


от имени
Пашенко О.В. 

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:
«Удельный вес сердечно – сосудистой патологии в
поликлинике».

Выполнила: студентка 5 курса
5 группы педиатрического факультета
Шатскова Кристина Владиславовна

Волгоград 2018г.

Содержание:

Введение.....	3
Цель научно – исследовательской работы.....	4
Задачи научно – исследовательской работы.....	4
Основные определения и понятия.....	5
Теоретическая часть научно – исследовательской работы.....	7
Роль врача в выявлении и наблюдении за детьми с сердечно - сосудистой патологией.....	17
Собственное исследование.....	18
Выводы.....	21
Список использованной литературы.....	22

Введение.

Распространенность заболеваний кардиоревматологического профиля среди детского населения продолжает оставаться достаточно высокой, отмечается большой риск инвалидизации детей этой группы. Болезни сердечно - сосудистой системы (ССС) представлены широким спектром нозологических единиц, это требует дифференцированного подхода в диагностике и лечении ведущего синдрома.

За последние годы структура сердечно-сосудистых заболеваний у детей значительно изменилась. Заметно уменьшилась распространенность ревматизма. Ведущее место стали занимать врожденные пороки сердца, значительно возросло число неревматических кардитов, нарушений ритма, дистонических состояний. Тяжелые органические заболевания сердца врожденного и приобретенного характера являются одной из причин заболеваемости и смертности детей. Неуклонно возрастает число детей, страдающих функциональными нарушениями ССС. В связи с этим, особую важность приобретают проблемы раннего выявления патологии, разработки критериев прогноза заболеваний, раннего назначения оздоровительных и реабилитационных мероприятий; необходимость достижения стойкой ремиссии в детском и подростковом возрасте и профилактики прогрессирования заболевания.

Цель научно-исследовательской работы:

Определить удельный вес сердечно - сосудистой патологии у детей в поликлинике – ГУЗ «КДЦ для детей №1».

Задачи научно-исследовательской работы:

1. Установить число выявленных сердечно - сосудистых заболеваний у детей за 2016 и 2017 годы в поликлинике.
2. Рассчитать удельный вес сердечно – сосудистой патологии в структуре общей заболеваемости у детей в поликлинике за 2016 и 2017 годы.
3. Оформить результаты графически и сравнить полученные данные за 2016 и 2017 годы.

Основные определения и понятия.

Диспансеризация – активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения, включающее комплекс профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Удельный вес сердечно - сосудистой патологии в структуре общей заболеваемости – это относительная величина данной патологии в структуре общей заболеваемости. Определяется, как отношение части целого к целому и умноженному на 100%.

Врожденные пороки сердца - это аномалии морфологического развития сердца, его клапанного аппарата и магистральных сосудов, возникшие на 2-8-й неделе внутриутробного развития в результате нарушения процессов эмбриогенеза. Эти дефекты могут встречаться изолированно или в сочетании друг с другом.

Артериальная гипертензия – это синдром, характеризующийся повышением сосудистого тонуса, регуляция которого осуществляется на трех уровнях: ЦНС, гуморальном и местном (эндотелиальном). Проявляется АГ увеличением систолического (САД) и/или диастолического (ДАД) АД выше 90 перцентиля соответствующей таблицы распределения по возрасту, полу и росту. Нормальное АД –это САД и ДАД, уровень которых находится в пределах до 90 перцентиля таблицы. При уровне АД выше 95 перцентиля диагностируется АГ.

Ювенильный артрит (ЮА) — артрит неустановленной причины, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет при исключении другой патологии суставов.

Нарушения сердечного ритма - это группа болезней сердца, которые характеризуются нарушением формирования импульса или его проведения в сердце либо сочетанием этих двух механизмов. Может наблюдаться нарушение последовательности, ритмичности, частоты возбуждения и сокращения сердца.

Кардиомиопатии – группа заболеваний, характеризующихся первичными дистрофическими изменениями миокарда. Включает различные заболевания некоронарного и неревматического происхождения, разные по этиологии и патогенезу, но сходные клинически. Клинически проявляется недостаточностью сократительной функции миокарда в связи с его дистрофией.

Теоретическая часть научно – исследовательской работы.

Диспансеризация детей с врожденными пороками сердца.

Клиническая картина врожденных пороков сердца и магистральных сосудов разнообразна. Важным моментом следует считать наличие определенных фаз в течение ВПС:

1 фаза — первичной адаптации, при которой в первые месяцы жизни ребенка происходит приспособление его организма к необычным условиям кровообращения;

2 фаза — относительной компенсации;

3 фаза — терминальная, в которой наблюдаются симптомы необратимой декомпенсации.

Дети с врожденными пороками развития сердца и сосудов должны находиться под наблюдением врача-кардиолога. Конкретное содержание диспансерного наблюдения зависит от синдромной принадлежности ВПС, анатомического варианта порока и фазы течения.

При первой фазе порока частота осмотра педиатром детей с ВПС без нарушения гемодинамики 2 раза в год; после стационарного лечения 6 мес. ежемесячно, затем 1 раз в 2 мес. до года. Дети первого года жизни осматриваются каждые 3 мес. при легком и ежемесячно при тяжелом течении фазы адаптации. При второй фазе порока дети осматриваются 2 раза в год. Кардиоревматолог осматривает ребенка 2-4 раза в год, при тяжелом течении (порок «синего типа», легочная гипертензия и т.д.) 1 раз в 1-2 мес. Консультация стоматолога и ЛОР-врача 2 раза в год, другие специалисты — по показаниям. Кардиохирург консультирует ребенка при установлении диагноза, далее по показаниям. Дети, перенесшие операции по поводу ВПС, в том числе и паллиативные, в первый год после вмешательства

осматриваются 1 раз в 2—3 мес., далее 1-2 раза в год. Дети, перенесшие операцию на «сухом» сердце, в течение первого года наблюдения расцениваются как угрожаемые по развитию подострого бактериального эндокардита.

Методы обследования: анализы крови, мочи 2 раза в год, рентгенологическое исследование 1 раз в год, ЭхоКГ, ЭКГ 1 раз в 6 мес. Другие исследования по показаниям.

Показания к госпитализации: уточнение диагноза ВПС, появление симптомов декомпенсации, тяжело протекающие гипоксемические кризы, развитие осложнений, интеркуррентные заболевания. Хирургическая санация очагов хронической инфекции не ранее 6 мес. после операции по поводу порока сердца. Противопоказанием для хирургической санации очагов инфекции являются наличие симптомов декомпенсации, геморрагический диатез у детей при третьей фазе синего порока, осложнения со стороны ЦНС.

Одной из ведущих задач реабилитации ВПС является компенсация сердечной недостаточности. Режим ребенка с ВПС предусматривает широкое использование свежего воздуха как в домашних условиях, так и на улице. Температура должна поддерживаться в пределах 18-20 °С с частым проветриванием.

Участие ребенка в подвижных играх с другими детьми должно определяться не характером порока, а его компенсацией и самочувствием ребенка. При наличии ВПС с ненарушенной гемодинамикой дети занимаются физкультурой в детском саду в ослабленной, в школе — в подготовительной группах. При наличии нарушений гемодинамики назначается специальная группа постоянно, ЛФК. После операции на сердце освобождение от физкультуры 2 года, постоянное освобождение — при симптомах сердечной или легочной недостаточности.

Два раза в год (весной и осенью) проводят курс лечения кардиотропными препаратами: рибоксин, кокарбоксилаза, АТФ, коргормон, оротовая кислота, глутаминовая кислота, витаминотерапия. При развитии гипоксемического приступа без потери сознания дается кислород, назначается седативная терапия, кордиамин. При необходимости по показаниям ребенок получает сердечные гликозиды. Важным моментом реабилитации и диспансерного наблюдения является определение сроков оперативного лечения пороков с участием кардиохирурга, которое проводится во 2 стадии заболевания.

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику, после оперативного лечения вопрос диспансеризации решается индивидуально. Группа здоровья III—V.

Диспансеризация детей с артериальной гипертензией.

Диспансерному наблюдению подлежат все дети и подростки с отягощенной наследственностью по ГБ, высоким нормальным АД и АГ.

Диспансеризация включает в себя следующие мероприятия:

- постановку на медицинский учет всех лиц детского и подросткового возраста с отягощенной наследственностью по ГБ, высоким нормальным АД и АГ;
- периодическое медицинское обследование этих лиц с целью предупреждения прогрессирования АГ;
- проведение комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, направленных на нормализацию АД;
- проведение врачебно-профессиональной консультации и профориентации детей и подростков с АГ с учетом их пола и возраста.

Дети и подростки с отягощенной наследственностью по ГБ, с высоким нормальным АД должны осматриваться врачом-педиатром 1 раз в 6 месяцев (обследование ограничивается антропометрией и трехкратным измерением

АД). Указанный контингент должен быть включен во II группу здоровья, а при наличии вегетативной дисфункции (при отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ) — в III группу здоровья.

При подтверждении диагноза АГ (эссенциальной или симптоматической) ребенок или подросток наблюдается врачом-педиатром 1 раз в 3-4 месяца. Для определения объема диагностических мероприятий, выработки тактики немедикаментозного и медикаментозного лечения и по вопросам борьбы с факторами риска ССЗ ребенок должен быть проконсультирован кардиоревматологом. По показаниям ребенок или подросток может быть проконсультирован нефрологом, окулистом и невропатологом.

Дети и подростки с АГ I степени и подростки с ГБ I стадии без других факторов риска и поражения органов мишеней включаются в III группу здоровья. Дети и подростки с АГ I степени и подростки с ГБ I стадии, имеющие другие факторы риска и/или поражения органов мишеней, а также с АГ 2 степени и ГБ II стадии включаются в IV группу здоровья. При появлении сердечной недостаточности детей и подростков с АГ и ГБ относят к V группе здоровья. Все данные вносятся в историю болезни ребенка (ф. 112/у) и медицинскую карту ребенка (ф. 026/у).

Показаниями для стационарного обследования детей и подростков с АГ являются: стойкое повышение АД, наличие сосудистых кризов, недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях, неясность генеза АГ.

Диспансеризация детей с нарушением сердечного ритма.

Диспансерная группа наблюдения у детей с нарушениями ритма сердца и проводимости, как правило, определяется основным заболеванием. Диспансеризацию этого контингента детей осуществляют участковые педиатры, кардиолог или кардиоревматолог, врачи узких специальностей (невропатолог, эндокринолог ЛОР и др.) и медицинские работники, обслуживающие дошкольные учреждения и школы (табл. 1).

Дети и подростки с функциональными нарушениями ритма сердца в зависимости от их характера относятся ко II или III группе здоровья. Эти пациенты должны проходить обследование не реже 2 раз в год с использованием основных методов функциональной диагностики (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ритмографическое исследование, велоэргометрия и др.). Стационарное лечение и консультация кардиохирурга проводится по показаниям.

Реабилитационные мероприятия должны включать в себя соблюдение режима, диету, обогащенную калийсодержащими продуктами, витаминотерапию, курсы фитотерапии (психофармакотерапия), метаболические, кардиотрофные препараты, физиотерапевтические мероприятия и санаторно-курортное лечение.

Таблица 1

Содержание диспансеризации детей с нарушениями сердечного ритма и проводимости

Содержание диспансеризации	Группы здоровья		
	II	III	IV
Лабораторно-инструментальное обследование	ЭКГ один раз в квартал	ЭКГ один раз в квартал и после любого заболевания	ЭКГ один раз в 1,5 мес. и после любого заболевания
Сроки наблюдения в данной группе	До передачи во взрослую сеть		

Периодичность наблюдения	Индивидуальный, не реже 1 раза в год	1 раз в 3 месяца	Первые 6 мес. ежемесячно, далее 1 раз в квартал
Организация лечебно-профилактических мероприятий	<p>1. Лечение хронических очагов инфекции</p> <p>2. Сезонная поливитаминоterapia</p> <p>3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии</p>	<p>1. Лечение хронических очагов инфекции</p> <p>2. Сезонная поливитаминоterapia</p> <p>3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии</p> <p>4. ЛФК в поликлинике</p> <p>5. Госпитализация при ухудшении состояния</p>	<p>1. Лечение хронических очагов инфекции</p> <p>2. Сезонная поливитаминоterapia</p> <p>3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии</p> <p>4. ЛФК в поликлинике</p> <p>5. Госпитализация при ухудшении состояния</p> <p>6. Антиаритмическая фармакотерапия</p> <p>7. Дополнительный день отдыха в школе</p> <p>8. При социальной дезадаптации оформление инвалидности</p>

Консультации	Невролога, ЛОР, стоматолога, окулиста - по показаниям	Невролога, ЛОР, стоматолога, окулиста - по показаниям Консультация кардиохирурга на предмет постановки кардиостимулятора	
Физкультурная группа в школе	Основная	Подготовительная	Специальная
Прививки	Проводятся без ограничений	Проводятся без ограничений после 6 мес. наблюдения	Проводятся только по эпидемиологическим показаниям

Диспансеризация детей с ювенильным артритом.

Основные задачи ревматолога в поликлинических условиях при диспансеризации детей с ЮРА зависят от возраста ребенка, формы и длительности болезни, характера нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата на диспансерном учете до 18 лет.

После выписки из стационара в течение 1 года контроль осуществляется каждые 3 месяца, в последующие годы, если ремиссия стойкая, 1 раз в 6 месяцев (при необходимости – чаще). Контроль включает: осмотр педиатра, ревматолога, смежных специалистов (оториноларинголог, окулист, ортопед, стоматолог, невропатолог и др.).

Лабораторный контроль предусматривает ранее выявление динамики процесса: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ (СРБ, сиаловые

кислоты, серомукоид, белок и фракции), по возможности иммунологическое исследование.

При диспансеризации в поликлинике следует:

- оценить жалобы ребенка, их характер, динамику;
- оценить анамнез за предшествующий осмотру период (болел ли ребенок чем либо, длительность болезни, чем лечится и т.д.);
- осуществить контроль за санацией очагов хронической инфекции (ЛОР-органы, зубы);
- оценить функциональное состояние суставов (скованность, боли, синовит, признаки улучшения или прогрессирования);
- определить рентгенологически стадию артрита (рентгенограмма суставов- 1 раз в год);
- определить наличие, характер и степень остеопороза (рентгенологически-1 раз в год);
- оценить прибавку в росте (за 6 месяцев, за 1 год) и динамику массы тела;
- проводить коррекцию анемии и скрытого железодефицитного состояния (по общему анализу крови, при необходимости определить уровень сывороточного железа);
- оценить эффективность базисной терапии (положительная динамика, отсутствие ее, ухудшение);
- продолжить или своевременно назначить синдромные препараты:
- для улучшения метаболизма – витамин А, группа витаминов В, С, D (водорастворимый);
- энзимотерапию (вобензим, флогензим, мулсал);
- при нарушении трофических процессов назначить рибоксин, эссенциале, кокарбоксилазу и др.;
- при необходимости, курсами 1-2 месяца назначить ангиопротекторы и дезагреганты (курантил, дипиридамол, трентал и др.) в умеренных дозах;

- при незначительных признаках обострения суставного синдрома (без явных гуморальных проявлений) назначить внутрисуставное введение кеналога или дипроспана (2-3 инъекции с интервалом 1 месяц);
- в целях получения антифиброзного эффекта можно рекомендовать курс лечения задитеном (кетотифеном) в течение 3-4 месяцев.
- назначить местное лечение (DMSO, мази, гели, электрофорез с лидазой);
- назначить массаж, ЛФК, закаливание;
- рекомендовать трудотерапию (лепить, шить, рисовать и т.д.);
- Для реабилитации наряду с физиотерапией, массажем, трудотерапией в последние годы стала применяться ревмоортопедия ЮРА. Выделяют консервативную ортопедию и хирургическую.

Роль врача в выявлении и наблюдении за детьми с сердечно - сосудистой патологией.

Диспансерное наблюдение за детьми с патологией сердечно-сосудистой системы в условиях поликлиники осуществляет педиатр и кардиоревматолог. Педиатр занимается вопросами первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, обеспечивая в первую очередь мероприятия, направленные на повышение сопротивляемости детского организма. Большую работу проводит педиатр по раннему выявлению детей, угрожаемых по развитию сердечно-сосудистой патологии и заболевших детей.

Важна роль педиатра по профилактической работе на всех этапах – начиная с антенатального периода. Профилактика направлена на охрану здоровья беременной, особенно на ранних сроках гестации: предупреждение вирусных и других инфекционных заболеваний, исключение вредных привычек и неблагоприятных экологических воздействий, соблюдение щадящего режима труда, правильное питание и т.д. В семьях с наследственными заболеваниями необходимо медико-генетическое консультирование.

Далее, после рождения педиатр часто осматривает новорожденного и грудного ребенка. На этом этапе при тщательном сборе анамнеза у родителей и внимательном физикальном осмотре, аускультации, подсчете ЧСС, измерении АД – врач может выявить на ранних сроках сердечно – сосудистую патологию и направить на дополнительное обследование, а затем лечение, тем самым увеличивая благоприятный прогноз выздоровления.

Также, профилактическая работа педиатра важна, когда заболевание уже выявлено – обязательны постоянные осмотры и обследования, для раннего предупреждения осложнений.

Врач-кардиоревматолог осуществляет мероприятия, связанные с вторичной профилактикой, предупреждением рецидивов и осложнений у больных детей, обеспечивает организационно-методическое руководство диспансеризацией, занимается повышением квалификации медицинских работников, проводит санитарно-просветительскую работу среди населения, осуществляет консультативную помощь по выявлению больных.

Собственное исследование.

Для определения удельного веса сердечно – сосудистой патологии в структуре общей заболеваемости за 2016 и 2017 годы в ГУЗ «КДЦ для детей № 1» в первом педиатрическом отделении по адресу: г. Волгоград, ул. Кирова 149б, были взяты за основу статистические данные поликлиники и журнала диспансеризации кардиологических больных (ф. № 30/у).

За 2016 год:

- Общее число всех выявленных заболеваний в поликлинике – **36006**
- Всего выявленных кардиологических заболеваний у детей в поликлинике – **41**

Из них:

- Врожденные пороки сердца – 37,
- Нарушение сердечного ритма – 3,
- Артериальная гипертензия – 1,
- Кардиомиопатии – 0,
- Ювенильный ревматоидный артрит – 0.

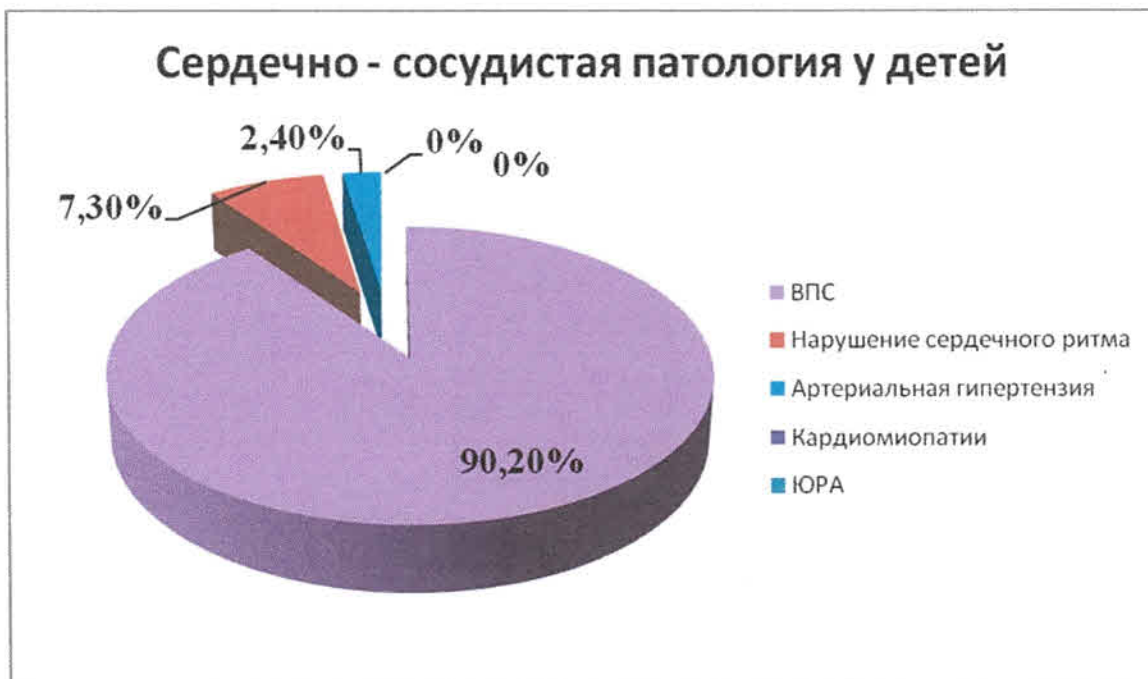
Удельный вес сердечно –
сосудистой патологии у детей=
в структуре общей
заболеваемости за 2016 г. в
поликлинике.

Число случаев заболеваний сердечно - сосудистой системы у детей за 2016 г. в поликлинике
_____ X 100%
Общее число всех выявленных заболеваний у детей в поликлинике за 2016 г.

$$= (41/ 36006) \times 100\% = \mathbf{0,11\%}$$

Структура сердечно – сосудистой патологии у детей в поликлинике за 2016 год отражена на рис. 1.

Рисунок 1.



За 2017 год:

- Общее число всех выявленных заболеваний в поликлинике – **17763**
- Всего выявленных кардиологических заболеваний у детей в поликлинике – **17**

Из них:

- Врожденные пороки сердца – 13,
- Нарушение сердечного ритма – 2,
- Артериальная гипертензия – 1,
- Кардиомиопатии – 1,

- Ювенильный ревматоидный артрит – 0.

Удельный вес сердечно –
сосудистой патологии у детей=
в структуре общей
заболеваемости за 2017 г. в
поликлинике.

Число случаев заболеваний сердечно - сосудистой
системы у детей за 2017 г. в поликлинике

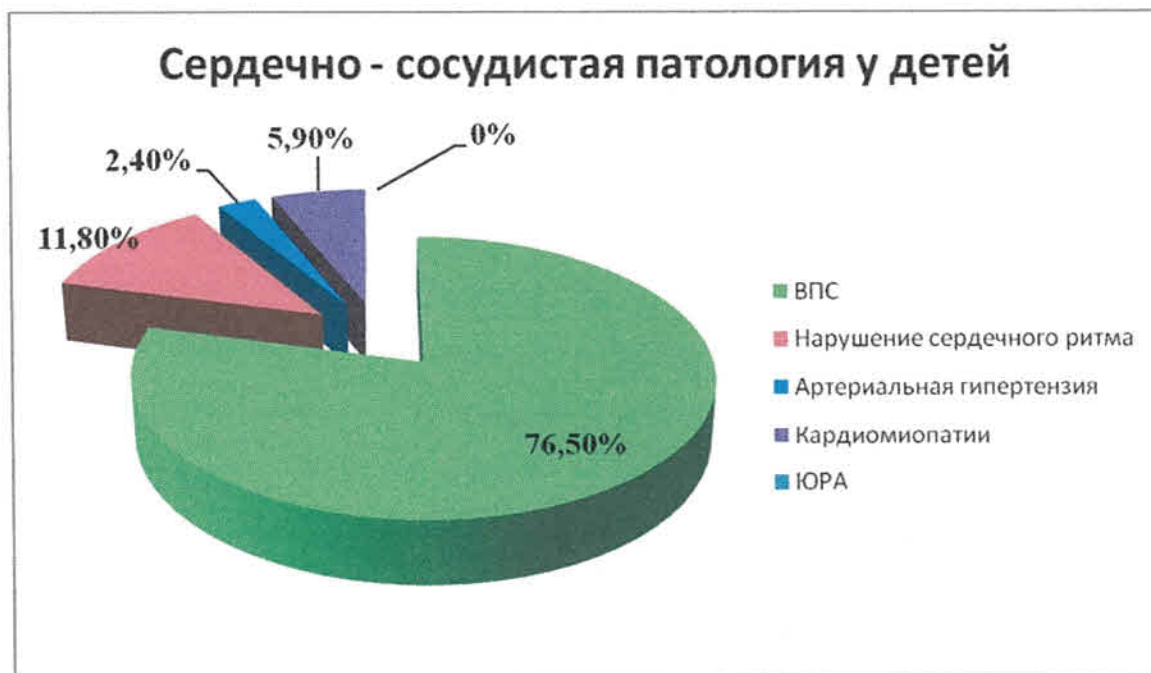
X 100%

Общее число всех выявленных заболеваний у детей в
поликлинике за 2017 г.

$$= (17 / 17763) \times 100\% = 0,095\%$$

Структура сердечно – сосудистой патологии у детей в поликлинике за 2017
год отражена на рис.2.

Рисунок 2.



Выводы

В исследовании я определила удельный вес сердечно – сосудистой патологии в структуре общей заболеваемости у детей в поликлинике за 2016 год – он равен **0,11%** и за 2017 год - **0,095%**. Из проведенных расчетов и полученных показателей видно, что идет тенденция к снижению сердечно – сосудистой патологии у детей в ГУЗ «КДЦ для детей № 1» в первом педиатрическом отделении по адресу: г. Волгоград, ул. Кирова 149б. Это, в свою очередь, показывает хорошую профилактическую и лечебную работу врачей педиатров и детского кардиолога в данном медицинском учреждении.

Список использованной литературы.

1. Поликлиническая педиатрия. под ред. А.С. Калмыковой . - 2-е изд., перераб. и доп. . - М. : ГЭОТАР-Медиа , 2014 . - 720 с.
2. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. 2015г.
3. Поликлиническая педиатрия (часть I). Под редакцией О.В. Антонова – Учебно – методическое пособие. Омск – 2015г.
4. Журнал «Педиатрия» 2016г. Том 92, № 6
5. Медицинский научно-практический журнал « Лечащий врач » 2016г.
6. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015г.
7. «Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца» 2015г.

Рецензия

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

Шатснова Кристина Владиславовна

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 проведённого 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