

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Зр. Бабаля
Слащекова О.В.
②

Научно-исследовательская работа на тему:
**Анализ острой заболеваемости на
педиатрическом участке**

Выполнила:

Студентка 5 курса 10 группы
педиатрического факультета
Стрельцова Ирина Сергеевна

Содержание:

I. Введение.....	2
II. Цели исследования.....	6
III. Задачи исследования.....	6
IV. Основные понятия и определения.....	6
V. Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	7
VI. Роль врача-педиатра в предотвращении и лечении острых заболеваний.....	15
VII. Собственное исследование.....	17
VIII. Выводы.....	26
IX. Список литературы.....	27

Введение

ГУЗ «Детская поликлиника № 6» является самостоятельным государственным учреждением здравоохранения, действующее на основании Устава и Лицензии № ЛО-34-01-002961, выданной 21.04.2016 года Комитетом здравоохранения Волгоградской области.

С 5 февраля 2016 года произошла реорганизация государственных учреждений здравоохранения путем присоединения ГУЗ «Детская поликлиника № 10» к ГУЗ «Детская поликлиника № 6»
Поликлиника обеспечивает лечебно-диагностическую и профилактическую помощь детскому населению от рождения до 17 лет 11 мес. 29 дней на закрепленной территории всего Ворошиловского района
Детская поликлиника рассчитана на 400 посещений в смену, обслуживает детское население численностью 14688 детей на 18 педиатрических участках.

На прикрепленной территории находятся:

- 12 школ, в которых обучаются - 7154 детей;
- 25 детских дошкольных учреждений, в которых воспитываются - 3924 воспитанника;
- 1 специализированная школа-интернат №1 с количеством детей - 106;
- 1 профтехучилище с количеством детей – 273;
- Филиал РГУПС - 400

Актуальность проблемы острой заболеваемости

Острые заболевания верхних дыхательных путей являются актуальной проблемой современной педиатрии. В структуре заболеваемости у детей преобладают острые респираторные заболевания (ОРЗ) различной этиологии, протекающие с поражением верхних дыхательных путей, а также трахеи и бронхов и имеющих определенное сходство патогенетических механизмов и клинической симптоматики. Особенностью распространённости ОРЗ является высокая частота данной патологии в детском возрасте. Кроме этого, у детей значительно чаще регистрируются тяжелое и осложненное течение ОРЗ. Анализируя этиопатогенез острых воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, можно отметить, что в большинстве случаев их первопричиной является респираторно-вирусная инфекция. В ряде случаев респираторные вирусы определяют клиническую картину заболевания: острые риниты, острые ринофарингиты, острые ларингиты и ларинготрахеиты. С другой стороны, респираторные вирусы оказывают влияние на местные защитные механизмы слизистой оболочки верхних дыхательных путей: нарушают мукоцилиарный клиренс, снижают иммунитет слизистых. Все это является предрасполагающим фактором задержки патогенной бактериальной флоры на поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей, ее колонизации и размножения.

В некоторых случаях возможны и другие факторы, способствующие изменению местных защитных реакций слизистых оболочек, не связанные с респираторно-вирусной инфекцией - переохлаждение, переутомление, стресс. Они также могут способствовать колонизации патогенной бактериальной флоры. Максимальная частота острых респираторных инфекций среди детей отмечается в возрасте от 6 мес до 6 лет и составляет от 4 до 8 заболеваний в год. Среди школьников заболеваемость снижается до 2-6 случаев в год, а среди взрослых не превышает 2-5 заболеваний на протяжении года.

Инфекции респираторного тракта, особенно острые и обострения хронических, в основном развиваются осенью и зимой. Увеличивают риск развития острых инфекций респираторного тракта скученность проживания, пребывание в дошкольных и школьных учреждениях воспитания и образования, посещение общественных мероприятий, широкое пользование общественным транспортом, для маленьких детей имеет значение наличие старших братьев и сестер в семье.

Наиболее частыми нозологическими формами, ассоциированными с ОРЗ, являются воспалительные изменения в околоносовых пазухах и среднем ухе. Острые риносинуситы регистрируются у 54% больных ОРЗ, отличаются склонностью к рецидивам, в 10-15% случаев принимают хроническое течение. Другим заболеванием, доминирующим в структуре современной патологии детского возраста и патогенетически связанным с ОРЗ, является острый средний отит. Среди детей, болеющих острой респираторно-вирусной инфекцией (ОРВИ), средний отит регистрируется в 19-20% случаев. Примерно у 12% больных острым средним отитом, возникшим после ОРВИ, развивается нейросенсорная тугоухость.

У детей с предрасположенностью к атопии острые респираторные вирусные инфекции нередко сопровождаются обструкцией дыхательных путей (синдром крупа, обструктивный бронхит). У 20-30% детей острые респираторные заболевания осложняются пневмонией, обострением хронических заболеваний легких, сердечно-сосудистой системы и почек. Последствиями перенесенного острого стрептококкового тонзиллита могут быть ревматическая лихорадка, острый гломерулонефрит, бактериальный эндокардит.

Пневмония остается одним из самых распространенных заболеваний детского возраста. Этому способствуют иммунологическая, функциональная и анатомическая незрелость организма ребенка, а также широкий диапазон возбудителей заболевания. Актуальность данной проблемы обусловлена не только высоким уровнем заболеваемости, но и весомым уровнем летальности у детей.

Острый тонзиллит является одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний у детей, начиная со 2-го полугодия жизни. Возбудителями острот тонзиллита чаще являются вирусы, значительно реже бактерии. Среди последних наиболее значимым этиологическим агентом острого тонзиллита является В-гемолитический стрептококк группы А (БГСА).

Острые желудочно - кишечные заболевания

Желудочно-кишечные заболевания по частоте возникновения занимают второе место после ОРВИ среди патологии детей раннего возраста и проявляются выраженными нарушениями общего состояния ребенка, страдают функции различных органов, нарушается обмен веществ, особенно водно-солевой. Развивается состояние кишечного токсикоза

симптомокомплекс, при котором требуется неотложное врачебное вмешательство для спасения жизни заболевших. По данным ВОЗ, от ОЖКЗ и их осложнений каждую минуту в мире погибает 10 детей, а в год потери среди детей до 5 лет достигают 5 миллионов.

II. Цели исследования.

Целью данной работы является:

-Проанализировать острые заболевания на педиатрическом участке №10

III. Задачи исследования:

-проанализировать частоту встречаемости острой заболеваемости у детей на 10 педиатрическом участке за последние 2 года

-определить частоту встречаемости острой заболеваемости среди разных возрастных групп детей.

IV. Основные определения и понятия:

здоровье; группы здоровья; заболеваемость; анализ заболеваемости; основные факторы, способствующие повышению уровня острой заболеваемости; показатели острой заболеваемости ; острая респираторная вирусная инфекция; острый бронхит; пневмония; острый тонзиллит , острые заболевания ЖКТ и т.д

V. Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Здоровье – по определению специалистов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов. Современная концепция здоровья позволяет выделить его основные составляющие - физическую, психологическую и поведенческую.

Группы здоровья:

* *1-я группа здоровья* - здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

* *02-я группа здоровья* - дети, у которых нет хронических заболеваний, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжёлые 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 $M+2\sigma$). Также в данную группу включают детей, часто и/или длительно болеющих острыми респираторными заболеваниями; детей с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранно соответствующих функций;

* *03-я группа здоровья* - дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, сохранёнными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания. Так в эту группу относят детей с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, причём степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребёнка, в том числе подросткового возраста;

* *04-я группа здоровья* - дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями с сохранёнными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсации функциональных возможностей, с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения

основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии. Также в эту группу относят детей с физическими недостатками, последствиями травм операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определённой мере ограничивает возможность обучения или труда ребёнка;

**05-я группа здоровья* - дети, страдающие тяжёлыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличии 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.

Заболеваемость - показатель общественного здоровья, который отражает частоту регистрации болезни среди населения данной территории за определённый отрезок времени (год).

Указывается в относительных величинах к определенной численности (на 100, 1000, 10000, 100000)

Анализ заболеваемости детей организованных детских коллективов необходим для:

- 1) оценки состояния здоровья воспитанников и учащихся;
- 2) определения причин и факторов, обуславливающих динамику заболеваемости
- 3) целенаправленного планирования оздоровительной и профилактической работы
- 4) оценки эффективности профилактических и оздоровительных мероприятий.

Заболеваемость выявляется при:

- 1) медицинских осмотрах детей (скрининговые осмотры и профилактические);
- 2) обращении ребенка за медицинской помощью;
- 3) наблюдении за ребенком (утренний фильтр)

Заболеваемость измеряется:

- 1) количеством больных;
- 2) числом болезней в случаях или диагнозы;
- 3) продолжительностью

Показатели острой заболеваемости

Показатели	Методика вычисления
1. Основные:	
1.1 Экстенсивный показатель-структура острых заболеваний-удельный вес каждого заболевания среди всех острых заболеваний, принятых за 100%	$\frac{\text{Число острых заб-й по классу болезней(нозоформа)(абс.пок)}}{\text{Общее число острых заболеваний(абс.пок)}} * 100$
1.2. Интенсивный показатель-частота заболеваний(на 100 детей)	$\frac{\text{Число острых заб-й по классу(нозоформе)(абс.пок)}}{\text{Среднегодовой контингент}} * 100$
2. Дополнительные:	
2.1. Индекс здоровья, %	$\frac{\text{Кол-во ни разу не болевших детей в течении года}}{\text{Среднегодовой контингент}} * 100$
2.2 Показатель часто болеющих %	$\frac{\text{Кол-во детей часто болеющих в течении года}}{\text{Среднегодовой контингент}} * 100$
2.3 Показатель длительно болевших, %	$\frac{\text{Кол-во детей длительно болевших в течении года}}{\text{Среднегодовой контингент}} * 100$
2.4 Средняя длительность случая	$\frac{\text{Число дней болезни за отчетный период}}{\text{Число случаев болезни за отчетный период}}$
2.5 Число дней, пропущенных одним ребенком по болезни, дней болезни/1 ребенок	$\frac{\text{Число дней, пропущенных по болезни всеми детьми за год}}{\text{Среднегодовой контингент}}$

--	--

Основные факторы, способствующие повышению уровня острой заболеваемости:

- 1.отсутствие готовности или полная неготовность ребенка к поступлению в образовательное учреждение, что значительно осложняет процесс его адаптации учебно-воспитательного режима;
- 2.неправильное поведение вновь принятого ребенка медицинскими работниками или педагогами;
- 3.несоблюдение санитарно-эпидемического режима в учреждении;
- 4.низкая гигиеническая грамотность персонала образовательного учреждения;
- 5.дефекты в организации медицинского контроля за здоровьем детей;
- 6.недостатки в организации физического воспитания и закаливания;
- 7.наличие у ребенка и его родителей хронических очагов инфекции (кариозные зубы, тонзиллит и др.);
- 8.не соблюдение здорового образа жизни семьи;
- 9.использование общественного транспорта, длительный переезд в образовательное учреждение.

Понимание причин наиболее часто встречающихся заболеваний и отклонений в состоянии здоровья у воспитанников и учащихся позволяет обосновать необходимость включения мероприятий в целевую профилактическую программу образовательного учреждения (это комплекс мероприятий, направленных на снижение негативного влияния установленных факторов).

Острые заболевания.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) являются самыми массовыми, на 90-95% вызываются респираторными вирусами и сходны по клиническим проявлениям и эпидемиологическим характеристикам. В основе ОРЗ лежит воспаление слизистых оболочек верхних (ринит, назофарингит, фарингит, тонзиллит, эпиглоттит) и/или нижних дыхательных путей (ларингит, трахеит, бронхит, бронхиолит, пневмония) с развитием дистрофии и некроза эпителия и нарушением мукоцилиарного клиренса. Наиболее значимыми в эпидемическом отношении являются ортомиксовирусы и парамиксовирусы. По мнению ряда ученых, в годы без пандемий и больших эпидемий доля гриппа типа А и В в структуре острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) составляет 35-50%, парагриппа - 10-12%, респираторно-

синтициальной инфекции - 8-10%, аденовирусной - 10-12%, микоплазменной - 15-20%, несколько меньше приходится на коронавирусные - 3-5%, риновирусные - 5-10%, энтеровирусные - 5-10% заболевания и др.

Грипп и ОРВИ прежде всего опасны бактериальными осложнениями, протекающими в виде воспаления легких (пневмония), гнойного отита, ларингит, фарингита, гайморита и пр. После перенесенной респираторной инфекции часто возникают обострения хронических заболеваний, в том числе пиелонефрита, хронического бронхита, хронического тонзиллита. Можно с уверенностью сказать, что от гриппа и ОРЗ погибает больше людей, чем от всех других инфекционных заболеваний вместе взятых. Эти инфекции наносят непоправимый ущерб здоровью нации, а также материальному положению как отдельной семьи, так и стране в целом. Таким образом внедрение в практику действенных способов профилактики и лечения ОРВИ является приоритетной задачей современной педиатрии.

ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Желудочно-кишечные заболевания по частоте возникновения занимают второе место после ОРВИ среди патологии детей раннего возраста и проявляются выраженными нарушениями общего состояния ребенка, страдают функции различных органов, нарушается обмен веществ, особенно водно-солевой. Развивается состояние кишечного токсикоза симптомокомплекс, при котором требуется неотложное врачебное вмешательство для спасения жизни заболевших. По данным ВОЗ, от ОЖКЗ и их осложнений каждую минуту в мире погибает 10 детей, а в год потери среди детей до 5 лет достигают 5 миллионов.

Причины острых желудочно-кишечных заболеваний

Острые желудочно-кишечные заболевания, вызванные различными микроорганизмами, передающимися преимущественно контактно-бытовым, водным или пищевым путем, проявляются развитием следующих основных синдромов: токсикоз, эксикоз, диспептический синдром.

Синдромы острых желудочно-кишечных заболеваний

Токсикоз - неспецифический синдром, который сопровождается повышением температуры тела, появлением бледности с сероватым оттенком («мраморностью») кожи. У ребенка нарушается сон, снижается аппетит,

изменяется поведение вплоть до коматозного состояния.

Эксикоз (обезвоживание, дегидратация) - наиболее специфический синдром, имеет прогностическое значение, проявляется изменением отношения ребенка к питью, сухостью слизистых оболочек, снижением массы тела и тургора тканей, западением родничка, уменьшением диуреза, симптомами нарушения гемодинамики.

Различают следующие степени дегидратации:

- 1) степень (легкая) - дефицит массы тела 4-5%
- 2) степень (средней тяжести) - дефицит массы тела 6-9%
- 3) степень (тяжелая) - дефицит массы тела более 10%

Дефицит массы тела более 20% и более за счет воды - несовместим с жизнью. В недавнем прошлом острые кишечные инфекции были одной из основных причин детской смертности. После снижения заболеваемости в 1990-е годы среди детей отмечена отчетливая тенденция к росту частоты дизентерии, сальмонеллеза, ротавирусной инфекции, брюшного тифа.

Возбудители кишечной инфекции

Возбудители кишечных инфекций у детей раннего возраста:

- вирусы (рота-, астра-, адено-, энтеро- и пр.);
- бактерии (эшерихия, сальмонелла, шигелла, стафилококк, протей, клебсиелла и др.);
- грибы;
- простейшие.

Данный перечень возбудителей не полон, так как постоянно открывают новые виды микроорганизмов и вирусов, вызывающих ОКЗ. Большинство возбудителей устойчивы во внешней среде, способны длительное время сохраняться на предметах обихода, посуде, в почве и воде.

Условно-патогенные микроорганизмы (стафилококк, клебсиеллы, протей и др.) имеют значение как возбудители диареи только у детей первых трех месяцев жизни и редко бывают причиной расстройств пищеварения у детей более старшего возраста.

У детей до 1 года первое место в структуре возбудителей ОКЗ занимают ротавирусная инфекция, эшерихиозы, сальмонеллезы. У детей старше 1 года наиболее распространенными причинами ОКЗ являются рота-, адено- и

энтеровирусная инфекция, затем дизентерии, эшерихиозы, сальмонеллезы. Лямблии и другие простейшие, цитомегаловирус могут послужить причиной диспепсии преимущественно у детей с иммунодефицитными состояниями.

Источник инфекции: больной человек, бактерио- и вирусоносители. При некоторых кишечных заболеваниях (сальмонеллез) источниками инфекции могут оказаться сельскохозяйственные животные и птицы, грызуны.

Основной путь передачи инфекции: фекально-оральный - через пищу, воду, предметы ухода и игрушки. Заболеваемость нередко носит характер эпидемических вспышек. Реже инфекция может распространяться воздушно-капельным путем.

Острые желудочно-кишечные заболевания особенно часто встречаются среди детей младшего возраста.

Восприимчивость к острым кишечным инфекциям, особенно у детей младшего возраста, высока, что обусловлено следующими особенностями организма:

- среди пассивно полученных от матери (трансплацентарно) иммуноглобулинов антитела к возбудителям кишечных инфекций практически полностью отсутствуют;
- способность к синтезу собственных иммуноглобулинов классов А и М у детей первого года жизни пребывает в стадии начального формирования, становление секреторного иммунитета слизистой оболочки происходит медленно;
- снижены бактерицидные свойства желудочного и кишечного соков, снижена слизеобразующая функция кишечника;
- биоценоз кишечника неустойчив и поддерживается только благодаря иммуноглобулинам, лизоциму и ряду других защитных факторов материнского грудного молока.
- отсутствие грудного вскармливания создает предрасположенность к инфекционным заболеваниям ЖКТ; иммунитет после острых кишечных инфекций типоспецифический, поэтому высока вероятность повторных кишечных заболеваний.

Под воздействием микробных токсинов меняется выработка некоторых гастроинтестинальных гормонов в кишечнике, регулирующих его основные функции, и это является причиной быстрого развития обезвоживания и «вторичного» нарушения моторики и всасывания, усиления секреции,

местных и общих сосудистых реакций у детей раннего возраста.

Основной особенностью токсикоза при кишечных инфекциях является быстрое обезвоживание ребенка. Это обусловлено высокой потребностью детей раннего возраста в жидкости, связанной с высокой интенсивностью обменных процессов. У грудного ребенка ежедневно обменивается примерно 50% всей внеклеточной жидкости, тогда как у взрослого - 14%.

VI. Роль врача педиатра в предотвращении и лечении острых заболеваний.

Роль врача-педиатра в предотвращении и лечении острых заболеваний связана с проведением профилактической и лечебной работы, направленной на укрепление здоровья обслуживаемых детей, улучшение физического и нервно-психического развития, своевременное лечение, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи по своей специальности, используя современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации; раннее выявление и предотвращение возникновения осложнений, снижение заболеваемости и смертности.

В работе участкового педиатра выделяют несколько основных разделов:

- профилактическая работа с диспансеризацией;
- лечебная работа;
- санитарно-просветительная работа;
- организационная работа.

Профилактическая работа участкового врача - педиатра включает:

- неспецифическую профилактику (антенатальная охрана плода и новорожденного, патронажи, организация рационального режима дня и питания, проведение комплекса массажа и гимнастики, мероприятий по закаливанию, диспансерное наблюдение за здоровыми детьми, профилактика и реабилитация детей с хроническими заболеваниями);
- специфическую профилактику (иммунопрофилактика, противозидемическая работа в очаге инфекционных заболеваний)

Лечебная работа участкового врача-педиатра включает:

- лечение на дому детей с острыми заболеваниями и обострениями хронически форм патологии, госпитализацию больных;
- прием в детской поликлинике реконвалесцентов после острых заболеваний, не представляющих опасности заражения для окружающих;
- наблюдение и реабилитация детей, находящихся на учете по форме № 30;
- при работе в объединенной поликлинике - дежурство по больнице.

Санитарно-просветительная работа участкового врача-педиатра включает:

- индивидуальные беседы с родителями и старшими детьми по вопросам гигиены, профилактики и лечения заболеваний;
- занятие в очной школе молодых матерей и отцов;

- встречи с населением;
- вечера вопросов и ответов;
- работу в комнате здоровья на участке;
- выпуск санитарной стенной печати (санлистки, сангазеты)

VII. Собственное исследование

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Детская клиническая поликлиника №6 педиатрический участок № 10, г. Волгограда.

Численность прикрепленного контингента- 789 человек.

Возрастная структура детского населения на педиатрическом участке №10:

Дети до 1года - 7,28

Дети 1- 3 лет - 16,80

Дети 4-7 лет - 20,24

Дети 8- 14 лет - 37,40%

Дети 15- 18 лет- 18,27%

1) Анализ острой заболеваемости на №10 педиатрическом участке

Заболевание	2015-2016	2017-2018
ОРВИ, Грипп	594	453
Пневмония	55	42
Бронхит	107	113
Ангина, острый тонзиллит	86	91
Заболевания ЖКТ	146	171
Ветряная оспа	28	42
Прочие	83	90
Итого:	1099	1002

1) Проанализировав заболеваемость, можно сказать, что самую большую группу составляют заболевания органов дыхания, а среди них основную группу ОРВИ. В осенне - зимний сезон отмечаются высокие показатели острых заболеваний.

В 2017-2018 году была проведена большая работа по профилактике гриппом, путём массовой вакцинации детей, что позволило снизить заболеваемость гриппом в 2017 году по сравнению с 2016.

Отмечается равномерное снижение заболеваемости от 2015-2016 к 2017-2018 году, что говорит о хорошей профилактической работе на участке.

Но при этом остается высокой заболеваемость детей до года. Была проведена усиленная профилактическая работа в этом направлении, и отмечалось снижение заболеваемости в этой возрастной группе в 1,3 в 2017-2018 по сравнению с 2015-2016 годом.

В течении 2-х лет на участке заболеваемость пневмонией остается на стабильном уровне, что говорит о правильном ведении детей с заболеваниями органов дыхания.

Снизилась заболеваемость ОКИ, энтеробиозом, что говорит о хорошей санитарно-просветительной работе на участке.

С каждым годом увеличивается заболевания ЖКТ, КМС, НС.

Эти нозологии занимают 1,2 и 3 места по удельному весу, что связано с гиподинамией, снижением общей физической подготовки детей, большой нагрузкой в школе, посещением детьми, кроме общеобразовательной, ещё и дополнительных школ, компьютеризацией населения, длительными просмотрами телевизора, неправильным питанием.

2) анализ частоты, встречаемости острой заболеваемости среди разных возрастных групп:

Показатели	2016-2017	2017-2018
Индекс здоровья	21,9	19,7
Количество случаев на 1 ребенка	2,0	1,9
Количество случаев заболевания	1199	1002
Средняя продолжительность одного заболевания	6,9	9,5
Число пропусков на одного ребенка	11,0	18,6

Случай из практики.

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Фамилия, имя, отчество больного

Возраст - 4 года (дата рождения: 1 марта 2014года).

Дата и время поступления в поликлинику - 17 июня 2018 года.

Возраст и профессия родителей

Ребенок посещает детский сад.

Адрес, телефон - г. Волгоград

Клинический диагноз - острая респираторная вирусная инфекция, острый простой бронхит.

ЖАЛОБЫ

Жалобы при поступлении в поликлинику - на насморк, чувство заложенности носа, кашель, повышение температуры тела до 38,9°C, общее недомогание, снижение аппетита.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родился от 1-й беременности. Беременность протекала с ранним токсикозом и гестозом (отечная форма). Роды протекали без осложнений, ребенок закричал сразу, оценка по Апгар - 6-7 баллов. Рост при рождении - 3300 см, масса тела - 56 см. Физиологическая желтуха после рождения непродолжительна. В периоде новорожденности не болел.

В дальнейшем развивался в соответствии с возрастом. Зубы начали прорезываться в 3 месяца. Держать головку стал в 2 месяца, сидеть - в 5 месяцев, стоять - в 8-9 месяцев, ходить - в 11-12 месяцев, говорить - с 1 года.

На естественном вскармливании - до 1 года. После 1 года питание полноценное, режим соблюдает. Аппетит хороший.

С 3 лет 3 месяцев посещает детский сад.

Профилактические прививки - в срок, ребенком переносились без осложнений. Реакция Манту - отрицательная.

Аллергологический анамнез: отмечается аллергическая реакция (красные, зудящие высыпания на коже) после приема шоколада. Родственники аллергическими заболеваниями не страдают. Непереносимости лекарственных препаратов нет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, грипп.

переливаний крови, плазмы, введения иммуноглобулина не было.

Эпидемический анамнез

13 июня 2018 года был контакт с инфекционным больным (мальчик, 4 года, предположительно ОРВИ). В детском саду больных нет.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДО НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Группа здоровья - 2-я. Условно здоров. Отмечается аллергическая реакция (красные, зудящие высыпания на коже) после приема шоколада. Регулярны (1-2 раза в год) заболевания ОРВИ, особенно в периоды эпидемий.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболел 15 июня 2018 года за 2 дня до поступления в поликлинику. Первыми признаками заболевания были общее недомогание, слабость, потеря аппетита, повышение температуры тела до 38,2°C. Родители дали ребенку таблетку аспирина. На следующий день к вышеуказанным симптомам добавился кашель, температура повысилась до 39°C. 17 июня утром состояние ухудшилось, температура тела - 39,6°C. Обратились в поликлинику поставлен предварительный диагноз: острая респираторная вирусная инфекция. Ребенок госпитализирован в детскую городскую больницу.

В больнице поставлен предварительный диагноз ОРВИ, двухсторонняя пневмония. Назначены преднизолон, аспирин и амоксициллин. Впоследствии диагноз пневмонии не был подтвержден и преднизолон был отменен. В дальнейшем наблюдалось снижение температуры тела, уменьшение кашля, ослабления хрипов в легких.

Общий осмотр

Общее состояние ребенка - средней тяжести - ребенок жалуется на насморк, чувство заложенности носа, затруднение дыхания, влажный кашель с отделением слизистой мокроты.

Нервная система. Сознание ясное, на окружающее реагирует адекватно, настроение хорошее, ребенок общителен, на вопросы отвечает правильно.

Психическое развитие пациента соответствует возрасту. Брюшные рефлексы живые, коленный и ахиллов рефлексы вызываются легко, умеренно

выражены. Менингеальных симптомов (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Бруцинского) Симптомы натяжения нервных стволов (симптомы Лассега, Мацкевича, Вассермана) нет.

Внешний осмотр глаз. Глаза чистые, болей при движении глазных яблок нет, веки не отечны, светобоязни и слезотечения не наблюдается.

Внешний осмотр ушей. Уши без особенностей.

Физическое развитие. Масса тела - 20 кг, длина тела - 105 см. Ребенок развивается в соответствии с возрастной нормой. Стигм дизэмбриогенеза не выявлено.

Кожа обычного цвета, умеренно влажная, покрыта пушковыми волосами, эластична. Рубцов, сыпи, кровоизлияний, участков пигментации не наблюдается.

Волосы, пальцы, ногти. Волосы блестящие. Концевые фаланги пальцев и ногти обычной формы.

Подкожно-жировая клетчатка. Ребенок среднего питания, подкожно-жировой слой умеренно развит, распределен равномерно. Отеков и пастозности нет.

Лимфатические узлы. Пальпируются единичные шейные, затылочные подмышечные, паховые лимфатические узлы размером с небольшую трещину не спаянные между собой и с подлежащими тканями, умеренно плотные. В подчелюстной области слева пальпируется одиночный увеличенный (1 см) лимфатический узел, умеренно плотный, не спаянный с подлежащими и покровными тканями.

Мышцы развиты в соответствии с возрастом, тонус нормальный, при ощупывании и при активных и пассивных движениях безболезненны. Сила мышц в соответствии с возрастом.

Костная система. Форма головы обычная. Деформаций костей, болезненности при надавливании, поколачивании не выявляется.

Позвоночник не искривлен. Грудная клетка обычной формы; деформаций, асимметрии, искривлений нет.

Система органов дыхания. Носовое дыхание затруднено. Тип дыхания смешанный, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки. Дополнительная мускулатура в акте дыхания не участвует. Дыхание ритмичное, глубокое. Частота дыхательных движений = 26 в 1 минуту. Одышки нет. При пальпации грудная клетка податлива, безболезненна межреберные промежутки не выбухают и не западают. Голосовое дрожание слегка усилено.

При сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук во всех

полях. При топографической перкуссии нижняя граница правого легкого определяется по срединно-ключичной линии - верхний край 5 ребра, по Среднем подмышечной линии - 7 ребро, по лопаточной линии - верхний край 9 Ребра. Подвижность легочного края - 3 см.

При аускультации легких выслушивается пуэрильное дыхание, крупно- и Средне пузырчатые влажные хрипы, лучше выслушиваются в области 2 сегмента (D=S) при усилении дыхания на высоте вдоха.

Система кровообращения. При осмотре: в области сердца выпячивания («сердечный горб») не выявляется. Верхушечный толчок площадью около 1 см² пальпируется в пятом межреберье по срединно-ключичной линии слева. Сердечный толчок не определяется.

При перкуссии: верхняя граница относительной тупости сердца - во втором межреберье, правая - на 0,5 см вправо от правого края грудины, левая - на 1 см левее от срединно-ключичной линии.

При аускультации сердца выслушиваются ясные ритмичные тоны во всех точках аускультации.

Видимой пульсации сосудов шеи, конечностей, височных артерий не определяется. Пульс ритмичный, среднего напряжения, частота = 102 в 1 минуту, синхронный на обеих руках. Артериальное давление = 90/70 мм рт. ст.

Система пищеварения и органов брюшной полости. Губы розовой окраски, умеренно влажные, слизистая оболочка ротовой полости и десны розового цвета, влажная; кровоизлияний, афт, язвочек, пятен Филатова не отмечается. Язык розового цвета, влажный, отмечается умеренная гипертрофия сосочков. Зубы молочные.

Слизистая оболочка глотки гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы, выступают за пределы небных дужек, гиперемированы. Живот симметричен, слегка выступает над уровнем грудной клетки, участвует в акте дыхания; выпячивания, западений не наблюдается. Видимой перистальтики кишечника не наблюдается. Вены передней стенки живота не расширены. При пальпации напряженности и болезненности мышц нет, брюшной пресс развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Нижний край печени безболезненный, мягкий, эластичный, гладкий, выступает на 1 см из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 8 см, 6 см, 5 см. Селезенка пальпаторно не определяется.

Мочеполовые органы. Выпячивания над лобком и в области почек не определяется. Симптом поколачивания отрицательный.

Предварительный диагноз:

Острая респираторная вирусная инфекция. острый простой бронхит (J 20).

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Для подтверждения предварительного диагноза необходимо провести следующие дополнительные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на кишечную флору и яйца глистов, рентгенография грудной клетки в прямой проекции. Требуется консультация ЛОР-врача.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Гемоглобин 124 г/л (120-140 г/л)

Лейкоциты $9,6 \cdot 10^9$ /л ($4-9 \cdot 10^9$ /л)

Эозинофилы 1% (1-2%)

Палочкоядерные нейтрофилы 2% (1-2%)

Сегментоядерные нейтрофилы 50% (45-55%)

Лимфоциты 45% (40-50%)

Моноциты 2% (2-5%)

Скорость оседания эритроцитов 14 мм/ч (2-10 мм/ч)

Общий анализ мочи :

Белок нет (до 0,033 г/л)

Цвет соломенно-желтый (соломенно-желтый)

Прозрачность прозрачная (прозрачная)

Реакция кислая (слабокислая)

Слизь много (нет)

Плоский эпителий 1-2 в поле зрения (1-2 в поле зрения)

Лейкоциты 4-5 в поле зрения (1-2 в поле зрения)

Эритроциты 1-2 в поле зрения (1-2 в поле зрения)

Анализ кала: Патогенные энтеробактерии не выделены, яйца глистов отсутствуют.

Рентгенография гр/кл: На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, выполненной лучами средней жесткости определяется усиленный легочный рисунок в прикорневых зонах. Очагово-инфильтративных теней нет. Синусы свободны. Сердце - пределах возрастной нормы. Заключение по всем дополнительным методам исследования: результаты дополнительных методов исследования указывают на наличие воспалительного процесса (умеренный лейкоцитоз, увеличение СО'). лейкоцитурия, наличие в моче слизи) в легких (на рентгенограмме определяется усиленный легочный рисунок в прикорневых зонах).

ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Принципы терапии данного заболевания по данным литературы таковы: постельный режим; введение больших количеств жидкости (рег ос); так как заболевание имеет вирусную природу целесообразным будет назначение противовирусных средств: ремантадина, интерферонов, специфических иммуноглобулинов или иммунокомплексных иммуноглобулинов; при присоединении микробного процесса рекомендована антибиотикотерапия: амоксициллин, сумамед, рулид, кларитромицин, макропен; десенсибилизирующая терапия: пипольфен, димедрол, супрастин, тавегил, кларитидин; противокашлевые и отхаркивающие препараты: бром гексин, либексин, мукалтин, кодеин; при затруднении дыхания - бронхолитики: беродуал, Б-агонисты; фитотерапия: термопсис, корень алтея, мята, мать-и-мачеха, чабрец; физиотерапия: УВЧ на грудную клетку, лазеротерапия на рефлексогенные зоны, содовые ингаляции. Схема лечения: постельный режим, потребление большого количества жидкости (до 1 л/сут), УВЧ на грудную клетку, ингаляции с беродуалом, интерферон, пипольфен по 1 табл. 2 раза в сутки, эуфиллин 1 табл. 2 раза в сутки

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Острая респираторная вирусная инфекция, острый простой бронхит.

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Диагноз поставлен на основании: жалоб на насморк, чувство заложенности носа, слизистое отделяемое из носа, кашель; острого начала заболевания, повышения температуры тела до 39,6°C, недомогания, слабости, потери аппетита на второй день заболевания; выслушивания в легких крупно- и среднепузырчатых влажных хрипов, усиливающихся на высоте вдоха; умеренного лейкоцитоза, увеличения СОЭ, лейкоцитурии, наличия в моче слизи, определения на рентгенограмме легких усиленного легочного рисунка в прикорневых зонах; наличия в анамнезе контакта с больным острой респираторной инфекцией, формулировка основного диагноза: острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), острый простой бронхит (120).

ПРОГНОЗ

Благоприятный. Течение болезни как правило заканчивается полным выздоровлением. Срок выписки из стационара 12-14 сутки от начала заболевания. Возможность посещения детского коллектива - через 1 неделю, ограничение физической нагрузки - в течение 2 недель, отмена профилактических прививок в ближайшие 3 месяца.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Детские болезни: Учебник под ред. Л.А. М.: Медицина, 2009.- 592 с
2. Лекции по педиатрии
3. Руководство по медицине. Диагностика и терапия. Т.1.: Пер. с англ. /Под ред. Р.Беркоу, Э. Флетчера- М.: Мир, 2010

VIII. Выводы:

1. На первом месте среди острой заболеваемости занимают болезни органов дыхания, а именно ОРВИ, бронхиты, ангины.
2. Сравнительный анализ показал, что отмечается равномерное снижение заболеваемости от 2016-2017 К 2017-2018 году, что говорит о хорошей профилактической работе на участке.
3. Наибольший пик заболеваемости отмечается в осенне- зимний период.
4. На втором месте по частоте острой заболеваемости занимают болезни органов ЖКТ.
5. Заболеваемость ветряной оспы увеличилась по сравнению с 2016-2017 г
6. В возрастных группах 1-3 года, 4-10 лет и 11-17 лет преобладают болезни органов дыхания.

Данная работа пришла к своей цели: были проанализированы острые заболевания в различных возрастных группах, проведен сравнительный анализ острой заболеваемости за 2 года

IX. Список литературы:

1. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. Под ред. А.А.Баранова. Изд. группа «Гэстар-Медью», 20013 , с. 394-396.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика/ Научно-практическая программа Союза педиатров России. - М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2012. - 69 с.
3. Зайцева О.В., Щербакова М.Ю. Острые респираторные заболевания у детей: современные аспекты лечения и профилактики. Пособие для врачей. М.,2014
4. Самсыгина Г.А. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста. Под ред. проф. Самсыгиной Г.А. М: Миклош,2016. - 279 с
5. Германенко, И. Г. Диагностика и лечение острых респираторных инфекций у детей: учеб.-метод. пособие/ И. Г. Германенко.,2017. 40 с.
6. Кокорева, С. П. Этиологическая характеристика и осложнения острых респираторных инфекций у детей / С. П. Кокорева, Л. А. Сахарова, Н. П. Куприна // Вопросы современной педиатрии. 2015. Т. 7. № 1. С. 47-50.
7. Ключников, С. О. Острые респираторные заболевания у детей: учебно-методическое пособие/ С. О. Ключников [и др.]. М., 2010. С. 36.
8. Орлова, С. В. Этиологическая структура заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями у госпитализированных детей С.В. Орлова [и др.] // Здравоохранение. 2013. № 12. С. 14-16.
9. Козулина, И. С. Бокавирус в этиологии респираторных заболеваний у детей раннего и дошкольного возраста / И. С. Козулина, Г. А. Самсыгина, Е.И. Исаева // Детские инфекции. 2009. Т. 8. № 3: С. 13-16
10. Педиатрия. Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей
www.mosmedclinicm

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 10 группы

Стрельцова Ирина Сергеевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стилль 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 завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова