

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

М. С. С.
Томашова В. В.
А

Научно-исследовательская работа на тему:
**«Анализ состояния здоровья
новорожденных групп риска»**

Выполнила:
Обучающаяся 5 курса _8_ группы
педиатрического факультета
Веселова Алина Юрьевна

Волгоград 2018г.

Содержание

1. Введение.....	2
2. Цели.....	3
3. Задачи.....	4
4. Основные определения и понятия.....	5
5. Теоретическая часть.....	9
6. Роль врача.....	16
7. Собственное исследование.....	17
8. Выводы.....	18
9. Литература.....	20

Введение

За последние годы Минздрав Российской Федерации большое внимание уделяет улучшению качества медицинской помощи детскому населению. Так, в «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», одобренной правительством РФ большое внимание уделено совершенствованию медицинской помощи женщинам и детям. В третьем разделе этой концепции «Совершенствование организации медицинской помощи» сказано, что она должна осуществляться по следующим направлениям: обеспечение качества медицинской помощи путем ее стандартизации, лицензирования и сертификации; развитие службы охраны материнства и детства при концентрации усилий на главных направлениях; развитие службы планирования семьи и безопасного материнства. Наиболее актуальной проблемой для здравоохранения на современном этапе является проблема качества диспансеризации и реабилитации новорожденных из группы риска. Самая распространенная группа риска новорожденных-недоношенные дети.

Известно, что в антенатальном периоде плод очень чувствителен к действию патогенных факторов внешней среды (болезни матери, патологическому течению беременности, профессиональным вредностям, курению, алкоголизму, воздействию токсинов и др.). Наиболее опасны эти факторы в ранние периоды онтогенеза, поскольку в результате их влияния могут формироваться врожденные пороки развития. Особое значение придать поздним токсикозам беременности, осложнениям беременности и родов, преждевременным родам. В таких случаях снижается устойчивость детей к повреждающему действию родов. При вирусных, гнойно-септических заболеваниях в раннем детском возрасте у этих детей могут развиваться тяжелые нарушения нейрогуморальных адаптационных механизмов, неадекватность иммунного ответа, угрожающие жизни синдромы (нейротоксикоз, гипертермия, фебрильные судороги, токсические осложнения острой пневмонии), увеличивается возможность летального исхода.

Все это обуславливает необходимость особого внимания к таким детям, и позволяет отнести их к «группе риска». Анализ данных анамнеза, анализ состояния ребенка в период новорожденности, индивидуальный подход к проведению лечебно-оздоровительных мероприятий составляют суть дифференцированного наблюдения детей из «группы риска».

Цели научно-исследовательской работы

1. Изучить состояние здоровья новорожденных групп риска
2. Изучить группы риска среди новорожденных детей
3. Изучить факторы риска, обуславливающие развитие заболевания
4. Изучить, как определяют группу риска
5. Изучить связь между состоянием новорожденных и группой риска, в которой они находятся
6. Изучить, у каких детей есть вероятность попасть в группу риска.

Задачи научно-исследовательской работы

1. Провести анализ групп риска новорожденных
2. Провести анализ факторов риска, обуславливающих развитие заболевания
3. Проанализировать состояние здоровья новорожденных с группами риска
4. Проанализировать связь между состоянием здоровья новорожденного и факторами риска, обуславливающими развитие определенного заболевания
5. Проанализировать, какие дети имеют шансы попасть в группу риска
6. Выяснить, по каким принципам устанавливается группа риска для новорожденных
7. Собрать информацию о количестве новорожденных, имеющих группу риска, находящихся на участке ГУЗ “КДЦ для детей №1”.

Основные определения и понятия

Группы риска новорожденных:

- 1 группа новорожденные с риском развития патологии ЦНС,
- 2 группа новорожденные с риском внутриутробного инфицирования,
- 3 группа новорожденные с риском развития трофических нарушений (большая масса тела, гипотрофия, незрелость и эндокринопатии),
- 4 группа новорожденных с риском развития врожденных пороков органов и систем (пороки развития ЦНС, бронхолегочной, мочеполовой и др. систем); синдром врожденной краснухи (катаракта, глухота, пороки сердца и др. органов) ; наследственно обусловленные заболевания (фенилкетонурия, муковисцидоз); болезнь Дауна,
- 5 группа новорожденные группы социального риска.

Среди новорождённых целесообразно выделение групп по степени риска:

а) *группа риска* – дети, имеющие неблагоприятные факторы в пренатальном периоде, отклонения в интранатальном периоде и с отягощённым генеалогическим анамнезом;

б) *группа высокой степени риска* – дети, перенесшие внутриутробно, во время родов или в первые дни жизни какие-либо заболевания или состояния и имеющие после выписки из роддома отклонения в состоянии здоровья: недоношенные, незрелые, с врождённой гипотрофией, от многоплодной беременности, после асфиксии, родовой травмы и др.

Перинатальный период – охватывает период внутриутробного развития плода с 22 недель беременности и 28 дней после родов. То есть этот период включает в себя - антенатальный, - интранатальный и - постнатальный периоды.

Антенатальный период - период внутриутробного развития плода от момента образования зиготы до 40 недель. Его условно делят на 2 периода: эмбриональный и фетальный, состоящих из определенных этапов, по которым совершается непрерывное развитие организма. Каждому этапу присущи свои особенности биохимических процессов и функций нейро-гуморальной регуляции и взаимодействия отдельных систем организма плода.

Сейчас принято выделять несколько периодов внутриутробного развития:

1. Терминальный, или собственно зародышевый период. Он начинается от момента оплодотворения яйцеклетки и заканчивается имплантацией образовавшегося blastocysta в слизистую оболочку матки. Его продолжительность – 1 неделя.

2. Период имплантации. Продолжается около 40 часов, т.е. около 2 суток. Эти два периода иногда объединяются, т.к. медико-биологическое значение их велико. В это время 50 – 70% оплодотворенных яйцеклеток не развивается, а тератогенные (неблагоприятно влияющие на плод) факторы, особенно относящиеся к группе сильных, вызывают патологию, несовместимую с выживанием зародыша (аплазия и гипоплазия), или формирует тяжелые пороки развития вследствие хромосомных aberrаций или мутантных генов.

3. Эмбриональный период. Он длится 5-6 недель. Питание зародыша происходит из желточного мешка. Важнейшей особенностью периода является закладка и органогенез почти всех внутренних органов будущего ребенка. Поэтому воздействие тератогенных факторов вызывает эмбриопатии, которые представляют собой наиболее грубые анатомические и диспластические пороки развития.

4. Неофетальный или эмбриофетальный период. Продолжается 2 недели, когда формируется плацента, что совпадает с окончанием формирования большинства внутренних органов (кроме ЦНС и эндокринной системы). Этот период имеет важное значение, т.к. правильное формирование плаценты, а следовательно и плацентарного кровообращения определяет дальнейшую интенсивность роста плода.

5. Фетальный период. Продолжается от 9 недели до рождения. Он характеризуется тем, что развитие плода обеспечивается гемотрофным питанием. В фетальном периоде целесообразно выделить два подпериода: ранний и поздний.

- Ранний фетальный (от начала 9 недели до конца 28 недели) характеризуется интенсивным ростом и тканевой дифференцировкой органов плода

- Поздний фетальный начинается после 28 недели беременности и длится до начала родов.

Критические периоды в развитии плода – периоды, в течение которых плод особенно чувствителен к воздействиям различных факторов. Основными критическими периодами для зародыша и плода человека являются:

1. Конец предимплантационного периода и период имплантации (первая неделя после зачатия)
2. Период образования зачатков органов (органогенез) – 3-6 неделя беременности
3. Период плацентации – 9-12 неделя беременности
4. Период фетогенеза – 18-20 и 22-24 недели беременности, когда возникают качественные изменения в биоэлектрической активности головного мозга, рефлекторных реакциях, гемопозе, продукции некоторых гормонов.

Интранатальный период- период, жизнедеятельности, охватывающий промежуток времени от начала появления маточных схваток до окончания периода изгнания плода из матки.

Тератогенные факторы- некоторые физические, химические (в том числе лекарственные препараты) и биологические агенты (например, вирусы) под действием которых возникают морфологические аномалии и пороки развития органов и систем в эмбриональный период.

В настоящее время тератогенные факторы можно разделить на 3 группы:

А) Экзогенные:

- ионизирующая радиация (более 0,6-0,8 Гй), которая вызывает гибель клеток или мутации генов
- ряд вирусных инфекций – краснуха, в меньшей степени грипп, энтеровирусная инфекция, вирусный гепатит, цитомегалия и другие
- фармакологические препараты – цитостатики, стероиды, салицилаты в больших дозах
- некоторые промышленные и сельскохозяйственные ядовитые вещества, хозяйственные яды – пестициды, гербициды
- некоторые пищевые продукты – особенно испорченный картофель, зараженный грибком

Б) Генетические:

- мутантные гены, вызывающие пороки развития с доминантным или рецессивным типом наследования (семейные случаи с расщеплением верхней губы, поли- или синдактилией)
- хромосомные абберации (числовые и структурные) – если имеют место абберации, то возникающие пороки развития чаще несовместимы с жизнью (60% спонтанных аборт до 3 месяцев обусловлены хромосомной абберацией), и только относительно небольшое число детей, например, с болезнью Дауна, жизнеспособны.

В) Сочетанные:

Складываются из этих двух групп.

Теоретическая часть

В основу распределения детей по группам риска положена предполагаемая направленность риска, а не сами факторы, так как часто разные заболевания (например, рахит и анемия) могут обуславливаться одними и теми же факторами и наоборот. Это придаёт первичной профилактике конкретность и целенаправленность. Для каждой патологии отобраны наиболее значимые и информативные в прогностическом отношении факторы риска.

1 группа- новорожденные с риском развития патологии ЦНС:

- возраст матери (старше 30 лет), вредные привычки матери (курение, злоупотребление алкоголем), экстрагенитальная патология матери (гипертоническая болезнь, пороки сердца, сахарный диабет), патология беременности и родов (угрожающий аборт иммунологический конфликт, многоводие, переносимость, дородовое излитие вод, оперативные роды, родовая травма), тяжелые токсикозы второй половины беременности, токсоплазмоз.

Направленность риска в периоде новорожденности:

-риск тяжелого течения вируснобактериальных инфекций, тяжелых метаболических нарушений, фебрильных судорог, летального исхода при вируснореспираторных заболеваниях, риск синдрома внезапной смерти (СВСД) - нарушение течения периода адаптации (затяжная конъюгационная желтуха, медленное восстановление первоначальной потери массы тела), риск внутриутробного инфицирования.

2 группа- новорожденные с риском внутриутробного инфицирования:

-хроническая экстрагенитальная патология матери (бронхит, пиелонефрит, холецистит, гастрит, колит и др.), хроническая генитальная патология, патология родов (длительный безводный промежуток), перенесенная краснуха, контакт с больным краснухой, токсоплазмоз, цитомегалия, острые респираторно-вирусные и бактериальные заболевания, перенесенные матерью в конце беременности и в родах.

Направленность риска в периоде новорожденности:

-малые и большие формы гнойносептической инфекции, тяжелые формы кишечного дисбактериоза, врожденная краснуха, токсоплазмоз.

3 группа- новорожденные с риском развития трофических нарушений (большая масса тела, гипотрофия, незрелость и эндокринопатии):

-экстрагенитальная патология матери (гипертоническая болезнь, пороки сердца, сахарный диабет, заболевание щитовидной железы, ожирение матери), патология беременности (тяжелые токсикозы второй половины беременности), вредные привычки матери (курение свыше 10 сигарет в день), нарушение режима питания матери во время беременности.

Направленность риска в периоде новорожденности:

-риск судорожного синдрома и летального исхода при острых заболеваниях (ОРВИ, пневмонии и др.), проявление незрелости новорожденного, недостаточность кардиального отдела пищевода, запоры новорожденных и прочие нарушения течения периода адаптации (затяжная конъюгационная желтуха, медленное восстановление первоначальной потери массы тела и др. ,диабетическая эмбриофетопатия; - диабет новорожденного, гипотиреоз, риск тяжелого течения вируснобактериальных инфекций, метаболических нарушений, фебрильных судорог.

4 группа- новорожденные с риском развития врожденных пороков органов и систем (пороки развития ЦНС, бронхолегочной, мочеполовой и др. систем); синдром врожденной краснухи (катаракта, глухота, пороки сердца и др. органов); наследственно обусловленные заболевания (фенилкетонурия, муковисцидоз); болезнь Дауна:

-патология беременности (токсикозы первой половины беременности), сахарный диабет у беременной, применение лекарственных средств в период беременности (антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, гормонов и др.),возраст матери старше 30 лет и отца старше 40 лет, вредные привычки родителей (злоупотребление алкогольными напитками),перенесенная краснуха или контакт с больным краснухой в первом триместре беременности, острые респираторно-вирусные инфекции, перенесенные в первом триместре беременности;

Направленность риска в периоде новорожденности:

-нарушение течения периода адаптации, алкогольная энцефалопатия, клинические симптомы и синдромы наследственных заболеваний.

5 группа- новорожденные группы социального риска:

- неудовлетворительные жилищно-бытовые условия семьи, семьи с плохим психологическим климатом, семьи с вредными привычками родителей (злоупотребление спиртными напитками и т. д.) и др.

Направленность риска в периоде новорожденности:

риск раннего искусственного вскармливания, риск гнойно-септической инфекции, риск повышенной заболеваемости, риск судорожного синдрома, риск синдрома внезапной смерти, риск раннего развития анемии, рахита, гипотрофии.

План наблюдений за новорожденными:

1 группа риска:

- Осмотр участковым педиатром не менее 4 раз в течение первого месяца жизни, затем ежемесячно.
- Осмотр с участием заведующего отделением не позднее 3 месяцев и обязательно при каждом заболевании ребёнка.
- Осмотр неврологом в первый месяц, в дальнейшем каждый квартал; лор, окулист - по показаниям.
- Строгий контроль участкового педиатра, направленный на обнаружение нарастания размеров головы, определение нервно-психического развития.
- Профилактические прививки по индивидуальному плану после разрешения невролога.
- По достижении года при отсутствии изменений со стороны ЦНС ребёнка снимают с учёта.

Необходимо собрать анамнез; генеалогический, акушерско-гинекологический, социальный; - проанализировать данные выписки из родильного дома; - выявить особенности течения раннего неонатального периода; - при объективном обследовании обратить внимание на возможное изменение врожденных физиологических рефлексов, мышечного тонуса, на признаки повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, возможное изменение размеров окружности головы; - диагностировать данное состояние, дать комплексную оценку состояния здоровья, определить группу здоровья на период новорожденности; - направить на консультацию, к невропатологу (при показаниях); - объяснить родителям сущность заболевания, предупредить о возможных последствиях при несвоевременном и недостаточном лечении; - составить индивидуальный план ведения новорожденного на месяц. Количество патронажей медицинской сестры определяется врачом индивидуально.

2 группа риска:

- Осмотр участковым педиатром не менее 4 раз в течение первого месяца, в дальнейшем ежемесячно; медсестрой - 2 раза в неделю.
- Раннее лабораторное обследование в 1 и 3 мес (кровь, моча) и после каждого заболевания.
- Обязательный осмотр с участием заведующего отделением не позднее 3 мес и после каждого заболевания.
- Мероприятия по профилактике, ранней диагностике и лечению дисбактериоза.
- При отсутствии симптомов внутриутробного инфицирования ребёнка снимают с диспансерного учета в 3-месячном возрасте.

Необходимо собрать анамнез; генеалогический, акушерско-гинекологический, социальный; - оценить состояние матери в послеродовом периоде; - проанализировать данные выписки из родильного дома, оценить факторы риска; - выявить особенности течения раннего неонатального периода; - выявить характерные жалобы на появление мелких множественных гнойничковых элементов на коже, на отделяемое из пупка и покраснение кожи в области пупка, на ухудшение состояния ребенка, беспокойство, возможный подъем температуры, снижение аппетита, появление срыгивания, вялости, наличие жидкого стула; - обратить внимание на позднее отпадение остатка пуповины (после 6 дня), позднюю эпителизацию пупочной ранки (после 14 дня), а также длительно не отпадающую геморрагическую корочку в центре пупка; - диагностировать данное состояние; - назначить оптимальный санитарно-гигиенический режим; - при показаниях срочно госпитализировать; - провести беседу с родителями ребенка, предупредить о возможности развития заболевания, о необходимости выполнения всех медицинских рекомендаций; - патронаж медицинской сестры и осмотр врача-педиатра- ежедневный; - обязательная консультация заведующей отделением.

3 группа риска:

- Осмотр участковым педиатром не менее 4 раз в течение первого месяца, затем ежемесячно.
- Заведующий отделением осматривает ребёнка не позднее 3-месячного возраста.
- Осмотр эндокринологом не менее 2 раз в течение первого года жизни (в первом квартале и в 12 месяцев).
- Борьба за естественное вскармливание до 1,5-2 лет.
- Диспансеризация в течение первого года жизни. При отсутствии патологии ребёнка снимают с учёта.

Необходимо собрать анамнез; генеалогический, акушерско-гинекологический, социальный; - проанализировать данные выписки из родильного дома, оценить перинатальные факторы риска; - выявить особенности течения раннего неонатального периода; - выяснить антропометрические данные и интерпретировать их. При объективном обследовании: - выявить возможные анатомические и функциональные признаки незрелости; - установить степень внутриутробной гипотрофии (I степень- весо-ростовой показатель 59-56, II степень- 55-50 и III степень- менее 50); - выявить понижение питания, изменение мышечного тонуса, дистрофические изменения кожи, изменение поведения (вялость, беспокойство), состояние врожденных безусловных рефлексов; - оценить неврологический статус, обнаружить возможную задержку психомоторного развития, возможные стигмы дисэмбриогенеза; - диагностировать данное состояние, дать комплексную оценку состояния здоровья, определить группу здоровья; - выявить степень лактации у матери; - назначить регулярное взвешивание, рациональное питание, произвести расчет питания, назначить соответствующую его коррекцию, своевременно назначить введение соков, питьевой режим; - назначить оптимальные санитарно-гигиенический режим, массаж, гимнастику; - направить на консультацию к невропатологу, эндокринологу, хирургу (по показаниям); - при осуществлении патронажа проводить систематическую санитарно-просветительскую работу с матерью о необходимости соблюдения режима дня ребенка, питания, профилактики рахита и инфекционных заболеваний.; - составить индивидуальный план ведения новорожденного на месяц. Количество патронажей медицинской сестры определить педиатром индивидуально.

4 группа риска:

- Осмотр участковым педиатром 4 раза в течение первого месяца жизни, затем ежемесячно.
- Анализ мочи и крови в 1 месяц, затем ежеквартально и после каждого заболевания.
- Консультации узких специалистов (окулист, оториноларинголог, кардиолог, генетик) в ранние сроки при малейшем подозрении на возможность патологии у ребёнка.
- Снятие с диспансерного учёта в возрасте 1 года при отсутствии клинических симптомов заболевания.

Необходимо собрать анамнез; генеалогический (возраст матери и отца наследственная отягощенность и др.), акушерско-гинекологический, социальный; - проанализировать данные выписки из родильного дома, оценить факторы риска; При подозрении на болезнь Дауна: - обнаружить характерные признаки: отставание в двигательном и психомоторном развитии, раскосые глаза, эпикант, уплощенное лицо, высунутый язык, короткие широкие пальцы; - диагностировать данное состояние; - направить на консультацию к невропатологу, при подтверждении диагноза предупредить родителей об опасности появления данного заболевания при повторных родах у матери. При подозрении на врожденную мышечную кривошею: - выявить характерные жалобы на неправильное положение головы, появление опухоли в области шеи; - обнаружить при объективном обследовании (на 10-14 день жизни): плотное безболезненное опухолевидное образование в области грудино-ключично-сосцевидной мышцы; в более поздние сроки- наклон головы в сторону пораженной мышцы, поворот ее в противоположную сторону; - своевременно направить на консультацию к ортопеду или к детскому хирургу. При подозрении на врожденный вывих бедра: - при объективном обследовании обнаружить симптом "неустойчивости" соскальзывания, ограничение разведения бедер на 30°, асимметрию кожных складок; - направить на консультацию к ортопеду или к детскому хирургу. - предупредить родителей о том, что при задержке лечения неизбежно наступит инвалидность. При подозрении на краснуху врожденную: - исследовать слизь из носоглотки и мочу новорожденного на вирус краснухи; - определить специфические Ig M в сыворотке крови (на 14 день) и провести реакцию торможения гемагглютинации (РТГА) на 14 день жизни ребенка; - провести обследование для выявления фенилкетонурии.

5 группа риска:

- Осмотр участковым педиатром 4 раза в течение первого месяца жизни, затем ежемесячно 1-2 раза.
- Контроль участковой медсестрой за фактическим местом проживания ребёнка.
- Участие заведующего отделением в профилактическом наблюдении за ребёнком.
- Обязательная госпитализация при заболевании.
- Более раннее оформление в ДДУ (на первом году жизни), желательно с круглосуточным пребыванием.
- В необходимых случаях - лишение матери родительских прав.
Необходимо собрать анамнез: генеалогический, акушерско-гинекологический, социальный (материально-бытовые условия и состав семьи, наличие вредных привычек, условия для воспитания ребенка в семье);
- проанализировать данные выписки из родильного дома; - выявить особенности течения раннего неонатального периода; - при наблюдении за новорожденным увеличить число патронажей участкового врача и медсестры; - обязательная госпитализация при заболеваниях ребенка; - оказание социально-правовой помощи семье; - частые внеплановые посещения семьи участковым врачом и медицинской сестрой.

Роль врача

Организация диспансерного наблюдения за здоровыми новорожденными детьми. Первое посещение здорового новорожденного на дому выполняет врач-педиатр совместно с участковой медицинской сестрой в первые 3 дня после выписки из родильного дома, но чаще на 1–2-е сутки. Медицинская сестра получает от врача ряд конкретных указаний по особенностям наблюдения за данным ребенком. В дальнейшем она посещает ребенка ежедневно в течение первых 2 недель жизни (т.е. до полного заживления пупочной ранки), а затем 1–2 раза в неделю. Основной задачей врача-педиатра общей практики при первичном патронаже является оценка состояния здоровья новорожденного, лактационных возможностей матери и условий среды, где будет находиться ребенок. Поэтому врач должен собрать генеалогический анамнез с обязательным составлением генеалогического дерева, акушерско-гинекологический, биологический (анте-, интра-, постнатальный) и социальный анамнез. Для более полной и правильной оценки состояния здоровья новорожденного участковый врач должен иметь обменную карту из родильного дома и проанализировать имеющиеся в ней сведения о ребенке. В обменной карте обязательно должны быть указаны следующие данные: течение беременности, характер родов, оценка по шкале Апгар, состояние и поведение ребенка в первые дни жизни, сроки отпадения остатка пуповины; максимальная потеря массы тела, с какого дня началось восстановление этой потери; отмечались ли проявления гормонального криза, токсической эритемы, физиологической желтухи (степень, продолжительность), локализованной гнойной инфекции; на какие сутки приложен к груди, как сосал; сведения о вакцинации против туберкулеза; проведенные обследования и лечебно-профилактические мероприятия. Если в обменной карте не указаны какие-либо из этих данных, то врач должен в течение 1–2 дней связаться с родильным домом и получить их. Для окончательного суждения о состоянии здоровья новорожденного врач должен провести объективное обследование ребенка по всем системам с применением антропометрии и оценки нервно-психического развития.

Собственное исследование

Проходя практику на базе ГУЗ «КДЦ для детей №1», я провела исследование: как проводится анализ состояния здоровья новорожденных детей групп риска. Какое количество новорожденных входят в группу риска и какая группа встречается чаще.

На первом участке, за период прохождения моей практики, мы с врачом-педиатром осуществили патронаж двенадцати новорожденных детей.

Из двенадцати новорожденных детей шесть входили в группу риска.

Первая по частоте встречаемости группа риска по хроническим расстройствам питания (гипотофии). В нее вошли 3

Особое внимание обращалось на: аппетит, наличие срыгиваний и рвоты, эмоциональный тонус. Динамику физического развития, прибавку массы тела и прибавку роста, состояние кожи, её эластичность, тургор тканей, выраженность подкожно-жирового слоя, пастозность. Состояние лимфоузлов и вилочковой железы, ЦНС, температуру тела, появление очагов инфекции.

Во вторую по частоте группу риска по патологии ЦНС вошли 2 новорожденных ребенка.

Особое внимание при осмотре таких детей обращалось на : позу и положение, мышечный тонус, рефлексы, реакция на звук и свет, активность сосания, наличие и характер срыгивания и рвоты, стигмы дисэмбриогенеза, размеры и форму черепа, размеры и состояние швов и родничков, нарушение сна, "тревожные" патологические неврологические симптомы, прибавку в массе, темпы нервно-психического развития.

В третью по частоте группу вошел 1 новорожденный по патологии социального риска.

Особое внимание обращалось на: анамнез, общее состояние ребенка. Правильность кормления и уход за ребенком. Динамику роста, веса, размеров головы, психомоторного развития. Наличие врожденных заболеваний, аномалий развития, стигм дисэмбриогенеза. Особенности поведения и сна. Наличие необходимых для ребенка принадлежностей, средств гигиены, игрушек.

Выводы

В настоящее время доказано, что заболеваемость и смертность значительно выше среди детей, имеющих факторы риска при рождении: неблагополучный социальный анамнез, экстрагенитальная патология матери, отягощённый акушерский анамнез и др. Кроме того, имеется зависимость формирования характера патологии ребёнка от специфичности воздействия различных факторов риска. В связи с этим возникает необходимость не только в дифференцированном наблюдении за этими детьми, но и в целенаправленной первичной профилактике прогнозируемой патологии.

Предупреждение заболеваемости на первом году жизни позволяет снизить заболеваемость детей не только данного возраста, но и улучшить их здоровье в последующие периоды развития.

Прогнозирование здоровья ребёнка должно проводиться в 3 этапа: до наступления беременности (медико-генетическое консультирование), во время беременности с учетом её течения и состояния здоровья женщины и сразу после рождения ребёнка с учётом всех имеющихся факторов риска у новорождённого. На каждом из этих этапов прогноз уточняется и корректируется по мере появления или устранения отягощающих факторов. В зависимости от этого строится система первичных профилактических мероприятий по предупреждению отклонений в состоянии здоровья ребёнка.

На первом этапе прогноз осуществляется сотрудниками медико-генетической консультации или консультации «Брак и семья». Антенатальный прогноз и профилактика возлагаются на акушеров-гинекологов при активном участии терапевтов и педиатров с момента взятия беременной на учет в женской консультации. Третий этап прогнозирования и профилактики выполняется неонатологами и педиатрами и проводится, в основном, в условиях детской поликлиники.

Заведующий педиатрическим отделением должен быть информирован участковым педиатром о поступлении на участок всех детей из групп риска. Диспансеризация детей с высокой степенью риска контролируется заведующим педиатрическим отделением в течение первого месяца жизни.

В зависимости от направленности риска участковый врач-педиатр составляет индивидуальный план наблюдения за ребёнком на первом месяце жизни. В возрасте 1 месяца проводится оценка течения периода новорождённости, реализации имевшегося ранее риска, выявляются новые неблагоприятные факторы и с учётом данных осмотра определяются группа здоровья и группа риска. План диспансерного наблюдения ребёнка должен включать: частоту осмотров педиатра, специалистов, сроки лабораторно-диагностических исследований, лечебно-оздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия, показания и противопоказания к профилактическим прививкам, мероприятия по оказанию социально-правовой помощи семье.

Литература

1. Гордеев В., Шахова Н.В., Рыбакова Н.А. : учебное пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов. Барнаул: АГМУ, 2013. - 36 с
2. Артамонов Р. Г. Основы клинической диагностики в педиатрии : учеб. пособие / Артамонов Р. Г. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2013 . - 125 с. . - Библиогр.: с.124-125
3. Пропедевтика детских болезней : учебник / МО и науки РФ; под ред. А.С.Калмыковой; авт. кол.: А.С.Калмыкова и др . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2013 . - 914 с.: ил.
4. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание/ Под ред. Н.Н. Володина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
5. Неонатология: в 2 т. Т. 1 : учеб. пособие / Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
6. Неонатология : нац. рук. : крат. изд. / Н. Н. Володин [и др.] ; под ред. Н. Н. Володина ; Ассоциация мед. о-в по качеству - АСМОК ; Рос. ассоциация специалистов перинат. медицины. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 887, [9] с. : ил., цв.

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 8 группы

Веселова Алина Юрьевна

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 завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова