

98 Баллоб
Болжанова О.К.

(Handwritten signature)

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

«Показатели работы врача по наблюдению за детьми до
1 года»

Выполнил:

Обучающийся 5 курса 1 группы

педиатрического факультета

Нищенко Виолетта Михайловна

Оглавление

Введение	3
Цель научно-исследовательской работы	3
Задачи научно-исследовательской работы	4
Основные определения и понятия	4
Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	5
Роль врача-педиатра в организации наблюдения за детьми до 1 года	6
Собственное исследование.....	18
Выводы	26
Список литературы.....	27

Введение

Роль детских поликлиник в воспитании здорового поколения является ведущей в системе здравоохранения по организации медицинской помощи детям. Сохранение, укрепление и восстановление здоровья детей, предупреждение хронизации функциональных расстройств, исхода хронической патологии в инвалидность и преждевременной смертности являются актуальными проблемами как общества и государства в целом, так и системы здравоохранения. Основу системы медицинского обеспечения детей составляют контроль за состоянием здоровья и факторами, определяющими его формирование, ранняя коррекция нарушений здоровья и развития, своевременное и адекватное лечение, в том числе восстановительное, снижение влияния управляемых неблагоприятных факторов. Все эти мероприятия составляют различные аспекты профилактической работы. Организация профилактических мероприятий направленных на охрану здоровья ребенка начинается на этапе проведения дородового патронажа и продолжается в течение последующей жизни ребенка до момента достижения им восемнадцатилетнего возраста. В течение первого года жизни организм ребенка постепенно адаптируется к окружающей его среде, происходит созревание различных систем организма, в особенности дыхательной и нервной системы. Воздействие неблагоприятных факторов в этот период может привести к формированию патологических состояний и развитию заболеваний. Эти особенности определяют необходимость осуществления врачом педиатром тщательного контроля за состоянием здоровья и темпами физического и нервно-психического развития детей на первом году жизни.

Цель научно-исследовательской работы

Изучить основные показатели работы участкового врача-педиатра по наблюдению за детьми до 1 года на участке №7 ГУЗ «ДКП №15»

Задачи научно-исследовательской работы

1. Определить основные направления работы врача-педиатра участкового по наблюдению за детьми до 1 года.
2. Определить общее число детей до 1 года на участке №7
3. Провести вычисление основных показателей работы врача педиатра по наблюдению за детьми первого года жизни.
4. Оценить динамику показателей физического и нервно-психического развития на первом году жизни у детей.
5. Изучить количественный состав детей по группам здоровья на первом году жизни, провести динамическое исследование этих параметров.
6. Сравнить полученные результаты с установленными нормативами.
7. Провести оценку эффективности работы врача-педиатра участкового на участке №7.

Основные определения и понятия

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.

Патронаж новорожденных - активное наблюдение участковым врачом-педиатром за состоянием здоровья детей от момента выписки из родильного дома до достижения ими 28 дней.

Группа здоровья - это условное медицинское обозначение, которое используется для анализа здоровья ребенка.

Степень риска- вариант определенных морфо-функциональных нарушений развития детей в раннем возрасте на основании оценки факторов риска в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах.

Теоретическая часть научно-исследовательской работы

В работе участкового педиатра выделяют несколько основных разделов работы:

- профилактическая
- лечебная
- противозидемическая
- работа по формированию здорового образа жизни
- преемственность в работе с другими медицинскими учреждениями.

Главной задачей участкового врача-педиатра является проведение профилактических мероприятий, направленных на обеспечение гармоничного физического и нервно-психического развития детей, проживающих на территории участка, на снижение заболеваемости и смертности путем оказания своевременной и высококвалифицированной медицинской помощи.

Оценку профилактической работы врачей-педиатров участковых можно проводить по следующим показателям:

а) *охват дородовыми патронажами беременных.* Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных дородовых патронажей беременных на 100 и деления на количество подлежащих дородовым патронажам беременных;

б) *процент посещений новорожденных в первые три дня после выписки из родильного дома.* Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных первичных врачебных патронажей новорожденных на 100%, и деления на общее количество новорожденных.

в) *полнота охвата профилактическими осмотрами детей.* Данный показатель рассчитывается путем умножения числа осмотренных детей во время профилактических осмотров на 100 и деления на число детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам.

Полнота охвата детей профилактическими осмотрами должна составлять не менее 95% от общего числа детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам, в том числе на первом году жизни ребенка – 100% (в 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев жизни ребенка).

г) Полнота охвата профилактическими прививками детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Полнота охвата профилактическими прививками детей должна составлять не менее 95% от общего числа детей подлежащих прививкам;

д) Удельный вес числа детей первого года жизни находящихся на грудном вскармливании. Удельный вес детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании, должен составлять в возрасте:

- 3 месяцев – не менее 80%;
- 6 месяцев – не менее 50%;
- 9 месяцев – не менее 30%

Роль врача-педиатра в организации наблюдения за детьми до 1 года

Основными разделами профилактической работы участкового врача-педиатра являются:

- антенатальная охрана плода
- профилактическая работа с ребенком в период новорожденности
- динамическое наблюдение за детьми первого года жизни
- организация рационального вскармливания, закаливания профилактика рахита, хронических расстройств пищеварения, анемии и других заболеваний.

В условиях постоянного ухудшения здоровья населения диспансеризация позволяет снизить уровень заболеваний, т.к. выявляются категории населения с факторами риска, проведение им профилактических, оздоровительных мероприятий, ориентация на здоровый образ жизни позволяют не допустить развития патологии. Диспансеризация детей предупреждает тяжелое течение заболеваний, возникновение обострений, развитие инвалидизации, уменьшает риск преждевременной смертности. Большое значение для здравоохранения и социально-экономического развития общества имеет диспансеризация детского населения, т.к. улучшение здоровья подрастающего поколения сохраняет будущие трудовые ресурсы страны.

Диспансерное наблюдение детей с различными заболеваниями направлено на полную ликвидацию патологических изменений, либо на максимально возможную компенсацию врожденных или приобретенных дефектов. При наблюдениях за детьми участковый врач вместе со специалистами оценивают критерии жизнедеятельности, следят за проводимой реабилитацией и ее эффективностью, определяют сроки обследования и снятия с учета.

В детской поликлинике учет и контроль за диспансерным наблюдением больного ребенка осуществляется посредством контрольной карты диспансерного наблюдения (ф.30/у), в которой указываются сроки текущего и повторного осмотров.

Важнейший раздел диспансеризации больных детей – восстановительное лечение (медицинская реабилитация), отвечающее задачам вторичной профилактики, которая предусматривает активное динамическое наблюдение за выявленными больными, своевременное и качественное оказание детям необходимой квалифицированной лечебно-диагностической помощи, проведение оздоровительных мероприятий с целью обеспечения их полного выздоровления, снижения частоты повторных случаев заболеваний, предупреждения возникновения хронической патологии и инвалидности.

Организация диспансерного наблюдения за здоровыми детьми 1-го года жизни производится в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".

Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров детям в возрасте до 1 года:

N п/п	Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних	Осмотры врачами-специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1.	Новорожденный	Педиатр	Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию* Аудиологический скрининг**
2.	1 месяц	Педиатр Невролог Детский хирург Офтальмолог Детский стоматолог	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Ультразвуковое исследование почек Ультразвуковое исследование тазобедренных суставов Эхокардиография Нейросонография Аудиологический скрининг**
3.	2 месяца	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи
4.	3 месяца	Педиатр Травматолог-ортопед	Аудиологический скрининг**
5.	4 месяца	Педиатр	
6.	5 месяцев	Педиатр	
7.	6 месяцев	Педиатр	
8.	7 месяцев	Педиатр	
9.	8 месяцев	Педиатр	
10.	9 месяцев	Педиатр	
11.	10 месяцев	Педиатр	
12.	11 месяцев	Педиатр	
13.	12 месяцев	Педиатр Невролог Детский хирург Оториноларинголог Травматолог-ортопед	Общий анализ крови Общий анализ мочи Электрокардиография

В условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений для организации диспансерного наблюдения и проведения индивидуальных

оздоровительных мероприятий используют комплексную оценку состояния здоровья детей с определением ряда критериев.

- Особенности онтогенеза (генеалогический, биологический, социальный анамнез).
- Уровень физического развития и степень его гармоничности.
- Нервно-психическое развитие.
- Уровень резистентности организма.
- Уровень функционального состояния органов и систем.
- Наличие или отсутствие хронических заболеваний или врождённых пороков развития.

Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр. Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

I группа - здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья, не болевшие за период наблюдения или имеющие незначительные единичные отклонения, не влияющие на состояние здоровья и не требующие коррекции.

II группа - дети с факторами риска возникновения патологии различных органов и систем, а также имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, изменённую резистентность, у которых отсутствуют хронические заболевания (для детей раннего возраста выделяют II А и II Б группы здоровья).

Группа II А - здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний, т.е. с факторами риска только одного вида в онтогенезе (биологический и генеалогический анамнез), к которым относятся:

- в пренатальном периоде: экстрагенитальные заболевания матери, профессиональные вредности и алкоголизм родителей, острые заболевания и

операционные вмешательства во время беременности, возраст матери к моменту рождения ребёнка менее 18 или более 30 лет, токсикозы I и II половины беременности, угроза выкидыша, кровотечения, повышение или понижение АД во время беременности;

- в интранатальном периоде: быстрые затяжные роды, длительный безводный период, инструментальное ведение родов, патология плаценты и пуповины, неправильное положение плода, кровотечение в родах;
- отягощённый генеалогический анамнез: в родословной ребёнка есть моногенные болезни или мультифакториальные заболевания с определённой метаболической направленностью, а также на одного кровного родственника приходится 0,7 заболеваний.

Группа II Б - здоровые дети с факторами риска 2-го вида или одновременной отягощённостью факторами риска всех трёх видов. К ним относят детей, родившихся от многоплодной беременности, недоношенных, переношенных, родившихся с большой массой тела (более 4 кг), незрелых, с внутриутробным инфицированием; перенёсших асфиксию, родовую травму, гемолитическую болезнь, острые тяжёлые заболевания в ранний неонатальный период и др.

К III группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохранёнными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста.

К IV группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохранёнными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии

ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка.

К V группе здоровья относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Группу здоровья определяют по самому тяжёлому отклонению или диагнозу. В процессе наблюдения за ребёнком группа здоровья у него может меняться, в зависимости от динамики состояния здоровья.

Одно из важнейших мероприятий по антенатальной профилактике - дородовые патронажи. Женские консультации обязаны один раз в 10 дней посылать в детскую поликлинику сведения о беременных, взятых на учет. В этих сведениях помимо паспортных данных указывают срок беременности и предполагаемое время родов. В условиях оптимальной организации работы детской поликлиники по дородовой охране плода проводят три патронажа. Первый и второй патронажи проводит патронажная медицинская сестра, третий - участковый педиатр.

Первый дородовой патронаж проводит медицинская сестра при постановке беременной на учет в женской консультации в сроки 8-13 нед. Цель его заключается в выяснении условий труда и быта будущей матери, состояния здоровья и наличия вредных привычек у матери и отца. При первом патронаже уточняют срок беременности, которая она по счету, как протекает по

сравнению с предыдущей, предполагаемый срок родов. Особое внимание обращают на наличие в анамнезе выкидышей, на их причины. При патронаже выясняют самочувствие беременной, ее сон, аппетит, соблюдение режима, проверяют выполнение рекомендаций акушера-гинеколога. Выясняют наличие профессиональных вредностей. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает будущую мать в КЗР на занятия школы будущих матерей.

Все данные по антенатальной профилактике (сведения о дородовых патронажах, посещении беременной школы будущих матерей, а также гинекологический анамнез и др.) заносят непосредственно в историю развития будущего ребенка.

Основная цель второго дородового патронажа - контроль за выполнением назначений врача женской консультации и рекомендаций, данных медицинской сестрой детской поликлиники при первом патронаже и в школе будущих матерей.

Третий дородовой патронаж выполняет участковый педиатр по медицинским показаниям при сроках беременности 37-38 нед. Показаниями к выполнению этого патронажа служат:

- тяжелая соматическая патология беременной;
- неблагополучный акушерский анамнез;
- тяжелый гестоз;
- неблагоприятные социально-бытовые условия.

По результатам дородовых патронажей участковый педиатр определяет группу риска среди беременных, т.е. выявляет контингент будущих матерей, дети которых должны будут находиться под пристальным вниманием участкового врача и врачей соответствующих специальностей.

К факторам риска, определяющим распределение детей по группам здоровья, относят:

- экстрагенитальные заболевания будущей матери;
- профессиональные вредности и алкоголизм родителей;
- острые заболевания и операционные вмешательства во время беременности;

- возраст матери к моменту рождения ребенка моложе 18 и старше 30 лет (фертильный возраст, по данным ВОЗ, с 14 до 49 лет);
- гестозы первой и второй половины беременности;
- угрозу выкидыша;
- кровотечения;
- повышение или понижение АД во время беременности.

Анализ данных по перечисленным факторам дает участковому врачу-педиатру воздействовать на состояние здоровья будущего ребенка путем разработки комплекса врачебных мероприятий, направленных на уменьшение вредного воздействия факторов риска и достижение в дальнейшем детьми более высокого уровня здоровья.

Снижению детской смертности в антенатальном периоде способствуют следующие мероприятия:

- создание системы ювенильных центров, которые возьмут на себя разработку рекомендаций по правильному гигиеническому и половому воспитанию девочек и девушек, обеспечат им амбулаторное или стационарное лечение заболеваний половой сферы и коррекцию гормональных нарушений;
- внедрение перинатальных скрининговых исследований;
- двукратное ультразвуковое исследование (УЗИ) плода в сроки с 15-й до 22-й недели беременности (в том числе с использованием интравагинальных датчиков);
- определение сывороточных маркеров, в частности α -фетопротеина, хорионического гонадотропина человека и др.;
- внедрение программы профилактики развития врожденных пороков ЦНС с комплексным использованием фолиевой кислоты, препаратов железа и витамина В₁₂;
- широкое внедрение системы физио- и психопрофилактической подготовки беременных на базе перинатальных центров и женских консультаций в целях снижения патологии в родах;

- организация в женских консультациях кабинетов по профилактике невынашивания беременности;
- обследование на резус-фактор первобеременных детородного возраста, направляемых на аборт, в целях профилактики тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных;
- обследование беременных на хламидийную, герпес-вирусную инфекцию, цитомегаловирусы и токсоплазмоз.

На протяжении всего антенатального периода участковому врачу-педиатру необходимо помнить о фоновых заболеваниях детского возраста (рахите и анемии) и проводить соответствующую профилактическую работу с беременной.

Наблюдение за новорожденными на педиатрическом участке

После выписки из родильного дома новорожденного передают под наблюдение детской поликлиники. Сведения о выписке детей поступают ежедневно, их записывают в журнал регистрации новорожденных и в тот же день передают участковым врачам-педиатрам.

Врачебно-сестринский патронаж к новорожденному выполняют независимо от прописки матери. Профилактическая работа с этой возрастной группой заключается в проведении первичного врачебно-сестринского патронажа в первые трое суток после выписки из родильного дома, если новорожденный здоров, и обязательно в первые сутки, если у новорожденного есть отклонения в состоянии здоровья или он проживает в неблагоприятных условиях.

Первичный врачебно-сестринский патронаж проводят по определенной схеме.

Участковый врач-педиатр должен уточнить и оценить социальный анамнез, собрать и оценить генеалогический и биологический анамнез, используя данные опроса матери, дородовых патронажей и сведения из обменной карты новорожденного.

Особое внимание уделяют вскармливанию новорожденного:

- оценивают навыки и знания матери о кормлении ребенка грудью для выявления трудностей и проблем со вскармливанием;

- осматривают грудные железы матери.

При необходимости дают рекомендации:

- правильно располагать и прикладывать ребенка к груди;
- кормить ребенка по требованию (до 8-12 раз в сутки) без ночных перерывов;
- не давать новорожденному никакой иной пищи, кроме грудного молока;
- не пользоваться сосками, пустышками.

Данные первичного врачебно-сестринского патронажа вносят в историю развития ребенка (форма № 112/у).

При последующих осмотрах оценивают адаптацию новорожденного к новым условиям жизни, состояние его здоровья, динамику массы тела, особенности поведения и нервно-психического развития, контролируют соблюдение правил ухода и вскармливания, выполнение назначенных мероприятий.

Повторный врачебный патронаж к здоровому новорожденному участковый врач-педиатр проводит на 14й и 21-й день жизни ребенка; в возрасте 1 мес ребенка приглашают на профилактический прием в поликлинику.

- Детей II группы здоровья осматривают в первые сутки после выписки из родильного дома, а затем на 10, 14 и 21-й день жизни. В возрасте 1 мес ребенка приглашают на прием в поликлинику.
- Детей III группы здоровья посещают в первые сутки после выписки из родильного дома, затем каждые 5 дней в течение первого месяца жизни, а далее - по основному заболеванию.
- Детей IV-V группы здоровья обязательно осматривают в первые сутки после выписки из отделения патологии новорожденных, затем 2 раза в неделю в течение первого месяца жизни и далее по основному заболеванию.

Патронажная медицинская сестра на первом году жизни посещает ребенка 20-25 раз, в том числе на 1-м месяце - в 1-е сутки после выписки, далее 2 раза в неделю. В течение 2-го и 3-го месяца - по 3 посещения в месяц, в течение 4-6-го месяца - 2 раза в месяц, а во втором полугодии - 1 раз в месяц. При подозрении на гнойно-воспалительные заболевания медицинская сестра посещает новорожденного ежедневно в течение 10 дней.

В течение первого месяца жизни медицинскую помощь детям врач-педиатр и специалисты детской поликлиники оказывают только на дому.

К концу периода новорожденности участковый врач-педиатр составляет план диспансеризации на первый год жизни ребенка в зависимости от группы здоровья и группы риска. В плане предусматривают:

- проведение профилактических прививок;
- осмотры специалистами (возможно диспансерное наблюдение);
- дополнительные обследования (анализы крови и мочи, по показаниям - биохимические, рентгенологические и инструментальные исследования и др.);
- профилактические (профилактика анемии, рахита), корригирующие и оздоровительные мероприятия.

Матери дают рекомендации по профилактике гипогалактии, рациональному вскармливанию. При оказании медицинской помощи заболевшему новорожденному на дому участковый врач-педиатр и медицинская сестра наблюдают его ежедневно до полного выздоровления. По показаниям ребенку на дому проводят все необходимые лабораторные исследования, вызывают для консультаций специалистов узкого профиля.

Организация диспансерного наблюдения за недоношенными детьми

Недоношенный ребенок может быть выписан из стационара на педиатрический участок при условии:

- 1) достижения массы тела обычно не менее 1700-1800 г.;
- 2) сохранения стабильной температуры тела при нахождении ребенка в кроватке открытым (как правило, в 34 недели гестационного возраста или при массе тела не менее 1700-1800 г.);
- 3) самостоятельного сосания, ежедневной прибавки массы тела не менее 15 г/кг/сут.;
- 4) отсутствия необходимости терапии, требующей пребывания в стационаре.

Необходимо проведение подготовки к выписке ребенка:

- 1) раннее и активное привлечение родителей к выхаживанию недоношенного ребенка в условиях стационара;
- 2) обеспечение родителей точной и всеобъемлющей информацией о состоянии здоровья новорожденного с конкретными письменными инструкциями о тактике поведения при всех возможных последующих ситуациях;
- 3) последующее наблюдение, выявление проблем, оказание помощи и поддержки;
- 4) при необходимости обучение родителей таким специальным навыкам, как контроль за задержкой дыхания (апноэ) и сердечно-легочная реанимация.

Выписка недоношенного ребенка возможна при условии, что родители:

- 1) могут обеспечить основные физиологические потребности ребенка;
- 2) хорошо осведомлены обо всех специфических потребностях ребенка и знают, как выявить проблемы, которые могут возникнуть после выписки;
- 3) обучены оказанию доврачебной помощи при возникновении urgentных состояний;
- 4) проинформированы о дальнейшей тактике планируемой медико-санитарной помощи и возможности ее получения.

Задачами диспансерного наблюдения в детской поликлинике за недоношенными детьми являются

- максимально длительное сохранение грудного вскармливания
- контроль за выполнением режима дня и питания
- повышение иммунитета путем регулярного закаливания
- профилактика рахита и железодефицитной анемии
- проведение профилактических прививок по индивидуальному графику
- своевременное выявление патологических состояний.

Все недоношенные дети, у которых не выявлено на момент осмотра функциональных отклонений и соматической патологии, с учетом факторов высокого риска (риск возникновения патологии ЦНС, риск внутриутробного инфицирования и гнойно-воспалительных заболеваний, риск возникновения трофических нарушений и эндокринопатий, риск развития врожденных

пороков органов и систем, а также социальный риск) относятся к группе здоровья II Б. Они требуют повышенного внимания участкового врача педиатра. О каждом недоношенном ребенке участковый врач педиатр докладывает заведующему педиатрическим отделением, который планирует срок консультативного осмотра ребенка.

Первый патронаж к недоношенным детям осуществляется на следующий день после выписки из родильного дома или стационара (отделение патологии новорожденных). Далее на первом месяце жизни участковый врач педиатр осматривает недоношенного ребенка 1-2 раза в неделю, от 1 до 6 месяцев - 1 раз в 2 недели, 6-12 месяцев - 1 раз в месяц, по показаниям – чаще. Участковый врач педиатр осматривает ребенка на дому в первые 3-4 месяца жизни и в периоды подъема инфекционных заболеваний. Родителям рекомендуется приобрести детские весы. При каждом осмотре проводится антропометрия и оценка динамики массы тела. Расчет питания проводится ежемесячно. Осмотр недоношенных детей, как и доношенных, проводится врачами специалистами в сроки, утвержденные приказом Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".

Собственное исследование

Материалы для исследования показателей работы врача педиатра участкового по наблюдению за детьми до 1 года были взяты на основании данных медицинской документации участка №7. Всего на участке детей до года: 17, общее количество детей на участке: 815. Распределение детей по возрастным группам среди общего числа детей на участке и распределение детей до года по возрастным периодам представлены ниже.

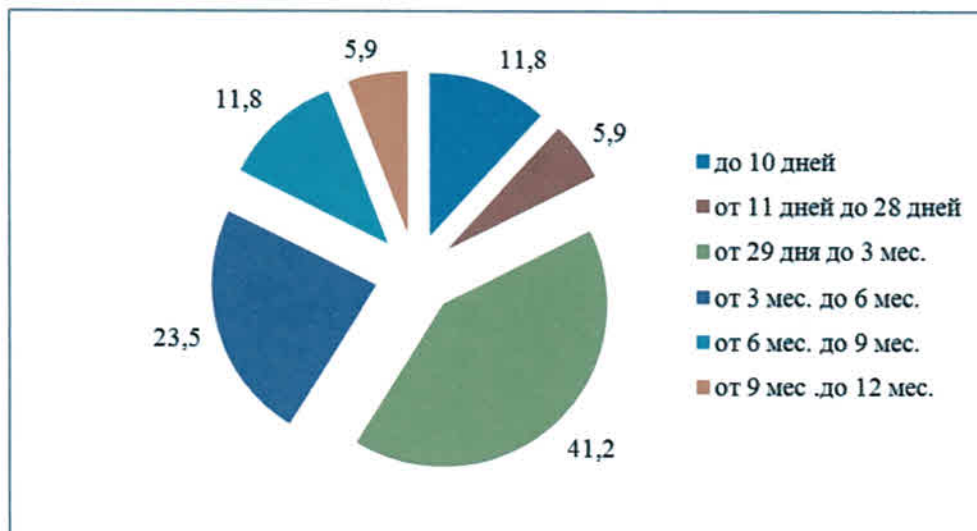
Рис.1 Структурный анализ численности детей на участке №7



Табл. 2 Распределение по возрасту детей первого года жизни

До 10 дней	2
От 11 дней до 28 дней	1
От 29 дней до 3 мес	7
От 3 мес до 6 мес	4
От 6 мес до 9 мес	2
От 9 мес до 12 мес	1
Всего	17

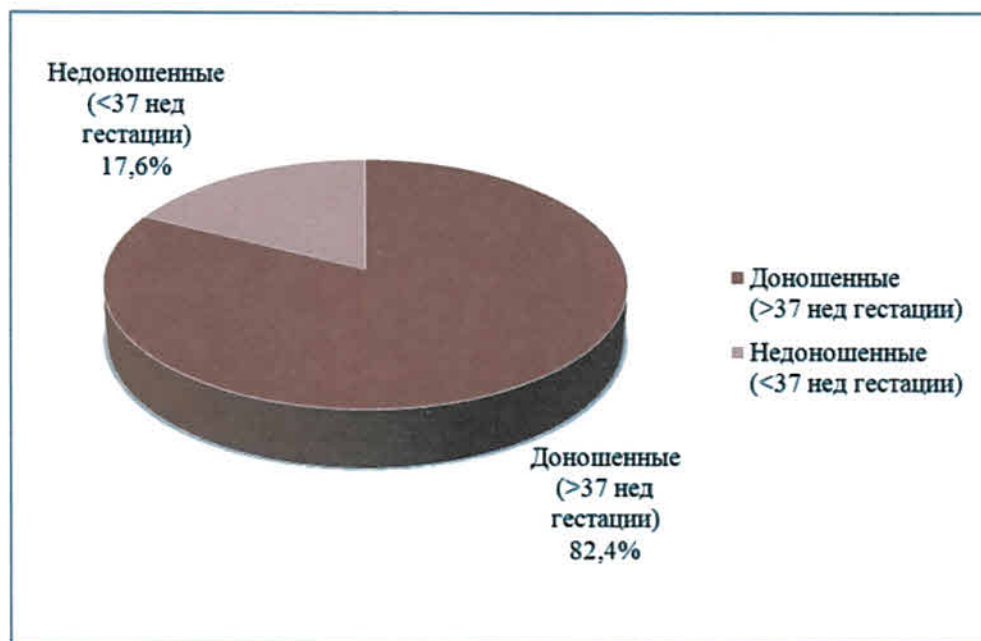
Рис. 2 Процентное распределение детей разных возрастных периодов на первом году жизни



Общее количество доношенных детей до 1 года: 14

Общее количество недоношенных детей до 1 года: 3

Рис. 3 Процентное соотношение доношенных и недоношенных детей к общему числу детей на участке до 1 года:

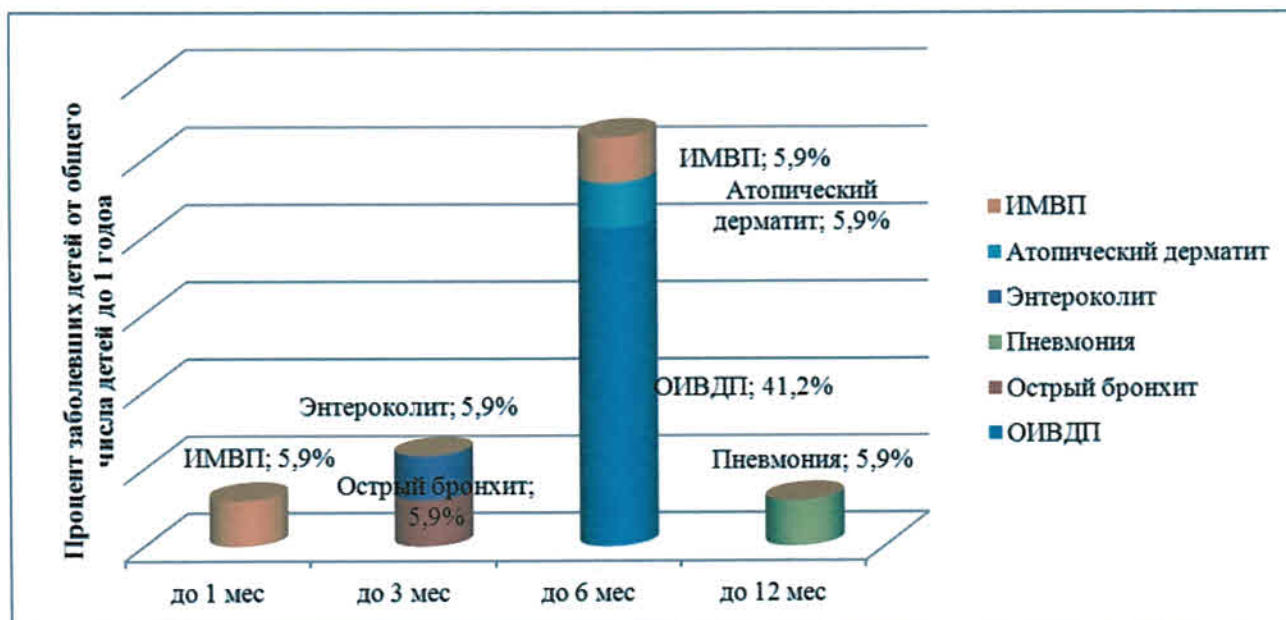


Данные о структуре заболеваемости детей на первом году жизни за период с 1.01.2018 до 1.07.2018.

Высокие показатели заболеваемости отмечаются у детей в возрасте от 3 до 6 мес, и связаны главным образом с заболеваниями органов дыхания. У детей в неонатальном периоде отмечается высокая частота возникновения ИМВП и достигает 17,6%.

Структура заболеваемости детей на первом году жизни

	до 1 мес	до 3 мес	до 6 мес	до 12 мес
ОИВДП	0	0	7	0
Острый бронхит	0	1	0	0
Пневмония	0	0	0	1
Энтероколит	0	1	0	0
Атопический дерматит	0	0	1	0
ИМВП	1	0	1	0



Полнота охвата дородовыми патронажами

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных дородовых патронажей беременных на 100 и деления на количество подлежащих дородовым патронажам беременных

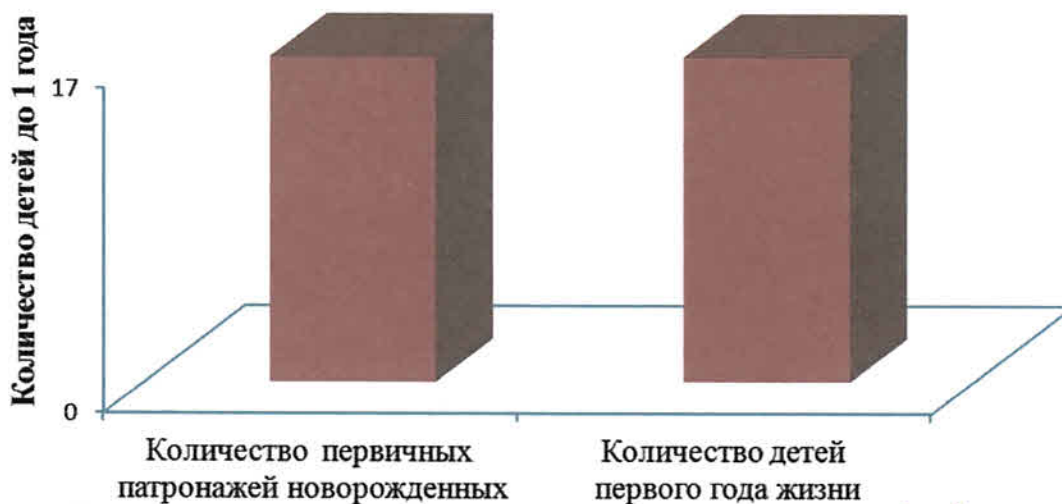
- Число беременных женщин относящихся к участку №7 (с 01.01.18-01.06.18): 15
- Количество проведенных дородовых патронажей: 14

Заключение: полнота охвата дородовыми патронажами: 98,8%

Охват первичным врачебным патронажем новорожденных за 2018 год

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных ^{в первые 3 дня} первичных врачебных патронажей детей первого года жизни на 100 и деления на количество новорожденных.

Количество проведенных первичных врачебных патронажей детей первого года жизни	17
Общее количество новорожденных	17



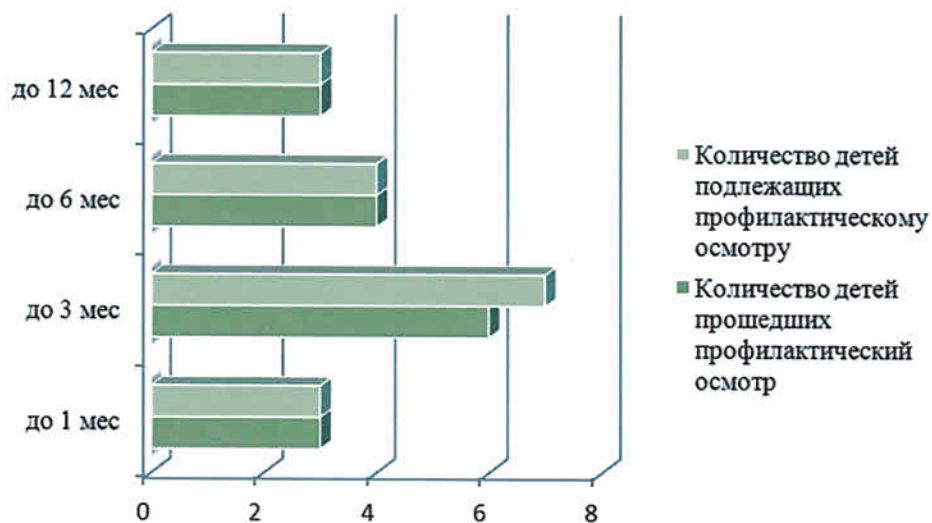
Заключение: охват первичным врачебным патронажем ^{в первые 3 дня} новорожденных составляет 100%

в) полнота охвата профилактическими осмотрами детей. Данный показатель рассчитывается путем умножения числа осмотренных детей во время профилактических осмотров на 100 и деления на число детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам. Полнота охвата детей ^{ежемесячно} профилактическими осмотрами должна составлять не менее 95% от общего числа детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам, в том числе на первом году жизни ребенка – 100% (в 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев жизни ребенка).

Табл. 3 Охват профилактическими осмотрами детей 1 года жизни

	Количество детей прошедших профилактический осмотр	Количество детей подлежащих профилактическому осмотру
до 1 мес	3	3
От 1 до 3 мес	6	7
От 3 до 6 мес	4	4
От 6 до 12 мес	3	3
Всего	16	17

Рис.4 Охват профилактическими осмотрами детей 1 года жизни.

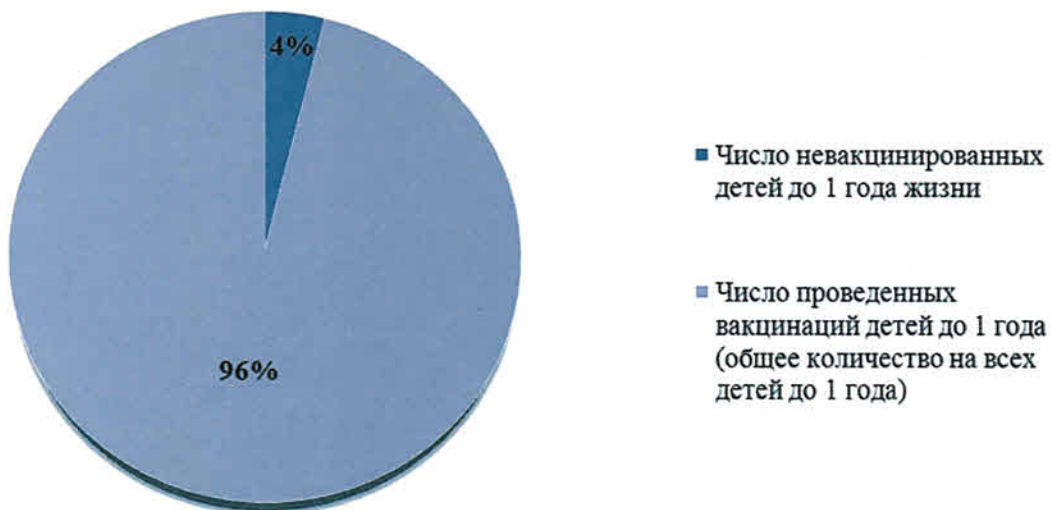


Заключение: процент охвата профилактическими осмотрами от общего числа детей до 1 года **95%**

г) полнота охвата профилактическими прививками детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Полнота охвата профилактическими прививками детей должна составлять не менее 95% от общего числа детей подлежащих прививкам;

Табл.4 Охват профилактическими прививками среди детей до 1 года

Число не вакцинированных детей до 1 года жизни	11
Число проведенных вакцинаций детей до 1 года (общее количество на всех детей до 1 года)	272

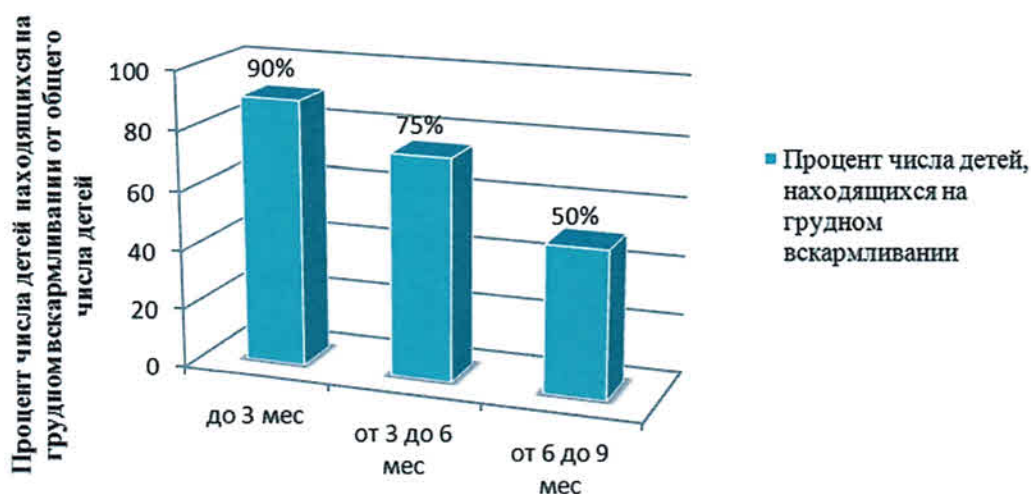


Заключение: процент охвата профилактическими прививками среди детей в возрасте до 1 года составляет 96%.

д) удельный вес числа детей первого года жизни находящихся на грудном вскармливании.

Удельный вес детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании, должен составлять в возрасте:

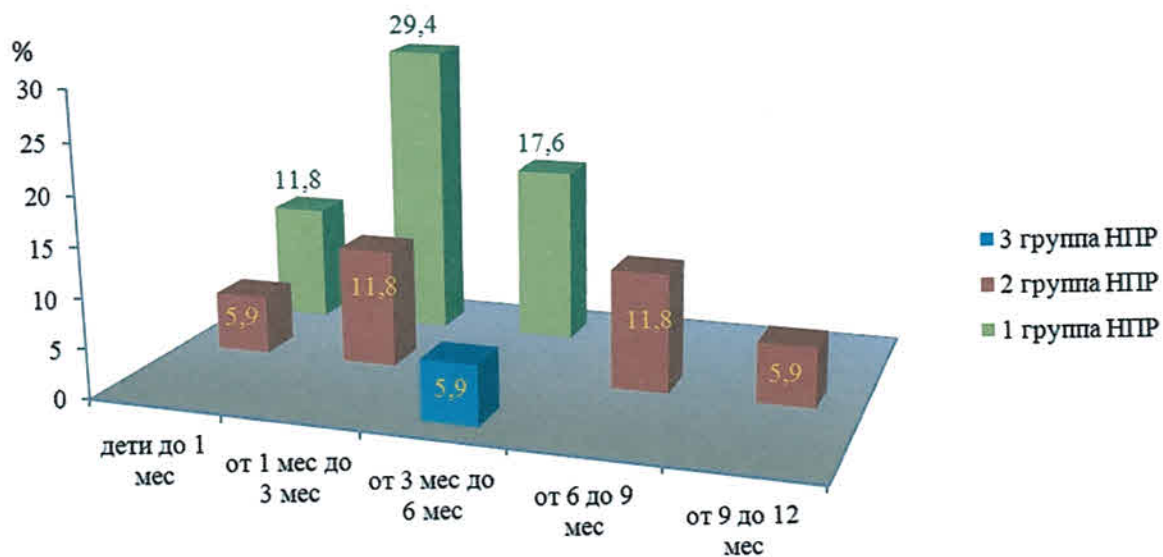
- 3 месяцев – не менее 80%;
- 6 месяцев – не менее 50%;
- 9 месяцев – не менее 30%



Заключение: процент числа детей находящихся на грудном вскармливании во всех возрастных категориях детей до года соответствует нормативам.

