

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России Кафедра детских болезней
педиатрического факультета

65 Самел
Полемова О.В.
✍

Научно-исследовательская работа на тему
Особенности состояния здоровья юношей допризывного возраста на
педиатрическом участке

Выполнила:
Обучающаяся 5 курса 5 группы педиатрического факультета
Ким Анастасия Валерьевна

Содержание:

1. Введение.....	1
2. Цель исследования.....	2
3. Задачи исследования.....	2
4. Теоретическая часть.....	3
5. Собственное исследования.....	9
6. Заключение.....	13
7. Список литературы.....	16

1. Введение

На современном этапе развития общества проблема охраны здоровья подростков относится к числу первостепенных медицинских и социальных проблем.

Одной из основных социальных функций молодых людей является Служба в Вооруженных силах России. В последние годы в динамике соматического и нервно-психического развития и заболеваемости допризывных и призывных контингентов наблюдаются негативные тенденции, которые являются основной причиной профессиональных ограничений и существенно затрудняют призыв в Вооруженные Силы здорового пополнения.

В связи с этим проблема комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации физически крепким и здоровым пополнением приобретает все более актуальный характер. Показатели, характеризующие состояние здоровья подростков, в последнее десятилетие приобрели устойчиво неблагоприятные тенденции. Появляются все новые факторы риска и социальные проблемы среди молодежи России.

Недостаточное внимание общества, снижение контроля семьи и школы над поведением подростков еще более осложняют ситуацию, поэтому состояние здоровья лиц призывного возраста приобретает медико-социальную значимость и требует неотложных мер по его улучшению.

Вопросы здоровья при призыве на военную службу приобретают особое значение, поскольку за последнее время уровень здоровья школьников в современных условиях определяет высокая распространенность функциональных расстройств (38.0-45.0%), хронических заболеваний внутренних органов (45.0-61.0%), нарушения физического и психического развития. Подавляющее большинство имеют функциональные и хронические нарушения, затрагивающие 2-5 и более систем организма.

Общая заболеваемость в подростковой популяции за последние десять лет выросла более чем на 30% за счет ускоренного перехода острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, нарастания первичной хронической патологии. Почти 50% выпускников средних школ имеют те или иные хронические заболевания и ограничения в выборе профессий по состоянию здоровья.

Среди детей и подростков возрастает число социально обусловленных и социально значимых заболеваний. Национальным бедствием стало распространение среди подростков наркомании, алкоголизма, токсикомании, инфекций, передающихся половым путем, туберкулеза.

Проблема усугубляется тем, что развитие этих заболеваний смещается на наиболее ранние возрастные группы и нарастает быстрыми темпами.

Все это указывает на необходимость формирования комплекса организационных мер, направленных на улучшение объемных и качественных характеристик медицинского обеспечения подростков, на основе программно-целевого подхода.

2. Цель исследования:

Рассмотреть особенности состояния здоровья юношей допризывного возраста на педиатрическом участке 1 в ГУЗ «Детской поликлиники 6»

3. Задачи исследования:

- изучить современные особенности состояния здоровья и факторы риска юношей допризывного возраста, а также медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе.
- Изучить особенности медико-демографической ситуации
- Представить медико-статистическую характеристику состояния здоровья юношей допризывного возраста и выявить виды хронической патологии, снижающие уровень годности их к военной службе.
- Разработать комплексные концептуальные подходы по формированию системы медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе на межрегиональном и региональном уровнях.

4. Теоретическая часть.

Комплектование Вооруженных Сил находится в прямой зависимости от состояния здоровья и уровня физической подготовки юношей. Хороший уровень физической подготовки является залогом быстрой адаптации призывников к военной службе.

Современные проблемы комплектования армии детерминированы дефицитом призывного ресурса, ущербностью социально-экономических и морально-психологических аспектов подготовки и прохождения воинской службы, а также высокими требованиями к физическому, интеллектуальному развитию и состоянию здоровья военнослужащих, осваивающих новейшую боевую технику и вооружение.

Социально-экономический кризис в системе здравоохранения обуславливает негативные тенденции динамики физического развития и состояния психического здоровья детей и подростков.

В современных условиях социально-экономического развития Вооруженные Силы являются, с одной стороны, объектом, нуждающимся в защите от неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды, а с другой – потенциальным источником ухудшения экологической обстановки. Актуальной становится проблема обеспечения экологической безопасности личного состава армии.

Военная служба на современном этапе характеризуется повышенными информационными и физическими нагрузками, высоким нервнопсихическим напряжением и возросшими расходами функциональных резервов организма.

По данным социологических исследований, у 60% военнослужащих, проходящих службу по призыву, нарушена психическая адаптация к условиям части, что требует проведения психокорректирующих мероприятий.

На военную службу должны поступать граждане с хорошим психическим здоровьем, способные переносить значительное волевое напряжение и сохранять устойчивость при сильных физических и эмоциональных нагрузках. В современных условиях необходим отбор граждан, которые по социальной направленности индивидуально-психологического и физического развития, уровню образования и состоянию здоровья наиболее эффективно овладеют конкретной воинской специальностью и приобретут практические навыки ратного труда.

Лица с недостаточным интеллектуальным развитием, девиациями черт характера, нервно-психической неустойчивостью затрудняют действия сослуживцев и сами испытывают нежелательную перегрузку.

Своевременное выявление нервно-психических заболеваний при постановке граждан на воинский учет, оздоровление их до призыва и распределение по родам войск с учетом нервно-психического статуса следует считать одной из основных задач изучения и подготовки юношей к предстоящей военной службе.

При оценке «качества здоровья», по мнению А. А. Боченкова и др., достаточно выделить следующие группы военнослужащих, различающихся по функциональным возможностям организма и степени адаптации к условиям профессиональной среды: а) с высокими или

достаточными функциональными возможностями организма, с удовлетворительной адаптацией (каких-либо специальных рекомендаций по их оздоровлению не требуется); б) с функциональным напряжением, повышенной активацией механизмов адаптации (нуждаются в мероприятиях по снижению стрессового воздействия среды, усилению саморегуляции организма); в) со сниженными функциональными возможностями организма, с неудовлетворительной адаптацией к среде (требуют целенаправленных оздоровительных и профилактических мероприятий по повышению защитных свойств организма, усилению его компенсаторных возможностей); г) с резко сниженными функциональными возможностями организма, явлениями срыва (на грани) механизмов адаптации, отдельными симптомами болезней (следует проводить не только профилактические, но и лечебные мероприятия).

Таким образом, одной из актуальных проблем, стоящих перед здравоохранением, является изучение медико-социальных проблем состояния и сохранения здоровья подростков, допризывников и призывников, которое в последнее время ухудшается с каждым годом. Изменения в состоянии здоровья детей и подростков ограничивают их выбор будущей профессии и возможность стать полноценными призывниками Вооруженных Сил своей родины. Эти проблемы требуют решения в масштабе всей страны, но вместе с тем конкретные задачи по улучшению здоровья подростков и призывников должны определяться и решаться внутри каждого отдельного региона с учетом реально складывающейся на месте обстановки.

А. Г. Сухарев под концепцией укрепления здоровья детей и подростков предлагает теоретические положения о взаимоотношениях в системе «человек – общество – государство», разработанные с целью снижения смертности, заболеваемости и инвалидности в детской популяции, повышения адаптационных возможностей, уровня физической и социальной дееспособности растущего организма.

Он предлагает рассматривать концепцию как разработанную на научной основе систему мер, способствующих повышению уровня морфофункционального развития организма на этапе его созревания; улучшению неспецифической резистентности организма и уменьшению заболеваемости среди школьников; нормализации процесса роста и развития в пределах индивидуального генетического канала и, наконец, формированию положительной мотивации к сохранению и укреплению здоровья у детей дошкольного и школьного возраста.

Научной основой концепции являются закономерности взаимодействия биологических и средовых факторов при формировании здоровья, а также представления о способности растущего организма к совершенствованию своих адаптационных возможностей, состоящего из 4 этапов:

- 1 – это благоприятное сочетание биологических (эндогенных) и средовых (экзогенных) воздействий, при котором наблюдаются признаки тренированности, повышения резистентности и улучшения физического развития;
- 2 – наличие эффекта нейтрализации неблагоприятных биологических или средовых факторов риска в сочетании с изменениями морфофункционального развития в пределах физиологических механизмов адаптации;

3 характеризуется чрезмерным стрессом, срывом адаптации и аномалиями развития с временным ухудшением показателей здоровья;

4 это сочетанное и длительное воздействие неблагоприятных биологических и социальных факторов, приводящее к дизадаптации, инвалидности или к летальному исходу.

На темп изменений показателей роста и развития существенно влияют факторы экзогенного и эндогенного характера: ухудшение характера питания, снижение двигательной активности, употребление алкоголя и курение, значительные нервно-эмоциональные перегрузки, нарушения режима учебного труда и отдыха, влияние экологических факторов, неудовлетворительное социально-экономическое положение, неблагоприятная санитарно-эпидемиологическая и экологическая обстановка, несоблюдение санитарно-эпидемиологических требований во многих школах, детских дошкольных и оздоровительных учреждениях. В то же время количество детских спортивных клубов, оздоровительных лагерей резко сократилось, подростки практически не обеспечены санаторно-курортным лечением.

В юношеском периоде онтогенеза наблюдаются морфологические и функциональные изменения, стабилизируется половая зрелость, четко проявляется фенотип и генотип.

Юношеский возраст по времени совпадает с окончанием школы, обучением в вузе, службой в армии, которые являются важными социальными факторами, влияющими на функциональное состояние организма, и в первую очередь на сердечно-сосудистую систему. Особенностью подросткового периода является «скачок» развития, в результате которого в относительно короткие сроки происходит завершение ряда морфологических процессов, существенно отличающих подростков от детей и взрослых. Ведущим в эндокринной перестройке этого периода является активация деятельности гипофиза и тесно связанной с ним гипоталамической области (период гипофизарной доминанты). Структурные изменения висцерального мозга и лимбико-ретикулярного комплекса, обеспечивающие объединение нейрогенного и гуморально-гормональных путей регуляции, определяют изменения их функциональных взаимоотношений. Отклонения в состоянии здоровья, сформировавшиеся в подростковом возрасте, снижают возможности реализации молодым человеком, вступающим в социально активный период жизни, важнейших социальных и биологических функций.

Физическое развитие есть некоторая условная мера физической работоспособности организма, определяющая запас его физических сил, суммарный рабочий эффект, обнаруживающийся как в одномоментном испытании, так и в длительный срок. Т. е., при оценке физического развития, помимо соматометрических показателей, целесообразно учитывать и ряд основных физиометрических показателей, результаты нагрузочных проб, отражающих функциональные резервы таких важных в процессе адаптации к нагрузкам систем организма, как сердечно-сосудистая и респираторная, а также показатели работоспособности.

Анализ показателей позволил выявить наличие двух этапов в развитии физической работоспособности юношей:

1 этап – возраст от 17 до 18 лет, характеризуется существенным приростом физического развития, аэробных возможностей, совершенствованием реакций гемодинамики на

воздействие физической нагрузки, высокой напряженностью регуляторных механизмов сердца;

II этап - возраст от 18 до 21 г. – период относительной стабилизации физического развития и функциональных возможностей организма, перехода его на новый уровень функционирования, свойственный периоду взрослости.

Сравнительный анализ физической работоспособности юношей, имеющих разный уровень двигательной активности, продемонстрировал, что в 17 лет показатели физического развития, физической подготовленности, аэробной производительности юношей-спортсменов пре- восходят таковые их нетренированных ровесников. На протяжении всего юношеского возраста работоспособность спортсменов остается значительно выше, чем у неспортсменов. У юношей, занимающихся спортом, с возрастом прирост физической подготовленности и аэробной производительности выше, но прирост физического развития несколько ниже, чем у юношей-неспортсменов.

В возрастном периоде 17-20 лет в основном заканчивается рост в длину, стабилизируется наступившая половая зрелость, энергетические затраты на единицу массы тела приближаются к таковым у взрослых. Вместе с тем окончательное биологическое формирование организма в 17-20 лет еще не закончено и значительных особенностей в этот период необходимо для разработки методов целенаправленного воздействия на достижение гармоничности физического развития, формирование и сохранение здоровья.

Сравнение тотальных размеров тела юношей 17- 20 лет с данными, полученными ранее при обследовании студентов того же вуза, показало достоверное увеличение их в настоящее время. Однако существенное увеличение резервного жира при снижении активной массы тела свидетельствует о неблагоприятных изменениях состава тела современных студентов.

Изучение основных показателей физического развития детей и подростков за 2018г позволило выявить определенные негативные тенденции: установлено достоверное снижение темпов продольного роста, уменьшение широтных и обхватных размеров, массы тела во всех возрастно-половых группах, снижение доли подростков с нормальным физическим развитием. Отклонения в физическом развитии у юношей в меньшей степени формировались за счет избыточной массы тела, удельный вес которой снизился с 10,2 до 6,6% при росте недостаточной массы тела (дефицит массы) с 12,4 до 18,8%. Среди подростков старшего возраста произошло увеличение доли лиц астенического телосложения (среди юношей с 43,8 до 47,7%). В 17- летнем возрасте юноши имели показатели мышечной силы (по данным динамометрии) на 18,5% (на 10 кг) ниже, чем школьники 2008г

Данные официальной статистики свидетельствуют о высоком уровне общей заболеваемости подростков 15-17 лет.

Традиционный режим обучения в школе и неупорядоченная внеучебная деятельность не позволяют создать предпосылки для повышения готовности организма подростков к осуществлению максимальной мышечной деятельности и увеличению энергетического потенциала механизмов адаптации. Изменение системы школьного образования увеличило влияние внутришкольных факторов на состояние здоровья учащихся, а введение в систему школьного образования новых технологий и форм обучения, интенсификация учебного процесса, повышение требований к объему и качеству знаний

приводят к снижению работоспособности, ухудшению функционального состояния организма, дисинхрозу.

В результате более 1/3 призывников имеют низкие показатели физической подготовки, при этом увеличивается число подростков с низкой устойчивостью сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата, а также болезнями, требующими спортивно-оздоровительной коррекции. За последние 10-15 лет отмечаются снижение темпов и функциональных показателей, астенизация телосложения у дошкольников и стагнация развития у школьников. Уровень общей заболеваемости детей до 14 лет повысился в 1,5 раза, а подростков – на 20,5%. По данным одних авторов, только 20-25% учащихся к моменту окончания школы могут быть отнесены к абсолютно здоровым, других – не более 10%.

По данным проведенного И. К. Раппопорт, углубленного медицинского обследования 5 820 школьников Москвы, 48,5 – 52,8% учащихся страдали хроническими заболеваниями и 38,2 – 39,6% – функциональными расстройствами.

30-40% юношей призывного возраста имеют низкий уровень профессионально значимых качеств, 40% – недостаточный уровень физической подготовленности, 28% – недостаточное интеллектуальное развитие, более 40% – живут в семьях с доходами ниже прожиточного минимума, почти у 30% обнаружены различные соматические болезни, а также неврозы, фобические реакции, энцефалопатии, пониженная масса тела. Эти данные свидетельствуют о значительном ухудшении здоровья подрастающего поколения.

В последние годы децелерация физического развития и полового созревания современных школьников на фоне ухудшающегося состояния здоровья сопровождается снижением физиологических показателей, отражающих не только силовые, но и энергетические возможности организма подростков, в том числе уменьшение жизненной емкости легких и максимального потребления кислорода. Ухудшается и физическая подготовка школьников

Так, 15-20% подростков не могут подтянуться на перекладине ни одного раза, до 80% современных юношей не способны выполнить нормы БГТО, с которыми легко справлялись их сверстники в 90-х гг. В результате 40% призывников по уровню физического развития не соответствуют требованиям, предъявляемым армейской службой.

Низкая физическая активность распространена среди старшеклассников (64-75%) и становится особенно актуальной у современных подростков. Недостаток двигательной активности у подростков является одним из основных факторов риска отклонений в уровнях артериального давления и других функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы. Выраженная гиподинамия вызывает прогрессирующее снижение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, дисфункцию вегетативных отделов нервной системы и общую астенизацию. Низкая физическая активность, особенно в сочетании с нервным перенапряжением, имеющим место среди современных школьников, ведет к изменениям функционального уровня нормальных соотношений регуляторных систем организма, что приводит к нарушению возрастных эволютивных процессов и, в конечном счете, к формированию функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы.

С увеличением возраста число подростков с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы возрастает, что наиболее отчетливо выявляется среди юношей. Во

всех возрастных группах у подростков достоверно снижаются средние значения систолического артериального давления при достоверном повышении диастолического артериального давления по сравнению с таковыми у их сверстников 80-х гг., что может свидетельствовать об определенных негативных сдвигах в регуляции уровней артериального давления у современных подростков.

Гиподинамия является также одним из ведущих факторов риска формирования метаболических остеопатий среди подростков 10-17 лет. Это имеет большое медико-социальное значение, поскольку в структуре причин инвалидности детей до 16 лет болезни опорно-двигательного аппарата и последствия костно-травматических повреждений составляют 7,7%. Ортопедическая патология в значительном числе случаев является причиной ограничений в получении профессионального образования, при трудоустройстве, при призыве на военную службу. Заболевания опорно-двигательного аппарата чаще всего связаны с нарушением метаболизма костной, хрящевой и мышечной ткани, с недостаточным синтезом коллагена. При этом возникают метаболические остеопатии, дисхондроплазии, слабость мышечной ткани, в основе которых лежат нарушения кальциевого обмена.

По данным отечественных и зарубежных авторов, причинами низкой физической активности современных подростков по сравнению с их сверстниками предшествующих десятилетий являются перегруженность учебных программ, особенно гимназических, негативное отношение к физической культуре, ограничение времени игр и физических упражнений на свежем воздухе, чрезмерное увлечение телевизионными передачами, видеофильмами, компьютерными играми и Интернетом, а также длительные переезды в транспорте.

В настоящее время вызывает тревогу не-удовлетворительное состояние здоровья призывников, обусловленное недостаточностью питания [69, 70]. К числу наиболее частых причин дефицита массы тела у молодых военнослужащих относятся различные нарушения процессов адаптации к условиям военной службы, низкий уровень жизни до призыва. Снижение функционального состояния организма призывников с гипотрофией в сопоставлении со здоровыми лицами проявляется в низком уровне физического развития, ухудшении субъективного состояния, высоких показателях реактивной и личностной тревожности, в частых функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Это определяет необходимость взаимосвязанного изучения не только личностных особенностей призывников, их физического и психического развития, но и выбора доступных современных отечественных средств и способов коррекции выявленных нарушений.

Комплексное исследование медико-социальных и демографических характеристик состояния здоровья подростков, допризывников и призывников свидетельствует о необходимости выделения научно-практических программ по охране здоровья подростков и юношей с целью снижения их заболеваемости, улучшения здоровья и формирования здорового образа жизни, что будет иметь социально-гигиеническое, демографическое и экономическое значение для государства.

Перевод подросткового населения до 17 лет включительно под наблюдение детских поликлиник явился позитивным моментом организации медицинской помощи

подросткам. На законодательном и директивном уровне сформулированы основные принципы и подходы к организации медико-социальной помощи, разработаны механизмы контроля над качеством медико-социальных услуг, предоставляемых подросткам в условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений.

5. Собственное исследование.

Ухудшение состояния здоровья подростков осложняет проведение призыва в Вооруженные силы Российской Федерации. В основе сложившейся ситуации лежит множество причин. Среди них – широкое распространение в популяции недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ). ДСТ – системное заболевание соединительной ткани (группа системных заболеваний соединительной ткани) является генетически гетерогенным и клинически полиморфным патологическим состоянием, обусловленным нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. Эта объединенная форма патологии характеризуется дефектами волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани, приводящими к расстройствам гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогредиентным течением.

По данным статистики, распространенность ДСТ у школьников составляет от 34,3 до 53,5%, при этом часть признаков ДСТ впоследствии определяет неблагоприятный прогноз в отношении ухудшения качества жизни и наступления инвалидизации.

Соединительная ткань в организме занимает особое место, она составляет около 50% массы тела и представлена во всех органах и тканях. Дефекты строения соединительной ткани способны привести к нарушениям жизненно важных функций, в осуществлении которых принимает участие данная ткань, а также к изменению строения внутренних органов, предрасполагая к формированию функциональных и органических заболеваний. Поэтому представляется актуальным раннее выявление у подростков хронических форм патологии, обусловленной наличием признаков ДСТ, для своевременного проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

В связи с этим нами проведены клинические исследования для оценки состояния здоровья подростков допризывного возраста и определения распространенности признаков ДСТ.

Для оценки состояния здоровья юношей было проведено обследование 25 мальчиков в возрасте 14–17 лет. Данный возраст детей относится к допризывному. Было проведено комплексное обследование, включающее объективный осмотр с определением пропорциональности длины, массы тела и расчетом индекса массы тела, состояния кожных покровов, внешних признаков изменений скелета, наличия стигм дисэмбриогенеза. Наличие и степень тяжести ДСТ оценивали с помощью Байесовского классификатора по сумме баллов. При сумме баллов в пределах 12–23 ДСТ считали умеренно выраженной, при сумме баллов более 23 – выраженной.

Патологию позвоночника выявляли при осмотре и рентгенологическими методами. Наличие, характер и степень плоскостопия определяли с помощью плантографического и рентгенологического методов. Для выявления структурных и функциональных изменений

внутренних органов использовали ультразвуковые методы (ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, щитовидной железы, эхокардиография).

При формулировании диагноза учитывали наличие и характер предъявляемых жалоб, клинико-anamnestические данные, результаты проведенных инструментальных и лабораторных обследований, а также данные анализа амбулаторных карт.

Также определяли группы здоровья:

к I группе относятся здоровые дети с нормальным физическим и психическим развитием, не имеющие уродств, увечий, функциональных отклонений;

к II группе – дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфологические отклонения;

к III группе – дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями;

к IV группе – дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями;

к V группе – дети, больные хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями

Результаты

Проведенные исследования выявили низкие показатели состояния здоровья подростков допризывного возраста:

к I группе здоровья можно было отнести только 2 (5,4%) подростков,

к II группе – 9 (28,4%),

к III группе – 14 (66,2%).

При этом лидирующее место в структуре выявленной патологии заняли болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, установленные у 70% юношей.

На II месте – болезни органов пищеварения (хронические гастриты, холециститы, дискинезия желчевыводящих путей, язвенная болезнь желудка) у 64% обследованных.

На III месте – болезни глаза и его придаточного аппарата (23%).

Известно, что первые две группы болезней входят в перечень ведущих причин освобождения от призыва на военную службу.

Среди болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани у обследуемых подростков преобладали сколиоз и плоскостопие.

Высокая распространенность у подростков болезней костно-мышечной системы была обусловлена анатомо-физиологическими особенностями растущего организма, когда усиление линейного роста костей значительно опережает по времени увеличение мышечной массы, что в результате приводит к недостаточной механической прочности костей и слабости мышечного корсета. На этом фоне нерациональное распределение физической нагрузки на различные группы мышц, долгое нахождение в вынужденной позе (сидение за столом в школе и дома), низкая двигательная активность, неправильно подобранная обувь и другие причины способствуют приобретенным деформациям скелета, особенно при наличии различных признаков ДСТ. Известно, что при ДСТ изменяется строение хряща и происходит задержка созревания эпифизарной зоны роста, сопровождающейся удлинением трубчатых костей.

В целом у всех обследованных подростков отмечались признаки ДСТ, однако выраженность их была различна. Так, значение показателя, характеризующего степень ДСТ по Байесовскому классификатору, у подростков с костно-мышечной патологией (основная группа, n=15) оказалось на 76,6% выше по сравнению с таковым при отсутствии данной патологии (контрольная группа, n=5) (табл. 1). При этом у данной категории подростков более часто встречались такие фенотипические признаки ДСТ, как тонкая кожа (в 46% случаев), гиперэластичная кожа (35%), эххимозы (21%), дефицит массы тела (29%), арахнодактилия (70%), в отличие от подростков сравнимой группы (18, 9, 5, 9 и 54% случаев соответственно; $p < 0.05$).

Среди стигм дисэмбриогенеза наиболее часто у юношей с костно-мышечной патологией регистрировали голубые склеры (67%), мягкие ушные раковины (79%), готическое небо (75%), нарушение прикуса (11%). У подростков без костно-мышечной патологии перечисленные стигмы встречались несколько реже: в 50, 64, 59 и 4% случаев соответственно ($p < 0.05$).

Внешние аномалии развития при ДСТ достаточно часто сочетаются с аномалиями развития внутренних органов, что связано с одинаковым происхождением и закладкой ряда систем в эмбриогенезе. В подтверждение этому в основной группе при УЗИ в небольшом проценте случаев (от 6 до 10) были выявлены уменьшение размеров щитовидной железы, пиеложктазия, нефроптоз, избыточная подвижность почки (табл. 2). В контрольной группе указанные изменения отсутствовали. Кроме того, у подростков основной группы при УЗИ в 3 раза чаще, чем в контрольной группе, встречались признаки хронического холецистита.

Поскольку наличие ДСТ сопровождается снижением стабильности, устойчивости и прочности соединительнотканых структур различных органов, в том числе и сосудов, то это, по-видимому, могло определить клиническую симптоматику и обилие разнообразных жалоб у обследуемых подростков с костно-мышечной патологией. Самыми многочисленными были жалобы, связанные, вероятно, с вегетативной дисфункцией (боли в области сердца, головные боли, плохая переносимость физических нагрузок), и предъявляемые 52% подростков.

Диспептические жалобы (преимущественно в виде болей в эпигастрии, тяжести в правом подреберье) предъявляли 42% подростков основной группы и 11% – контрольной. При анализе амбулаторных карт установлена более частая встречаемость у детей основной группы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хронического холецистита (табл. 3).

На снижение зрения жаловались 19% детей основной группы и 14% – контрольной. На учете по поводу миопии состоит в основной группе в 3,8 раза больше 3–7-летних подростков с костно-мышечной патологией по сравнению с таковой в контрольной группе. С диагнозом гиперметропии на учете состоят только подростки из основной группы (12%).

Таким образом, проведенные исследования выявили неблагоприятную ситуацию в отношении состояния здоровья подростков допризывного возраста: из 25 обследованных юношей только у 5,4% не обнаружено функциональных и органических нарушений. При этом установлена высокая распространенность болезней костно-мышечной системы, сопровождающихся наличием признаков ДСТ и часто сочетающихся с патологией других органов и систем. Выявление признаков ДСТ у детей может служить предиктором нарушений развития костно-мышечной системы и формирования другой хронической патологии, что позволяет выделить таких детей в группу высокого риска развития хронических заболеваний и определяет необходимость комплексного подхода при организации профилактических, лечебных и реабилитационных программ их оздоровления.

Характеристика обследованных подростков с наличием или отсутствием костно-мышечной патологии

Таблица 1

Параметр	Основная группа	Контрольная группа	P
Возраст, годы	15,0(14,5-16,0)	15,5(15,0-16,0)	0,08
Рост, см	172,9(169,0-178,0)	175,0(172,0-181,0)	0,25
Масса тела, кг	62,4(55,0-69,5)	68,0(64,0-74,0)	0,07
Индекс Кетле, кг/м ²	21,1(19,1-22,8)	22,5(20,7-23,0)	0,11
Выраженность признаков ДСТ, баллы	29,5(25,5-32,5)	16,7(14,0-20,0)	<0,0001

Таблица 2

Частота выявления (в %) изменений внутренних органов у подростков с наличием (основная группа) и отсутствием (контрольная группа) костно-мышечной патологии

Изменения внутренних органов	Основная группа, n	Контрольная группа, n	Z	p
Перикардиально-печеночный узел	8	9	0,00	0,99
Хронический холецистит	25	7	7,965	0,005
Снижение размеров печени и селезенки	0	0	4,296	0,038
Диффузные изменения эхогенности желчного пузыря	0	8	0,00	0,99
Панкреатит	6	0	4,296	0,038
Целлюлит	10	0	8,520	0,004
Хронический ревматоидный артрит	0	0	4,296	0,038

Структура функциональных и хронических болезней у подростков (в %)

Функциональные	Активная группа	Контрольная группа	χ^2	P
ВД (дисфункциональная дистония)	21	9	4,748	0,029
Хронический гастрит	16	14	0,039	0,84
Хронический колит	12	8	2,314	0,126
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	6	0	4,796	0,038
Хронический холецистит	27	—	7,905	0,005
ДЖВП	34	21	3,611	0,062
Бронхиальная астма	6	0	4,796	0,038
Прочие функциональные патологии	18	18	1,007	0,302
Туберкулез	12	0	10,729	0,001
Миопия	19	8	8,002	0,005
Дальнозоркость	2	10	0,505	0,477

Примечание: ВД – вегетососудистая дистония; ДЖВП – дискINESИЯ желчевыводящих путей.

6. Заключение

Результаты исследования указывают на несовершенство современных нормативно-распорядительных и организационно-методических документов по медицинскому обеспечению подготовки граждан к военной службе, которые неэффективны или малоэффективны в реализации задач, стоящих перед здравоохранением по укомплектованию вооруженных сил здоровым пополнением, не способствуют должной преемственности, взаимосвязи и межведомственному взаимодействию. Становится очевидным необходимость пересмотра нормативно-правовых, организационных, ресурсных составляющих первичной медико-санитарной помощи подросткам.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В целях совершенствования медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе целесообразно проведение следующих медико-организационных мероприятий:

1. Федеральный уровень:

1.1. Совершенствование нормативно-правовой базы по разработке законодательства Российской Федерации в области обороны, здравоохранения, образования, спорта, социального обеспечения.

1.2. Включения задач и мероприятий, призванных улучшить состояние подготовки граждан к военной службе, в федеральные и региональные программы социально-экономического развития.

1.3. Методическое обеспечение деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, направленной на управление процессами подготовки граждан к военной службе.

1.4. Создание единой системы государственного статистического учета призывных ресурсов, соответствующей современным информационным потребностям, с целью получения достоверных сведений о состоянии подготовки граждан к военной службе.

1.5. Контроль эффективности функционирования системы медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе.

2. Региональный (муниципальный) уровень:

2.1. Разработка инструктивных указаний по регламенту диспансерного наблюдения юношей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, с учетом требований Постановления Правительства РФ № 1441 от 31.12.1999 г. «Об утверждении Положения о подготовке граждан Российской Федерации к военной службе», а также Распоряжения Правительства РФ от 03.02.2010 г. № 134-р « Об утверждении Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года».

2.2. В рамках формирования системы подготовки граждан к военной службе определения регламента взаимодействия всех звеньев оказания медико-социальной помощи юношам допризывного возраста.

2.3. Осуществление контроля за объемными и качественными показателями лечебно-оздоровительной и диспансерной работы среди юношей допризывных возрастов.

2.4. Проведение выборочного контроля медицинской документации, направляемой в военные комиссариаты на юношей, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет.

2.5. Проведение совещаний и подготовка информационно-аналитических сборников по результатам лечебно-оздоровительной работы среди юношей допризывных возрастов, при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу.

2.6. Разработка медико-психолого-педагогических и социальных технологий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья подростков на основании анализа состояния здоровья данного контингента.

2.7. Разработка и реализация программ гигиенического иливалеологического образования подростков с учетом региональных особенностей.

3. Уровень лечебно-профилактических учреждений:

- 3.1. Обеспечение максимальной доступности медицинской помощи гражданам, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет и призыву на военную службу с учетом своевременности, комплексности, полноты объема и бесплатности оказываемых медицинских услуг.
- 3.2. Внедрение новых средств и методов профилактики и диагностики, а также современных организационных форм оказания медицинской помощи подросткам.
- 3.3. Комплексное изучение заболеваемости, распространенности и структуры заболеваний в конкретном амбулаторно-поликлиническом учреждении: анализ неблагоприятных медико-социальных факторов формирования патологии, социально-гигиенической характеристики семьи юноши.
- 3.4. Проведение лекций, бесед, конференций для юношей и их родителей.
- 3.5. Проведение анализа социальной, психологической, педагогической и другой информации для формирования групп риска для медицинского наблюдения за юношами с целью определения приоритетов при реализации профилактических, коррекционных и реабилитационных программ.
- 3.6. Организация медико-социальной службы для оказания индивидуальной медико-психологической помощи подросткам.

7.Список литературы

- 1.Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Заболеваемость детей и инвалидность. Российский педиатрический журнал. 2013; 1: 32–5.
- 2.Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям. Российский педиатрический журнал. 2013; 3: 4–6.
- 3.Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., Неволин Ю.С., Федоткина С.А. Состояние здоровья детского населения как основа разработки региональных программ медицинской профилактики. Российский педиатрический журнал. 2013; 4: 53–7.
- 4.Татанова Д.В., Рзынкина М.Ф. Оценка состояния здоровья юношей при первоначальной постановке на воинский учет. Российский педиатрический журнал. 2013; 1: 43–6.
- 5.Левина Л.И., Куликова А.М. Подростковая медицина: Руководство. 2-е изд. СПб.: 2014. 534 с.
- 6.Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани: Руководство для врачей. СПб.: 2015. 704 с.
- 7.Баранов А.А., Ильин А.Г. Медицинское обеспечение юношей в детской поликлинике в период подготовки к военной службе. Главврач. 2016; 10: 44–61.

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

Ким Анастасия Валерьевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автор 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