

*ДР Зайнов  
Влакова О.К.*

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

*И*

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно- исследовательская работа на тему

**«АНАЛИЗ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ НА УЧАСТКЕ»**

**Выполнила:**

Обучающийся 5 курса 1 группы  
педиатрического факультета  
Стамбулова Зайнап Ильмановна

Волгоград 2018г.

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы.....	6
Задачи научно-исследовательской работы.....	6
Основные определения и понятия.....	7
Теоретическая часть НИР.....	8
Роль врача.....	18
Собственное исследование.....	19
Выводы.....	22
Список литературы.....	24

## **ВВЕДЕНИЕ**

Сегодня уровень цивилизованности страны определяется не только развитием космической техники, электроники и уровнем атомной энергетики, но и продолжительностью жизни населения, являющейся одним из наиболее обобщенных показателей здоровья человека.

Здоровье нации — это определенная норма потока смены поколений, сохраняющая определенный уровень достаточности здоровья. Здоровье — презентатор социальной, экологической, духовной, экономической норм развития любой цивилизации. Здоровье нации — это высокий уровень экономики и обороноспособности страны. Здоровье нации тесно связано с нормой развития общественного интеллекта, образования, науки, культуры, физического воспитания и спорта.

И невозможно поддерживать здоровье населения без четко установленных и регламентированных установок слежения, контроля, за качеством обслуживания медицинской помощью каждого гражданина нашей страны, которое начинается с самых первых месяцев его жизни.

Наблюдение за здоровьем ребенка начинается с самых первых месяцев его жизни, благодаря чему врач может адекватно оценивать его физическое и психомоторное развитие, предупредить и проследить за началом развития болезни, своевременно оказать помощь и информировать родителей о методах профилактики тех или иных патологий.

Контроль за нормальным ростом и развитием ребёнка — основа профилактической работы врача-педиатра детских поликлиник при работе как с неорганизованными, так и организованными детьми.

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. 30 (пороки развития, наследственные заболевания, хронические болезни).

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 апреля 2007 г. N 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» определены стандарты плановых осмотров детей до года.

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних (далее - профилактические осмотры) проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

Медицинский осмотр - это комплекс медицинских мероприятий, вмешательств, который включает в себя осмотр врачей-специалистов, а также лабораторные и инструментальные исследования, направленные на

выявление патологических состояний, заболеваний, факторов риска у несовершеннолетних, чтобы в дальнейшем проводить более эффективную профилактическую работу или, в случае необходимости, лечение.

Диспансерное наблюдение детей первого года жизни проводится в объеме предусмотренном перечнем исследований при проведении медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приложению № 1 к Порядку, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»

Качество и эффективность работы участкового педиатра зависят от правильной организации работы на участке, четкости ведения учетно-отчетной документации, отражающей все виды врачебной деятельности, а также систематического анализа показателей своей работы. Только систематический анализ данных учетно-отчетной медицинской документации позволяет выявить недостатки в организации оказания помощи детям и повысить качество работы педиатров.

## **ЦЕЛЬ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ**

Исследовать особенности и показатели состояния здоровья новорожденных на педиатрическом участке.

## **ЗАДАЧИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ**

1. Провести теоретический анализ литературных источников по теме: « Анализ качества и эффективности обслуживания новорожденных на участке»
2. Раскрыть основные понятия, определения, определить источники нормативно- правовой базы.
3. Выявить основные цели и принципы изучения состояния здоровья новорожденных.
4. Уточнить правила оценки состояния здоровья новорожденных.
5. Выяснить особенности оценки состояния здоровья новорожденных.
6. Сформировать показатели качества и эффективности состояния здоровья новорожденных на участке.
7. Изучить статистические данные пятого участка ГУЗ « Детская поликлиника № 6» по эффективности обслуживания новорожденных на участке.
8. Сделать вывод о полученных данных.

## **ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.**

**Здоровье** – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

**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).

**Патронаж** – это проведение медицинскими работниками на дому профилактических, оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий на дому.

**Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних** (далее - профилактические осмотры) – это система мер и установок, которые проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

**Показатели деятельности работы врача** – это схема отчета о врачебной деятельности, которая определяет и координирует основные направления работы врача-педиатра (профилактическое, лечебное, реабилитационное) и содержит регламентирующие документы (приказы).

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ НИР

Показатели деятельности работы врача составляют важную составляющую и являются одним из документальных структур в поликлинике, кроме того, они окажут несомненную помощь в подготовке отчета о врачебной деятельности для представления его на квалификационную категорию. Предлагаемые показатели – это не просто схема отчета о врачебной деятельности, они определяют и координируют основные направления работы врача-педиатра (профилактическое, лечебное, реабилитационное), входят в состав регламентирующих документов (приказы). Вместе с тем показатели позволяют представить работу участкового педиатра в целом.

Качество и эффективность работы участкового педиатра зависят от правильной организации работы на участке, четкости ведения учетно-отчетной документации, отражающей все виды врачебной деятельности, а также систематического анализа показателей своей работы. Только систематический анализ данных учетно-отчетной медицинской документации позволяет выявить недостатки в организации оказания помощи детям и повысить качество работы педиатров.

Составление отчета о врачебной деятельности не является спонтанным процессом, оно должно быть последовательным, складываться из ежедневного, ежеквартального, ежегодного анализа отчетов и сводок, представляемых врачом заведующему отделением.

Кроме того отчет о врачебной деятельности – это не просто заполнение цифрами пунктов того или иного разделов работы, а это сравнительный анализ показателей каждого раздела работы с аналогичными показателями за трехлетний период своей деятельности, а также с показателями района, города, края. Эти показатели должны быть представлены в виде таблиц, графиков или диаграмм. На основании сравнительного анализа необходимо сделать выводы и сформулировать конкретные задачи по улучшению качества своей работы.

Отчет о врачебной деятельности должен быть заслушан на конференции в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ). За достоверность информации, представленной в отчете, несет ответственность главный врач ЛПУ.

Отчет на категорию начинается с паспорта района, в который включаются сведения о месте расположения района, его отдаленности от краевого центра, о климатических условиях и экологических факторах, демографической ситуации и структуре детского населения. Приводится характеристика



лечебно-профилактического учреждения, его материально-технической базы, мощности и структуры, а также характеристики района обслуживания (для участкового педиатра) с анализом санитарно-эпидемиологической, экологической и демографической ситуаций.

#### ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЗДОРОВЫМИ НОВОРОЖДЁННЫМИ

Первое посещение здорового новорождённого на дому выполняет врач-педиатр совместно с участковой медицинской сестрой в первые три дня после выписки из родильного дома, чаще на 1-2-е сутки. Медицинская сестра получает от врача указания по особенностям наблюдения за ребёнком. В дальнейшем она посещает ребёнка ежедневно в течение первых 2 нед жизни (т.е. до полного заживления пупочной ранки), затем 1-2 раза в неделю.

Основной задачей врача-педиатра общей практики при первичном патронаже является оценка состояния здоровья новорождённого, лактационных возможностей матери и условий среды, в которых находится ребёнок. Врачу необходимо собрать генеалогический анамнез с обязательным составлением генеалогического дерева, акушерско- гинекологический, биологический (анте -, интра -, постнатальный) и социальный анамнез. Для более полной и правильной оценки состояния здоровья новорождённого участковый врач должен иметь обменную карту из родильного дома и проанализировать имеющиеся в ней сведения о ребёнке. В обменной карте из родовспомогательного учреждения указываются следующие данные:

- течение беременности;
- характер родов;
- оценка по шкале Апгар, состояние и поведение ребёнка в первые дни жизни;
- сроки отпадения остатка пуповины;
- максимальная потеря массы тела и с какого дня началось восстановление потери;
- проявление гормонального криза, токсической эритемы, физиологической желтухи (степень, продолжительность), локализованной гнойной инфекции;
- на какие сутки новорождённый приложен к груди, как сосал;
- сведения о вакцинации.

#### ПРОВЕДЁННЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

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 новорождённого врачу необходимо провести объективное обследование ребёнка по всем системам с применением антропометрии и оценки нервно-психического развития.

#### ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЁННОГО

Новорождённый склонен к быстрому переохлаждению, поэтому, в отличие от детей старшего возраста, объективный осмотр новорождённого следует проводить быстро (10-15 мин) и начинать с оценки общего состояния с акцентом на неврологическое обследование. При обследовании новорождённого 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 новорождённого желательнее 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 новорождённого нельзя;
- проводить обследование ребёнка необходимо в следующей последовательности: в начале осматривают в положении на спине, затем в состоянии вертикального подвешивания ногами вниз и в последнюю очередь на 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.

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

Приложение № 1  
к Порядку прохождения  
несовершеннолетними медицинских  
осмотров, в том числе при поступлении  
в образовательные учреждения  
и в период обучения в них,  
утвержденному приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 21 декабря 2012 г. N 1346н

**ПЕРЕЧЕНЬ  
ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРНОГО  
НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

<b>№</b>	<b>Возрастные периоды</b>	<b>Осмотр врачей – специалистов</b>	<b>Лабораторные, функциональные и иные исследования.</b>
1.	Новорожденный	Педиатр	Неонатальный скрининг на фенилкетонурию, галактоземию, муковисцидоз, врожденный гипотиреоз, аденогенитальный синдром<*>; аудиологический скрининг
2.	1 месяц	Педиатр, невролог, хирург, окулист	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, тазобедренных суставов, головного мозга; аудиологический скрининг<*>

3.	2 месяца	Педиатр	
4.	3 месяца	Педиатр, невролог, ортопед	общий анализ крови; общий анализ мочи; аудиологический скрининг<*>
5.	4 месяца	Педиатр	
6.	5 месяцев	Педиатр	
7.	6 месяцев	Педиатр, хирург, невролог	общий анализ крови; общий анализ мочи
8.	7 месяцев	Педиатр	
9.	8 месяцев	Педиатр	
10.	9 месяцев	Педиатр	общий анализ крови; общий анализ мочи
11.	10 месяцев	Педиатр	
12.	11 месяцев	Педиатр	
13.	12 месяцев	Педиатр, невролог, хирург, окулист, стоматолог, оториноларинголог, психиатр детский	общий анализ крови; исследование уровня глюкозы в крови; общий анализ мочи; Электрокардиография

<\*> Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию проводится детям в возрасте до 1 месяца включительно в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка.

<\*>Аудиологический скрининг проводится детям в возрасте до 3 месяцев включительно в случае отсутствия сведений о его прохождении в истории развития ребенка.

### **Основные показатели деятельности работы врача по наблюдению за детьми до 1 года жизни:**

1) Среднее число детей первого года жизни на участке:

среднегодовое число детей в возрасте до 1 года в поликлинике  
число педиатрических участков

2) Показатели организации патронажа – дородового ( отношение числа детей, матери которых посещались медицинской сестрой, к числу нового рождённых и послеродового отношение числа новорождённых, в %) и

послеродового ( отношение числа новорожденных, находившихся под наблюдением в первые 3 дня после выписки из родильного дома, к числу нового рождённых, в %):

$$\text{Охват дородовым патронажем} = \frac{\text{Число беременных, охваченных патронажем}}{\text{Общее число новорожденных}} \times 100$$

$$\text{Охват ранним врачебным наблюдением новорожденных} = \frac{\text{Число новорожденных, осмотренным врачом-педиатром в первые три дня после выписки из родильного дома}}{\text{Общее число новорожденных, поступивших в детскую поликлинику (консультацию)}}$$

3) Доля детей, достигших 1 года, систематически наблюдаемых врачом (сестрой), в %:

$$\frac{\text{Число детей, регулярно наблюдаемое врачом}}{\text{Число детей в возрасте до 1 года}} \times 100 = \%$$

4) Удельный вес детей, находившихся до 3 мес. только на грудном вскармливании, в %:

$$\frac{\text{Число детей, находившихся до 3 мес. только на грудном вскармливании}}{\text{Число детей, достигших в отчетном периоде 1 года жизни}} \times 100 = \%$$

5) Удельный вес детей в возрасте до 1 года, ни разу не болевших:

$$\frac{\text{Число детей до 1 года, ни разу не болевших}}{\text{Число детей, достигших в отчетном периоде 1 года жизни}} \times 100 = \%$$

6) Распределение детей по группам здоровья и индекс здоровья детей различных возрастных групп.



$$\frac{\text{Число детей определенного возраста I ( II , III, IV ,V) группы здоровья}}{\text{Общее число детей данной возрастной группы}} \times 100$$

Индекс здоровья:

$$\frac{\text{Число детей определенной возрастной группы не болевших в течении года}}{\text{Общее число детей данной возрастной группы}} \times 100 \%$$

Общее число детей данной возрастной группы

7) Регулярность наблюдения детей в возрасте 1 год (отношение числа детей , наблюдавшихся регулярно к общему числу детей) , а также полнота охвата больных и здоровых детей в возрасте до 18 лет включительно:

$$\frac{\text{Охват систематическим врачебным наблюдением детей 1 года}}{\text{Число детей 1 года, находящихся под систематическим врачебным наблюдением}} = \frac{\text{Число детей 1 года, находящихся под систематическим врачебным наблюдением}}{\text{Общее число детей данной возрастной группы}} \times 100 \%$$

8) Заболеваемость новорожденных и возрастная заболеваемость (на 1000)

Младенческая смертность за календарный год:

$$\frac{\text{Число умерших детей в возрасте до 1 года в данном календарном году}}{\text{Число родившихся живыми в данном году}} \times 1000$$

## **РОЛЬ ВРАЧА В НАБЛЮДЕНИИ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ**

Работа в поликлинике ведётся по приказу № 60 от 1985 г. На одного педиатра должно быть 800 детей. На каждого ребёнка заводится амбулаторная карта, учетная форма 112. Во время беременности педиатр должен заполнять дородовой патронаж – информация о семье разного рода, генеалогическое дерево. В конце определяется группа здоровья.

После выписки из роддома делается запись в журнале новорождённых на участке. Врач идёт на первый патронаж новорождённого: осмотр ребёнка, пупочной ранки, оценка состояния, наличие приданного (бельё ребёнка), коляски, кровати. Объясняет маме как кормить грудью, советы по грудному вскармливанию. Осмотр молочных желёз матери. Рекомендации по прогулкам, купанию ребёнка. Мама отдаёт врачу обменную карту (когда родился, как протекали роды, какая масса, прививки и т. д.).

Осмотр проводится каждый день в течение 10 суток.

- Потом осмотр на 14 и 21 сутки.
- Ежемесячный осмотр на участке: антропометрия, прибавка в весе и других показателях.
- В 3, 6, 9 месяцев врач пишет квартальные эпикризы, а каждый год – этапный эпикриз.
- Осмотр 2 раза в месяц до 3 месяцев (до 6 месяцев - недоношенных); 1 раз в месяц до года; 1 раз в 3 месяца до 2 лет; 1 раз в 6 месяцев до 3 лет; раз в год - после 3 лет.
- Форма № 63 содержит информацию о прививках. Картотека работает с формами и составляет план прививок на месяц каждому педиатру. Педиатр заводит учётную форму № 30 (взятие на диспансерный учёт).

## СОБСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Исходя из поставленных целей, была проведена научно-исследовательская работа на основании результатов показателей деятельности врача по наблюдению за детьми до 1 года на педиатрических участках ГУЗ «Детская поликлиника» №6 г. Волгограда за прошлый 2017 год.

После проведенного исследования, было выяснено, что на педиатрическом участке за 2017 год:

1. Число педиатрических участков всего - **10**;
2. Общее число детей до года составило – **766**;
3. Число детей регулярно наблюдаемых врачом - **8027**;
4. Число детей до 3-х мес. находящихся на грудном вскармливании - **101**;
5. Число детей до 1 года, ни разу не болевших – **80**;
6. Число детей до 1 года, с группой: I – **183**, II – **650**, III- **100**, IV – **10**;
7. Число детей до 1 года, находящихся под систематическим наблюдением составляет – **766**;
8. Число умерших детей в возрасте до 1 года – **4**;
9. Число родившихся живыми в данном году – **766**;

Исходя, из полученных данных можно проанализировать показатели Качества и эффективности обслуживания в том числе за детьми до года, именно:

1) Среднее число детей первого года жизни на участке:

$$\frac{\text{Среднегодовое число детей в возрасте до 1 года в поликлинике}}{\text{Число педиатрических участков}} = \frac{766}{10} = \mathbf{76};$$

2) Доля детей, достигших 1 года, систематически наблюдаемых врачом (сестрой), в %:

$$\frac{\text{Число детей, регулярно наблюдаемое врачом}}{\text{Число детей в возрасте до 1 года}} \times 100 = \frac{766}{766} = \mathbf{100 \%};$$

3) Удельный вес детей, находившихся до 3 мес. только на грудном вскармливании, в %:

$$\frac{\text{Число детей, находившихся до 3 мес. только на грудном вскармливании}}{\text{Число детей, достигших в отчетном периоде 1 года жизни}} \times 100 = \frac{101}{766} = 13\%$$

4) Удельный вес детей в возрасте до 1 года, ни разу не болевших:

$$\frac{\text{Число детей до 1 года, ни разу не болевших}}{\text{Число детей, достигших в отчетном периоде 1 года жизни}} \times 100 = \frac{80}{766} = 10\%$$

5) Распределение детей по группам здоровья и индекс здоровья детей различных возрастных групп.

$$\frac{\text{Число детей определенного возраста I (II, III, IV, V) группы здоровья}}{\text{Общее число детей данной возрастной группы}} \times 100 = \frac{183}{766} = 23\% \text{ (I гр.)}$$

Исходя из этой формулы, было посчитано количество детей по остальным группам здоровья: II - 63 %, III - 10 %, IV - 1 %;

6) Регулярность наблюдения детей в возрасте 1 год :

$$\frac{\text{Охват систематическим врачебным наблюдением детей 1 года}}{\text{Число детей 1 года, находящихся под систематическим врачебным наблюдением}} \times 100 \% = \frac{766}{766} = 100\%$$

Общее число детей данной возрастной группы

7) Заболеваемость новорожденных и возрастная заболеваемость (на 1000)

$$\frac{\text{Число умерших детей в возрасте до 1 года в данном календарном году}}{\text{Число родившихся живыми в данном году}} \times 1000 = \frac{4}{766} = 5\%$$

8) Охват дородовым и ранним врачебным патронажем на одном участке (в данном случае участок № 5 ГУЗ Детская поликлиника № 6) :

Охват дородового патронажа: (число берем. охваченных патронажем \ общее число новорожденных  $\times 100$  %) =  $35/36 = 97$  %

## ВЫВОДЫ

Полноценное проведение анализа показателей деятельности с широким охватом всех составляющих возможно только при активном одновременном участии государственных структур, медицинских работников, кабинетов статистики. Если не будет соблюдаться это условие, то данные о работе медицинских работников, а в данном случае именно врача, будут поверхностными, не точными.

Данная научно-исследовательская работа выявила основные показатели качества и эффективности обслуживания новорожденных и за детьми до 1 года, дала данные, благодаря которым, можно судить о конкретном виде деятельности самого лечащего врача, а также проанализировать и предложить методы по улучшению качества его работы.

Оценку качества работы врача можно отобразить в виде таблицы:

Таблица № 1.

### Оценка показателей деятельности работы врача по наблюдению за детьми до 1 года.

Признак	Результат	Оценка качества работы
1. Доля детей, достигших 1 года, систематически наблюдаемых врачом.	100%	$\geq 70$ –высокий показатель
2. Удельный вес детей до 3 месяцев, только на грудном вскармливании.	13%	Средний уровень качества работы
3. Удельный вес детей в возрасте до 1 года, ни разу не болевших.	10%	$>70\%$ - хорошая работа, $<70\%$ – средняя работа $\geq 50$ – плохая работа.
4. Распределения детей до 1 года по группам здоровья.	I – 23 % II – 63% III – 10 % IV – 1 %	Из 100 % всего детей до года, из них I и II – 86 %
5. Возрастная заболеваемость на 1000 детей	5 %	Высокий показатель
6. Охват дородового патронажа.	97%	$\geq 70$ –высокий показатель

**Вывод:** проведенное исследование показало высокий уровень качества и эффективности обслуживания новорожденных и детей до 1 года.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Анализ работы участкового педиатра. Методическое пособие для врачей-педиатров. Барнаул 2016.
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2014.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – С. 41 – 65.
4. Поликлиническая педиатрия. Учебник. Под ред. А.С. Калмыковой 2013. – С.345 – 360 .
5. Организация работы врача-педиатра с детьми раннего возраста в детской поликлинике: учебное пособие / С.М.Безроднова, Г.Я. Савина, Бондаренко и др. – Ставрополь: изд. СтГМА, 2014. - 114 с.



## 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

Станбучаева Зайнап Исмаиловна

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