

УГБани
Помянова О.В.

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Министерства здравоохранения России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:

«Анализ качества и эффективности медицинского обслуживания
новорожденного на участке»

Выполнила:

Студент 5 курса 3 группы

педиатрического факультета

Беридзе Нона Нугзариевна

Волгоград - 2018

Содержание

1. Введение.....	3
2. Цель научно-исследовательской работы.....	5
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	5
4. Основные определения и понятия.....	6
5. Теоретическая часть.....	8
6. Роль участкового врача-педиатра в медицинском обслуживании новорожденных.....	9
7. Собственное исследование.....	13
8. Литературный обзор.....	16
9. Выводы.....	19
10. Список литературы	20

Введение

Особенности демографической ситуации в Российской Федерации последние десятилетия определяют необходимость перехода на более современные, экономичные и эффективные профилактические технологии сохранения и оптимизации здоровья детского населения, особенно детей от рождения до 1 года. Чрезвычайно важен акцент на управляемые медико-организационные факторы. Одним из таких факторов является систематическое диспансерное наблюдение детей на первом году жизни.

Диспансеризация - это динамический контроль за состоянием здоровья (детей) с целью ранней диагностики начальных отклонений, проведения своевременных оздоровительных и корригирующих мероприятий, а также обеспечения условий, необходимых для оптимального состояния здоровья и развития.

Основные задачи врачебного контроля:

- тщательный и углублённый контроль развития детей в определённые возрастные периоды;
- назначение рекомендаций, направленных на правильное физическое, половое и нервно-психическое развитие, на сохранность и совершенствование всех функциональных систем организма;
- раннее выявление отклонений в состоянии здоровья ребёнка с целью быстрой реабилитации для предотвращения нарушения развития и формирования хронических заболеваний;
- оценка состояния здоровья;

- определение групп риска (биологического, семейно-психолого-педагогического и социального), выделение медико-социальных групп детей, требующих специального внимания семьи, педагогов, психологов и социальных работников;
- выделение группы больных детей острыми (транзиторными, циклическими) и хроническими заболеваниями (диспансерные группы по ф. 30).

Содержание комплексных медицинских осмотров определяется возрастом и группой здоровья детей. К ним привлекаются многие узкие специалисты, проводятся дополнительные обследования и лабораторные исследования, что позволяет комиссионно, на междисциплинарном уровне решать вопрос о состоянии здоровья ребёнка и мониторировать его развитие. При необходимости и с учётом установленного качества здоровья индивидуально назначаются оздоровительные профилактические или лечебные мероприятия.

По завершении планового осмотра необходимо дать оценку физическому, половому и нервно-психическому развитию, определить группы здоровья ребёнка. При наличии критериев конкретного диагноза формируется диагноз, и ребёнок наблюдается педиатром по группе диспансерного учёта по ф. 030 (пороки развития, наследственные заболевания, хронические болезни).

Цель научно-исследовательской работы

Проанализировать качество и эффективность обслуживания новорожденных на участке, оценивая показатели мая 2017 и 2018 годов.

Задачи научно-исследовательской работы

1. Изучить и провести анализ теоретических материалов по обслуживанию новорожденных на участке.
2. Сравнить количество детей, получивших и не получивших вакцины (БЦЖ, БЦЖ-М и гепатит-В) в мае 2017 и 2018 годов.
3. Сравнить процент грудного и естественного вскармливания в мае 2017 и 2018 годов.
4. Сравнить заболеваемость новорожденных в мае 2017 и 2018 годов.
5. Проанализировать полученные результаты.

Основные определения и понятия

Здоровый новорожденный — ребенок, родившийся от практически здоровой матери, не имевшей осложнений во время беременности и родов, с оценкой по шкале Ангар 8-10 баллов, имеющий массу тела от 3 до 4,5 кг, с масоростовым коэффициентом 60-80, с нормально протекавшим периодом адаптации, с максимальной убылью первоначальной массы тела не более 6-8%, находящийся на естественном вскармливании и выписанный из родильного дома на 5-6 сут.

К новорожденным условно относят детей первого месяца жизни (до 28 сут).

Выделяют следующие клинические группы новорожденных.

- Доношенные дети, родившиеся при сроке беременности 38-40 нед, с массой тела 2501 г и более, ростом 47 см и более, морфологически и функционально соответствующие гестационному возрасту.
- Недоношенные дети, родившиеся при сроке беременности менее 38 нед, массой тела менее 2500 г, ростом менее 47 см. Недоношенные дети могут быть зрелые, незрелые, с внутриутробной гипотрофией.

Классификация степеней недоношенности по гестационному возрасту к моменту рождения.

- I степень — 35-37 нед беременности.
- II степень — 32-34 нед беременности.
- III степень — 29-31 нед беременности.
- IV степень — менее 29 нед беременности.
- Незрелые дети — не соответствующие по степени зрелости гестационному возрасту. Они могут быть доношенными и недоношенными.

- Переношенные дети — родившиеся при сроке беременности более 42 нед и имеющие признаки переношенности.

Теоретическая часть

Настоящее исследование проводилось в период с 13 июня по 9 июля 2018 года.

В ходе исследования была проанализирована отчетная медицинская документация участкового врача педиатра на 13 участке 2 педиатрического отделения ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №15».

Кроме того в данную исследовательскую статью был включён литературный обзор и анализ наиболее актуальных научных статей.

Были проанализированы данные медицинской документации:

- Форма 103/у - медицинское свидетельство о рождении
- Форма 063/у – карта профилактических прививок
- Форма 112/у – история развития ребенка

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программного пакета Microsoft Excel.

Роль участкового врача-педиатра в медицинском обслуживании новорожденных

Задачи участкового врача-педиатра на первичном патронаже новорожденного:

1. Выявление групп риска и определение направленности риска
2. Сбор и оценка данных генеалогического анамнеза.
3. Сбор и оценка данных биологического анамнеза.
4. Сбор и оценка данных социального анамнеза.
5. Оценка физического развития.
6. Диагностика и оценка нервно-психического развития, в том числе:
 - диагностика нервно-психического развития;
 - оценка нервно-психического развития с определением варианта группы развития;
 - выделение групп риска.
7. Оценка резистентности, в том числе:
 - анализ частоты, длительности и тяжести острых заболеваний.
8. Диагностика и оценка функционального состояния организма, в том числе:
 - выявление жалоб;
 - осмотр по органам и системам;
 - оценка частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхательных движений (ЧДД) и артериального давления (АД);
 - сбор сведений и оценка поведения ребёнка;
 - выделение групп риска по отклонениям в поведении.

Врач дает рекомендации, в том числе по следующим разделам:

- санитарно-гигиенические условия;
- режим;

- вскармливание и питание;
- физическое воспитание и закаливание;
- воспитательные воздействия;
- рекомендации по иммунопрофилактике инфекционных заболеваний;
- рекомендации по профилактике пограничных состояний и их прогрессирования;
- лабораторные и другие методы исследования, включающие аудиологический скрининг, УЗИ (в том числе УЗИ тазобедренных суставов).

Заключение о состоянии здоровья: Период новорожденности, группа здоровья ПА. ВУИ. ГПЦНС. Физическое развитие гармоничное, мезосоматическое.

Группу здоровья новорождённого оценивают при выписке из родильного дома.

- I-я группа - здоровые дети от здоровых матерей, гестоз I половины беременности.
- 2-я группа:
 - «А» подгруппа - дети от матерей, имеющих узкий таз, дети с физиологической незрелостью, недоношенностью I степени, токсической эритемой, отёчным синдромом I степени, переносенностью I степени.
 - «Б» группа - осложнённый соматический анамнез матери: хронические заболевания органов дыхания, эндокринопатии, заболевания сердечно-сосудистой системы, аллергические заболевания, заболевания мочевыделительной системы. Осложнённый акушерско-гинекологический анамнез матери: острые и хронические заболевания половых органов, роды в ягодичном предлежании, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов, кесарево сечение. Гипогалактия у матери. Асфиксия лёгкой степени (оценка по шкале Апгар 6-7 баллов), ребёнок от многоплодной беременности, задержка внутриутробного развития ребёнка, перекошенность II степени.

дети с массой менее 2000 г или более 4000 г, множественные малые анатомические аномалии (более 4-5), транзиторная лихорадка, патологическая убыль массы тела (более 8%).

- 3-я группа - асфиксия средней и тяжёлой степени, родовая травма, кефалогематома, катетеризация пупочной вены, недоношенность III степени, эмбриофетопатии, геморрагическая болезнь, гемолитическая болезнь новорождённого, внутриутробные инфекции.
- 4-ю и 5-ю группу здоровья присваивают при наличии врождённых пороков развития с признаками выраженной декомпенсации.

Диспансерное наблюдение здоровых новорождённых

Наблюдение участковым педиатром

1-я группа здоровья:

- в первые 3 дня после выписки из родильного дома:
- на 18-20-й день жизни;
- на 28-30-й день жизни - посещение ребёнком поликлиники, на 2-м месяце жизни здоровый ребёнок посещает поликлинику 2 раза, далее ежемесячно.

2-я группа здоровья:

- в первые 3 дня после выписки из родильного дома:
- 14-й день жизни;
- 21-й день жизни;
- на 28-30-й день жизни - посещение ребёнком поликлиники, на 1 месяце жизни здоровый ребёнок посещает поликлинику 2 раза, да ежемесячно.

3-я группа здоровья:

- в первые сутки после выписки из родильного дома;
- новорождённых осматривает заведующая отделением;

- каждые 5 дней в течение первого месяца жизни детей осматривает педиатр. Далее наблюдение ведут по основному заболеванию вместе с узкими специалистами.
- 4-ю и 5-ю группу наблюдают по основному заболеванию в стационар.

Диспансеризация и реабилитация новорождённых из различных групп риска на педиатрическом участке

Группы риска новорождённых детей (методические рекомендации СССР от 1984 г.)

- 1-я группа - новорождённые с риском развития патологии ЦНС.
- 2-я группа - новорождённые с риском внутриутробного инфицирования.
- 3-я группа - новорождённые с риском развития трофических нарушений и эндокринопатий.
- 4-я группа - новорождённые с риском развития врождённых пороков органов и систем.
- 5-я группа - новорождённые из группы социального риска.

Выделяют также дополнительные группы (согласно приказу МЗ РФ № 108 от 29.03.96 г. и методическим рекомендациям г. Иваново от 1988 г.

- группа риска по тугоухости и глухоте;
- группа риска по анемии;
- группа риска по развитию синдрома внезапной смерти;
- группа риска по развитию аллергических заболеваний.

Диспансерное наблюдение за новорождёнными из разных групп риска на педиатрическом участке осуществляют дифференцированно.

Собственное исследование

За время производственной практики в качестве помощника участкового врача-педиатра на базе ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №15» была проведена научно-исследовательская работа на тему «Анализ качества и эффективности обслуживания новорожденных на участке». Для анализа были взяты 2 группы новорожденных (май 2017 и май 2018 годов) по 40 человек.

Табл.1 Критерии здоровья новорожденных

Критерии	Май 2017			Май 2018		
	Физическое развитие	гармоничное	28	70%	гармоничное	30
дисгармоничное		12	30%	дисгармоничное	10	25%
Нервно-психическое развитие	соответствует возрасту	28	70%	соответствует возрасту	29	72,5%
	опережает	1	2,5%	опережает	2	5%
	отставание	11	27,5	отставание	11	27,5%
Наследственный анамнез отягощен	да	15	38%	да	14	35%
	нет	25	62%	нет	26	65%
Социально-бытовые условия	благоприятные	30	75%	благоприятные	31	77,5%
	неблагоприятные	10	25%	неблагоприятные	9	22,5%
Резистентность организма	отсутствие болезней	1	2,5%	отсутствие болезней	2	5%
	эпизодически болеющие	25	62%	эпизодически болеющие	25	32,5%
	ЧБД	14	35,5%	ЧБД	13	30%
Хронические/врожденные заболевания	да	1	2,5%	да	1	2,5%
	нет	39	97,5%	нет	39	97,5%

Табл.2 Грудное вскармливание

	Май 2017		Май 2018	
	0-28 дней	20	50%	22

Уровень физического развития повысился по сравнению с предыдущими значениями на 5%, уровень нервно-психического развития также повысился на 2,5%, повысилась резистентность организма к болезням на 2,5%, что связано с приростом грудного вскармливания на 5%.

Табл.3 Заболеваемость новорожденных

Диагнозы	Май 2017		Май 2018	
Ринит	20	241 ‰	19	229 ‰
ОРВИ	15	181%	14	169 ‰
Бронхит	5	60 ‰	6	72 ‰
Пневмония	3	36%	2	24 ‰
Конъюнктивит	1	12 ‰	1	12 ‰
Омфалит	5	60 ‰	6	72 ‰
Пиодермия	0	0	0	0
Врожденные аномалии	1	12 ‰	1	12 ‰
Церебральная ишемия	11	132,5 ‰	11	132,5 ‰
Фурункул	1	12 ‰	2	24 ‰
Гнойный мастит	0	0	0	0
Белково-энергетическая недостаточность	20	241 ‰	21	253 ‰

Снизилась заболеваемость по ОРВИ и ринит на 12 %, а заболеваемость белково-энергетической недостаточности бронхитами, фурункулами и омфалитами увеличилась на 12 % в связи недостаточным уходом за ребенком.

Табл.4 Вакцинация в родильном доме

2017г

	Сделано		Медицинские отводы		Отказы	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
БЦЖ	37	92,5%	2	5%	1	2,5%
Гепатит Б	38	95%	1	2,5%,	1	2,5%

2018г

	Сделано		Медицинские отводы		Отказы	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
БЦЖ	31	89%	3	8%	1	3%
Гепатит Б	31	89%	3	8%	1	3%

По сравнению с 2017г увеличилось число медицинских отводов на 3%, выросло количество отказов на 0,5% из-за отказов в роддоме от вакцинации гепатита В, в связи с опасениями матери заражения ребенка.

Табл.5 Распределение новорожденных по группам риска

Наименование	Май 2017		Май 2018	
Риск ГПЦНС	15	37,5%	15	43%
Риск ВУИ	20	50 %	16	46%
Риск анемии	10	25 %	10	28,6%
Риск сахарного диабета	3	7,5%	4	11,4%
Риск аллергических заболеваний	2	5%	2	6%
Риск БЭН	2	5%	5	14,3%

По сравнению с 2017 годом процент ВУИ снизился на 4%, что связано с эффективностью санитарно-просветительских работ в области репродуктивного здоровья. Процент белково-энергетической недостаточности увеличился на 9,3%, анемии на 3,6%, что связано с недостаточным питанием матери и несерьезным отношением к своему здоровью.

Литературный обзор

Диспансеризация — это комплекс мероприятий, включающих систематическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья определенных групп здорового населения или больных хроническими заболеваниями с целью предупреждения, раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики. [1]

Именно в нашей стране сформировалась система охраны материнства и младенчества, в основе функционирования которой была заложена профилактическая направленность деятельности всех служб здравоохранения, начиная с этапа подготовки женщин к беременности, наблюдения беременных, обеспечения родоразрешения и последующего наблюдения детей. Сложилась уникальная педиатрическая система, центральным звеном которой явились детские поликлиники, обеспечивающие сплошную общедоступную и бесплатную диспансеризацию детского населения.

Основные методологические принципы диспансерного наблюдения на первом году жизни заключаются в следующем:

1. сплошной охват детей, проживающих в районе обслуживания поликлиники, независимо от наличия регистрации или полиса, единство профилактической и лечебной работы участкового педиатра;
2. дифференцированное наблюдение за детьми и профилактические, оздоровительные, лечебные меры в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка;
3. ведущая роль районной детской поликлиники (или районной ЦРБ) в диспансерном наблюдении при широком вовлечении консультативных центров; преемственность между учреждениями различного профиля в обследовании и ведении детей;

4. прогностический подход при оценке возможностей ближайшего и отдаленного уровня здоровья и развития ребенка;
5. внедрение новых нетравматичных методов доклинической диагностики и компьютерного мониторинга (комплексные автоматизированные системы) медицинских осмотров и динамики показателей здоровья детей.[2]

Дифференцированный подход в наблюдении детей - выделение групп здоровья - сформировался в нашей стране в 1970-е годы. Принципы распределения детей на однородные группы по уровню здоровья не утратили своего значения и в настоящее время; выделение пяти основных групп здоровья по-прежнему служит основанием для индивидуального наблюдения, оздоровления и лечения. При рождении (точнее, при первом осмотре педиатра) к I группе практически здоровых новорожденных относят, по данным различных регионов, от 5 до 30% детей; подавляющее большинство включаются во II группу здоровья - группу риска (в ней выделяют 2 подгруппы в зависимости от выраженности нарушений адаптации) и от 5 до 20% детей первых месяцев жизни относятся к имеющим стойкие нарушения здоровья (III, IV, V группы здоровья детей).

Установленная при рождении или при первом патронаже педиатра группа здоровья может меняться на протяжении первого года жизни как в сторону улучшения (при компенсации нарушений развития), так и в сторону ухудшения (при выявлении ранее скрытых пороков развития, манифестации отсроченных проявлений внутриутробных инфекций и перинатальной гипоксии). Сроки и содержание диспансерного наблюдения в основных чертах не изменились за последние 10 лет.

Выводы

В ходе проведенного исследования выяснилось, что патронаж новорожденных - один из самых эффективных методов профилактики заболеваний у детей.

По данным проведенного исследования эффективность и качество обслуживания новорожденных на участке №13 2 педиатрического отделения ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №15» повысилась, о чем говорит снижение заболеваемости по ОРВИ и ринитам, увеличение процента грудного вскармливания, повышение уровня физического и нервно-психического развития, но также повысилась заболеваемость по белково-энергетической недостаточности, омфалитам и бронхитам. Таким образом, основной вывод, который видется из данной работы- это дальнейшее совершенствование различного рода механизмов, преимущественно-законодательных, в данной сфере.

Повышение качества лечебно-профилактических мероприятий новорожденным закономерно снизит заболеваемость детей раннего возраста.

Список литературы:

1. Здоровый ребенок. Медицинский контроль : учебно-методическое пособие / Р. Р. Кильдиярова. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 112 с.
2. Дроздов А., Дроздова М. Поликлиническая педиатрия: конспект лекций. – Litres, 2017
3. Руководство участкового педиатра / под ред. Т. Г. Авдеевой. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. :
4. Педиатрия. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. А. А. Баранова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
5. Приказ № 283 от 19.04.2006 г. "Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового";
6. «Оценка состояния новорожденного при первом патронаже: что должен знать педиатр» И.И. РЮМИНА, д.м.н., В.В. ЗУБКОВ, д.м.н., 2017

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 3 группы

Бериззе Нона Нуззариевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова