**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)**

**УТВЕРЖДАЮ:**

**И.о. главного врача НГБ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е.А. Пырлык**

**А Н А Л И З**

**работы врача педиатра**

**Нерюнгринской городской больницы**

 **Бородкиной Л.Х.**

**за 1997-1999 годы**

**г. Нерюнгри - 2000 год**

***Конъюнктурный обзор Нерюнгринского улуса***

***Республики Саха(Якутии)***

 Город Нерюнгри - «южные ворота» Республики Саха, основан в 1975 году. Это крупный административный, промышленный и культурный центр. Расположен город на правом берегу реки Чульман, расстояние до столицы Республики Саха г. Якутска около 800 км.

 Основными населенными пунктами Нерюнгринского улуса являются: г. Нерюнгри, поселки: Чульман, Серебряный Бор, Золотинка, Иенгра, Хатыми, Беркакит и Хани.

 Район расположен в резко-континентальной климатической зоне с длинной холодной зимой ( абсолютный минимум температуры минус 610С), сейсмичность 8 баллов.

 Рельеф характеризуется выраженной гористостью, с сопками, расположенными между долинами рек и ручьев, межгорными впадинами. Отдельные вершины достигают высот до 1200 метров над уровнем моря.

 Водосборные поверхности покрыты зарослями хвойных деревьев и кустарников: даурская лиственница, реже ель, сосна, кедровый стланик, на болотистых местах - моховой покров.

 Территория улуса характеризуется распространением мощных пластов многолетней мерзлоты с участками не мерзлых пород (талинов). Преобладают ветры северного и северо-западного направления. Относительная влажность меняется от 7% зимой до 64% в начале лета. Основная масса осадков выпадает в летнее время (до 80%), 30% осадков выпадает в виде снега. Зимой при температуре 400С и ниже на большей части территории в отрицательных формах рельефа образуются ледяные туманы, вследствие дополнительного поступления влаги в воздух, а также аэрозолей при производственно-бытовой деятельности.

 Эффект инверсий (стекание холодных масс воздуха в долины и впадины) оказывает неблагоприятное воздействие с гигиенически точки зрения: застаивание запыленного воздушного куба в разрезе «Нерюнгринский», загазованные площади в п. Пионерном («старый город»).

 На территории улуса располагаются подземные воды по качеству соответствующие ГОСТу 2761-84, используемые для хозяйственного и питьевого водоснабжения. Но вода в некоторых водоемах, почва и воздух бедны такими микроэлементами, как йод, селен, фтор и цинк, в то же время избыток в некоторых водоемах марганца и стронция.

 На территории города и улуса работают крупные промышленные мероприятия:

1. разрез «Нерюнгринский»,
2. автобаза технологического автотранспорта,
3. производственная база строительства,
4. ремонтно-механический завод,
5. обогатительная фабрика,
6. Нерюнгринский ГРЭС
7. хлебо - и молокозавод.

 Количество вредных веществ, выбрасываемых в атмосферу промышленными предприятиями составляет несколько тысяч тон в год.

 Влияние всех вредных факторов окружающей среды (суровые климатические условия, с минимальной зимней температурой до 58-62 градусов, высокогорье, дефицит одних микроэлементов в воде, почве, воздухе и избыток других, выброс вредных веществ в воздух промышленными предприятиями) стоит не на последнем месте в цепочке развития различных заболеваний, как у взрослого населения, так и у детей. Поэтому отмечаются частые заболевания верхних и нижних дыхательных путей, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания нервной системы, эндемический зоб и кариес.

 Подавляющее большинство населения улуса проживает в городе, в 1998 году численность населения города Нерюнгри составляло

75 600 человек, из них детей до 14 лет 17 547. Если 80-е годы отмечался большой приток населения в улус и большая рождаемость (1 300 - 1 700 детей в год) в связи с быстрыми темпами освоения природных богатств южной Якутии, то в последние годы отмечается резкое сокращение как взрослого, так и детского населения. Сокращение промышленного производства привело к сокращению рабочих мест, снизился уровень жизни народа, это привело к оттоку части населения в центральные районы России, в страны СНГ.

**Динамика численности и возрастной структуры**

**детского населения города Нерюнгри**

**за 1997-1999 годы**

# Таблица № 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г.абс./ч % | 1998г.абс./ч. % | 1999г.абс./ч % |
| ***Всего***: | 18 999 |  | 17 547 |  | 16 226 |  |
| из них:- до 1 года | 707 |  | 692 |  | 660 |  |
| - 1-3 года | 1524 |  | 1443 |  | 1510 |  |
| - 3-7 лет | 3979 |  | 3628 |  | 3366 |  |
| - 7-14 лет | 12789 |  | 11784 |  | 10690 |  |
| - Дошкольники | 6 428 | 33,86 | 5 959 | 33,96 | 5768 | 35,55 |
| - организованные | 4 070 |  | 3 699 |  | 3 479 |  |
| - неорганизованные | 2 358 |  | 2 300 |  | 2 289 |  |
| - школьники | 12 571 | 66,14 | 11 588 | 66,04 | 10 458 | 64,45 |

 Из таблицы № 1 видно, что количество детей с 1997-99гг. уменьшилось на 2 773 ребенка, что составляет 14,6%.

 В городе Нерюнгри работает широкая сеть детских дошкольных учреждений и общеобразовательных школ. Но в связи с резким снижением количества детского населения, особенно детей дошкольного возраста с 1997г. по 1999 год, перестало функционировать 5 детских садов. В настоящее время в городе работает 17 ДДУ, среди которых такие специализированные детские учреждения «Малыш» - для реабилитации детей с заболеваниями органов зрения, «Веселый дельфин» - с заболеваниями костно-мышечной и нервной системы, санаторный детский сад «Солнышко» для тубинфицированных детей.

 Также на территории города расположены республиканские центры: центр реабилитации детей с ДЦП и центр реабилитации слуха и речи, где получают лечение не только дети нашего улуса, но и с других улусов Республики Саха, регионов России и стран СНГ. Открытие этих центров привело к увеличению количества детей - инвалидов в городе Нерюнгри. Детская поликлиника работает в тесной взаимосвязи с Республиканскими центрами.

 Проводимая в последние годы реформа здравоохранения является важной составной частью широкой программы социально-экономических преобразований, происходящих в России, в том числе в Республике Саха. Эта реформа ставит перед органами здравоохранения всех уровней, перед всей медицинской общественностью задачу дальнейшего и коренного улучшения качества работы медицинских учреждений.

 В соответствии с законом «О медицинском страховании граждан в Российской федерации» во всех регионах страны внедряется система обязательного медицинского страхования (ОМС). Особенность внедрения бюджетно-страховой медицины определяется прежде всего особенными условиями функционирования сложившейся системы здравоохранения в период переходной экономики, обусловленными нарастающими явлениями социально-экономического кризиса в обществе, медленным развитием цивилизованных рыночных отношений, резким снижением уровня жизни народа и вынужденным сокращением расходов на социальные инфраструктуры общества, в том числе на медицину. Снижение финансирования государственной системы здравоохранения привело к необходимости поиска дополнительных финансовых средств и срочного перевода отрасли на новую для России систему бюджетно-страхового финансирования.

 На сегодняшний день основными источниками финансирования лечебно-профилактических учреждений Нерюнгринского улуса являются: бюджет, средства ОМС и платные медицинские услуги (на основании Постановления Правительства РФ № 27 от 13.01.1996 года «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»).

***КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА***

***НЕРЮНГРИНСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ***

***И ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ***

 Многопрофильная Нерюнгринская городская больница оказывают специализированную и квалифицированную медицинскую помощь населению г. Нерюнгри и улуса по 30 специальностям. В работу введены современные методы диагностики и лечения:

1. компьютерная томография;
2. эндоскопические исследования;
3. ультразвуковая диагностика;
4. лапороскопическая холецистэктомия;
5. литотрипсия;
6. методы эфферентной детоксикации организма;
7. гиперборическая оксигенация;
8. электроэнцефалография.

 Проблема охраны здоровья детей, доступность и качество медицинской помощи все в большей степени становятся предметами обсуждения на всех уровнях широкой медицинской и немедицинской общественностью. Ведущим видом медицинской помощи детям является амбулаторная поликлиническая помощь, представленная наиболее массовыми учреждениями, где осуществляется основной объем лечебно-диагностической и профилактической работы среди детей, а также санпросвет работа в семье ребенка.

 В проекте Концепции реформирования здравоохранения Республики Саха (1999г.) говорится о том, что из 2-х глобальных направлений в медицине (профилактическое и лечебное) предпочтение должно отдаться первому (как в развитых странах мира). Поэтому необходимо обеспечить повышение значимости амбулаторно-поликлинических учреждений и служб.

 Детская поликлиника проводит широкий комплекс мероприятий по предупреждению и раннему выявлению патологии у детей, снижению заболеваемости и детской смертности, поэтому она должна иметь достаточно развитую диагностическую и лечебную базу, а также хорошо организованную службу, деятельность которой направлена на профилактику заболеваний, на обучение населения навыкам сохранения здоровья.

 С 1991 года Нерюнгринская городская детская поликлиника располагается в 4-этажном типовом здании каменной застройки и рассчитана на 300 посещений в смену. В её структуру входят

2 педиатрических отделение на 24 участка, отделение восстановительной терапии, прививочный кабинет с картотекой Ф.63 на организованных и неорганизованных детей, кабинет здорового ребенка, кабинет охраны зрения у детей и с 1999 года - кабинет инфекционных заболеваний.

 В детской поликлинике оказывается медицинская помощь детям по 14 специальностям (отоларингология, офтальмология, неврология, хирургия, травматология и ортопедия, кардиология, эндокринология, физиотерапия и т.д.).

 Диагностическая база представлена клинической и биохимической лабораторией, рентгенологическим отделением, кабинетом функциональной диагностики, УЗИ диагностики. Бактериологическое обследование проводится в лаборатории НГБ, куда материал доставляется транспортом в специальных биксах. Иммунологическое обследование детей проводится в лаборатории клинической иммунологии и диагностики СПИД. Эндоскопические обследования проводятся на базе центральной взрослой поликлиники.

 Детская поликлиника работает по режиму:

1. прием больных с 800 до 1800, суббота с 800 до 1300;
2. прием вызовов с 730 до 1200, суббота с 800 до 1000;
3. воскресенье - не рабочий день.

 Врачи принимают по скользящему графику, у каждого предусмотрено 2 вечерних приема, 1 проф. день в неделю у узких специалистов. Педиатры проф. дня не имеют из-за высокой обращаемости и высокой заболеваемости детского населения, во вторник - прием здоровых детей, в четверг - диспансерных больных.

 Среди всех факторов, формирующих качество медицинской помощи, главную роль играют специалисты, работающие в здравоохранении. В коллективе детской поликлинике города Нерюнгри работают в настоящее время 18 педиатров (укомплектованность - 50%). Специализированная помощь оказывается детям с нарушением функции зрения, ЛОР-патологией, кардиоревматологическая, хирургическая, травматологическая и ортопедическая, эндокринологическая помощь, а также детям с патологией нервной системы и психической сферы, с инфекционными заболеваниями.

 Педиатрическая помощь осуществляется по территориально-участковому принципу на основании приказа МЗ СССР от 19.01.83г. № 60 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах».

 В состав I педиатрического отделения входят 12 педиатрических участков с общей численностью 8 039 детей до 14 лет на 01.01.2000 года. В среднем на участке 670 детей. Участки расположены как в каменных застройках, так и в районе деревянных застроек, а также на территории «старого города». Население города в основном проживает в жилых массивах, расположенных вне зоны промышленных предприятий, однако до настоящего времени небольшое количество детей ( 54 чел.) продолжает проживать в районе «старого города», где отмечается большая плотность расположения производства, чрезвычайно загрязняющих внешнею среду. В течение последних лет в городе ведется усиленная работа по отселению семей из этой зоны, о чем свидетельствует резкое сокращение численности детей в «старом городе» с 2 548 в 1991 году - до 54 в 1999 году.

 На территории I педиатрического отделения расположены

5 общеобразовательных школ на 3,0 врачебных ставок, где работают также врачи отделения.

 Важным фактором повышения качества медицинской помощи населению страны является обеспеченность всех территорий высококвалифицированными специалистами различных категорий (врачами, средними мед. работниками, парамедиками и др.). Анализ хода реформы в здравоохранении еще раз и очень убедительно подчеркивает объективность предыдущего положения в следующей форме: «Кадры решают все!». Кадровая проблема в детской поликлинике остается острой все годы, особенно в нашем

I педиатрическом отделении.

 Укомплектованность участковыми педиатрами в последние годы не выходит за пределы 50-60%, а на 01.01.2000 года она составила в I пед. отделении - 48%.

 В коллективе постоянно проводится работа, направленная на повышение качества и уровня знаний участковых педиатров. С этой целью педиатры ежемесячно отчитываются и проводят анализ своей работы на участке по общепринятым показателям. 5 врачей из отделения прошли усовершенствование в 1996 году на выездном цикле Красноярской Медицинской Академии по теме: «Гепатология, гастроэнтерология и нефрология детского возраста».

 Общие врачебные конференции в поликлинике проводятся не реже одного раза в месяц, на которых обсуждаются новые методики обследования и лечения детей, разбираются дефекты ведения детей на догоспитальном этапе.

 В районе обслуживания I пед. отделения численность детского населения в последние годы имеет тенденцию к уменьшению, как и во всем городе. Это связано с большой миграцией населения, снижением рождаемости. За последний год количество участков сократилось с 13 до 12.

**Численность и возрастная структура**

**детей I пед. отделения за 1997-99гг.**

**Таблица № 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс./ч | % | абс./ч | % | абс./ч | %  |
| ***ВСЕГО***:  | 6183 |  | 8671 |  | 8039 |  |
| из них: до 1 года | 236 | 3,8 | 311 | 3,6 | 308 | 3,8 |
| 1-3 года | 508 | 8,2 | 718 | 8,3 | 705 | 8,7 |
| 3-7 лет | 1283 | 20,7 | 1810 | 20,8 | 1654 | 20,7 |
| 7-14 лет | 4156 | 67,3 | 5832 | 67,3 | 5372 | 66,8 |
| Дошкольники | 2103 | 34 | 2939 | 33,9 | 2824 | 35,1 |
| Организованные | 1357 |  | 1821 |  | 1752 |  |
| Неорганизованные | 746 |  | 1118 |  | 1072 |  |
| Школьники  | 4080 | 66 | 5732 | 66,1 | 5215 | 64,9 |

 Анализируя данную таблицу № 2 можно сделать вывод, что процентные соотношения детей различных возрастов к общему количеству детей практически остается постоянным. Увеличение количества детского населения в 1998 году связано с тем, что в поликлинике было сокращено одно педиатрическое отделение из-за уменьшения детского населения и осталось два педиатрических отделения по 13 участков (вместо 30 участков в 3-х педиатрических отделениях). В 1999 году количество детей уменьшилось на 632 человека (7,3%) по сравнению с 1998 годом. Детское население уменьшилось в основном за счет уменьшения количества детей в возрасте 3-7 лет - 156 человек (8,6%) и 7-14 лет 460 человек (7,9%).

 В 1988 году МЗ СССР были разработаны основные показатели работы детских поликлиник, позволяющих дать оценку работы коллектива.

**Основные показатели работы**

**I педиатрического отделения за 1997-99гг.**

**Таблица № 3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1997г** | **1998г**. | **1999г.** | **1999г.** | **1998г.** |
| **ПОКАЗАТЕЛИ** | Iп/о | Iп/о | I пед. отд, | г. Нерюнри | РС(Я) |
| 1. Общая заб-сть (%0). | 1496 | 1309 | 1561 | 1554,6 | 1485,6 |
| 2. Заб-сть детей 1 года жизни (%0). | 3271 | 3228 | 3506,5 | 3515,1 | 2192,6 |
| 1. Инфекционная

заб-сть: (%0). | 71,6 | 69,7 | 95,5 | 100,5 | 87,9 |
| - дифтерия | - |  |  | - |  |
| - полиомиелит |  |  |  |  |  |
| - коклюш | 0,5 |  | 0,1 | 0,06 | - |
| - столбняк |  |  |  |  |  |
| - корь | - |  |  | - |  |
| - туберкулез |  |  | 0,1 | 0,06 |  |
| - эпид. паротит | 0,6 | 0,3 | 0,3 | 0,43 |  |
| - ОКИ | 11,6 | 17,4 | 11,3 | 11,6 |  |
| 1. Распределение детей по гр. здоровья %:

I | 57,2 | 41,5 | 40,2 | 39 |  |
| II | 41,6 | 54 | 56,1 | 56,5 |  |
| III | 1,2 | 4,5 | 3,7 | 4,5 |  |
| В т.ч. детей 1-го года жизни I | 62,4 | 43,4 | 51,8 | 49 |  |
| II | 36,4 | 56 | 47,3 | 50,34 |  |
| III | 1,2 | 0,6 | 0,9 | 0,66 |  |
| В т.ч. детей 2-го года жизни I | 65 | 45,1 | 42 | 49 |  |
| II | 34,5 | 54,4 | 57,7 | 50,9 |  |
| III | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,1 |  |
| 5. % детей на гр. вскарм. до 3-х мес. | 30 | 27,3 | 27,6 | 27,2 |  |
| до 6-ти мес. | 23 | 19,3 | 23,4 | 20,0 |  |
| 6. Охват прививками против кори | 95 | 98 | 98 | 98 |  |
| дифтерия | 95 | 97 | 98 | 98 |  |
| полиомиелита | 96 | 97 | 98,5 | 98,5 |  |
| коклюша | 94,5 | 96,5 | 97,6 | 98 |  |
| столбняка | 95 | 97 | 98 | 98 |  |
| эпид. паротита | 85 | 87 | 98 | 98 |  |
| 7. Смертность детей 1-го года жизни | 4,2 | 6,3 | 12,5 | 24,5 | 19,7 |
| 8. Индекс здоровья | 10,8 | 7,5 | 10 | 10,5 |  |
| 9. Выполнение плана посещ. уч. педиатрами. | 116,8 | 96 | 103,1 | 105,2 |  |

 Из таблицы видно, что общая заболеваемость и заболеваемость детей до 1-го года остается высокой все годы, несколько выше Республиканских показателей. Отмечается рост инфекционной заболеваемости в 1999 году за счет неуправляемых инфекций. Заболеваемость управляемыми инфекциями незначительная (коклюш 0,1%0, эпид. паротит 0,3%0), что говорит о хорошем охвате детей проф. прививками. Индекс здоровья в пределах 10%.

 **Организация антенатальной охраны**

**плода и новорожденного**

 Здоровье будущего ребенка, его нормальное развитие зависит от состояния здоровья родителей, внутриутробного периода жизни.

 Первым условием правильного проведения антенатальной профилактики является более раннее взятие беременной на учет акушером-гинекологом женской консультации. В Нерюнгри своевременное взятие на учет по беременности в 1998 году составило - 78,6%.

 Сведения о женщинах, взятых на учет, передаются в детскую поликлинику, после чего осуществляются патронажи участковыми мед. сестрами: при постановке беременной женщины на учет и его задачей является знакомство с будущей матерью, выяснение условий жизни семьи, наличие профессиональных вредностей, даются рекомендации по питанию, режиму и гигиене беременной;

второй патронаж проводится на 30-32 неделе беременности. Задачей второго патронажа является контроль за выполнением данных ранее рекомендаций, за подготовкой семьи к рождению ребенка, приготовлением необходимых предметов ухода.

 Беременных из группы риска и с экстрагенитальной патологией посещает участковый педиатр, чтобы сделать необходимые коррекции в питании и режиме беременной. Дородовые патронажи проводятся в 98% случаев, этот показатель стабилен в течение последних лет. Исключение составляют женщины, прибывшие в район обслуживания непосредственно перед родами.

**Организация медицинской**

**помощи новорожденным**

 В день выписки новорожденного из родильного дома передается паспорт новорожденного в детскую поликлинику, который регистрируется в журнале новорожденного и передается участковому педиатру, кроме того регистрируется в журнале вызовов. На второй день новорожденный осматривается педиатром совместно с медсестрой. При этом врачом дается оценка состояния здоровья новорожденного, медсестра проверяет правильно ли обрабатывается пупочная ранка, проводится кормление, пеленание, купание, стирка белья новорожденного и уборка помещения.

 При наличии группы риска врачом составляется индивидуальный план наблюдения, патронажи в таких случаях проводятся чаще. С целью контроля за своевременностью и качеством наблюдения за новорожденным все ф.112 еженедельно просматриваются зав. пед. отделением и выборочно главным врачом детской поликлиники. При необходимости вносится коррекция в плане наблюдения, осуществляются консультации на дому, в некоторых случаях подключаются узкие специалисты: невропатолог, окулист и т.д. Выявленные дефекты наблюдения обсуждаются с врачами.

**Показатели работы с новорожденными**

**по I пед. отделению за 1997-99гг.**

**Таблица № 4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Всего новорожденных: | 236 |  | 311 |  | 308 |  |
| в т.ч. из гр. риска  | 141 | 59,7 | 153 | 49,2 | 181 | 59 |
| из них: недоношенные | 14 | 5,9 | 10 | 3,2 | 8 | 2,6 |
| с внутричерепной родовой травмой | 7 | 3 | 9 | 2,9 | 13 | 4,2 |
| асфиксией | 3 | 1,3 | 5 | 1,6 | 6 | 1,9 |
| в/у инфицирование | 15 | 6,3 | 11 | 3,5 | 15 | 4,9 |
| многоплодие | 2 | 0,84 | 2 | 0,64 | - | - |
| болезни матери | 20 | 8,5 | 30 | 9,6 | 25 | 8,1 |
| прочие | 80 | 33,9 | 86 | 27,6 | 114 | 37 |
| Посещ-е врачом в 1 два дня. | 232 | 98,3 | 307 | 98,7 | 306 | 99,4 |
| БЦЖ в роддоме | 226 | 94,5 | 301 | 96,8 | 301 | 97,7 |

 Из таблицы видно, что увеличивается количество новорожденных из группы риска в 1999 году на 10% по сравнению с 1998г. и составило около 60%. В группе риска отмечается рост новорожденных с внутричерепными родовыми травмами в два раза по сравнению с 1997 годом и асфиксией 1,5 раза.

**Распределение новорожденных**

**по группам здоровья**

**Таблица № 6**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| ***ВСЕГО***:  | 236 |  | 311 |  | 308 |  |
| I гр. | 120 | 59,9 | 181 | 58 | 127 | 41,2 |
| II гр. | 115 | 48,7 | 124 | 40 | 178 | 57,8 |
| III гр. | 1 | 0,4 | 6 | 2 | 3 | 1 |

 Таким образом как во общем у детей, так и среди новорожденных в последние годы отмечается снижение количество детей первой группы здоровья за счет роста второй группы.

**Организация профилактической работы**

**с неорганизованными детьми**

 В работе педиатрического отделения большое внимание уделяется организации профилактической работы с детьми. В поликлинике работает прививочный кабинет с картотекой и кабинет воспитания здорового ребенка. Кабинет здорового ребенка и холлы детской поликлиники оформлены стендами с режимом дня ребенка, освещающие массаж и гимнастику в разные периоды жизни ребенка, наборы игрушек для разных возрастов, набор одежды в зависимости от возраста и времени года. Кабинет также оснащен достаточной информацией по физическому и нервно-психическому развитию ребенка первого года жизни, вскармливанию, приготовлению пищи, соков, уходу за ребенком. Имеется методическая литература по закаливанию детей в холодное и теплое время года. Все это используется медсестрой кабинета здорового ребенка для выявления отклонений в нервно-психическом развитии ребенка, а также для обучения родителей. Кабинет работает в две смены. Посещают дети первого года жизни не реже 1 раза в 2 месяца, на втором году 4 раза в год, на 3 два раза в год и до 7 лет 1 раз год. Кабинет имеет весы, ростомеры. Посещение кабинета ребенком фиксируется в ф.112. Дети 1 года жизни посещают участкового педиатра один раз в месяц. Каждый триместр врачом оформляется эпикриз, где проводится оценка физического и нервно-психического развития ребенка, излагаются рекомендации по вскармливанию, закаливанию, профилактике рахита.

 В поликлинике выделен специальный день для диспансеризации детей 1 года жизни - вторник. В этот день проводится прием только здоровых детей как педиатрами, так и узкими специалистами. Как правило все дети к 3-м месяцам осматриваются невропатологом, а из группы риска в 1 месяц. Дети из группы риска также сдают общий анализ крови с целью раннего выявления анемии. К 1 году все дети осматриваются ортопедом, окулистом, ЛОР-врачом, хирургом, сдают общий анализ крови и мочи, анализ кала на я/гл. На 1 году жизни проводится профилактика рахита (витамин Д2), профилактика анемии достигается своевременной коррекцией питания: введение соков, овощных и фруктовых пюре, творога, желтка, мяса и масла.

 На 2-ом году жизни дети осматриваются педиатром 4 раза в год, стоматологом 1 раз в год, сдают общий анализ крови и мочи, кал на я/гл. С 3-7 лет дети осматриваются согласно приказа № 770 .

 Как правило дети первых двух лет жизни проходят 100% медосмотр. После второго года жизни начинается массовое оформление детей в ДДУ и диспансеризация проводится в ДДУ бригадой специалистов во главе с педиатром.

**Основные показатели амбулаторно-поликлинического**

**обслуживания детей первых двух лет жизни**

**за 1997-99гг.**

**Таблица № 7**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Число детей достигших 1 года.  | 258 |  | 339 |  | 338 |  |
| Систематически наблюдались врачом. | 258 | 100 | 339 | 100 | 334 | 99 |
| Сделано посещений к врачу на 1 реб. | 9,2 |  | 10 |  | 10,5 |  |
| Сделано посещений врачом на дом на 1 реб.  | 6,5 |  | 6,8 |  | 7,2 |  |
| Находились на гр. вскармливании.  |  |  |  |  |  |  |
| До 3-х мес. |  | 30 |  | 27,3 |  | 27,6 |
| До 6-ти мес. |  | 23 |  | 19,3 |  | 20,0 |
| Индекс здоровья | 10,8 |  | 7,5 |  | 10 |  |
| Распределение по группам здоровья |  |  |  |  |  |  |
| I | 160 | 62,4 | 147 | 43,4 | 173 | 51,8 |
| II | 95 | 36,4 | 190 | 56 | 158 | 47,3 |
| III | 3 | 1,2 | 2 | 0,6 | 3 | 0,9 |
| Число детей достигших 2 лет. | 250 |  | 379 |  | 367 |  |
| Из них: неорганизованных | 189 |  | 375 |  | 367 |  |
| Сделано пос. к врачу на 1 реб.  | 5,2 |  | 5,5 |  | 6,4 |  |
| Распределение по группам здоровья |  |  |  |  |  |  |
| I | 123 | 65 | 169 | 45,1 | 154 | 42 |
| II | 65 | 34,5 | 204 | 54,4 | 211 | 57,7 |
| III | 1 | 0,5 | 2 | 0,5 | 1 | 0,3 |

 Анализируя распределение детей по группам здоровья можно сделать вывод, что в состоянии здоровья детей нет четкой тенденции к улучшению, что отмечается во многих регионах страны и в Республике Саха, также в городе Нерюнгри, т.е. идет рост детей второй группы здоровья за счет уменьшения первой группы здоровья.

 Одним из важнейших показателей эффективности профилактической работы является охват детского населения проф. прививками в декретированные сроки, особенно до 1 года жизни, поскольку именно это в последующем формирует высокую напряженность иммунитета для таких грозных заболеваний, как дифтерия, полиомиелит, столбняк, коклюш, корь, эпид. паротит и позволяет значительно уменьшить количество тяжелых осложнений и летальных исходов.

 Охват детей проф. прививками по первому пед. отделению можно считать вполне удовлетворительными.

**Охват прививками детей**

**первого года жизни за 1997-99гг.**

**Та7блица № 8**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| ***Всего***: | 236 |  | 311 |  | 308 |  |
| Против дифтерии | 232 | 98,3 | 306 | 98,4 | 304 | 98,7 |
| Против коклюша | 230 | 97,4 | 302 | 97,1 | 303 | 98,3 |
| Против полиомиелита  | 232 | 98,3 | 306 | 98,4 | 304 | 98,7 |
| Против кори  | 228 | 96,6 | 304 | 97,7 | 302 | 98,0 |

 Охват проф. прививками детей 1 года жизни в I пед. отделении вполне удовлетворительный.

 В последние годы прививочная работа значительно улучшилась. Появилось достаточно информативной литературы для педиатров, изданы методические рекомендации, оживилась позитивная пропаганда положительного влияния прививок в средствах массовой информации. С 1998 года проф. прививки выполняются согласно календаря, утвержденного приказом МЗ РФ № 375 от 18.12.97г. «О календаре проф. прививок». Детскому населению обеспечена выдача сертификата о проведенных проф. прививках согласно приказа МЗ РФ № 220 от 17.09.93г. «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации». С 1996 года на территории улуса организовано проведение Национальных дней иммунизации детей в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет против полиомиелита с охватом не менее 95-98% от подлежащих.

**Выполнение плана проф.**

**прививок за 1997-99гг. (%)**

**Таблица № 9**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  |  |  | I пед. отд. | г. Нерюнгри |
| V3 АКДС  | 95 | 97 | 98 | 98 |
| RV1 АКДС | 100 | 96 | 97 | 96 |
| RV2 АДС-М | 97 | 98 | 98 | 98 |
| V3 полиомиелита  | 96 | 97 | 98,5 | 98,5 |
| RV1 полиомиелита | 95 | 96 | 96,5 | 95,2 |
| RV2 полиомиелита | 96 | 96 | 97 | 97 |
| RV3 полиомиелита  | 100 | 99 | 99 | 99 |
| V кори | 95 | 98 | 98 | 98 |
| RV кори | 95 | 97 | 98 | 98 |
| V эпид. паротита | 85 | 87 | 98 | 98 |

 Следует отметить, что в 1997-98гг. сказалось недостаточное снабжение паротитной вакциной, наложение ССЭН карантина в связи с повышенной заболеваемостью ОРВИ и гриппом на вакцинации против эпид. паротита.

 Важное значение придается профилактике и раннему выявлению туберкулеза у детей. Мы в своей работе руководствуемся приказом МЗ РФ № 324 от 22.11.95г. «О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации».

 Вакцинация БЦЖ всем здоровым новорожденным проводится в родильном доме, всем детям имеющим те или иные отклонения в состоянии здоровья - БЦЖ-М. Ревакцинации проводятся после отрицательной пробы Манту в декретированные сроки. Для раннего выявления туберкулеза проводится проба Манту детям от 1 до 7 лет 2 раза в год, старше 7 лет 1 раз в год.

**Охват пробы Манту и вакцинация**

**против туберкулеза детей I пед. отд,**

**за 1997-99гг. (%)**

**Таблица № 10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  |  |  | I п/отд. | г. Нерюнгри |
| Проба Манту | 99 | 96 | 94 | 98 |
| БЦЖ н/в в роддоме  | 94,5 | 96,8 | 97,7 |  |
| - до 2-х мес.  | 98 | 99 | 99,4 |  |
| - до 1 года | 100 | 100 | 100 |  |
| Долив БЦЖ  | 100 | 100 | 100 |  |
| RV1 БЦЖ | 100 | 95 | 98 | 98,6 |

 Количество детей вакцинарованных против туберкулеза в роддоме 94,5% - 97,7%, что связано с рождением детей, не подлежащих прививке, то есть с противопоказаниями. Такие дети в основном до 2-х мес. вакцинируются на участке и в единичных случаях после двух месяцев жизни.

 Таким образом проводится большая плановая работа, направленная на воспитание здорового ребенка и профилактику заболеваний. Итогом этой работы служат результаты всеобщей диспансеризации детского населения, согласно приказа МЗ СССР № 770 от 30.05.86г. «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения».

 Диспансеризация детского населения является всеобщей и обязательной. Неорганизованные дети проходят осмотр на участке, организованные дети в ДДУ и школах с подключением всех специалистов. Суть диспансеризации - выявить малейшие отклонения в состоянии здоровья детей, своевременное обследование детей и лечение. При необходимости дети с хронической патологией берутся на диспансерный учет и наблюдаются педиатром на участке по месту жительства с проведением противорецидивных курсов лечения до полного выздоровления или до состояния стойкой ремиссии.

 Состояние здоровья детей оценивается по 3-х групповой системе. Первую группу составляют абсолютно здоровые дети. Во вторую группу включаются дети с отклонениями в состоянии здоровья, не вызывающих стойких функциональных изменений детского организма. Третью группу составляют дети, страдающие хроническими заболеваниями в обострении или вызвавших стойкие необратимые изменения тех или иных функций организма. В течении последних лет всеобщую диспансеризацию, как правило, проходят 90-99% детей.

**Результаты углубленного осмотра**

**дошкольников за 1997-99гг.**

**Таблица № 11**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Осмотрено  | 2103 |  | 2280 |  | 2793 |  |
| в т.ч. организ-ных  | 1357 |  | 1800 |  | 1732 |  |
| неорганиз-ных | 746 |  | 1080 |  | 1061 |  |
| Выявлено: |  |  |  |  |  |  |
| с понижением ост. зрения | 76 | 3,6 | 82 | 2,8 | 88 | 3,2 |
| -«- слуха | 2 | 0,09 | 5 | 0,17 | 7 | 0,25 |
| дефект речи | 63 | 3 | 74 | 2,6 | 65 | 2,3 |
| сколиоз | 2 | 0,09 | 1 | 0,03 | 2 | 0,07 |
| нарушение осанки | 38 | 1,8 | 41 | 1,4 | 42 | 1,5 |
| Распределение по гр. здоровья: |  |  |  |  |  |  |
| I гр. | 1165 | 55,4 | 1263 | 44 | 1197 | 42,9 |
| II гр. | 922 | 43,8 | 1495 | 52 | 1559 | 55,8 |
| III гр. | 16 | 0,8 | 122 | 4 | 37 | 3,1 |

 Данные таблицы свидетельствует о том, что с каждым годом больше становится детей второй группы здоровья за счет уменьшения детей первой группы, также в последние 2 года возросло количество детей третьей группы (4% в 1998г. и 3,1% в 1999 году). Это связано с тем, что в последние годы охват детей осмотрами не менее 98%, улучшилось выявление, в бригаду специалистов, проводящих медосмотры в школах и ДДУ включены почти все специалисты детской поликлинике (ЛОР, окулист, невропатолог, хирург, ортопед и эндокринолог). Среди дошкольников по результатам всеобщей диспансеризации обращает на себя внимание все большее количество детей с нарушением функции зрения, в то время как сколиоз регистрируется в сотых долях процента.

**Результаты углубленного осмотра**

**неорганизованных детей перед поступлением**

**в ДДУ и школу за 1997-99гг.**

**Таблица № 12**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Осмотрено перед поступлением в ДДУ | 205 |  | 242 |  | 287 |  |
| Выявлено:  |  |  |  |  |  |  |
| понижение ост. зр. | 10 | 4,8 | 4 | 1,6 | 11 | 3,8 |
| -«- слуха | 1 | 0,48 | 2 | 0,8 | 6 | 2 |
| дефект речи | 4 | 2 | 4 | 1,6 | 8 | 2,8 |
| сколиоз  | 1 | 0,4 | - | - |  |  |
| нарушение осанки | 8 | 3,9 | 7 | 2,9 | 14 | 4,8 |
| Осмотрено перед поступлением в школу. | 45 |  | 102 |  | 84 |  |
| Выявлено:  |  |  |  |  |  |  |
| понижение ост. зр. | 3 | 6,6 | 7 | 6,8 | 9 | 10,7 |
| -«- ост. слуха | - | - | 3 | 2,9 | 1 | 1,2 |
| дефект речи  | 3 | 6,6 | 1 | 1 | 10 | 11,9 |
| сколиоз  | - | - | - | - | - | - |
| нарушение осанки | 2 | 4,4 | 5 | 4,9 | 12 | 14,2 |

 Перед оформлением в ДДУ и школу 100% детей проходят медосмотр в детской поликлинике. Среди осмотренных перед ДДУ отмечается понижение остроты зрения до 3,8% и нарушение осанки 4,8%. Перед оформлением в школу эти показатели увеличиваются соответственно до 10,7% и 14,2%. Это указывает на снижение уровня жизни населения, ухудшения питания (дети недостаточно получают мясо, молочные продукты, фрукты и овощи), а также не на должном уровне физическое воспитание детей.

**Состояние здоровья школьников и**

**подростков**

**Результаты углубленного осмотра**

**школьников за 1997-99гг.**

 **Таблица № 13**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Осмотрено всего | 4080 |  | 5674 |  | 5110 |  |
| Выявлено:  |  |  |  |  |  |  |
| понижение ост. зр. | 565 | 13,8 | 745 | 13,1 | 756 | 14,8 |
| -«- слуха | 4 | 0,1 | 4 | 0,07 | 5 | 0,1 |
| дефект речи | 5 | 0,12 | 4 | 0,07 | 11 | 0,2 |
| сколиоз  | 31 | 0,75 | 38 | 0,67 | 41 | 0,8 |
| нарушение осанки | 173 | 4,2 | 183 | 3,2 | 168 | 3,3 |
| Распределение по группам здоровья: |  |  |  |  |  |  |
| I гр. | 2371 | 58,1 | 2287 | 40,3 | 1979 | 38,7 |
| II гр. | 1652 | 40,5 | 3118 | 55 | 2877 | 56,3 |
| III гр. | 57 | 1,4 | 269 | 4,7 | 254 | 5 |

 Среди школьников нарушение функции зрения также занимает ведущее место. На втором месте - нарушение осанки, а сколиозы возрастают в школьном возрасте почти в 10 раз по сравнению с дошкольниками.

 Необходимо отметить тот факт, что с возрастом нарастает количество детей, у которых наблюдаются те или иные изменения в состоянии здоровья. Особенно это хорошо видно при передачи подростков во взрослую сеть (приказ МЗ СССР № 387 от 10.04.81г. «О передаче детей во взрослую поликлинику»).

**Результаты углубленного медосмотра**

**подростков передаваемых во взрослую сеть**

**Таблица № 14**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс.  | % | абс. | % |
| Всего передано подростков | 505 |  | 685 |  | 651 |  |
| Распределение по группам здоровья: |  |  |  |  |  |  |
| I | 171 | 33,9 | 226 | 33 | 168 | 25,8 |
| II | 286 | 56,6 | 411 | 60 | 426 | 65,4 |
| III | 48 | 9,5 | 48 | 7 | 57 | 8,8 |

 Обращает на себя внимание уменьшение с каждым годом количества подростков с первой группой здоровья: с 33,9% в 1997г. до 25% в 1999г. все это позволяет думать, что школьный и подростковый возраст наиболее уязвим для неблагоприятных факторов внешней среды: кислородное голодание, плохое освещение в школах, отсутствие необходимой по росту школьной мебели, недостаточное количество свежих овощей и фруктов, мясо- молочных продуктов в рационе питания. Имеет значение гиподинамия школьников, недоступность оздоровительных комплексов из-за высокой платы за пользование ими продолжающемся.

**Состояние здоровье подростков**

**передаваемых во взрослую сеть за 1997-99гг.**

**Таблица № 15**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заболевания | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Заболевания органов зрения. | 156 | 46,7 | 182 | 39,6 | 189 | 39,2 |
| ЛОР-патология. | 9 | 2,7 | 23 | 5,0 | 12 | 2,5 |
| Заболевания ССС. | 39 | 11,6 | 47 | 10,2 | 41 | 8,5 |
| Органов дыхания | 4 | 1,2 | 10 | 2,2 | 13 | 2,7 |
| Органов пищеварения. | 30 | 9 | 33 | 7,2 | 34 | 7 |
| Мочеполовой системы. | 21 | 6,3 | 18 | 4,0 | 18 | 3,7 |
| Опорно-двигательного аппарата.  | 37 | 11,1 | 45 | 9,8 | 48 | 10 |
| Эндокринологические  | 16 | 4,8 | 41 | 9 | 39 | 8 |
| Неврологические | 8 | 2,4 | 12 | 2,6 | 18 | 3,7 |
| Хирургические  | 8 | 2,4 | 8 | 1,7 | 22 | 4,6 |
| Прочие  | 6 | 1,8 | 40 | 8,7 | 49 | 10,1 |

 Среди заболеваний в подростковом возрасте ведущее место занимают заболевания органов зрения (до 40%), в основном это миопии различной степени тяжести, астигматизм. Заболевания опорно-двигательного аппарата представлены плоскостопием, нарушением осанки, сколиозом. Заболевания желудочно-кишечного тракта, представленные в основном хроническими гастритами и хроническими холециститами, имеют незначительную тенденцию к снижению в 1999 году по сравнению с 1997 годом (с 9% до 7%), также как и сердечно-сосудистые заболевания - с 11,6% до 8,5%.

**Диспансеризация детей с**

**хроническими заболеваниями**

 Частично вторую группу здоровья и полностью третью группу здоровья составляют дети с хронической патологией с отсутствием или наличием необратимых функциональных нарушений. Диспансеризации и своевременному оздоровлению этих детей придается важное значение. Она проводится два раза в год (весной и осенью) по индивидуальным планам, составленным участковым педиатром и переданным в ДДУ или школу, если ребенок организованный.

**Структура больных детей**

**состоящих на «Д» учете у педиатров**

**I пед. отделения за 1997-99гг.**

**Таблица № 16**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заболевания  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс.  | % | абс. | %  | абс. | % |
| ***ВСЕГО***: | 806 |  | 927 |  | 843 |  |
| 1. Заболевания крови в т.ч. анемии. | 2112 | 2,7 | 3925 | 4,2 | 2615 | 3,1 |
| 2. Заболевания органов дыхания  | 218 | 27 | 274 | 29,6 | 238 | 28,3 |
| в т.ч. бр. атсма | 36 |  | 44 |  | 43 |  |
|  о. пневмонии | 24 |  | 57 |  | 30 |  |
|  ЧДБ | 154 |  | 171 |  | 163 |  |
|  Хр. бронхит  | 4 |  | 2 |  | 2 |  |
| 3. Заб-ия желудочно-кишечного тракта | 194 | 24 | 219 | 23,6 | 203 | 24 |
| в т.ч. язв. болезнь | 3 |  | 6 |  | 9 |  |
|  хр. гастрит  | 65 |  | 78 |  | 72 |  |
|  хр. холецистит | 38 |  | 40 |  | 41 |  |
|  хр. гепатит | 13 |  | 14 |  | 15 |  |
|  ДЖВП | 75 |  | 81 |  | 66 |  |
| 4. Заб-я мочевыводящих путей. | 192 | 23,8 | 225 | 24,3 | 231 | 27,4 |
| В т.ч. о. пиелонефрит | 37 |  | 35 |  | 40 |  |
|  хр. пиелонефрит | 77 |  | 81 |  | 102 |  |
|  гломерулонефрит  | 12 |  | 18 |  | 16 |  |
| ИМВП | 66 |  | 91 |  | 73 |  |
| Прочие:  | 181 | 22,5 | 170 | 18,3 | 145 | 17,2 |

 Среди диспансерной группы детей у педиатров на первое место выходит патология органов дыхания (28,3%) за счет большого количества детей часто длительно болеющих. Также в этой группе наблюдаются дети перенесшие острую пневмонию (приказ № 725 от 15.06.91г. «О дальнейшем совершенствовании медицинской помощи детям с острой пневмонией»), с бронхиальной астмой, отмечаются единичные случаи хронического бронхита. На втором месте заболевания мочевыводящих путей (27,4%), представленные острым и хроническим пиелонефритом, другими инфекциями мочевыводящих путей. Заболевания желудочно-кишечного тракта занимают третье место и в последние три года остаются на одном уровне (24%).

**Эффективность диспансерного наблюдения**

**детей с хроническими заболеваниями за 1997-99гг.**

**Таблица № 17**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Всего:  | 806 |  | 927 |  | 843 |  |
| Снято с выздоровлением  |  |  |  |  |  |  |
| Из оставшихся на «Д» учете: | 98 | 12,2 | 106 | 13,1 | 116 | 12,8 |
| с улучшением | 612 | 75,9 | 730 | 77,1 | 662 | 79,5 |
| без перемен  | 81 | 10 | 75 | 8,1 | 54 | 6,4 |
| с ухудшением | 15 | 1,9 | 16 | 1,7 | 11 | 1,3 |
| Получили сан-курорт. леч. | 28 | 3,5 | 35 | 3,7 | 30 | 3,6 |
| Получили противорец. леч. | 777 | 96,4 | 898 | 96,9 | 824 | 97,7 |

 С диспансерного учета ежегодно снимаются с выздоровлением до 12-13% детей. Это в основном реконвалесценты острой пневмонии, ЧДБ, острого пиелонефрита, дискинезии желчевыводящих путей. Процент охвата противорецидивным лечением 97,7%. Охват детей санаторно-курортным лечением низкий - 3,6%, что связано с социально-экономическими проблемами.

**Состояние заболеваемости детей**

**I пед. отделения**

 Наиболее важным критерием здоровья детского населения в социально-гигиеническом аспекте является уровень детской заболеваемости. Показатель общей заболеваемости позволяет судить о состоянии устойчивости детского организма к неблагоприятным факторам окружающей среды, функциональном состоянии организма ребенка в разные возрастные периоды, качестве медицинского обслуживания. По мимо этого исследования уровня, структуры, динамики и районных особенностей заболеваемости детей является основой для разработки и проведения эффективных мер по укреплению здоровья.

 Нерюнгри можно характеризовать как район с устойчивой высокой общей заболеваемостью, которая достигает в последние годы 1300-1554%0, в то время как по Якутии этот показатель 1998 году 1485,6%.

 В связи с открытием в городе центра реабилитации детей с ДЦП и центра реабилитации слуха и речи отмечается рост детей инвалидов в отделении, в 1999 году их стало 164 человека. В структуре причины инвалидности на первом месте стоят заболевания нервной системы и органов чувств.

**Структура заболеваемости детей**

**I пед. отделения за 1997-999гг.**

(на 1000)

**Таблица № 18**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. | 1998г. |
|  | I отд. | I отд. | I отд. | город | РС(Я) |
| ***ВСЕГО***:  | 1496 | 1309 | 1561 | 1554,6 | 1485,6 |
| из них: инф. и параз. заб-ния. | 41,6 | 69,7 | 99,5 | 100,5 | 87,9 |
| Заб. крови и кроветв. орг. | 3,2 | 2,6 | 4,8 | 4,8 | 18,7 |
| Заб. нер.с-мы и орг. чувств. | 174,7 | 129 | 185 | 184 | 154,7 |
| Заб. органов дыхания. | 1029 | 738,8 | 883 | 889 | 830,9 |
| Заб. органов пищеварения | 21 | 29,7 | 41,3 | 42,2 | 92,9 |
| Заб. мочепол. органов | 10,6 | 9,5 | 5 | 5 |  |
| Травмы и отравления. | 119 | 60,5 | 87,3 | 91,2 | 60,0 |
| Прочие  | 66,9 | 269,2 | 255,1 | 237,9 |  |

 Характеризуя общую заболеваемость в первом пед. отделении можно отметить следующее: как и во всех регионах страны, в городе Нерюнгри, так и в первом пед. отделении на первое место выходят заболевания органов дыхания, составляющих от 1006%0 в 1997г.; до 883%0 в 1999 году. На втором месте - заболевания нервной системы и органов чувств, причем у детей школьного возраста преобладают заболевания органов зрения, а у детей первого года жизни - перинатальное поражение ЦНС. Третье и четвертое место по переменно занимают инфекционные и паразитарные заболевания и травмы, отравления.

**Структура заболеваемости**

**органов дыхания**

**Таблица № 19**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| ОРВИ | 5035 | 79,1 | 5084 | 79,4 | 5265 | 74,2 |
| Грипп  | 649 | 10,2 | 23 | 0,4 | 252 | 3,5 |
| О. пневмонии | 24 | 0,4 | 66 | 1 | 39 | 0,5 |
| Прочие  | 652 | 10,3 | 1039 | 16,2 | 1408 | 19,9 |
| ***ВСЕГО***:  | 6360 |  | 6406 |  | 7100 |  |

 Заболеваемость ОРВИ является мало управляемой, однако своевременное принятие противоэпидемических мероприятий позволяет существенно влиять на уровень заболеваемости респираторными вирусными инфекциями.

 С целью снижения заболеваемости ОРВИ и гриппом в ДДУ, школах, а также неорганизованным детям проводится специфическая профилактика (вакцинация против гриппа) и неспецифическая профилактика (дибазолопрофилактика, витаминотерапия, фитотерапия, точечный массаж и т.д.). В 1999 году заболеваемость гриппом ниже чем в 1997 году 3-4 раза.

 В структуре общей заболеваемости третье место занимают инфекционные и паразитарные заболевания.

**Структура инфекционных и**

**паразитарных заболеваний за 1997-99гг.**

**Таблица № 20**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | %0 | абс. | %0 | абс. | %0 |
| ***ВСЕГО*** | 443 | 71,6 | 605 | 69,7 | 800 | 99,5 |
| в т.ч.: ОКИ н/э | 31 | 5 | 58 | 6,7 | 51 | 6,3 |
| Сальмонеллез | 2 | 0,3 | 4 | 0,5 | 3 | 0,3 |
| Дизентерия | 5 | 0,8 | 23 | 2,6 | 8 | 1 |
| Энтерит устан./э  | 34 | 5,5 | 70 | 8 | 32 | 4 |
| Вирусные гепатиты: А | 5 | 0,8 | 3 | 0,3 | 1 | 0,1 |
|  В |  |  |  |  | 1 | 0,1 |
|  С | 1 | 0,2 |  |  | 1 | 0,1 |
| Коклюш | 3 | 0,5 |  |  | 1 | 0,1 |
| Носительство дифтерии  | 2 | 0,3 |  |  |  |  |
| Корь |  |  |  |  |  |  |
| Эпид. паротит  | 4 | 0,6 | 3 | 0,3 | 3 | 0,3 |
| Коревая краснуха | 10 | 1,6 | 14 | 1,6 | 25 | 3,1 |
| Скарлатина  | 6 | 1 | 39 | 4,5 | 12 | 1,5 |
| Ветряная оспа | 105 | 17 | 126 | 14,5 | 476 | 59,2 |
| Прочие  | 235 | 38 | 265 | 30,5 | 186 | 23,1 |

 По данным таблицы отмечается рост общей инфекционной и паразитарной заболеваемости в 1999 году в 1,4 раза по сравнению с 1998 годом, преимущественно за счет увеличения неуправляемых воздушно-капельных инфекций. В 1998 году отмечалась вспышка ветряной оспы практически во всех ДДУ, рост её по сравнению с 1998 годом в 4 раза, также повысилось заболеваемость коревой краснухой почти в 2 раза. За это же время отмечается снижение заболеваемости скарлатиной в 3 раза. Среди управляемых инфекций за последние 3 года отмечались единичные случаи эпид. паротита и коклюша, причем заболеваемость коклюшем в 1999 году ниже в 5 раз чем в 1997 году, а эпид. паротитом в 2 раза. В 1997 году отмечались 2 случая носительства коринебактерий дифтерии, а заболеваемости дифтерией и корью в течении трех лет в отделении не отмечалось. Это говорит об эффективности проводимой вакцинопрофилактики и о хорошем иммунитете у детей к этим грозным заболеваниям.

**Динамика заболеваемости управляемыми инфекциями**

**за 1997-99гг. (%0)**

 Наблюдение за детьми с кишечными инфекциями проводится по приказу МЗ СССР № 475 от 16.08.89г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики заболеваемости острыми кишечными инфекциями в стране», а наблюдения за реконвалесцентами и контактными по вирусному гепатиту согласно приказа МЗ СССР № 408 от 12.07.89г. «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране». За последние три года вирусный гепатит отмечается в единичных случаях. В 1998 году отмечался подъем острыми кишечными инфекциями. Дети остаются наиболее уязвимыми к воздействию факторов среды обитания: качества питьевой воды, питание, соответствия мест отдыха санитарно-гигиеническим требованиям.

 По данным службы сан.эпид надзора республики нарастают негативные тенденции в обеспечении населения доброкачественной питьевой водой.

**Динамика кишечных инфекций**

**за 1997-99гг.**

 В 1999 году заболеваемость ОКИ установленной теологии снизилась в два раза, а острой дизентерии 2,6 раза по сравнению с 1998г.

**Заболеваемость детей 1-го года**

**жизни за 1997-99гг. (на 1000)**

**Таблица № 21**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |  Нерю-нгри 1999г. | РС(Я)1998г. |
| ***ВСЕГО***:  | 3271 | 3228 | 3506,5 | 3515,1 | 2192,6 |
| Из них: инф. и параз. заболевания | 84,7 | 90 | 68,2 | 71,2 | 61,5 |
| Б-и эндокр. сист. и обмена вещ-в.  | 46,6 | 54,6 | 78 | 74,2 | 98,7 |
| Болезни крови | 21,2 | 22,5 | 25,9 | 21,2 | 55,8 |
| Болезни нервной сист | 1279,5 | 1566 | 1302 | 1218 | 190,7 |
| Бол. орг. дыхания | 1491,5 | 1193 | 1636,4 | 1601,5 | 1109,7 |
| Бол. орг. пищеварения | 169,5 | 202,4 | 243,5 | 238 | 152,4 |
| Бол. мочеполовой сис. | 17 | 16 | 13 | 12 | 21 |
| Врожденные аномалии | 46,6 | 16 | 45,4 | 63,6 | 18,6 |
| Прочие  | 114,4 | 67,5 | 94,1 | 92,4 |  |

 Заболеваемость детей 1-го года жизни очень неустойчивый показатель и в последние годы имеет тенденцию к росту. Как и в общей группе заболевания органов дыхания среди детей 1-го года жизни превалируют над остальными и показатель в 1999 году составляет 1636,4%0. Причем первое место среди заболевания органов дыхания занимают ОРВИ. Заболевания острыми пневмониями среди детей первого года жизни составило 6,5%0 в 1999 году.

 **Состояние младенческой смертности**

**в районе обслуживания**

 Среди приоритетных проблем здоровья младенческая смертность занимает первое место, так как её уровень отражает состояние общественного здоровья и благополучия населения.

 Закономерность параллельного снижения рождаемости и младенческой смертности присуща социально благополучным странам - по мере роста благосостояния и снижения риска потерять ребенка семьи ограничиваются рождением единственного ребенка, который рождается в наилучших условиях в семье, в обществе.

 У нас же в стране снижение рождаемости и повышение младенческой смертности вызваны совершенно другими причинами. Из-за экономической нестабильности и снижения уровня жизни женщины не решаются рожать второго ребенка, а рождение первого откладывают.

**Оценка демографической ситуации**

**по городу Нерюнгри за 1997-99гг.**

**Таблица № 22**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. | 1998г. |
|  |  |  |  | Улус  | РС(Я) |
| Рождаемость  | 10,5 | 10,6 | 10,2 | 10,4 | 13,6 |
| Общая смертность  | 4,7 | 4,4 | 5,5 | 5,1 | 8,2 |
| Младенческая смертность  | 18,1 | 14,8 | 24,5 | 19,6 | 19,7 |
| Естественный прирост | 5,8 | 6,2 | 4,7 | 5,5 | 4,7 |

 Анализируя младенческую смертность по отделению за последние три года можно отметить, что она представлена постнатальной смертностью.

 К сожалению, за последние три года постнатальная смертность в отделении имеет тенденцию к росту как в целом по городу и улусу, что видно в диаграмме.

**Структура причин младенческой**

**смертности по отделению за 1997-99гг.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1997г. | 1998г. | 1999г. |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Органы дыхания: ОРВИпневмония | 1 | 100 | 1 | 50 | 1 | 25 |
|  Врожденные аномалии  |  |  |  |  | 2 | 50 |
| СВС |  |  | 1 | 50 | 1 | 25 |

 Как видно из таблицы и диаграммы в структуре причин младенческой смертности за последние три года ежегодно отмечаются по одному случаю по причине болезней органов дыхания, за последние два года по одному случаю синдрома внезапной смерти, в 1999 году 2 случая от врожденных пороков развития. В случаях смерти детей по причине болезней органов дыхания во всех случаях имело место иммуннодефицитное состояние: в 1997 году у ребенка 7 месяцев умершего от геморрагической вирусной пневмонии отмечались тимомегалия с гипоплазией надпочечников; в 1998 году у ребенка 4 месяцев отмечалась ОРВИ гриппозной этиологии с развитием синдрома Рея (токсическая энцефалопатия с развитием комы, отека головного мозга и поражение печени в виде жировой дистрофии), который дает высокую смертность, и все это на фоне врожденного иммуннодефицитного состояния; в 1999 году у ребенка 5 месяцев ОРВИ, гнойный лептоменингит на фоне истощения иммунных механизмов и при наличии сопутствующего диагноза - врожденный порок сердца (тетрада Фалло).

 У детей с синдромом внезапной смерти (в возрасте 4 и 5 месяцев) так же имело место иммуннодефицитное состояние и в одном случае неблагополучие в семье (неполная семья, курение). В 1999 году отмечалась 2 случая смерти от врожденных пороков развития, которые не возможно было диагностировать внутриутробно: в одном случае врожденный порок сердца (аномалия Эпштейна) и сочетанная аномалия желчевыводящих путей, в другом случае множественные врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта (синдром Ледда, атрезия желчевыводящих путей), ЦНС, сердечно-сосудистой системы (открытый баталлов проток).

**Показатель смертности детей**

**в возрасте от 1 года до 14 лет**

 Смертность детей в возрасте от 1 до 14 лет составил в 1998г. 0,23%0, 1999г. - 0,24%0. В 1997 году случаев смерти не было. В структуре причин смертности детей имели место онкозаболевания по одному случаю в 1998-99гг. и механическая асфиксия также по одному случаю 1998-99гг.

**Санпросвет работа**

 Правильное развитие ребенка может быть обеспечено только высокой культурой родителей и четкой организацией лечебно-профилактической работы на территории обслуживания.

 Санпросвет работа на участках проводится целенаправленно и способствует повышению уровня санитарной культуры населения. В 1999 году эта работа проводилась под девизом: «За здоровый образ жизни».

 Санпросвет работа проводится в виде бесед с родителями и детьми (проводят беседы врачи на приеме и на дому и медицинские сестры) в виде лекций врачей на актуальные темы в детских дошкольных учреждениях, школах, на предприятиях города, периодически через средства массовой информации (радио, телевидение, статьи в газетах).

 Выпускаются санбюллетени на различную тематику. Также проводятся занятия с родителями в кабинете здорового ребенка, где есть все необходимое для этого.

**ВЫВОДЫ**

 В результате проведенного анализа работы за последние три года можно сделать следующие выводы:

1. Количество детей в отделении как и по городу имеет тенденцию к снижению, не смотря на это укомплектованность участковыми педиатрами в отделении и в поликлинике остается стабильно низкой и составляет в 1999 году 48%, поэтому приходится работать с большим напряжением.
2. Охват проф. осмотрами детей на высоком уровне все годы, но по всем возрастным группам отмечается уменьшение количества детей с первой группой здоровья за счет увеличения второй группы здоровья. Среди выявленной патологии при проф. осмотрах преобладают заболевания органов зрения опорно-двигательного аппарата во всех возрастных группах.
3. Отмечается достаточный охват дородовым патронажем - 98%, охват новорожденных первичным патронажем в первые два дня - 98-99%.
4. Увеличился удельный вес новорожденных из группы риска, уменьшился процент детей на грудном вскармливании до 3-х и 6-ти месяцев.
5. Остается высоким уровень общей заболеваемости ( ), а также детей первого года жизни (3506,5%0). Повысился уровень инфекционных и паразитарных заболеваний по сравнению с 1998 годом за счет неуправляемых воздушно-капельных инфекций. В структуре общей заболеваемости преобладают болезни органов дыхания, нервной системы и органов чувств.
6. Улучшился за последние три года своевременный охват проф. прививками детей первых лет жизни, что привело к снижению заболеваемости такими управляемыми инфекциями как коклюш, паротит, корь и исчезновению дифтерии.
7. Повысилась постнатальная смертность в отделении как в целом по городу и улусу. В структуре причин постнатальной смертности в 1999 году 50% составляет врожденная патология развития.

**Мероприятия по совершенствованию**

**лечебно-профилактической помощи детям**

1. Довести укомплектованность участковыми педиатрами до 100%, что даст возможность усилить не только лечебную, но и профилактическую помощь детям.
2. Расширить лечебно-оздоровительные мероприятия в детских дошкольных учреждениях и школах с детьми, имеющими отклонения в развитии и состоянии здоровья (лечебная физкультура, физиолечение, стоматологическая помощь и др.).
3. Необходимый койки дневного пребывания для оздоровления детей с хронической патологией, лучше на базе детской поликлиники, что удобно для детей и родителей.
4. Для снижения общей заболеваемости и заболеваемости детей до 1-го года охватить больший процент детей в осенний период вакцинацией против гриппа. Своевременно проводить также неспецифическую профилактику ОРВИ.
5. Повысить индекс здоровья среди детей 1-го года жизни, шире пропагандировать грудное вскармливание, улучшить профилактику и лечение гипогалактии у матерей.
6. Санпросвет работу проводить с учетом условий жизни семьи, уровня образования родителей, индивидуальных особенностей ребенка и состояния его здоровья.
7. Постоянно повышать квалификацию врачей и среднего мед. персонала путем проведения семинаров, конференций, необходимы выездные курсы повышения квалификации педиатров по актуальным вопросам педиатрии.

01.02.2000г. Л.Х. Бородкина

**Статистические данные верны:**

Зав. Бюро мед. статистики Н.Г. Куличкова

**С П И С О К**

**используемой литературы**

1. Журнал «Педиатрия» им. Г.Н. Сперанского, издательство г. Москва 1998-99гг.
2. «Здравоохранение Российской Федерации» № 2, 1996г.
3. Приказ МЗ СССР № 60 от 19.01.83г. «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в городах».
4. М.Я. Студеникин «Справочник педиатра», 1997г.
5. Н.П. Шабалов «Неонатология» 1997г.
6. Р.М. Филимонов «Подростковая гастроэнтерология», 1990 год.
7. Ю. П. Лисицын «Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения» 1987г.
8. С.Г. Пак «Сальмонеллез» 1988г.
9. Гребешева И.И. «Организация лечебно-профилактической помощи детям». Медицина 1977г.
10. Мальцев С.В. «Критерии оценки состояния здоровья детей» (методические материалы для врачей-педиатров). Казань 1994г.
11. Тур А.Ф., Шабалов И.П. «Детские болезни». Москва 1994г.
12. Усов И.Н. «Справочник участкового педиатра». Минск Беларусь 1991г.
13. Указ Президента РС(Я) от 14.03.94г. № 745 «О дополнительных мерах по развитию здравоохранения РС(Я)».

Председателю аттестационной

комиссии при Министерстве

здравоохранения Республики Саха

Е.Ю. Алексеевой

Врача педиатра Нерюнгринской

городской больницы

Л.Х. Бородкиной

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Прошу Вас рассмотреть мою работу на присвоение первой квалификационной категории по специальности «Педиатрия».

15.02.2000г.

 Л.Х. Бородкина

***Основные показатели работы I пед. отделения***

***за 1997-99гг.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1997г** | **1998г**. | **1999г.** | **1999г.** | **1998г.** |
| **ПОКАЗАТЕЛИ**  | I п/о | I п/о | I пед. отд, | г. Нерюнри | РС(Я) |
| 1. Общая заб-сть (%0). | 1496 | 1309 | 1561 | 1554,6 | 1485,6 |
| 2. Заб-сть детей 1 года жизни (%0). | 3271 | 3228 | 3506,5 | 3515,1 | 2192,6 |
| 1. Инфекционная

заб-сть: (%0). | 71,6 | 69,7 | 95,5 | 100,5 | 87,9 |
| - дифтерия | - |  |  | - |  |
| - полиомиелит |  |  |  |  |  |
| - коклюш | 0,5 |  | 0,1 | 0,06 | - |
| - столбняк  |  |  |  |  |  |
| - корь | - |  |  | - |  |
| - туберкулез  |  |  | 0,1 | 0,06 |  |
| - эпид. паротит | 0,6 | 0,3 | 0,3 | 0,43 |  |
| - ОКИ | 11,6 | 17,4 | 11,3 | 11,6 |  |
| 1. Распределение детей по гр. здоровья %: I
 | 57,2 | 41,5 | 40,2 | 39 |  |
| II  | 41,6 | 54 | 56,1 | 56,5 |  |
| III | 1,2 | 4,5 | 3,7 | 4,5 |  |
| В т.ч. детей 1-го года жизни I | 62,4 | 43,4 | 51,8 | 49 |  |
| II | 36,4 | 56 | 47,3 | 50,34 |  |
| III | 1,2 | 0,6 | 0,9 | 0,66 |  |
| В т.ч. детей 2-го года жизни I | 65 | 45,1 | 42 | 49 |  |
| II | 34,5 | 54,4 | 57,7 | 50,9 |  |
| III | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,1 |  |
| 5. % детей на гр. вскарм. до 3-х мес. | 30 | 27,3 | 27,6 | 27,2 |  |
| до 6-ти мес.  | 23 | 19,3 | 23,4 | 20,0 |  |
| 6. Охват прививками против кори | 95 | 98 | 98 | 98 |  |
| дифтерия  | 95 | 97 | 98 | 98 |  |
| полиомиелита | 96 | 97 | 98,5 | 98,5 |  |
| коклюша | 94,5 | 96,5 | 97,6 | 98 |  |
| столбняка | 95 | 97 | 98 | 98 |  |
| эпид. паротита | 85 | 87 | 98 | 98 |  |
| 7. Смертность детей 1-го года жизни | 4,2 | 6,3 | 12,5 | 24,5 | 19,7 |
| 8. Индекс здоровья | 10,8 | 7,5 | 10 | 10,5 |  |
| 9. Выполнение плана посещ. уч. педиатрами.  | 116,8 | 96 | 103,1 | 105,2 |  |