

85 8 ашинов
Волжанова О.К.
✍

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
«Состояние здоровья детей раннего возраста на участке»

Выполнила:

Обучающаяся 5 курса 3 группы

педиатрического факультета

Гречина Екатерина Александровна.

Волгоград 2018г.

Содержание

Введение.....	3
Цель.....	5
Задачи.....	5
Основные определения и понятия.....	6
Теоретическая часть научно-исследовательской работы	9
Роль врача в формировании здоровья детей раннего возраста.....	10
Собственное исследование.....	11
Выводы.....	16
Список литературы.....	17

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.

Сохранение здоровья детей – важная задача, которая может быть решена путем раннего выявления детей с нарушениями развития, современной диагностикой характера повреждений, а также с помощью мониторинга развития ребенка раннего возраста для определения темпов и особенностей развития, индивидуальных компенсаторных возможностей организма.

Для раннего выявления нарушений развития очень важно следить за состоянием детей раннего возраста путем динамического наблюдения за развитием ребенка. К применяемым в педиатрии методам изучения состояния здоровья детей относится метод комплексной оценки, складывающийся из разделов: клиническое обследование органов и систем с учетом всех показателей, анализ антропометрических данных, выбор схем индивидуального подхода к профилактике и лечению.

На состояние здоровья детей раннего возраста влияет множество факторов: рациональное питание, соответствующее возрасту, режим дня, физическая активность, здоровье и вредные привычки родителей (особенно матери), пребывание на свежем воздухе, микроклимат в семье, условия проживания и многое другое.

Задача участкового педиатра следить за соблюдением этих факторов, проводить нужные исследования, вовремя выявлять нарушения развития и заболевания, проводить их коррекцию и профилактику.

Цель научно-исследовательской работы

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния здоровья раннего возраста на участке №5 ГУЗ «КДЦ для детей №1».

Задачи научно-исследовательской работы

Оценить развитие детей 1–3 лет жизни на участках соответствии с критериями здоровья;

оценить заболеваемость детей 1–3 лет жизни в различных группах семей;

дать комплексную оценку здоровья детей раннего 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, переносимость, 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 1го месяц 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 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.

Т а б л и ц а 1

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

Показатель	Группа				
	I	II	III	IV	V
<i>1-й год жизни</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 массы I или II степени	18,6	28,7	17,0	24,3	27,5
Избыток массы I или II степени	13,7	11,4	12,0	11,2	11,0

<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 степени	10,5	10,2	14,9	11,5	12,3
<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	11,9	29,1	19,7	26,3	24,7

степени					
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.
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

Трегина Екатерина Александровна

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 проведённого 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, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные 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 удовлетворительный анализ. 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 достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова