

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

61 Самов
Ломанов О.В.


Научно-исследовательская работа на тему
«Оценка состояния здоровья часто и длительно болеющих детей»

Выполнил:
Обучающийся 5 курса 5 группы
педиатрического факультета
Гречко Василий Андреевич

Волгоград 2018г.

Содержание

Введение.....	3
1. Цель научно-исследовательской работы.....	5
2. Задачи научно-исследовательской работы.....	5
3. Теоретическая часть.....	6
4. Роль врача в оценке состояния здоровья часто и длительно болеющих детей.....	15
5. Вывод.....	16
6. Список использованной литературы.....	17

Введение

Структура дефектов системы иммунитета у часто болеющих детей, судя по данным литературы, полиморфна и наблюдаются нарушения различных звеньев врожденного и адаптивного иммунитета. В связи с этим выявление этих нарушений у детей, часто подверженных острым респираторным заболеваниям, относится к числу актуальных проблем. При анализе факторов риска и механизмов формирования нарушений в системе иммунитета у часто болеющих детей трудно выделить один ведущий фактор. Как правило, на организм ребенка влияют несколько факторов и запускаются разные механизмы, вызывающие иммунные нарушения и усиливающие их тяжесть. С одной стороны, значительная часть исследователей, не найдя грубых изменений в иммунном статусе при состоянии частых эпизодов респираторных инфекций считает, что такой проблемы вообще не существует, состояние ЧДБ является вариантом физиологической нормы и не требует каких-либо корригирующих вмешательств. С другой стороны, не менее значительная часть исследователей находят те или иные изменения в иммунном статусе и отстаивают позицию о том, что состояние ЧДБ это не норма, а переходное состояние между здоровьем и болезнью, формирующая хронические воспалительные процессы, и именно это состояние является наиболее оптимальной точкой приложения профилактических воздействий. При анализе количества клеточных компонентов, иммуноглобулинов, цитокинов и др., встречаются разноречивые данные от повышенного до пониженного содержания этих компонентов со значительным удельным весом вариантов нормы. Так, в работах некоторых авторов не найдено существенных различий в количестве Т- и В-лимфоцитов между группами ЧДБ и здоровыми; лишь у единичных пациентов из группы ЧДБ зарегистрированы нарушения фагоцитоза, содержания иммуноглобулинов, интерлейкинов. Подобные результаты зарегистрированы в исследованиях других ученых, однако в их работах сделан следующий шаг – попытка функциональной оценки состояния иммунной системы и здесь получены существенные различия между группами здоровых и ЧДБ. Причем очень важно, что характерные для ЧДБ сдвиги регистрировались как во время обострения, так и на стадии ремиссии. Это свидетельствовало не о транзиторности функциональных дефектов иммунной системы, а о стабильности сдвигов, связанных с состоянием ЧДБ и подтверждало необходимость особого внимания врачей к этой группе, как к группе риска в формировании самой разнообразной патологии и, прежде всего, хронических воспалительных заболеваний.

Учитывая основополагающую роль иммунодефицитного заболевания у детей из группы часто болеющих, для профилактики и лечения у них респираторных инфекций, важна роль оценки состояния здоровья у часто и длительно болеющих детей для предпринятия профилактических мер.

1. Цель научно-исследовательской работы

Изучить состояние здоровья часто и длительно болеющих детей.

2. Задачи научно-исследовательской работы

1. Дать определение понятию часто и длительно болеющие дети;
2. Определить критерии занесения ребенка в соответствующие группы;
3. Провести анализ данных статистики в период 2013-2016гг;
4. Оценить роль врача в оценке состояния здоровья часто и длительно болеющих детей;
5. Проанализировать полученные данные, сделать вывод.

3. Теоретическая часть

Термин «часто болеющие дети» появился в отечественной медицинской литературе в первой половине 80-х годов прошлого века. Следует отметить, что зарубежные школы педиатрии не используют его, нет этого термина и в МКБ X пересмотра, так как это не диагноз в медицинском понимании этого слова.

Часто болеющие дети (ЧБД) — это термин, обозначающий группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Тем не менее отечественная система организации медицинской помощи детям, одним из достижений которой была реальная профилактическая направленность, сочла целесообразным особо выделить эту категорию детей. Было отмечено, что среди так называемых ЧБД значительно чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречаются и тяжелее протекают бронхиальная астма, аллергический ринит, выше частота ревматизма, гломерулонефрита и ряда других заболеваний.

Было отмечено, что ЧБД в подростковом возрасте склонны к хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта, сосудистым дистониям, у них легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже учатся. Именно эти характеристики и побудили отечественных педиатров выделить склонных к повышенной заболеваемости респираторной вирусной инфекцией детей в особую группу наблюдения и обозначить ее как группа ЧБД.

В группу ЧБД относят детей, подверженных частым респираторными заболеваниями из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, и не имеющих стойких органических нарушений в них. ОРИ чаще болеют дети, посещающие детские организованные коллективы, более трети случаев в ДДУ приходится на ясельные группы. По данным многочисленных европейских исследований, почти 5% детей в возрасте от 3 до 6 лет являются ЧБД. В России удельный вес ЧБД зависит от возраста, эпидемиологических и социальных условий колеблется 30 до 50 %. В среднем на долю ЧБД приходится до трех четвертей всех случаев ОРИ.

ЧБД – это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения. Ребенка правомочно отнести к ЧБД только в тех случаях, когда повышенная подверженность респираторным инфекциям не связана со стойкими врожденными (наследственными) или приобретенными патологическими состояниями.

Этиологические факторы ЧБД.

В структуре ОРИ ведущее место занимают вирусы, в межэпидемический

период преобладают заболевания негриппозной этиологии. Наиболее частой причиной ОРИ у детей раннего возраста является РС-вирус. Тяжелое течение обусловлено аденовирусной или микст-инфекцией. Наиболее часто инфицированность слизистой оболочки верхних дыхательных путей, обусловленная смешанной флорой (37%) - микоплазмы (15%), Chlamidia pneumoniae (9%), грибы рода Candida (5%). У детей, особенно посещающих детские учреждения, высокая доля смешанных вирусных инфекций (7-35%). Большинство эпизодов ОРИ в группе ЧБД вызывается вирусами, поэтому имеющее место в практике рутинное назначение антибактериальных препаратов при каждом эпизоде следует считать неоправданным.

Критерии включения детей в группу часто болеющих детей

(А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий, 1986)

Таблица 1

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРИ в год
До 1 года	4 и более
1-3 года	6 и более
4-5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

У детей старше трехлетнего возраста в качестве критериев для включения в группу ЧБД можно использовать инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы ОРИ в течение года к возрасту. У редко болеющих ИИ составляет 0,2 – 0,3; у детей из группы ЧБД – 1, 0 – 3,5. В случае наблюдения за ребенком менее года, его резистентность можно определить по индексу частоты ОРИ (индекс резистентности), в группе ЧБД его значения 0, 5 и бол

В группу ЧБД относят детей, подверженных частым респираторными заболеваниями из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, и неимеющих стойких органических нарушений в них. ОРИ чаще болеют дети, посещающие детские организованные коллективы, более трети случаев в ДДУ приходится на ясельную группу. По данным многочисленных европейских исследований, почти 5% детей в возрасте от 3 до 6 лет являются ЧБД. В России удельный вес ЧБД зависит от возраста, эпидемиологических и социальных условий колеблется 30 до 50%. В среднем на долю ЧБД приходится до трех четвертей всех случаев ОРИ.

ЧБД – это не нозологическая форма и не диагноз, а группа диспансерного наблюдения. Ребенка правомочно отнести к ЧБД только в тех случаях, когда повышенная подверженность респираторным инфекциям не связана со стойкими врожденными (наследственными) или приобретенными патологическими состояниями.

При включении детей в группу ЧБД необходимо учитывать характеристики эпизодов ОРИ:

- Тяжесть каждого эпизода
- Наличие осложнений

- Необходимость применения антибактериальных препаратов
- Продолжительность интервалов между эпизодами

Классификация группы часто болеющих детей

(Макарова З.С., 2001)

Таблица 2

Классификационные признаки	Часто болеющие дети		
	Наличие или отсутствие хронических заболеваний	Часто болеющие дети группы риска	
Характер заболеваемости	«Истинно» часто болеющие		«Условно» часто болеющие
Особенности клинических проявлений (клинические типы)	Соматический	Оториноларингологический	Смешанный

Выделяют 5 групп ЧБД по предрасполагающим механизмам:

- **1-я группа.** В нее входят дети с преобладающими явлениями аллергии и аллергической патологией в анамнезе как по материнской, так и по отцовской линии.
- **2-я группа.** Дети преимущественно с неврологической патологией.
- **3-я группа.** Дети с первичными вегетососудистыми дистониями, обусловленными наследственным характером.
- **4-я группа.** Дети с преимущественным поражением лимфатической системы с рождения.
- **5-я группа.** Дети с преимущественными обменно-конституционными нарушениями.

Различают «истинно» и «условно» ЧБД.

«Условно» ЧБД дети болеют не более 4-5 раз в год (индекс резистентности - 0, 33 – 0, 49), как правило в периоде адаптации к дошкольным учреждениям или школе. Истинные ЧБД - более 5 раз в год (индекс резистентности более 0,

Клинические критерии:

- Выраженная наследственная отягощенность генеалогического анамнеза
- Наличие отклонений в раннем онтогенезе, перинатальное поражение ЦНС в анамнезе
- Высокая частота острых заболеваний в год с продолжительным и осложненным течением
- Сопутствующие морфофункциональные отклонения

- Быстрое формирование хронических заболеваний, хронических очагов инфекции

Выделяют 3 клинических типа «истинно» ЧБД:

- **Соматический тип:** высокая кратность ОРВИ (8 и более раз в течение года), выраженная интоксикация, часто развиваются осложнения (обструктивный синдром, бронхиты, пневмонии), отягощенный преморбидный фон (перинатальная энцефалопатия, аллергический диатез), в периоде реконвалесценции отмечается длительный затяжной кашель, высок риск формирования хронической бронхолегочной, аллергической, гастроэнтерологической, сердечно – сосудистой, почечной патологии.

- **Оториноларингологический тип:** меньшая кратность ОРВИ (4-6 заболеваний в течение года), без выраженной лихорадки, характерны осложнения (отиты, синуситы), длительное, затяжное течение заболеваний, в периоде реконвалесценции отмечается склонность к затяжному риниту, отягощенный преморбидный фон (лимфатический диатез), высок риск формирования хронических заболеваний лор – органов (тонзиллит, отит, синусит, тугоухость кондуктивного типа).

- **Смешанный тип:** сочетанная симптоматика первого и второго клинического типа. Наиболее тяжелый контингент ЧБД.

Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями:

- Хронический тонзиллит
- Хронический аденоидит
- Хронический синусит
- Рецидивирующий бронхит
- Бронхиальная астма
- Муковисцидоз
- Иммунодефицитные состояния
- Синдром длительного субфебрилитета

Синдром длительного субфебрилитета

Длительным субфебрилитетом принято считать повышение температуры тела в пределах от 37 до 39, в течение двух и более недель. Является нередким клиническим маркером группы ЧБД и требует проведения дифференциального диагноза.

Выделяют 2 группы:

1. **Пирогенные** (инфекционно-воспалительные)
2. **Непирогенные** (функциональные): первичный и вторичный.

К первичному относят:

1. Субфебрилитет без хронических очагов воспаления

2. На фоне хронических очагов воспаления вне обострения
3. Постинфекционный

Ко вторичному относят:

1. Органические поражения ЦНС
2. Психоневрологические заболевания
3. Эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, гипоталамический синдром)
4. Отравление салицилатами
5. Эктодермальные дисплазии
6. Синдром Мюнхгаузена

При включении детей в группу ЧБД необходимо учитывать характеристики эпизодов ОРИ:

- Тяжесть каждого эпизода
- Наличие осложнений
- Необходимость применения антибактериальных препаратов
- Продолжительность интервалов между эпизодами
-

Анализ данных статистики

Методом описательной статистики проведен анализ заболеваемости детского населения по данным официальной статистики за 2013–2016 гг.

В связи с этим возрастает необходимость укрепления здоровья детского населения и, прежде всего, за счёт улучшения состояния здоровья длительно и часто болеющих детей, относящихся к группе повышенного медико-социального риска.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ заболеваемости детского населения по данным официальной статистики за 2013–2016 гг. свидетельствует о продолжающемся ухудшении здоровья детей (рис. 1).

Общая заболеваемость детей от 0 до 7 лет составила в 2016 году 194,4 тыс. на 100 тыс. соответствующего населения, прирост за последние десять лет достиг 33 % [3].

Структура патологической поражённости выявила наибольшую распространённость (по МКБ-Х) следующих классов: заболеваемость органов дыхания (64,9 ‰), органов пищеварения (42,3 ‰), некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (17,8 ‰), болезней костно-мышечной системы (39,7 ‰), болезней органов зрения (80,7 ‰), болезни мочеполовой системы (33,8 ‰).

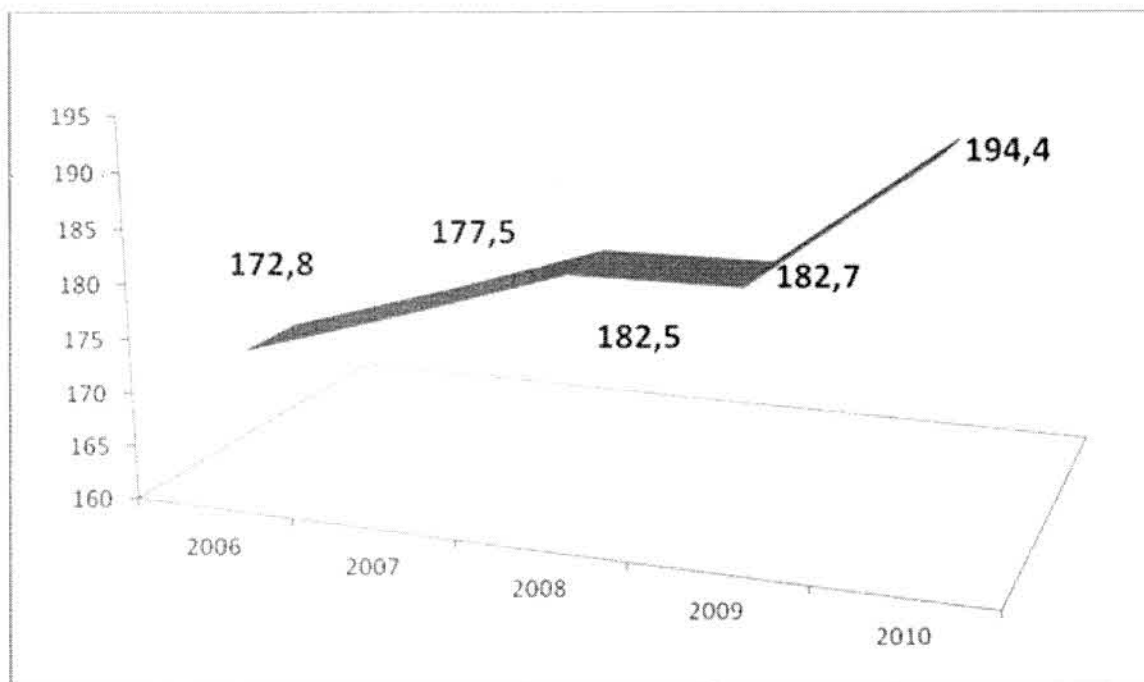


Рисунок 1. Общая заболеваемость детей от 0 до 7 лет в динамике 2006–2010 гг. (тыс. на 100 тыс. соответствующего населения)

Как показало исследование, лидирующую позицию занимают болезни органов дыхания (62,3 %). Однако в ходе исследования было выявлено резкое увеличение заболеваемости у детей дошкольного возраста по таким классам болезней как: болезни органов зрения и придаточного аппарата (с 67,3 ‰ в 2007 г. до 80,3 ‰ в 2010 г.), болезнью органов пищеварения (с 38,7 ‰ в 2007 г. до 42,3 ‰ в 2010 г.), болезнью нервной системы (с 26,9 ‰ в 2007 г. до 28,5 ‰ в 2010 г.). В связи с этим был проведён анализ внутренней структуры указанных классов заболеваний, методов лечения, оздоровления и профилактики у детей дошкольного возраста.

При изучении внутренней структуры класса болезней органов зрения и придаточного аппарата наибольшее распространение было выявлено по следующим заболеваниям: аккомодации и рефракции (52,2 %), миопии (25,7 %), астигматизма (3,2 %), прочее (18,9 %) (рис. 2).

При рассмотрении внутренней структуры класса болезней органов пищеварения наиболее значимыми заболеваниями можно отметить: язвенную болезнь (0,1 %), гастриты и дуодениты (27,5 %), болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (0,1 %), болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (6,5 %), грыжи (13,5 %), другие болезни кишечника (14,1 %), прочие (41,7 %) (рис. 3).

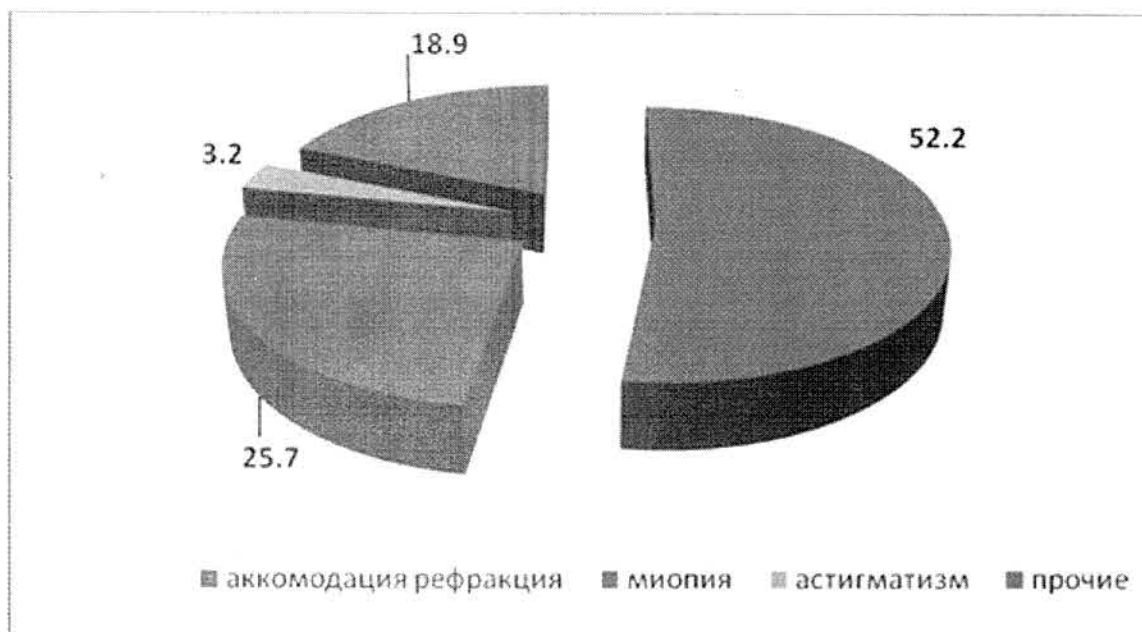


Рисунок 2. Структура заболеваемости органов зрения (в % к итогу по классу)

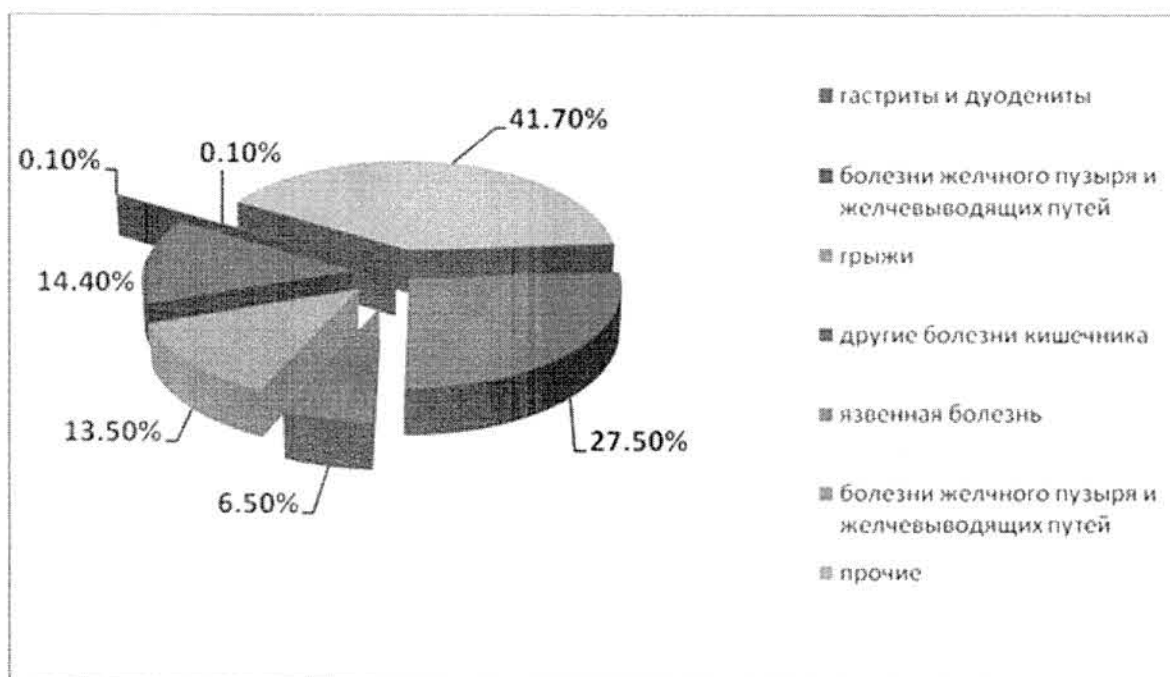


Рисунок 3. Структура заболеваний органов пищеварения (в % к итогу по классу)

Со стороны класса болезней нервной системы были выделены: нарушения вегетативной нервной системы (13,4 %), экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (65,2 %), эпизодический и пароксизмальные расстройства (1,8 %), церебральный паралич и другие паралитические синдромы (5,8 %), эпилепсия (13,6 %) (рис. 4)



Рисунок 4. Структура заболеваемости болезнями нервной системы (в % к итогу)

При анализе заболеваемости по полу отмечено, что если в 3 года уровень заболеваемости мальчиков выше по сравнению с девочками, то после 3-х лет во всех возрастных группах уровень заболеваемости выше у девочек (3580,3 против 2883,3 на 100 детей соответствующего возраста).

Анализ структуры заболеваемости детей по полу не выявил различий между мальчиками и девочками. Выявлено, что у детей сравниваемых групп структура заболеваемости представлена одними и теми же классами болезней, имеющими лишь разный ранговый уровень.

Так, на первые пять классов в ранговой структуре заболеваний приходится 85,5 % всей патологии – в группе длительно и часто болеющих девочек и 78,8 % – в группе длительно и часто болеющих девочек.

Индивидуальная характеристика заболеваемости оценивается по кратности обращения ребёнка к врачу и общей длительности заболеваний в течение года. В зависимости от частоты перенесённых заболеваний в течение года все дети были распределены на следующие группы:

- «мало болеющие» дети (МБД) – те, кто перенёс не более 1-го заболевания в год;
- «эпизодически болеющие» дети (ЭБД) – те, кто перенёс от 1-го до 3-х заболеваний в год;
- «часто болеющие» дети (ЧБД) – те, кто перенёс 4 и более заболеваний в год.

Последняя группа детей является наиболее неблагоприятной в плане формирования хронической патологии.

Наибольшее число часто болеющих детей приходится на возрастную группу – 6–7 лет, т.е. на тот период, когда ребёнок поступает в первый класс и у него увеличиваются нагрузки как в физическом, так и в психоэмоциональном планах.

4. Роль врача в оценке состояния здоровья часто и длительно болеющих детей

Систематический контроль за состоянием здоровья и развитием детей является одним из важных этапов оценки состояния здоровья ребенка и осуществляется врачом-педиатром как в условиях детских поликлиник, так и в детских дошкольных учреждениях.

В задачи контроля за развитием и состоянием здоровья детей раннего и дошкольного возраста входят:

1. Определение индивидуальных особенностей развития ребенка и изучение условий его воспитания для правильной организации внешней среды и системы профилактических мероприятий.
2. Раннее выявление отклонений в развитии и здоровье ребенка для организации целенаправленного оздоровления и лечения с целью профилактики формирования хронических заболеваний.

Основными методами контроля за развитием и состоянием здоровья детей являются:

- дородовые патронажи беременной женщины с целью ознакомления с социально-бытовыми условиями семьи, изучения состояния здоровья будущей матери, организации мероприятий по антенатальной профилактике;

- патронажи к новорожденному и детям первого года жизни, наблюдение за условиями воспитания ребенка в семье, организация необходимой профилактической и санитарно-просветительной работы в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава СССР "Организация профилактической помощи детям раннего возраста в условиях детской поликлиники" (М., 1979 год);

- динамические наблюдения в детской поликлинике за развитием и здоровьем детей участковым педиатром и участковой медицинской сестрой; если ребенок посещает дошкольное учреждение - совместно с врачом дошкольно-школьного отделения и с медицинским персоналом этого учреждения.

5. Вывод

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что большинство детей переносит в течение года от 3 до 5 эпизодов острых респираторных инфекций, заболеваемость достоверно выше у детей раннего возраста, дошкольников, младших школьников. Однако 15 – 40% детей болеют острыми респираторными инфекциями значительно чаще и тяжелее, чем их сверстники, на их долю приходится до 68.0- 75.0 % всех случаев. Частые острые респираторные инфекции представляют не только медицинскую проблему, но и имеют серьезные социально – экономические последствия.

Проанализировав данные литературных источников, статистические данные, медицинские статьи, можно сделать вывод о том, что оценка состояния здоровья часто и длительно болеющих детей является важным этапом в становлении здорового человека. Оценка здоровья таких детей помогает своевременно предпринять меры по профилактике и лечению серьезных заболеваний. Также предотвращает рецидивирующее течение и переход заболеваний в хроническую стадию.

6.Список литературы

1. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А. Вакцинопрофилактика. М., 2013..
2. Харьянова М.Е. Влияние полиоксидония и миелопида на формирование поствакцинального иммунитета у часто и длительно болеющих детей.// Автореф. дисс. М, 2012.
3. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Применение топических иммуномодуляторов в группе длительно и часто болеющих детей//В кн.: Иммунокоррекция в педиатрии под ред. М.В.Костинова. М., 2014: 91–99.
4. Лившиц С.А., Нагорная О.В. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2014. – № 2. – С. 42-43;
5. Снигур М.Е. Эффективность использования методики организации занятий оздоровительным плаванием с часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста // Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта». 2016-№1 (131). – С.213-216
6. ИГМУ Кафедра Педиатрии №2 «ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ – ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ» 2013
7. Мешкова Р.Я., Ковальчук Л.В., Коновалова М.И. Клиника, диагностика, лечение некоторых форм иммунодефицитов и аллергических заболеваний с основами организации службы клинической иммунологии. Смоленск, Полиграма, 2014: 159–160.
8. В.Н.Федосеева, Г.В.Порядин, Л.В.Ковальчук и др. Руководство по аллергологии и клинической иммунологии. Львов, 2013: 59–62.
9. Маркова Т.П., Чувиров Д.Г. Применение топических иммуномодуляторов в группе длительно и часто болеющих детей//В кн.: Иммунокоррекция в педиатрии под ред. М.В.Костинова. М., 2015: 91–99.

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 5 группы

Трегко Василий Андреевич

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 проведённого анализа выявлены принципиальные 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