

Р.Р. Замоч
Волыкова О.В.
✍

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа «Анализ групп риска новорожденных»

Обучающегося 5 курса 2 группы по специальности 31.05.02 Педиатрия

Жрюковой Анастасии Андреевны

фамилия, имя, отчество

Содержание:

1. Введение	1
2. Цель исследования	2
3. Задачи	2
4. Основные определения и понятия	3
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы	4
6. Роль врача в анализе групп риска у новорожденных на участке	21
7. Собственное исследование	24
8. Вывод	27
9. Список литературы	28

1. Введение

Известно, что в антенатальном периоде плод очень чувствителен к действию патогенных факторов внешней среды (болезни матери, патологическое течение беременности, профессиональные вредности, курение, алкоголизм и др.). Наиболее опасны эти факторы в ранние периоды онтогенеза, поскольку в результате их влияния могут формироваться врожденные пороки развития. Особое значение придают 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, состояния ребенка в период новорожденности, индивидуальный подход к проведению лечебно-оздоровительных мероприятий составляют суть дифференцированного наблюдения детей из «группы риска».

1. Цель исследования:

1. Проанализировать факторы риска, обуславливающие группы риска у детей на участке.

2. Задачи:

1. Дать комплексную оценку состоянию здоровья детей первого года жизни на участке.
2. Провести анализ групп риска и здоровья новорожденных на участке.
3. Изучить функциональные обязанности участкового врача-педиатра в вопросе контроля групп риска новорожденных.

3. Основные определения и понятия

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях:

1) наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);

2) уровень функционального состояния основных систем организма;

3) степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;

4) уровень достигнутого развития и степень его гармоничности. Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр.

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к следующим группам:

- I группа - дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

- II группа - дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела (масса менее $M-1\sigma$) или избыточной массой тела (масса более $M+2\sigma$), дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

- III группа - дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста;

- IV группа - дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными

функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка;

- V группа - дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Для определения группы здоровья у ребенка проводят профилактические мед осмотры, с целью выявления возможных факторов риска и группы риска ребенка. В соответствии с профилактическим стандартом ребенок первого года жизни наблюдается врачом-педиатром 1 раз в месяц. Медицинская сестра осматривает ребенка 2 раза в месяц до 6-месячного возраста, далее – 1 раз в месяц. Первичный врачебно-сестринский патронаж проводится в первые 2 суток после выписки новорожденного из родильного дома. На основе полного сбора анамнеза (генеалогического, биологического, социального) и подробного осмотра ребенка врач-педиатр дает комплексную оценку состояния здоровья новорожденного с определением группы риска. Выделяют 7 групп риска:

Группы риска новорожденных детей:

- I группа - дети с риском повышенной заболеваемости ОРВИ и нарушений в состоянии здоровья в период социальной адаптации
- II группа - дети с риском патологии ЦНС
- III группа - дети с риском возникновения рахита, анемии, дистрофии -
- IV группа - дети с риском гнойно-септической инфекции
- V группа — дети с риском развития врожденных пороков органов и систем
- VI группа — дети с риском аллергических заболеваний
- VII группа - дети из социально-неблагоприятных условий.

Первый прогноз группы риска для новорожденного составляется еще до его рождения – на дородовом патронаже.

5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Группа – дети с риском повышенной заболеваемости ОРВИ и нарушений в состоянии здоровья в период социальной адаптации

Факторы риска	Частота осмотров специалистов	Дополнительные исследования	Профилактические мероприятия	Длительность наблюдения	Проф. прививки
Амниотальный период					
<ul style="list-style-type: none"> Заболевания матери во время беременности (ОРВИ, ангина, анемия) Гипоксия плода Хронические заболевания бронхолегочной системы матери и отца Неудовлетворительные бытовые условия Алкоголизм родителей 	<p>Дородовой патронаж медицинской сестры - 2 раза: после поступления сигнала из женской консультации о взятии на учет и в 30 недель.</p>	<p>Расчет питания: Б, Ж, У, калорийность в 1,3,5,7,9,12 мес. По показаниям — Ig сывороточные и секреторные. 1 раз в год — анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов.</p>	<p>Прогнозирование гипогалактии, риска возможной патологии Рекомендации по питанию, режиму дня, закаливанию, физическому воспитанию беременной Санитарно-просветительная работа с родителями о влиянии факторов риска социально-биологического анамнеза на состояние здоровья ребенка и профилактике простудных заболеваний</p>		
Постнатальный период					
<ul style="list-style-type: none"> Рахит. Анемия Аллергический диатез Врожденные пороки Гипотрофия Наследственная патология Дети часто болеющие Метаболические иммунологические нарушения Эндокринопатия Хронические заболевания Раннее искусственное вскармливание Недоношенные и незрелые дети 	<p>Педиатр в декретированные сроки, согласно приказу 307. При заболеваниях (рахит, анемия и др.) - наблюдение и лабораторное исследование по схеме, соответствующей данному заболеванию и группе риска.</p>	<p>Расчет питания: Б, Ж, У, калорийность в 1,3,5,7,9,12 мес. По показаниям — Ig сывороточные и секреторные. 1 раз в год — анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов.</p>	<p>Прогнозирование и профилактика гипогалактии. Массаж и гимнастика, закаливание Контроль за физическим и психо-психическим развитием Рациональное вскармливание Подготовка к поступлению в детское дошкольное учреждение. За 10 дней - белково-витаминный комплекс, фитотерапия, препараты элеутерококка При поступлении - организация жизни ребенка в период адаптации, при повышенной возбудимости — валериана, пустырник, по</p>	До 3-х лет	<p>Не противопоказаны. Проформлены в детский сад профилактические прививки провозящие позднее, чем за 1 месяц до поступления, и через месяц после адаптации.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Дети с заболеваниями ЦНС Дети с весом более 4 кг. Асфиксия новорожденного Острые заболевания ребенка в первые 3 месяца жизни Внутричер. род. травма Несоответствие режима сна и кормления возрасту ребенка 				показаниям консультации психоневролога Весной и осенью в течении 2-3 недель – общеукрепляющее лечение: фитотерапия, УФО, апилак, промывание носовых ходов, полоскание зева настоями ромашки, зверобоя, календулы, интерферон Своевременная санация очагов инфекции	
---	--	--	--	--	--

II группа - дети с риском патологии ЦНС

Формы риска	Частота осмотров специалистов	Дополнительные исследования	Профилактические мероприятия	Длительность наблюдения	Проф. прививки
<ul style="list-style-type: none"> Профессиональные вредности у матери В анамнезе выкидыши, мертворождения, рождение детей с массой тела менее 2000 г., ранее многоплодная беременность или длительное бесплодие Возраст матери менее 16 лет и более 40. Экстрагенитальная патология матери: гипертония, заболевания почек, сахарный диабет, нарушение функции щитовидной железы, заболевания сердечно-сосудистой системы, умственная 	<p>Частота осмотров специалистов</p> <p>Мед. сестра - 2 раза: после поступления сигнала из женской консультации о взятии на учет и в 32 нед. Врач в - 32 нед.</p>	<p>Дополнительные исследования</p> <p>УЗИ плода в 1 2 и 24 недели.</p>	<p>Профилактические мероприятия</p> <p><i>Аntenatalный период</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Прогнозирование и профилактика гипогалактии Прогнозирование риска заболевания Санитарно-просветительная работа о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка Рациональное питание Наблюдение у акушера-гинеколога и терапевта Профилактика гипоксии в 34-35 и 38-39 недель (оксигенитин, кокарбоксилаза, аскорбиновая кислота в р-ре глюкозы в/в, оксигенация) 		Проф. прививки

Ранний неонатальный период

<p>отсталость, токсоплазмоз</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злоупотребление алкоголем и курением • Угроза невынашивания • Инфекционные болезни в I триместре беременности • Узкий таз • Токсикоз I и II половины беременности 	<p>Присутствие неонатолога в родильном зале, консультация невропатолога</p>	<p>УЗИ головного мозга</p>		<p>По показаниям перевод в ОПН</p>	<p>С разрешения невропатолога</p>
Постнатальный период					
<ul style="list-style-type: none"> • Патология плаценты • Многоводие • Признаки гипоксии плода • Резус несовместимость матери и плода • Затяжные или стремительные роды • Слабость родовой деятельности • Преждевременное отхождение вод • Применение акушерских методов родовспоможения (щипцы, вакуумэкстрактор) • Обвитие пуповиной • Преждевременная отслойка плаценты 	<p>Педиатр в декретированные сроки, согласно приказу 307; Невропатолог в 1, 3, 6, 9, 12 мес; офтальмолог в 1, 12 мес; хирург, ортопед - 1, 4, 12 месяцев.</p>	<p>Подробный осмотр неврологического статуса педиатром в роддоме. При последующих осмотрах глазное дно, контроль – за динамикой размеров головы до года. Нейросонография. Лабораторные исследования согласно приказу №307.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Частичное свободное вскармливание, отказ от кормления • Массаж • Прием глютаминовой кислоты • Охранительный режим • Психотерапия кормящей матери • Борьба с асфазгией • Медикаментозная терапия по назначению невропатолога 	<p>До 1 года</p>	<p>После осмотра невропатолога при отступлении отклонений со стороны нервной системы профилактические прививки не противопоказаны.</p>

III группа - дети с риском возникновения рахита, анемии, дистрофии

Формы риска	Частота осмотров специалистов	Дополнительные исследования	Профилактические мероприятия	Длительность наблюдения	Проф. прививки
<ul style="list-style-type: none"> · ЭГП матери: · гипертония, · заболевания почек, · сахарный диабет, · нарушение функции щитовидной железы, · заболевания сердечно-сосудистой системы, · ожирение, анемия · Гипотрофия плода · Перациональное питание · Токсикоз I и II половинны беременности · Роды 4 и более · Период времени между предыдущими родами и настоящей беременностью - 1 год и менее · Возраст матери более 30 лет · Недоношенные дети · Дети из двоян · Дети с массой тела 1000г. и более 	<p>Мед. сестра - 2 раза: после поступления сигнала из женской консультации о взятии на учет и в 32 нед.</p> <p>Врач в - 32 нед.</p>	<p>УЗИ плода в скрининговые сроки: 10- 12; 20- 24; 32-34 недели.</p>	<p align="center">Амнепательный период</p> <ul style="list-style-type: none"> · Прогнозирование и профилактика гипогалактии · Прогнозирование риска заболевания · С 14-16 нед. курс витаминнокислородных коктейлей на 10 дней · липоевая кислота или липамид, пантогенат · кальция, витамин В1, препараты железа в течении месяца. Такой курс повторяется в 24-26 недель беременности. При уровне гемоглобина 120 г/л в 32 нед. назначается 3 курса проф. лечения. · у женщин с аллергической настроенностью вит. В1 из комплекса исключается. · Рациональное питание · Достаточное пребывание на воздухе · Женщинам не старше 30 лет вит.Д в течении 2-х последующих мес. 	<p>1 - 3 года</p>	<p>Не противопоказаны.</p>

<p>Раннее искусственное вскармливание</p>			<p>Беременности или УФО 20-15 сеансов</p>		
Постнатальный период					
<p>Дети, получающие противосудорожную терапию</p> <p>Высокий темп физ. развития</p> <p>Эндокринопатии</p> <p>Инфекционные заболевания (пневмония, ОРВИ, бронхит, кишечные инфекции).</p> <p>Дети с неустойчивым стулом</p>	<p>Педиатр, узкие специалисты осматривают детей в сроки установленные приказом №307.</p>	<p>Анализ крови, мочи, копрограмма в 1,3,6,9, 12 месяцев; После назначения витамина Д3 проводится проба по Сулковичу 1 раз в 2-4 недели.</p>	<p>Прогнозирование и профилактика гипогалактии</p> <ul style="list-style-type: none"> • Массаж и гимнастика • Закаливание • Рациональное вскармливание, сбалансированное по основным пищевым ингредиентам. • По показаниям железосодержащие препараты. • Ежемесячный контроль за физическим и нервно-психическим развитием 	<p>1 год</p>	<p>Не противопоказаны</p>

IV группа - дети с риском гнойно-септической инфекции

Формы риска	Частота осмотров специалистов	Дополнительные исследования	Профилактические мероприятия	Длительность наблюдения	Проф. Прививки
Антенапальный период					
<ul style="list-style-type: none"> Хроническая экстрагенитальная патология (бронхит, пиелонефрит, гастрит, колит и др.) Хроническая генитальная патология Перенесенная краснуха, токсоплазмоз, цитомегалия ОРВИ и бактериальные заболевания, перенесенные в конце беременности и в родах Длительный безводный промежуток Гнойничковые заболевания матери Мастит у матери Инфекционные заболевания у членов семьи 	<p>Мед. сестра - 2 раза: после поступления сигнала из женской консультации о взятии на учет и в 32 нед.</p> <p>Врач в - 32 нед.</p>	<p>В родовой - скрининг тест на бактериологический посев околоплодных вод и аспириата желудочного содержимого</p>	<ul style="list-style-type: none"> Прогнозирование гипогалактии Прогнозирование риска возможной патологии Санитарно-просветительная работа о санитарно-гигиеническом режиме, профилактике и своевременном лечении простудных заболеваний и обострений хронической патологии 		
Постнапальный период					
	<p>Педиатр – до 10 дней ежедневно.</p> <p>Мед. сестра до 14 дней ежедневно, затем 2 раза в неделю. Хирург в 1 мес.</p>	<p>Измерение температуры тела 3 раза в день.</p> <p>Анализ крови в 1, 3, 6, 12 мес. и при интеркуррентных заболеваниях. Анализ мочи в 3, 12 мес. при заболеваниях</p>	<ul style="list-style-type: none"> Соблюдение санитарно-гигиенического режима Ежедневно купать в кипяченой воде в растворе марганцевокислого калия Закаливание Рациональное вскармливание, лучше естественное Туалет пупочной ранки 4-6 раз в день Обработка грудных желез перед кормлением Кипячение и проглаживание белья Борьба с запорами Бифидум бактерии по 2,5 дозы 1-2 раза в день в течение 2-х недель При ОРВИ и выраженном токенкозе – антибиотики Срочная госпитализация при кожных высыпаниях воспалительного характера 	<p>При выявлении инфекционного заболевания - перевод в ОПН</p> <p>Затем в течение 3-4 мес. жизни при отсутствии заболеваний у матери и у других членов семьи</p>	<p>БЦЖ в соответствии с инструкцией</p> <p>В дальнейшем прививки не проводятся</p> <p>противопоказаны</p>

V группа — дети с риском развития врожденных пороков органов и систем

Формы риска	Частота осмотров	Дополнительные исследования	Профилактические мероприятия	Длительность наблюдения	Проф. прививки
<ul style="list-style-type: none"> • Кровно-родственный брак • Наличие хромосомных перестроек у одного из супругов • Наличие врожденных пороков у супругов или их родственников • Возраст матери старше 30 лет и отца свыше 40 лет. • Профессиональные вредности матери и отца • Предшествующее рождение детей с врожденным пороком • Многократная угроза прерывания беременности • Сахарный диабет у беременной • Злоупотребление алкоголем • Инфекционные заболевания • Беременной в первые 12 недель • Действие ионизирующего облучения в первые 12 недель • Прием лекарственных препаратов • Токсикоз I половины беременности • Многоводие, остро развившееся • тазовое предлежание плода в сочетании с многоводием и задержкой в/утробного развития • Перенесенная краснуха • Самопроизвольные аборт в анамнезе • Уровень стигматизма (более 5) 	<p>Мед. сестра - 2 раза: после поступления сигнала из женской консультации о взятии на учет и в 32 нед. Врач в - 32 нед. Генетик - при взятии женщины на учет</p>	<p><i>Амниотамниальный период</i></p> <p>УЗИ плода до 12 недель и в 20-24 недели</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Прогнозирование гипогалактии • Прогнозирование риска возможной патологии • Санитарно-просветительная работа о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка, профилактике и своевременном лечении простудных заболеваний, вреде самолечения, режиме дня; рациональном питании 		
<i>Ранний неонатальный период</i>					
	<p>Неонатолог ежедневно, по показаниям</p> <p>показаниям генетика, хирурга, невропатолога</p>	<p>По показаниям УЗИ внутренних органов, ЭКГ, рентгенологическое исследование, скрининг на ФКГ и адреногенитальный синдром</p>	<p>Собрать генеалогический анамнез</p>		<p>БЖ в соответствии с инструкцией</p>
<i>Поздний неонатальный период</i>					
	<p>Педиатр в декретированные сроки. Невропатолог в 1, 6, 12 мес. Ортопед в 1, 4 мес. Окулист - 1, 12 мес. Кардиолог по показаниям</p>	<p>УЗИ внутренних органов по показаниям. Методы функциональной диагностики (ЭКГ, ЭхоКГ, ЭЭГ и др) к 1 году.</p>	<p>Плательное наблюдение педиатра за сердечно-сосудистой и другими системами, неврологическим статусом, стигматизации своевременного выявления врожденных пороков развития</p>	<p>До 1 года</p>	<p>Непротывоп оказаны</p>

VI группа — дети с риском аллергических заболеваний

Формы риска	Частота осмотров	Дополнительные исследования	Профилактические мероприятия	Длительность наблюдения	Проф. прививки
<ul style="list-style-type: none"> Отягощенный аллергический семейный анамнез (бронхиальная астма, экзема, нейродермит, крапивница, отек Квинке, пищевая и др. виды аллергии) Частые ОРВИ и обострение хр. воспалений матери во время беременности Прием матерью во время беременности антибиотиков, сульфопрепаратов, кровезаменителей Повторные и множественные прерывания беременности Осложнения беременности (токсикоз, угроза прерывания) Злоупотребление беременной облитатными аллергенами (цитрусовыми и др.) Профессиональные вредности беременной (химическая пыль и др.) Неправильная организация питания ребенка (избыток сахара, чужеродного белка, продуктов аллергизирующего действия) Частое применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов 	<p>Мед. сестра - 2 раза: после поступления сигнала из женской консультации или о взятии на учет и в 32 нед. Врач в - 32 нед. Генетик - при взятии женщины на учет</p>	<p>УЗИ плода до 12 недель и в 20-24 недели</p>	<p>Аntenatalный период</p> <ul style="list-style-type: none"> Прогнозирование гипогалактии Прогнозирование риска аллергической патологии Рекомендации по режиму дня, закаливанию, физ. воспитанию беременной. Рекомендации по питанию и исключением облитатных аллергенов Элиминация бытовых аллергенов Выявление гастроэнтерологической патологии 		
	<p>Педиатр в декретирова нные сроки. Иммуноло г в 3 мес., аллерголог по показания м в 1 год. хирург.</p>	<p>Общий анализ крови в 3, 12 мес. для выявления эозинофилии. К 1 году анализ мочи, кал на я/т.</p>	<p>Постнатальный период</p> <ul style="list-style-type: none"> Прогнозирование и профилактика гипогалактии. Диета матери и ребенка. Сапашня очагов инфекции. Массаж, гимнастика, закаливание. Физио и фитотерапия при заболеваниях. Элиминация бытовых аллергенов. 	<p>До 3 лет</p>	<p>По рекоменда циям специалистов</p>

VI ГРУППА - дети из социально-неблагоприятных условий

Формы риска	Частота осмотров	Дополнительные исследования	Профилактические мероприятия	Длительность наблюдения	Проф. прививки
<ul style="list-style-type: none"> Дети из социально-неблагоприятных семей (неудовлетворительные жилищно-бытовые условия). Неполные и многодетные семьи. Семьи с плохим психологическим климатом. Вредными привычками родителей. Жесткость родителей 	Мед. сестра - 2 раза: после поступления сигнала из женской консультации о взятии на учет и в 32 нед.		<p>Аntenнатальный период</p> <ul style="list-style-type: none"> Прогнозирование гипогалактии Прогнозирование риска возможной патологии Санитарно-просветительная работа с родителями о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка, о здоровом образе жизни 		
	Присутствие неонатолога в родовой, по показаниям генетик, невропатолог	УЗИ головного мозга, рентгенологическое исследование, ЭКГ по показаниям	<p>Ранний неонатальный период</p> <p>Обязательное наблюдение неонатолога за становлением функции ЦНС и др. органов и систем</p>		БЦЖ в соответствии с инструкцией
	Педиатр в декретированные сроки, ЛОР, хирург, невропатолог - 1, 3, 5 лет и перед школой те же специалисты, стоматолог, с 7 лет измерение АД, с 13 флюорография 8 класс – специалисты и психоневролог для выявления черт личности	Анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов ежегодно.	<p>Постнатальный период</p> <ul style="list-style-type: none"> Контроль за питанием, режимом дня, закаливанием, физическим воспитанием Профилактика режима Контроль за и психо-психическим развитием Формирование здорового образа жизни. Привлекать сан. актив к здоровому образу жизни Обязательная госпитализация в стационар при любых заболеваниях Внеочередное устройство в ясли 	До 15 лет. Передается подростку врачу под наблюдением	Непротивопоказаны

Стандарт диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни

Вид деятельности	Возрастные периоды												
	Дородоворожденный	1 месяц		3 месяца		6 месяцев		9 месяцев		12 месяцев			
		врач педиатр	врач-педиатр*	врачи-специалисты*	врач-педиатр*	врачи-специалисты*	врач-педиатр*	врачи-специалисты*	врач-педиатр*	врачи-специалисты*	врач-педиатр*	врачи-специалисты*	
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Диагностика отклонений в раннем онтогенезе и прогноз состояния здоровья, в том числе:	+	+		+		+		+		+		+	
1.1 сбор и оценка данных генеалогического анамнеза	+	+											
1.2 сбор и оценка данных биологического анамнеза	+	+											
1.3 сбор и оценка данных	+	+		+		+		+		+		+	

	социального анамнеза																								
4	выявление группы риска	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+								+			
5	прогноз состояния здоровья и развития ребенка	+	+	+	+																		+		
6	направленность риска	+	+	+	+																		+		
2.	Оценка сведений за период, предшествующий осмотру.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+								+		+	
3.	Оценка физического развития	+	+	+	+																			+	
4.	Диагностика и оценка нервно-психического развития (НПР), в том числе:	+	+	+	+	невролог г +	+	невролог ог +	+	невролог + /	невролог - /	+	+	+								+		невролог + /	
4.1	диагностика НПР	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+										+	+
4.2	оценка НПР с определением вариантов группы развития	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+										+	+
4.3	выделение	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+										+	+

групп риска																			
5. Оценка резистентност и, в том числе:																			
5.1 анализ частоты, длительности и тяжести острых заболеваний	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6. Диагностика и оценка функциональн ого состояния организма, в том числе:	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
0.1 выявление жалоб	+																		
0.2 осмотр по	+																		

	органам и системам																		
5.3	оценка ЧСС, ЧД и АД	+								+									+
5.4	сбор сведений и оценка поведения ребенка	+								невролог +									+
5.5	выделение групп риска по отклонениям в поведении	+								невролог +									+
5.6	оценка результатов лабораторных и др. методов исследования, в т.ч.:									+									+
	- анализ крови;									+									+
	- анализ мочи;									+									+
	аудиологический скрининг;																		
	- УЗИ, в т.ч. тазобедренных суставов;																		
	- ЭКГ																		
7.	Заключение о состоянии здоровья, в том числе:	+								невролог + хирург + травматолог ортопед + офтальм	+								+
										невролог +									+
										невролог +/-	+								+
										невролог +									+
										невролог +, хирург +, травма-толог-ортопед +, офталь	+								+
										невролог +, хирург +, травма-толог-ортопед +, офталь	+								+
										невролог +, хирург +, травма-толог-ортопед +, офталь	+								+
										невролог +, хирург +, травма-толог-ортопед +, офталь	+								+

																			д+, офта - льмолю г+, стомат олог+, оторин о- ларин- голог+
7.1	направленность риска, группа риска	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
7.2	оценка физического развития	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
7.3	оценка нервно - психического развития	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
7.4	оценка резистентности	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
7.5	оценка функционально го состояния и поведения	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
7.6	прогноз адаптации	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
7.7	диагноз, группа здоровья	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
8.	Рекомендации, в том числе по следующим разделам:	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	неврол ог+, хирург +, травма толог-

																			органе д+, офтальм молог+, стомат олог +, оторин оларин голог +
3.1	санитарно – гигиенические условия	+	+																+
3.2	режим	+	+																+
3.3	вскармливание и питание	+	+																+
3.4	физическое воспитание и закаливание		+																+
3.5	воспитательное воздействие		+																+
3.6	рекомендации по иммуно- профилактике инфекционных заболеваний		+																+
3.7	рекомендации по профилактики пограничных состояний и их прогрессирова ния		+																+
3.8	лабораторные и др. методы исследования. в		+																+

	том числе :-																		
	- анализ крови;								+										
	- анализ мочи;								+										
	аудиологический скрининг;		+																
	- УЗИ, в т. ч.		+																
	тазобедренных суставов;		+																
	- ЭКГ																		
8.9	Не медикаментозные и медикаментозные методы коррекции отклонений в здоровье и развитии (при наличии)		+ / -						+ / -										+ / -
8.10	по постановке на диспансерный учет и наблюдение по учетной форме № 030/у		+ / -						+ / -										+ / -

Примечания: 1. Знак « + » обозначает необходимость проведения соответствующего вида деятельности в определенный возрастной период.

2. Знак « + / - » обозначает возможность проведения соответствующего вида деятельности только при наличии медицинских показаний в определенный возрастной период.

3. Знак « * » обозначает возможность проведения консультаций ребенка врачами – специалистами, не указанными в данном стандарте, при наличии медицинских показаний и с учетом состояния здоровья ребенка.

6. Роль врача в анализе групп риска у новорожденных на участке

Все беременные женщины направляются на прием педиатра дважды: сразу после постановки на учет в женскую консультацию (в течение недели) и на сроке 30-32 недели беременности.

Во время первой беседы с женщиной, собирается подробная информация о ней, семье, беременности, условиях проживания, материальной обеспеченности, вредных привычках, хронических заболеваниях женщины и всех членов семьи. Составляется первый прогноз групп риска для ребенка. Будущей маме объясняется, что ей нужно делать, чтобы уменьшить вероятность развития отклонений у новорожденного. Кроме этого составляется прогноз лактации.

Во время второго дородового патронажа анализируются отклонения второй половины беременности, собираются сведения, которые не удалось получить в полном объеме при первом патронаже, уточняются группы риска для ребенка и прогноз лактации. С мамой проводятся беседы о подготовке предметов, необходимых новорожденному, рациональном питании и режиме дня, о подготовке к лактации.

Для женщин с высоким риском развития отклонений в родах по акушерской шкале на сроке после 32 недель проводится третий дородовый патронаж.

Окончательно группы риска для ребенка выставляются после первого патронажа участкового педиатра к новорожденному.

Все дети из групп риска, (в том числе не имеющие явных отклонений в состоянии здоровья на момент осмотра), относятся ко II (при наличии хронических заболеваний — к III, IV и V группам здоровья), берутся педиатром под дифференцированное наблюдение, которое подразумевает осмотры медсестрой, врачами, лабораторные обследования и профилактическое лечение в определенные сроки.

Группы риска не являются противопоказанием для проведения профилактических прививок.

Все дети из групп риска осматриваются педиатром на первом месяце на дому не реже 3х раз, затем до 6 месяцев — 2 раза в месяц (1 раз в поликлинике на приеме в возрасте 1, 2, 3, 4, 5, 6 месяцев, 1 раз на дому — в 1,5; 2,5; 3,5; 4,5; 5,5 месяцев), и от 6 месяцев до 1 года — 1 раз в месяц.

Немаловажное значение имеет оценка профилактической работы участковых педиатров. Для этого используются следующие показатели: 1. Охват дородовым патронажем. 2. Охват новорожденных врачебным (сестринским) патронажем в первые 2 дня после выписки из родильного дома. 3. Процент детей, обследованных на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз. 4. Процент детей, которым проведен аудиологический скрининг, от числа нуждающихся. 5. Удельный вес детей, находящихся на грудном

вскармливании. 6. Проведение профилактических лабораторных исследований (консультации специалистов) в год. 7. Количество профилактических осмотров педиатром ребенка первого года жизни. 8. Процент охвата профилактическими прививками. 9. Реализация групп риска. 10. Показатель эффективности диспансеризации детей раннего возраста.

Так же, в зависимости от группы риска, по направлению и назначению участкового врача-педиатра ребенка осматривают узкие специалисты, проводятся диагностические исследования, назначается поддерживающая терапия и т.д.:

1) При первой группе риска

- осмотры ЛОР-врача и стоматолога — 2 раза в год,
- профилактическое лечение, если в семье есть больные ОРВИ, в период подготовки к детскому саду, весной и осенью, в сезон увеличения заболеваемости: белково-витаминный комплекс (на 10 дней ежедневно 50-60 г творога + витамины В1, В2, С или поливитамины) + лекарственные препараты + фитотерапия (отвар шиповника,

- своевременная санация очагов инфекции

Срок наблюдения — до 3х лет.

2) При второй группе риска:

- осмотр невролога в 1, 3, 6, 9, 12 месяцев,
- повторное УЗИ головного мозга по назначению невролога,
- массаж, гимнастика, плавание,
- в случае повышенной возбудимости — седативные (успокоительные) препараты, или ванны,
- другие препараты по назначению невролога.

Срок наблюдения — до 1 года.

3) При третьей группе риска:

- анализ крови в 1, 3, 6, 12 месяцев, при снижении гемоглобина — своевременное лечение,
- тщательный контроль за прибавкой в массе тела,
- рациональное вскармливание (сохранение грудного вскармливания, соблюдение возрастного режима и объема кормлений при искусственном вскармливании, правильное и своевременное введение прикорма),

• профилактика рахита витамином Д3 с 1 месяца до 1 года по 500 МЕ ежедневно,

- массаж, гимнастика, закаливание.

Срок наблюдения — до 1 года.

4) При четвертой группе риска:

- невролог в 1,3,6, 12 месяцев,
- хирург, ортопед в 1,3, 9,12 месяцев,
- кардиолог, генетик, ЭКГ, ЭЭГ, УЗИ органов брюшной полости — по показаниям.

Срок наблюдения — до 1 года.

5) При пятой группе риска:

- с момента выписки из роддома, до 10 дня жизни педиатр осматривает ребенка ежедневно, затем 1 раз в неделю до 1 месяца,
- обращается внимание на пупочную ранку, кожные высыпания, характер стула, активность ребенка, прибавку в весе,
- ежедневно 3 р/д измеряется температура тела ребенка,
- общий анализ крови в 1, 3, 6, 12 месяцев,
- кипячение, проглаживание белья,
- купание в кипяченой воде с добавлением марганцовки,
- туалет кожи и пупка,
- естественное вскармливание,
- борьба с запорами,
- по показаниям — биопрепараты (линекс, бифидум-бактерии) с первых дней жизни,
- госпитализация при гнойничковых кожных высыпаниях.

Срок наблюдения — до 3х месяцев.

6) При шестой группе риска:

- аллерголог-иммунолог в 3 месяца, далее по показаниям,
- общий анализ крови в 3, 12 месяцев, для выявления эозинофилии,
- сохранение грудного вскармливания,
- гипоаллергенная диета матери,
- ребенку более позднее введение прикорма, гипоаллергенная диета,
- гимнастика, массаж, раннее закаливание,
- исключение бытовых аллергенов,
- по возможности, в случае острых заболеваний лечение без лекарств или использование их по минимуму, рекомендуется физио- и фитотерапия,
- раннее выявление отклонений со стороны ЖКТ.

Срок наблюдения до 3х лет.

7) При седьмой группе риска:
В этой группе риска наблюдение бессрочное: до того момента, как обстановка в семье и условия жизни ребенка улучшатся.

- до 10 дня жизни ежедневный осмотр педиатра, затем в 20 дней и 1 месяц, далее 2 раза в месяц,
- контроль за вскармливанием, гигиеной, прибавкой в весе, физическим и нервно-психическим развитием,
- обеспечение бесплатными медикаментами и питанием,
- при заболеваниях — госпитализация в стационар,
- первоочередное оформление в детский сад,
- санаторно-курортное лечение,
- общий анализ крови, кала, мочи ежегодно,
- с 7 лет контроль артериального давления,
- медосмотры с участием педиатра, ЛОР-врача, хирурга, окулиста, стоматолога в 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14-15, 17-18 лет,
- флюорография с 14 лет.

После истечения срока наблюдения:

- если у ребенка не обнаружилось отклонения в состоянии здоровья, он снимается с наблюдения по этой группе риска,
- если патология проявилась определенными симптомами, то после обследования ребенку выставляется конкретный диагноз и назначается лечение — это называется реализация группы риска у детей.

7. Собственное исследование

Объектом настоящего исследования были дети г. Волгограда с различными заболеваниями, диагностируемыми на первом году жизни в период с 2014 по 2017 год. Набор материала по изучению заболеваемости проводился на базе Детской поликлиники № 15.

Сбор первичной информации осуществлялся путем изучения: выписок из родильного дома (выписка из формы №097/у); обменных карт – форма №113/у (сведения родильного отделения больницы о новорожденном); выписных эпикризов из форм 027/у (выписка из истории болезни – стационарная форма) и непосредственного обследования ребенка при первичном патронаже новорожденного.

На педиатрический участок за 4 года под наблюдение поступило 316 новорожденных, из них в 2014 г – 58, в 2015 г – 69, в 2016 г – 95 и в 2017 г – 94.

Основная масса новорожденных поступила на участок из родильного дома на 5 сутки после рождения. Удельный вес новорожденных поступивших на 6-10 сутки увеличился за анализируемый период на 0,7%, а доля выписанных новорожденных из стационаров детских больниц, более чем через 10 дней после рождения, на 2,2%.

Анализ возраста женщин, родивших детей в 2014-2017 гг., показал статистически значимое увеличение рождений в возрастных группах от 30 лет и старше с 25,9% до 57,4% ($p < 0,01$), в то время как в возрастной группе 25-29 лет произошло снижение с 63,8% до 26,7% ($p < 0,01$). Увеличение женщин в возрастной группе 20-24 года отмечалось в 2015 году с последующим снижением до 13,8%.

Были проанализированы показатели массы тела при рождении. Проведенный анализ показал, что большинство новорожденных, поступивших под наблюдение, имело при рождении нормальную массу тела. Новорожденных, родившихся с экстремальной массой тела, за анализируемый период на участок не поступало. В тоже время нами отмечено увеличение доли детей родившихся с низким и крупным весом на 5,4% и 0,7% соответственно, которое не имело статистически значимых различий.

Таблица 1

Сравнительная характеристика удельного веса новорожденных, поступивших под наблюдение на педиатрический участок за 2014-2017 гг., по массе тела при рождении ($P \pm m$)

Масса тела	Годы			
	2014	2015	2016	2017
	абс. $P \pm m$	абс. $P \pm m$	абс. $P \pm m$	абс. $P \pm m$
1000-1499	1 1,7 \pm 1,7	1 1,5 \pm 1,5	2 2,1 \pm 1,5	0 0,0 \pm 0,0
1500-2499	3 5,2 \pm 2,9	5 7,2 \pm 3,1	2 2,1 \pm 1,5	10 10,6 \pm 3,2
2500-3999	50 86,2 \pm 4,5	59 79,7 \pm 4,8	81 85,3 \pm 3,6	77 81,9 \pm 4,0
Более 4000	4 6,9 \pm 3,3	4 5,8 \pm 2,8	10 10,5 \pm 3,1	7 7,5 \pm 2,7
Всего	58 100,0	69 100,0	95 100,0	94 100,0

В ранговой структуре заболеваний и отдельных состояний перинатального периода, перенесенных новорожденными за анализируемый период, произошли следующие изменения. Первое место стабильно занимают прочие болезни и отдельные состояния. На 2-е место с 3-го, переместились замедление роста и недостаточность питания, доля которых в общей структуре увеличилась в 1,7 раза. На 3-4 место со второго перешли другие нарушения церебрального статуса новорожденного, удельный вес которых снизился в 1,8 раза. Доля внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах увеличилась в 1,3 раза, разделив с другими нарушениями церебрального статуса новорожденного 3-4 место. Несмотря на значительные изменения в ранговой структуре, статистически значимых различий в удельном весе отдельных заболеваний и состояний перинатального периода нами не выявлено ($p > 0,05$), что мы связываем с небольшим числом наблюдений (Таблица 2).

Таблица 2

Сравнительная динамика структуры заболеваний и отдельных состояний перинатального периода, перенесенных новорожденными, поступившими на педиатрический участок за 2014-2017 гг. (%)

Заболевания и отдельные состояния перинатального периода	Годы							
	2014		2015		2016		2017	
	абс.	P±m	абс.	P±m	абс.	P±m	абс.	P±m
Всего заболеваний	28	100,0±0,0	31	100,0±0,0	42	100,0±0,0	42	100,0±0,0
замедление роста и недостаточность питания	4	14,3±6,6	6	19,4±7,1	4	9,5±4,5	10	23,8±6,6
синдром респираторных расстройств	1	3,6±3,5	1	3,2±3,2	3	7,2±4,0	2	4,8±3,3
внутричерепная родовая травма	1	3,6±3,5	2	6,4±4,4	3	7,2±4,0	2	4,8±3,3
внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	3	10,7±5,8	4	12,9±6,0	7	16,6±5,4	6	14,3±5,4
врожденные аномалии	1	3,6±3,5	2	6,5±4,4	2	4,8±3,3	2	4,8±3,3
гемолитическая болезнь	0	0,0	1	3,2±3,2	1	2,4±2,4	0	0,0
другие нарушения церебрального статуса новорожденного	7	25,0±8,2	7	22,6±7,5	8	19,0±6,0	6	14,3±5,4
Прочие болезни	11	39,2±9,2	8	25,8±7,9	14	33,3±7,3	14	33,3±7,3
Число новорожденных	23		27		37		36	

Несмотря на изменение ранговой структуры перенесенных заболеваний новорожденными и отдельных состояний перинатального периода, в распределении по группам здоровья при первичном патронаже, за исследуемый период значительных изменений не выявлено ($p>0,05$). Отмечается только незначительный рост новорожденных с 4-й и 5-й группами здоровья. Доля новорожденных при поступлении под наблюдение, имеющих первую группу здоровья, за весь анализируемый период не превышала 7,4%.

Таким образом, проведенное исследование показало, что при поступлении новорожденных под наблюдение участкового педиатра, в среднем за анализируемый период, первую группу здоровья имело 7,0%, вторую – 67,8%, третью – 10,4%, четвертую – 8,9%, пятую – 5,9% обследованных детей.

8. Вывод

1. Основными из факторов риска для формирования групп риска у новорожденных являются: рождение ребенка в возрасте мамы от 30 и старше (показатель повысился до 57,4% ($p < 0,01$)); увеличение доли детей родившихся с низким и крупным весом на 5,4% и 0,7% за период с 2014 по 2017 год; так же повлияли заболевания и отдельные состояния перинатального периода.

2. проведенное исследование показало, что при поступлении новорожденных под наблюдение участкового педиатра, в среднем за анализируемый период, первую группу здоровья имело 7,0%, вторую – 67,8%, третью – 10,4%, четвертую – 8,9%, пятую – 5,9% обследованных детей.

3. К обязанностям участкового педиатра относятся: 1. Охват дородовым патронажем. 2. Охват новорожденных врачебным (сестринским) патронажем в первые 2 дня после выписки из родильного дома. 3. Процент детей, обследованных на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз. 4. Процент детей, которым проведен аудиологический скрининг, от числа нуждающихся. 5. Удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании. 6. Проведение профилактических лабораторных исследований (консультации специалистов) в год. 7. Количество профилактических осмотров педиатром ребенка первого года жизни. 8. Процент охвата профилактическими прививками. 9. Реализация групп риска. 10. Показатель эффективности диспансеризации детей раннего возраста.

9. Список литературы :

1. Особенности патологических явлений в детском возрасте / В.И. Болотских, И.В. Гребенникова, А.В. Макеева, В.М. Крюков, Ю.М. Тумановский, О.В. Лидохова // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 12-4. С. 564.
2. Поликлиническая педиатрия: учеб. для студентов мед. вузов по специальности 060103 (040200) – «Педиатрия»/ под ред. А.С. Калмыковой. 2-е изд., перераб. и доп. –М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015. 288-304стр., 353-360с, 557-560с.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/ под ред. А.А. Баранова. – Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2014. – глава 7
4. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. — Саратов: Изд-во Саратов.ун-та, 2016. 186 с.
5. Биянова И.Г. Особенности физического развития детей первых трех лет жизни: автореф. канд. мед. наук: 14.01.08.- Пермь, 2014.- 25 с
6. Кашин А.В. Динамика физического развития детей первого года жизни / А.В. Кашин, О.Ю. Мошанова, Т.Н. Казаковцева, И.В. 107 Товчегречко, А.В. Суходоев // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2015.- С.219-220.

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 2 группы

Крюкова Анастасия Андреевна

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, 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