*Утверждаю*

 *Директор социального*

 *приюта «Надежда»*

 *Шалаева.М.Б.*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *1.12.2003г.*

***Аттестационная работа***

***Врача-педиатра социального приюта***

***Для детей и подростков «Надежда»***

***Пацкевич Светланы Владимировны.***

***За 2000-2002 год.***

***Красноярск***

***2003г.***

***ВВЕДЕНИЕ***

Забота о здоровье детей, будущего поколения - святая обязанность каждого государства. Педиатры и врачи других специальностей, работающие с детьми, делают все возможное, чтобы не снизить качество медицинской помощи детям , не сузить работу по профилактике детских болезней.

В проблеме охраны здоровья подрастающего поколения одной из важнейших задач является обеспечение условий для нормального развития ребенка.

Медицинскими аспектами этой задачи являются профилактика и лечение
хронических заболеваний. Исходя из этого, здравоохранением разработаны
дифференциальные комплексные мероприятия по предупреждению

заболеваний и организации медицинской помощи, создана специальная система оздоровительных и лечебных учреждений. Ведь от здоровья тех, кто родился сегодня, зависит будущее нашей страны.

Я, Пацкевич Светлана Владимировна, окончила Красноярский Государственный медицинский институт в 1989году.

С 1989г. по 1990г. прошла интернатуру на базе ГДБ №6 г. Красноярска.

С 1990г. по 1996г. работала в должности участкового врача-педиатра в ГДП №7.

С 1996г. по настоящее время -- врач-педиатр социального приюта «Надежда».

Стаж врачебной работы 14 лет.

Основные направления моей деятельности - поддержание и укрепление здоровья детей, обеспечение санитарно-эпидемиологического режима согласно нормативным документам. В своей работе руководствуюсь следующими нормативными документами

* Приказ № 60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов».
* Приказ № 229 от 27.06.01 «О национальном календаре профилактических прививок. Календарь прививок по эпидемиологическим показаниям.»
* Приказ № 475 от 16.08 89 «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики заболеваемости острыми кишечными инфекциями в стране»
* Приказ № 342 от 26.11.98 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбы с педикулезом»
* Приказ № 36 от 3.02.97 «О совершенствовании мероприятий по профилактике дифтерии .»
* Приказ № 240 от 12.08.97 «О мерах по снижению заболеваемости корью и эпидемическим паротитом»
* Приказ № 324 от 22.11.95 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению в Российской Федерации»
* Приказ № 47 от 07.02.02 «О совершенствовании оказания медицинской помощи беспризорным и безнадзорным детям»
* Приказ № 444 от 14.12.99 «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода и других микронутриентов»
* Приказ №25 МЗРФ от 25.01.1998г. «Об усилении мероприятий по

 профилактике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций».

* Федеральный закон №112 от 12.08.1996г. «О предупреждении

 распространения в РФ заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита

 человека (ВИЧ-инфекция)».

* Закон Красноярского края от 03.11.2000г. «О защите прав ребенка».
* Приказ МЗРФ №81 от 15.03.2002г. «О проведении Всероссийской

 диспансеризации детей в 2002 году».

* МЗРФ 2002г. «Учебное пособие по гигиенической подготовке для

 работников детских домов и школ-интернатов для детей-сирот и детей,

 оставшихся без попечения родителей».

* «Устройство, оборудование и содержание учреждений для временного

 пребывания детей (приюты, детские дома) СанПиН 2.4.1. 002-96

* «Гигиенические требования к устройству, содержанию, организации режима

 работы в детских домах и школах-интернатах для детей-сирот и детей,

 оставшихся без попечения родителей» СП 2.4.990-00.

* Приказ МЗ «Об усилении борьбы с гельминтозами в стране» №1089.
* Нормы питания воспитанников детских домов, детских домов семейного

 типа, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,

 находящихся в школах-итернатах всех типов. утв. Постановлением

 Правительства РФ 20.06.92 №409.

*Общие положения.*

Муниципальное учреждение социальный приют для детей и подростков «Надежда» осуществляет на территории железнодорожного района г. Красноярска социальную помощь детям и семьям, находящимся в социально опасном положении и нуждающимся в социальной поддержке, проводит комплекс мер по социальной реабилитации несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Учредителем приюта является администрация г. Красноярска. Приют в своей деятельности руководствуется международной конвенцией ООН о правах ребёнка, Конституцией РФ, законами РФ, Указаниями и распоряжениями президента РФ, правительства РФ, Законодательством Красноярского края, приказами Управления социальной защиты населения администрации г. Красноярска.

Целью создания приюта является оказание социальной поддержки, правовой, медицинской, психолого-педагогической помощи безнадзорным детям и подросткам.

Основными задачами приюта являются:

* Профилактическая работа по предупреждению безнадзорности несовершеннолетних, оказание помощи по ликвидации трудной жизненной ситуации в семье;
* Обеспечение временного проживания детей и подростков в нормальных бытовых условиях с предоставлением бесплатного питания, коммунальных услуг, медицинского обслуживания, должного ухода и соблюдение норм гигиены до определения совместно с органами опеки и попечительства наиболее оптимальных форм его жизнеустройства;
* Оказание медицинской помощи и проведение санитарной обработки;
* Предоставление подросткам на период пребывания в приюте возможности посещать образовательное учреждение;
* Разработка и реализация индивидуальной программы социальной реабилитации несовершеннолетних.

*Устройство и содержание приюта.*

Социальный приют «Надежда» открыт в апреле 1996 г. на базе детского сада № 121 железнодорожного района. Расположен в жилом пятиэтажном доме по адресу ул.Охраны Труда 1А/6 и занимает первый этаж, имеет отдельные входы и выходы. Проектная вместимость приюта -- 20 детей, возраст детей – от 4 до 18 лет. Территория приюта ограждена металлическим забором, имеются малые архитектурные формы. Территория озеленена. Приют оборудован помещениями: административный блок, приёмное отделение (фильтр, изолятор, санпропускник), медицинский блок (кабинет врача, процедурный кабинет), помещение для детей (игровая, столовая, четыре спальных комнаты на три и пять мест, два туалета). Пищеблок представлен 4 комнатами с набором помещений: раздаточная, горячий цех, цех сырой продукции, моечная для столовой посуды. Для мытья детской посуды имеется буфетная.

Подвальное помещение представлено: прачечной, кладовой для сыпучих продуктов, кладовой для скоропортящихся продуктов, двумя административными кабинетами. На территории приюта имеется овощехранилище.

*Организация медицинской помощи.*

Медицинскую помощь в приюте осуществляет врач – педиатр, дежурные медицинские сёстры (по штатному расписанию 4 ставки), диет. сестра на 0.5 ставки, врач – дерматолог на 0.25 ставки, психиатр на 0.25 ставки.

Моя работа, как врача-педиатра по организации и усовершенствованию медицинского обеспечения детского населения проводится согласно планов, составленных на год, месяц и ежедневных планов.

Характеристика работы включает в себя следующие разделы:

1. Организация медицинского контроля за
	* Соблюдением рационального режима дня
	* Питанием детей
2. Противоэпидемическая работа
	* Прием заболевших детей
	* Выведение детей с инфекционным заболеванием или с подозрением на инфекционное заболевание в изолятор, при необходимости – госпитализация
	* Осуществление наблюдения за контактными в очаге инфекции
	* Контроль за проведением текущей и заключительной дезинфекции
	* Осмотр детей на педикулез и кожные заболевания
3. Лечебная работа
	* Лечение ОРЗ легкой степени, ЛОР-паталогии
	* Санация полости рта в стоматологической поликлинике
	* Лечение обострений хронических заболеваний
4. Профилактика ОРВИ и гриппа
	* Уменьшение контакта с возбудителем (режим проветривания, регулярная влажная уборка, ношение масок персоналом)
	* Вакцинация против гриппа
	* Поливитамины с октября по май
	* Питание, обогащенное фитонцидами
5. Противотуберкулезная работа
	* Проведение туберкулинодиагностики всем детям
	* Консультация детей с нарастанием пробы Манту у фтизиатра
	* Химиопрофилактическое лечение
	* Рентгенологическое и флюорографическое обследование
6. Прививочная работа
	* Принцип индивидуального подхода к проведению профилактических прививок
	* Проведение плановых прививок
	* РПГА при отсутствии сведений о прививках
7. Наблюдение за состоянием здоровья детей, физически и нервно-психическим развитием
	* Проведение медосмотров
	* Лабораторное обследование
	* Осмотр врачей-специалистов
8. Профилактика дефицита йода у детей
	* Использование йодированной соли
	* Использование препаратов йода (антиструмин)
9. С-витаминизация готовых блюд
10. Работа по гигиеническому воспитанию детей
	* Проведение лекций, бесед по гигиеническому воспитанию
11. Организация летнего отдыха в оздоровительных лагерях

Рабочие документы:

* история развития ребенка Ф-112у. Ф-26
* санаторно-курортная карта Ф-076у.
* медицинская справка школьника в пионерский лагерь Ф-079у.
* экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении и

 т.д. Ф-058у.

* журнал учета инфекционных заболеваний Ф-О6Оу.
* журнал учета профилактических прививок Ф-064у.
* журнал диспансеризации.
* журнал госпитализаций.
* журнал приёма детей.
* журнал физического развития детей.
* журнал регистрации кожных заболеваний.
* журнал регистрации инфекционных заболеваний.
* журнал регистрации сопутствующих заболеваний.
* журнал регистрации педикулёза.
* журнал регистрации травм.
* журнал изолятора.
* журнал наблюдений за контактными.
* журнал регистрации соматических заболеваний.
* журнал санпросвет работы.
* журнал движения детей.
* журнал питания детей.
* журнал витаминизации.
* журнал «Накопительная ведомость учета расходов продуктов питания».
* журнал осмотра сотрудников пищеблока на гнойничковые заболевания.
* журнал температурного режима холодильных установок.
* журнал работы теплового, технологического оборудования.
* бракеражный журнал.
* Технологические карты.
* журнал актов ЦГСЭН.
* журнал осмотра на педикулёз.
* журнал учёта бакпрепаратов.
* журнал кварцевания.

*Контингент детей*

Таблица 1.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование параметра | Годы  |
| 2000г. | 2001г. | 2002г. |
| С 4 до 5лет | 12 | 8 | 7 |
| С 5 до 6лет | 8 | 13 | 12 |
| С 6 до 7лет | 11 | 3 | 7 |
| С 7 до 8лет | 11 | 7 | 12 |
| С 8 до 9лет | 2 | 3 | 8 |
| С 9 до 10лет | 4 | 7 | 6 |
| С 10 до 11лет | 2 | 10 | 8 |
| С 11 до 12лет | 6 | 6 | 6 |
| С 12 до 13лет | 2 | 4 | 4 |
| С 13 до 14лет | 7 | 12 | 11 |
| С 14 до 15лет | 4 | 1 | 5 |
| С 15 до 16лет | 2 | 2 | 3 |
| С 16 до 17лет | 1 | 1 | 2 |
| С 17 до 18лет | 2 | 2 | 3 |
| Всего : | 74 | 79 | 96 |

На каждого ребёнка составляется индивидуальный план реабилитационных мероприятий с учетом особенностей каждого ребёнка.

Объективно оценить состояние здоровья детей, находящихся в приюте, достаточно сложно. Это связано с отсутствием медицинской документации, ограниченностью возможностей для углублённого медицинского обследования. Зачастую дети поступают в приют без каких-либо сведений: документы либо утеряны родителями, либо не были получены вообще. В таблице представлены данные о количестве детей, не имевших никаких медицинских форм.

Таблица2.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2000 г.** | **2001 г.** | **2002 г.** |
| Общее число детей | 74 | 79 | 96 |
| Без документов | 8 | 9 | 13 |
| В % | 10% | 11% | 13,5% |

То есть практически у каждого десятого ребёнка сбор анамнеза значительно затруднён, и в ряде случаев очень поверхностный и неполный. Тем более что собрать анамнез у родителей часто не представляется возможным, вследствие специфики данного учреждения. (Дети доставляются милицией, родители страдают алкоголизмом, судьбой детей не интересуются).

 Еще до рождения большинство детей, оказавшихся в приюте, подверглось воздействию факторов, неблагоприятно сказавшихся на их здоровье. На основании анализа Ф112, беседуя с родителями, выделила ряд факторов, встречающихся чаще всего.

На данной диаграмме представлены факторы, воздействующие на ребенка до рождения (в % к общему числу детей).

****

Вывод:

1. место занимает злоупотребление алкоголем одного или обоих родителей
2. место – патологическое течение беременности
3. место -- нерегулярность посещения женской консультации

На первом году жизни, когда, благодаря правильному воспитанию и своевременно начатому лечению, можно было бы скорректировать многие нарушения, обусловленные патологией беременности и родов, наблюдаемые нами дети не только не получали необходимой медицинской помощи, но и были лишены элементарного внимания со стороны родителей, оказавшись в чрезвычайно неблагоприятной для их дальнейшего развития социально – психологической обстановке.

Таблица3.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Неблагоприятные факторы** | **2000г.** | **2001г.** | **2002г.** |
| Плохие жилищные условия | 52% | 54% | 57% |
| Непродолжительность грудного вскармливания | 73% | 74% | 75% |
| Выраженные отставания в массе на первом году жизни | 24% | 27% | 27,3% |
| Частые ОРВИ на первом году жизни | 13% | 14,6% | 10% |
| Редкое посещение поликлиники (не были больше года) | 12% | 11,3% | 13% |

Таким образом, отмечается тенденция к некоторому росту воздействующих неблагоприятных факторов как до рождения ребёнка, так и на первом году жизни, что связано с ухудшением общей социально – экономической обстановки в стране.

****

Вывод:

1. более чем у 70% детей грудное вскармливание было непродолжительным (менее 3месяцев)
2. почти половина детей на первом году жизни находились в плохих жилищных условиях
3. более 20% детей имели выраженное отставание в массе на первом году жизни.

Для объективной оценки состояния здоровья ребёнка важное значение имеет первичный осмотр поступающего в приют ребёнка. Целью первичного медосмотра является выявление инфекционных или паразитарных заболеваний, неинфекционных заболеваний или повреждений, представляющих опасность для жизни и здоровья ребёнка, угрозу для заражения других детей, а также выявление признаков жестокого обращения с ними.

При первичном осмотре проводится оценка физического развития ребенка. Данные представлены в таблице4.

*Оценка физического развития детей приюта «Надежда»*

Таблица4.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2000г.** | **2001г.** | **2002г.** |
| Число детей | абс | % | абс | % | абс | % |
| Среднее | 39 | 53,3 | 64 | 54,5 | 51 | 53,3 |
| Выше среднего | 5 | 6,7 | 4 | 5 | 4 | 4,1 |
| Ниже среднего | 30 | 40 | 32 | 40,5 | 41 | 42,7 |

Вывод:

Растет число детей с ухудшенным физическим развитием.

Данные оценки физического развития представлены на диаграмме.

2000г.



2001г.



2002г.

****

Наглядным примером отражения социально-экономического неблагополучия детей, поступающих в приют, является показатель заболеваемости педикулезом. Этот показатель не только вырос за последние годы, но и превышает краевой показатель в десятки раз.

*Заболеваемость педикулезом*

Таблица 5.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | 2000г. | 2001г. | 2002г. | 2002г. по краю |
| Заболеваемость на 100000 | 20270 | 25316 | 26041 | 465,5 |

*Заболеваемость педикулезом (на 100000)*

****

Все дети с выявленным педикулёзом при первичном осмотре обрабатываются препаратом «Ниттифор», при распространённом педикулёза – стрижка волос. Повторной заболеваемости педикулезом в приюте не зарегистрировано.

*Лечебная работа*

Дети, находящиеся в приюте, характеризуются высокой частотой нервно – психических заболеваний, высоким уровнем инфекционной заболеваемости и так называемых психосоматических заболеваний. Это обусловлено тем, что многие из них до рождения, а также во время родов подвергались действию факторов, неблагоприятных для их здоровья. Организм ребёнка обладает чрезвычайно высокими адаптационными возможностями, поэтому правильное питание и своевременно начатое лечение способны скорректировать даже тяжелые нарушения, обусловленные патологией внутриутробного развития или родов.

В зависимости от характера заболевания ребёнка, лечение его осуществляется:

1. в условиях приюта (обострение хронических заболеваний, остаточные явления раннего органического поражения головного мозга, простудные заболевания).
2. амбулаторно, в поликлинике, когда была необходима специализированная помощь (физиотерапевтические процедуры, стоматологическая помощь, консультации узких специалистов, лабораторное обследование, различные исследования (УЗИ, рентгенограмма, и т.д.)).
3. в стационаре, куда помещались дети с инфекционными заболеваниями, тяжелыми острыми или хроническими заболеваниями, для проведения плановых операций.
4. в санаториях (например, специализированный санаторий «Пионерская речка», «Тополёк», «Огонёк», для детей из группы ЧДБ).

Вопрос о месте лечения детей с острыми респираторными заболеваниями решается индивидуально для каждого ребёнка в зависимости от тяжести заболевания. Нетяжелые формы ОРВИ лечим в приюте, помещая ребёнка в изолятор. Также в условиях приюта проводилось лечение детей с ветряной оспой, гладким течением, когда случаев заболевания было более 3 – 4, и изолировать детей не представлялось возможным и целесообразным.

Каждый случай острого или обострения хронического заболевания фиксируется в журнале учета заболеваемости.

Структура заболеваемости детей приюта «Надежда» на1000

Таблица 6.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **нозология** | **2000г.** | **2001г.** | **2002г.** |
| **Абс** | **0 / 00** | **абс** | **0 / 00** | **абс** | **0 / 00** |
| 1 | Болезни эндокринной системы● увеличение щитовидной железы первой степени | 12 | 102 | 15 | 189 | 13 | 135 |
| 2 | Болезнь крови● анемия | 6 | 81 | 3 | 40,5 | 8 | 83,3 |
| 3 | Заболевания НС и органов чувств● органические поражения● функциональные ● снижение зрения | 6164 | 8121654 | 5198 | 63240101 | 8218 | 83,321883 |
| 4 | Болезни системы кровобращения | 2 | 27 | 3 | 37,3 | 3 | 31 |
| 5 | Болезни органов дыхания● бронхит●пневмония | 22 | 2727 | 21 | 2513,5 | 71 | 72,910 |
| 6 | Болезни органов пищеварения● хронический гастрит● ДЖВП | 35 | 40,567,5 | 25 | 2563 | 37 | 3172,9 |
| 7 | Болезни кожи● атопический дерматит | 4 | 54 | 4 | 50,6 | 5 | 52 |
| 8 | Болезни костно-мышечной системы● нарушение осанки● сколиоз● плоскостопие | 13712 | 175,694,5162 | 13411 | 16450,6139 | 18415 | 187,541156 |
| 9 | Тубинфицировано  | 28 | 378 | 33 | 417 | 47 | 489 |
| 10 | Болезни ЛОР-органов● ГНМ● аденоиды | 62 | 8127 | 63 | 7557,3 | 104 | 10441 |

Острая заболеваемость

Таблица 7.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **нозология** | **2000г.** | **2001г.** | **2002г.** |
| **абс** | **0 / 00** | **абс** | **0 / 00** | **абс** | **0 / 00** |
| 1 | Дизентерия | - | - | - | - | - | - |
| 2 | ОКИ | - | - | - | - | - | - |
| 3 |  Сальмонеллез  | - | - | - | - | - | - |
| 4 | Туберкулез  | - | - | - | - | - | - |
| 5 | Менингококковая инфекция  | - | - | - | - | - | - |
| 6 |  Вирусный гепатит | - | - | - | - | - | - |
| 7 |  Коклюш  | - | - | - | - | - | - |
| 8 | Скарлатина  | - | - | - | - | - | - |
| 9 | Краснуха  | - | - | - | - | - | - |
| 10 | Ветряная оспа  | 8 | 108 | - | - | 9 | 93,7 |
| 11 | Эпидемический Паротит  | 1 | 12,6 | 1 | 13,5 |  |  |
| 12 | ОРВИ Грипп  | 44 | 5094 | 38 | 481 | 42 | 437 |
| 13 | Ангина |  |  | 1 | 13,5 | 2 | 208 |
| 14 |  Энтеробиоз  | 8 | 108 | 4 | 50 | 7 | 88 |
| 15 | Пневмония  | 2 | 27 | 1 | 13,5 | 1 | 10 |
| 16 | Бронхит  | 2 | 27 | - | - | 7 | 72,9 |
| 17 | Травмы  | 3 | 40,5 | 2 | 25 | 3 | 31 |
| 18 | Отравления  |  |  |  |  | 1 | 10 |
| 19 | Инфекция мочевыводящей системы | - | - | - | - | 2 | 20,8 |

*Общая заболеваемость на 1000*



*Острая заболеваемость*



*Выводы*

1. показатели общей заболеваемости превышают показатели общей заболеваемости детского населения по краю.
2. анализируя заболеваемость, видим, что отмечается подъем заболеваемости в 2000 году, что связано с эпидемией гриппа в этом году, ветряной оспы. В 2001 году отмечается некоторое снижение заболеваемости за счет снижения острой заболеваемости. В 2002 году показатели заболеваемости выросли главным образом за счет увеличения тубинфицированных детей, заболеваемости педикулезом, отмечалась вспышка ветряной оспы.
3. в структуре заболеваемости первое место отводится болезням органов дыхания, на втором месте болезни нервной системы, на третьем месте заболевания костно-мышечной системы.
4. распределение заболеваемости по нозологиям в разные годы практически не изменилось.
5. заболеваемость ОРВИ и гриппом снизилась с 50000 на 100000 детского населения до 43750 в 2002 году. Сравнивая показатели по краю эти цифры составили 53766,8 и 61250 соответственно.
6. снижение заболеваемости ОРВИ и гриппом связано с эффективностью проводимых мероприятий по профилактике этих заболеваний.
7. за отчетный период не было случаев кори, краснухи, гепатита, кишечной инфекции, дифтерии. Это связано с эффективностью противоэпидемических мероприятий и вакцинации.

*Анализ госпитализации в стационар.*

Таблица 8.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Год | 2000г. | 2001г. | 2002г. |
| Нуждались в стационарном лечении | 11 | 11 | 15 |
| Получили стационарное лечение | 11 | 11 | 15 |
| Процент госпитализации | 100% | 100% | 100% |

Вывод : все дети нуждающиеся в госпитализации, получили стационарное лечение. Расхождений моих диагнозов с клиническими не отмечалось.

*Профилактическая работа*

Профилактическая работа занимает не меньше времени, чем лечебная. Эффективно проводимая профилактика-это главный рычаг в сокращении заболеваемости. Основные звенья профилактической работы:

1. динамическое наблюдение за вновь поступившими детьми.
2. диспансеризация здоровых детей дошкольного и школьного возраста.
3. организация рационального питания.
4. противоэпидемическая и прививочная работа.
5. санитарно-просветительная работа.

*Профилактические осмотры*

Профилактические осмотры проводятся комиссией в составе: врач приюта, лор, окулист, хирург, невропатолог, эндокринолог, гинеколог. Цель осмотров – определить уровень физического и нервно – психического развития и составить план реабилитационных мероприятий с учетом выявленной патологии. Углублённый медосмотр проводится два раза в год, т.к. средний срок пребывания ребенка в приюте 1-3 месяца. Я, как врач приюта, провожу заключительный медосмотр с указанием групп здоровья, уровня физического развития, физкультурной группы. В план осмотра так же включаем анализы крови, мочи, кал я\г (при поступлении и в дальнейшем по показаниям), анализ крови на ВИЧ, RW.

Распределение детей по группам здоровья указаны в следующих диаграммах.

*Распределение детей по группам здоровья 2000г.*



*Распределение детей по группам здоровья 2001г.*



*Распределение детей по группам здоровья 2002г.*



 Вывод: за отчетный период дети с 1гр. здоровья в приют не поступали. Как видно из представленных диаграмм, количество детей со 2гр. здоровья постоянно снижается, что связано с общей экономической ситуацией в стране, социальным статусом, который не мог не сказаться на уровне здоровья детей и их родителей. 2гр. составляет в среднем 70 – 76%. 3гр. – 24 – 30% от общего числа детей: дети, имеющие хронические заболевания, функциональные отклонения, с недостаточной массой тела. Число таких детей увеличивается из года в год.

*Диспансеризация больных детей*

Диспансеризация-это система работы, в основу которой положены профилактика, раннее выявление заболеваний и комплексное лечение ребенка на всех этапах медицинской помощи.

Учитывая специфику учреждения (приют рассчитан на кратковременное пребывание детей, сроком от 1 до 3 –6 месяцев) организация диспансеризации детей с выявленной патологией, с хроническими заболеваниями не представляется возможной или затруднена, т. к проследить и осуществить программу оздоровительных мероприятий нельзя (ребёнок или уходит в семью, или оформляется в дет. дом). Поэтому на каждого ребенка при выявлении заболеваний, требующих диспансерного наблюдения, составляется план мероприятий, даются рекомендации по дальнейшему ведению данного ребёнка, с которыми ребенок выбывает из приюта.

*Психические нарушения у детей*

Психические нарушения различной тяжести встречаются у подавляющего большинства детей, находившихся в приюте. Основные нарушения-это задержка психического развития, олигофрения, минимальная мозговая дисфункция.

В данной таблице отражена встречаемость психических нарушений у детей в процентах от общего числа детей по годам.

Таблица 9.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2000г.** | **2001г.** | **2002г.** |
| Задержка психического развития | 57,8% | 60% | 64% |
| минимальная мозговая дисфункция | 14% | 18% | 15% |
| Олигофрения | 11% | 8% | 13% |



Психические нарушения различной тяжести встречались у подавляющего большинства детей, находившихся в приюте. Во многих случаях они создавали значительные трудности в процессе реабилитации детей. Проявления психических нарушений в значительной мере определялись возрастом детей: у дошкольников и младших школьников преобладала задержка психического развития, но с началом обучения в школе столь же демонстративными становились признаки органического поражения головного мозга. У подростков 13-17 лет можно было говорить о преобладании остаточных явлений раннего органического поражения мозга, которые проявлялись, разнообразными психопатоподобными нарушениями поведения. Таким образом, наиболее распространенным психическим нарушением у детей в приюте является задержка психического развития различной степени тяжести. Основной причиной ее возникновения, несомненно, было грубое пренебрежение родителями своими обязанностями по воспитанию детей, отсутствие эмоционально теплых отношений между родителями и детьми. Определенную роль в возникновении задержки психиче­ского развития играли и биологические факторы. В этих случаях можно говорить о задержке психофизического развития, которое отмечалось у дошкольников и младших подростков (в10-13 лет).

Задержка психического развития проявлялась следующими симптомами: сниженной познавательной активностью; неумением выделять существенные признаки; конкретностью мышления, недостаточно способностью к обобщению; неразвитостью абстрактного мышления, ограниченностью круга интересов повседневной жизнью; скудным запасом формальных знаний; слабостью произвольной регуляции деятельности. Задержка психического развития у дошкольников и младших школьников наи­более демонстративно проявлялась в отставании речевого развития. Дети имели крайне ограниченный запас слов, фразовая речь у них формировалась к 4-5 годам. При достаточно хорошем понимании обращенной к ним речи дети-дошкольники не умели пользоваться речью для общения с взрослыми и сверстниками. В некоторых случаях дети 3-5 лет первые недели пребывания в приюте сами почти не говорили, хотя понимали просьбы персонала и выполняли их. У многих дошкольников и младших школьников отмечались значительные нарушения артикуляции, слабость фонематического слуха. Задержка психического развития в эмоциональной сфере проявлялась ограниченностью эмоционального реагирования только крайними, наиболее примитивными чувствованиями, слабой эмоциональной откликаемостью, трудностью выражений своих переживаний, негативизмом по отношению к взрослым.

Основными неврологическими проявлениями органического поражения головного мозга у дошкольников и младших школьников были: признаки повышенного внутричерепного давления (головные боли, ухудшение самочувствия при перемене погоды, плохая переносимость транспорта, душных помещений), сходящееся косоглазие, энурез, плохой аппетит, трудность засыпания.

У подростков 13-15 лет и старше чаще всего отмечались черты неустойчивости (легкое подчинение чужому влиянию, безволие, прежде всего во всем, что касалось труда, учебы; отсутствие целеустремленности и склонность к праздному времяпровождению).

Таким образом, дети, находящиеся в приюте, имеют многочисленные и сложные психологические, поведенческие и соци­альные проблемы, педагогически запущены, зачастую отстают в развитии, отягощены хроническими заболеваниями и психическими нарушениями. Все это обусловливает необходимость комплексной реабилитации детей в приюте.

*Организация прививочной работы*

Важная роль в снижении заболеваемости отводится профилактическим прививкам. Прививки в приюте проводятся в соответствии с приказом № 229 от 27.06.01г. «О национальном календаре профилактических прививок». Сложность в планировании прививок в приюте заключается в том, что дети часто поступают или совсем без формы 63, или с нарушенным графиком проведения прививок. В каждом случае на ребёнка составляется индивидуальный план прививок. При отсутствии сведений о прививках проводится РПГА. Говорить о процентном выполнении плана прививок сложно в связи с тем, что время пребывания детей в приюте недолгое и запланировать прививки на длительный срок, а порой даже на следующий месяц, не представляется возможным. В конце каждого месяца составляется план прививок на следующий месяц на присутствующих детей. Форма 63 находится в приюте. Отчёт о проделанных прививках подаётся в поликлинику 1 ГДБ. Сведения о прививках также заносятся в ф.26, 112. перед проведением каждой прививки проводится осмотр ребёнка с обязательной термометрией, осмотром кожи и зева. Данные осмотра и разрешение на прививку вносятся в ф.26, в ней же м\с ведет наблюдение за реакцией на прививку в определённые сроки. Постоянных и длительных медотводов за время моей работы не наблюдалось. Выполнение плана профилактических прививок, проведённых в приюте за 2000 – 2002г. представлено в таблице 10.

Таблица 10.

|  |  |
| --- | --- |
| Вакцинопрофилактикапротив: | Годы |
| 2000г. | 2001г. | 2002г. |
| Дифтерии | - | - | - |
| Коклюша | - | - | - |
| Ревакцинация против коклюша | 95,6% | 97% | 99,2% |
| Ревакцинация против дифтерии R1 | 98% | 98,5% | 100% |
| Ревакцинация против дифтерии R2 | 99,2% | 100% | 100% |
| Ревакцинация против дифтерии RЗ | 96% | 95% | 98% |
| Вакцинопрофилактика против полиомиелита | 95% | 97% | 97,3% |
| Ревакцинация против полиомиелита | 100% | 100% | 100% |
| Вакцинопрофилактика против кори | - | - | - |
| Ревакцинация против кори | 97,5% | 98% | 98,3% |
| Вакцинопрофилактика против эпидемического паротита | - | - | - |
| Ревакцинация против эпидемического паротита | 95,2% | 96% | 97,3% |
| Вакцинопрофилактика против туберкулеза | - | - | - |
| Ревакцинация против туберкулеза | - | - | - |

Бак. препараты медсестра получает в поликлинике, их доставка осуществляется в сумке – холодильнике с хладоэлементами. Затем бак. препараты хранятся в холодильнике на специальных промаркированных полках. Расход и приход бак. препаратов регистрируется в специальном журнале, куда вносятся данные о дозе, контроле, месте изготовления препарата.

Проведение реакций Манту и БЦЖ осуществляется в прививочном кабинете поликлиники.

*Противотуберкулёзная работа*

Туберкулез-заболевание, ставшее очень актуальным за последние 8-10 лет. Об этом говорят показатели заболеваемости туберкулезом по краю: в 2001г.-34 на 100000 и 2002г.-31 на 100000 детского населения. Работа по профилактике туберкулеза осуществляется согласно:

Приказа № 324 от 29.11.95 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи в РФ».

Федерального закона от 18.06.01г. «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ».

Решения совета безопасности Красноярского края от 11.03.02г. «О мерах по обеспечению безопасности населения Красноярского края в период эпидемии туберкулеза».

Неблагоприятные социально – бытовые условия, в которых жила основная масса детей приюта, не могли не сказаться на увеличении количества тубинфицированных детей. Так как обращаемость в поликлинику, как детей, так и взрослых очень низка, то зачастую диагноз туберкулёза у родителей ставится очень поздно и дети подолгу живут в одной комнате с больными туберкулёзом, пользуются общей посудой и бытовыми предметами. В практике были случаи, когда дети поступали без данных о реакции Манту за несколько лет. При проведении туберкулинодиагностики, рентгенологического и лабораторного обследования, выяснения анамнеза, консультации фтизиатра выставляется диагноз: туберкулёз внутригрудных лимфоузлов. Эти дети проходили длительное лечение в стационаре, затем в санатории «Пионерская речка».

Профилактическая работа, направление на предупреждение инфицирования детей ведётся постоянно. Всем детям, поступающим в приют и не имеющим реакции Манту в текущем году, проводится туберкулинодиагностика. В случае положительной реакции Манту консультируем у фтизиатра в противотуберкулёзном диспансере на Мира 20. Проводится комплексное обследование: анализ крови, анализ мочи, рентгенографическое обследование (по показаниям томографическое обследование, исследование выделений на ВК). Для выставления диагноза фтизиатру очень помогает анамнез, но этого как раз зачастую и нет: мы не знаем, чем болел ребёнок, его родители, как развивался ребёнок, лечился ли он ранее и т.д.

В таблице 11 приведены данные о процентном соотношении инфицированных туберкулезом детей к общему числу детей в сравнении по годам.

Таблица 11.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **заболевание** | **2000г.** | **2001г.** | **2002г.** |
| Тубинфицирование | 24 | 30 | 42 |
| Поствакцинальная аллергия | 1 | 1 | - |
| Выраж. туб пробы | 1 | 1 | 1 |
| Туб. контакт | - | 1 | 2 |
| Туберкулёз внутригрудных лимфоузлов  | 2 | - | 2 |
| Пролечено | 5 | 6 | 8 |
| Всего | 28 | 33 | 47 |
| % | 32% | 41% | 49% |



Вывод: как видно из приведённых данных, к сожалению, приходится констатировать, что с каждым годом количество тубинфицированных детей увеличивается, что является отражением неблагоприятной обстановки по туберкулёзу в городе и крае, низкой санитарной культурой населения.

В приюте проводится работа по профилактике туберкулёза и среди сотрудников. В ежегодный план работы медицинской службы в обязательном порядке включается довести % флюорографического обследования сотрудников до 100%. Все сотрудники проходят флюорографическое обследование в поликлинике по месту жительства. Туберкулёза за всё время моей работы среди сотрудников не выявлено.

*Организация и проведение противоэпидемических мероприятий*

Большим и даже вероятно самым важным разделом моей работы является предупреждение возникновения в приюте инфекционных заболеваний.

Указанные мероприятия включают:

1. контроль за соблюдением санитарно – гигиенического и противоэпидемиологического режима на кухне и за приготовлением пищи. Т.е. следить за качеством поступающих продуктов, условием их хранения, соблюдением сроков реализации, технологией приготовления, качеством готовой пищи, санитарным состоянием и содержанием пищеблока, мытьём посуды, проведением «С» -- витаминизации пищи, ежедневных осмотров персонала пищеблока и дежурных детей на наличие гнойничковых заболеваний, за правильностью отбора и хранения суточной пробы, за соблюдением правил личной гигиены сотрудниками пищеблока.
2. проверка санитарно – гигиенического состояния помещений приюта, особенно спальни, столовой, туалетов, контроль за их уборкой, контроль за содержанием территории овощехранилища, подсобных помещений.
3. профилактика инфекционных заболеваний. На каждое инфекционное заболевание составляется план противоэпидемических мероприятий, в которых чётко отражены сроки исполнения каждого мероприятия, ответственность каждого за проведение того или иного мероприятия. В приюте два раза (при поступлении и переводе) проводится обследование детей на энтеробиоз. Один раз в неделю в целях предупреждения распространения педикулёза проводится осмотр волосистой части головы. С целью ранней диагностики заболевания проводится медицинские осмотры при поступлении детей в приют, систематическое наблюдение за состоянием здоровья детей.
4. проведение ежедневного осмотра детей, активное выявление заболевших, своевременная их изоляция, организация лечения и ухода за детьми, находящихся в изоляторе, осуществление госпитализации заболевших детей, проведение дезинфекционных мероприятий.

В случае возникновения инфекционных заболеваний больной госпитализируется или находится в приюте в изоляторе под наблюдением врача. На контактных заводится лист наблюдений. Все случаи инфекционных заболеваний регистрируются в журнале.

Инфекционная заболеваемость представлена в таблице 12.

Таблица 12.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **нозология** | **2000г.** | **2001г.** | **2002г.** |
| **абс** | **0 / 00** | **абс** | **0 / 00** | **абс** | **0 / 00** |
| 1 | Ветряная оспа  | 8 | 108 | - | - | 9 | 93,7 |
| 2 | Эпидемический Паротит  | 1 | 12,6 | 1 | 13,5 |  |  |
| 3 | ОРВИ Грипп  | 44 | 5094 | 38 | 481 | 42 | 437 |
| 4 |  Энтеробиоз  | 8 | 108 | 4 | 50 | 7 | 88 |

*Проведение оздоровительных мероприятий*

Большинство детей, находясь в состоянии эмоционального стресса, или проведя несколько месяцев в больнице, прежде чем попасть в приют, имеют низкий иммунный статус и слабую сопротивляемость к простудным и инфекционным заболеваниям. Они хуже приспосабливаются к изменениям условий внешней среды. При изменении погоды, атмосферного давления, самочувствие у них ухудшается; дети жалуются на головную боль, ухудшается сон, аппетит. Большое значение в приюте уделяется физическому развитию детей. Над физическим развитием работает весь коллектив приюта, осуществляет контроль медицинский работник. Физическое развитие включает в себя закаливающие процедуры, прогулки, полноценное питание, правильная организация сна и отдыха.

Кроме этого, применяем различные методы: воздушные ванны, водные процедуры.

Хочется отметить индивидуальный подход в выборе закаливающих процедур с учетом индивидуальных особенностей состояния здоровья и анамнестических данных ребёнка. Например, у детей страдающих частыми заболеваниями ЛОР – органов использовались контрастные полоскания рта и горла.

Детям старшего возраста проводилось закаливание – это водные процедуры по Норильскому методу – обливание ног (стопа и голени) водой контрастной температуры (360 – 180 – 360).

Для детей старшего возраста проводится обтирание влажными рукавичками (смоченными в воде температура 360 и слегка отжатыми), с последующим растиранием сухим полотенцем.

При проведении закаливаний детей строго соблюдались его основные принципы: индивидуальность, систематичность, постоянность и положительные эмоции ребёнка. В комплексе оздоровительных мероприятий включены были физиотерапевтические методы: общее ультрафиолетовое облучение, ингаляции с лекарственными травами, фитотерапия. Указанные выше процедуры обладают широким спектром действия: повышают общую сопротивляемость организма, оказывают бактерицидное действие, тем самым, препятствуя развитию острых респираторных заболеваний у детей. Дважды в год (сентябрь -- октябрь; февраль --март) проводилась неспецифическая профилактика ОРВИ, которая включает в себя витаминотерапию, стимулирующие и укрепляющие средства (апилак, элеутерококк). Анализируя состояние здоровья детей при поступивших в приют и на момент их ухода, отмечается значительное улучшение состояния здоровья, а также рост физических показателей.

Детям, страдающим патологией ЛОР – органов был введён метод закаливания носоглотки по методу города Набережные Челны. Этот метод заключается в сосании льдинок, приготовленных из отвара лекарственных трав с добавлением сиропа шиповника или мёда. Этот метод также эффективен для профилактики ОРЗ. Также детям с дефицитом массы тела каждые два месяца проводили курс тонизирующего массажа. Дополнительно этим детям выделялись фрукты, соки, отвар шиповника.

В летний период все приютские дети школьного возраста поправляли своё здоровье в летних оздоровительных лагерях.

*Организация питания*

Для нормального физического и психического развития детей, обеспечения высокой работоспособности и сопротивляемости их организма к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, большое значение имеет полноценное и правильно организованное питание. В приюте составляется перспективное двух недельное меню, с разнообразием наборов продуктов. При составлении меню предусматривается выполнение норм питания на одного ребёнка в день, суточной потребности детей в калорийности (таблица 13.) в сутки и её распределение в течение дня, правильное сочетание блюд и исключение повторяемости в течение дня и недели.

Таблица 13.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Возраст детей** |
| **4-7 лет.** | **7-10 лет.** | **11-13 лет.** | **14-17 лет.** |
| Энергетическая ценность (кКал.) | 1970 | 2350 | 2750\2500 | 3000\2600 |

В приюте дети получают пятиразовое питание, в летнее время дополнительно вводится еще второй завтрак, состоящий из фруктов.

На основании примерного меню составляется меню-раскладка с учётом возраста ребёнка. Такие продукты как хлеб, молоко, мясо, сливочное и растительное масло, сахар, овощи, яйцо входит в меню ежедневно. Рыбу, сыр, творог, сметану даём три раза в неделю.

Зимой и весной при отсутствии свежих овощей и фруктов используем соки, консервированные овощи и фрукты. В целях профилактики йоддефицитных состояний используем йодированную соль.

С целью обеспечения детей витамином «С» проводим витаминизацию третьих блюд аскорбиновой кислотой из расчёта (в сутки): для детей 3-6 лет-17мг

6-10 лет-20мг

11-17 лет-25мг

Важное значение уделяется качеству поступающих продуктов. Обязательным условием является наличие сертификата и соблюдение сроков реализации продуктов. В приюте диет. сестрой ведётся журнал накопительной ведомости продуктов на одного ребёнка в граммах.

Таблица 14.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **продукт** | **Норма****3-7лет** | **Норма****7-15лет** | **2000г.****в%** | **2001г.****в%** | **2002г.****в%** |
| Хлеб | 160 | 350 | 100 | 100 | 100 |
| Мука | 35 | 35 | 92 | 102 | 100 |
| Крупа, макароны | 45 | 75 | 120,5 | 109,7 | 117,5 |
| Картофель | 300 | 400 | 100 | 94 | 95 |
| Овощи | 400 | 470 | 89,3 | 86,6 | 80 |
| Фрукты | 250 | 250 | 15 | 15 | 11,7 |
| Сок | 200 | 200 | 85 | 100 | 86 |
| Сухофрукты | 10 | 15 | 100 | 100 | 100 |
| Сахар | 60 | 75 | 100 | 100 | 100 |
| Кондитерские изделия | 25 | 25 | 100 | 95 | 90 |
| Мясо, колбаса | 130 | 200 | 100 | 100 | 100 |
| Рыба | 60 | 110 | 89,4 | 79 | 91 |
| Молоко, кефир | 550 | 550 | 100 | 100 | 100 |
| Творог | 50 | 70 | 42,3 | 40 | 95 |
| Сметана | 10 | 10 | 80 | 40 | 62 |
| Сыр | 10 | 12 | 84 | 93 | 85,6 |
| Масло сливочное | 35 | 50 | 100 | 98 | 98 |
| Масло растительное | 12 | 18 | 82 | 102,5 | 85,2 |
| яйцо | 1 | 1 | 94,6 | 93,7 | 87,5 |

Также каждый месяц проводится анализ потребления белков, жиров, углеводов, оценивается распределение калорийности в течении дня.

Таблица 15.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **№** | **2000г.** | **2001г.** | **2002г.** |
| Соотношение Б:Ж:У | 1:1:4 | 73,3:76,1:295,4 | 114,1:111:432,1 | 108:105:398 |
| Белки животные\растительные | 70%\30% | 59,2%\40,8% | 66%\34% | 72%\38% |
| Жиры животные\растительные | 70%\30% | 72%\28% | 76%\24% | 82%18% |
| Завтрак | 25% | 22,3% | 23% | 25% |
| Обед | 35-40% | 39,4% | 35% | 35% |
| Полдник | 10% | 17% | 15% | 10% |
| Ужин | 20-25% | 21% | 27% | 30% |

В целом питание детей можно характеризовать как полноценное, рациональное. Основные соотношения между белками, жирами, углеводами, распределение калорийности по приёмам пищи соответствует нормам. Однако отмечается невыполнение норм питания по таким продуктам, как творог, сметана, сыр, фрукты. Это связано с недостаточным финансированием.

*Санитарно-просветительная работа*

Очень важным разделом моей работы является организация санитарно-просветительной работы. Учитывая, что дети поступают в приют из социально-неблагоприятных бытовых условий, задача медицинских работников, воспитателей заключается в привитии детям прежде всего элементарных гигиенических навыков. С детьми проводятся беседы на темы: «Как правильно чистить зубы», «О гигиене девочек и мальчиков», «Руки мой перед едой!», и многие другие. Проводятся лекции и беседы с сотрудниками по соблюдению санитарно-эпидемического режима при различных заболеваниях; о профилактике травматизма.

В летний период, когда организуется выезд детей на природу, водоем, провожу обучение детей и сотрудников правилам поведения на воде, приемам оказания первой медицинской помощи при укусах насекомых, отравлении ядовитыми растениями, при тепловом и солнечном ударах. Актуальны и несомненно полезны беседы, проводимые о профилактике кишечной инфекции.

В осенне-зимний период (период подъема заболеваемости гриппом, ОРЗ) провожу лекции о различных методах закаливания, как профилактики гриппа, витаминно-, фитопрофилактике.

Медицинскими работниками нашего приюта выпущены санбюллетени:

«Кишечная инфекция»

«Профилактика вирусного гепатита»

«Грипп»

«О рациональном питании»

В «Уголке здоровья» содержится и постоянно обновляется информация о работе медицинской службы, данные о заболеваемости детей, о новых методах лечения и диагностики различных заболеваний.

Традиционными стали у нас встречи со специалистами наркологического диспансера. Сотрудники диспансера систематически проводят с детьми интересные беседы и лекции о вреде наркотиков, последствиях курения, алкоголизма, о мерах профилактики и борьбы с ними.

Список литературы, используемый в повседневной работе.

* + - 1. «Справочник участкового педиатра» И.Н.Усов 1991г.
			2. «Педиатрия» пособие для врачей и студентов под редакцией Сергеевой, Москвичевой, Смирновой. 1999г.
			3. «Педиатрия» 1998г. 11од редакцией Греффа.
			4. «Руководство по педиатрии» Г.В.Яцык 1998г.
			5. «Аллергия у детей. Основы лечения и профилактики» образовательная программа пособие для врачей. Москва 2002г.
			6. «Педиатрия» Шабалов П.П. 2000г.
			7. «Неотложные состояния у детей» Москва 2002г.
			8. «Справочник лекарственных средств» Видаль 98.
			9. «3аболевания детей старшего возраста».
			10. «Организация медицинской помощи детям в условиях крупного города» А.П.Белова.
			11. «Здоровый ребенок-справочник физиологических параметров детского возраста» Ю.К.Савченков.
			12. «Справочник по детской диететике» И.М.Воронцов, Н.В.Мазурин.
			13. «Болезни органов дыхания у детей» В.К.Татотченко,С.В.Рачинский.
			14. «Болезни органов пищеварения у детей» А.В.Мазурин.
			15. «Острые кишечные инфекции у детей» Р.А.Тимофеева.
			16. «Руководство по инфекционным болезням у детей» С.Д.Носов.
			17. Журнал «Педиатрия»
			18. «Болезни детей старшего возраста» руководство для врачей Кульмина Л.А.
			19. «Гематология детского возраста»
			20. Учайкин В.Ф. «Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей»
			21. «Поликлиническая педиатрия» Сушко Е.П,
			22. Мазурин А.В. «Болезни органов пищеварения»
			23. Вельтицев Ю.Е. «Обмен веществ у детей»
			24. Дукер М.Б. «Менингиты и энцефалиты у детей»
			25. Студеникин М.Е. «Аллергические болезни у детей»
			26. Рачинский С.В. «Бронхит у детей»
			27. Папаян А.В., Жукова Л.Ю. «Анемия у детей»
			28. Ширяева К.Ф. «Диспансерное наблюдение детей в поликлинике»
			29. Митин Ю.В. «Острый ларинготрахит у детей»
			30. Гусарская И.Л. «Клиника и лечение дизентерии у детей»

***Выводы***

1. приют является местом кратковременного пребывания детей, поэтому организация прививочной работы, диспансеризации имеет свои особенности.
2. прослежена прямая зависимость воздействия неблагоприятных социально-бытовых факторов на состояние здоровья детей, отмечается тенденция к возрастанию этих факторов.
3. показатели общей заболеваемости по приюту превышают показатели заболеваемости по краю.
4. в структуре общей заболеваемости на первом месте находятся болезни органов дыхания.
5. в структуре острой заболеваемости основное место занимают ОРЗ.
6. отмечается снижение заболеваемости ОРЗ и гриппом в 2002 году.
7. среди психических нарушений лидирует задержка психического развития.
8. растет число детей, имеющих ухудшенное физическое развитие.
9. отмечается тенденция к уменьшению числа детей со второй группой здоровья и возрастанию с третьей.
10. из года в год растет число тубинфицированных детей, отмечается рост заболеваемости педикулезом, что является отражением общей социально-экономической обстановке в стране.

***Задачи***

1. постоянно повышать свой профессиональный уровень, свою квалификацию.
2. систематически проводить профилактические осмотры детей для раннего выявления отклонений в их здоровье.
3. проводить анализ результатов медицинских осмотров, разрабатывать мероприятия, направленные на укрепление здоровья детей.
4. эффективно проводить лечебные и оздоровительные мероприятия с целью своевременного выявления больных и реабилитации реконвалесцентов острых заболеваний.
5. стремиться к снижению первичной заболеваемости путем улучшения профилактической работы, ранней диагностики, санации хронических очагов инфекции, оздоровления в летних лагерях.
6. постоянно проводить санитарно-просветительную работу.
7. в полном объеме проводить противоэпидемические мероприятия.