

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

С.И. Балин
Колымова О.В.
Д

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
«Комплексная оценка здоровья детей на участке. Анализ групп
здоровья детей»

Выполнила:

Обучающаяся 5 курса 11 группы
педиатрического факультета

Архипова Екатерина Дмитриевна

Волгоград 2018г.

Содержание

Введение

Цель

Задачи

Основные определения и понятия

Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Роль врача в формировании здоровья детей раннего возраста

Собственное исследование

Выводы

Список литературы

Введение

Комплекс профилактических мероприятий участкового врача-педиатра направлен на формирование гармоничного физического и нервно-психического развития детей, широкого внедрения санитарно-гигиенических и профилактических норм в повседневную жизнь семьи.

Основой профилактической деятельности является диспансеризация – метод активного динамического наблюдения не только за больными, но и за здоровыми детьми медицинским персоналом детской поликлиники.

Профилактическая деятельность в ДП начинается с патронажа беременной врачом акушер-гинекологом ЖК совместно с участковым врачом-педиатром. В кабинете здорового ребенка ДП участковый врач-педиатр и медицинская сестра проводят занятия с будущей матерью по наблюдению и уходу за новорожденным ребенком.

В детскую поликлинику в городе или другую ЛПО на селе, где будет наблюдаться ребенок, сообщается о дате выписки новорожденного из родильного дома. Участковый врач-педиатр и медицинская сестра ДП посещают новорожденного в течение 3 дней после выписки из родильного дома, за исключением случаев рождения в семье первого ребенка, двойни, отсутствия у матери молока, тогда патронажное посещение осуществляется в первый день после выписки. В дальнейшем участковая медсестра посещает ребенка на дому через 1-2 дня в течение первой недели и еженедельно - в течение первого месяца жизни.

При первичном посещении врач особое внимание обращает на состояние кожных покровов ребенка, пупочной ранки и родничков, оценивает бытовые

условия, социальное благополучие семьи, выполнение рекомендаций по уходу и вскармливанию, проводит изучение социального, генетического, биологического анамнеза, определяет группы здоровья, группы «риска», составляется план наблюдения.

Цель научно-исследовательской работы

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния здоровья детей раннего возраста на участке поликлиники.

Задачи научно-исследовательской работы

Оценить физическое развитие детей на участке;

оценить заболеваемость детей в различных группах семей;

комплексная оценка здоровья с целью разработки профилактических мероприятий;

анализ групп детей.

Основные определения и понятия

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).

Центильные таблицы предоставляют информацию по замерам:

роста (или длины тела);
веса (или массы);
окружности (или обхвата) головы;
окружности (или обхвата) грудной клетки.

Групп здоровья ребенка – это условное медицинское обозначение, которое используется для анализа здоровья ребенка. Для того, чтобы поставить оценку и отнести состояние человека к одной из групп, проводится профилактический осмотр, обследование, сбор и исследование анализов.

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 зачастую болеет острыми респираторными болезнями, то у него так же 2 группа.

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 1го месяц до 17 лет, прикрепленные к участку номер 8.

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

Заболеваемость детей изучалась по годам жизни, анализировались распространенность, структура, кратность.

При изучении физического развития детей в разработку не были включены характеристики недоношенных детей. Оценка физического развития проводилась *по двум показателям – длине и массе тела по центильным таблицам* отдельно для мальчиков и девочек.

Роль врача в формировании здоровья детей

Врач-педиатр должен по возможности повышать посещаемость его участка не только при болезни ребенка, но и с профилактической целью. Он должен обеспечивать лабораторное и инструментальное обследование. При необходимости врач-педиатр направляет ребенка для консультации к узкому специалисту или выписывает направление в больницы специализированного профиля.

Также врач-педиатр играет большую роль в выявлении и профилактике нарушений развития, врожденных пороков и наследственных заболеваний и их предотвращении.

Собственное 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.

Во всех возрастных группах здоровье детей II–V группы было хуже, чем в I группе. Различия были статистически значимы (табл. 2). При этом самые низкие показатели здоровья наблюдались во II и V группах. Так, доля детей с I группой здоровья на первом году жизни во II группе составила лишь 13,8%, в V – 12,9% против 32,5% – в I группе; на втором году жизни – соответственно 12,9 и 11,5% против 25,5%; на третьем году – 11,1 и 10,2% против 24,6%.

Т а б л и ц а 1

Сравнительная характеристика физического развития детей из различных типов семей по годам жизни (удельный вес, в %)

Показатель	Группа				
	I	II	III	IV	V
	<i>1мес-3года</i>				
Нормальное физическое развитие	57,0	46,2	56,3	51,1	48,1
Низкий рост	5,7	9,4	8,5	10,3	9,2
Высокий рост	5,0	4,3	6,2	3,1	4,2
Дефицит	18,6	28,7	17,0	24,3	27,5

массы I или II степени					
Избыток массы I или II степени	13,7	11,4	12,0	11,2	11,0
		<i>3 года-6 лет жизни</i>			
Нормально е физическо е 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 степени	10,5	10,2	14,9	11,5	12,3
		<i>6 лет -17 лет жизни</i>			
Нормально е физическо е 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

Т а б л и ц а 2

Распределение детей раннего возраста из различных типов семей по группам здоровья по годам жизни (удельный вес, в %)

Группа здоровья	Группа				
	I	II	III	IV	V
	<i>3 мес.-3год жизни</i>				
I	32,5	13,8	22,4	14,3	12,9
II А	13,6	15,5	16,9	17,1	17,7
II Б	45,6	57,1	51,5	58,5	56,3
III	8,3	13,6	9,2	10,1	13,1
	<i>3 год -6 лет жизни</i>				
I	25,5	12,9	19,4	13,4	11,5
II А	17,2	16,3	16,9	19,1	16,8
II Б	47,4	55,0	50,6	56,1	55,5

III	9,9	15,8	13,1	11,4	16,2
		<i>6 лет-17 год жизни</i>			
I	24,6	11,1	20,8	12,1	10,2
II А	18,4	16,6	17,3	18,6	17,1
II Б	46,3	56,2	47,6	53,5	55,4
III	10,7	16,1	14,3	15,8	17,3

Вывод

Результаты исследования показали, что во всех возрастных группах отмечается тенденция снижения количества детей 3мес-17 лет в сочетании с увеличением наполняемости III группы здоровья. Во всех группах преобладали заболевания *органов дыхания*, при этом их удельный вес в общей сумме заболеваний на 6-17 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.

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 II группы

Архинова Екатерина Дмитриевна

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

В ходе проведенного анализа выявлены непринципиальные недостатки.

Все разделы отражают вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует низкое знание современного состояния изучаемой проблемы.

Обзор литературы основан на анализе нескольких литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на низкий уровень знаний автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы. Сформулированные выводы вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым языком, материалы изложены несвязно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал недостаточно обширен.

Выводы соответствуют полученным результатам, анализ недостаточно глубокий.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова