

76 Бакалов  
Жуалекова О.В.  
①

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

“Анализ качества и эффективности обслуживания новорожденных на участке”

Выполнил: Обучающийся 5 курса 7 группы

педиатрического факультета

Руденко Маргарита Валерьевна

Волгоград 2018г.

## Содержание:

1. Введение	2
2. Цель научно-исследовательской работы	3
3. Задачи научно-исследовательской работы	3
4. Основные определения и понятия	3
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы	4
6. Роль врача в обслуживании новорожденного на участке	13
7. Собственное исследование.	15
8. Вывод	17
9. Список литературы	18

## **1. Введение.**

Статистика здравоохранения помогает руководителям учреждения оперативно управлять своим объектом, а врачам всех специальностей – судить о качестве и эффективности лечебно-профилактической работы.

Интенсификация труда медицинских работников в условиях бюджетно-страхового здравоохранения предъявляет повышенные требования к научно-организационным факторам. В данных условиях возрастают роль и значимость медицинской статистики в научной и практической деятельности медицинского учреждения.

Руководители здравоохранения в оперативной и прогностической работе постоянно используют статистические данные. Только квалифицированный анализ статистических данных, оценка событий и соответствующие выводы позволяют принять правильное управленческое решение, способствуют лучшей организации работы, более точному планированию и прогнозированию. Статистика помогает контролировать деятельность учреждения, оперативно управлять им, судить о качестве и эффективности лечебно-профилактической работы. Руководитель при составлении текущих и перспективных планов работы должен основываться на изучении и анализе тенденций и закономерностей развития как здравоохранения, так и состояния здоровья населения своего района, города, области и т. д.

Традиционная статистическая система в здравоохранении основана на получении данных в виде отчетов, которые составляются в низовых учреждениях и затем суммируются на промежуточных и высших уровнях. Система отчетов имеет не только преимущества (единая программа, обеспечение сравнимости, показатели объема работы и использования ресурсов, простота и малая стоимость сбора материалов), но и определенные недостатки (малая оперативность, жесткость, негибкая программа, ограниченный набор сведений, неконтролируемые ошибки учета и др.).

Анализ, обобщение проделанной работы должны осуществляться врачами не только на основании существующей отчетной документации, но и путем специально проводимых выборочных статистических исследований.

## **2. Цель научно-исследовательской работы:**

Основной целью научно-исследовательской работы является изучить данные о качестве и оценке обслуживания новорожденных на участке №2 ГУЗ «КДЦ для детей №1»

## **3. Задачи научно-исследовательской работы:**

- 1) Собрать данные о количестве новорожденных детей, которые наблюдаются на втором участке
- 2) Собрать данные об организации амбулаторного наблюдения новорожденных на участке
- 3) Узнать роль врача в ходе амбулаторного наблюдения новорожденных на участке
- 4) Выяснить насколько эффективно помогает организация амбулаторного наблюдения на участке в профилактике и раннем выявлении тяжелых заболеваний у новорожденных.

## **4. Основные определения и понятия:**

Здоровый новорожденный - это ребенок, родившийся от здоровой матери, у которой без осложнений протекали беременность и роды, имеет при рождении оценку по шкале Апгар 8-10 баллов, массу тела от 3 до 4,5 кг, массо-ростовой коэффициент 60-80, нормально протекает период адаптации, максимальная убыль первоначальной массы тела (МУПМТ) составляет не более 6-8%,



Патронаж - это форма работы лечебно-профилактических учреждений, основной целью которой является проведение на дому оздоровительных и профилактических мероприятий, внедрение правил личной гигиены и улучшение санитарно-гигиенических условий в быту.

**Профилактика** - заболеваний и травм, устранение факторов риска их развития.

Профилактические мероприятия — важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

## **5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы**

Особенностью обслуживания детей в возрасте до 5 лет является активный патронаж, который начинается с антенатального периода. Сведения о беременных поступают в детскую поликлинику с 6-7 месяцев беременности. Патронаж беременной осуществляется участковой медицинской сестрой детской поликлиники. При первом посещении она знакомится с бытовыми условиями, разъясняет режим и характер питания беременной; при втором готовит ее к кормлению новорожденного, дает рекомендации по приобретению предметов ухода за младенцем.

Поступившего на его участок новорожденного врач-педиатр посещает в первые три дня после выписки, желательно в первый день. Из родильного дома передается подробная выписка или учетная форма - «История развития ребенка». В ней обязательно указывается дата рождения, масса, длина тела, оценка по Апгар в балльной системе, наличие пиодермии, гнойного конъюнктивита, токсической эритемы, конъюгационной желтухи и др. Четко выписываются данные о вакцинации против туберкулеза, гепатита и других прививках, проводимых в родильном доме. Передаются сведения о характере,

остатка, время приложения к груди, особенности течения восстановительного периода новорожденного при патологических родах.

Новорожденный ребенок - это ребенок с момента рождения до 28 дней жизни. В зависимости от гестационного возраста новорожденный может быть доношенным (при сроке беременности 37-42 недели), недоношенным (менее 37 недель) и переношенным (более 42 недель).

Если в обменной карте не указаны какие-либо из этих данных, врачу желательно в течение 1-2 дней связаться с родильным домом и получить их. Для окончательного суждения о состоянии здоровья новорожденного врачу необходимо провести объективное обследование ребёнка по всем системам с применением антропометрии и оценки нервно-психического развития. Новорожденный склонен к быстрому переохлаждению, поэтому, в отличие от детей старшего возраста, объективный осмотр новорожденного следует проводить быстро (10-15 мин) и начинать с оценки общего состояния с акцентом на неврологическое обследование. При обследовании новорожденного необходимо придерживаться следующих правил:

- выяснить время кормления ребёнка, его температуру тела, наличие стула;
- какие медицинские препараты, стимулирующие или угнетающие нервную систему, получает ребенок или мать;
- обследовать ребёнка при комнатной температуре 24-27 °С, освещённость должна быть достаточной, но падающий на ребёнка свет не должен его раздражать; поверхность, на которой обследуют ребёнка, должна быть мягкой, но не прогибающейся;
- проводить обследование новорожденного желательно минимум через 30-40 мин, максимум через 60-90 мин после кормления; ребёнок должен быть спокоен, глаза открыты, спонтанные движения не резко выражены; если он кричит или спит, обследовать новорожденного нельзя;
- проводить обследование ребёнка необходимо в следующей последовательности: в начале осматривают в положении на спине, затем в



животе.

Осмотр новорождённого начинается с наблюдения за положением головы, туловища, конечностей, спонтанных движений рук, ног, с позы ребёнка, с определения тонуса.

Поза новорождённого характерна: руки и ноги согнуты и приведены к туловищу, пальцы рук плотно сжаты в кулачки, стопы в умеренном тыльном сгибании, имеет место тенденция к запрокидыванию головки за счёт повышения тонуса в разгибателях шеи. Движения здорового новорождённого в конечностях во время бодрствования практически постоянны. Тонус мышц-сгибателей конечностей в норме повышен до 1,5-2 мес. Форма головы новорождённого: долихоцефалическая (вытянутая в переднезаднем направлении), брахицефалическая (вытянута в поперечном направлении), башенная (вытянута вертикально). Это варианты нормы. В ряде случаев встречается деформация головы, связанная с наличием кефалогематомы или родовой опухоли. Измеряется окружность головы, которая составляет 32-37 см, в соотношении с ростом, массой тела, окружностью грудной клетки. Окружность головы при рождении не должна превышать окружность грудной клетки более чем на 2 см; если в процессе родов происходит нахождение костей черепа ребёнка друг на друга, то окружность головы может быть меньше. Увеличение окружности головы по месяцам происходит по следующей схеме: за первые 3 мес на 4 см, за последующие 3 мес на 3 см, за последующие 6 мес на 3-4 см, т.е. за первый год жизни окружность головы увеличивается на 11-12 см. Большой родничок и швы обследуются после измерения окружности головы. Большой родничок не должен превышать 2,5-3 см. Коронарный шов к моменту рождения должен быть закрыт, сагиттальный шов может быть раскрыт, но не более чем на 0,3-0,5 см. К симптомам, указывающим на внутричерепную гипертензию, относят:

- раскрытие сагиттального шва более чем на 0,5 см;
- взбухание или напряжение большого родничка;

- долихоцефалический череп с резко выступающим («нависающим») затылочным бугром с тенденцией головки к излишнему запрокидыванию назад, превышающем физиологическое умеренное запрокидывание в связи с преобладанием тонуса в мышцах-разгибателях шеи;
- тремор кистей с тенденцией к их раскрытию;
- симптом Грефе;
- симптом «заходящего солнца».

Необходимо помнить, что небольшие размеры большого родничка при нормальной окружности головы, правильном темпе её роста, нормальном психическом развитии следует считать вариантом нормы. Врачу необходимо тщательно проверять состояние черепно-мозговой иннервации и физиологических рефлексов новорождённых. Знание педиатром общей практики основных критериев оценки неврологического статуса новорождённого необходимо для дифференцирования симптомов физиологической незрелости ЦНС от её перинатальных и постнатальных заболеваний. Кроме того, знания необходимы для оказания новорождённому своевременной консультативной помощи узких специалистов — невропатолога и окулиста.

Здоровый новорождённый выписывается на участок на 4-7-й день жизни, поэтому после обследования нервно-психического статуса необходимо обратить внимание на переходные состояния, которые могут сохраниться у ребёнка после выписки из родильного дома.

После обследования нервно-психического статуса врач обследует другие органы и системы организма новорождённого:

- телосложение;
- состояние кожных покровов и видимых слизистых, состояние пупочной ранки;
- плотность костей черепа, форму грудной клетки, разведение в тазобедренных суставах;
- проводит перкуссию, пальпацию, аускультацию сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной систем.



- оценивает форму живота, размеры печени и селезёнки, состояние ануса, половых органов, стул, мочеиспускание;
- проводит поиск стигм дисэмбриогенеза (за порог стигматизации принимается 5-7 стигм у одного ребёнка).

Необходимо тщательно собрать сведения о том, как ребёнок сосёт грудь, какие делают перерывы между кормлениями, нет ли рвоты, срыгиваний, беспокойства. В конце осмотра врач проводит антропометрическое обследование (длина и масса тела, окружность головы и грудной клетки). Его можно провести и в самом начале осмотра, но делать это желательно быстро и мягкими движениями, не вызывая у ребёнка отрицательных эмоций и не перевозбуждая его. После полного объективного осмотра врач-педиатр должен сделать развёрнутое заключение, охватывающее следующие моменты:

- оценить уровень физического развития, сопоставляя антропометрические данные новорождённого с показателями физического развития детей данного возраста (среднее, ниже среднего, выше среднего);
- определить уровень нервно-психического развития (соответствует возрасту, отстаёт, опережает);
- определить группу здоровья на период новорождённости;
- определить комплекс оздоровительных и воспитательных мероприятий;
- составить индивидуальный план ведения новорождённого (количество патронажей, консультации у специалистов, режим кормления, введение соков, начало профилактики рахита, железодефицитной анемии и т.д.);
- дать рекомендации по уходу;
- дать рекомендации по питанию.

При первичном патронаже врач рекомендует родителям популярную литературу по уходу за ребёнком, его вскармливанию и воспитанию. Родителей информируют о графике работы детской поликлиники. Проводится беседа о всевозможном развитии некоторых состояний у новорождённого, которые требуют немедленной помощи медицинских работников (беспокойство, нарушение аппетита сна дыхания повышение температуры тела появление

кожных высыпаний, срыгивания, рвота и др.). Матери следует объяснить, куда следует обратиться в случае заболевания ребёнка. Через день после первого посещения врач повторно проводит патронаж, на котором проверяется состояние здоровья новорождённого, его самочувствие; обращается внимание на адаптацию новорождённого к новым для него условиям жизни, на санитарно-гигиеническое состояние помещения, в котором находится ребёнок. Особое внимание необходимо обратить на выполнение матерью всех рекомендаций врача и медицинской сестры, на организацию режима дня и воспитания ребёнка. При повторном патронаже врач даёт рекомендации и советы по организации прогулок (на улице, с открытым лицом, температура воздуха в прохладное время года не ниже 10 °С), по купанию (купать ежедневно в течение 1-го месяца жизни, температура воды 36-37 °С, с детским средством для мытья 1-2 раза в неделю), по организации бодрствования и кормления. На втором патронаже даются рекомендации по выкладыванию ребёнка на живот с проведением лёгкого массажа спины (поглаживание), по проведению воздушных ванн (перед каждым кормлением по 2-3 мин). На 14 день жизни проводится третий врачебный патронаж на дому, при этом врач контролирует выполнение всех назначений и рекомендаций, вносит в них при необходимости коррекцию. В возрасте 1 мес врач осматривает ребёнка в поликлинике, даёт оценку эффективности назначенных ранее профилактических и оздоровительных мероприятий. Анализируя течение всего периода новорождённости, врачу необходимо дать комплексную оценку состояния здоровья ребёнка, определить группу здоровья для наблюдения на 1-м году жизни. Врачу желательно провести санитарно-просветительную работу с родителями о необходимости профилактических мероприятий с учётом социально-гигиенической характеристики семьи ребёнка. Кроме врача-педиатра ребёнок в 1-й месяц должен быть осмотрен невропатологом, окулистом, ортопедом, также должны быть проведены исследования крови (полный клинический анализ) и мочи. Показателем эффективности диспансерного наблюдения за новорождённым в



течение 1-го месяца жизни может служить нормальное физическое и нервно-психическое развитие, отсутствие у ребёнка дефектов ухода и острых заболеваний

Одна из особенностей периода новорожденности - наличие у ребенка пограничных (парафизиологических) состояний, связанных с его адаптацией к окружающей среде.

Пограничные состояния:

1) первоначальная (физиологическая) убыль массы тела - наблюдается в первые 3-4 дня жизни, в среднем составляет 4-5 % начального веса новорожденного, максимальная - 8- 10 %. Убыль веса более 10 % является патологической. Восстановление первоначального веса у здоровых доношенных новорожденных при правильной организации ухода и вскармливания наступает к концу 1-й - началу или середине 2-й недели;

2) конъюгационная (физиологическая) желтуха новорожденных - появляется на 2-3-й день жизни и проявляется желтушным окрашиванием кожи и слизистых оболочек. Физиологическая желтуха является следствием повышения непрямого билирубина в сыворотке крови за счет распада эритроцитов. Исчезает к 8-12-му дню жизни;

3) гормональный (половой) криз - проявляется увеличением (нагрубанием) молочных желез, независимо от пола, слизистыми, кровянистыми выделениями из влагалища у девочек. Обусловлен реакцией организма на потерю эстрогенов у матери. Встречается в 60- 70 %;

4) физиологическая эритема - гиперемия кожи, иногда с легким цианотичным оттенком, возникает в результате значительного расширения капилляров в ответ на воздействие более низкой температуры окружающей среды. У недоношенных детей, незрелых, с диабетической фетопатией эритема выражена ярче и держится 5-7 дней. Затем наступает отрубевидное или пластинчатое шелушение;



5) токсическая эритема - на фоне общей эритемы появляется полиморфная сыпь (светло-красные пятна) различной величины, расположенная группами, также отмечаются плотные папулки желтоватого или беловатого цвета, окруженные широким красным венчиком. Наблюдается в первые 4-5 дней жизни и исчезает самостоятельно;

6) физиологическая диспепсия, или переходный катар - это расстройство стула до 4-6 раз (чисто водянистый) за счет первичного бактериального заселения кишечника или раздражения кишечника белками и жиром материнского молока;

7) угри - беловато-желтоватые узелки размером 1-2 мм, которые возвышаются над уровнем кожи и локализуются чаще всего на крыльях носа, лбу, подбородке, щеках;

8) транзиторное кровообращение - анатомическое закрытие артериального (боталлова) протока. Отмечается у 38 % доношенных детей ко второй неделе жизни и у 80 % - к 8-й неделе. В связи с этим создаются предпосылки для возникновения у новорожденных патологических шунтов.

Для здоровья новорожденных характерно наличие некоординированных, избыточных движений, нередко тремор подбородка, клонус стоп. На коже - дефекты ухода (потница, опрелости), врожденные патологии - родимые пятна, гематомы; указывают цвет кожи - бледность, цианотичность, мраморность. Осматривается форма головы, скелета, верхних и нижних конечностей. Определяется наличие их повреждений в родах и врожденной патологии. При осмотре глаз зрачки должны быть симметричные, с живой реакцией на свет. Наличие нистагма, симптома «заходящего солнца», косоглазия обычно указывает на тяжелую патологию ЦНС. Зев новорожденного трудно поддается осмотру из-за нёбной дуги и относительно больших размеров языка; при осмотре ротовой полости исключают молочницу и врожденные аномалии. При осмотре органов дыхания и сердечно-сосудистой системы определяются окружность грудной клетки, частота дыхания и сердечных сокращений; при

селезенки, характер стула. Осматриваются половые органы. Особое внимание уделяется осмотру грудных желез, пупочной ранки, слизистых глаз для исключения гнойносеptических заболеваний. Необходимо также ознакомиться с состоянием здоровья матери ребенка на предмет исключения у нее гнойных осложнений после родов. Фельдшер осматривает кожу, грудные железы у матери новорожденного, узнает характер и наличие лактации.

#### Рекомендации матери по уходу за ребенком на дому

Детскую кроватку надо поставить в самом светлом месте комнаты, но не на сквозняке. Матрац в кроватке должен быть полужестким, обернут клеенкой и простынкой. Новорожденного кладут в кроватке на бок или живот без подушки. В комнате дважды делают влажную уборку, не менее 4 раз ее проветривают. Температура в комнате поддерживается в пределах 20-22 °С. Купание производится ежедневно, в течение 7-8 мин, в кипяченой воде с добавлением марганцовокислого калия, с температурой 36-37 °С. Белье новорожденного хранят и стирают отдельно от взрослого, в отдельной посуде, регулярно кипятят; нежелательно применение стиральных порошков. Нельзя допускать к уходу за ребенком больных гнойносеptическими заболеваниями и ОРЗ. С недельного возраста гуляют с новорожденным на свежем воздухе, при температуре не ниже - 10 °С. Длительность прогулок зависит от погодных условий - в летнее время до 10 ч, в зимнее - 1,5-2 ч.

Для профилактики врожденного вывиха бедра и правильного формирования тазобедренных суставов рекомендуют свободное, широкое пеленание. Особого внимания требует уход за пупочной ранкой, если она не зарубцевалась. Мать обучают обрабатывать пупочную ранку 3 %-ным раствором перекиси водорода и 2 %-ным раствором бриллиантовой зелени или 5 %-ным раствором марганцовокислого калия.

Врач или медицинская сестра обучает мать правильному прикладыванию к груди, рекомендует свободный режим вскармливания, проводит профилактику



Для борьбы с гипогалактией врач рекомендует соблюдать пищевой рацион кормящей матери. В его состав ежедневно должно входить молоко, кисломолочные продукты (не менее 0,5 л), творог или изделия из него (50-100 г), мясо (около 200 г), овощи, яйца, масло, фрукты, хлеб. Способствуют повышению лактации такие продукты, как мед, грецкие орехи, дрожжи, рыбные блюда, грибные супы. Жидкости кормящая мать должна выпивать 2-2,5 л. Из медикаментозных средств рекомендуется принятие апилака, никотиновой кислоты, поливитаминных препаратов. Запрещается курение и употребление спиртных напитков. В дальнейшем на первом месяце жизни фельдшер посещает новорожденного ребенка в 14 дней жизни и в 21 день. Все посещения и осмотры регистрирует в «Истории развития ребенка».

## **6. Роль врача в обслуживании новорожденного на участке**

Роль врача в обслуживании новорожденного на участке очень важна. Именно врач-педиатр следит и оценивает такие показатели как:

Регулярность наблюдения на первом году жизни

- участковым педиатром
- узкими специалистами
- своевременность проведения анализа крови, мочи и кала на яйца гельминтов

Регулярность и метод оценки физического развития. Распределение детей по уровню физического развития:

- среднее, выше среднего, высокое, ниже среднего, низкое
- гармоничное, дисгармоничное (в 1 месяц, 3, 6, 9 и 12 месяцев)

1.3.3. Регулярность оценки нервно – психического развития (НПР). Оценка НПР в виде символов. Распределение детей по группам НПР (в 1 месяц, 3, 6, 9 и 12 месяцев)



## Профилактические мероприятия у здоровых детей до 1 года

### Рациональное вскармливание

- доля детей, находящихся на грудном вскармливании к числу детей, достигших возраста 1 года: с 3 до 6 мес.; с 6 до 12 мес. (показатели сравнить с показателями поликлиники, района, города, края)
- количество детей, переведенных на искусственное или смешанное вскармливание до 4 месяцев.

### Анализ основных причин перевода детей на искусственное вскармливание

- гипогалактия ранняя, поздняя
- заболевания или состояния матери
- заболевания ребенка

#### 1.3.4.3. Проведение контрольных кормлений

#### 1.3.4.4. Лечение гипогалактии

- количество женщин, которым проводилось лечение гипогалактии
- характер лечения
- анализ эффективности лечения

Своевременность расчетов питания и их регулярность до 4 месяцев жизни у детей на искусственном и смешанном вскармливании

Количество детей, получавших адаптированные молочные смеси:

- сладкие
- кислые

неадаптированные молочные смеси:

- сладкие

Своевременность введения дополнительных факторов питания и прикормов

### Профилактика рахита

- неспецифическая (антенатальная, постнатальная; способы проведения неспецифической профилактики рахита)
- специфическая:
- количество беременных, получивших витамин Д
- охват специфической профилактикой рахита детей первого года жизни (с какого возраста, доза, длительность назначения)

Физическое воспитание – своевременность назначения и проведения физиологических возрастных комплексов массажа и гимнастики, а также назначение и проведение их с учетом анатомо-физиологических особенностей.

Самая главная задача врача во время проведения патронажа новорожденных вовремя увидеть и предупредить только начавшиеся заболевания, а так-же, профилактировать заболевания, которые могут начаться без должного наблюдения медицинского персонала. Вместе с этим участковый педиатр должен обучить мать правильному уходу за ребенком, кормлению, пеленанию и т.д. Грамотно рассказанные эти вещи помогут матери уберечь ребенка от лишней травматизации и инфекционных заболеваний.

Так же, врач должен четко рассказать о том, что такое календарь прививок и зачем необходимо прививаться.

### **7. Собственное исследование.**

На базе ГУЗ “КДЦ для детей №1” было проведено исследование по анализу и оценке обслуживания новорожденных на участке №2. Всего на участке записано 902 ребенка, из них 45% составляют новорожденные дети.

Как только поступает информация о новорожденном ребенке на участок из роддома, на следующий день к нему направляется медицинская сестра для знакомства с матерью и оценки санитарных условий проживания новорожденного. В рамках первичного патронажа посещение матери с ребенком осуществляется 3 раза до 1го месяца жизни. Это нужно для того, чтобы предотвратить развитие заболеваний которым подвержен новорожденный ребенок, а так же для обучения матери уходу за детем.

Помимо оценки санитарных условий в доме, при первичном патронаже осуществляется обучение матери правильному кормлению ребенка грудью, а так-же, правилам гигиены ребенка. Медицинская сестра рассказывает при какой температуре должен купаться ребенок, какая температура должна быть в комнате, а так-же, учит правильному пеленанию.

При вторичном посещении уже непосредственно врачом-педиатром собирается полный анамнез жизни ребенка, а так-же, проводится общий осмотр. Во время сбора анамнеза жизни врач оценивает какая беременности была у матери, какие заболевания перенесла она за это время и чем лечилась. В месте с этим важен сбор сведений о том, как проходили сами роды и о том как вел себя ребенок уже в послеродовом периоде. Все это нужно для того, чтобы оценить состояние ребенка на момент рождения и предположить будет ли входить ребенок в группу риска по каким-либо заболеваниям.

При непосредственном осмотре, педиатр оценивает состояние ребенка в данный момент. Обязательно узнается физиологическая убыль в весе после рождения и производится взвешивание ребенка и измерение роста, окружности головы и груди. Одновременно с этим врач осматривает кожу и видимые слизистые новорожденного на наличие патологических изменений. Дальше проводится пальпация и аускультацию органов и систем для оценки их работы. Врач выслушивает дыхание и сердцебиение, а так-же, производит пальпацию живота. Следующим этапом осмотра является оценка нервно-психического развития. Проверяются все рефлексы которые есть у ребенка на данный момент



Все эти данные, собранные врачом, помогают вовремя назначить профилактику заболеваний новорожденных.

Врач так же оценивает группу здоровья по этим показаниям и решает вопрос о назначении обследований и лечения при подозрении на патологии.

## **8. Вывод:**

За время прохождения практики в ГУЗ “КДЦ для детей №1” изучила данные о качестве и оценке обслуживания новорожденных на участке №2. Изучила правила проведения патронажей. Самостоятельно провела патронаж новорожденного ребенка и оценила насколько важно уметь правильно обслуживать новорожденных на участке, так как благодаря этому можно предупредить развитие многих заболеваний.

## 9.Список литературы:

- Володин Н.Н. (ред.). Неонатология. Национальное руководство. Часть I. 2008
- Вяткина П.. Полный медицинский справочник фельдшера. Часть II. 2012
- Двойников С. И, Карасева Л.А., Пономарева Л.А Теория сестринского дела /Учебное пособие. М.: ВУНМЦ, 2002.
- Сестринское дело - Градинаров А.М. 2008
- Быков, В.О. Справочник педиатра /В.О.Быков, Л.И.Марочкина. - Ставрополь, 2007.
- Ахмерова Ф.Г., Зотов А.Н. Роль медико-психологической службы в сохранении репродуктивного потенциала детей и подростков // Современные проблемы профилактической педиатрии. Материалы VIII Конгресса педиатров России. -М., 2003.

## 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 7 группы

Руденко Маргарита Валерьевна

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, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные 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 удовлетворительный анализ. 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 достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова