

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра педиатрии с курсом ИДПО

Курсовая работа на тему:

«Анализ работы педиатрической службы в ГБУЗ РБ

Выполнила:

Проверила: куратор цикла

ПК «Педиатрия»

Профессор Шагарова С.В.

Характеристика здравоохранения района

Сегодня Янаульская центральная районная больница представляет собой многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение.

Функционируют 199 круглосуточных койко-мест, дневной стационар на 76 койко-мест, стационар на дому на 4 койко-мест.

Поликлинические учреждения на 1000 посещений в смену, в том числе взрослая поликлиника на 500 посещений, детская – 175 посещений, стоматология 200 посещений и 3 сельских врачебных амбулатории на 125 посещений в смену. Отделение скорой медицинской помощи с тремя филиалами на базе СВА и 46 фельдшерско-акушерских пунктов. В ЛПУ района работает 87 врачей, средний медперсонал 439 человек.

Деятельность ГБУЗ РБ ЯЦРБ определяется наличием сертификата и лицензии, и выполнением Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Межрайонный центр микрохирургии глаза в городе открыт в апреле 1994 года на базе глазного отделения Янаульской центральной больницы. Здесь оказывают оперативную и консервативную офтальмологическую помощь пациентам пяти районов: Янаульского, Балтачевского, Бураевского, Калтасинского и Татышлинского.

Получили развитие дневные стационары, стационары на дому, что ведёт к повышению роли участкового врача в организации лечебно-профилактического процесса, повышается ответственность за своевременность оказания и правильность организации лечебной помощи. Все ЛПУ оснащены современным оборудованием: эндоскопическим, рентгенологическим и т.д. Лечебные учреждения района, прежде всего, ориентируются на профилактику заболеваний и раннее их выявление.



Характеристика участка

Всего в городе Янауле 11 педиатрических участков. На своём, 9-ом участке, работаю с 2012 года. Население 9-ого педиатрического участка проживает в основном в частных деревянных домах. Врачебная амбулатория с.Прогресс (педиатрический участок №9), в которой я работаю, находится в с.Прогресс Янаульского района на расстоянии 25 километров от центральной районной больницы. Обслуживает 28 населенных пунктов. Количество фельдшерско-акушерских пунктов – 13. Радиус обслуживания 35 километров. Врачебная амбулатория с.Прогресс – это двухэтажное кирпичное здание. На первом этаже ведут прием педиатр, терапевт, зубной врач, акушерка, а также имеется физкабинет, процедурный кабинет, прививочный кабинет. На втором этаже находится отделение дневного стационара. На территории участка расположены 6 школ – из них 1 НОШ, 1 ООШ, 4 СОШ, а также 6 детских сада. В с.Прогресс еще находится профессиональный лицей №101.

Основные задачи врача-педиатра участкового

1. Оказание грамотной, своевременной и эффективной медицинской помощи детям.
2. Организация и проведение комплекса профилактических и санитарно-эпидемиологических мероприятий, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости.
3. Качественная, проводимая в полном объеме иммунизация детей.
4. Оказание неотложной помощи больным детям.
5. Санитарно-просветительная работа и пропаганда здоровья и здорового образа жизни.
6. Постоянное усовершенствование профессиональных знаний и навыков.

Анализ работы на педиатрическом участке

Как участковый педиатр работаю на 1 ставку, при необходимости совмещаю работу на других участках, в детских стационарах, в родильном отделении.

Амбулаторный прием здоровых и больных детей ведется три дня в неделю (понедельник, среда, пятница) в сельской врачебной амбулатории, по вторникам и четвергам выезд совместно с участковой медсестрой в фельдшерско-акушерские пункты для оказания лечебно-профилактической помощи детскому населению.

На прием приглашаются здоровые дети в декретированные сроки, неорганизованные дети на профилактические прививки, хронические больные на диспансерные осмотры, больные острыми заболеваниями в периоде выздоровления. Работа на участке: обслуживание вызовов к детям до 18 лет, профилактический осмотр детей до 1 года, неорганизованных детей, активное посещение больных детей. На консультацию к узким специалистам дети направляются в детское поликлиническое отделение Янаульской ЦРБ.

По показаниям больные дети госпитализируются в детское или инфекционное отделение Янаульской ЦРБ. Дети с хирургической патологией госпитализируются в хирургическое отделение. Подростки 16-17 лет госпитализируются в терапевтическое отделение.

Два раза в год проводится диспансерный осмотр детей в детских садах, школах.

Также в работу педиатра входят ночные дежурства в стационарах , 2 – 3 раза в месяц.

Возрастной состав детей на конец года с 2015 по 2017гг.

	2015г.	2016г.	2017г.
Всего	802	878	849
2017	--	--	35
2016	--	32	35
2015	37	36	30
2014	39	48	52
2013	47	45	46
2012	38	43	40
2011	38	39	40
2010	35	43	39
2009	47	55	57
2008	53	59	57
2007	55	59	59
2006	48	58	58
2005	46	46	46
2004	42	49	50
2003	41	49	51
2002	45	57	57
2001	44	48	46

2000	46	51	51
1999	48	61	--
1998	53	--	--

Вывод: за 2017 год отмечается уменьшение количества детей на участке за счёт миграции населения трудоспособного возраста в города из-за безработицы на селе.

Распределение по группам здоровья детей 0 – 17 лет

на участке за 2015 – 2017 гг.

Года	1 группа	2 группа	3 группа	5 группа
2015г.	151 (18,8%)	525 (65,5%)	108 (13,5%)	18 (2,2%)
2016г.	176 (20,1%)	566 (64,5%)	102 (11,6%)	16 (1,8%)
2017г.	182 (21,4%)	550 (64,8%)	98 (11,5%)	19 (2,2%)

Вывод: количество детей, входящих в I диспансерную группу несколько увеличилось, а входящих в III группу наоборот уменьшилось, что связано с дополнительным обследованием, оздоровлением детей по результатам профилактических осмотров несовершеннолетних. Увеличилось количество детей с V группой за счет прибывших детей с других участков и районов.

Существуют преемственность между стационаром и поликлиникой, все выписанные дети из стационара проходят через поликлинику, где берутся на диспансерный учет. 2 раза в год, или чаще, в зависимости от диспансерной группы, проводятся клинически минимум обследования: анализ крови, мочи. Больные, страдающие хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта осматриваются 2 раза в год, по показаниям проходят УЗИ, ФГДС, ЭКГ.

Противорецидивное лечение проводится 2 раза в год. Дети, страдающие бронхолегочной патологией, не менее 1 раз в год обследуются фтизиатром, проводится анализ мокроты на БК. В оздоровлении диспансерных детей в условиях поликлиники широко применяются: диета, лечебная физкультура, массаж, физиолечение.

На всех диспансерных детей заводится форма № 30 – диспансерная карта. Разрабатывается план оздоровления и подводится итог проводимых мероприятий и составляется план на следующий год. Для организованных детей эпикриз пишется в двух экземплярах, один из которых передаётся в детское учреждение. Таким образом осуществляется согласованность в работе с диспансерными больными участкового врача и врача дошкольных и школьных учреждений.

В лечении детей, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания обязательна санация хронических органов инфекции, фитотерапия, лечебная физкультура, физиотерапия: ингаляции, электролечение по Хлыстовой, электрофорез лекарственными препаратами (калия йода, кальция хлорида, с эуфиллином, лидазой), УВЧ, ДМВ, ТУФО носа и зева, массаж грудной клетки, вибрационно-импульсный массаж, оксигенотерапия, освобождение дыхательных путей от слизи и мокроты с помощью электроотсоса, постуральный и позиционный дренаж тяжёлым детям. В ЦРБ функционирует кабинет спелеотерапии с микроклиматом соляной шахты, где получают лечение дети с бронхитами, бронхиальной астмой, респираторными аллергиями.

Дети с острой пневмонией через год снимаются с диспансерного учёта, если не было обострения.

За 2015-2017 года санаторно-курортное лечение получили на участке 28 детей, в том числе в санатории «Красноусольск» - 10 детей, в «Мечетлино» - 4 детей, «Салют» - 2 ребенка, «Урал» - 1 детей, «Павловка» - 11 детей.

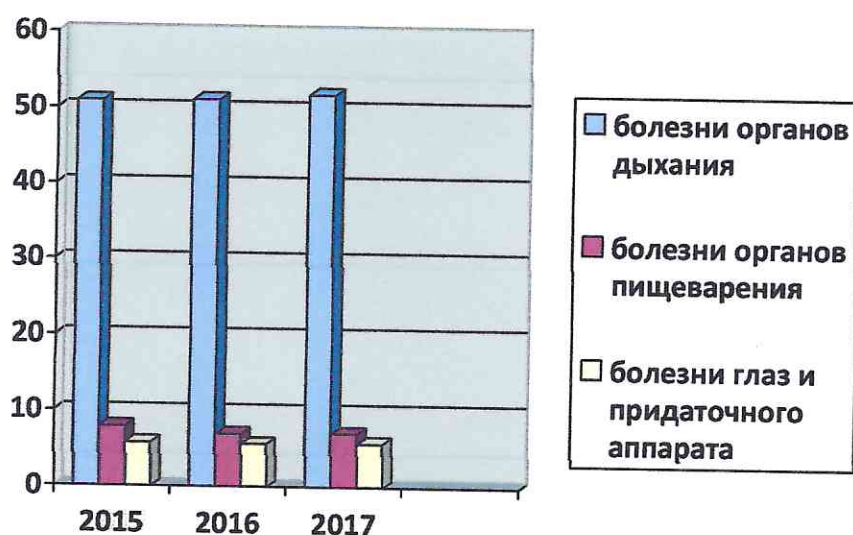
Динамика общей заболеваемости детей и подростков

	2015	2016	2017
Общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по РБ (на 100 тысяч детей 0-14 лет)	213112,7	214483,2	215991,5
Общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по Янаульскому району (на 100 тысяч детей 0-14 лет)	221014,7	236062,1	229063,4
Общая заболеваемость подростков 15-17 лет по РБ (на 100 тысяч подростков 15-17 лет)	265827,0	264091,3	262343,2
Общая заболеваемость подростков 15-17 лет по Янаульскому району (на 100 тысяч подростков 15-17 лет)	251923,1	230144,5	228120,3
Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по РБ(на 100 тысяч детей 0-14 лет)	165568,2	165038,6	-
Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по Янаульскому району(на 100 тысяч детей 0-14 лет)	155034,3	173866,4	169358,1
Первичная заболеваемость подростков 15-17 лет по РБ (на 100 тысяч подростков 15-17 лет)	145581,3	146681,9	-
Первичная заболеваемость подростков 15-17 лет по Янаульскому району (на 100 тысяч подростков 15-17 лет)	135755,0	111011,7	121365,4
Заболеваемость детей первого года жизни по РБ (на 1000 детей данного возраста)	2194,1	2625,5	2986,8
Заболеваемость детей первого года жизни по Янаульскому району (на 1000 детей данного возраста)	2236,9	2235,3	2234,9

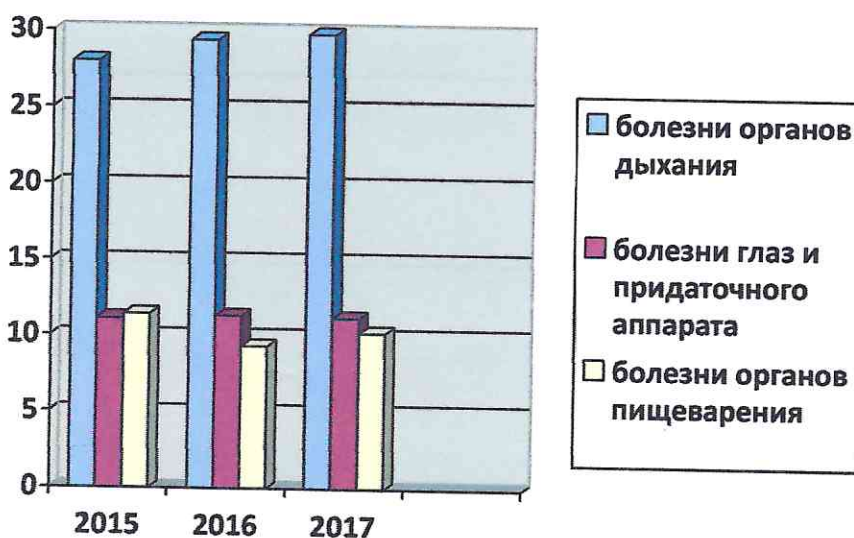
Выводы: Общая и первичная заболеваемость по обращаемости среди детей от 0 до 14 лет по Янаульскому району в 2016 году увеличилась на 6,4 % по

сравнению с 2015 годом, а в 2017 году снизилась на 3,1%. Общая и первичная заболеваемость подростков по Янаульскому району за последние три года имеет тенденцию к снижению. Заболеваемость детей первого года жизни по Янаульскому району остается на одном уровне в течение последних трех лет.

Структура заболеваний у детей от 0 до 14 лет в 2015-2017гг.



Структура заболеваний у подростков 15-17 лет в 2015-2017гг.



В структуре общей заболеваемости по участку среди детей от 0 до 14 лет ранговые места первых трех классов заболеваний распределились следующим образом: I место – заболевания органов дыхания, II место – заболевания органов пищеварения, III место – заболевания глаз и придаточного аппарата, а среди подростков 15-17 лет: I место – заболевания органов дыхания, II место – заболевания глаз и придаточного аппарата, III место – заболевания органов пищеварения.

Инфекционная заболеваемость детей 0-17 лет за 2015-2017гг.

	2015	2016	2017
Инфекционная заболеваемость у детей 0-14 лет по РБ(на 100 тысяч детей 0-14 лет)	5159,5	5266,6	-
Инфекционная заболеваемость у подростков 15-17 лет по РБ(на 100 тысяч подростков 15-17 лет)	3248,6	3454,3	-
Инфекционная заболеваемость у детей 0-14 лет по Янаульскому району (на 100 тысяч детей 0-14 лет)	5197,3	5277,5	5297,2
Инфекционная заболеваемость у подростков 15-17 лет по Янаульскому району (на 100 тысяч подростков 15-17лет)	3158,9	3201,6	3273,8

Выводы: инфекционная заболеваемость среди детей от 0 до 17 лет в течении последних трех лет имеет тенденцию к увеличению показателей.

Динамика основных демографических показателей за 2015-2017гг.

	2015г.		2016г.		2017г.	
	Янаул	РБ	Янаул	РБ	Янаул	РБ
Рождаемость (на 1000 населения)	13,4	14,5	11,5	13,7	10,8	12,1
Смертность (на 1000населения)	16,8	13,3	15,4	12,9	14,0	12,5
Младенческая смертность	7,1	7,4	11,3	6,0	8,2	6,8
Естественный прирост	-3,4	1,2	-3,9	0,8	-3,2	-

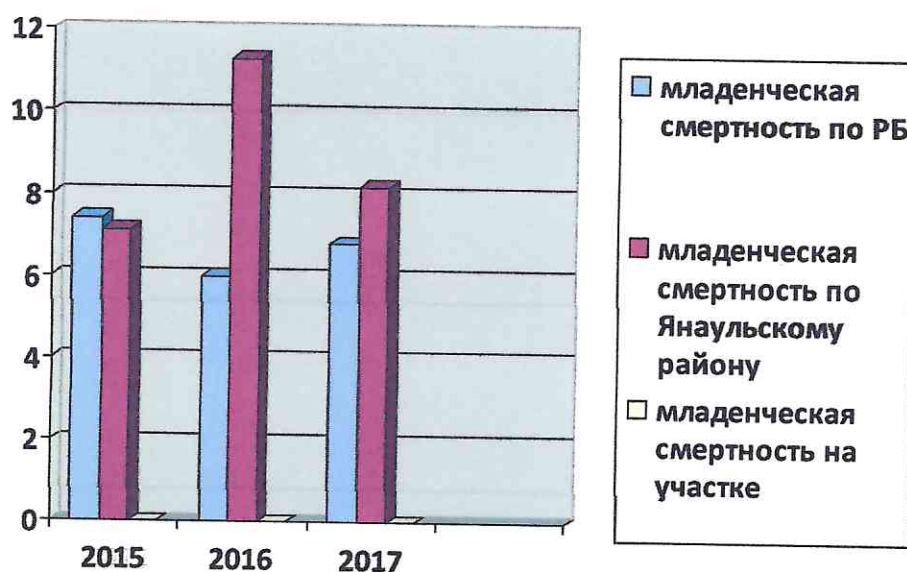
Выводы: Рождаемость как по РБ так и по Янаульскому району снижается. Показатели смертности за последние три года также снижаются, но естественный прирост остается по Янаульскому району отрицательной величиной.

Рождаемость на участке в 2015 году – 12,2 на 1000 населения, 2016 году – 11,7 на 1000 населения, 2017 году – 9,9 на 1000 населения.

Рождаемость на участке снижается, что связано с миграцией трудоспособного населения из сел в города. Младенческая и детская смертность на обслуживаемом мной участке с 2015 по 2017 год не зарегистрированы.

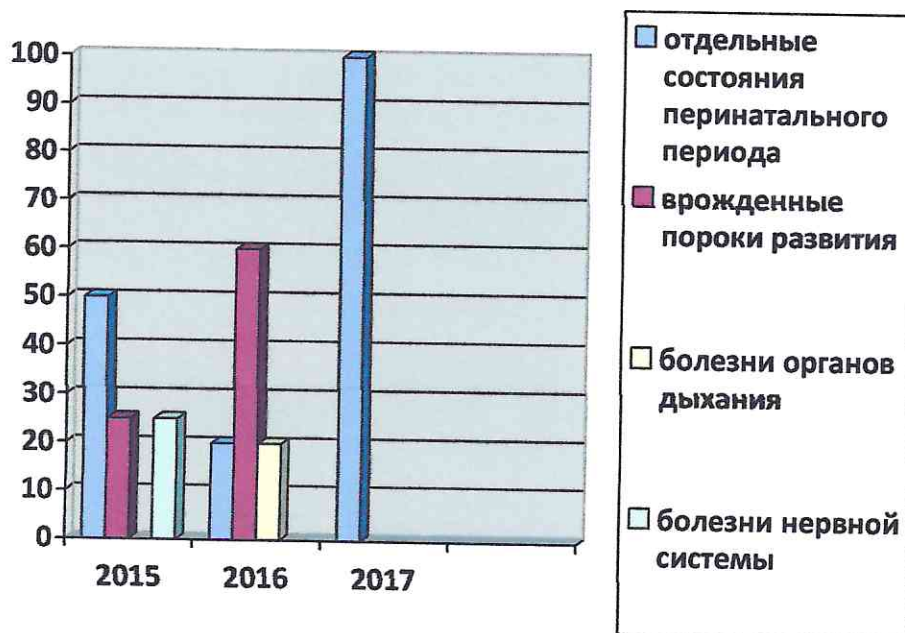
Показатели младенческой смертности по Янаульскому району в сравнении с показателями по Республике Башкортостан

за период 2015-2017гг.



Структура младенческой смертности по Янаульскому району

за 2015-2017гг.



Выводы: В структуре младенческой смертности преобладают отдельные состояния перинатального периода (внутрижелудочковые

кровоизлияния, внутриутробные пневмонии, неонатальная аспирация мекония в легких, осложненная аспирационной пневмонией, бактериальный сепсис новорожденного, гемолитическая болезнь новорожденных), II место занимают врожденные пороки развития сердца и органов дыхания (гипоплазия легкого), III место – болезни нервной системы (спинальная мышечная атрофия Верднига-Гоффмана), IV место – болезни органов дыхания (внебольничная двусторонняя пневмония).

Основной процент младенческой смертности по причинам составляют отдельные состояния перинатального периода, то есть заболевания связанные со здоровьем матери. Для снижения младенческой смертности необходимо своевременное выявление и лечение экстрагенитальной патологии у женщин фертильного возраста до наступления беременности, своевременное оздоровление девушек-подростков, улучшения работы АТПК.

Все случаи смертности разобраны на ВК 1 уровня, все документы своевременно направлены на республиканскую комиссию по разбору мертворождаемости, младенческой и детской смертности.

В целях снижения младенческой смертности в 2015-2017годах в администрации города Янаул было проведено совещание о состоянии младенческой смертности, приняты решения об усилении работы по предупреждению младенческой смертности. Утвержден и согласован план по снижению младенческой смертности до-2020гг. Внесены дополнения в план мероприятий по снижению младенческой смертности: необходимо особое внимание уделить совершенствованию работы по прегравидарной подготовке к беременности и родам; по пренатальной диагностике врожденных пороков развития плода - срок 2-го УЗИ-скрининга 18-20 недель; усилению просветительской работы среди населения по вопросам репродуктивного здоровья, по различным аспектам формирования здоровой семьи, о рисках нарушений внутриутробного развития плода; маршрутизации пациентов; выполнению порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Организация медицинской помощи новорожденным

Организация медицинской помощи новорожденным в Янаульском районе занимает одно из первых мест в деятельности лечебно-профилактических учреждений. Все новорожденные, имеющие отклонения в состоянии здоровья переводятся в детское стационарное отделение патологии новорожденных, где продолжают медикаментозную терапию. Сведения о выписке новорожденных передаются из родильного дома в регистратуру детской поликлиники по телефону. При выписывании новорожденных из родильного отделения или детского отделения ребёнок осматривается участковым педиатром или участковой медсестрой. Врачом производится беседа с матерью, даются рекомендации, обращается внимание матери на особенности состояния здоровья её ребёнка. Врач на каждого ребёнка разрабатывает план лечебно-оздоровительных мероприятий и берёт его на диспансерный учёт. Для детей 2-3 диспансерных групп составляется индивидуальный план наблюдения на первый год жизни. В плане отмечается частота посещений, осмотр врачами-специалистами, лабораторного обследования. Особое внимание обращается на недоношенных детей, родивших с крупной массой, родивших от матерей с патологией беременности и родов, перенесших инфекцию во время беременности, выписанных из отделения патологии новорожденных

Согласно приказу №4058-Д МЗ РБ от 25.12.2015г « ОБ организации экстренной и планово-консультативной медицинской помощи (санитарной авиации) детям в ГБУЗ РДКБ» и приказу №2962-Д от 07.10.2013г МЗ РБ «О маршрутизации новорожденных в республике Башкортостан» в целях своевременного оказания экстренной и плановой консультативной медицинской помощи детям и снижения показателей заболеваемости и смертности организована постановка на электронный учет и ведение электронных карт с соблюдением рекомендаций врачей отделения детской экстренной и планово-консультативной медицинской помощи ГБУЗ РДКБ, ведется ежедневный мониторинг, проводится работа по маршрутизации

детей, обеспечивается транспортировка детей на дальнейшее стационарное лечение в специализированные учреждения при необходимости.

ГБУЗ РБ Янаульская ЦРБ имеет звание «Больница, доброжелательная к ребенку». В свете решений программы ВОЗ и Всемирной Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в течение последних лет проводится широкая пропаганда грудного вскармливания среди беременных женщин и их семей. С этой целью в отделении проводятся семинары по питанию детей грудного возраста, где прорабатываются основные принципы грудного вскармливания:

- физиологические аспекты грудного молока;
- оптимальное соотношение белков, жиров, углеводов;
- грудное молоко - лучшая защита от инфекции;
- психологические аспекты - контакт матери и ребенка;
- режим свободного кормления;
- грудное молоко «гигиенично упаковано», всегда при матери, стерильное и теплое;
- грудное вскармливание является дешевым для семейного бюджета;
- грудное молоко обуславливает здоровье ребенка в неонатальном периоде и в будущем, а также здоровье матери;

В кабинете «Здорового ребенка» действует школа «Будущих матерей».

Все это дает свои результаты, особенно, в последний год увеличилось число детей 1-го года жизни, находящихся на грудном вскармливании (68,3% в 2015 года до 72,4% в 2017 году).

Одним из важных показателей является **индекс здоровья** новорожденных, что составляет в 2015 году- 18,9%, 2016 году – 21,8%, 2017 году – 20%.

Индекс здоровья сохраняется на одном уровне в течение трех лет.

Организация медицинской помощи детям первого года жизни.

В течение первого года жизни ребёнок находится под систематическим вниманием участкового педиатра. В поликлинике для детей первого года жизни выделены специальные дни профилактических приёмов, два раза в неделю. На профилактическом приёме обращают внимание на вес ребёнка, ежемесячную прибавку в массе и росте, состояние костно-мышечной системы, внутренних органов оценивается нервно-психическое развитие ребёнка. По приказу №514н от 10.08.2017 года дети осматриваются врачами других специальностей: неврологом, офтальмологом, оториноларингологом, детским хирургом, стоматологом, а также проводятся ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ органов брюшной полости, тазобедренных суставов, нейросонография, общий анализ крови, общий анализ мочи.

Проводится активная борьба за естественное вскармливание, профилактика рахита, анемии, гипотрофии, дисбактериоза.

Преимственность в работе с детскими поликлиниками реализуется передачей активных вызовов на участок. Родителям выписные эпикризы выдаются с необходимыми рекомендациями и заключениями консультантов. Одним из важных показателей является **индекс здоровья** детей до 1 года, что составляет в 2015 году- 19,8%, 2016 году – 20,2%, 2017 году – 20,7%. Индекс здоровья сохраняется на одном уровне в течение трех лет.

Детская инвалидность на 10 тысяч детского населения

	2015			2016			2017		
	Янаул	РБ	Участок	Янаул	РБ	Участок	Янаул	РБ	Участок
Число детей-инвалидов на 10 тысяч детей 0-17 лет	188,5	163,6	224,4	179,7	164,8	182,2	177,4	172,7	223,8
Первичная инвалидность на 10 тысяч детей 0-17 лет	13,6	19,3	12,5	20,2	19,1	0	22,8	22,4	11,7

Структура детской инвалидности по нозологиям на участке

№	Органы и системы	2015г.		2016г.		2017г.	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Всего детей-инвалидов	18		16		19	
2.	Психические расстройства и расстройства поведения	9	50	8	50	8	42,1
3.	Болезни нервной системы	6	33,3	6	37,5	8	42,1
4.	Болезни эндокринной системы	3	16,7	2	12,5	3	15,8

Выводы: Число детей-инвалидов на 10 тысяч детского населения как по Янаульскому району, так и по РБ уменьшается, а первичная инвалидность увеличивается. На участке показатель детской инвалидности в 2017 году увеличился за счет первичной инвалидности (один ребенок) и за счет прибывших из других участков (двое детей). На участке в структуре заболеваний, являющихся основными причинами детской инвалидности, I место занимают психические расстройства и расстройства поведения, на II месте – болезни нервной системы, на III месте – болезни эндокринной системы.

Физическое развитие детей на участке

	2015 год		2016 год		2017 год	
	Всего	%	Всего	%	Всего	%
Всего	802	100	878	100	849	100
Нормальное	755	94,2	812	92,4	799	94,1
Низкий рост	4	0,5	4	0,5	3	0,4
Избыток массы	19	1,7	28	3,2	21	2,8
Дефицит массы	24	2,6	34	3,9	20	2,7

Выводы: на участке увеличилось количество детей с избытком массы тела. Возможно это связано с образом жизни детей (гиподинамия, нерациональное питание и др).

Степень полового созревания детей 10-17 лет

	2015 год		2016 год		2017 год	
	Всего	%	Всего	%	Всего	%
Дети 10-17 лет	365	100	419	100	418	100
Соответствует возрасту	364	99,7	416	99,3	416	99,5
Отстает от возраста	1	0,3	3	0,7	2	0,5
Опережает возраст	0	0	0	0	0	0

Выводы: Степень полового созревания детей 10-17 лет на участке в основном соответствует возрасту, и лишь 0,3-0,7% отстают от возраста и консультированы эндокринологом и гинекологом.

Показатели привитости детей первого года жизни

	2015 год		2016 год		2017 год	
	Всего	%	Всего	%	Всего	%
Всего детей	37	100	32	100	35	100
Дифтерия	27	72,9	23	71,8	25	71,4
Столбняк	27	72,9	23	71,8	25	71,4
Коклюш	27	72,9	23	71,8	25	71,4
Полиомиелит	36	97,3	29	90,6	31	88,6
Гепатит В	35	94,6	29	90,6	30	85,7
Корь	35	94,6	28	87,5	30	85,7
Краснуха	35	94,6	28	87,5	30	85,7
Эпид.паротит	35	94,6	28	87,5	30	85,7
БЦЖ	37	100	32	100	35	100

Выводы: показатели привитости детей с каждым годом падает, что связано с временными и постоянными медотводами по состоянию здоровья детей, отказами родителей от профилактических прививок, перебоями с обеспечением медицинскими иммунобиологическими препаратами, а также с миграционными процессами, в следствие чего снижается численность подлежащего прививкам детей по сравнению с запланированным.

Причины невыполнения плана анализируются в оперативном режиме для принятия управленческих решений по улучшению качества иммунопрофилактики. Проводится работа с родителями, отказывающимися от прививок, временно выбывающих детей. Анализируется обоснованность медицинских отводов в соответствии с современными противопоказаниями и правильность оформления отводов. На основании анализа причин неполного охвата прививками разрабатывается план мероприятий по их устранению.

Выводы

По представленному анализу работы на участке за 2015-2017 гг. можно сделать следующие выводы:

1. За 2017 год отмечается уменьшение количества детей на участке за счёт миграции населения трудоспособного возраста в города из-за безработицы на селе.
2. Количество детей, входящих в I диспансерную группу несколько увеличилось, а входящих в III группу наоборот уменьшилось, что связано с дополнительным обследованием, оздоровлением детей по результатам профилактических осмотров несовершеннолетних. Увеличилось количество детей с V группой за счет прибывших детей с других участков и районов.
3. Общая и первичная заболеваемость по обращаемости среди детей от 0 до 14 лет по Янаульскому району в 2016 году увеличилась на 6,4 % по сравнению с 2015 годом, а в 2017 году снизилась на 3,1%.
4. Общая и первичная заболеваемость подростков по Янаульскому району за последние три года имеет тенденцию к снижению.
5. Заболеваемость детей первого года жизни по Янаульскому району остается на одном уровне в течение последних трех лет.
6. Рождаемость как по РБ так и по Янаульскому району снижается. Показатели смертности за последние три года также снижаются, но

естественный прирост остается по Янаульскому району отрицательной величиной. Рождаемость на участке снижается за счет миграции населения трудоспособного возраста из сел в города.

7. Младенческая и детская смертность на участке в 2015-2017 гг. не зарегистрирована. В структуре младенческой смертности по Янаульскому району преобладают отдельные состояния перинатального периода (внутрижелудочковые кровоизлияния, внутриутробные пневмонии, неонатальная аспирация мекония в легких, осложненная аспирационной пневмонией, бактериальный сепсис новорожденного, гемолитическая болезнь новорожденных),
8. Индекс здоровья новорожденных и детей до 1 года сохраняется на одном уровне в течение трех лет.
9. Число детей-инвалидов на 10 тысяч детского населения как по Янаульскому району, так и по РБ уменьшается, а первичная инвалидность увеличивается. На участке показатель детской инвалидности увеличился за 2017 год за счет прибывших детей из других участков и за счет первичной инвалидности. На участке в структуре заболеваний, являющихся основными причинами детской инвалидности, I место занимают психические расстройства и расстройства поведения.
10. На участке увеличилось количество детей с избытком массы тела. Возможно это связано с образом жизни детей (гиподинамия, нерациональное питание и др).
11. Степень полового созревания детей 10-17 лет на участке в основном соответствует возрасту, и лишь 0,3-0,7% отстают от возраста и консультированы эндокринологом и гинекологом.
12. Показатели привитости детей с каждым годом падает, что связано с временными и постоянными медотводами по состоянию здоровья детей, отказами родителей от профилактических прививок, перебоями с обеспечением медицинскими иммунобиологическими

препаратами, а также с миграционными процессами, в следствие чего снижается численность подлежащего прививкам детей по сравнению с запланированным.

Предложения

1. Уделить особое внимание вопросам пропаганды здорового образа жизни.
2. Продолжить санитарно-просветительскую работу среди детского населения и их родителей.
3. Для снижения младенческой смертности необходимо своевременное выявление и лечение экстрагенитальной патологии у женщин фертильного возраста до наступления беременности, своевременное оздоровление девушек-подростков, улучшения работы АТПК.
4. Необходимо особое внимание уделить совершенствованию работы по прегравидарной подготовке к беременности и родам; по пренатальной диагностике врожденных пороков развития плода - срок 2-го УЗИ-скрининга 18-20 недель; усилению просветительской работы среди населения по вопросам репродуктивного здоровья, по различным аспектам формирования здоровой семьи, о рисках нарушений внутриутробного развития плода; маршрутизации пациентов; выполнению порядков и стандартов оказания медицинской помощи.
5. Анализировать причины невыполнения плана профилактических прививок в оперативном режиме для принятия управленческих решений по улучшению качества иммунопрофилактики. Проводить работу с родителями, отказывающимися от прививок, временно выбывающих детей. Анализировать обоснованность медицинских отводов в соответствии с современными противопоказаниями и правильность оформления отводов. На основании анализа причин

неполного охвата прививками разрабатывать план мероприятий по их устранению.

6. Продолжить пропаганду естественного вскармливания, вести активную профилактику анемии, рахита у детей раннего возраста.
7. Продолжить работу по привлечению молодых специалистов в первичное звено здравоохранения.
8. Шире использовать местные санатории, профилактории, оздоровительные лагеря для укрепления здоровья детей.
9. Регулярно изучать медицинскую литературу, новые рекомендации и методики по работе и внедрять их у себя на участке.
10. Постоянно работать над повышением своей квалификации.

Список литературы:

- Годовые отчеты Янаульской ЦРБ за 2015-2017 гг.
- Республиканские показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения РБ за 2015-2017гг.

Перечень нормативных документов по вопросам здравоохранения

- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Распоряжение Правительства РБ от 23.04.2010 г. № 425-р
«Об утверждении плана мероприятий по улучшению состояния здоровья детского населения Республики Башкортостан» на 2011-2015гг.
- Распоряжение Правительства РБ от 06.09.2013 г. № 1125-р
«Об утверждении Плана мероприятий по снижению младенческой смертности на 2013 - 2020 годы»
- «Об обеспечении специализированными продуктами питания беременных женщин и кормящих матерей в Республике Башкортостан» (от 25.09.2006 г. № 276)
- «Об обеспечении детей в возрасте до трех лет жизни продуктами детского питания» (от 12.01.2007 г. № 1)
- Приказ Минздрава РФ от 16.04.2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»
- Приказ МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»
- Приказ Минздрава РФ и МО РФ от 23.05.2001 г. № 240/168
«Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе» издан в целях создания системы межведомственного взаимодействия и преемственности по медицинскому обеспечению подготовки юношей к военной службе»
- Приказ МЗ РФ от 5 ноября 2013 г. N 822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»
- Постановление Правительства РФ от 08 декабря 2017г. № 1492 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»

-Постановление Правительства Республики Башкортостан от 28 мая 2013 г. № 218 «О предоставлении мер социальной поддержки отдельным группам населения в обеспечении лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения при оказании амбулаторно-поликлинической помощи»

-Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 года №125н

«Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»

-Приказ Минздрава РФ от 6.04.2010 года № 705-Д «О совершенствовании отбора и направления детей на санаторно-курортное лечение в детские санатории и санатории для детей с родителями Министерства здравоохранения Республики Башкортостан»

-Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Башкортостан: <http://mzrb.bashmed.ru>

- Официальный сайт МИАЦ РБ

Баранов Александр Александрович.

Медико-социальные проблемы воспитания подростков : коллективная монография / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева ; Научный центр здоровья детей , Союз педиатров России. - М. : Издательство "ПедиатрЪ", 2014. - 385,[3] с. - Библиогр. в конце глав.

Кардиология детского возраста : научное издание / под ред.: А. Д. Царегородцева, Ю. М. Белозерова, Л. В. Брегель. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2014. - 775 с. : ил. - Библиогр. в конце глав.

Кельмансон, Игорь Александрович.

Перинатология и перинатальная психология : учебное пособие / И. А. Кельмансон. - СПб. : СпецЛит, 2015. - 342,[1] с. : ил. - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 339-343. (Шифр к/21999)

Лихорадка у детей : руководство / под ред.: А. Саиба Эль-Радхи, Дж. Кэрролла, Н. Клейна ; пер. с англ. под ред. В. К. Таточенко. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2014. - 390 с. : ил. - **Пер.изд.:** Clinical Manual of Fever in Childrer / El-Radhi A. Sahib, Carroll James, Klein Nigel, 2009. - Библиогр. в конце глав. - Предм. указ.: с. 387-390.

Методы исследования нутритивного статуса у детей и подростков : учебное пособие для врачей-педиатров : рек. УМО по мед. и фармац.

образованию вузов России в качестве учеб. пособия для системы послевуз. образования врачей-педиатров / под ред.: В. П. Новиковой, В. В. Юрьева. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2014. - 143 с. - Библиогр.: с. 63-65.

Руководство участкового педиатра : руководство / под ред. проф. Т. Г. Авдеевой. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2014. - 522 с. : ил. - (Библиотека врача специалиста. Педиатрия). - Библиогр.: с. 519-522

Скворцов, Всеволод Владимирович.

Клиническая эндокринология. Краткий курс : учебно-методическое пособие для студентов 4-6 курсов лечебного факультета, врачей интернов, ординаторов, врачей терапевтов, эндокринологов, семейных врачей / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. - СПб. : СпецЛит, 2015. - 186 с. - Библиогр.: с. 166-169.

Скворцов, Всеволод Владимирович.

Профилактика внутрибольничной инфекции : методический материал / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. - СПб. : СпецЛит, 2015. - 63 с. - Библиогр.: с. 63.

Современные классификации заболеваний внутренних органов (с примерами клинических и клинико-экспертных диагнозов) : учебное пособие / ред. А. В. Гордиенко. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - 200 с. - Библиогр.: с. 198.

Современные медико-социальные проблемы неонатологии : монография / под ред.: академика РАН А. А. Баранова, проф. Г. В. Яцык. - М. : ПедиатрЪ, 2015. - 350 с. : ил. - Библиогр.: с. 317-350 (425

Курсовую работу выполнила врач-педиатр участковый  Балтаева А.Д.