації у встановленому порядку, залучення їх до роботи в стаціонарах, участь у роботі наукового суспільства Лікарів і ін.

У дитячій міській поліклініці доцільно організувати методична рада по вихованню здорової дитини, рада медичних сестер, що працюють відповідно до діючого положеннями.

Структура дитячої поліклініки будується відповідно до поставленого перед нею задачами і включає:

- фільтр з окремим входом і ізолятори з боксами;
- кабінети лікарів-педіатрів і лікарів вузьких спеціальностей;
- кабінет по профілактичній роботі з дітьми (кабінет здорової дитини);
- відділення відбудовного лікування;
- лікувально-діагностичні кабінети (рентгенівський, фізіотерапевтичний, лікувальної фізкультури, прищеплювальний і ін.);
- ресстратура, гардероб і інші допоміжні приміщення, холи для чекання;
- адміністративно-господарська частина (у самостійних поліклініках).

У сучасних умовах у містах організуються і будуються переважно великі дитячі поліклініки на 600—800 відвідувань у зміну, що мають всі умови для правильної організації лікувально-профілактичної роботи; необхідний набір приміщень для

спеціалізованих кабінетів; зали лікувальної фізкультури, басейни для плавання, водо- і грязелікарні, кабінети для світло- і електролікування. Пересувні фізіотерапевтичні кабінети для дошкільних і шкільних установ.

Відповідно до діючого нормативів у дитячій поліклініці працюють:

1. Лікарський персонал (на 10 тисяч дітей);

— лікар-педіатр (дільничний) - 12,5 посади.

— лікарі вузьких спеціальностей — 4.64 посади

II. Лікарі дитячих установ:

— дитячі ясла — лікар-педіатр на 180-200 дітей;

— дитячий сад — лікар-педіатр на 600 дітей;

• школа — лікар-педіатр на 2000 учнів.

• III. Зав. педіатричним відділенням:

— при наявності в штаті відділення 6,5 посади лікарів — усього 0,5 посади

- при наявності більш 9 зазначених посад — одна ставка.

IV. Середній медичний персонал:

— посади дільничних медсестер — 1,5 посади на кожну посаду лікаря-педіатра;

— медсестри по профілактичній роботі зі здоровими дітьми;

— у поліклініці, що обслуговує до 10 тис. дітей, - 1 посада, понад 10 тис. дітей—2 посади.

На чолі самостійної дитячої поліклініки коштує головний лікар, на чолі поліклінічного відділення об'єднаної лікарні — завідувач відділенням;

На посаду головного лікаря дитячої міської поліклініки призначають лікаря, що має досвід лікувальної й організаційної роботи.

Головний лікар здійснює безпосереднє керівництво діяльністю поліклініки і несе відповідальність за якість і культуру лікувально-профілактичної допомоги дітям, а також адміністративно-господарська і фінансова діяльність поліклініки. Він розробляє план роботи поліклініки по наданню лікувально-профілактичної допомоги дітям у районі діяльності і забезпечує його виконання.

Головний лікар проводить підбір і укомплектування поліклініки медичним персоналом і адміністративно-господарськими кадрами і несе відповідальність за їхню роботу, здійснює розміщення кадрів у поліклініці, організує підвищення кваліфікації лікарів і іншого персоналу поліклініки, здійснює заходи, спрямовані на поліпшення матеріально-технічної бази поліклініки.

Права й обов'язки головного лікаря дитячої міської поліклініки регламентовані положенням про головного лікаря дитячої міської поліклініки.

Відповідальність за якість лікувально-профілактичної допомоги в дитячій міській поліклініці, культуру роботи персоналу несе також завідувач педіатричним відділенням.

На посаду завідувача педіатричним відділенням призначають лікаря-педіатра, що має досвід лікувальної й організаційної роботи в поліклініці. Він безпосередньо підкоряється головному лікарю установи.

Завідувач педіатричним відділенням здійснює безпосереднє керівництво і контроль за лікувально-профілактичною роботою лікарів; консулює хворих з важкими, складними для діагностики формами захворювань; контролює обґрунтованість видачі лікарняних аркушів по відходу за хворими дітьми вдома лікарями відділень; забезпечує своєчасну госпіталізацію хворих, яким необхідно стаціонарне лікування. Лікування дітей, що бідують у госпіталізації, але залишених за якимись причинами вдома, проводиться під постійним контролем завідувача відділенням. Завідувач відділенням забезпечує проведення заходів щодо підвищення кваліфікації лікарів-педіатрів і середнього медичного персоналу.

Ведучою,; фігурою в організації позалікарської допомоги дітям є дільничний лікар-педіатр дитячої міської поліклініки.

Головною задачею дільничного лікаря-педіатра є проведення профілактичних заходів, спрямованих на забезпечення гармонічного фізичного і нервово-психічного розвитку дітей, що проживають на території ділянки, на зниження захворюваності і смертності шляхом надання своєчасної і висококваліфікованої медичної допомоги.

Права й обов'язки дільничного педіатра регламентовані положенням про дільничного лікаря-педіатра дитячої міської поліклініки.

Дільничний лікар-педіатр призначається і звільняється головним лікарем установи і працює під керівництвом завідувача відділенням, працює за планом, складеному на основі аналізу стану здоров'я дітей, їхньої захворюваності.

Дільничний лікар-педіатр має права видавати листки непрацездатності відповідно до діючого інструкціями, давати розпорядження підлеглим йому середньому і молодшому медичному працівникам, вносити пропозиції про заохочення цих чи працівників накладенні на них дисциплінарних стягнень за окремі недогляди в чи роботі порушенні правил внутрішнього розпорядку.

У роботі дільничного педіатра виділяють кілька основних розділів роботи: профілактичного, протиепідемічного, лікувального, робота з формування здорового способу життя, робота з медичною документацією.

### **Співпраця лікаря педіатра та сімейного лікаря**

Перший лікар в житті кожної дитини – педіатр. Здоров'я і життя маленької людини з моменту його народження є першорядною турботою педіатра. Незважаючи на те, що всі лікарські спеціальності важливі, педіатр займає серед них особливе місце. Тому вибір педіатра для вашого малюка повинен відбуватися з особливою відповідальністю.

Педіатр зобов'язаний бути не тільки лікарем, а ще й психологом і педагогом, адже він постійно спілкується не тільки з дитиною, але і з його батьками, бабусями і дідусями. Педіатр зобов'язаний мати високий авторитет у батьків, так як тільки спільними зусиллями можна забезпечити правильний розвиток дитини і вилікувати його в разі захворювання. Дитячий вік часто служить джерелом багатьох захворювань дорослої людини. Саме в дитячому віці, в умовах його зростання, розвитку, виховання і освіти закладається стан здоров'я дорослої людини. Тому надзвичайно важливою є співпраця лікаря педіатра і сімейного лікаря.

Лікар загальної практики є одночасно лікарем для усієї сім'ї, він спостерігає людину від народження і до глибокої старості. Такий лікар включає в собі 45 спеціальностей, на які вчиться в процесі спеціалізації. Це педіатр, терапевт, невропатолог, кардіолог, хірург, травматолог, лор, офтальмолог. На відміну від вузьких спеціалістів, ми надаємо допомогу на рівні первинної ланки, маємо перелік практичних навиків по усіх спеціальностях, якими мусимо оволодіти. А при більш складних випадках сімейні лікарі направляють пацієнтів на консультацію до більш вузьких спеціалістів».

Серед спеціальностей, якими володіють сімейні лікарі, найпотрібнішими є професії терапевта і педіатра. Зазвичай, за немовлям наглядає лікар-педіатр, а через декілька років лікуванням дитини займається уже дільничний терапевт.

Перевага сімейного лікаря в тому, що він веде дитину від народження, знає, чим хворіють батьки, дідусь чи бабуся. І відповідно, лікар може прогнозувати, на що варто звернути увагу, на що можна націлити дитину, яким патологіям можна запобігти.

## **Організація і структура роботи центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)**

**Первинна медична допомога** (далі — ПМД) вид медичної допомоги, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики — сімейним лікарем (далі — ЛЗП-СЛ) і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Надання первинної медичної допомоги забезпечують центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які є закладами охорони здоров'я, а також лікарі загальної практики - сімейні лікарі, які провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці та можуть перебувати з цими закладами охорони здоров'я у цивільно-правових відносинах. До складу центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги можуть входити як структурні чи відокремлені підрозділи фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії, медичні пункти, медичні кабінети.

**Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги** ( далі — ЦПМСД) — ЗОЗ, що забезпечує надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги населенню. ЦПМСД діє на підставі Положення про ЦПМСД та положень про його підрозділи, відповідно до наказу МОЗ України від 23 лютого 2012 р. № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи».

**Основні засади модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу у містах**

1. ЦПМСД у містах створюються у кожному місті з населенням до 100 тисяч жителів. В малих містах (до 15 тисяч жителів) можуть створюватися ЦПМСД які обслуговують населення декількох міст (районних центрів та/чи міст обласного підпорядкування) та/або міста і прилеглих сільських районів.

2. У великих містах та мегаполісах ЦПМСД створюються на кожні 100-150 тисяч жителів (залежно від характеру забудови мікрорайону та щільності населення).

3. Амбулаторії у містах створюються з метою забезпечення рівної територіальної доступності ПМД для населення у мікрорайонах, віддалених поселеннях для надання лікарської ПМД населенню за їх місцем проживання (у таких Амбулаторіях працюють від одного до кількох, переважно 4-8, лікарів, залежно від характеру забудови мікрорайону та щільності населення).

**IV. Послідовність проведення модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу**

Перед початком модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають ПМД необхідно:

1. Провести аналіз:

- демографічних показників території обслуговування (чисельність, щільність розселення та віково-статеву структуру населення);
- стану здоров'я населення території обслуговування (показники народжуваності, захворюваності, смертності та інвалідності);
- потреб прикріпленого населення в ПМД;

- ресурсного (кадрового, фінансового, матеріально-технічного) забезпечення та організаційно-функціональної структури первинної ланки охорони здоров'я відповідної адміністративно-територіальної одиниці;
- порядку надання спеціалізованої медичної допомоги у ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці (самостійне звернення, кероване направлення лікарем ПМД, наявність регламентованого переліку показань для направлення хворого на консультування та лікування до лікарів-спеціалістів);
- розподілу обсягів надання медичної допомоги між лікарями ПМД та лікарями-спеціалістами;
- обґрунтованості звернення хворих до лікарів-спеціалістів;
- основних показників діяльності ЗОЗ відповідної адміністративно-територіальної одиниці (кількість відвідувань, у тому числі до лікарів-спеціалістів, рівень госпіталізації, показники лікування хворих у умовах цілодобових, денних стаціонарів та стаціонарах вдома, ліжко-днів перебування хворого у стаціонарах, проведених операцій, у тому числі у рамках хірургії «одного дня», кількість викликів швидкої медичної допомоги тощо).

2. Провести оцінку можливостей та порядку взаємодії закладів ПМД з закладами спеціалізованої медичної допомоги та медико-соціальної допомоги на території обслуговування.

3. Вивчити позиції та готовності медичних працівників до структурно-функціональної реорганізації системи медичного обслуговування населення відповідної адміністративно-територіальної одиниці на принципах розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги.

4. Вивчити позиції населення щодо зміни порядку надання медичної допомоги з подальшим формуванням позитивного ставлення до цих системних перетворень шляхом проведення відповідної роз'яснювальної роботи з залученням засобів масової інформації.

5. Визначити фактичні потреби у кадрових, фінансових та матеріально-технічних ресурсах для укріплення системи ПМД.

6. Підготувати організаційний проект та план реорганізації ПМД.

У подальшому проводиться:

1. Створення ЦПМСД як юридичних осіб;
2. Формування оптимальної мережі закладів/підрозділів ПМД.
3. Впровадження фінансування закладів первинного рівня надання медичної допомоги за коригованим подушним нормативом.

Заключною стадією модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають ПМД є:

1. Завершення формування матеріально-технічної бази ЦПМСД у відповідності до табелів оснащення.
2. Впровадження договірних відносин між ЦПМСД та головними розпорядниками коштів.
3. Впровадження механізму реалізації права пацієнтів вільно обирати лікаря ПМД та/або змінювати його у порядку визначеному законодавством.
4. Впровадження механізмів забезпечення організації доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги шляхом направлення лікаря ПМД у порядку, встановленому законодавством.
5. Створення раціонального медичного маршруту пацієнта для надання медичної допомоги на інших рівнях.
6. Запровадження системи індикаторів якості медичних послуг, що надаються на первинному рівні медичної допомоги.

#### **Організація центру первинної медико-санітарної допомоги**

Центри ПМСД (далі — ЦПМСД) є закладами охорони здоров'я, що забезпечують надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги населенню.

ЦПМСД у сільській місцевості створюються за рішенням районних рад у кожній адміністративно-територіальній одиниці шляхом реорганізації центральної районної лікарні та виділення підрозділів з надання ПМД і відповідної частини адміністративно-



управлінських і господарських підрозділів з наданням статусу юридичної особи ЦПМСД та приєднання мережі амбулаторій, зокрема сільських лікарських амбулаторій та амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, МП, зокрема фельдшерсько-акушерських пунктів, фельдшерських пунктів, після прийняття відповідного рішення органами, у підпорядкуванні яких ці амбулаторії та МП перебувають.

У разі якщо на території, де проживає прикріплене до амбулаторії населення, розташовані МП, такі МП мають статус структурних підрозділів амбулаторії. У випадках, якщо МП обслуговує понад 1000 осіб населення, такий МП може бути реорганізованим в амбулаторію за наявності позитивної динаміки населення.

Амбулаторії можуть обслуговувати декілька населених пунктів та забезпечують вимогу охоплення всього населення.

В амбулаторіях створюються умови для продовження функціонування існуючих стоматологічних кабінетів, що мають увійти до складу закладів/підрозділів з надання стоматологічної допомоги населенню району.

В амбулаторіях створюються умови для продовження функціонування існуючих атестованих лабораторій, що мають увійти як структурні підрозділи до складу лікарень або поліклінік.

ЦПМСД у сільській місцевості як правило охоплюють обслуговуванням населення однієї адміністративно-територіальної одиниці. Може створюватись один ЦПМСД для міста обласного значення та прилеглого сільського району.

ЦПМСД у містах обласного значення створюються за рішенням міських рад шляхом реорганізації частини закладів, що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, виділення з їх структури підрозділів з надання ПМД і відповідної частини адміністративно-управлінських і господарських підрозділів з наданням статусу юридичної особи, реорганізації решти закладів, що надають амбулаторно — поліклінічну допомогу, виділення з структури підрозділів з надання ПМД і відповідної частини адміністративно-управлінських підрозділів та їх приєднання до утворених ЦПМСД. В умовах обмеженості ресурсів, що не дозволяють в містах створити мережу самостійних амбулаторій, забезпечується децентралізація їх функціонування: наявність окремого входу, реєстратури, приміщення для забору біологічного матеріалу (крові, сечі) з доставкою медичним персоналом амбулаторії в лабораторію установи, що надає спеціалізовану допомогу

До функції Центру входить: укладання договорів із замовником на надання первинної медичної допомоги, планування, координація діяльності лікувально-профілактичних підрозділів що входять до складу Центру, забезпечення якості медичної допомоги, облік та звітність, фінансовий менеджмент, визначення і розподіл стимулюючих виплат для працівників.

ЦПМСД у містах обласного значення створюються на кожне місто з населенням до 100 тисяч жителів. У містах обласного значення з населенням до 50 тисяч можуть створюватись ЦПМСД, які обслуговують населення міста і найближчого сільського району. У містах обласного значення з населенням понад 100 тисяч ЦПМСД створюються на кожні 100-150 тисяч населення.

Амбулаторії зі статусом відокремлених структурних підрозділів у містах створюються з метою забезпечення рівної територіальної доступності ПМСД для населення у мікрорайонах, віддалених поселеннях для надання лікарської ПМД населенню за їх місцем проживання (перебування). В амбулаторіях у містах працюють від 1-го до декількох лікарів залежно від характеру забудови.

В амбулаторіях створюються умови для продовження функціонування існуючих стоматологічних кабінетів, що мають увійти до складу закладів/підрозділів з надання стоматологічної допомоги населенню.

В амбулаторіях створюються умови для продовження функціонування існуючих атестованих лабораторій, що мають увійти як структурні підрозділи до складу лікарень або поліклінік.

Доцільно передбачати виділення приміщень для організації амбулаторій на першому поверсі в новобудовах.

**Структурними підрозділами ЦПМСД є:**

Адміністративна частина/управління.

Господарська частина

Інформаційно-аналітичний відділ

Амбулаторії ЗПСМ (в складі кожної амбулаторії сімейної медицини наявні: маніпуляційний кабінет та денний стаціонар з можливістю фізіотерапевтичного лікування)

Лікувально-профілактична служба, що складається з амбулаторій, які є структурними або відокремленими структурними підрозділами ЦПМСД.

У сільській місцевості та в окремих випадках у містах у складі амбулаторій долікарську медичну допомогу можуть надавати медичні пункти (фельдшерсько-акушерські/фельдшерські пункти), які є відокремленими структурними підрозділами ЦПМСД.

З метою збільшення доступності ПМСД для населення віддалених від місця розташування амбулаторій та ФАП/ФП населених пунктів за ініціативою органу місцевого самоврядування, керівництва підприємства, ус станови або організації за погодженням з головним лікарем можуть організовуватись медичні пункти тимчасового базування.

**Організація надання ПМД сільському населенню.**

Особливостями організації ПМД у сільській місцевості є:

- а) наявність дворівневості (долікарський і лікарський рівні);
- б) значне число амбулаторій, у яких працює 1 лікар (моно-практика).

Медичні працівники ФАП/ФП (долікарський рівень) працюють під керівництвом лікаря амбулаторії, до якого прикріплене населення, що обслуговується ФАПом/ФП. У ФАП/ФП надається медична допомога при зверненні пацієнта та профілактична робота. За необхідності огляду пацієнта лікарем здійснюється запис його на прийом до лікаря. Огляд пацієнтів лікарем проводиться при плановому відвідуванні лікарем ФАП/ФП або у амбулаторії. У разі необхідності у екстреній медичній допомозі здійснюється виклик бригади швидкої медичної допомоги, у такому випадку медичний працівник ФАП/ФП не має права покинути пацієнта до прибуття бригади ТТТМД.

Лікарі ЦПМСД надають медичну допомогу населенню як в амбулаторії, так і шляхом планових виїздів до ФАПів, медичних пунктів, що організовані відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2012 № 131 «Про затвердження Примірних положень про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи»

## ВИСНОВКИ

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), за визначенням ВОЗ, є ядром національної системи охорони здоров'я і одночасно виступає як головний компонент загального соціального і економічного розвитку суспільства. Сімейна медицина - це форма організації ПМСД, яка чиниться лікарем загальної практики (сімейним лікарем), що забезпечує індивідуальне первинне і безперервне обслуговування окремих осіб, сімей і населення, незалежно від віку, статі або виду захворювання. Перехід до сімейної медицини - це не лише пошук найбільш ефективних і економічних форм оптимізації медичної допомоги, але і необхідність інтегрального бачення людини, його здоров'я і хвороби.

Пріоритетний розвиток сімейної медицини обумовлений ще і тим, що саме ця служба повинна забезпечити гарантований мінімум медичної, психологічної і соціальної допомоги, доступність медичних і соціальних послуг, комплексність обслуговування, координацію з іншими службами охорони здоров'я, безперервність спостереження за веденням пацієнтів в різних ЛПУ, інформованість пацієнтів про їх стан, методи лікування, очікуваних результатах і т.д. Від стану служби сімейної медицини залежить ефективність і якість діяльності усієї системи охорони здоров'я. Світовий досвід показує, що найефективнішою моделлю ПМСД є лікар загальної практики або сімейний лікар.

В чому секрет успіху сімейного лікаря? Сімейний лікар повинен подати себе на рівні Наставника, Кумира, Патріарха, Старійшини, Особистість. Він, поряд з професійними знаннями, повинен нести в сім'ю культуру і соціологію. Значної уваги потребують знання організаційних аспектів системи первинної медико – соціальної допомоги в Україні, визначення її пріоритетної ролі в розвитку і реформуванні охорони здоров'я. З'ясування місця сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципи в сімейного обслуговування населення. Усвідомлення організації роботи сімейного лікаря, від якої багато в чому залежить успіх лікування хворого та його сім'ї. Тому вивчення даної теми досить актуально.

## **Аntenатальний профілактичний патронаж.**

Важливою частиною роботи сімейного лікаря з дітьми є саме профілактична, котра розпочинається з ефективного проведення допологових патронажів. Останніх існує три, два з яких обов'язкові для будь-якої вагітної жінки, а третій – індивідуальний – здійснюється лікарем за умов патологічного перебігу вагітності або особливих медико-соціальних показань (наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 року).

Інформацію про взяття на облік вагітної жінки амбулаторія отримує 2 рази на місяць (1, 15 числа кожного місяця з відповідним перенесенням на понеділок, коли ці числа випадають на вихідні дні).

Відповідальною за своєчасне і повне одержання інформації є старша медична сестра амбулаторної сімейної лікарні, яка організовує збір інформації по телефону або особисто відвідує жіночу консультацію.

Старша медична сестра вносить інформацію про взяття на облік вагітну жінку в журнал реєстрації допологових патронажів вагітної жінки (ф. № 111-1/о).

На старшу медичну сестру покладається організаційний контроль за своєчасним, упродовж одного тижня від отримання повідомлення з жіночої консультації, виконанням патронажу дитячою поліклінікою у 1-ому триместрі вагітності.

Старша медична сестра веде щоквартальний облік кількості вагітних, які перебувають під наглядом у дитячій поліклініці залежно від терміну вагітності.

Дільнична медична сестра фіксує у зошиті обліку роботи вдома дільничної медичної сестри (ф. № 116/о) всіх вагітних, що їх передала старша медична сестра.

Перша зустріч дільничної медичної сестри з вагітною відбувається вдома.

Якщо при взятті жінки на облік жіночою консультацією встановлюється середній або високий ступінь ризику перебігу вагітності, дільнична медична сестра інформує про це дільничного педіатра, і він виконує вдома перший допологовий патронаж.

### **Зміст первинного лікарського патронажу:**

- збір повної і загальної інформації про дану вагітність;
- збір інформації про склад сім'ї, взаємини у родині, бажання чи небажання мати дитину, відповідність житлових умов та матеріального добробуту з поповненням сім'ї, готовністю родини допомагати жінці до і після пологів;
- рекомендації щодо необхідності повноцінного харчування та можливого алергічного впливу на плід деяких продуктів харчування, значення психоемоційного стану вагітної, позитивних емоцій, підготовка до лактації;
- проведення антенатальної профілактики патології плода;
- сприяння становленню відповідальності майбутніх матері й батька за нормальний перебіг вагітності та здоров'я майбутньої дитини, підкреслюючи роль сім'ї;

– орієнтація батьків на необхідність злагоди, взаєморозуміння, сприятливої атмосфери в сім'ї, заборона вживання алкоголю і куріння, в т. ч. пасивного, застерігання від самолікування медикаментами;

– пропозиції сім'ї, щодо ведення здорового способу життя, сприяння уважному ставленню всієї родини і близьких до вагітної, майбутньої дитини і матері.

Запис про проведений патронаж роблять в історії розвитку майбутньої дитини. Тут вказують дату патронажу, триместр і термін вагітності.

### **Зміст вторинного патронажу в термін 32-36 тижнів вагітності.**

Патронаж проводиться вдома вдома сімейним лікарем, дільничною медичною сестрою.

Медичний персонал пояснює майбутній матері особливе значення 3-го триместру вагітності для забезпечення нормальних пологів і фізіологічного завершення внутрішньоутробного розвитку плода та народження здорової дитини.

Головною метою патронажу в 3-му триместрі є сприяння тому, щоб вагітна щотижня відвідувала жіночу консультацію для попередження ускладнень, посиленого контролю за формуванням плода у найвідповідальніший період антенатального розвитку, зміцнення зв'язку сімейного лікаря із сім'єю.

Медичний персонал:

– переконується у готовності сім'ї до народження дитини, дає рекомендації стосовно необхідних речей для неї;

– дає загальні рекомендації, ідентичні тим, що давалися у 1-му і 2-му триместрах, щодо значення рухової діяльності, психологічного спокою;

– цікавиться очікуваною масою дитини, визначеною жіночою консультацією, дає рекомендації щодо підготовки молочних залоз і всього організму до достатньої лактації, житла для майбутньої дитини, одягу, предметів догляду, гігієни тощо;

– звертає особливу увагу на роль грудного вигодовування для розвитку та здоров'я дитини і самої матері;

– наголошує на необхідності проведення щотижневого контролю за артеріальним тиском, спостереження за самопочуттям та необхідності негайного звернення за медичною допомогою у разі виникнення ускладнення;

– акцентує увагу на необхідності збереження перед пологами та під час них урівноваженого психоемоційного стану, віри у сприятливий результат;

– наголошує на необхідності раннього прикладання новонародженого до грудей після пологів, до якого практично немає протипоказань;

– виявляє сім'ї з асоціальною поведінкою та негайно письмово повідомляє про це завідувача поліклінічного відділення для інформування служби у справах неповнолітніх та опікунської ради з метою вирішення подальшої долі дитини.

Дані повторного патронажу та свої рекомендації сімейний лікар, медична сестра записують в історії розвитку майбутньої дитини (ф. № 112/о)

## **Лікарський контроль за станом новонароджених.**

Кількість обов'язкових медичних профілактичних оглядів дитини віком до 3 років (13 оглядів лікарем та 6 оглядів медичною сестрою) не може бути меншою. Лікар може збільшити кількість оглядів, якщо дитина потребує частішого спостереження.

Обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей проводяться у терміни, визначені цим наказом ( на першому місяці життя 1 раз на тиждень, на першому році життя дитини - 1 раз на місяць,) *(Додаток 2 до Протоколу)*.

### **Анамнез**

Наявність повної інформації про дитину дозволяє медичному працівнику вчасно виявити чи запобігти захворюванню. При першому відвідуванні дитини вдома після виписки із пологового (дитячого) стаціонару необхідно познайомитися з родиною дитини і зібрати акушерський анамнез (перебіг вагітності та пологів), з'ясувати можливу наявність спадкових, алергійних і соціально небезпечних захворювань у сім'ї (ВІЛ/СНІД, туберкульоз тощо), цукрового діабету. Особливу увагу звернути на можливі шкідливі звички батьків в тому числі тютюнопаління матері під час вагітності та обох батьків після народження дитини. Необхідно з'ясувати про проблеми, пов'язані з доглядом за дитиною соціального характеру, при виявленні яких необхідно інформувати відповідні органи (служби у справах дітей, управління (відділи) у справах сім'ї, молоді та спорту, соціальні служби сім'ї, дітей та молоді) для спільного вирішення проблем. Під час кожного послідуєчого огляду необхідно зібрати анамнез за попередній період, з увагою на тривалість та тяжкість перебігу перенесених гострих захворювань, перебіг поствакцинального періоду, тощо.

### **Оцінка вигодовування та харчування.**

Оцінка вигодовування та харчування проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини. Оцінка вигодовування та харчування може бути проведена як лікарем, так і середнім медичним працівником з послідуєчим консультуванням матері та сім'ї з питань вигодовування та харчування дитини.

### **Оцінка фізичного розвитку.**

Оцінка фізичного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини. Медичною сестрою виконуються антропометричні виміри (зважування, вимірювання довжини/зросту і обводу голови). Отримані дані наносяться на відповідні графіки фізичного розвитку, котрі заповнюються окремо для хлопчиків та дівчаток. За результатами оцінки фізичного розвитку дитини проводиться консультування матері.

### **. Оцінка психомоторного розвитку.**

Оцінка психомоторного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини. За результатами оцінки психомоторного розвитку проводиться консультування матері з питань розвитку дитини.

### **Контроль та здійснення профілактичних щеплень**

Контроль проведення вакцинації проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини. Профілактичні щеплення проводяться у порядку, встановленому МОЗ України за наявності поінформованої згоди батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників.

## **Висновок**

На мережу дільниць сімейних лікарів, що є відносно новою структурною одиницею, покладається велика відповідальність за збереження і зміцнення здоров'я дітей. Робота сімейного лікаря передбачає обслуговування пацієнтів, починаючи з періоду новонародженості й закінчуючи досягненням 18-річного віку. Даний проміжок часу охоплює найважливіші періоди дитинства та підліткового віку, які створюють базис морфо-функціональних можливостей внутрішніх органів і систем на наступні десятиліття життя. З цих міркувань, на сімейного лікаря покладається неабияка відповідальність, однак він має суттєві переваги й у повсякденній роботі. Передусім йдеться про обізнаність із родоводом, структурою захворюваності, причинами смертності, що дає можливість спрогнозувати ймовірну патологію і вчасно вдатись до профілактичних заходів.

Важливою частиною роботи сімейного лікаря з дітьми є саме профілактична, котра розпочинається з ефективного проведення допологових патронажів. Останніх існує три, два з яких обов'язкові для будь-якої вагітної жінки, а третій – індивідуальний – здійснюється лікарем за умов патологічного перебігу вагітності або особливих медико-соціальних показань (наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 року).

Особливу увагу необхідно приділяти диспансерному нагляду дітей, що народилися з ММТ, адже від цього залежить подальший їх розвиток і життя в цілому.

Таким чином, добре спланована сімейним лікарем чи педіатром профілактична, лікувальна, санітарно-освітня робота є запорукою гармонійного розвитку дитини та здорового дорослого члена суспільства.

## **Медичний висновок**

Медичний висновок щодо стану здоров'я дитини за результатами обов'язкового медичного профілактичного огляду у разі відсутності захворювання або травми визначається терміном «здоровий», а при виявленні ознак захворювання або травми, їх конкретизують. Висновок повинен містити результати оцінки фізичного, психомоторного розвитку та харчування дитини.

*Група здоров'я та група ризику не визначається*, так як не існує доказів про доцільність розподілу дітей за групами здоров'я та групами ризику. При виявленні відхилень щодо стану здоров'я лікар розробляє індивідуальний план оглядів такої дитини.

*Визначення груп ризику за даними акушерського анамнезу також є недоцільним.* Тільки при виявленні відхилень в стані здоров'я дитини проводиться відповідне медичне втручання.

*Визначається група ризику за соціальними факторами*, до якої належать діти з сімей, що опинилися в складних життєвих обставинах. План обов'язкових медичних профілактичних оглядів дітей цієї групи визначається лікарем-педіатром дільничним (лікарем загальної практики - сімейним лікарем) індивідуально.

## **Консультування батьків.**

Під час кожного обов'язкового медичного профілактичного огляду дитини проводиться консультування батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників.

Консультування проводиться з дотриманням принципів ефективного консультування. (Додаток 6 до Протоколу). Тема консультування залежить від віку дитини та виявлених проблем.

## **Огляди лікарями-спеціалістами та додаткове обстеження**

Кожне медичне втручання, яке проводиться дитині, у т.ч. огляд лікарем-спеціалістом, має бути обґрунтованим та безпечним для дитини.

*Обов'язковим для здорової доношеної дитини є визначення рівня гемоглобіну крові у віці 9 місяців з метою виявлення анемії, причиною якої може бути неадекватне за термінами та складом введення прикорму.*

Додаткові огляди лікарями-спеціалістами та додаткові обстеження (лабораторні, інструментальні, тощо) здорової доношеної дитини, які не передбачені Протоколом 149, проводяться тільки за показаннями, обґрунтованими письмово в історії розвитку дитини (ф. №112о.), за умови поінформованої згоди батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників.



**Календарний план проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів  
здорової дитини віком до 3 років**

№	Вік дитини	Проводить	Місце проведення
1.	Не пізніше, ніж на другий день після виписки із пологового будинку (стаціонару)	лікар	вдома
2.	Через день після огляду лікарем	медсестра	вдома
3.	2 тижні	лікар	вдома
4.	3 тижні	медсестра	вдома
5.	1 місяць	лікар	В амбулаторних умовах

Приблизна схема кратності обов'язкових медичних профілактичних оглядів дитячого населення (наказ МОЗ України № 434 від 24.11.2002 року).

Вік дитини	Лікар	Медична сестра, фельдшер	Лікарі-спеціалісти	Лабораторні та інструментальні методи досліджень
1	2	3	4	5
Новонароджений	У перші 3 доби після виписування з пологового будинку (вдома)  на 20-ту добу життя (вдома)	У перші 3 доби після виписування з пологового будинку (вдома), потім 1 раз на тиждень (вдома)	—	—
Новонароджений групи ризику	У перші 3 доби після виписування (вдома), через добу після першого відвідування, 14 і 20 діб (вдома)	У перші 3 доби після виписування спільно з лікарем, далі через день до 14 діб життя дитини; потім 1 раз на тиждень (вдома)	—	—
1 місяць	В умовах амбулаторно-поліклінічного закладу	В умовах амбулаторно-поліклінічного закладу	Ортопед-травматолог, невролог	—
До 1 року	1 раз на місяць (в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу),  для дітей групи	2 рази на місяць	У перші 3 місяці:  — хірург, ортопед;	У перші 3 місяці:  загальний аналіз крові й сечі;

ризик до 6 місяців 1 раз на місяць (вдома)		– невролог;  – офтальмолог та інші спеціалісти за показаннями	в 1 рік:  – загальний аналіз крові й сечі;  – аналіз калу на яйця глистів
--	--	---	---

**Таблиця 2. Щомісячна прибавка маси і довжини тіла у дітей першого року життя.**

Вік, місяці	Приріст маси тіла, г		Приріст довжини тіла, см	
	за місяць	за минулий період	за місяць	за минулий період
1	600	600	3	3
2	800	1400	3	6
3	800	2200	3	9
4	750	2950	2,5	11,5
5	700	3650	2,5	14
6	650	4300	2,5	16,5
7	600	4900	2	18,5
8	550	5450	2	20,5
9	500	5950	2	22,5
10	450	6400	1,5	24
11	400	6800	1,5	25,5
12	350	7150	1	26,5

## ПРИМІРНА СХЕМА КРАТНОСТІ ОБОВ'ЯЗКОВИХ МЕДИЧНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Вік дитини	Лікар-педіатр	Медична сестра, фельдшер	Лікарі-спеціалісти	Лабораторні та інструментальні методи досліджень
1	2	3	4	5
Новонароджений	В перші 3 доби після виписки із пологового будинку (вдома); на 20-й доби життя (вдома)	В перші 3 доби після виписки із пологового будинку (вдома), потім 1 раз в тиждень (вдома)		
Новонароджений групи ризику	В перші 3 доби після виписки вдома, через добу після 1 відвідування; 14 дб, 20 дб (вдома)	В перші 3 доби після виписки спільно з лікарем, далі через день до 14 дб дитини; далі 1 р. в тиждень (вдома)		
1 місяць	В умовах амбулаторно-поліклінічного закладу	В умовах амбулаторно-поліклінічного закладу	Ортопед-травматолог, невролог	
До 1 року	1 раз на місяць (в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу). Для дітей групи ризику додатково до 6 міс. 1 раз в місяць вдома	2 рази в місяць	В 3 місяці: - хірург-ортопед - невролог - офтальмолог та інші за показаннями	В перші 3 місяці: - загальний аналіз крові; - загальний аналіз сечі; В 1 рік: - загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз калу на яйця глистів
3 1 до 2-х років	1 раз в квартал (в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу)	1 раз в місяць (вдома)	Стоматолог	- аналіз калу на яйця глистів
3 2-х до 3-х років	2 рази на рік (2р. 6 міс., 3 роки)	1 раз в кварталі (вдома)	Стоматолог	- аналіз калу на яйця глистів
3 3-х до 5 років	1 раз в рік (в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу)	2 рази на рік (вдома) для дітей, які не відвідують дошкільний навчальний заклад	Стоматолог 1 раз на рік в 3 роки: Стоматолог логопед	- загальний аналіз крові, - загальний аналіз сечі, - аналіз калу на яйця глистів
5-6 років (перед поступленням до загальноосвітнього навчального закладу)	1 раз в рік (в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу)	2 рази на рік (вдома) для дітей, які не відвідують дошкільний навчальний заклад	Хірург-ортопед, офтальмолог, отоларинголог, стоматолог, логопед, психіатр, психолог, ендокринолог, інші спеціалісти за показаннями	- загальний аналіз крові, - загальний аналіз сечі, - аналіз калу на яйця глистів -- аналіз крові на цукор
7-9 років	1 раз в рік	1 раз в рік	Стоматолог 1 раз на рік	- аналіз калу на яйця глистів
10-11 років	1 раз в рік	1 раз в рік	Офтальмолог, отоларинголог, хірург (андрологічний огляд), ортопед-травматолог, стоматолог, гінеколог, психолог, ендокринолог	- загальний аналіз крові, - загальний аналіз сечі, - аналіз калу на яйця глистів -- аналіз крові на цукор
12-14 років	1 раз в рік	1 раз в рік	Стоматолог щорічно	
Юнаки: 15, 16, 17 років; Дівчата: 15 і 17 років	1 раз в рік	1 раз в рік	Офтальмолог, отоларинголог, хірург (андрологічний огляд), ортопед-травматолог, стоматолог, гінеколог, психолог (у 15 років), ендокринолог, невролог	- флюорографія - загальний аналіз крові, - загальний аналіз сечі, - аналіз калу на яйця глистів -- аналіз крові на групу та резус-фактор (у 15 років)
Дівчата у 16 років	1 раз в рік	1 раз в рік	Стоматолог, гінеколог	- флюорографія

**Тестові завдання:**

**1. Вкажіть, хто здійснює управління лікарнею:**

А) головний лікар

В) головний лікар, завідувач поліклініки, заступник головного лікаря з поліклінічної роботи (при наявності понад 20 посад лікарів амбулаторного прийому), заступник головного лікаря з медичної частини

С) головний лікар, завідувач поліклініки, заступник головного лікаря з поліклінічної роботи (при наявності понад 20 посад лікарів амбулаторного прийому), заступник головного лікаря з медичної частини, старша медична сестра

Д) головний лікар, завідувач поліклініки, заступник головного лікаря з поліклінічної роботи (при наявності понад 20 посад лікарів амбулаторного прийому)

Е) головний лікар, завідувач поліклініки

**2. Вкажіть, що входить до обов'язків приймального відділення стаціонару:**

А) медичний огляд, заповнення первинної документації, розподіл дітей у відповідні відділення

В) ізоляція дітей, які були в контакті з інфекційними хворими

С) надання першої невідкладної допомоги

Д) санітарна обробка

Е) облік руху хворих у стаціонарі

Ф) довідково-інформаційні функції

Г) виписка із стаціонару

Н) всі відповіді вірні

**3. Вкажіть основні принципи амбулаторно – поліклінічної допомоги:**

А) безкоштовне, систематичне, кваліфіковане, доступне лікарське, фельдшерське, сестринське спостереження за здоровими дітьми

В) первинна та вторинна профілактика захворювань

С) раннє виявлення та своєчасне лікування хворих дітей

Д) реабілітація хворих

Е)просвітницька робота з питань виховання здорової дитини, забезпечення її нормального фізичного та психічного розвитку

ґ)всі відповіді вірні

**4. На сільській дільниці, де проживає 6700 жителів, розгорнуто лікарську амбулаторію. Посади яких лікарів необхідно встановити в штатному розкладі цієї амбулаторії?**

А)терапевта, педіатра, стоматолога

В)терапевта, педіатра, стоматолога, акушера-гінеколога

С)терапевта, педіатра, стоматолога, хірурга

Д)терапевта, педіатра, стоматолога, рентгенолога

Е)терапевта, педіатра, стоматолога, акушера-гінеколога, хірурга

**5. Медичні послуги якого рівня є найменш витратними?**

А)спеціалізовані послуги

В)високоспеціалізовані послуги

С)послуги первинного рівня

Д)послуги вторинного рівня

Е)стаціонарні послуги

### Список використаної літератури:

1. Наказ МОЗ України від 19.09.2006р. № 630 «Про затвердження форми звітності про медичну допомогу дітям до 18 років та Інструкції щодо її заповнення».
2. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під заг.ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
3. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутітус. – 2010. – 629с.
4. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.
5. Наказ МОЗ України від 20. 03. 2008р № 149

Автор: ст. викладач Черешнюк Г. С. Затверджено на засіданні кафедри  
«ЗО» \_\_\_\_\_ СБ 2018р. Протокол № 2