

10 баллов
Полякова О. К.



ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
«Состояние здоровья детей 2-го (3-го) года жизни на участке»

Выполнила студентка 5 курса,
3 группы, педиатрического факультета
Агацарская Рамина Исмаиловна

Волгоград 2018г.

Содержание

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы.....	4
Задачи научно-исследовательской работы	4
Основные определения и понятия.....	5
Теоретическая часть научно-исследовательской работы	8
Роль врача педиатра в формировании здоровья детей	9
Собственно исследование	10
Выводы	15
Список литературы	16

Введение

Здоровье детского населения является одним из важнейших компонентов безопасности страны. Показатели заболеваемости детей первых трех лет жизни и уровень достигнутого ими физического развития формируются под влиянием конкретных социально-экономических условий и являются в настоящее время одними из ведущих критериев здоровья, индикатором социально-экономического благополучия общества.

Уровень заболеваемости детей раннего возраста отражает итог взаимодействия экономических, экологических, социально-гигиенических и медико-организационных факторов в обществе. Многочисленными исследованиями установлено, что заболеваемость детей имеет тенденцию к росту. В результате регулярного отслеживания состояния физического развития детей можно выявить как заметные изменения биологической природы человека, так и сравнительно кратковременные эффекты в отношении популяции.

Существенные отклонения в физическом развитии особенно у детей раннего возраста свидетельствуют о неблагополучии в состоянии здоровья. Чем значительнее отклонения, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний.

Основа формирования здоровья детей закладывается в семье и в значительной степени зависит от условий и образа жизни семьи, характеризуясь триадой факторов: организм (заболеваемость, физическое состояние, тип семьи), среда («внешние» и «внутрисемейные» условия жизни), поведение (психологический климат и образ жизни). Важность семейного подхода подчеркивает и ВОЗ. Все вышесказанное обуславливает актуальность исследования.

Цель научно-исследовательской работы

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния здоровья детей 2-х (3-х) летнего возраста на участке №5 ГУЗ «КДЦ для детей №1».

Задачи научно-исследовательской работы

- Оценить развитие детей 2–3 лет жизни на участке в соответствии с критериями здоровья;
- Оценить заболеваемость детей 2–3 лет жизни в различных группах семей;
- Дать комплексную оценку здоровья детей 2-х(3-х)летнего возраста с целью разработки профилактических мероприятий.

Основные определения и понятия

Состояние здоровья оценивалось по критериям здоровья:

- Анамнез;
- Физическое развитие;
- НПР;
- Индекс резистентности;
- Функциональное состояние;
- Хронические заболевания и врожденные пороки.
-

Центильный метод — это один из способов оценки физического развития детей. Он предполагает сравнение данных антропометрии одного конкретно взятого ребёнка со среднестатистическими результатами, полученными при массовых обследованиях (от замеров одних и тех же величин у определённого количества детей с теми же возрастными показателями).

Должные антропометрические данные определяют путем анализа процентного распределения значений признаков в соответствующей возрастно-половой группе здоровых детей. Оценка проводится по таблицам центильного типа.

Колонки центильных таблиц показывают количественные границы признака у определенной доли или процента (центилья) здоровых детей данного возраста и пола. Интервалы между центильными колонками (зоны, коридоры) отражают тот диапазон разнообразия величин признака, который свойственен или 3 % (зона до 3-го или от 97-го центилья), или 7% (зона от 3-го до 10-го или от 90-го до 97-го центилья), или 50% всех здоровых детей возрастно-половой группы (зона от 25-го до 75-го центилья). Границы центильных групп и номера центильных интервалов (зоны) представлены в верхних строках каждой таблицы.

Таблица делится на 7 интервалов (зон):

- зона № 1 (до 3-го центилья) — «очень низкий» уровень,

- зона №2 (от 3-го до 10-го центиля) — «низкий уровень»,
- зона №3 (от 10-го до 25-го центиля) — уровень «ниже среднего»,
- зона № 4 (от 25-го до 75-го центиля) — «средний» уровень,
- зона № 5 (от 75-го до 90-го центиля) — уровень «выше среднего*»,
- зона № 6 (от 90-го до 97-го центиля) — «высокий» уровень,
- зона № 7 (от 97-го центиля) — «очень высокий» уровень.

К настоящему времени непараметрический метод оценки физического развития детей считается наиболее объективным, а исключительная простота и удобство в использовании способствовали широкому и повсеместному его распространению.

Оценив здоровье в соответствии с критериями здоровья, можно отнести ребенка к одной из 5 групп здоровья:

I группа – это полностью здоровые дети, которые не имеют никаких дефектов, проблем. Их психическое и физическое здоровье соответствуют стандартным измерениям, у них не имеется никаких пороков развития, дефектов и иных нарушений в организации и деятельности органов.

II группа – является самой распространенной на фоне других, здесь есть небольшие отклонения в здоровье, сопротивляемость к внешним факторам и заболеваниям снижена. Нет яркого выраженного отставания в развитии, например, нет хронических болезней, но есть функциональные нарушения. Общая задержка в физическом развитии – избыточная масса тела, дефицит массы, ослабленное зрение и другое. Если ребенок часто болеет острыми респираторными болезнями, то у него так же II группа.

Во второй группе выделяют группы IIa и IIb.

IIa – это здоровые дети с минимальной степенью риска формирования патологических состояний, имеющие факторы риска (гестозы I и II половины

беременности, экстрагенитальные патологии матери, вредные привычки и т.д.) только в анамнезе.

IIb – это здоровые дети с факторами риска (недоношенность, переношенность, незрелость и т.п.), которые в дальнейшем могут повлиять на рост, развитие и формирование здоровья ребенка, в частности, появление хронических заболеваний.

III группа – детишки, у которых есть хронические болезни, но они находятся в процессе ремиссии, иногда случаются обострения, осложненность основного заболевания отсутствует. Дети, относящиеся к такой группе, имеют нормальное физическое здоровье, но у них выявлены некоторые отклонения в массе – избыток или дефицит, маленький рост.

Психологическое развитие зачастую отстает от нормальных показателей.

IV группа – дети с хроническими болезнями, которые развиваются на активной стадии или стадии неустойчивой ремиссии, сопровождаются частыми обострениями. Так же сюда относятся дети, у которых болезнь находится в стадии ремиссии, но для этого необходимо поддерживающее лечение. Дети с последствиями после травм, операций или ограничениями в обучении и труде.

V группа – является самой тяжелой и трудной группой, сюда относятся дети с тяжелыми хроническими болезнями с крайне редкими ремиссиями и частыми приступами. Так же в данном случае существуют значительные осложнения, для предотвращения которых используется лечение. Сюда относятся дети с физическими дефектами, нарушением функций некоторых органов, сопровождается серьезными запретами в формировании трудовой деятельности. Сюда относятся дети-инвалиды.

Теоретическая часть научно-исследовательской работы

В исследование были включены дети в возрасте от 2х до 3х лет, прикрепленные к участку номер 5.

Анализ состояния здоровья детей за трехлетний период жизни проводился на основе данных, полученных из истории развития ребенка, выписок из истории болезни детей, лечившихся в стационарах, обменных карт родильных домов.

Состояние здоровья оценивалось по физическому развитию методом центилей.

Роль врача педиатра в формировании здоровья детей

Врач-педиатр участковый является ключевым специалистом, обеспечивающим и отвечающим за оказание квалифицированной медицинской помощи детям на прикрепленном участке в детской поликлинике.

Основной функцией врача-педиатра участкового является проведение профилактической работы, которая занимает не менее 30% его деятельности. Участковый педиатр новой формации должен осуществлять многофункциональную помощь детям, становясь при этом истинно лечащим врачом для ребенка, центральной фигурой в амбулаторной педиатрии.

Собственно исследование

Анализ динамики физического развития детей показал, что наибольшая длина тела детей была в I группе, наименьшая – во II группе. Масса тела детей к году жизни также была наибольшей в I группе и наименьшей во II. Различия как показателей длины ($p < 0,05$), так и массы тела ($p < 0,001$) были статистически значимы.

На втором году жизни прибавка длины тела составила 13–14%. Значения длины и массы тела детей I группы превышали показатели детей остальных групп, и различия для II, IV и V групп от I группы были статистически значимы ($p < 0,05$).

На третьем году жизни темпы роста детей замедлились и составили 7–8%. Показатели физического развития были наиболее высокими у детей I группы (длина тела $96,2 \pm 0,685$ см у мальчиков и $94,8 \pm 0,659$ см у девочек, масса тела $15,6 \pm 0,152$ кг у мальчиков и $14,7 \pm 0,162$ кг у девочек); самыми низкими у детей IV группы (соответственно $92,6 \pm 0,837$, $91,2 \pm 0,841$ см; $14,7 \pm 0,154$ кг, $13,9 \pm 0,171$; $p < 0,05$).

Показатели физического развития мальчиков во всех возрастных группах превышали соответствующие показатели девочек ($p < 0,05$). Также статистически значимо было и увеличение показателей длины и массы тела с возрастом детей ($p < 0,05$).

Оценка физического развития детей проведена по показателям длины и массы тела по центильным таблицам.

Как следует из табл. 1, распределение детей I и III групп по уровню их физического развития практически не различалось и в течение всего периода раннего детства мало изменялось. В остальных группах в возрасте одного года доля детей с нормальным физическим развитием была ниже, составив во II группе лишь 46,2% в IV – 51,1%, в V 48,1% против 57% в I группе.

Напротив, удельный вес детей с низким ростом соответственно выше – 9,4, 10,3 и 9,2% против 5,7% в I группе с дефицитом массы I или II степени –

28,7, 24,3 и 27,5% против 18,6% в I группе. В дальнейшем физическое развитие детей II, IV и V групп еще сильнее сдвигалось в сторону повышения удельного веса детей с низким ростом и дефицитом массы тела, составляя на втором году соответственно 43,4, 39,7 и 40,6% против 23,7% в I группе и соответственно в 39,2, 37,2 и 36,0% случаев против 16% в I группе на третьем году жизни.

Т а б л и ц а 1

Сравнительная характеристика физического развития детей 2х и 3х летнего возраста из различных типов семей по годам жизни (удельный вес, в %)

Показатель	Группа				
	I	II	III	IV	V
<i>2-й год жизни</i>					
Нормальное физическое развитие	59,9	42,0	49,9	46,1	43,6
Низкий рост	5,3	12,5	7,4	11,6	10,8
Высокий рост	6,1	4,4	6,3	2,7	3,5
Дефицит массы I или II степени	18,2	30,9	21,5	28,1	29,8
Избыток массы I или II	10,5	10,2	14,9	11,5	12,3

степени					
<i>3-й год жизни</i>					
Нормальное физическое развитие	64,9	47,5	55,6	48,2	49,4
Низкий рост	4,1	10,1	7,2	10,9	11,3
Высокий рост	6,4	4,6	6,2	3,4	3,1
Дефицит массы I или II степени	11,9	29,1	19,7	26,3	24,7
Избыток массы I или II степени	12,7	8,7	11,3	11,2	11,5

Результаты исследования показали, что во всех возрастных группах отмечается тенденция снижения количества детей I группы в сочетании с увеличением наполняемости III группы здоровья. Во всех группах преобладали заболевания *органов дыхания* (результаты исследования по структуре заболевания детей раннего возраста представлены на диаграмме 1,2), при этом их удельный вес в общей сумме заболеваний на третьем году жизни значительно превышал таковой на первом и втором годах жизни. Также значимы на первом году жизни отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, болезни крови, кроветворных органов и отдельные

нарушения, вовлекающие иммунный механизм. Они же характерны и для второго года жизни.

На третьем году жизни, помимо болезней органов дыхания, ведущими являлись болезни органов пищеварения, инфекционные и паразитарные болезни.

Заболеваемость детей в зависимости от *типа семьи* имела определенные особенности. Наиболее высокие уровни заболеваемости детей имели место в семьях, образованных юными и одинокими женщинами. Уровни болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, у детей из семей, которые были образованы юными, многодетными и одинокими матерями, на первом и втором годах жизни была в 1,4–1,6 раза выше, чем у детей матерей из полных семей и первородящих 30 лет и старше, где уровни заболеваемости были практически одинаковы. Болезни органов пищеварения на втором и третьем годах жизни детей юных и одиноких матерей значительно увеличивались по частоте (в 1,4–1,7 раза) по сравнению с детьми из полных семей. Заболеваемость детей некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями наиболее высокой у детей юных и одиноких матерей, что было выше в 1,1–1,7 раза, чем у детей из полных семей и семей, образованных матерями 30 лет и старше. Частота отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, у детей из семей, образованных юными, первородящими женщинами 30 лет и старше, а также многодетными, была выше, чем у детей из полных семей в 1,3–1,4 раза.

Частоту острых заболеваний у детей раннего возраста прежде всего определяли наличие заболеваний в предшествующий период их жизни, посещение детских дошкольных учреждений, характер вскармливания, качество непосредственного материнского ухода, состав и образ жизни семей, а также материально-жилищные условия.

При рождении и в период первого года жизни не выявлено статистически значимых различий в показателях физического развития детей из различных

типов семей. Более низкие показатели физического развития детей на втором и третьем годах жизни оказались в семьях, образованных юными, многодетными и одинокими матерями в основном за счет относительно высокой доли детей с низким ростом, а также с дефицитом массы тела. Комплексная оценка показала, что во всех изучаемых типах семей во всех возрастных группах состояние здоровья детей было хуже, чем в полных семьях. При этом самые низкие показатели наблюдались у детей из семей, образованных юными и одинокими женщинами. В решении этих вопросов необходимо создание многоуровневой системы профилактики потерь здоровья детей в раннем дошкольном возрасте.

Выводы

Таким образом, оценив физическое развитие детей раннего возраста (1-3 года), можно увидеть, что увеличивается количество детей в 3 группе здоровья.

Также результаты исследования показали, что заболеваемость детей в неполных семьях выше, чем у детей, растущих в полной семье.

Заболеваемость органов дыхания стоит на первом месте во всех группах здоровья и групп семей.

Для предотвращения сложившейся ситуации врач-педиатр должен проводить беседы с родителями на предмет правильного питания, образа жизни. Режим дня и т.д., убеждать их чаще посещать участкового врача, проводить диспансеризацию и профилактику заболеваний.

Совместными усилиями врача и родителей можно добиться немалых успехов в воспитании здорового поколения.

Список литературы

1. Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. учебник для студентов мед. вузов / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. СПб: Фолиант, 2013. 926 с.
2. Юрьев В.В., Симаходский А.С. , Воронович Н.Н. , Хомич М.М. Рост и развитие ребенка : для студентов мед. вузов т врачей-педиатров. Изд. 3-е. СПб. : Питер, 2016. 260 с.
3. Вельтищев Ю.Е. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребенка (нормативы детского возраста). М., 2015. -163 с.
1. Ямпольская Ю. А., Мустафина И. З., Жигарева Н. С. Физическое развитие детей в гендерном аспекте // Педиатрия. — 2014
4. Конь И. Я., Воробьева И. Н., Гмошинская М. В., Копытько М. В. Отношение будущих матерей к грудному вскармливанию (результаты анкетирования) // Педиатрия. —2013
5. Лежнина И. В. Качество питания детей первого года жизни как фактор оптимизации состояния здоровья / Материалы XII Всероссийского конгресса диетологов и нутрициологов. — М., 2010. — С. 45-46.
6. Тутельян В. А., Конь И. Я. Руководство по детскому питанию. — М.: Медицинское информационное агентство, 2014— Стр. 662
7. Ямпольская Ю. А. Региональное разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков. Педиатрия 2014

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 3 группы

Агацарская Римина Исмаиловна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова