

91 Зина  
Волыкова О. П.  
①

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

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

Выполнила:

Обучающаяся 5 курса 1 группы  
педиатрического факультета

Синьковская Кристина Олеговна

## Содержание

1. Введение.....	3
2. Цель и задачи научно-исследовательской работы.....	4
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	4
4. Основные определения и понятия.....	5
5. Теоретическая часть.....	6
6. Роль участкового врача-педиатра при работе с новорожденными из группы риска.....	16
7. Собственное исследование.....	18
8. Выводы.....	24
9. Список литературы.....	25

## Введение

Негативные тенденции в состоянии здоровья новорожденных за последнее десятилетие приобрели устойчивый характер и стали еще более очевидными. По мнению многих ученых в России сейчас здоровых детей, не имеющих каких-либо отклонений, рождается не более 5-10%. В настоящее время увеличивается количество детей, подвергавшихся воздействию тех или иных неблагоприятных факторов в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах, а также перенесших внутриутробно или сразу после рождения какое-либо заболевание. Таким детям требуется особое внимание, и их необходимо отнести к группе риска.

Группы риска новорожденных существуют с целью привлечения внимания к болезням, которые могут развиваться по мере роста и развития ребенка. Они необходимы для того, чтобы педиатр обращал внимание на симптомы конкретного заболевания и проводил все необходимые в конкретном случае профилактические и лечебно-диагностические мероприятия. В таком случае удастся предупредить развитие и прогрессирование многих заболеваний. В связи с вышесказанным, можно сделать вывод о чрезвычайной актуальности изучения данной темы.

## **Цель научно-исследовательской работы**

Целью данной научно-исследовательской работы является анализ групп риска новорожденных детей на педиатрическом участке № 2 ГУЗ «Детская поликлиника № 6».

## **Задачи научно-исследовательской работы**

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- 1) Изучить выделяемые группы риска новорожденных по данным литературы;
- 2) Изучить основные методы контроля состояния здоровья, а также методы профилактики его отклонений у детей первого года жизни в различных группах риска;
- 3) Изучить факторы риска у новорожденных, родившихся в июне 2018 года и прикрепленных ко 2 участку ГУЗ «Детская поликлиника №6», определить группы риска по которым они будут наблюдаться;
- 4) Определить процент реализации риска по наблюдаемой нозологической форме у детей, родившихся в июне 2017 года, наблюдаемых на 2 участке ГУЗ «Детская поликлиника №6»;
- 4) Проанализировав полученные данные, сделать общие выводы.

## Основные определения и понятия

**Группа риска** – часть населения, условно объединённая по принципу повышенной вероятности возникновения в ней заболеваний, травм и других нарушений здоровья, которая может быть обусловлена характером профессиональной деятельности людей, социальными условиями их жизни, а также их поведенческими особенностями.

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

**Новорожденный (*neonatus*)** - ребенок с момента рождения до 28 дней жизни. Этот период жизни ребенка носит также название неонатального.

**Аntenатальный период** - период внутриутробного развития плода от момента образования зиготы до родов. Антенатальный период условно делят на эмбриональный и фетальный.

**Интранатальный период** - период жизни плода от начала регулярных родовых схваток до момента перевязки пуповины (от 2 до 15-18 ч).

**Постанатальный период** - период жизни человека от рождения до смерти.

## Теоретическая часть

Известно, что в антенатальном периоде плод очень чувствителен к действию патогенных факторов внешней среды. Наиболее опасны эти факторы в ранние периоды онтогенеза, когда в результате их влияния могут формироваться врожденные пороки развития. Особое значение придают поздним токсикозам беременности, осложнениям беременности и родов, преждевременным родам и др. У таких детей снижается устойчивость к повреждающему действию родового акта. При вирусных и гнойносептических заболеваниях в раннем детском возрасте у этих детей могут возникнуть тяжелые нарушения нейрогуморальных адаптационных механизмов и неадекватность иммунного ответа, развиваться угрожающие жизни синдромы, увеличивается возможность летального исхода. Все это требует особого внимания к таким детям и заставляет отнести их к группе риска. Анализ анамнеза и состояния ребенка в период новорожденности, индивидуальный подход к осуществлению лечебно-оздоровительных мероприятий и составляют суть дифференцированного наблюдения детей группы риска.

Сроки наблюдения детей по группам риска, начиная с периода новорожденности и далее в течение первого года жизни, определяет участковый врач-педиатр для каждого ребенка индивидуально, исходя из существующих факторов риска и с обязательным учетом социальных факторов.

К группе высокого риска можно отнести:

- новорожденных, перенесших внутриутробно или сразу после рождения какое-либо заболевание, патологическое состояние (дети с внутриутробным инфицированием, после асфиксии, родовой травмы, гемолитической болезни);
- недоношенных;
- незрелых;

- переносенных;
- детей от многоплодной беременности.

К группе повышенного риска можно отнести детей, не имеющих после рождения явной клинической картины заболевания, но с неблагоприятными факторами в биологическом и генеалогическом анамнезе. К таким факторам относят:

- профессиональные вредности и алкоголизм родителей;
- экстрагенитальные заболевания матери;
- нарушения режима и питания матери во время беременности;
- возраст матери моложе 16 и старше 30 лет к моменту рождения ребенка;
- патологию беременности (токсикоз, угрозу прерывания, кровотечения, инфекции);
- затяжные или стремительные роды, длительный безводный период, оперативные вмешательства, патологию плаценты и пуповины, неправильное положение 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 указанных факторов в анамнезе позволяет распределить новорожденных по следующим основным группам риска:

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

Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей первого года жизни с риском заболеваний центральной нервной системы (1-я группа риска).

I) Антенатальный период. Факторы риска: возраст матери менее 16 и более 40 лет; профессиональные вредности и вредные привычки родителей, отягощенный акушерский анамнез у матери (выкидыши, мертворождение, рождение детей с массой тела, длительное бесплодие); экстрагенитальная патология у матери (артериальная гипертензия, заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и др.); инфекционные заболевания матери, передаваемые внутриутробно (токсоплазмоз, ВИЧ и др.); патология беременности: выраженный токсикоз, угроза прерывания, гипоксия плода, многоводие, иммунологическая несовместимость крови матери и плода; злоупотребление алкоголем, наркотиками и др.

Частота осмотров специалистами: медицинская сестра - 2 раза до 20-й недели, а также в 32 нед беременности.; врач-педиатр - в 32 нед., наблюдение у акушера-гинеколога.

Инструментальные и лабораторные исследования: УЗИ плода в 12 и 24 нед., обследование на внутриутробные инфекции.

Профилактические мероприятия: рациональное питание беременной, наблюдение у акушера-гинеколога и выполнение его назначений (профилактика гипоксии плода), санитарно-просветительная работа о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка.

Длительность наблюдения: весь период.

II) Интранатальный и постнатальный периоды. Факторы риска: возраст матери менее 16 и более 40 лет; профессиональные вредности и вредные привычки родителей, отягощенный акушерский анамнез у матери; экстрагенитальная патология у матери; инфекционные заболевания матери, передаваемые внутриутробно; патология беременности: выраженный токсикоз, угроза прерывания, гипоксия плода, многоводие, иммунологическая несовместимость крови матери и плода; злоупотребление алкоголем, наркотиками и др; узкий таз, патология плаценты; затяжные или стремительные роды; слабость родовой деятельности; преждевременное отхождение вод; кесарево сечение; обвитие пуповиной с асфиксией



новорожденного, преждевременная отслойка плаценты; недоношенный/переносенный ребенок; стойкая желтуха; крупный ребенок; повышенная возбудимость или сонливость; транзиторная лихорадка, рвота; высокий уровень стигматизации (более 5 стигм).

Частота осмотров специалистами: осмотр педиатром на первом месяце - более 5 раз, далее - в декретированные сроки. Подробная оценка неврологического статуса. Невролог - в 1, 3, 6, 9, 12 мес. Офтальмолог, ортопед - в 1 мес и 1 год. Хирург - в 1, 9, 12 мес. Оториноларинголог - в 3 мес и 1 год. По показаниям осмотры проводят чаще.

Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови и мочи, кал на яйца глистов в декретированные сроки. Трансиллюминация черепа, ЭЭГ. ЭхоЭГ по назначению невролога.

Профилактические мероприятия: свободное вскармливание в течение 1 мес и частично свободное в возрасте старше 1 мес, отказ от насильственного кормления; охранительный режим; массаж, гимнастика, плавание, закаливание; контроль за выполнением назначений невролога.

Длительность наблюдения: до 1 года.

Профилактические прививки: после осмотра неврологом и при отсутствии противопоказаний.

Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей первого года жизни с риском внутриутробного инфицирования (2-я группа риска).

I) Анте- и интранатальный периоды. Факторы риска: хроническая генитальная и экстрагенитальная патология (пиелонефрит, холецистит, колит и др.); перенесенные токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, сифилис и др.; ОРВИ и бактериальные заболевания, перенесенные в конце беременности и в родах; длительный (>8 ч) безводный период, патология плаценты.

Частота осмотров специалистами: медицинская сестра - до 20-й недели и в 32 нед беременности, врач-педиатр - в 32 нед.

Лабораторные и инструментальные исследования: УЗИ плода в 12 и 24 нед., обследование на внутриутробные инфекции, наблюдение у акушера-гинеколога, терапевта.

Профилактические мероприятия: санитарно-просветительная работа о соблюдении режима беременной, профилактика и лечение заболеваний.

Длительность наблюдения: весь период.

II) Постнатальный период. Факторы риска: хроническая генитальная и экстрагенитальная патология; перенесенные токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, сифилис и др.; ОРВИ и бактериальные заболевания, перенесенные в конце беременности и в родах; длительный (>8 ч) безводный период, патология плаценты, гнойничковые заболевания у матери, мастит у матери, инфекционные заболевания у членов семьи.

Частота осмотров специалистами: участковый врач-педиатр осматривает ребенка до 10 дней ежедневно, затем - в декретированные сроки. Медицинская сестра - ежедневно до 14 дней, затем 2 раза в неделю до 1 мес. Хирург - 1, 9, 12 мес. Другие специалисты - в декретированные сроки.

Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови в 1, 3, 12 мес и при интеркуррентных заболеваниях; общий анализ мочи, кал на яйца глистов в декретированные сроки. Кал на дисбактериоз - по показаниям.

Профилактические мероприятия: термометрия 3 раза в день первые 10 дней; соблюдение санитарно-гигиенического режима. Ежедневные купания в розовом растворе перманганата калия. Туалет пупочной ранки 4-6 раз в день. Естественное вскармливание. Обработка грудных желез матери перед кормлением. Пробиотики в течение 2 нед. Кипячение и проглаживание белья, госпитализация при кожных высыпаниях воспалительного характера и изменении общего состояния (ОРВИ, острых кишечных инфекциях и др.) с назначением антибиотиков.

Длительность наблюдения: до 1 года.

Профилактические прививки: по календарю (при отсутствии признаков заболевания)

Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей первого года жизни с риском развития трофических нарушений и эндокринопатий (3-я группа риска).

I) Анте- и интранатальный периоды. Факторы риска: экстрагенитальная патология беременной (артериальная гипертензия, пороки сердца, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, ожирение, анемия), нерациональное питание беременной, выраженный токсикоз, роды от 4-й или последующей беременности, период между родами 1 год и менее, возраст матери более 30 лет.

Частота осмотров специалистами: медицинская сестра патронирует дважды - до 20-й недели и в 32 нед. беременности, врач-педиатр - в 32 нед. Беременную наблюдают акушер-гинеколог, терапевт, эндокринолог по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования: УЗИ плода в 12 и 24 нед и по показаниям. Другие обследования, назначенные специалистами.

Профилактические мероприятия: рациональное питание матери, режим. Витаминно-кислородные коктейли, препараты тиоктовой кислоты (липамид), поливитамины (в 14-16, 24-26 нед), при концентрации гемоглобина менее 110 г/л - препараты железа. Витамин D в дозе 400-500 МЕ/сут в течение последних 2 мес (женщинам до 30 лет) или ультрафиолетовое облучение кожи № 15-20.

Длительность наблюдения: весь период беременности.

II) Постнатальный период. Факторы риска: экстрагенитальная патология беременной (артериальная гипертензия, пороки сердца, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, ожирение, анемия), нерациональное питание беременной, выраженный токсикоз, роды от 4-й или последующей беременности, период между родами 1 год и менее, возраст матери более 30 лет; недоношенность с ЗВУР, многоплодная беременность, масса тела 4000 г

и более, раннее искусственное вскармливание, лечение противосудорожными препаратами, высокий темп физического развития, эндокринопатии, инфекционно-воспалительные заболевания (пневмония, бронхит, ОРВИ, острые кишечные инфекции и др.), неустойчивый стул.

Частота осмотров специалистами. Врач-педиатр на первом месяце - более 5 раз, в 2-3 мес - 2 раза, далее - 1 раз в месяц. Невролог, окулист, ортопед, хирург, оториноларинголог - в декретированные сроки. Заведующий отделением - до 3 мес. Эндокринолог - до 3 мес, в 1 год.

Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови - в 1, 3, 6, 12 мес (по показаниям чаще). Общий анализ мочи, кал на яйца глистов - в декретированные сроки. Проба Сулковича по показаниям.

Профилактические мероприятия. Профилактика гипогалактии. Рациональное вскармливание, по показаниям - расчет питания и своевременная коррекция. Массаж, гимнастика, закаливание. Контроль за физическим и нервно-психическим развитием. Профилактика анемии: препараты железа доношенным с 2 мес в дозе 1 мг/кг/сут, недоношенным - с 3-4 нед в дозе 2 мг/кг/сут. Профилактика рахита: витамин D в дозе 500 МЕ 1 раз в сутки постоянно, исключая летние месяцы (доза для недоношенных составляет 1000 МЕ).

Длительность наблюдения: в течение года.

Профилактические прививки: по календарю, недоношенным с массой тела менее 2000 г - по индивидуальному графику.

Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей первого года жизни с риском врожденных пороков развития органов и систем (4-я группа риска)

I) Антенатальный период. Факторы риска: кровнородственный брак; наличие хромосомных перестроек у одного из родителей; самопроизвольные аборт в анамнезе; наличие врожденных пороков развития у родителей, родственников; возраст матери более 30 лет, отца - более 40 лет; профессиональные вредности у родителей; рождение детей с пороками

развития от предыдущих беременностей; многократная угроза прерывания беременности; сахарный диабет у беременной; злоупотребление алкоголем, наркотиками; инфекционные заболевания: ОРВИ, краснуха до 3 мес. Действие ионизирующего облучения до 3 мес беременности; прием лекарственных препаратов до 3 мес беременности; остро развившееся многоводие, ЗВУР.

Частота осмотров специалистами. Медицинская сестра посещает беременную 2 раза - до 20-й недели и в 32 нед. Осмотр врачом-педиатром - в 32 нед. Консультация генетика - по показаниям. Наблюдение у акушера-гинеколога

Лабораторные и инструментальные исследования: УЗИ плода в 12 и 20-24 нед., обследование на внутриутробные инфекции.

Профилактические мероприятия: санитарно-просветительная работа о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка, о профилактике простудных (вирусных) заболеваний, вреде самолечения, необходимости соблюдения режима дня и о пользе рационального питания.

Длительность наблюдения: весь период.

II) Интра- и постнатальный периоды. Факторы риска: кровнородственный брак, наличие хромосомных перестроек у одного из родителей, самопроизвольные аборт в анамнезе, наличие врожденных пороков развития у родителей, родственников, возраст матери более 30 лет, отца - более 40 лет, профессиональные вредности у родителей, рождение детей с пороками развития от предыдущих беременностей, многократная угроза прерывания беременности, сахарный диабет у беременной, злоупотребление алкоголем, наркотиками, инфекционные заболевания: ОРВИ, краснуха до 3 мес. Действие ионизирующего облучения до 3 мес беременности; прием лекарственных препаратов до 3 мес беременности; остро развившееся многоводие, ЗВУР; гипоксия в родах.

Частота осмотров специалистами. Врач-педиатр на первом месяце - более 5 раз, затем - в декретированные сроки. Невролог, окулист, ортопед - в

декретированные сроки (по показаниям чаще). Хирург - 1, 9, 12 мес. Другие специалисты - в декретированные сроки. Генетик - по показаниям.

Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов - в декретированные сроки. Обследование на фенилкетонурию, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, ФКГ, ЭЭГ и другие исследования - по назначению специалистов

Профилактические мероприятия: тщательный анализ генеалогического анамнеза, обследование для своевременной диагностики врожденных пороков развития.

Длительность наблюдения: до 1 года, при выявлении врожденных пороков развития - диспансеризация по профилю заболевания.

Профилактические прививки: по календарю.

Контроль за состоянием здоровья и профилактика его отклонений у детей первого года жизни из социально неблагополучных семей (5-я группа риска).

I) Антенатальный период. Факторы риска: неудовлетворительные жилищные и бытовые условия, неполные и многодетные семьи, семьи с плохим психологическим климатом, с вредными привычками родителей, жестокое обращение с детьми, студенческие семьи.

Частота осмотров специалистами. Медицинская сестра посещает беременную 2 раза - до 20-й недели и в 32 нед беременности. Врач-педиатр - в 32 нед. Наблюдение у акушера-гинеколога.

Профилактические мероприятия: санитарно-просветительная работа о влиянии факторов риска на состояние здоровья ребенка, о здоровом образе жизни.

Длительность наблюдения: весь период.

II) Постнатальный период. Факторы риска: неудовлетворительные жилищные и бытовые условия, неполные и многодетные семьи, семьи с плохим психологическим климатом, с вредными привычками родителей, жестокое обращение с детьми, студенческие семьи.

Частота осмотров специалистами. Врач-педиатр на первом месяце посещает ребенка более 5 раз, до 6 мес - 2 раза в месяц, далее - ежемесячно. Патронажная медицинская сестра осматривает ребенка чаще. Специалисты (невролог, хирург, окулист, ортопед, оториноларинголог) - в декретированные сроки

Лабораторные и инструментальные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на яйца глистов - в декретированные сроки. Другие исследования - по показаниям.

Профилактические мероприятия: контроль за физическим и нервно-психическим развитием; контроль за вскармливанием, режимом дня, физическим воспитанием; закаливанием, проведение мероприятий по профилактике рахита медицинской сестрой на дом; госпитализация при любых заболеваниях, внеплановые выходы в семью; обеспечение бесплатным питанием, медикаментами; внеочередное устройство в ясли; при выявлении факторов риска (неправильного вскармливания, нарушения режима, ухода и др.) - проведение профилактических мероприятий согласно направленности риска; санитарно-просветительная работа, привлечение к работе с семьей общественных организаций, при наличии оснований - лишение матери родительских прав; участие заведующего отделением в профилактическом наблюдении за ребенком; наблюдение социальных работников.

Длительность наблюдения: до перевода во взрослую поликлинику.

Профилактические прививки: по календарю.

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

После выписки из родильного дома новорожденного передают под наблюдение детской поликлиники. Сведения о выписке детей поступают ежедневно, их записывают в журнал регистрации новорожденных и в тот же день передают участковым врачам-педиатрам.

Врачебно-сестринский патронаж к новорожденному выполняют независимо от прописки матери. Профилактическая работа с этой возрастной группой заключается в проведении первичного врачебно-сестринского патронажа в первые трое суток после выписки из родильного дома, если новорожденный здоров, и обязательно в первые сутки, если у новорожденного есть отклонения в состоянии здоровья или он проживает в неблагоприятных условиях.

Участковый врач-педиатр должен уточнить и оценить социальный анамнез, собрать и оценить генеалогический и биологический анамнез, используя данные опроса матери, дородовых патронажей и сведения из обменной карты новорожденного. Особое внимание уделить вопросу о вскармливании ребенка при необходимости дать рекомендации. Позже врач проводит объективное обследование.

После полного объективного обследования врач-педиатр должен сделать заключение, отражающее следующие моменты:

- уровень физического развития новорожденного, определяемый путем сопоставления антропометрических данных новорожденного с показателями физического развития детей данного возраста;
- уровень нервно-психического развития;
- группу здоровья, группу риска;
- план диспансеризации на первый месяц жизни.



План диспансеризации должен включать вопросы режима, ухода, воспитания, вскармливания и закаливания ребенка, а при наличии показаний - восстановительные, профилактические и лечебные мероприятия.

Данные первичного врачебно-сестринского патронажа вносят в историю развития ребенка (форма № 112/у).

При последующих осмотрах оценивают адаптацию новорожденного к новым условиям жизни, состояние его здоровья, динамику массы тела, особенности поведения и нервно-психического развития, контролируют соблюдение правил ухода и вскармливания, выполнение назначенных мероприятий.

## Собственное исследование

Для прохождения практики была направлена на второй участок ГУЗ «Детская поликлиника №6». При разборе статистических данных было выяснено, что количество детей, родившихся в июне 2018 г. и закрепленных на втором участке детской поликлиники №6, составляет 9 человек. Изучив данные анамнеза, дородовых патронажей и сведения из обменной карты новорожденного, у данной группы детей были выявлены факторы риска по развитию той или иной патологии. В дальнейшем, проводился анализ и определение групп риска новорожденных. Полученные данные отражены в Таблице 1 «Факторы и группы риска новорожденных, наблюдающихся на втором участке ГУЗ «Детская поликлиника №6», родившихся в июне 2018 года».

Таблица 1

*Факторы и группы риска новорожденных, наблюдающихся на втором участке ГУЗ «Детская поликлиника №6», родившихся в июне 2018 года*

Новорожденный	Факторы риска	Группа риска
1. Алибеков А.А.	1. Экстрагенитальная патология у матери: язвенная болезнь 12-перстной кишки; 2. Отягощенный акушерский анамнез у матери: бесплодие 4 года; 3. Патология беременности: 16 нед. - угроза прерывания, установка акушерского пессария, 24 нед. – ОРВИ.	Риск развития патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования

\* - фамилия и инициалы новорожденных изменены в связи с ФЗ №152 «О персональных данных» от 27.07.2006 г.

2. Забурдяев К.Н.	1. Патология беременности: 29-30 нед. – угроза преждевременных родов, с 33 нед. – отеки беременных; 2. Обвитие пуповины вокруг шеи во втором периоде родов 3. Кесарево сечение; 4. Мастит у матери.	Риск развития патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования
3. Костюк М.Н.	1. Возраст матери более 30 лет; 2. Масса тела новорожденного 4340 грамм; 3. Патология беременности: с 37 нед. – отеки беременных; 4. Экстрагенитальная патология беременной – ожирение III степени, ВСД; 5. Кесарево сечение.	Риск развития патологии ЦНС, трофических нарушений и эндокринопатий
4. Молокова А.К.	1. Возраст матери более 30 лет, отца - более 40 лет; 2. Сахарный диабет у беременной; 3. Самопроизвольные аборт в анамнезе; 4. Наличие врожденных пороков развития у родственников;	Риск развития патологии ЦНС, врожденных пороков развития органов и систем

	<p>5. Патология беременности: 26-28 нед. – угроза преждевременных родов, с 32 нед. – отеки беременных.</p>	
5. Попова В.В.	<p>1. Патология беременности: 22-24 нед.- угроза прерывания, анемия I степени, 30-31 нед – кольпит (санация), 32-33 нед. – многоводие по УЗИ; 2. Отягощенный акушерский анамнез: многоводие, гестационная анемия I степени, длительный безводный период.</p>	<p>Риск развития патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования, анемии–</p>
6. Рогачев С.Р.	<p>1. Патология беременности: 13 нед.- ОРВИ, 32 нед. – нарушение МПК I степени; 2. Оперативные роды: кесарево сечение. 3. Неудовлетворительные жилищные и бытовые условия, неполная семья.</p>	<p>Риск развития патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования; группа социального риска</p>
7. Сучкова Е.В.	<p>1. Патология беременности: 22 нед. - ОРВИ;</p>	<p>Риск развития патологии ЦНС,</p>

	2. Затяжные роды, слабость родовой деятельности; 3. Гипоксия плода.	внутриутробного инфицирования
8. Щепанков М.Д.	1. Отягощенный акушерский анамнез у матери: выкидыш на 14 неделе; 2. Патология плаценты; 3. Кесарево сечение; 4. Стойкая желтуха у новорожденного.	Риск развития патологии ЦНС
9. Ярцева М.М.	1. Патология беременности: 12 нед.- ОРЗ, 20 нед.- низкая плацентация; 2. Оперативные роды: кесарево сечение.	Риск развития патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования

В итоге было подсчитано, что из 9 новорожденных, наблюдающихся на 2 участке ГУЗ «Детская поликлиника №6», рожденных в июне 2018 года, у 9 определяется риск развития патологии ЦНС, у 6 – внутриутробного инфицирования. У двух новорожденных имеется риск развития трофических нарушений и эндокринопатий, по одному ребенку с риском развития врожденных пороков органов и систем и группы социального риска.

В дальнейшем было определено число детей, рожденных в июне 2017 года, наблюдающихся на 2 участке ГУЗ «Детская поликлиника №6». Среди них были выявлены новорожденные с группой риска. Полученные данные отражены в Таблице 2 «Распределение по группам риска новорожденных, наблюдающихся на втором участке ГУЗ «Детская поликлиника № 6», родившихся в июне 2017 года».

Таблица 2

*Распределение по группам риска новорожденных, наблюдающихся на втором участке ГУЗ « Детская поликлиника № 6», родившихся в июне 2017 года*

Группа риска	Количество новорожденных
1. Риск развития патологии ЦНС	9
2. Риск развития внутриутробного инфицирования	7
3. Риск развития трофических нарушений и эндокринопатий	4
4. Риск развития врожденных пороков органов и систем	3
5. Группа социального риска	0
Всего	10

Исследовалось состояние здоровья детей с группой риска новорожденных, наблюдающихся на втором участке ГУЗ « Детская поликлиника № 6», родившихся в июне 2017 года, в течение первого года их жизни (с июня 2017 г. по июнь 2018 г.). В процессе исследования были получены следующие результаты:

1) Реализация риска по развитию патологии ЦНС была выявлена у 7 детей из 9, что составило около 78%. Из патологических состояний были обнаружены: у двух детей - церебральная ишемия I степени, у одного ребенка – церебральная ишемия II степени, четверем детям на первом году жизни был поставлен диагноз – синдром нарушения мышечного тонуса.

2) Риск по развитию внутриутробной инфекции реализовался у 4 детей из 7, таким образом, процент реализации риска в данной группе составил 57%.

У трех детей в возрасте 4, 6 и 9 месяцев была выявлена инфекция мочеполовых путей, у одного ребенка развился гнойный омфалит.

3) Из 4 детей с группой риска по развитию трофических нарушений и эндокринопатий у двоих произошла реализация риска (процент реализации 50%). У одного ребенка была выявлена гипотрофия I степени, анемия I степени, у второго ребенка обнаружена конституциональная задержка роста в 6 месяцев.

4) Реализация риска по развитию врожденных пороков внутренних органов и систем была выявлена у одного ребенка из трех. Таким образом, процент реализации риска в данной группе составил 33%. В процессе обследования у ребенка был обнаружен дефект межжелудочковой перегородки сердца.

## Выводы

В процессе собственного исследования выявление повреждающих факторов в анамнезе позволило распределить новорожденных, наблюдающихся на втором участке ГУЗ «Детская поликлиника №6», родившихся в июне 2017г. и 2018г., по пяти группам направленного риска: I группа – новорожденные с риском развития патологии центральной нервной системы (94,7%); II группа – новорожденные с риском развития внутриутробного инфицирования (68,4%); III – новорожденные с риском развития трофических нарушений и эндокринопатий (31,6%); IV – новорожденные с риском развития врождённых пороков органов и систем (21%); V – новорожденные из группы социального риска (10,5%).

Отмечается значительный удельный вес реализации отдельных групп направленного риска новорожденных в заболевания. На втором участке ГУЗ «Детская поликлиника №6» среди новорожденных с группами риска, родившихся в июне 2017 г., I группа риска реализовалась в 78% случаев, II группа риска – в 57%, III группа риска – в 50%, IV группа риска – в 33% случаев.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что для прогнозирования состояния здоровья ребёнка целесообразно с учётом факторов риска у всех новорожденных определять группы направленного риска по заболеваниям, что позволит в дальнейшем в соответствии с ними правильно организовать наблюдение и профилактику патологических состояний. С этой же целью оправдано использование комплексных программ охраны здоровья женщин и детей, предусматривающих всесторонний охват процессов формирования оптимального уровня здоровья детей, начиная с сохранения здоровья будущих родителей по цепочке девочка – девушка – женщина – беременная – роды – ребёнок. В полном объёме это может быть реализовано только при постоянном мониторинге состояния здоровья детского населения.



## Список литературы

- 1) Детские болезни: в двух томах, том 1 / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонов Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2013 г.
- 2) Детские болезни: учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, - 2015 г.
- 3) Неонатология: в 2 томах, том 1: учебное пособие / Н. П. Шабалов. - 6-е издание, исправленное и дополненное, - М.: ГЭОТАР-Медиа, - 2016 г.
- 4) Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник / под ред. А. С. Калмыковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа,- 2013 г.
- 5) Прогностическая ценность определения перинатальных факторов риска у новорожденных детей / Л.Л. Рысева, О.Г. Сизова // Журнал. Вятский медицинский вестник, - 2013г., - № 2-4.

## 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 1 группы

Синькевская Кристина Олеговна

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, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные 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 глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. 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 обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова