

Глава 4. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ПОЛИКЛИНИКЕ. РАБОТА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО РАЗВИТИЮ И ВОСПИТАНИЮ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

● Устройство, организация работы в детской поликлинике ● Подготовка детей к поступлению в дошкольное учреждение и школу ● Динамическое наблюдение за детьми ● Медико-психологические особенности работы медсестры в поликлинике

СТРУКТУРНЫЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ И ИХ ЗАДАЧИ, ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Детская городская поликлиника оказывает амбулаторную лечебно-профилактическую помощь детям до 15 лет (14 лет 11 месяцев 29 дней), соблюдая преемственность в работе с лечебно-профилактическими учреждениями города (района) – диспансерами, подростковыми кабинетами, стационарами, дошкольно-школьными учреждениями, а также с органами просвещения и другими ведомствами. В районе своей деятельности поликлиника осуществляет комплекс профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, оказывает правовую защиту детей.

Работа амбулаторно-поликлинического учреждения строится по участковому принципу обслуживания. Территория каждого района делится на участки, детское население которых обслуживается участковыми врачами-педиатрами и участковыми сестрами. В больших городах создаются центры по оказанию специализированной и консультативной помощи, действуют консультативные поликлиники. С развитием этого вида помощи стало возможным более квалифицированное, своевременное обследование и лечение детей в поликлинических условиях. В крупных поликлиниках организуются новые структуры, например дневные стационары.

В составе детской поликлиники предусмотрены следующие подразделения: регистратура, фильтр с отдельным входом и бокс-изолятор, кабинет доврачебного приема, кабинеты врачей, лечебно-диагностические кабинеты (рентгенологический, функциональной диагностики, физиотерапевтический, процедурный,

ингаляторий, ортопедический, лечебной физкультуры) и кабинеты по профилактической работе с детьми (прививочный, массажа и гимнастики, кабинет здорового ребенка, бассейн), отделение восстановительного лечения, пункт раздачи молочных смесей, административно-хозяйственные и вспомогательные помещения. Во многих поликлиниках имеются клиническая и биохимическая лаборатории.

Фильтр. При посещении поликлиники дети не должны контактировать с инфекционными больными. Все лихорадящие больные и дети с инфекционными болезнями наблюдаются и лечатся в домашних и стационарных условиях. Чтобы инфекционный больной не попал в поликлинику, в ней обязательно должен быть фильтр, где работает опытная медицинская сестра. Она ведет прием детей, обратившихся с жалобами на повышенную температуру, сыпи неясной этиологии. При подозрении на инфекционное заболевание ребенка помещают в бокс-изолятор с отдельным выходом на улицу. Здесь больного осматривает дежурный врач. Сестра помогает врачу при осмотре ребенка, выполняет его назначения, при необходимости оказывает доврачебную помощь. В случае подтверждения инфекционного заболевания больного из бокса направляют в больницу или домой. В боксе проводят дезинфекцию, проветривание и влажную уборку.

Обязанностью сестры является забор материала на кишечную группу, РИФ, дифтерию, энтеробиоз, забор мочи на посев, определение чувствительности флоры к антибиотикам и др. Сестра обеспечивает своевременную доставку забранного материала в регистратуру для транспортировки в место проводимых исследований. Она регистрирует результаты полученных анализов, раскладывает их по участкам в регистратуре, ставит в известность участкового врача и медсестру о выявленной патологии. В ее обязанности входит контроль передачи экстренных извещений, учет инфекционной заболеваемости по поликлинике (ф. № 060/у) и ежеквартальная сверка данных с СЭС. Она готовит материалы по инфекционной заболеваемости для участков, школ, получает дезинфицирующие растворы, ведет утвержденную отчетно-учетную документацию кабинета: журнал регистрации посещения изолятора детской поликлиники (ф. № 059/у), журнал учета инфекционных заболеваний по каждой инфекции отдельно (ф. № 060/у), тетрадь регистрации анализов (отдельно для каждого вида), экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, не-

обычной реакции на прививку (ф. № 058/у), отчет об инфекционных заболеваниях (ф. № 85-инфекция).

Регистратура. Она является одним из ведущих подразделений поликлиники. Регистратура регулирует поток посетителей, информирует о времени работы врачей и вспомогательно-диагностических кабинетов. В регистратуре предусмотрены следующие подразделения: "Окно справок", "Запись врача на дом", "Регистрация больничных листов, справок и других документов", "Выдача талонов на повторный прием к врачу". Во многих поликлиниках регистратура компьютеризирована, внедрена предварительная запись к врачам-специалистам на ближайшие 1-2 недели, запись врача по свободному выбору.

Особого внимания требует регистрация вызова врача на дом. Регистратор обязан узнать паспортные данные, возраст, адрес проживания, осведомиться о состоянии больного, жалобах, температуре тела. Информация о тяжелом больном незамедлительно сообщается участковому врачу или заведующему педиатрическим отделением. Регистратор обязан тщательно вести книгу записи вызовов врачей на дом (ф. № 031/у).

Кабинет доврачебного приема. Он может функционировать самостоятельно и совместно с фильтром. Основной задачей сестры этого кабинета являются помощь врачам в проведении ежегодной диспансеризации детского населения и выполнение функций, не требующих врачебной компетенции.

Сестра кабинета проводит антропометрические измерения, скринирующие исследования, измеряет артериальное давление, температуру тела. Она оформляет под контролем врача медицинскую документацию на детей, поступающих в дошкольные учреждения и школу, выписку из индивидуальных карт развития, санаторно-курортные карты, справки для выезжающих в оздоровительные лагеря, выписки о профилактических прививках, регистрирует эпикризы, поступающие из стационаров, и передает их заведующим отделениями, выдает направления на амбулаторные и другие исследования детям, не нуждающимся в день обращения во врачебном осмотре, проводит санитарно-просветительную работу среди родителей и детей.

Кабинет здорового ребенка (КЗР). Прием здоровых детей первого года жизни можно проводить в КЗР. Кабинет обеспечивает консультационно-методическую помощь родителям, участковым сестрам, педиатрам по вопросам развития, воспитания и охраны здоровья детей. Особое внимание сестра КЗР уделяет

мерам, направленным на сохранение грудного вскармливания, консультирует родителей по организации режима дня, физическому воспитанию детей, привитию им гигиенических навыков, обучает методикам физического воспитания, технологии приготовления и введения детского питания, профилактике и устранению вредных привычек, гигиене полости рта, участвует в подготовке детей к поступлению в дошкольные учреждения, проводит массаж и гимнастику, оценивает нервно-психическое развитие и выявляет особенности поведения детей, консультирует участковых сестер по методике проведения массажа и гимнастики, закалывающих процедур, информирует их о выявленных нарушениях в развитии ребенка и ошибках родителей в уходе за детьми, проводит работу по оформлению холла и КЗР, обеспечивает родителей методическими материалами по уходу за ребенком (памятки, брошюры), осуществляет связь с Домом санитарного просвещения. В некоторых поликлиниках функции сестры КЗР переданы участковым медсестрам.

Сестра КЗР ведет документацию: план работы на год и месяц, карту-вкладыш к форме № 112, журнал учета санитарно-просветительной работы (ф. № 038-0/у), дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (ф. № 039/у).

Педиатрический кабинет. Предназначен для приема детей врачом-педиатром. Помещение должно быть хорошо освещенным, с температурой не ниже 20–22 °С. Его оборудование включает стол для врача, пеленальный стол, кушетку для осмотра старших детей, ростомеры, детские весы, столик для медицинских инструментов. Наличие умывальника с холодной и горячей водой, мыла, полотенца обязательно. В кабинете должны быть сантиметровая лента, шпатели, аппарат для измерения артериального давления, легкомоющиеся игрушки. В нем обычно находится картотека истории развития ребенка 1-го года жизни, а также детей, получающих бесплатное питание, пострадавших от аварии на ЧАЭС и детей-инвалидов.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ УЧАСТКОВОЙ СЕСТРЫ ПО РАЗВИТИЮ И ВОСПИТАНИЮ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

Обслуживание детей на педиатрическом участке осуществляется врачом-педиатром и участковой медицинской сестрой с момента выписки ребенка из родильного дома до передачи его под

наблюдение врачу подросткового кабинета. Такая система динамического наблюдения обеспечивает тесную связь медицинских работников поликлиники с семьей и постоянный контроль за состоянием здоровья детей. В работе участковой сестры выделяют несколько крупных направлений: профилактическое, лечебное и санитарно-просветительное.

Профилактической работе участковая сестра уделяет особое внимание. Новорожденные и дети первых лет жизни отличаются большой ранимостью, повышенной чувствительностью к неблагоприятным условиям среды, высоким уровнем заболеваемости. Поэтому их объединяют в группу усиленного профилактического наблюдения. Участковая сестра систематически наблюдает за развитием здоровых детей на дому, совместно с врачом ведет профилактический прием здоровых детей; контролирует выполнение назначений врача по профилактике рахита. Совместно с врачом ежемесячно планирует профилактические прививки, проводит при необходимости подготовку к ним, вызывает в поликлинику детей и оценивает постпрививочную реакцию. Кроме того, участковая сестра осуществляет подготовку детей к поступлению в дошкольно-школьные учреждения; контролирует направление детей для осмотра узкими специалистами и лабораторного обследования. Она же занимается вопросами рационального вскармливания детей, организацией противоэпидемических мероприятий и санитарно-гигиенического воспитания родителей и детей, проводит динамическое наблюдение за детьми из групп риска и их оздоровление.

Большое значение в работе участковой сестры придается участию в лечебном процессе. При оказании медицинской помощи остро заболевшим детям сестра по назначению врача вводит лекарственные средства, проводит необходимые процедуры и забор мазков, наблюдает за состоянием больного ребенка, о всех переменах сообщает лечащему врачу, контролирует выполнение родителями лечебных назначений и обучает их правилам ухода за больным ребенком. Сестра подробно информирует родителей о возможных признаках ухудшения состояния ребенка и при их возникновении рекомендует немедленно обращаться к врачу, в случае ухудшения состояния ребенка в ее присутствии принимает меры к его госпитализации. При направлении ребенка на стационарное лечение сестра должна проконтролировать своевременность госпитализации. В случае отказа от госпитализации она обязана немедленно сообщить об этом участковому врачу или заведующему педиатрическим отделением.

Лечение детей в поликлинике осуществляется как продолжение лечения больного, начатого на дому, или как реабилитационный процесс после выписки из стационара. Дети обслуживаются участковым врачом и медицинской сестрой, а также врачами-специалистами. Приемы участковых врачей организуются по скользящему графику, чтобы родители могли выбрать удобное время для посещения поликлиники.

Санитарное просвещение – один из ответственных разделов работы участковой сестры. Обучение мастерству воспитания здорового ребенка должно вестись сестрой индивидуально, с учетом особенностей его развития. Участковый педиатр и сестра, руководствуясь в работе годовым планом санитарно-просветительной работы, читают лекции, проводят беседы. Санитарное просвещение осуществляется во время активных патронажных посещений на дому, на врачебном приеме в поликлинике, кабинете здорового ребенка, на занятиях в школе молодых матерей. Большую помощь в воспитании здорового ребенка могут оказать брошюры и памятки по вопросам воспитания и развития. Особое внимание сестра должна уделять работе с родителями, чьи дети не посещают дошкольные учреждения, и детям из неблагополучных семей.

ПАТРОНАЖ

При патронаже ребенка необходимо, чтобы проводимые сестрой беседы и рекомендации совпадали даже в деталях с рекомендациями участкового врача и обязательно подкреплялись показом. Сестра обязана контролировать знание родителями техники ухода за ребенком и правильность выполнения рекомендаций. Чрезвычайно важно, чтобы мать не только знала, но и соблюдала все указания врача.

Содержание патронажсй. *Первый дородовой патронаж.* После взятия беременной на учет в женской консультации сведения передаются в детскую поликлинику, где фиксируются в специальном журнале. Патронаж выполняет участковая медицинская сестра детской поликлиники. Цель патронажа – собрать анамнез и провести инструктаж будущей матери.

При сборе анамнеза особое внимание уделяется факторам пренатального риска: 1) социально-биологическим; 2) акушерско-гинекологическим; 3) экстрагенитальным заболеваниям матери. Для оценки степени риска используют шкалу пренаталь-

ных факторов риска (приложение 4). Беременных женщин с суммарной оценкой 10 баллов и выше относят к группе высокого риска, 5–9 баллов – среднего, до 4 баллов – низкого. Обращается внимание на наследственную отягощенность, психологический климат в семье, уточняется, желанна ли беременность.

Инструктаж беременной женщины включает вопросы здорового образа жизни и снижения выявленных факторов риска. Будущие родители приглашаются в "Школу молодой матери". Полученные сведения медицинская сестра записывает в историю развития ребенка (ф. № 112). Участковый врач знакомится с результатами патронажа, при необходимости разрабатывает совместную тактику с акушером-гинекологом и участковым терапевтом.

Второй дородовой патронаж проводится на 31–38-й неделе беременности. Цель патронажа – проверка выполнения данных ранее рекомендаций, повторная оценка факторов риска, подготовка к послеродовому периоду. Инструктаж включает вопросы грудного вскармливания, подготовки молочных желез, профилактики гипогалактии и мастита; организации уголка ребенка; необходимого приданого для новорожденного, аптечки, беседы с будущей мамой и членами семьи о подготовке к рождению ребенка.

Первичный патронаж новорожденного. Старшая сестра детской поликлиники, получив сведения о выписке новорожденного из родильного дома, в этот же день заносит данные в журнал регистрации новорожденных, заполняет историю развития новорожденного и передает ее в регистратуру или непосредственно участковой медицинской сестре. Участковые педиатр и сестра должны совместно посетить новорожденного в первые дни после выписки из роддома. Первый ребенок в семье, дети с перинатальной и врожденной патологией, а также недоношенные осматриваются в день выписки. Если этот день выходной – посещение осуществляет дежурный врач-педиатр. Новорожденного ребенка наблюдают только на дому.

Первичный патронаж к новорожденному необходим для оказания практической помощи в новой для матери деятельности. Во время патронажа сестра уделяет особое внимание мерам по сохранению грудного вскармливания, обучает мать приемам ухода за ребенком (утреннему и текущему туалету, купанию, свободному пеленанию, укладыванию в кроватку), контролирует соблюдение гигиенического режима и условий воспитания, об-

ращает внимание на максимальное ограждение новорожденного от излишних контактов, знакомит родителей с режимом работы поликлиники, при необходимости обрабатывает пупочную ранку, осматривает след от БЦЖ-вакцинации, выполняет назначения врача, проводит беседы и дает рекомендации по организации уголка ребенка, температурному режиму в комнате, санитарному состоянию и уборке помещения, рассказывает о необходимых предметах ухода за ребенком и его одежде, значении свободного пеленания, правилах стирки и хранения чистого и грязного белья, организации прогулок, роли отца в уходе и воспитании ребенка.

При выполнении патронажа необходимо установить тесный контакт с семьей ребенка. Родители должны видеть в участковой сестре своего помощника, готового всегда дать квалифицированный совет и оказать при необходимости медицинскую помощь.

Содержание бесед и отдельных рекомендаций участковой сестры. Уголок ребенка и организация сна. Детская комната должна быть большой и светлой, без лишней мебели. Детскую кроватку располагают так, чтобы ребенок не находился под прямыми солнечными лучами, на сквозняке или возле отопительных приборов. Рядом с кроваткой ставят стол для пеленания, тумбочку для предметов ухода. Кроватка должна быть с сетчатыми или решетчатыми стенками, дно жестким, на него кладут жесткий матрас из конского волоса или морской травы. Мягкие матрасы и подушка, длительный сон в коляске способствуют перегреванию ребенка и искривлению позвоночника. Продолжительное пребывание в коляске содействует раздражению вестибулярного аппарата, что отрицательно сказывается на ребенке. Укладывают новорожденного в постель без подушки с приподнятым головным концом кровати либо с подголовником высотой 2–3 см только на бок (ни в коем случае на спину, лицом вверх). Укладывать здорового ребенка на живот при условии "согласия" ребенка можно во втором полугодии жизни. Положение на животе считается физиологичным – дети спят свободно, при срыгивании нет опасности аспирации. Такое положение предотвращает и исправляет пороки развития позвоночника и нижних конечностей, не отмечается уплощения теменных и затылочных костей, укрепляются затылочные и спинные мышцы.

Температурный режим в комнате, санитарное состояние и уборка помещения. Температура в помещении для детей должна быть 20–22 °С, освещение уме-

ренным. Ежедневно следует проводить влажную уборку, комнату проветривать не менее 6 раз в сутки по 15–20 мин. Очень важно поддерживать в доме спокойную обстановку и тишину.

Необходимые предметы ухода за ребенком и медикаменты, их хранение. Марлевые салфетки, вату, бинты хранят в стерильной упаковке или в чистых прокипяченных стеклянных банках с крышками. Отдельно от вещей взрослых должны находиться термометры (водяной и медицинский), рукавичка из байки для мытья ребенка, детское мыло, кувшин, подставка в ванну для купания, ванночка, ножницы для стрижки ногтей. В отдельных стеклянных банках хранят пипетки для глаз и носа. Для ухода за ребенком необходимо иметь детский крем, присыпку, порошок калия перманганата, вазелиновое масло или прокипяченное растительное, 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого, а также газоотводную трубку и резиновый баллон для клизмы.

Одежда новорожденного ребенка. Комплект белья должен включать: 6 простынок, 10 фланелевых и 20 ситцевых пеленок, 20 подгузников, 6 распашонок, 5 ситцевых и 5 байковых кофточек, 1 легкое и 1 теплое одеяла, 2–4 пододеяльника, 2–4 простыни, 1–2 хлопчатобумажных и 2 фланелевых чепчика, 1 шерстяную шапочку. Все вещи ребенка готовят из мягких, натуральных (хлопчатобумажных или льняных), легко стирающихся тканей, которые можно кипятить. Швы не должны быть грубыми.

Правила хранения чистого и грязного белья, стирка. Детское белье и одежду хранят и стирают отдельно от вещей взрослых. При стирке используются специальные моющие средства для детского белья. До заживления пупочной ранки белье следует кипятить и проглаживать с обеих сторон. Категорически запрещается использовать подсушенные после мочеиспускания пеленки.

Организация прогулок (см. "Закаливание").

Участковая сестра при выполнении патронажа новорожденного указывает на недопустимость курения в квартире, обязательную смену верхней одежды и мытье рук, перед тем как подойти к ребенку, частую стирку халата (платья), в котором осуществляется уход, подчеркивает значение строгой изоляции заболевших членов семьи.

Последующие патронажи новорожденного. Проводятся на протяжении первого месяца жизни еженедельно. Посещения ор-

ганизируются чаще к детям из неблагополучных семей или при угрозе инфицирования ребенка. Во время патронажа сестра выясняет возможные жалобы матери, изучает санитарное состояние квартиры, условия жизни ребенка, тщательно осматривает его кожные покровы, слизистые оболочки, грудные железы, пупочную ранку, определяет тургор тканей, оценивает стул и мочеиспускание, дает советы по режиму дня, сохранению лактации, уходу и закаливанию ребенка, профилактике рахита. В возрасте 1 месяца мать со здоровым ребенком приглашается на первый профилактический прием в поликлинику.

Особенности работы медицинской сестры с ребенком грудного возраста. Первостепенное значение в работе с детьми грудного возраста имеют вопросы сохранения грудного вскармливания. Осматривая ребенка, сестра должна уметь оценить его состояние и самочувствие, обратить внимание на глаза, уши, кожные покровы и видимые слизистые, оценить характер стула, реакцию на БЦЖ-вакцинацию (в 1, 3, 6, 12 месяцев), определить динамику и соответствие возрасту ведущих линий нервно-психического развития, характер поведенческой реакции. Сестра должна обучить мать элементам ухода за ребенком, дать совет по режиму дня, рекомендовать новые блюда в питании ребенка, обучить мать элементам физического воспитания, закаливанию и воспитательному воздействию.

В каждой возрастной группе работа сестры имеет свои особенности. У детей первых 3 месяцев жизни участковый врач и сестра обращают внимание на предупреждение и раннее выявление рахита, анемии, дистрофии, септических состояний и заболеваний кожи. В работе с детьми от 3 до 6 месяцев сестра рассказывает матери о введении прикорма, разъясняет важность проведения профилактических прививок и контролирует их выполнение. Дети в возрасте от 6 до 9 месяцев приобретают новые навыки, расширяются их контакты со взрослыми. В этот период угасает иммунитет, полученный от матери, поэтому сестра уделяет внимание вопросам профилактики респираторных заболеваний, капельных и острых кишечных инфекций. Период в возрасте от 9 до 12 месяцев совпадает с усилением двигательной активности ребенка. Внимание должно быть уделено профилактике травматизма.

Необходимо помнить, что на протяжении первого года ответственными в жизни ребенка являются повозрастные изменения режима: сна, кормления и бодрствования.

РАБОТА УЧАСТКОВОЙ СЕСТРЫ НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

В определенные дни недели в поликлинике ведется прием здоровых детей 1-го года жизни. Сведения о том, кого приглашать на прием, сестра берет из месячного плана работы участкового педиатра, предварительно оповещает родителей, выдает талоны на прием к врачу-специалисту и направления на сдачу анализов в лабораторию. Такая система профилактических осмотров сокращает время их проведения, исключает контакт здоровых детей с больными, позволяет врачу комиссионно решать вопрос об оздоровлении и лечении детей.

Участковая сестра является основным помощником педиатра на приеме. В ее обязанности входит подготовка кабинета к приему: проветривание, проверка санитарного состояния, подготовка унифицированных бланков, штампов-клише, папок с методическими материалами, емкостей со шпателями, термометра, сантиметровой ленты, мыла, полотенец, ростометров, игрушек, дезинфицирующих растворов для обработки пеленального стола и рук. После подготовки кабинета сестра приносит из регистратуры (или выкладывает при хранении в кабинете) истории развития детей, приглашенных на прием. В день профилактического приема проводится смена халатов.

Во время профилактического приема она регулирует поток детей, соблюдая, кроме очередности, следующие правила: недоношенные и ослабленные дети приглашаются в первую очередь, детей с видимыми дефектами развития лучше осматривать на дому или в поликлинике по окончании приема (их приглашают на конец приема). Сестра проводит антропометрию, проверяет, как мать освоила навыки по уходу за ребенком, дает советы по питанию, проводит целевые беседы, обучает родителей новым элементам массажа и гимнастики, помогает врачу в ведении документации, выдает направления на анализы, оформляет документы на бесплатное питание и медикаменты, под контролем врача выписывает рецепты.

Значительную помощь при проведении профилактических приемов оказывает кабинет здорового ребенка.

ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Поступление ребенка в детское дошкольное учреждение (ДДУ) является ответственным моментом для ребенка и его ро-

дителей. При поступлении в ДДУ у детей может развиваться дизадаптационный синдром: чувство страха, плач, протест или общая заторможенность, негативизм, утрата приобретенных навыков, снижение аппетита, нарушение сна, похудение, повышение температуры, недержание мочи и кала. Отмечается падение иммунитета, что приводит к повышению заболеваемости. Степень выраженности указанных отклонений зависит от возраста и индивидуальных особенностей ребенка. Адаптация может быть физиологической, напряженной и патологической и длиться от 2–3 недель до нескольких месяцев.

С целью снижения возможной дизадаптации следует планомерно проводить подготовку детей к ДДУ. Эта работа проводится участковым педиатром, участковой сестрой, сестрой кабинета воспитания здорового ребенка и состоит из двух разделов: общей и специальной подготовки. Общая подготовка включает проведение общепринятых мероприятий по обслуживанию детей на педиатрическом участке. **С п е ц и а л ь н а я** подготовка начинается не позднее 2–3 месяцев до поступления ребенка в ДДУ. Участковый педиатр делает отметку в истории развития ребенка: "Ребенок готовится к поступлению в ДДУ" и намечает план подготовки. Сама подготовка осуществляется участковой сестрой. Она должна ознакомить родителей с условиями воспитания в ДДУ; внести при необходимости изменения в домашний режим дня, приблизив его к режиму детского учреждения; отрегулировать питание ребенка, предложив родителям готовить пищу, близкую по составу и технологии приготовления к пище детского учреждения; контролировать выполнение назначений врача по оздоровлению ребенка (лечение хронических очагов инфекции и неблагоприятного фона), уделять особое внимание индивидуальному оздоровлению часто и длительно болеющих детей; контролировать выполнение назначенных профилактических прививок, проводить работу по исправлению вредных привычек (укачивание, пользование пустышкой, сосание пальцев); активно приучать ребенка к общению с другими детьми и взрослыми.

Для поступления в ДДУ оформляется индивидуальная карта ребенка (ф. № 026/у), где указываются социально-бытовые условия семьи, аллергологический и генеалогический анамнезы, перенесенные заболевания, прививки, результаты пробы Манту, проведенные мероприятия по санации полости рта, результаты дегельминтизации, данные осмотров специалистов и лаборатор-

ных исследований, дается комплексная оценка состояния здоровья с рекомендациями по оздоровлению.

ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ

Перед поступлением в школу важно своевременно выявить и провести коррекцию отклонений в состоянии здоровья детей, определить степень их готовности к обучению. Недостаточная зрелость детей неблагоприятно отражается на работоспособности, успеваемости и состоянии здоровья. Определение готовности к обучению в школе проводится врачом детской поликлиники по медицинским и психофизиологическим критериям.

К медицинским критериям относят уровень биологического развития, состояние здоровья в момент осмотра, острую заболеваемость за предшествующий год. Зрелость ребенка оценивается психофизиологическими критериями: по результатам выполнения теста Керна-Йерасика, мотометрического теста, качеству звукопроизношения.

Первое обследование осуществляется осенью за год до поступления детей в школу или подготовительную группу детского сада. Ребенку проводится психофизиологическое исследование, его осматривают все специалисты детской поликлиники: оториноларинголог, офтальмолог, психоневролог, хирург-ортопед, стоматолог, педиатр. Результаты обследования заносятся в медицинскую карту развития ребенка. Детям с отклонениями в состоянии здоровья назначается комплекс лечебных и оздоровительных мероприятий. Выполнение рекомендаций осуществляется врачами-специалистами детской поликлиники, участковый педиатр контролирует их выполнение. Детям, признанным не готовыми к школе при первом обследовании, в мае-апреле проводится повторный медицинский осмотр теми же специалистами с психофизиологическим обследованием. Ребенку проводят общий анализ крови и мочи, исследование кала на яйца глистов и все необходимые профилактические прививки. Участковый педиатр принимает окончательное решение о готовности ребенка к школе, определяет группу для занятий физическим воспитанием. Результаты осмотров и анализов, рекомендации для фельдшера школы заносят в индивидуальную карту школьника (ф. 026/у-80), которую выдают на руки родителям для предъявления в школу, составляют списки детей с указанием готовности обучения в школе.

Минимальное количество детей с первично выявленной патологией свидетельствует об эффективном динамическом наблюдении в дошкольном возрасте.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Динамическое наблюдение – это система мероприятий, направленных на предупреждение и раннее выявление заболеваний, обеспечение детского населения своевременной и квалифицированной медицинской помощью.

Основная часть работы при проведении ежегодного динамического наблюдения возложена на участкового педиатра и участковую сестру. Они планируют мероприятия по организации динамического наблюдения за детьми своего участка. После проведения персонального учета (переписи) детского населения его распределяют по группам: новорожденные, дети первого, второго и третьего года жизни, дети дошкольного возраста, школьники до 15 лет. Участковой сестрой проводится разъяснительная работа с родителями и детьми о необходимости профилактических осмотров. Ребенок приглашается на прием к участковому педиатру, узким специалистам, на лабораторные обследования и профилактические прививки.

Дети первых 3 лет жизни осматриваются педиатром дифференцированно, частота осмотров зависит от возраста и состояния здоровья ребенка (см. приложения 6, 7). Здоровый ребенок первого года на первом месяце жизни осматривается на дому 4–5 раз, затем ежемесячно в поликлинике, где проводятся антропометрия, лабораторное обследование и консультативные осмотры узкими специалистами. На 2-м году жизни дети осматриваются педиатром 4 раза в год, на 3-м – 2 раза, после 3 лет – не реже 1 раза в год.

После осмотра ребенка педиатр комплексно оценивает состояние здоровья, определяет группу здоровья, дает необходимые рекомендации. Выявив отклонения со стороны отдельных органов и систем или не установив диагноз, назначают необходимые консультации врачей-специалистов и дополнительные лабораторные и функционально-диагностические исследования. При установлении точного диагноза рекомендуют индивидуальные лечебно-оздоровительные мероприятия, включающие при необходимости стационарное, санаторное лечение и восстанови-

тельную терапию в условиях поликлиники. Все данные осмотров вносятся в историю развития ребенка (ф. № 112/у), индивидуальную карту ребенка, посещающего детское дошкольное учреждение или школу (ф. № 026/у), карту учета диспансеризации (ф. № 131/у). При проведении профилактических осмотров используются скрининг-тесты. Это обеспечивает предварительное выявление в детских коллективах (из условно здорового контингента) лиц, у которых наиболее вероятно наличие отклонения. Скрининг-программа включает анкетный тест, индивидуальную оценку физического развития, измерение артериального давления, выявление нарушений опорно-двигательного аппарата (осанки, истинного сколиоза, плоскостопия при проведении с 5 лет плантографии), предмиопии и нарушений цветового зрения, выявление протеинурии и глюкозурии с помощью лабораторных скрининг-тестов.

Дети с выявленными отклонениями в состоянии здоровья подлежат динамическому наблюдению. Оно предусматривает как можно более раннее выявление и взятие на учет детей с хроническими формами заболевания, а также реконвалесцентов после тяжелых острых заболеваний, их регулярное наблюдение, обследование и профилактическое лечение.

Документацию, относящуюся к динамическому наблюдению, ведут участковые сестры. Они заполняют ф. № 030/у на всех взятых на учет больных детей, следят за сроками его проведения, вызывают детей к участковому врачу, вносят под руководством врача записи в ф. № 030/у, выполняют врачебные назначения.

Динамическому наблюдению подлежат дети с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, болезнями органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы, крови, эндокринной системы, опорно-двигательного аппарата, отдельными инфекционными заболеваниями, болезнями и поражениями глаз, уха, горла и носа, нервно-психическими заболеваниями. Дети, страдающие рахитом, дистрофией, экссудативным диатезом, часто и длительно болеющие, а также находящиеся на частично грудном и искусственном вскармливании, наблюдаются участковым педиатром без заполнения учетной ф. № 030/у. Для этой группы детей ведется журнальный учет.

Снятие больного с учета осуществляется при обязательном участии участкового врача и специалиста, который наблюдает ребенка. Если больной с учета не снимается, то в конце года со-

ставляется план наблюдения на следующий год, который вносится в историю развития ребенка.

Контрольные вопросы

1. Перечислите обязанности сестер основных структурных подразделений детской поликлиники. Какая основная медицинская документация ведется участковой службой? 2. Из каких разделов состоит профилактическая работа участковой сестры? 3. Укажите сроки и цели сестринского патронажа новорожденного и грудного ребенка. 4. Какие рекомендации вы дадите матери при выполнении первичного патронажа новорожденного? 5. Какую работу выполняет участковая сестра на профилактическом приеме? 6. В чем заключается подготовка ребенка к поступлению в дошкольное учреждение (школу)? 7. Как проводится динамическое наблюдение детского населения?

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СЕСТРЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Обстановка в детской поликлинике не должна внушать страх и опасение маленьким пациентам. Чистота, уют, яркие игрушки, сказочные персонажи в холлах и кабинетах призваны вызывать у ребенка положительные эмоции, а приветливость медицинского персонала – расположить к себе.

Лицом поликлиники является регистратура. Для работы в ней подбираются люди отзывчивые, ясно понимающие психологию родителей больного ребенка и умеющие убедить их в том, что медицинским работникам поликлиники можно доверить здоровье малыша.

В кабинете врача родители должны видеть, что все внимание педиатра и сестры уделено ребенку. Посторонние разговоры вызывают у родителей чувство недоверия. В первую очередь следует установить контакт с маленьким пациентом. Как только родители отметят, что малыш не сопротивляется осмотру, они тоже начинают относиться к медицинскому персоналу с доверием.

Нередко медицинским работникам приходится иметь дело с плохо воспитанными и нервными детьми, которые категорически отказываются выполнять просьбы и привыкли добиваться выполнения своих желаний криком, истерическими реакциями. В общении с ними надо сохранять внешнее спокойствие, невозмутимость, уметь твердо отклонить необоснованные просьбы и, не прибегая к окрикам и угрозам, переключить внимание ребен-

ка. Иногда приходится спокойно и аргументированно убеждать и мать в необоснованности претензий. Спокойный тон – путь к доверию, а возбужденный, раздраженный – нарушает взаимный контакт. Отсутствием такта, грубостью можно навредить, даже выполняя все предписания врача.

В процедурном кабинете недопустимо приготовление инструментов в присутствии ребенка. Он не должен видеть шприцы, иглы, окровавленные куски ваты и марли. Выполняя неприятные для ребенка манипуляции и процедуры, сестра должна отвлечь его внимание разговором, неожиданным восклицанием, игрушкой. Вытеснение одних эмоций другими в большинстве своем дает положительный эффект. С детьми 5–6 лет необходимо беседовать в такой форме, чтобы они сознательно относились к проведению медицинских процедур. Некоторые дети лучше ведут себя, когда сестра, проявляя доброту и участие, еще строга и требовательна. Дети чувствуют, что здесь не может быть возражений. Иногда определенную помощь может оказать и мать, которой следует объяснить, что ей необходимо делать и как себя вести. Говорить ребенку о том, что укол будет совершенно безболезненным, недопустимо: ребенок после инъекции разоблачит ложь. Это может в дальнейшем вызвать недоверие к медсестре. Ребенок любого возраста – это личность, которая нуждается в понимании и уважении, правдивом, бережном отношении к себе со стороны взрослых.

При посещении ребенка на дому сестра становится объектом изучения и наблюдения со стороны семьи. Установление контакта является очень важной, порой и сложной задачей. Родители судят о сестре и ее профессионализме по внешнему виду, опрятности, манере держать себя, умению найти контакт с ребенком. Выполняя служебные обязанности, сестра не должна забывать элементарных правил культуры поведения: перед входом в квартиру очищать обувь от грязи, приветливо здороваться, мыть руки, не вносить лишнего беспокойства, находить пути подхода к ребенку. При беседе с матерью необходимо учитывать, что она может забыть или не понять рекомендаций. Взволнованным и несосредоточенным родителям следует повторить или записать сказанное в виде памятки. Немаловажное значение имеет то, насколько правильно сестра умеет доводить до матери суть назначенных рекомендаций и приемов ухода, активизировать ее волю на борьбу с болезнью ребенка, контролировать выполнение данных советов.