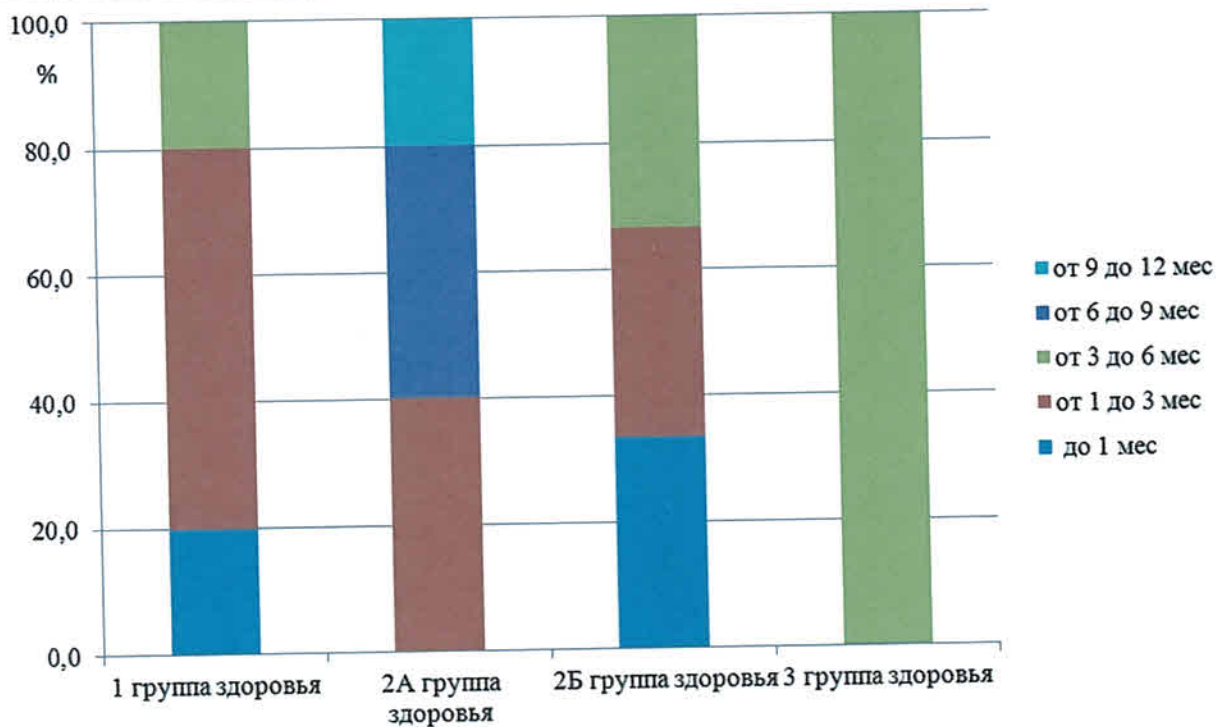
Распределение детей до года по группам нервно-психического развития

	Качественно-количественная оценка развития детей				Общее число детей
	1 группа НПР	2 группа НПР	3 группа НПР	4 группа НПР	
дети до 1 мес	2	1			3
от 1 мес до 3 мес	5	2			7
от 3 мес до 6 мес	3		1		4
от 6 до 9 мес		2			2
от 9 до 12 мес		1			1
Всего детей	10	6	1	0	17



Динамика групп здоровья на 1 году жизни

Группа здоровья	Распределение детей по группам здоровья в разные возрастные периоды					Общее число детей
	до 1 мес	от 1 до 3 мес	от 3 до 6 мес	от 6 до 9 мес	от 9 до 12 мес	
1 группа здоровья	1	3	1	0	0	5
2А группа здоровья	0	2	0	2	1	5
2Б группа здоровья	2	2	2	0	0	6
3 группа здоровья	0	0	1	0	0	1
4 группа здоровья	0	0	0	0	0	0
5 группа здоровья	0	0	0	0	0	0
Всего детей	3	7	4	2	1	17



Выводы

Проведенное исследование отражает главным образом результаты профилактической и противоэпидемической работы врача-педиатра участкового. Результаты противоэпидемической работы врача-педиатра отражены в данных по охвату детей первого года жизни профилактическими прививками и составляют 96%. Высокий процент охвата профилактическими прививками детей первого года жизни предполагает высокий уровень резистентности к специфическим инфекционным заболеваниям в последующих периодах жизни ребенка.

Количество детей, относящихся ко 2 группе здоровья преобладает среди общего числа детей в возрасте до 1 года по участку №7. Число детей, относящихся к 1 группе здоровья составляет около половины числа детей, относящихся ко 2 группе здоровья. Прослеживается снижение показателей числа детей с 1 группой здоровья в неонатальном периоде и тенденция к увеличению рождаемости детей со 2 группой здоровья. Высокие показатели числа детей со 2 группой здоровья свидетельствуют о высоком уровне перинатальных факторов риска по возникновению отклонений в функциональном состоянии детей первого года жизни. По результатам качественно-количественной оценки НПР среди детей 1 года жизни 1 группа развития преобладает среди общего числа детей. В то же время отмечаются высокие значения показателя числа детей со 2ой группой развития НПР (35% от общего числа детей до года на участке №7) Показатели заболеваемости на первом году жизни свидетельствуют о высокой частоте поражения дыхательной и мочевыводящей систем, что подтверждает необходимость частых профилактических осмотров на 1 году жизни.

Список литературы

1. Поликлиническая и неотложная педиатрия: учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013
2. Педиатру на каждый день / Р. Р. Кильдиярова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"
4. Руководство участкового педиатра/ под ред. Т.Г. Авдеевой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014
5. Основы формирования здоровья детей: учебник / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова, Ю. Ф. Лобанов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015

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 1 группы

Ишечкина Виралетта Михайловна

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 проведенного 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