


И.И. Далеков
Колесникова О.К.


ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему
**«АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ГРУПП
РИСКА»**

Выполнила:

Обучающаяся 5 курса 3 группы

педиатрического факультета

Кузьмина Юлия Андреевна

Волгоград, 2018 г.

Содержание

1. Введение.....	3
2. Цель и задачи научно-исследовательской работы	4
3. Основные определения и понятия	5
4. Теоретическая часть	6
5. Роль участкового врача-педиатра при работе с новорожденными из группы риска	16
6. Собственное исследование	18
7. Выводы	20
8. Список литературы	21

Введение

Одним из показателей благополучия общества является здоровье населения. Обследования школьников в разных регионах страны свидетельствуют о низком уровне их здоровья. Сегодня очевидно, что многие болезни формируются еще внутриутробно и часто являются следствием неправильного образа жизни матери и воздействия на её организм неблагоприятных факторов окружающей среды во время беременности.

Аntenатальный период очень важен для здоровья ребенка. В этом периоде происходит закладка органов и систем, их формирование, поэтому здоровье будущего ребенка во многом зависит от условий его протекания. Мать для плода является окружающей средой и также влияет на здоровье ребенка, как и внешние факторы на организм матери. Поэтому от здоровья будущей матери зависит дальнейшее благополучие и формирование «правильных» органов и систем ребенка.

Дети, подвергшиеся внутриутробно воздействию неблагоприятных факторов, должны быть отнесены в группу риска. Педиатр, относя ребенка к определенной группе риска, должен обратить внимание на эту повышенную вероятность развития патологии и, если возможно, не допустить развития болезни. Или выявить патологию, как можно раньше и своевременно начать лечение. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о важности изучения данной темы.

Цель научно-исследовательской работы

Целью данной научно-исследовательской работы является анализ состояния здоровья новорожденных групп риска на педиатрическом участке № 8 ГУЗ «Детская поликлиника № 6».

Задачи научно – исследовательской работы.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- 1) Изучить наиболее значимые факторы риска обуславливающие развитие заболеваний или отклонений в состоянии здоровья новорожденных по данным литературы;
- 2) Изучить выделяемые группы риска новорожденных по данным литературы;
- 3) Изучить возможные пути реализации риска в каждой группе по данным литературы ;
- 4) Изучить основные мероприятия по организации медицинского наблюдения новорожденных в зависимости от группы риска;
- 5) Определить процент реализации риска у детей, родившихся за период с 1.05.2017г. по 1.06.2017г., наблюдаемых на 8 участке ГУЗ «Детская поликлиника №6»;
- 6) Проанализировав полученные данные, сделать общие выводы.

Основные определения и понятия

Здоровый новорожденный — ребенок, родившийся от практически здоровой матери, не имевшей осложнений во время беременности и родов, с оценкой по шкале Ангар 8-10 баллов, имеющий массу тела от 3 до 4,5 кг, с массо-ростовым коэффициентом 60-80, с нормально протекавшим периодом адаптации, с максимальной убылью первоначальной массы тела не более 6-8%, находящийся на естественном вскармливании и выписанный из родильного дома на 5-6 сут.

Группа риска — медицинский и социологический термин, собирательное определение для представителей населения, наиболее уязвимых к определённым медицинским, социальным обстоятельствам или воздействию окружающей среды.

Фактор риска — это обстоятельство (внешнее или внутреннее), отрицательно влияющее на здоровье человека и создающее благоприятную среду для возникновения и развития заболеваний

Скрининг — методологический подход, используемый, в медицине для массового обследования населения (его отдельных контингентов) с целью выявления определенного заболевания (группы заболеваний) или факторов, способствующих развитию этого заболевания (факторов риска).

Аntenатальный период — период внутриутробного развития плода от момента образования зиготы до 40 нед., условно делят на 2 периода: эмбриональный и фетальный, состоящих из определенных этапов, по к-рым совершается непрерывное развитие организма.

Интранатальный период — период жизнедеятельности, охватывающий промежуток времени от начала появления маточных схваток родовых до окончания периода изгнания, т.е. до рождения ребёнка из родовых путей.

Постнатальный период — период онтогенетического развития индивидуума с момента рождения до конца жизни (до момента смерти)

Теоретическая часть

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 и др. 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».

Сроки наблюдения детей из группы риска, начиная с периода новорожденности и далее в течение первого года жизни, определяет участковый педиатр для каждого ребенка индивидуально, исходя из факторов риска и обязательно с учетом социальных факторов.

К группе *высокого* риска можно отнести следующих детей.

- Новорожденные, перенесшие внутриутробно или сразу после рождения какое-либо заболевание, патологическое состояние (дети с внутриутробным инфицированием, после асфиксии, родовой травмы, гемолитической болезни).
- Недоношенные дети.

- Перенесенные дети.
- Дети от многоплодной беременности.

К группе *повышенного* риска можно отнести детей, не страдающих после рождения клинически выраженным заболеванием, но со следующими неблагоприятными факторами по данным биологического и генеалогического анамнеза.

- Профессиональные вредности и алкоголизм родителей.
- Экстрагенитальные заболевания матери.
- Нарушения режима и питания матери во время беременности.
- Возраст матери менее 16 лет и более 30 лет к моменту рождения ребенка.
- Патология беременности: токсикозы, угрозы прерывания, кровотечения, инфекции.
- Затяжные, стремительные роды, длительный безводный период, оперативные вмешательства, патология плаценты и пуповины, неправильные положения плода, крупный плод.
- Наличие в родословной родственников с аллергической патологией, метаболическими нефропатиями, эндокринными заболеваниями, поражениями костной системы, нервными и психическими болезнями, онкологической патологией, иммунодефицитными состояниями и др.

Наличие этих факторов в анамнезе позволяет отнести новорожденных к определенной группе риска.

- 1-я группа — новорожденные с риском развития патологии ЦНС.
- 2-я группа — новорожденные с риском внутриутробного инфицирования.
- 3-я группа — новорожденные с риском развития трофических нарушений и эндокринопатий.
- 4-я группа — новорожденные с риском развития врожденных пороков развития органов и систем.
- 5-я группа — новорожденные из групп социального риска.

**Наиболее значимые факторы риска, обуславливающие
развитие заболеваний или отклонений в состоянии здоровья
новорожденных.**

1 Группа - новорожденные с риском развития патологии ЦНС.

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

2 Группа - новорожденные с риском внутриутробного инфицирования.

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

3 группа - новорожденные с риском развития трофических нарушений и эндокринопатий.

- экстрагенитальная патология матери (гипертоническая пороки сердца, сахарный диабет, заболевание щитовидной железы, ожирение матери);
- патология беременности (тяжелые токсикозы второй половины беременности);

- вредные привычки матери (курение свыше 10 сигарет в день), гипотрофия, нарушение режима питания матери во время беременности.

4 группа - новорожденные с риском развития врожденных пороков развития органов и систем.

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

5 группа - новорожденные из групп социального риска.

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

Направленность риска в периоде новорожденности.

1 Группа

- риск тяжелого течения вирусно-бактериальных метаболических нарушений, фебрильных судорог;
- летального исхода при вирусно-респираторных заболеваниях;
- патология беременности и родов
- риск синдрома внезапной смерти (СВСД)
- нарушение течения периода адаптации (затяжная конъюгационная желтуха, медленное восстановление первоначальной потери массы тела);
- риск внутриутробного инфицирования.

2 Группа

- малые и большие формы гнойно-септической инфекции;
- тяжелые формы кишечного дисбактериоза;
- врожденная краснуха, токсоплазмоз.

3 Группа

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

4 группа

- нарушение течения периода адаптации;
- алкогольная энцефалопатия;

- клинические симптомы и синдромы наследственных заболеваний.

5 группа

Риск раннего искусственного вскармливания;

- риск гнойно-септической инфекции;

- риск повышенной заболеваемости

- риск судорожного синдрома;

- риск синдрома внезапной смерти;

- риск раннего развития анемии, рахита, гипотрофии.

Возможная клиническая реализация риска	Группы риска				
	1	2	3	4	5
Раннее искусственное вскармливание					+
Раннее развитие анемии, гипотрофии, рахита			+		+
Повышенная заболеваемость ОРВИ			+		+
Тяжелое течение вирусно-бактериальных инфекций (токсикоз, судорожный синдром)	+		+		+
Тяжелое течение периода адаптации (затяжная желтуха, медленное нарастание массы тела)	+		+	+	
Проявление незрелости новорожденного (срыгивания, запоры и т.д.)			+		
Клинические проявления внутриутробной инфекции	+	+			
Гнойно-септические инфекции (малые и большие формы)		+			+
Клинические проявления врожденного токсоплазмоза		+			
Эндокринные нарушения (гипотиреоз, диабет новорожденного, диабетическая фетопатия)			+		
Алкогольная фетопатия				+	+
Аллергический диатез		+			

Клинические проявления наследственных заболеваний (ФКУ, муковисцидоз и др.)				+	
---	--	--	--	---	--

Основные мероприятия по организации медицинского наблюдения новорожденных в зависимости от группы риска.

К концу периода новорожденности участковый педиатр составляет план диспансеризации на первый год жизни ребенка, в зависимости от группы здоровья и групп риска. В плане предусматривают следующие мероприятия.

- Проведение профилактических прививок.
- Осмотры специалистами (возможно диспансерное наблюдение).
- Дополнительные обследования (анализы крови, мочи, по показаниям биохимические, рентгенологические и инструментальные исследования и др.).
- Профилактические корригирующие и оздоровительные мероприятия.

Группа риска	Основные мероприятия по организации медицинского наблюдения новорожденных в зависимости от группы риска.
I группа	<ul style="list-style-type: none">◆ Частота осмотров врачами узких специальностей.- Подробная оценка неврологического статуса в родильном доме. В дальнейшем осмотр невролога показан в возрасте 1, 3, 6, 9 и 12 мес. При всех осмотрах оценивают неврологический статус: поза ребенка, двигательная активность, сосание, срыгивания, рвота, состояние родничков, швов, окружность головы, оценка физического развития, нервно-психического развития.- Осмотр педиатром на первом месяце проводят более 5 раз, далее — в декретированные сроки.- Консультация офтальмолога и ортопеда показана в возрасте 1 мес и в 1 год, а хирурга и ЛОР-врача — в возрасте 3 мес и в 1 год.- По показаниям осмотры специалистами можно проводить чаще.

	<ul style="list-style-type: none"> ◆Лабораторные и инструментальные исследования. - Общий анализ крови, общий анализ мочи в возрасте 3 мес и в 1 год, анализ кала на яйца глистов в 1 год. - Транслюминация черепа, ЭЭГ, ЭхоЭГ по назначению невролога. ◆Длительность наблюдения: весь период. ◆Профилактические прививки можно проводить после осмотра невролога и при отсутствии противопоказаний.
2 группа	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Частота осмотров специалистами. - Участковый педиатр должен проводить осмотр до 10 дней ежедневно, затем в декретированные сроки, медицинская сестра — ежедневно до 14 дней, затем 2 раза в неделю до 1 мес. - Консультация хирурга показана в возрасте 1 мес и 1 год, других специалистов — в декретированные сроки. -Обращают внимание на состояние пупка, кожи, характер стула (дисбиоз), активность сосания, громкость крика, прибавку массы тела, геморрагический синдром, неврологический статус. ◆ Лабораторные и инструментальные исследования. - общий анализ крови в 1, 3,12 мес и при интеркуррентных заболеваниях. - общий анализ мочи в 3 и 12 мес. - Анализ кала на яйца глистов в 1 год. - Анализ кала на дисбактериоз проводят по показаниям. ◆Длительность наблюдения: до 1 года. ◆Профилактические прививки проводят по календарю (при отсутствии признаков заболевания).
3 группа	<ul style="list-style-type: none"> ◆Частота осмотров специалистами. - Педиатр на первом месяце осматривает ребенка более 5 раз, на 2-м и 3-м мес — 2 раза, далее — 1 раз в месяц. - Консультации невролога, окулиста, ортопеда, хирурга, ЛОР-

	<p>врача показаны в декретированные сроки.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осмотр заведующим отделением проводят в сроки до 3 мес. - Осмотр эндокринологом показан в сроки до 3 мес и в 1 год. <p>◆ Лабораторные и инструментальные исследования.</p> <ul style="list-style-type: none"> - общий анализ крови проводят в 1, 3, 6, 12 мес, по показаниям чаще, общий анализ мочи — в 3, 12 мес - Анализ кала на яйца глистов показан в возрасте 1 год. - Пробу Сулковича назначают по показаниям. <p>◆ Длительность наблюдения: в течение года.</p> <p>◆ Профилактические прививки проводят по календарю, а недоношенным (менее 2000 г) — по индивидуальному графику.</p>
4 группа	<p>◆ Частота осмотров специалистами</p> <ul style="list-style-type: none"> - Педиатр осматривает ребенка на первом месяце более 5 раз, затем в декретированные сроки, невролог, окулист, ортопед — в 1 и 12 мес (по показаниям чаще), хирург, ЛОР-врач — в течение первого года. - Консультацию генетика и других специалистов назначают по показаниям. <p>◆ Лабораторные и инструментальные исследования.</p> <ul style="list-style-type: none"> - общий анализ крови, мочи проводят в 3, 12 мес, анализ калана яйца глистов — в 1 год. - Обследование на фенилкетонурию, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, ФКГ, ЭЭГ и другие исследования осуществляют по назначению специалистов <p>◆ Длительность наблюдения: до 1 года, а при выявлении врожденных пороков развития показана диспансеризация по профилю заболевания.</p> <p>◆ Профилактические прививки проводят по календарю.</p>
5 группа	<p>◆ Частота осмотров специалистами.</p>

- | | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">- Педиатр осматривает ребенка на первом месяце более 5 раз, до 6 мес — 2 раза в месяц, далее — ежемесячно. Патронажная медицинская сестра должна проводить осмотр чаще.- Консультации врачей узких специальностей (невролог, хирург, окулист, ортопед, ЛОР-врач) показаны в декретированные сроки.- При осмотрах обращают внимание на отклонения в физическом и нервно-психическом развитии, на признаки минимальной мозговой дисфункции, невротизации, ретардации.◆ Лабораторные и инструментальные исследования.- общий анализ крови, мочи проводят в 3, 12 мес, анализ кала на яйца глистов — к 1 году жизни.- Другие исследования назначают по показаниям.- Наблюдение проводят в течение года. Необходим контроль медицинской сестры за фактическим местом проживания ребенка.- Профилактические прививки не противопоказаны. |
|--|---|

Роль участкового врача-педиатра при работе с новорожденными из группы риска.

Дородовые патронажи — одно из важнейших мероприятий по антенатальной профилактике. Поскольку женские консультации не проводят активного патронирования беременных, то данный раздел антенатальной профилактики осуществляет педиатрическая участковая служба. В условиях оптимальной организации работы детской поликлиники по дородовой охране плода показано 3 патронажа. Первый и 2-й патронажи проводит патронажная медицинская сестра, а 3-й — участковый педиатр. Дородовые патронажи в настоящее время стали неотъемлемой частью работы детской поликлиники по антенатальной охране плода и новорожденного.

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.

По результатам дородовых патронажей участковый педиатр определяет контингент будущих матерей, дети которых должны будут находиться под пристальным вниманием участкового врача и врачей соответствующих специальностей, то есть определяют группу здоровья, группу риска и составляют план диспансеризации на первый месяц жизни.

План должен включать моменты режима, ухода, воспитания, вскармливания и закаливания ребенка, а при показаниях — восстановительные, профилактические и лечебные мероприятия. Предусматривают также меры по профилактике гипогалактии у матери. Данные первичного врачебно-сестринского патронажа врач вносит в историю развития ребенка (форма № 112/у).

Анализ данных по перечисленным факторам позволяет участковому педиатру воздействовать на состояние здоровья будущего ребенка путем разработки комплекса врачебных мероприятий, направленных на уменьшение вредного воздействия факторов риска и достижение в дальнейшем детьми более высокого уровня здоровья.

Собственное исследование.

Для анализа состояния здоровья новорожденных групп риска на участке №8 ГУЗ «Детская поликлиника» №6, были использованы истории развития детей (ф 112/у). Мною было проанализировано 9 историй развития детей, родившихся за период с 01.05.2017г. по 01.06.2017г. и 3 истории развития детей родившихся за период с 13.06-2018г по 09.07.2018г.

В результате анализа каждый ребёнок был отнесён к определённым группам риска, в результате чего определился количественный состав каждой группы (рис.1).



Рисунок 1

В каждой группе было определено количество детей реализовавших риск:

В 1 группе риск реализовали 2 новорожденных, период адаптации которых сопровождался затяжной желтухой и медленным нарастанием массы тела; во 2 группе – 1 ребёнку при рождении был выставлен диагноз врождённая пневмония; в 3 группе- 1 ребёнок, родился с дефицитом массы тела, период адаптации сопровождался медленной прибавкой массы тела; в 4 группе – 1 ребёнку был поставлен диагноз болезнь Гиршпрунга;

в 5 группе – 1 ребёнок родился с проявлениями алкогольного синдрома плода.(рис.2)



Рисунок 2

Проанализировав истории развития детей, выделив в анамнезе значимые факторы риска и изучив реализацию этого риска в каждой группе, были сформированы меры по профилактике воздействия факторов риска на ребёнка.

Группа риска	Методы антенатальной и постнатальной профилактики
I группа	<ul style="list-style-type: none"> -Рациональное питание беременной. - Наблюдение у акушера-гинеколога и выполнение его назначений (профилактика гипоксии плода). - Санитарно-просветительская работа о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка. - Свободное вскармливание в течение первого месяца и частично свободное в возрасте старше 1 мес. Следует отказаться от

	<p>насильственного кормления.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Охранительный режим. - Массаж, гимнастика, плавание, закаливание. - Контроль над выполнением назначений невролога.
2 группа	<ul style="list-style-type: none"> - Санитарно-просветительная работа, направленная на соблюдение режима беременной. - Профилактика и лечение заболеваний. - Измерение температуры тела 3 раза в день в течение первых 10 дней. - Соблюдение санитарно-гигиенического режима. - Ежедневные купания в розовом растворе марганца. - Туалет пупочной ранки 4-6 раз в сутки. - Естественное вскармливание. - Обработка грудных желез матери перед кормлением. - Бифидум-бактерин по 5 доз в сутки в течение 2 нед. - Кипячение и проглаживание белья. - Госпитализация при кожных высыпаниях воспалительного характера и изменении состояния (ОРВИ, острые кишечные заболевания и др.) с назначением антибактериальных ЛС.
3 группа	<ul style="list-style-type: none"> - Рациональное питание матери, соблюдение режима. - Витаминно-кислородные коктейли, липоевая кислота, поливитамины (на 14-16, 24-26 нед беременности); при содержании гемоглобина в крови менее 110 г/л показаны препараты железа. - Витамин D по 400-500 МЕ в сутки в течение последних 2 мес беременности (женщинам до 30 лет) или УФО кожи курсом по 15-20 процедур. -Профилактика гипогалактии. -Рациональное вскармливание; по показаниям проводят рас

	<p>чет питания и своевременную коррекцию.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Массаж, гимнастика, закаливание. -Контроль физического и нервно-психического развития. -Профилактика анемии: препараты железа доношенным назначают с возраста 2 мес по 1 мг/кг массы тела в сутки, недоношенным — с 3-4 нед по 2 мг/кг массы тела в сутки. -Профилактика рахита: показан витамин D в дозе 500 МЕ (недоношенным по 1000 МЕ) 1 раз в сутки постоянно, исключая летние месяцы.
4 группа	<ul style="list-style-type: none"> - Санитарно-просветительная работа о влиянии режима дня, факторов риска на состояние здоровья ребенка, о вреде самолечения, о рациональном питании. - Профилактика простудных (вирусных) заболеваний. - Тщательный анализ генеалогического анамнеза. - Обследование сердечно-сосудистой и других систем, оценка неврологического статуса, выявление уровня стигматизации для своевременной диагностики врожденных пороков развития.
5 группа	<p>Профилактические мероприятия: санитарно-просветительная работа о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка, о здоровом образе жизни.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Контроль физического и нервно-психического развития. -Контроль за вскармливанием, режимом дня, физическим воспитанием, закаливанием. -Профилактика рахита медицинской сестрой на дому. -При любых заболеваниях необходима госпитализация. -Внеплановые выходы в семью. -Обеспечение бесплатным питанием, ЛС. -Внеочередное устройство ребенка в ясли.

- | |
|---|
| <p>-При выявлении факторов риска (неправильное вскармливание, нарушение режима, ухода и другие нарушения) следует проводить профилактические мероприятия, направленные на снижение этого риска.</p> <p>-Санитарно-просветительная работа, привлечение и работа с семьей общественных организаций, а при наличии показаний — лишение матери родительских прав.</p> <p>-Участие заведующего отделением в профилактическом наблюдении за ребенком.</p> <p>-Наблюдение социальных работников.</p> |
|---|

Вывод

Изучив группы риска новорожденных детей и наиболее значимые факторы риска развития заболеваний в каждой из групп, можно утверждать, что заболеваемость и смертность значительно выше среди детей, имеющих факторы риска при рождении: неблагополучный социальный анамнез, экстрагенитальная патология матери, отягощённый акушерский анамнез и др. Кроме того, имеется зависимость формирования характера патологии ребёнка от специфичности воздействия различных факторов риска.

В связи с этим возникает необходимость не только в дифференцированном наблюдении за этими детьми, но и в целенаправленной первичной профилактике прогнозируемой патологии.

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

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

Список литературы

- 1) Елиневская, Г. Ф. Организация наблюдения за новорожденными групп риска : метод. рекомендации / Г. Ф. Елиневская, С. И. Денисевич, К. А. Ласюк. Мн. : МГМИ, 2013..
- 2) Поликлиническая и неотложная педиатрия : учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013
- 3) Характеристики Угрожающие состояния в педиатрии - Э. К. Цыбульский ГЭОТАР-Медиа, 2014 г.
- 4) Консультант врача. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия. (Электронный ресурс): электронная информационно-образовательная система / Союз педиатров России, Ассоциация медицинских обществ по качеству ; ред. А.А. Баранов, Р.У. Хабриев, А.Г. Чучалин. - Электрон. поисковая прогр. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
- 5) Руководство по педиатрии. Болезни плода и новорожденного, врожденные нарушения обмена веществ / под ред. Р. Е. Бермана, В. К. Вогана. : пер. с англ. М. : Медицина, 2015

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 3 группы

Кузьмина Юлия 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