

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ»

На правах рукописи

СЕНЮШКИН АНДРЕЙ НИКОЛАЕВИЧ

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ
РИСКА ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ИЗ РАЗНЫХ
ТИПОВ СЕМЕЙ

14.01.08 – Педиатрия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научные руководители:
доктор медицинских наук,
профессор М.Н. Репецкая
доктор медицинских наук,
профессор М.Я. Подлужная

Пермь – 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	3
ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА I ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	9
1.1. Состояние здоровья детей первого года жизни	10
1.2. Организация амбулаторной помощи детям первого года жизни в России.....	18
ГЛАВА II МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	27
2.1. Характеристика территории, лечебного учреждения	30
2.2. Характеристика объекта исследования	31
2.3. Методы исследования.....	31
2.4. Методы статистической обработки.....	38
ГЛАВА III КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	39
ГЛАВА IV ГРУППЫ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЕМЬИ.....	46
4.1. Сравнительная характеристика разных типов семей	46
4.2. Сравнительная характеристика детей в разных типах семей.....	51
4.3. Реализация риска здоровью детей первого года жизни в разных типах семей.....	68
ГЛАВА V СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ПО ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И МИНИМИЗАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА	79
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	84
ВЫВОДЫ.....	92
РЕКОМЕНДАЦИИ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ	93
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	94
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	120

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- БЦЖ – бацилла Кальметта-Герена
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ГДКП – городская детская клиническая поликлиника
ЖДА – железодефицитная анемия
ЗАО – закрытое акционерное общество
ККПР – критерий качества профилактической работы
КО – коэффициент отягощенности
МБУЗ – муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
НПР – нервно-психическое развитие
НСГ – нейросонография
ОАО – открытое акционерное общество
ОКИ – острая кишечная инфекция
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
ПП ЦНС – перинатальное поражение центральной нервной системы
УЗО – управление здравоохранением
ЦНС – центральная нервная система
ЭВМ – электронно-вычислительная машина
TORCH – токсоплазма, краснуха, цитомегаловирус, герпес

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы

Негативные тенденции в состоянии здоровья детей 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 Российской Федерации на каждую тысячу новорожденных приходится 50 детей с врожденными и наследственными заболеваниями. Физиологически протекающие роды встречаются не более чем у 30-35% женщин. Перинатальная патология регистрируется у 39% детей в неонатальном периоде и остается основной причиной младенческой смертности (около 10,0 на 1000) (В.Г. Дьяченко, 2010).

Особую тревогу у медицинских работников вызывает снижение здоровья детей первого года жизни. Анализ уровня заболеваемости детей на первом году жизни показал, что за период с 1990 года по настоящее время наиболее высокий уровень отмечался в 2000 году, который к 2011 году снизился на 8,1% (Н.В. Полунина, 2013). В структуре заболеваемости детей первого года жизни лидируют болезни органов дыхания, на долю которых приходится 43,7% всей выявленной патологии. Отмечается рост состояний, возникающих в перинатальном периоде, и болезней нервной системы.

Огромную роль в формировании здоровья ребенка играет здоровье родителей, подготовка к планированию семьи, выявление и санация очагов и профилактика хронических заболеваний до зачатия ребенка, значительную роль играет такой фактор, как тип семьи. За последние годы снизилось число кормящих матерей, в связи с этим отмечается рост фоновых заболеваний: рахита, анемии, нарушений питания, диатезов. Реформирование системы здравоохранения было

призвано улучшить качество медицинской помощи. Однако в связи с ростом рождаемости (в России за 2014 год рождаемость составила 13,3 на 1000 населения, что на 17,6 тыс. больше 2013 года) и увеличением прикрепленного населения на педиатрическом участке до 800-900 детей не всегда возможно качественное оказание лечебно-профилактической помощи детям первого года жизни. Все вышеизложенное позволило сформулировать цель исследования.

Цель исследования

Изучить факторы риска здоровью детей первого года жизни из разных типов семей и обосновать методы предотвращения их реализации.

Задачи исследования

1. Дать комплексную оценку состоянию здоровья детей первого года жизни.
2. Дать характеристику типов семей детей первого года жизни.
3. Выявить и оценить в динамике факторы риска здоровью детей первого года жизни из разных типов семей.
4. Предложить и научно обосновать программу диспансерного наблюдения детей первого года жизни из разных типов семей с учетом преобладающих групп риска.

Научная новизна

Выявлены факторы риска, определяющие уровень здоровья детей в зависимости от типа семей. Показано, что дети, воспитывающиеся в полных семьях, имеют риск повышенной заболеваемости ОРВИ и трофических расстройств. Дети из неполных семей в большей степени подвержены риску поражения центральной нервной системы.

Впервые разработана и внедрена в практику участкового врача педиатра автоматизированная система учета и динамического анализа факторов риска на протяжении первого года жизни ребенка, позволившая обосновать лечебно-профилактические меры по их минимизации. Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013660051 от 23 октября 2013 года «Определение групп риска у детей первого года жизни».

Практическая значимость

Для детей первого года жизни при наличии факторов риска развития в зависимости от типа семей предложен вариант комплексного обследования и наблюдения. Разработана и внедрена в практику участкового врача-педиатра автоматизированная система учета и анализа факторов риска формирования здоровья, позволившая обосновать рекомендации по совершенствованию диспансерного наблюдения и уменьшению риска. Предложенные рекомендации могут быть использованы в дальнейшей работе участковых врачей педиатров и поликлиники.

Положения, выносимые на защиту:

1. Комплексное изучение состояния здоровья детей первого года жизни показало наличие дефицита массы тела I-II степени у 8% малышей, отставание в нервно-психическом развитии на 1-2 эпикризных срока у 36%, значительное число фоновых состояний и врожденных аномалий развития у 93% детей.
2. Структура групп риска здоровью детей первого года жизни различна в разных типах семей: младенцы из полных семей в большей степени подвержены повышенной заболеваемости ОРВИ, трофическим расстройствам, дети из неполных семей - поражению ЦНС.

3. Предложенная программа диспансерного наблюдения детей первого года жизни из разных типов семей позволит минимизировать факторы риска их здоровью.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования используются в работе детских поликлиник Мотовилихинского района г. Перми, учебном процессе кафедр детских болезней лечебного факультета и общественного здоровья и здравоохранения факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России.

Связь работы с научными программами

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом НИР ГБОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, номер государственной регистрации 115030310057.

Апробация работы

Основные положения работы представлены и обсуждены на научно-практической конференции «Вопросы профилактики на педиатрическом участке в системе «врач - медицинская сестра - семья»» (2009), Научной сессии ПГМА (2009), межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 90-летию ГБУЗ ПК «Детская городская клиническая больница № 3» (2013).

Апробация работы проведена на совместном заседании научно-координационного совета по педиатрии и кафедр детских болезней лечебного факультета, пропедевтики детских болезней и сестринского ухода в педиатрии, госпитальной педиатрии, педиатрии ФДПО, общественного здоровья и здравоохранения ФДПО.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 6 работ, в том числе 3 - в ведущих рецензируемых научных журналах.

Личный вклад автора

Автором лично составлена программа научного исследования, проведен анализ первичной документации, анкетирование родителей. Создана программа по подсчету факторов риска для определения групп риска новорожденного. Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013660051 от 23 октября 2013 года «Определение групп риска у детей первого года жизни». Автором проанализирован и статистически обработан весь материал.

Объем и структура диссертации

Диссертация представляет собой рукопись на русском языке объемом 135 страниц машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы содержит 148 источников. Работа иллюстрирована 23 таблицами и 21 рисунками.

ГЛАВА I ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Проблема сохранения здоровья детского населения имеет высокую социальную значимость. Ухудшение здоровья детей будет способствовать значительному увеличению экономических, демографических и социальных потерь общества и государства.

В течение последних лет был реализован широкий комплекс мер, направленных на защиту и сохранение здоровья данной категории населения [11, 60, 92, 111, 134]. Помимо федеральных программ в отдельных регионах действуют региональные, направленные на реализацию мероприятий по сохранению здоровья детей [13, 18, 27, 49, 66, 83, 87, 88, 99, 105, 109, 148].

Однако предпринимаемые меры не смогли кардинально изменить сложившуюся негативную динамику показателей здоровья детского населения страны [137].

Снижение внимания со стороны государства к проблемам семьи и детей, ограничение финансирования профилактического направления здравоохранения, которое отмечалось до 2005 года, привели к потере контроля за состоянием здоровья детей всех возрастных групп, в том числе первого года жизни [24].

За последние десятилетия не проводилось комплексных исследований, направленных на разработку современных организационных технологий, ориентированных на повышение эффективности и доступности первичной медико-санитарной помощи

детям. В решении этих задач слабо отражена роль информационных технологий [23, 35, 61, 132].

В связи с этим особую актуальность приобретают научное обоснование, разработка и внедрение новых подходов к организации и проведению работы по охране здоровья детей всех возрастов, в том числе детей первого года жизни, совершенствованию системы их медицинского обеспечения на этапе оказания первичной медицинской помощи с использованием стандартов, современных информационных технологий.

1.1. Состояние здоровья детей первого года жизни

Среди всех возрастных групп особое внимание должно уделяться детям раннего возраста, так как именно в этот период возможна реализация факторов риска, формирование различной хронической патологии [43, 100].

На здоровье ребенка первого года жизни оказывают влияние разнообразные факторы, знание которых способствует снижению риска развития патологических состояний. В последние годы в литературе публикуется немало работ, отражающих этот блок вопросов. В г. Самара проведено исследование формирования здоровья детей первого года жизни. Выявлено, что для новорожденных 2 группы здоровья основными факторами, влияющими на его формирование, являлись благополучные отношения в семье, высокий образовательный уровень матери и расширенная медицинская профилактическая программа. Риск реализации патологии у детей на первом году жизни возрастает также с увеличением выраженности экстрагенитальной патологии матери [121].

Заболеваемость детей первого года жизни остается достаточно высокой [103]. Так, в Астраханской области показатель общей

заболеваемости детей грудного возраста за период с 2006 по 2009 годы хотя и снизился на 2,4%, однако составил в 2009 году 2890,8 на 1000 детей первого года жизни. В структуре общей заболеваемости больший удельный вес приходится на болезни органов дыхания (42,6%) и отдельные состояния перинатального периода (24,2%) [142]. Подобные исследования проводились и на территории Пермского края. Н.А. Красавиной с соавт. отмечено, что в Пермской области показатель заболеваемости детей первого года жизни увеличился с 2487,7‰ в 1995 году до 3323,8‰ в 2004 году, т.е. на 33% [78], причем наиболее значительно выросла патология крови (на 88%) за счет железодефицитной анемии, отмечался рост рахита на 60%, в 3 раза повысилась заболеваемость мочеполовой системы и врожденные аномалии развития.

Е.Я. Титовой с соавт. изучено состояние здоровья детей г. Перми за 2004-2008 годы. Показано, что заболеваемость детей первого года жизни за изучаемый период выросла с 3964,9 до 4531,2 на 1000 детей данного возраста [138].

Н.А. Красавиной с соавт. при изучении состояния здоровья 60 детей первого года жизни из полных семей было показано, что все дети относились к группе высокого пренатального риска, чаще по возникновению инфекционной и соматической заболеваемости. Реализация риска произошла на первом году жизни у большинства детей (41,6% - железодефицитная анемия, 38% - рахит, 24% - атопический дерматит, 20% - перинатальное поражение центральной нервной системы). В среднем на одного ребенка приходилось 1,3 заболевания [73, 75]. Аналогичные результаты получены В.М. Красновым с соавт. при обследовании 920 детей первого года жизни. Авторы отметили рост таких заболеваний как анемия (до 95,2‰),

гипотрофия (до 38‰), рахит (до 49‰), неинфекционные заболевания пищеварительного тракта (до 99,7‰) [79].

В исследовании Львовой И.И. с соавт. показано, что распространенность факторов риска внутриутробных инфекций у новорожденных г. Березники составила 66,8%. Реализация имеющихся факторов риска проявилась в виде неонатальной болезни или TORCH-синдрома у 31% малышей. Среди фоновых заболеваний у детей первого года жизни зарегистрированы гипохромная анемия (38,4%), аллергодерматозы (24,3%), дисбиоз кишечника (58,6%), 22,4% детей относились к группе часто болеющих [91]. О значительной распространенности внутриутробных инфекций у детей первого года жизни свидетельствуют и данные других авторов [8]. Так, в г. Томске Т.В. Давыдовой было обследовано 250 детей первого года жизни, из них у 22% был установлен диагноз внутриутробной инфекции, причем доминировали цитомегаловирусная (15 чел.) и хламидийная (12 чел.) инфекции [41].

Перинатальное поражение центральной нервной системы (ПП ЦНС) – наиболее часто выявляемая патология у детей первого года жизни [52, 56, 68]. Учеными г. Надым Ямало-ненецкого автономного округа было обследовано 1375 детей первого года жизни, при этом выявлено, что распространенность перинатального поражения центральной нервной системы составляет 90,02%. Ведущим является синдром двигательных дисфункций различной степени выраженности (более 80,0%) [98]. Существуют данные о взаимосвязи ПП ЦНС и соматической патологии, а также о негативном влиянии ПП ЦНС на нервно-психическое развитие и психическое здоровье детей [1, 107, 120].

Проблема нарушения питания у детей раннего возраста остается актуальной и в наше время [140]. В исследовании Л.П. Санакоевой с

соавт. показано, что тяжелая гипотрофия у детей первого года жизни составила 88% от числа всех госпитализированных с гипотрофией детей, чаще это были сельские дети (71,4%) [130].

Рахит является наиболее частым фоновым заболеванием детей раннего возраста [29, 94], однако, в силу ряда причин диагноз рахита не всегда устанавливается участковыми педиатрами. И.О. Еренков с соавт. предлагает использовать ультразвуковую денситометрию с целью повышения эффективности диагностики рахита у детей раннего возраста [53].

Н.Н. Архипова с соавт. по результатам патоморфологического исследования костной системы 60 детей, погибших от разных причин, установили, что удельный вес рахита составил 20% [6].

Еще одним частым фоновым заболеванием является железодефицитная анемия (ЖДА) [12, 90, 113]. В г. Перми у детей первого года жизни ЖДА легкой степени встречается в 91% случаев, средней тяжести – у 7,8% малышей, тяжелая – в 1,2% случаев [21]. Н.В. Ивановой с соавт. выявлена связь железодефицитной анемии у детей первого года жизни с замедлением психомоторного развития. Доказано, что анемия при ее несвоевременном и неадекватном лечении может необратимо воздействовать на когнитивные функции [62].

Электрокардиографическое исследование широко внедрено в диагностические алгоритмы оценки состояния здоровья детей раннего возраста [108]. При изучении состояния сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни Н.В. Харламовой с соавт. было выявлено, что постгипоксическая кардиопатия выявлена у 76,4% детей, однако у половины из них ее появления купировались уже к месяцу жизни. [143]. Нередко уже в период новорожденности диагностируются врожденные пороки сердца [22]. При электрокардиографическом исследовании 130 детей первых месяцев жизни на базе детской поликлиники Н.Н.

Ильиной с соавт. обнаружены изменения в виде нарушения обменных и энергетических процессов в миокарде (34%) и снижения вольтажа зубцов комплекса QRS (10%) [65]. Эхокардиографическое обследование 1012 детей первого полугодия жизни свидетельствует о высокой частоте встречаемости малых аномалий развития сердца, в частности, дополнительных трабекул в полости левого желудочка [86, 133].

В исследовании О.К. Кулешовой с соавторами показана высокая частота функциональных нарушений пищеварительного тракта, особенно у детей первого полугодия жизни [82].

В публикациях отражены вопросы физического развития детей первого года жизни. М.А. Гачеговым с соавт. при анализе 2500 историй развития детей, показано, что имеется некоторое превышение показателей физического развития детей первого года жизни г. Перми в сравнении с федеральными стандартами [31, 32, 33]. И.Г. Бияновой проведена сравнительная характеристика показателей физического развития детей первого года жизни, рожденных в 1965 и 2008 годах. Выявлено, что длина тела мальчиков и девочек на первом году жизни, а также масса тела детей до 6 месяцев превышают значения 1965 года, показатели же окружности грудной клетки достоверных отличий не имели [15, 16, 17]. При оценке физического развития детей первого года жизни г. Ставрополя выявлено, что высокие темпы развития младенцев сопровождаются увеличением числа дисгармоничных детей, в основном за счет грациализации, более выраженной у девочек [114]. Физическое развитие детей первого года городского коренного населения Тывы также характеризуется высокой распространенностью дисгармоничных вариантов, однако преимущественно обусловленных избыточной массой тела [38].

А.В. Кашин с соавт., анализируя физическое развитие детей первого года жизни в зависимости от вида вскармливания, показал, что

дети, находившиеся на раннем искусственном вскармливании, к концу первого года жизни имели более высокие весо-ростовые показатели. Однако в группе малышей, длительно получавших грудное вскармливание, чаще отмечался мезосоматический тип телосложения (85,3%) с гармоничным развитием (84,1%). Аналогичные данные представлены и другими авторами [19, 67, 119, 128].

Здоровье детей первого года жизни во многом зависит от вида вскармливания [42, 47, 77, 83, 96, 97, 1152]. Приоритетной в настоящее время является методика свободного грудного вскармливания [39]. Атясовой Т.Г. показано, что у младенцев, получавших искусственное вскармливание, в 1,8 раза чаще диагностируется дистрофия, в 2 раза чаще – дефицитная анемия, в 1,7 раза больше гнойно-септических заболеваний в сравнении с детьми, находившимися на грудном вскармливании. К концу первого года жизни 20% детей, вскармливавшихся смесями, относились к группе часто болеющих, каждый 15-й ребенок перенес кишечную инфекцию, 71,3% малышей имели аллергические проявления [7]. Т. И. Легоньковой с соавт. проведено многоцентровое открытое сравнительное проспективное исследование, целью которого явилось изучение состояния здоровья детей, находившихся на различных видах вскармливания. В результате долговременного наблюдения показано, что дети, получавшие грудное молоко, имели более высокие показатели физического и нервно-психического развития, более низкую частоту развития острых респираторных заболеваний и атопического дерматита [85]. Аналогичные результаты получены М.В. Макаровой, ею установлено, что дети, находившиеся на искусственном вскармливании, имели высокий показатель заболеваемости в период новорожденности и на первом году жизни. В гемограмме у них чаще регистрировались анемия, эозинофилия, нейтропения, они имели более низкие показатели

гуморального иммунитета [93]. Характер вскармливания детей на первом году жизни во многом зависит от ответственного отношения педиатра к данному разделу профилактической работы [3, 80, 81, 95, 101, 118].

По данным О.И. Русской, при целенаправленной профилактической деятельности участкового педиатра отмечается рост грудного вскармливания, снижение заболеваемости детей первого года жизни (болезней органов дыхания на 9%, пищеварения – на 40%, рахита – на 50%, заболеваний крови – на 40%, кожи – на 35%) [125].

Н.Ю. Зарничиной с соавт. проведена сравнительная оценка состояния здоровья детей первого года жизни, проживающих в городе и сельской местности. Показано, что городские дети дольше находятся на грудном вскармливании, в связи с чем у них реже формируются фоновые заболевания, они реже болеют острыми респираторными заболеваниями. Однако, городские дети чаще относятся к 3 группе здоровья в результате наличия у них врожденных пороков развития, внутриутробных инфекций и хронических заболеваний [58]. Уровень младенческой смертности также зависит от среды обитания, в сельской местности он значительно выше [48, 88].

Здоровье детей, особенно раннего возраста, значительно зависит от условий их проживания, социальной среды, здоровья родителей [110]. В Европейском лонгитудинальном исследовании беременности и детства показано, что женщины, проживающие в разных климатических и социальных условиях, имеют разные факторы риска формирования здоровья их будущих детей [59]. С.А. Рожковская проанализировала состояние здоровья детей из многодетных семей в сравнении с одно-двухдетными семьями и выявила, что в многодетных семьях дети часто страдают от хронических заболеваний (61,7%), достоверно чаще имеют III-IV группу здоровья ($p < 0,05$) [122].

В исследовании В.И. Орел с соавт. показал, что в Санкт-Петербурге 27% детей проживают в семьях, нуждающихся в поддержке государства, причем 13% из них относятся к малообеспеченным семьям, 12% являются неполными. Авторами рассчитано, что проживание в неполной семье увеличивает риск развития хронических заболеваний в 4 раза, в малообеспеченной – в 2 раза [104, 131]. Многие авторы расценивают неполную семью как фактор риска здоровью детей [37, 45, 50, 102, 106, 123].

Г.П. Торочкиной с соавт. изучено 18 725 семей, 88,8% имели факторы риска для здоровья детей, из них 47% семей – по социально-гигиеническим параметрам, 35% - по медико-биологическим, 17% - по социально-демографическим. В социопатических семьях дети на первом году жизни имели высокий уровень острой заболеваемости на фоне ПП ЦНС (75%), рахита (65%), анемии (72%), хронического расстройства питания (45%) [139]. Н.В. Саввина с соавт. провела сравнительный анализ состояния здоровья детей из полных и неполных семей и показала, что в неполных семьях на 12,7% больше детей с низким физическим развитием, на 17,9% меньше детей с I группой здоровья в сравнении с детьми из полных семей [126]. Аналогичные данные получены А.П. Денисовым с соавт. при изучении состояния здоровья детей г. Омска. Авторы выявили, что в неполных семьях на втором и третьем годах жизни у детей возрастала частота болезней органов пищеварительного тракта (в 1,4-1,7 раз), инфекционных и паразитарных заболеваний (в 1,1-1,7 раз) в сравнении с детьми из полных семей [46]. Данные о высокой частоте фоновых состояний, инфекционной заболеваемости, проблемах физического и нервно-психического развития детей из семей социального риска приводят и другие авторы [9, 25, 147].

Значительное количество публикаций посвящено проблемам воспитания детей в неполных семьях [4, 44, 55, 116], особенностям социализации детей из этих семей [30, 40, 54, 63]. Так, в исследовании Л.Б. Вяткиной показано, что для детей из неполных семей характерны: высокий уровень развития творческого мышления, средний уровень развития внимания и работоспособности, средний уровень развития интеллекта [28].

Предлагаются различные организационно-функциональные и медико-социальные модели оказания помощи детям из неполных семей и оставшимся без попечения родителей, но большинство из них разработаны для детей старшего возраста и подростков [14, 36, 112, 141].

Таким образом, опубликованные работы отражают вопросы состояния здоровья детей первого года жизни, в основном, на местном уровне, изложены в сборниках региональных конференций. Особое внимание авторы уделяют формированию здоровья детей из групп социального риска. Однако недостаточно изучены факторы риска, определяющие здоровье младенцев в зависимости от типа семьи – полная и неполная, которые не всегда являются семьями социального риска.

1.2. Организация амбулаторной помощи детям первого года жизни в России

В современных условиях одним из основных приоритетов Российского здравоохранения является усиление первичной медико-санитарной помощи [127, 129]. В этом направлении работают многие территории Российской Федерации, имеется немало публикаций. Так, в Омской области организационно-методическим отделом областной детской клинической больницы создана информационная система,

которая ориентирована на получение информации для вышестоящих органов здравоохранения и больницы. С помощью полученной информации реализуется программно-целевой подход деятельности педиатрической службы области [5].

Однако, как показывает практика, не всегда амбулаторно-поликлиническая помощь детям оказывается на должном уровне. При аккредитации центральных районных больниц Пермской области были обнаружены низкие показатели здоровья детей за счет невыявляемости таких заболеваний раннего возраста, как рахит, железодефицитная анемия, дистрофии и др. Показатели деятельности учреждений ухудшились за счет низких показателей профилактической работы, в частности, недостаточного охвата детей первого года жизни осмотрами специалистов [72, 73, 75].

Одной из проблем первичной медико-санитарной помощи детям является недостаток врачебных кадров [26, 64, 124]. Как известно, в странах с развитыми общественными системами здравоохранения большую часть оздоровительно-профилактических и медицинских потребностей населения обеспечивают общепрактикующие врачи или, как их ещё называют, «врачи первого контакта». С началом реформ и в Российской Федерации органы управления здравоохранением активно поддерживали формирование сети общих врачебных практик и пытались стимулировать развитие «стационар замещающих» технологий в амбулаторном звене [20].

Однако приходится констатировать, что попытки перестроить отечественное здравоохранение пока не привели к осязаемым положительным результатам. Еще не ясно, можно ли будет рассматривать общую врачебную практику в качестве базового элемента новой системы первичной помощи [10, 145].

В настоящее время амбулаторно-поликлиническая помощь детям, в том числе, раннего возраста, оказывается согласно приказам: № 701 от 26.11.2005 «О родовом сертификате», № 185 от 22.03.2006 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания», № 56 от 23.01.2007 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники», № 307 от 28.04.2007 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни», № 51н от 31.01.2011 «От утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», № 366н от 16.04.2012 «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи», № 1346н от 21.12.2012 «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», № 125 Н от 21.03.2014 «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» и другим.

В России создана трехуровневая система оказания медицинской помощи населению, в которой поликлиника является «звеном первого контакта» пациента с медициной, осуществляет свою деятельность согласно стандартам оказания медицинской помощи. Помимо поликлиник существуют также фельдшерско-акушерские пункты, которые, в основном, располагаются в сельской местности, где оказывается так называемая доврачебная помощь. Городское поликлиническое звено представлено поликлиниками для взрослых и отдельно для детей, а также стоматологическими поликлиниками. Все вместе они образуют сложную сеть, работа которой, в большинстве случаев, направлена на предоставление первичного медико-санитарного

обслуживания в сочетании с вторичной (специализированной) медицинской помощью. Поликлиники, обладающие разной степенью возможностей, обеспечивают различный уровень качества медицинских услуг.

Современная детская поликлиника является крупной многопрофильной, специализированной медицинской организацией, предназначенной оказывать медицинскую помощь детскому населению и осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению пациентов и предупреждению заболеваний. Детская поликлиника проводит профилактическую работу со здоровыми детьми, диспансеризацию детского населения в районе деятельности, оказывает медицинскую помощь на догоспитальном этапе, осуществляет мероприятия по охране здоровья детей в организованных коллективах, правовую защиту матери и ребенка [51, 146].

Структура детской поликлиники имеет свои особенности. Она должна иметь фильтр с отдельным входом, изоляторы с боксами, кабинеты врачей - педиатров и других специальностей, лечебно-диагностические кабинеты, регистратуру и другие помещения. В современных типовых проектах детских поликлиник предусматривается специальный блок для отделения восстановительного лечения. Во многих поликлиниках выделяются помещения для профилактического отделения, организуются бассейны для проведения оздоровительных и лечебных процедур.

Работа детской поликлиники построена по участковому принципу [69]. На педиатрический участок (800 детей) выделяется 1 должность участкового врача-педиатра и 1,5 должности участковой медсестры. В большинстве детских поликлиник имеются хирург, ортопед-травматолог, офтальмолог, оториноларинголог, невропатолог, кардиоревматолог и другие специалисты. Отдельные виды

специализированной помощи (эндокринологическая, гастроэнтерологическая, медико-генетическая и др.) централизованы в крупных консультативных детских поликлиниках.

Для усиления профилактической работы в поликлинике создаются кабинеты здорового ребенка, организуются методические советы по воспитанию здорового ребенка, работающие на общественных началах.

Особенность профилактического обслуживания детей на педиатрическом участке состоит в том, что его осуществляет группа специалистов, имеющих определенные функциональные обязанности [78]. Основная роль в проведении профилактической работы отводится участковому педиатру. Его профилактическая работа заключается в следующем:

- систематическое наблюдение за развитием и состоянием здоровья ребенка;
- организация рационального вскармливания и питания, физического воспитания;
- проведение мероприятий по профилактике рахита, гипотрофии, анемии и другой патологии;
- организация прививочной работы;
- подготовка ребенка к поступлению в дошкольное учреждение;
- проведение работы гигиеническому обучению и воспитанию ребенка.

Участковая медсестра, являясь специалистом и первым помощником врача, осуществляет дородовой патронаж, патронаж новорожденных; участвует в планировании профилактических прививок; помогает врачу на приеме.

Лечебная помощь заболевшим детям осуществляется путем обслуживания на дому по вызовам, организации приемов в

поликлинике, наблюдения врачом и медсестрой больного ребенка на дому и в поликлинике, организации необходимых лечебных мероприятий, консультаций, обследования и лечения специалистами, направления ребенка при показаниях на стационарное или санаторное лечение. Участковая медсестра выполняет врачебные назначения и процедуры на дому или в поликлинике, контролирует соблюдение родителями режима и правил ухода за больным ребенком.

В соответствии с профилактическим стандартом ребенок первого года жизни наблюдается врачом-педиатром 1 раз в месяц. Медицинская сестра осматривает ребенка 2 раза в месяц до 6-месячного возраста, далее – 1 раз в месяц. Первичный врачебно-сестринский патронаж проводится в первые 2 суток после выписки новорожденного из родильного дома. На основе полного сбора анамнеза (генеалогического, биологического, социального) и подробного осмотра ребенка врач-педиатр дает комплексную оценку состояния здоровья новорожденного с определением группы риска. Выделяют 9 групп риска:

1. Группа с риском повышенной заболеваемости ОРВИ, нарушением состояния здоровья в период социальной адаптации.
2. Группа с риском развития патологии ЦНС.
3. Группа с риском возникновения рахита, анемии, дистрофии.
4. Группа с риском врожденной и наследственной патологии.
5. Группа с риском гнойно-септической и внутриутробной инфекции.
6. Группа риска по аллергическим заболеваниям.
7. Группа риска из социально неблагополучных семей.
8. Группа риска по тугоухости.
9. Группа риска по ВИЧ-инфекции.

В настоящее время выделена 0 группа риска – по синдрому внезапной смерти [70]. Группы риска определяются по специальной

поисковой таблице [78]. После определения группы риска врач должен составить план наблюдения ребенка на первом году жизни, включающий лабораторные исследования, консультации специалистов, необходимые профилактические мероприятия.

На первом году жизни основными задачами участковой педиатрической службы являются поддержка грудного вскармливания, контроль за физическим, нервно-психическим развитием ребенка, профилактика и лечение фоновых заболеваний. Для достижения максимальной эффективности наблюдения за детьми первого года жизни необходимо пользоваться унифицированными записями, а также современными информационными технологиями.

Немаловажное значение имеет оценка профилактической работы участковых педиатров. Для этого используются следующие показатели:

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

10. Показатель эффективности диспансеризации детей раннего возраста.

Экспертная оценка качества оказания профилактической помощи детям показывает недостаточную эффективность работы участковых педиатров. Так, в Москве была проведена экспертная оценка по 90 историям развития детей, выявлено, что в 59% случаев качество профилактической помощи на участке не соответствует стандартам. Наибольшее число замечаний отмечено во 2 полугодии первого года жизни, при этом недостаточно оценивался онтогенез, не проведен полный скрининг обследования, не даны соответствующие рекомендации [144]. В Перми при изучении организации профилактической деятельности участковой службы опрошено 200 участковых педиатров, 200 участковых медицинских сестер и 200 родителей неорганизованных детей. Использовались специально разработанные социологические анкеты. Проведенный анализ показал недостаточный уровень состояния диспансеризации в детской поликлинике, доля профилактической работы в деятельности участкового педиатра составила 25-30% [71]. Таким образом, несмотря на значительные усилия, направленные на организацию профилактической работы с детьми раннего возраста, существуют нерешенные проблемы. Фактическое состояние медико-санитарной помощи детям первого года жизни не всегда соответствует необходимым требованиям. Недостаточно внимания уделяется изучению факторов риска, определяющих здоровье детей, в зависимости от типа семьи. В связи со значительным количеством разнообразных факторов риска участковому педиатру сложно определить их роль в формировании здоровья. Для этого необходимы электронные варианты программ, которые помогут врачу качественно осуществлять профилактический раздел своей работы. Не разработаны

также дифференцированные рекомендации для данной категории с учетом реализации факторов риска формирования здоровья. В связи с этим требуется совершенствование подходов к организации профилактической работы участкового педиатра, особенно с детьми первого года жизни, с использованием современных информационных технологий.

ГЛАВА II МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проводилась на базах детских поликлиник муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Городская детская клиническая поликлиника №1 в Мотовилихинском районе города Перми в 2010-2014 годах.

2.1. Характеристика территории, лечебного учреждения

Мотовилихинский район г. Перми располагается на достаточно большой территории, она составляет 169,57 кв.км. На территории района расположены следующие предприятия: ЗАО «Мотовилихинские заводы», ОАО «Синергия», ОАО «Пермская кондитерская фабрика». В связи со значительной концентрацией промышленных предприятий экологическая характеристика района оценивается как неблагоприятная.

Население Мотовилихинского района г. Перми составляет 222 984 тыс. человек. Преобладают лица трудоспособного возраста (средний возраст 45 лет). Основная часть населения района трудится на промышленных предприятиях. Женщины в структуре населения Мотовилихинского района составляют 55,8%, детей на конец 2013 года было 38 339 человек, в том числе детей до 1 года – 3 297. В среднем на одном педиатрическом участке 870-1000 детей, в том числе 60-70 детей первого года жизни.

Мотовилихинский район имеет свои экологические особенности, влияющие на состояние здоровья детского населения, которое определяется прежде всего преобладанием в структуре производства отраслей тяжелой и химической промышленности.

Детское население Мотовилихинского района обслуживает Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская

детская клиническая поликлиника № 1». В состав данного лечебного учреждения входят 5 поликлиник, 40 детских дошкольных учреждений, 30 школ, 1 детский дом. Территория Мотовилихинского района разделена на 50 педиатрических участков. В составе объединенной поликлиники - клиничко-диагностическое отделение узких специалистов, дошкольное и школьное отделения, отделение оказания медико-социальной помощи детям, имеется специализированное отделение – фтизиатрическое. Медицинскую помощь детям оказывают врачи более 40 специальностей. В диагностическом отделении можно провести ультразвуковые исследования, спирографию, электроэнцефалографию, пройти диагностику на компьютерном комплексе «Валента», рентгенологическое обследование, имеется фиброгастроскоп.

Городская детская клиническая поликлиника № 1 постоянно развивается и активно осваивает новые методы организационной работы, диагностические и лечебные методики, совершенствует подходы к реабилитации маленьких пациентов. Из достижений последних лет наиболее важным можно считать такие, как реализация национального проекта «Здоровье», который включал в себя подготовку и переподготовку врачей, денежные выплаты участковым врачам и медицинским сестрам, оснащение амбулаторной службы диагностическим оборудованием, иммунизацию детского населения. В поликлинике организована работа дневного стационара на 20 коек. Внедрены централизованное оформление рецептов и запись к врачам по централизованной электронной регистратуре. Проведена диспансеризация детей-сирот, оставшихся без попечения родителей. Созданы новые рабочие места, модернизируются существующие.

2.2. Характеристика объекта исследования

В соответствии с поставленными задачами исследования нами проведено изучение состояния здоровья детей первого года жизни в Мотовилихинском районе г. Перми за период 2010-2012гг.

Методом случайной выборки было отобрано 335 детей 2009 года рождения, 410 – 2010 года рождения и 413 детей, родившихся в 2011 году. Критерием включения в исследование являлось первый год жизни, рождение путем срочных родов. Всего обследовано 1158 детей первого года жизни. Подробная характеристика состояния здоровья детей представлена в III главе.

Для определения характеристики семей, имеющих детей первого года жизни, было проведено анкетирование родителей из 262 полных семей и 36 – неполных. Критерии включения в исследование: наличие в семье 2 детей, в том числе одного ребенка первого года жизни. Отличительный признак – отсутствие отца в неполных семьях. Подробная характеристика типов семей детей первого года жизни представлена в IV главе.

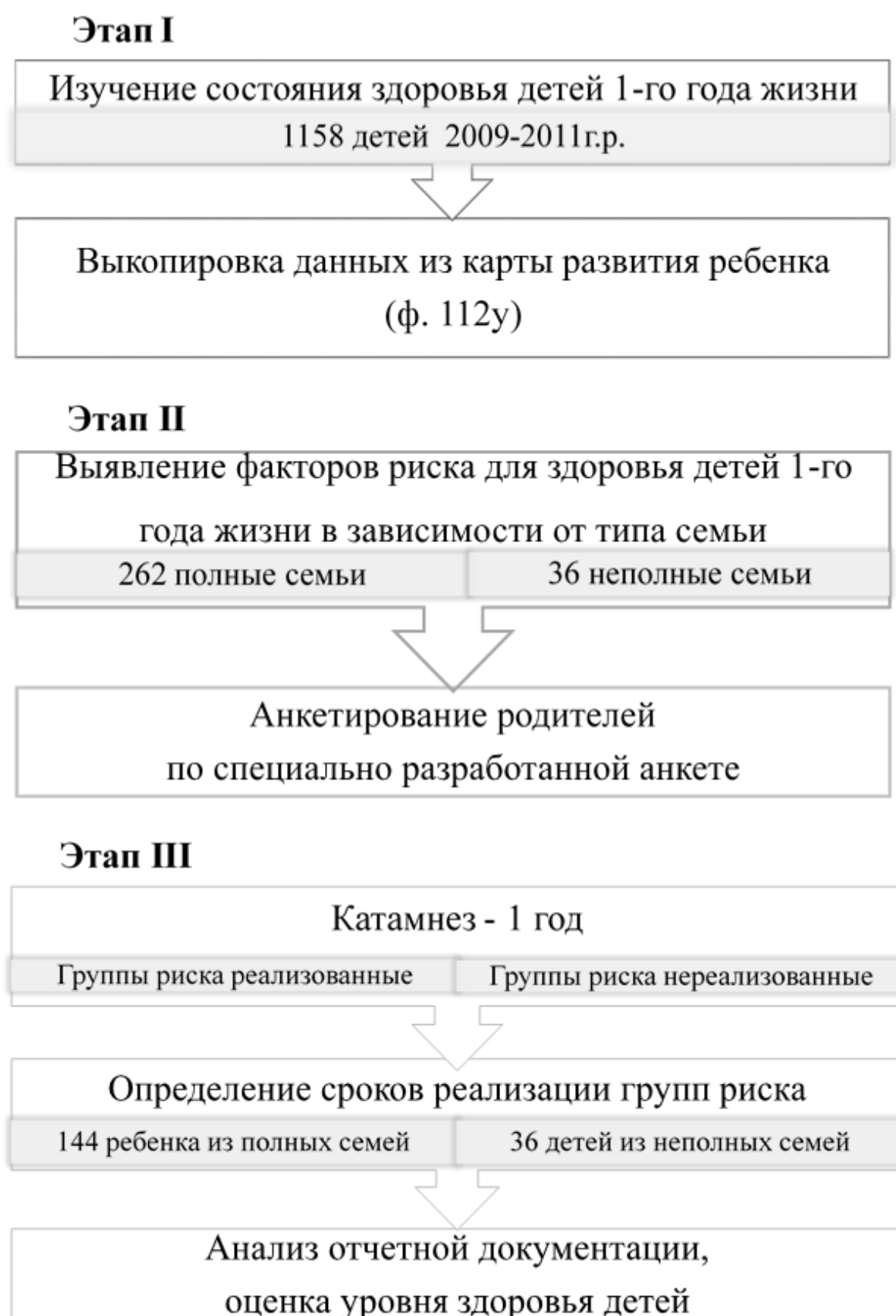


Рис. 1. Дизайн исследования

2.3. Методы исследования

При выполнении работы использовали следующие методы:

- ретроспективный (выкопировка данных из карты развития ребенка ф-112 у);
- клинико-статистический метод (анализ отчетной документации, оценка уровня здоровья детей первого года жизни);
- социологический (анкетирование родителей).

На первом этапе для решения одной из задач исследования ретроспективно изучено состояние здоровья детей первого года жизни по шести критериям здоровья.

На втором этапе изучали факторы, влияющие на состояние здоровья детей первого года жизни, учитывали особенности социально-экономического положения семьи, тип семьи, фоновые заболевания родителей. Все семьи, имеющие детей первого года жизни, были разделены на две группы: полные и неполные. В каждой группе оценивали факторы риска здоровью детей первого года жизни.

Данные получали путем опроса родителей по специально разработанной анкете (приложение 1). Изучаемые факторы риска фоновых заболеваний были разделены на три основные группы: социально-гигиенические, медико-биологические, медико-организационные.

Группа медико-биологических факторов риска включала в себя наследственный анамнез, данные акушерского анамнеза матери, течения беременности, наличие экстрагенитальной патологии, степени перинатального риска.

Медико-организационные факторы риска здоровью детей заключались в особенностях организации и качества амбулаторно-поликлинической помощи детям первого года жизни. Учитывали реализацию групп риска к году.

К основным социально-гигиеническим факторам риска фоновых заболеваний относили состав семьи (полная, неполная), возраст (до 18 лет, старше 35 лет), образование (высшее, незаконченное высшее, среднее, среднее специальное, незаконченное среднее) и профессию родителей (рабочие, служащие), психологический климат в семье (благоприятный, неблагоприятный), наличие или отсутствие вредных привычек (курение, употребление алкоголя), жилищно-бытовые условия (частный дом, квартира, комната в общежитии), санитарную культуру семьи [69].

Для комплексной оценки состояния здоровья детей первого года жизни использовали 6 критериев [78]:

- особенности онтогенеза;
- уровень физического развития и степень его гармоничности;
- уровень нервно-психического развития (НПР);
- уровень резистентности организма;
- уровень функционального состояния организма;
- наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных аномалий развития.

Оценка особенностей онтогенеза проводилась на основании сбора генеалогического, биологического и социального анамнезов. При сборе генеалогического анамнеза учитывали повторяемость заболеваний с аналогичным этиопатогенезом по вертикали, их направленность, высчитывали коэффициент общей отягощенности по формуле:

Коэффициент отягощенности (КО) = Количество родственников с отклонениями в состоянии здоровья / Общее число родственников, у которых удалось собрать анамнез

Отягощенность генеалогического анамнеза оценивали следующим образом: КО = 0-0,2 – низкая, 0,3-0,5 – умеренная, 0,6-0,8 – выраженная, 0,9 и более – высокая.

Биологический анамнез включал в себя данные об особенностях течения антенатального, интранатального и раннего неонатального периода.

Социальный анамнез оценивали по следующим параметрам: образовательный уровень родителей, психологический климат в семье, материальное состояние, бытовые условия, вредные привычки родителей и т.д.

Физическое развитие детей является важным критерием комплексной оценки состояния здоровья. Под физическим развитием понимают совокупность морфологических и функциональных признаков организма, определяемых ростом, массой, размерами окружности груди, их соотношениями и адаптацией к физическим нагрузкам.

С начала 70-х гг. прошлого века основные антропометрические данные оцениваются центильным методом. Используемые нами модифицированные таблицы [78] составлены на основе методических рекомендаций И.М. Воронцова (1984) и Г.Н. Сердюковской (1993) с учетом рекомендаций Т.М. Максимовой с соавт. (1994).

Оценка физического развития проводили в несколько этапов:

- 1) определение возрастной группы ребенка;
- 2) измерение параметров и взвешивание детей по общепринятой методике;
- 3) оценка конституциональных особенностей телосложения и полового развития;
- 4) выбор необходимых оценочных таблиц;
- 5) выявление динамики показателей и их фиксация в медицинской карте ребенка;
- 6) оценка физического развития.

Центильные распределения наиболее строго и объективно отражают распределение признаков у здоровых детей. Колонки центильных таблиц показывают количественные границы признака у определенного процента (центиля) детей данного возраста и пола. За нормальные величины принимали значения, свойственные половине здоровых детей от 25 до 75 центиля.

Физическое развитие оценивали следующим образом:

1. Нормальное физическое развитие – положение параметров длины тела в коридорах 2-6 и массы тела в коридорах 3-6.
2. Повышенная и высокая масса тела (избыток массы тела I-II ст.) - положение параметров длины тела в коридорах 2-6 и массы тела в коридорах 6-7.
3. Сниженная и низкая масса тела (дефицит массы I-II ст.) - положение параметров длины тела в коридорах 2-6 и массы тела в коридорах 2-1.
4. Высокая длина тела (высокий рост) - положение параметров длины тела в коридоре 7 при любых значениях массы.
5. Низкая длина тела (низкий рост) - положение параметра длины тела в коридоре I при любых значениях массы тела.

Гармоничность развития определяли на основании тех же результатов центильных оценок. В случае, если разность коридоров между двумя показателями не превышала 1, относили к гармоничности развития, если эта разность составляла 2, развитие ребенка считали дисгармоничным, а если разница превышала 3 и более, налицо резко дисгармоничное развитие.

Наибольшим уровнем отклонения физического развития считали следующие варианты оценок: низкий рост в сочетании с дефицитом массы тела II степени (коридор 1) и избыток массы тела II (коридор 7) при любой длине тела.

Оценку физического развития осуществляли по данным антропометрии, проводимой в эпикризные сроки (ежемесячно) центильным методом [2]. Измерение длины тела проводили в положении лежа на спине с помощью специального ростомера. Массу тела определяли на специальных детских электронных весах с максимально допустимой нагрузкой до 15 кг и точностью измерения до 1 гр. Окружности головы и груди измеряли с помощью сантиметровой ленты.

Оценку нервно-психического развития детей первого года жизни проводили по специально разработанным стандартам в установленные сроки (ежемесячно) [117].

К показателям нервно-психического развития детей 1 года жизни относили: зрительные ориентировочные реакции (Аз), слуховые ориентировочные реакции (Ас), эмоции (Э), движения руки и действия с предметами (Др), движения общие (До), активная речь (Ра), понимаемая речь (Рп), навыки (Н) [69].

В итоге определяли группу нервно-психического развития. При соответствии нервно-психического развития ребенка возрасту или превышение его выставлялась I группа НПП, при отставании ребенка хотя бы по одному показателю на 1 эпикризный срок - II группа, при отставании ребенка хотя бы по одному показателю на II эпикризных срока определялась III группа НПП, при отставании ребенка хотя бы по одному показателю на III эпикризных срока выставлялась IV группа нервно-психического развития. Эпикризным сроком для ребенка первого года жизни считался 1 месяц.

Уровень резистентности организма определяли по кратности острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года. Резистентность считали хорошей при кратности острых заболеваний 0-3 раза в год, сниженной – 4-5 раз в год, низкой – 6-7 раз в год, очень

низкой при кратности острых заболеваний 8 и более раз в год. Изучали первичную заболеваемость острой патологией у детей первого года жизни, рожденных в 2009-2011 годах.

Уровень функционального состояния оценивали по данным клинического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, на основании жалоб и поведения, а также адаптационных возможностей ребенка. Показателями поведения детей первого года жизни являлись эмоциональное состояние, сон, аппетит, бодрствование, отрицательные привычки, индивидуальные особенности. Нормальным функциональное состояние считали, если показатели соответствовали возрастной норме, поведение было без отклонений. Ухудшенное функциональное состояние – при уровне показателей на верхней или нижней границе нормы, при наличии умеренных отклонений в поведении. Плохое функциональное состояние отмечалось при уровне показателей выше или ниже возрастной нормы, значительных отклонениях в поведении.

Наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных пороков развития определяли по данным клинического осмотра, результатам лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результатом комплексной оценки состояния здоровья детей являлось определение группы здоровья. I группа – здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья, а также имеющие незначительные морфологические отклонения, не требующие коррекции. Группа IIА – здоровые дети с минимальной степенью риска формирования патологических состояний, имеющие факторы риска только в анамнезе. Группа IIБ – здоровые дети с факторами риска, способными обусловить формирование хронической патологии. III, IV и

V группы здоровья – больные дети с хронической патологией в стадии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.

Диспансеризация детей первого года жизни осуществляется, исходя из группы риска здоровью конкретного младенца. Предполагаемую группу риска здоровью ребенка определяет участковый педиатр при проведении дородового патронажа. При выписке из родильного дома группа риска уточняется в зависимости от наличия или отсутствия интра- и антенатальной патологии. Наиболее точную группу риска выставляет участковый педиатр после осмотра новорожденного на дому и уточнения анамнеза. Группы риска определяются по поисковой таблице, в которой оцениваются наличие экстрагенитальной патологии матери, акушерский анамнез, течение данной беременности и родов, течение раннего антенатального периода, социальный анамнез. Неполная семья расценивается как фактор социального риска.

Определив группу риска, педиатр составляет план наблюдения ребенка на первом году жизни, используя «Стандарты профилактической работы участкового педиатра с детьми раннего возраста», утвержденные приказом УЗО Пермской области № 132 от 10.03.2004 года. Однако эти стандарты не учитывают, что не только в неполной, но и в полной семье у детей первого года жизни могут преобладать те или иные группы риска.

На третьем этапе исследования проводили динамическое изучение состояния здоровья детей из полных и неполных семей в декретированные сроки (1 мес., 3 мес., 6 мес., 9 мес. и 12 мес.). При наличии установленного диагноза какого-либо заболевания говорили о реализации того или иного риска здоровью.

Для оптимизации процесса наблюдения за детьми первого года жизни создана программа по подсчету факторов риска с целью

определения групп риска новорожденного. Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Определение групп риска у детей первого года жизни» № 2013660051 от 23.10 2013.

2.4. Методы статистической обработки

Для анализа полученных результатов использовали общепринятые методы вариационной статистики, основанные на вычислении абсолютных и относительных величин, средней арифметической, среднего квадратичного отклонения, t - критерия по Стьюденту. Для определения различий по качественным признакам использовали критерий z [34, 57]. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Рассчитывали отношение шансов, как значение дроби, в числителе которой находятся шансы определенного события для первой группы, а в знаменателе – шансы того же события для второй группы. Для оценки значимости отношения шансов рассчитывали границы 95% доверительного интервала. Если отношение шансов (ОШ) превышает 1, шансы обнаружить фактор риска больше в группе с наличием исхода. ОШ, имеющее значение меньше 1, свидетельствует о том, что шансы обнаружить фактор риска больше во второй группе. При ОШ, равном единице, делали вывод, что фактор не оказывает воздействия на вероятность исхода [57].

Обработку цифровых данных проводили на персональном компьютере с использованием программ Microsoft Excel и BIOSTAT.

ГЛАВА III

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Одним из критериев состояния здоровья детей является оценка особенностей онтогенеза.

Для того, чтобы оценить онтогенез, собирали генеалогический, биологический и социальный анамнезы, рассчитывали коэффициент отягощенности генеалогического анамнеза у детей первого года жизни (табл. 3.1).

Таблица 3.1

Структура генеалогического анамнеза у детей первого года жизни по коэффициенту отягощенности ($M \pm m$, %)

Коэффициент отягощенности	Обследуемая группа детей $n = 753$
низкий	$58,03 \pm 1,80^{***}$
умеренный	$41,97 \pm 2,73$
выраженный	-
высокий	-

Примечание: *** - $p < 0,001$

Из таблицы видно, что большая часть детей имеет низкий риск формирования хронических заболеваний, в том числе с наследственной предрасположенностью.

Проанализировано состояние здоровья родственников малышей. Оказалось, что в основном они страдают болезнями сердечно-сосудистой системы (11,6%), глаз (9,2%), мочевыделительной системы (7,8%), крови (6,9%), желудочно-кишечного тракта (6,3%). Настораживает наличие хронических вирусных инфекций у матерей (8,1%), в том числе таких как хронические вирусные гепатиты В и С.

Это ставит перед участковыми педиатрами задачи по профилактике инфицирования детей в семьях.

Было проанализировано физическое развитие детей первого года жизни 2009, 2010 и 2011 годов рождения. Всего обследовано 1158 детей.

Все дети имели гармоничный уровень физического развития, детей с наибольшим отклонением физического развития выявлено не было. Распределение детей по уровню физического развития представлено в табл. 3.2.

Таблица 3.2

Распределение детей в возрасте 1 год по уровню
физического развития ($M \pm m$, %)

Уровень физического развития	Обследуемая группа детей n = 1158
Нормальный (1)	89,1±0,92***
С дефицитом массы тела I-II степени (2)	8,0±0,80
С избытком массы тела I-II степени (3)	2,9±0,49

Примечание: *** - $p_{1-2, 1-3} < 0,001$

Из таблицы видно, что преобладает число детей грудного возраста с нормальным физическим развитием (89,1±0,92%). Однако имеются дети как с дефицитом массы тела (8,0±0,80%), так и с ее избытком (2,9±0,49%). Это ставит вопрос о дополнительном поиске факторов риска формирования трофических расстройств и способах их профилактики.

Оценка нервно-психического развития (НПР) детей первого года жизни является важной составляющей комплексной оценки состояния их здоровья. Особенностью детей раннего возраста является очень быстрый темп развития, неравномерность и скачкообразность ростовых процессов. Это обуславливает необходимость дифференциации на возрастные периоды и выделение в каждом возрастном периоде линий

развития. Оценка нервно-психического развития детей раннего возраста проводится по специально разработанным стандартам в установленные сроки [117], на первом году жизни – ежемесячно.

Проанализировано нервно-психическое развитие доношенных детей, которым исполнился год. В табл. 3.3 представлены полученные данные.

Таблица 3.3

Распределение детей в возрасте 1 год по уровню нервно-психического развития ($M \pm m, \%$)

Уровень НПП	Обследуемая группа детей n = 1158
НПП соответствует возрасту (1)	64,0±1,41***
С отставанием на 1 эпикризный срок (2):	32,9±1,38***
в том числе по навыкам,	10,1±0,89
в том числе задержка речевого развития	22,8±1,24
С отставанием на 2 эпикризных срока (3):	3,1±0,50***
в том числе по навыкам,	1,11±0,29
в том числе задержка речевого развития	1,99±0,41

Примечание: *** - $p_{1-2, 1-3} < 0,001$

Из таблицы видно, что большинство детей годовалого возраста достоверно чаще имеют первую группу нервно-психического развития (64,0±1,41%), чем отставание на 1 или 2 эпикризных срока ($p < 0,001$). Но настораживает тот факт, что треть детей отстают в нервно-психическом развитии на 1 эпикризный срок. Отставание в нервно-психическом развитии чаще заключается в задержке формирования навыков и задержке речевого развития.

Проанализирован уровень резистентности 760 детей 2009-2011 годов рождения. Полученные результаты представлены в табл. 3.4.

Таблица 3.4

Структура уровней резистентности организма детей первого года жизни ($M \pm m, \%$)

Уровень резистентности	Обследуемая группа детей n = 760
Хороший (1)	87,3±1,20***
Сниженный (2)	9,5±1,06
Низкий (3)	2,1±0,52
Очень низкий (4)	1,1±0,38

Примечание: *** - $p_{1-2, 1-3, 1-4} < 0,001$

Как видно из таблицы, у большинства детей первого года жизни отмечается хороший уровень резистентности, то есть в течение года они болели острыми заболеваниями не более 3 раз. Очень низкая резистентность отмечается, как правило, у детей с внутриутробными инфекциями и имеющих врожденные пороки развития. В табл. 3.5 представлены данные по острой заболеваемости детей первого года жизни на 1000 детей.

Таблица 3.5

Заболеваемость острой патологией детей первого года жизни
(на 1000 детей первого года жизни)

Показатель на 1000 детей	Год рождения		
	2009	2010	2011
Общая заболеваемость	1028,76	985,75	1160,74
В том числе: ОРВИ	762,42	724,15	908,56
ОКИ	201,72	198,39	190,13
бронхит	7,84	9,86	6,17
пневмония	6,72	3,29	4,72
Острый отит	50,06	50,05	51,16

Данные табл. 3.5 подтверждают наличие хорошей резистентности у большинства детей первого года жизни. Однако лишь 20,0% малышей на первом году жизни не имели острых инфекционных заболеваний.

Наибольшее число детей первого года жизни болели острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей. Достаточно стабильными, хотя и невысокими, являются показатели заболеваемости острыми пневмониями (среди детей 2009 года рождения – 6,72‰, 2010 – 3,29‰, 2011 – 4,72‰). Кроме того, примерно одинаков уровень заболеваемости острыми кишечными инфекциями, острыми отитами, бронхитами (табл. 3.5).

Уровень функционального состояния организма детей отражен в табл. 3.6.

Таблица 3.6

Уровень функционального состояния детей первого года жизни
($M \pm m$, %)

Уровень функционального состояния	Обследуемая группа детей n = 766
нормальное	56,9±1,80***
ухудшенное	43,1±1,80
плохое	-

Примечание: *** - $p < 0,001$

Из таблицы видно, что более половины детей первого года жизни имеют нормальное функциональное состояние организма. Однако в 43% случаев функциональное состояние ухудшено, что проявляется наличием различных патологических состояний. Так, малые аномалии развития сердца (фальшхорда, открытое овальное окно) и пиелозктазии обнаружены у 63,1±1,76% малышей. Перинатальное поражение ЦНС диагностировано у 65,1±1,72% детей, возможно, это связано с ухудшением состояния здоровья будущих матерей и патологическим течением беременности. Практически у каждого пятого ребенка первого года жизни встречаются атопический дерматит (19,6±1,43%) и железодефицитная анемия (21,3±1,48%). Рахит диагностирован у

10,3±1,10% малышей, дистрофия по типу гипотрофии – у 7,6±0,95%. Инфекционистом по поводу внутриутробной инфекции наблюдались 5,5±0,82% детей первого года жизни. Лишь 7,2±0,93% детей годовалого возраста не имеют фоновых заболеваний. Все это ставит вопросы о дополнительном поиске факторов риска развития этих заболеваний и совершенствовании профилактических мероприятий.

В результате комплексной оценки состояния здоровья детей первого года жизни определяли группу здоровья (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Группа здоровья детей в возрасте 1 год (M±m, %)

Группа здоровья	Обследуемая группа детей n = 767
I (1)	6,0±0,86
IIА (2)	4,2±0,72
IIБ (3)	83,9±1,32***
III (4)	5,9±0,85
IV (5)	-
V (6)	-

Примечание: *** - $p_{1-3, 2-3, 4-3} < 0,001$

Большая часть детей годовалого возраста имеют IIБ группу здоровья, это дети с фоновыми состояниями и с факторами риска, способными обусловить формирование хронической патологии. Третья группа здоровья представлена детьми с хронической патологией в стадии компенсации, число таких малышей невелико (5,9±0,85%), как и здоровых малышей с I (6,0±0,86%) и IIА (4,2±0,72%) группами здоровья.

Таким образом, в результате комплексного изучения состояния здоровья детей первого года жизни, проживающих в Мотовилихинском районе г. Перми, выявлено, что преобладает IIБ группа здоровья

(83,9±1,32%), большинство детей имеют низкий риск формирования хронических заболеваний, в том числе с наследственной предрасположенностью (58,3%), хороший уровень резистентности (87,3%) и нормальное функциональное состояние организма (56,9%). Однако наличие малышей с отставанием в нервно-психическом развитии (36,0%), врожденными аномалиями развития (63,1%) и дефицитом массы тела (8,0%) ставят новые задачи перед амбулаторно-поликлинической службой в плане усиления педагогической и психологической поддержки семей с маленькими детьми, более эффективного взаимодействия со службами родовспоможения и совершенствования мероприятий по диспансеризации детей первого года жизни.

ГЛАВА IV

ФАКТОРЫ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЕМЬИ

4.1. Сравнительная характеристика разных типов семей

Для решения поставленных в настоящей работе задач было проведено анкетирование родителей, имеющих детей первого года жизни. Семьи были разделены на две группы: I группу составили 262 полные семьи, II – 36 неполные семьи.

Анкета включала в себя вопросы, касающиеся материального положения семьи, бытовых условий, взаимоотношений в семье, образования и состояния здоровья родителей (приложение 1).

Бытовые условия разных типов семей не имели достоверных различий. В отдельной квартире проживали $68,7 \pm 2,86\%$ полных и $63,9 \pm 8,00\%$ неполных семей. Комнату в коммунальной квартире имели $8,0 \pm 1,68\%$ и $22,2 \pm 6,93\%$. В частном доме жили $13,4 \pm 2,1\%$ полных и $13,9 \pm 5,77\%$ неполных семей. Коммунальные удобства имелись в большей части семей ($93,1\%$ - полные, $86,1\%$ - неполные). Материальное положение в полных семьях чаще оценивали как хорошее ($p < 0,001$) в сравнении с неполными, и напротив, неполные семьи расценивали свое материальное положение как удовлетворительное ($p < 0,05$). Плохим материальное положение считали представители $4,1 \pm 1,27\%$ полных и $13,9 \pm 5,77\%$ неполных семей.

Отцы в полных семьях чаще имели среднее специальное ($37,4 \pm 2,99\%$) и высшее ($31,3 \pm 2,86\%$) образование. По виду трудовой деятельности $45,5 \pm 3,08\%$ отцов являлись рабочими, служащими - $34,7 \pm 2,94\%$, не работали на момент анкетирования $19,8 \pm 2,46\%$.

Несмотря на полный состав семей, не всегда брак был официально зарегистрирован. В гражданском браке находились $26,4 \pm 2,74\%$ полных

семей. В полных семьях, кроме детей, в $30,5 \pm 2,84\%$ случаев с семьей проживали дедушки и бабушки, в $3,4 \pm 1,12\%$ - другие родственники. В неполных семьях дети имели дедушек и бабушек – в $36,1 \pm 8,00\%$, другие родственники проживали в семье в $30,6 \pm 7,68\%$ случаев, что достоверно чаще в сравнении с полными семьями ($p < 0,01$).

Возраст матерей на момент рождения ребенка не имел существенных различий (табл. 4.1).

Таблица 4.1

Средний возраст родителей на момент рождения ребенка (лет, $M \pm m$)

Тип семьи	Возраст матери	Возраст отца
полные	$24,28 \pm 0,43$	$26,854 \pm 0,54$
неполные	$25,59 \pm 1,40$	-

В результате анкетирования выявлено, что $2,7 \pm 1,0\%$ полных семей имели детей с врожденными пороками развития, в неполных семьях таких детей было $13,9 \pm 5,77\%$. Случаи мертворождения зарегистрированы в $1,9 \pm 0,84\%$, смерть ребенка после рождения - в $0,8 \pm 0,55\%$ полных семей. В неполных семьях случаев мертворождения и смерти ребенка после рождения не было.

Часть вопросов анкеты касалась взаимоотношений в семье. На вопрос «Считаете ли Вы свой брак счастливым?» положительно ответили $90,1 \pm 1,85\%$ представителей полных семей. Однако все респонденты указывали на возможность возникновения конфликтов в своей семье. Мирным путем разрешали конфликты в $57,0 \pm 3,07\%$ полных семей. В $39,2 \pm 3,03\%$ случаев конфликт заканчивался ссорой, скандалы случались в $3,8 \pm 1,19\%$ случаев. Достаточно часто при ссорах родителей присутствовали дети (в $42,8\%$ случаев). В качестве причин присутствия ребенка при ссорах родители считали несдержанность отца/матери ($32,0 \pm 4,22\%$), ограниченность жилой площади

(59,8±4,44%). 8,2±2,48% респондентов из полных семей считали, что ребенок должен видеть все происходящее в его семье.

Наличие у ребенка отдельной комнаты подтвердили представители 41,8±3,05% полных и 52,8±8,32% - неполных семей. На вопрос, касающийся состояния здоровья родственников, проживающих в семье, только в полных семьях отметили наличие больных хроническими вирусными гепатитами (8 чел., 3,1±1,08%) и венерическими заболеваниями (1 чел., 0,4±0,39%). Таким образом, в большей части семей взаимоотношения доброжелательны, однако неблагоприятным фактом является присутствие детей при ссорах и конфликтах родителей.

Отдельный блок вопросов в анкете затрагивал соблюдение в семье режимных моментов. Выполнение режима дня матерью отметили в 80,8±2,44% полных и 66,7±7,85% неполных семей. Соблюдение режима дня отцом отмечалось несколько реже (в 66,8±2,93% полных семей). Соблюдают личную гигиену при кормлении ребенка 96,9±1,07% матерей из полных и 83,3±6,22% из неполных семей. Характер питания матерей отражен в табл. 4.2.

Таблица 4.2

Характер питания матерей, имеющих детей первого года жизни, в разных типах семей (M±m, %)

Тип семьи	Характер питания			
	растительный	молочный	мясной	смешанный
полные n=262	1,5±0,75	1,5±0,75	2,3±0,93	94,7±1,39
неполные n=36	5,6±3,83	-	-	94,4±3,83

Как видно из таблицы, у большинства матерей вне зависимости от типа семьи преобладал смешанный характер питания.

Уровень образования матерей варьировал от неполного среднего до высшего (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Распределение матерей по уровню образования в разных типах семей (M±m,%)

Тип семьи	Неполное среднее	Среднее	Среднее специальное	Незаконченное высшее	Высшее
Полные (1) n=262	5,0±1,35	17,2±2,34	37,9±3,0	9,6±1,82	30,3±2,84*
Неполные (2) n=36	8,3±4,60	13,9±5,77	50,0±8,33	13,9±5,77	13,9±5,77

Примечание: * - $p_{1-2} < 0,05$

Как видно из таблицы, матери в обоих типах семей одинаково часто имели неполное среднее и среднее образование. Средним специальным и незаконченным высшим образованием чаще владели матери неполных семей. Высшее образование достоверно чаще встречалось среди матерей полных семей ($p < 0,05$). В целом, уровень образования матерей в обоих типах семей был достаточно высоким, доля женщин с неполным средним образованием составляла лишь 5,0-9,1%. По роду трудовой деятельности к рабочим относились 22,6±2,59% матерей в полных и 22,2±6,93% в неполных семьях. Служащими являлись 41,4±3,05% матерей из полных и 50,0±8,33% из неполных семей. Не имели места работы на момент анкетирования 36,0±2,97% матерей в полных и 27,8±7,47% в неполных семьях. Наличие

профессиональных вредностей отмечено у $7,7 \pm 1,65\%$ матерей в полных семьях. Большинство матерей в обоих типах семей отрицали наличие у себя вредных привычек ($84,0 \pm 2,26\%$ - полные семьи, $72,2 \pm 7,47\%$ - неполные). Однако, в том, что они курят, призналось достаточно большое число женщин ($15,2 \pm 2,21\%$ - в полных семьях, $27,8 \pm 7,47\%$ - в неполных). Регулярно употребляют алкоголь две матери ($0,8 \pm 0,55\%$) из полных семей. Состояние здоровья матерей в разных типах семей отражено в табл. 4.4.

Таблица 4.4

Распределение матерей из разных типов семей по состоянию здоровья ($M \pm m$, %)

Тип семьи	Состояние здоровья		
	Здорова	Наличие хронических заболеваний	Наличие частых простудных заболеваний
Полная n=262	$73,7 \pm 2,72$	$18,3 \pm 2,39$	$8,0 \pm 1,68$
Неполная n=36	$66,7 \pm 7,85$	$19,4 \pm 6,59$	$13,9 \pm 5,77$

Как видно из таблицы, большинство матерей из обоих типов семей не имели хронических заболеваний и не страдали частыми респираторными инфекциями.

В анкетах, предложенных респондентам из полных семей, были вопросы о состоянии здоровья отцов. Отмечено, что профессиональные вредности встречались у $8,4 \pm 1,72\%$ отцов. Вредные привычки отсутствовали лишь у $39,5 \pm 3,03\%$ отцов. Курят $57,9 \pm 3,06\%$ отцов в полных семьях, злоупотребляют алкоголем $4,2\%$ мужчин.

При анализе ответов на анкеты выявлено, что большинство отцов ($87,0 \pm 2,08\%$) здоровы. Лишь $8,4 \pm 1,72\%$ отцов из полных семей отметили наличие у себя хронических заболеваний, частыми простудными заболеваниями страдали $4,6 \pm 1,30\%$.

Таким образом, характеризуя разные типы семей, можно сказать, что по жилищно-бытовым условиям семьи сопоставимы, однако чаще в полных семьях материальное положение оценивалось как хорошее ($p < 0,001$) в сравнении с неполными семьями, и напротив, неполные семьи характеризовали свое материальное положение как удовлетворительное ($p < 0,05$). Уровень образования родителей разных типов семей был примерно одинаков. Высшее образование в большинстве случаев встречалось среди матерей полных семей в сравнении с неполными семьями ($p < 0,05$). Существенных различий по виду трудовой деятельности у родителей разных типов семей не выявлено.

Состав семей значительно варьировал, кроме родителей и детей нередко в семьях проживали дедушки и бабушки, а также другие родственники, причем чаще это имело место в неполных семьях в сравнении с полными ($p < 0,01$). Возраст родителей на момент создания семьи, а также на момент рождения ребенка в разных типах семей существенно не отличался. Отношение к режимным моментам во всех семьях было одинаковым, не выявлено значительных различий также по характеру питания матерей. Состояние здоровья родителей в обоих типах семей можно расценить как хорошее. Среди вредных привычек преобладало курение, причем как среди матерей, так и отцов.

4.2. Сравнительная характеристика факторов риска здоровью детей в разных типах семей

Для выявления факторов риска, определяющих здоровье детей первого года жизни в зависимости от типа семьи, был изучен

перинатальный анамнез 144 малышей из полных и 36 из неполных семей (приложение 2). Состав детей по полу из разных типов семьи был сопоставим (рис. 4.1).

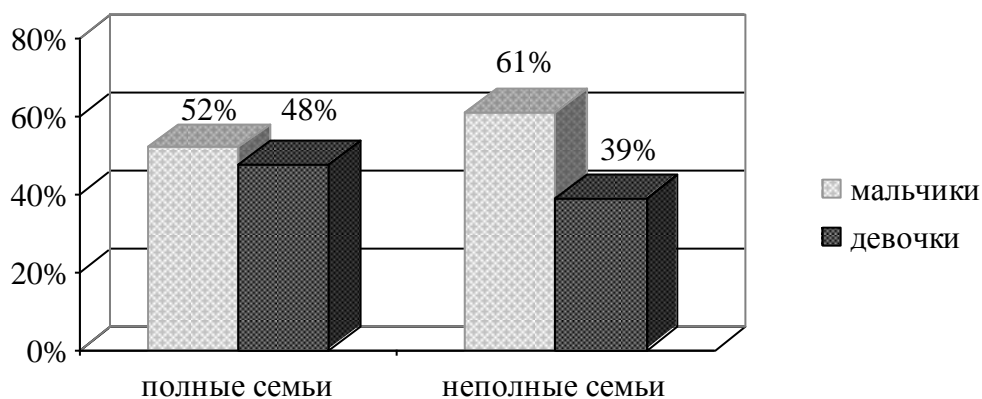


Рис. 4.1. Состав детей первого года жизни по полу в разных типах семей (%)

При изучении акушерского анамнеза выявлено, что достоверно чаще ($p < 0,01$) отмечалась патология данной беременности у матерей из неполных ($66,7 \pm 7,85\%$) в сравнении с матерями из полных семей ($38,2 \pm 4,05\%$). Осложнения в родах встречались в 10,4% случаев у матерей из полных и 19,4% неполных семей. Осложнения в родах со стороны плода отмечены в 8,3% и 19,4% соответственно. Характер родов отражен в табл. 4.5.

Таблица 4.5

Характер родов у матерей из разных типов семей
($M \pm m, \%$)

Тип семьи	Роды				
	срочные	быстрые	запоздалые	оперативные	со стимуляцией
полные	$94,1 \pm 2,02$	-	$0,7 \pm 0,71$	$10,3 \pm 2,61$	-
неполные	$83,4 \pm 6,2$	$5,6 \pm 3,83$	$8,3 \pm 4,6$	$8,3 \pm 4,6$	$5,6 \pm 3,83$

Как видно из таблицы, чаще дети из обоих типов семей рождались путем срочных родов. Достоверных различий частоты патологических родов не выявлено.

Для оценки особенностей онтогенеза проведен сбор генеалогического анамнеза с расчетом коэффициента отягощенности (рис. 4.2).

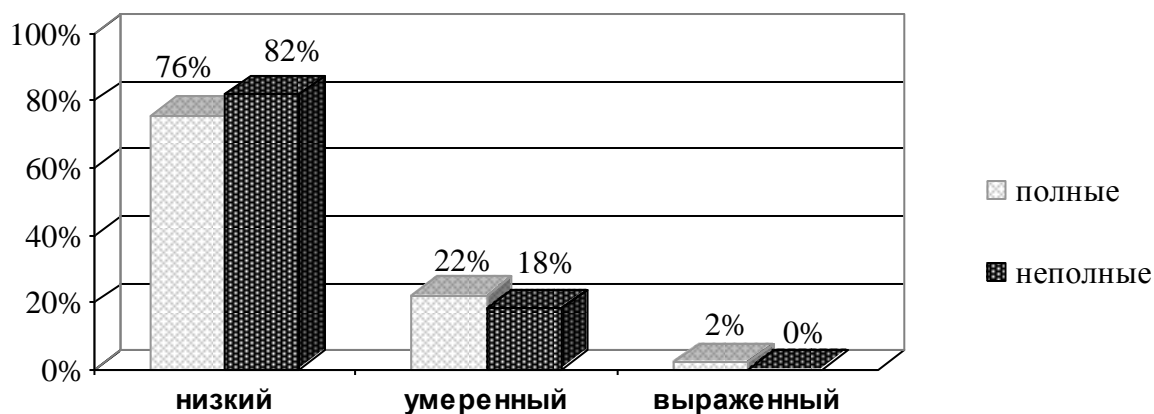


Рис. 4.2. Коэффициент отягощенности генеалогического анамнеза детей из разных типов семей (%)

Генеалогический анамнез характеризовался низким коэффициентом отягощенности без выраженной направленности генетического риска.

Биологический анамнез включал в себя оценку степени пренатального риска (табл. 4.6).

Таблица 4.6

Распределение по степени пренатального риска новорожденных из разных типов семей (% , $M \pm m$)

Тип семьи	Степень пренатального риска		
	низкая	средняя	высокая
полная	$75,7 \pm 3,57$	$20,8 \pm 3,38$	$3,5 \pm 1,53$
неполная	$72,7 \pm 7,76$	$21,2 \pm 7,12$	$6,1 \pm 4,17$

Степень пренатального риска малышей из разных типов семей не имела существенных различий.

При сборе социального анамнеза выявлена его отягощенность в большинстве случаев в неполных семьях ($35,3 \pm 8,2\%$) ($p < 0,001$) в сравнении с полными ($2,8 \pm 1,37\%$).

Показатели физического развития новорожденных представлены в табл. 4.7.

Таблица 4.7

Средние показатели физического развития новорожденных из разных типов семей ($M \pm m$)

Тип семьи	Показатели физического развития	
	Масса тела (гр)	Длина тела (см)
полные	$3487,13 \pm 458,92$	$51,69 \pm 2,56$
неполные	$3275,69 \pm 75,50$	$51,14 \pm 0,30$

Существенных различий массы и длины тела при рождении у новорожденных из разных типов семей не выявлено. У большинства малышей состояние после рождения было расценено как удовлетворительное. Неудовлетворительное состояние имело место у $3,5 \pm 1,53\%$ новорожденных из полных и $2,8 \pm 2,75\%$ из неполных семей. Течение периода адаптации в родильном доме представлено в табл. 4.8.

Таблица 4.8

Распределение новорожденных из разных типов семей по характеру адаптационного периода ($M \pm m, \%$)

Период адаптации в роддоме	Тип семьи	
	Полная (1)	Неполная (2)
Без патологии	$88,2 \pm 2,69^*$	$72,2 \pm 7,47$
Незначительная	$9,7 \pm 2,47$	$22,2 \pm 6,93$

патология		
Значительная патология	2,1±1,19	5,6±3,83

Примечание: * - $p_{1-2} < 0,05$

Как видно из таблицы, период адаптации у новорожденных из полных семей достоверно чаще протекал без патологии. Не была проведена в роддоме вакцинация БЦЖ 5,6±1,92% детям из полных и 13,9±5,77% из неполных семей. Основная причина - отсутствия вакцины в конкретный временной период. Примерно 1/3 малышей из каждого типа семей в роддоме проводилось лечение (38,9±4,06% в полных и 33,3±7,85% в неполных семьях). Чаще это была фототерапия, назначение викасола, антибактериальной терапии, линекса, виферона. Вид вскармливания в роддоме представлен на рис. 4.3.

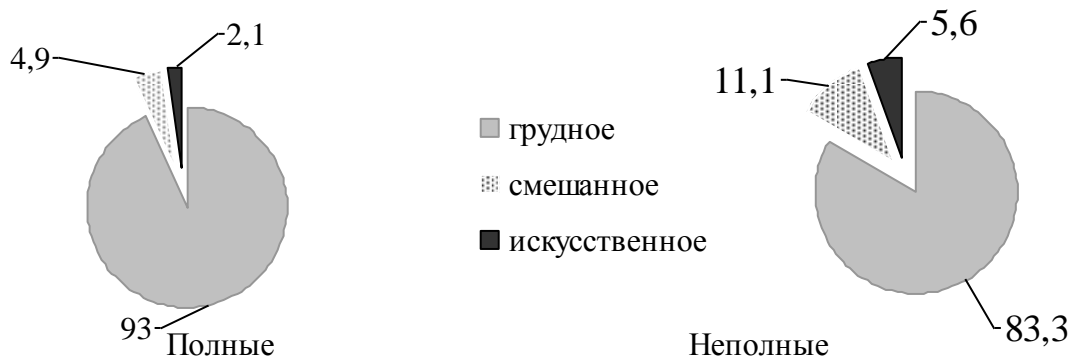
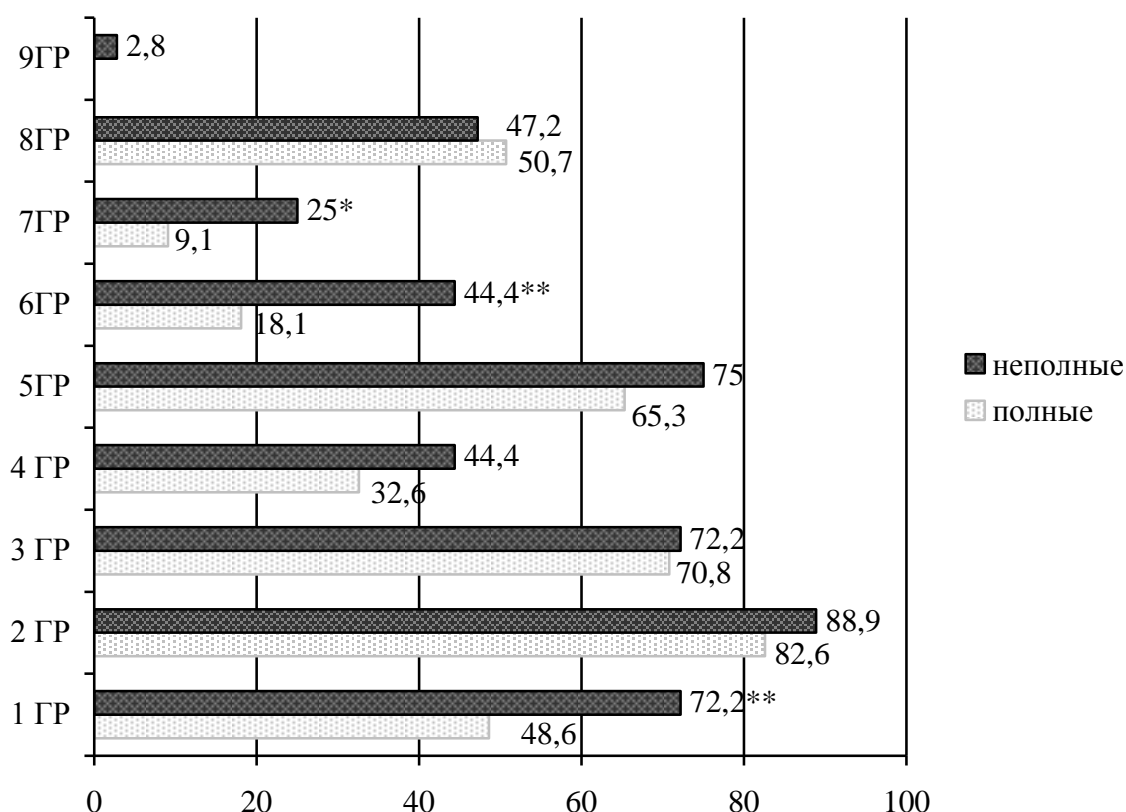


Рис. 4.3. Распределение новорожденных из разных типов семей по виду вскармливания в роддоме (%)

Значительных различий характера вскармливания новорожденных в роддоме не отмечено.

Большинство новорожденных выписаны из роддома на 4-7 день жизни. Позже 7 дня по состоянию здоровья ребенка выписаны 0,7±0,69% детей из полных семей. Из-за состояния здоровья матери поздняя выписка отмечена у 0,7±0,69% малышей из полных и 2,8±2,75% - неполных семей. Переведены в специализированный стационар для

дальнейшего лечения $4,9 \pm 1,8\%$ новорожденных из полных и $8,3 \pm 4,6\%$ из неполных семей. С диагнозом «Здоров» из роддома выписано примерно одинаковое число детей из разных типов семей ($49,3 \pm 4,17\%$ - из полных семей, $38,9 \pm 8,13\%$ - из неполных). Среди диагнозов, с которыми выписывали новорожденных, преобладали перинатальное поражение ЦНС, гипербилирубинемия, задержка внутриутробного развития, анемия. Группы риска новорожденных из разных типов семей при выписке из роддома представлены на рис. 4.4.



Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$

Рис. 4.4. Распределение новорожденных из разных типов семей при выписке из роддома по группам риска (%)

Первую группу (риск повышенной заболеваемости ОРВИ, нарушения состояния здоровья в период социальной адаптации) ставили в большинстве случаев новорожденным из неполных в сравнении с полными семьями ($p < 0,01$). Также в неполных семьях чаще определяли

6 группу (риск по аллергическим заболеваниям) ($p < 0,01$), в сравнении с малышами из полных семей. Группа риска из социально неблагополучных семей (7 группа) чаще отмечалась в неполных семьях ($p < 0,05$). Девятая группа (риск ВИЧ-инфекции) отмечена только у новорожденных из неполных ($2,8 \pm 2,75\%$) семей. Таким образом, риск возникновения аллергической патологии и повышенной заболеваемости ОРВИ чаще регистрировали у детей из неполных семей. По второй (риск развития патологии ЦНС), третьей (риск возникновения рахита, анемии, дистрофии), четвертой (риск наследственной и врожденной патологии), пятой (риск гнойно-септической и внутриутробной инфекции) и восьмой (риск по тугоухости) группам риска не было достоверных различий. Группа здоровья новорожденных при выписке из роддома представлена в табл. 4.9.

Таблица 4.9

Распределение новорожденных из разных типов семей по группе здоровья при выписке из роддома ($M \pm m, \%$)

Группа здоровья	Тип семьи	
	Полная (1)	Неполная (2)
I	$0,7 \pm 0,69$	-
II А	$61,1 \pm 4,06^{**}$	$33,3 \pm 7,85$
II Б	$36,8 \pm 4,02$	$63,9 \pm 8,00^{**}$
III	$1,4 \pm 0,98$	$2,8 \pm 2,75$

Примечание: $** - p_{1-2} < 0,01$

Как видно из таблицы, новорожденные из полных семей чаще имели II А группу здоровья ($p < 0,01$), а малыши из неполных – II Б ($p < 0,01$).

Для выявления реализации групп риска у детей из разных типов семьи была проанализирована динамика состояния здоровья малышей на первом году жизни. Не болели на первом месяце жизни $28,5 \pm 3,76\%$

детей из полных и $44,4 \pm 8,28\%$ из неполных семей. Оценка резистентности на первом месяце жизни отражена в табл. 4.10.

Таблица 4.10

Распределение детей из разных типов семей по резистентности на первом месяце жизни ($M \pm m, \%$)

Тип семьи	Оценка резистентности			
	хорошая	сниженная	низкая	очень низкая
полная	$72,2 \pm 3,73$	$25,7 \pm 3,64$	$1,4 \pm 0,98$	$0,7 \pm 0,69$
неполная	$71,4 \pm 7,53$	$28,6 \pm 7,53$	-	-

Вскармливание детей на первом месяце жизни преимущественно было естественным ($88,9 \pm 2,62\%$ в полных и $77,8 \pm 6,93\%$ в неполных семьях). На искусственном вскармливании в течение первого месяца жизни находились $9,7 \pm 2,47\%$ малышей из полных и $9,4 \pm 4,86\%$ из неполных семей; на смешанном вскармливании – $1,4 \pm 0,98\%$ и $2,8 \pm 2,75\%$, соответственно.

Большинство малышей в возрасте 1 месяц имели нормальное гармоничное физическое развитие ($88,8 \pm 2,63\%$ в полных семьях, $91,4 \pm 4,67\%$ - в неполных). Нормальное дисгармоничное физическое развитие отмечено у $2,8 \pm 1,37\%$ и $5,7 \pm 3,86\%$, соответственно. Дефицит массы тела выявлен у $0,7 \pm 0,69\%$ малышей из полных семей. Избыток массы тела диагностирован у $4,2 \pm 1,67\%$ детей из полных и $2,9 \pm 2,8\%$ из неполных семей. Низкий рост отмечен только у $1,4 \pm 0,98\%$ малышей в полных семьях, высокий рост – у $2,1 \pm 1,19\%$ детей из полных семей. Таким образом, на первом месяце жизни физическое развитие детей в разных типах семей существенно не различалось.

Оценка нервно-психического развития детей в возрасте 1 месяц представлена в табл. 4.11.

Таблица 4.11

Распределение детей в возрасте 1 месяца из разных типов семьи по нервно-психическому развитию ($M \pm m$, %)

Тип семьи	Группа нервно-психического развития		
	I	II	III
полная	91,7±2,30	7,6±2,21	0,7±0,69
неполная	97,1±2,80	-	2,9±2,80

Как видно из таблицы, большая часть детей имели первую группу нервно-психического развития. На 1-2 эпикризных срока отставало незначительное количество малышей.

В возрасте 1 месяц большинство детей имели вторую группу здоровья (табл. 4.12).

Таблица 4.12

Распределение детей в возрасте 1 месяца из разных типов семей по группам здоровья ($M \pm m$, %)

Группа здоровья	Тип семьи	
	Полная	Неполная
I	0,7±0,69	2,8±2,75
II А	11,1±2,62	8,3±4,60
II Б	83,3±3,11	86,1±5,77
III	4,9±1,80	2,8±2,75

Существенных различий по группам здоровья детей в возрасте 1 месяц из разных типов семей не выявлено.

Было проанализировано изменение характера вскармливания в течение первого года жизни у детей из разных типов семей. Динамика грудного вскармливания отражена на рис. 4.5.

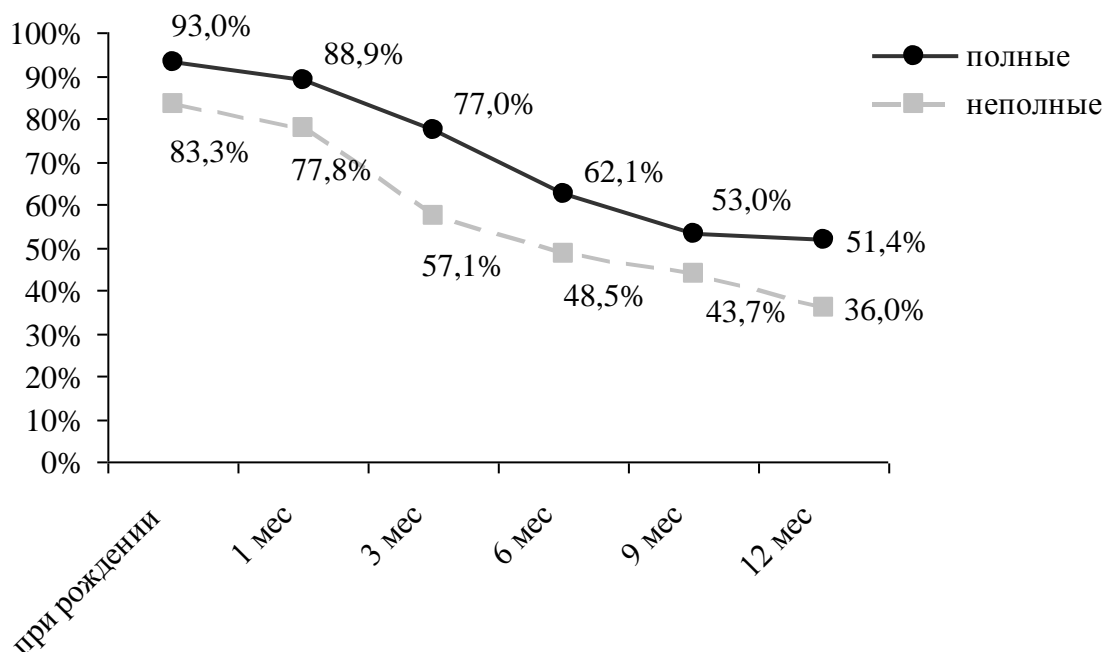


Рис. 4.5. Доля детей из разных типов семей, находящихся на грудном вскармливании (%)

Если при рождении и в возрасте 1 месяца значительных различий в частоте грудного вскармливания малышей из разных типов семей не наблюдалось, то в возрасте 3 месяцев дети из неполных семей находились на грудном вскармливании реже малышей из полных семей ($p < 0,05$). В последующем это различие исчезало, частота грудного вскармливания была примерно одинакова в обоих типах семей. На рис. 4.6 представлена динамика искусственного вскармливания детей на первом году жизни.

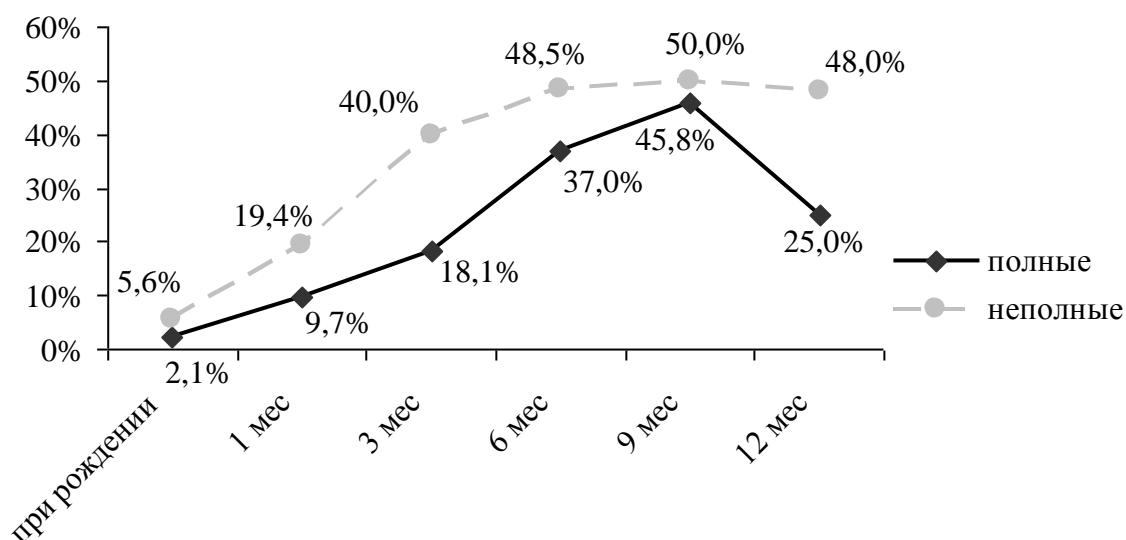


Рис. 4.6. Удельный вес детей из разных типов семей, находящихся на искусственном вскармливании (%)

В возрасте 3 месяцев дети из неполных семей чаще в сравнении с малышами из полных семей находились на искусственном вскармливании ($p < 0,01$), эта разница сохранялась и в возрасте 1 год ($p < 0,05$).

Рис. 4.7 отражает динамику смешанного вскармливания детей первого года жизни из разных типов семей.

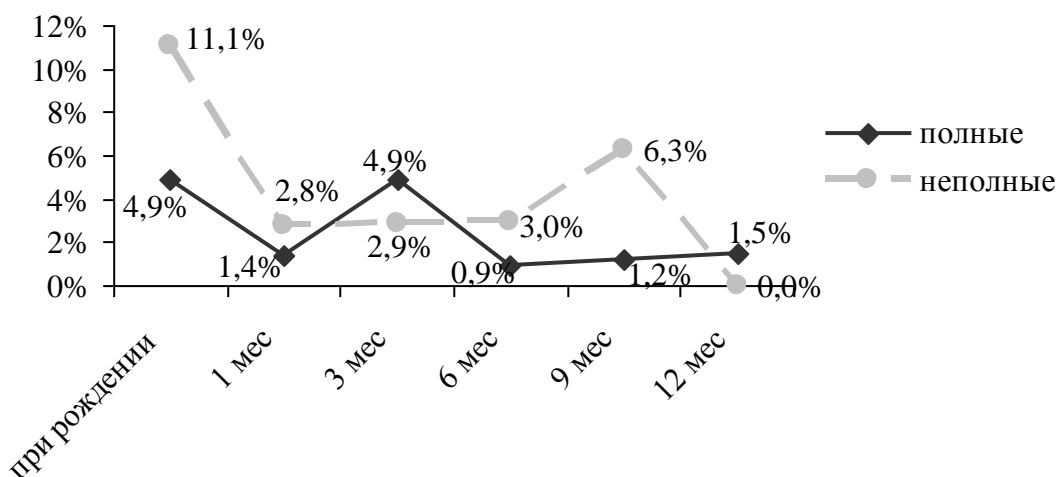


Рис. 4.7. Удельный вес детей из разных типов семей, находящихся на смешанном вскармливании (%)

Число детей, получавших смешанное вскармливание, в обоих типах семей было невелико, существенных различий не отмечено. Таким образом, особое внимание к профилактике раннего искусственного вскармливания необходимо уделять неполным семьям, имеющим детей 3 месячного возраста.

Нами изучена динамика физического развития детей первого года жизни в разных типах семей (табл. 4.13).

Таблица 4.13

Распределение детей первого года жизни в эпикризные сроки по состоянию физического развития ($M \pm m$, %)

Возраст	Физическое развитие	Тип семьи	
		полная	неполная
3 мес	нормальное гармоничное	92,3±2,22	79,9±6,68
	нормальное дисгармоничное	2,1±1,19	2,9±2,8
	дефицит массы	1,4±0,98	2,9±2,8
	избыток массы	3,5±1,53	5,7±3,86
	низкий рост	-	2,9±2,8
	высокий рост	0,7±0,69	5,7±3,86
6 мес	нормальное гармоничное	85,9±3,38	78,8±7,11
	нормальное дисгармоничное	2,8±1,6	-
	дефицит массы	2,8±1,6	3,0±2,97
	избыток массы	3,8±1,86	12,1±5,68
	низкий рост	1,9±1,33	-
	высокий рост	2,8±1,60	6,1±4,17

9 мес	нормальное гармоничное	83,3±4,22	84,4±6,41
	нормальное дисгармоничное	6,4±2,77	12,5±5,85
	дефицит массы	3,8±2,16	-
	избыток массы	2,6±1,80	3,1±3,06
	низкий рост	2,6±1,80	-
	высокий рост	1,3±1,28	-
12 мес	нормальное гармоничное	83,5±4,53	83,3±7,61
	нормальное дисгармоничное	4,5±2,53	4,2±4,09
	дефицит массы	7,5±3,22	-
	избыток массы	-	4,2±4,09
	низкий рост	1,5±1,48	-
	высокий рост	3,0±2,08	8,3±5,63

Физическое развитие детей из разных типов семей в течение года не имело существенных различий.

Нервно-психическое развитие детей из разных типов семей представлено в табл. 4.14.

Таблица 4.14

Распределение детей из разных типов семьи в эпикризные сроки по группам нервно-психического развития ($M \pm m$, %)

Возраст	Группа НПР	Тип семьи	
		Полная (1)	Неполная (2)
3 мес	1	91,1±2,38	97,0±2,97
	2	9,0±2,38	-

	3	-	3,0±2,97
6 мес	1	100,0±0,00**	87,3±3,95
	2	-	8,5±3,31
	3	-	4,2±2,38
9 мес	1	100,0±0,00**	87,7±4,35
	2	-	7,0±3,38
	3	-	5,3±2,97
12 мес	1	100,0±0,00**	88,7±4,35
	2		11,3±4,35
	3	-	-

Примечание: ** - $p_{1-2} < 0,01$

Из таблицы видно, что, начиная с 6 месячного возраста, дети в полных семьях чаще имели первую группу нервно-психического развития в сравнении с детьми из неполных семей ($p < 0,01$).

Изменение группы здоровья в течение первого года жизни у детей из разных типов семей отражено в рис. 4.8, 4.9, 4.10 и 4.11.

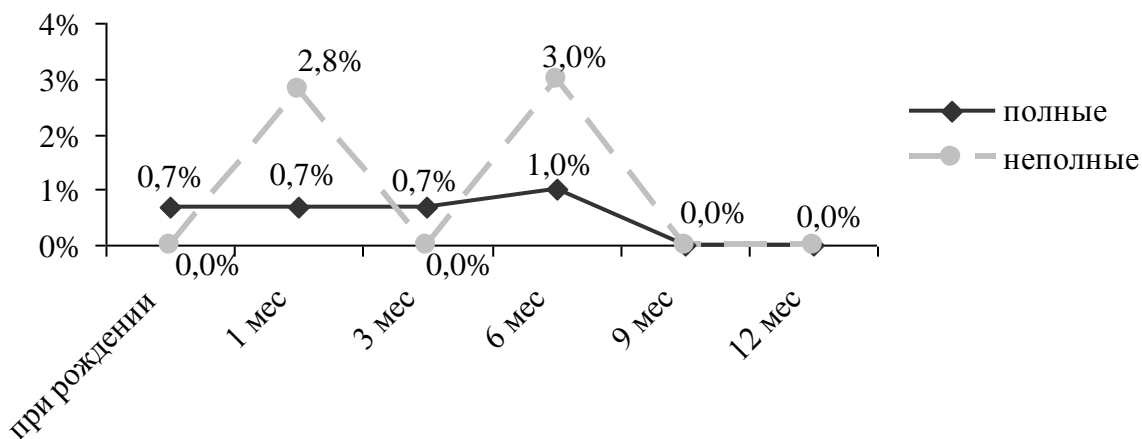


Рис. 4.8. Доля детей с первой группой здоровья (%)

Число детей с первой группой здоровья в течение года колебалось от 0 до 3% и не имело различий в зависимости от типа семьи.

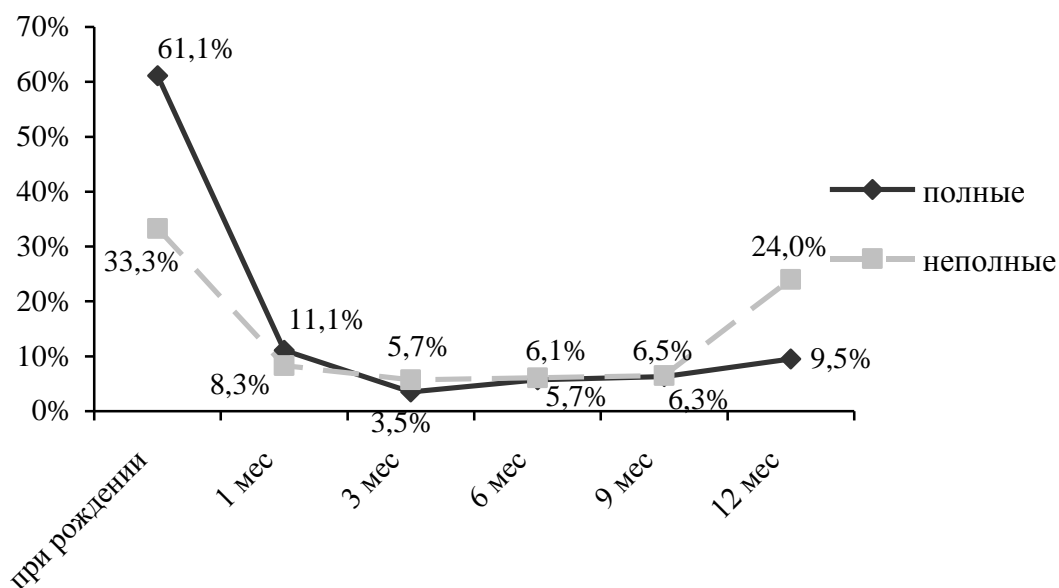


Рис. 4.9. Удельный вес детей со второй А группой здоровья (%)

Из рисунка видно, что при выписке из роддома 2А группу здоровья имели достаточно большое количество новорожденных, причем дети из полных семей чаще, чем малыши из неполных семей ($p < 0,01$). В дальнейшем, в процессе проведения неонатального скрининга и уточнения анамнеза, число детей со 2А группой здоровья значительно уменьшилось, не имея достоверных различий.

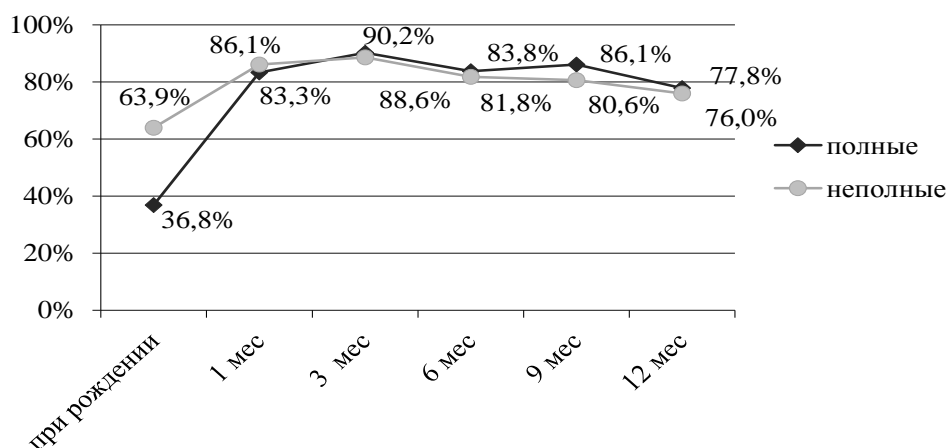


Рис. 4.10. Доля детей со второй Б группой здоровья (%)

При выписке из роддома новорожденным из неполных семей достоверно чаще ставили группу здоровья 2Б в сравнении с малышами из полных семей ($p < 0,01$). В последующие эпикризные сроки различий в частоте 2Б группы здоровья у детей из разных типов семей не отмечалось.

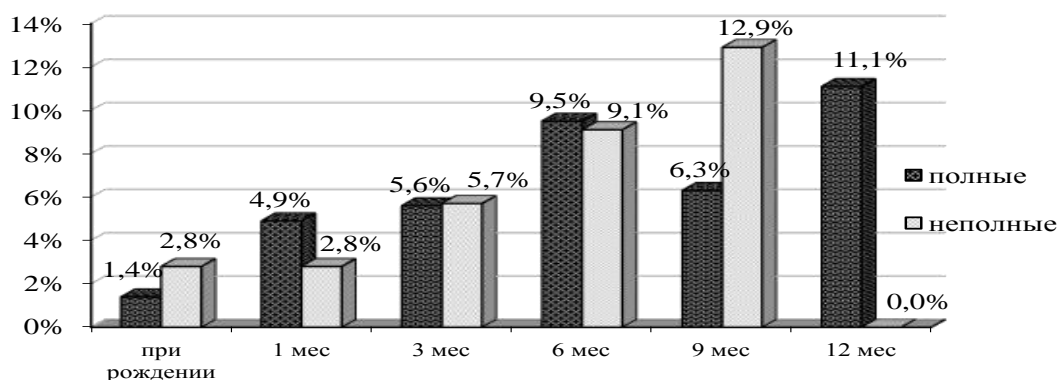


Рис. 4.11. Удельный вес детей с третьей группой здоровья (%)

Число детей с третьей группой здоровья не превышало 13% и не имело различий в зависимости от типа семьи. В возрасте 12 месяцев дети с хронической патологией в стадии компенсации были только в полных семьях. Четвертая группа здоровья отмечена у одного малыша (1,3%) из полной семьи в возрасте 9 и 12 месяцев.

Таким образом, сравнительная характеристика детей первого года жизни из разных типов семей показала, что акушерский анамнез чаще был отягощен у матерей из неполных семей ($p < 0,01$). Частота патологического течения данной беременности и осложнений в родах не имела достоверных различий. Дети из обоих типов семей рождались в основном путем срочных физиологических родов.

Генеалогический анамнез характеризовался низким коэффициентом отягощенности. Социальный анамнез чаще был отягощен в неполных семьях ($p < 0,001$).

Период адаптации в родильном отделении у новорожденных из полных семей протекал, как правило, без патологии ($p < 0,05$).

При выписке из роддома всем новорожденным определяли группы возможного риска здоровью. Малышам из неполных семей достоверно чаще ставили первую группу риска ($p < 0,01$), шестую ($p < 0,01$) и седьмую ($p < 0,05$) в сравнении с детьми из полных семей. Следовательно, риск возникновения аллергической патологии и частых ОРВИ в большинстве случаев регистрировали у детей из неполных семей. Большинство новорожденных из полных семей, выписываясь из роддома, имели II А группу здоровья, из неполных семей – II Б ($p < 0,01$).

Была проанализирована динамика состояния здоровья малышей на первом году жизни. Выявлено, что дети из неполных семей чаще находились на искусственном вскармливании ($p < 0,05-0,01$), причем перевод на искусственное вскармливание отмечался в возрасте 3 месяцев. Исходя из этого факта, следует, что в неполных семьях более пристальное внимание необходимо уделять профилактике гипогалактии, проводя беседы о важности грудного вскармливания, начиная с момента первого патронажа новорожденного. Физическое развитие детей из разных типов семей в течение года не имело существенных различий. Начиная с 6 месячного возраста, дети в полных семьях в большинстве случаев имели первую группу нервно-психического развития в сравнении с детьми из неполных семей ($p < 0,01$).

Итоговой оценкой состояния здоровья детей является определение группы здоровья. Число детей с первой группой здоровья в течение года было незначительным (0 - 3%) и не имело различий в зависимости от

типа семьи. II A группу здоровья при выписке из роддома имело достаточно большое количество новорожденных, причем дети из полных семей чаще, чем малыши из неполных семей ($p < 0,01$). В дальнейшем, в процессе проведения неонатального скрининга и уточнения анамнеза, число детей со II A группой здоровья значительно уменьшилось, не имея достоверных различий. Количество детей со II Б и III группами здоровья в разных типах семей не отличались.

4.3. Реализация риска здоровью детей первого года жизни в разных типах семей

Нами были проанализированы сроки реализации риска здоровью детей первого года жизни в разных типах семей (рис. 4.12, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17, 4.18, 4.19, 4.20).

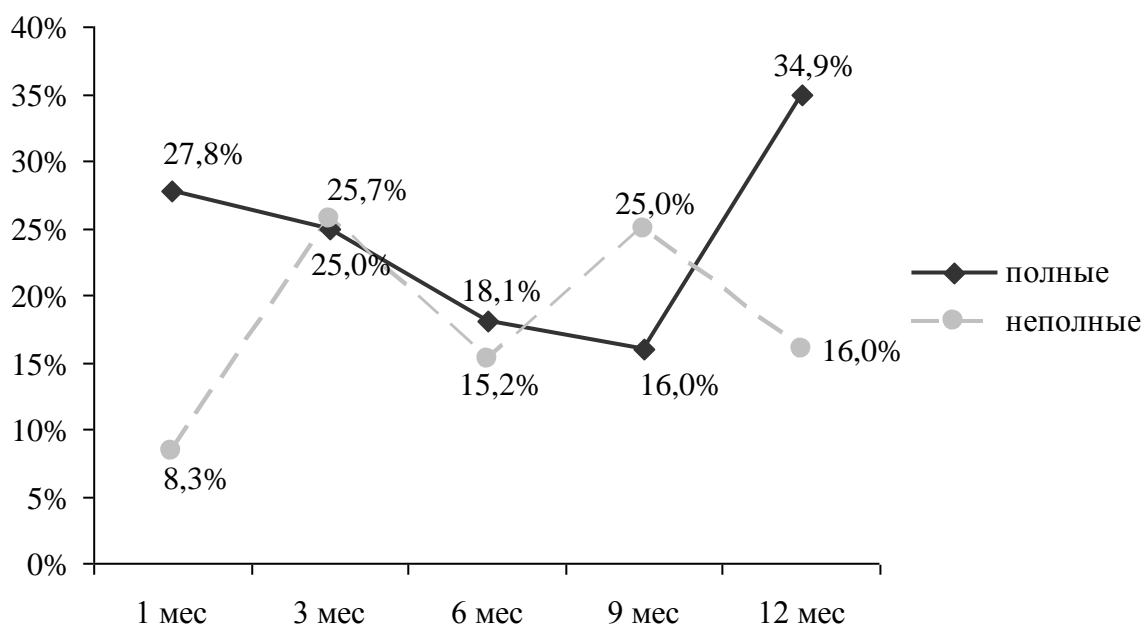


Рис. 4.12. Распределение детей из разных типов семей по срокам реализации первой группы риска (%)

Первая группа риска – это риск повышенной заболеваемости ОРВИ, нарушения состояния здоровья в период социальной адаптации.

На первом месяце жизни чаще болели дети из полных семей ($71,5 \pm 3,76\%$ против $55,6 \pm 8,28\%$ из неполных семей). При этом кратность острых заболеваний у $27,8 \pm 3,73\%$ малышей из полных семей составляла 2-3 раза в течение месяца, в неполных семьях с подобной частотой болели лишь $8,3 \pm 4,6\%$ ($p < 0,001$). За острую патологию принимали не только выраженные проявления респираторной инфекции, но и малые – такие, как ринит, конъюнктивит, фарингит. Поэтому, несмотря на отсутствие достоверных различий резистентности детей в возрасте 1 месяца, реализация первой группы риска произошла у достоверно большего числа детей из полных семей в сравнении с неполными ($p < 0,001$). Рассчитанное отношение шансов ($5,789 \pm 0,634$) показало, что риск реализации повышенной заболеваемости ОРВИ у детей из полных семей в 5 раз выше, чем у детей из неполных семей. 95% доверительный интервал (ДИ) составил [1,671-20,054]. Кроме этого, отмечена повышенная заболеваемость у этой группы детей в возрасте 12 месяцев ($34,9 \pm 6,01\%$ против $16,0 \pm 7,33\%$ у детей из неполных семей, $p < 0,05$). ОШ составило $2,817 \pm 0,606$, 95% ДИ [0,859-9,243].

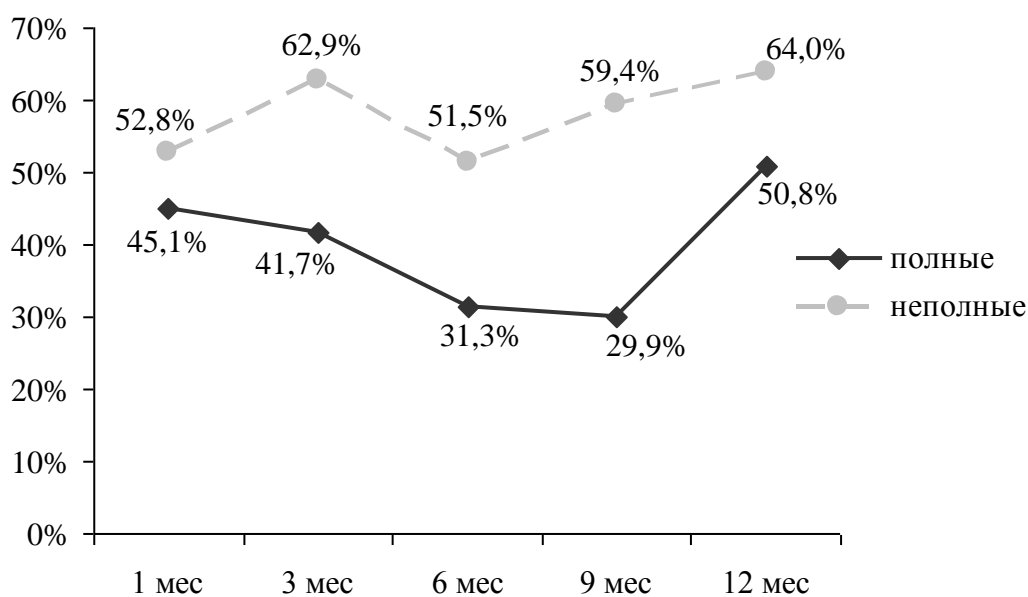


Рис. 4.13. Распределение детей из разных типов семей по срокам реализации второй группы риска (%)

Во второй группе имеется риск развития патологии ЦНС. Реализация данного риска происходила в возрасте 3 месяцев у детей из неполных семей чаще, чем в полных семьях ($p < 0,05$). При осмотре невролога 62,9% младенцев из неполных семей был поставлен диагноз перинатального поражения ЦНС разной степени тяжести против 41,7% детей из полных семей. Установленная патология центральной нервной системы требовала назначения лекарственной терапии, которую дети получали в течение длительного времени. В шестимесячном возрасте патология ЦНС также проявлялась у малышей в основном в неполных ($p < 0,05$) семьях в сравнении с детьми из полных семей. Данная тенденция сохранялась и у девятимесячных малышей ($59,4 \pm 8,68\%$ в неполных семьях против $29,9 \pm 6,06\%$ в полных, $p < 0,01$). В табл. 4.15 отражена вероятность проявления патологии ЦНС у детей первого года жизни из неполных семей в сравнении с детьми, воспитывающимися в полных семьях. Так как основной группой считали детей из полных семей, то полученные результаты ОШ менее единицы расценивали, как риск развития патологии в контрольной группе (дети первого года жизни из неполных семей).

Таблица 4.15

Вероятность реализации второй группы риска у детей первого года жизни из неполных семей

Возраст детей (мес)	ОШ	95% ДИ
3	$0,422 \pm 0,389$	0,197 - 0,904
6	$0,428 \pm 0,392$	0,198 - 0,922
9	$0,239 \pm 0,455$	0,098 - 0,584

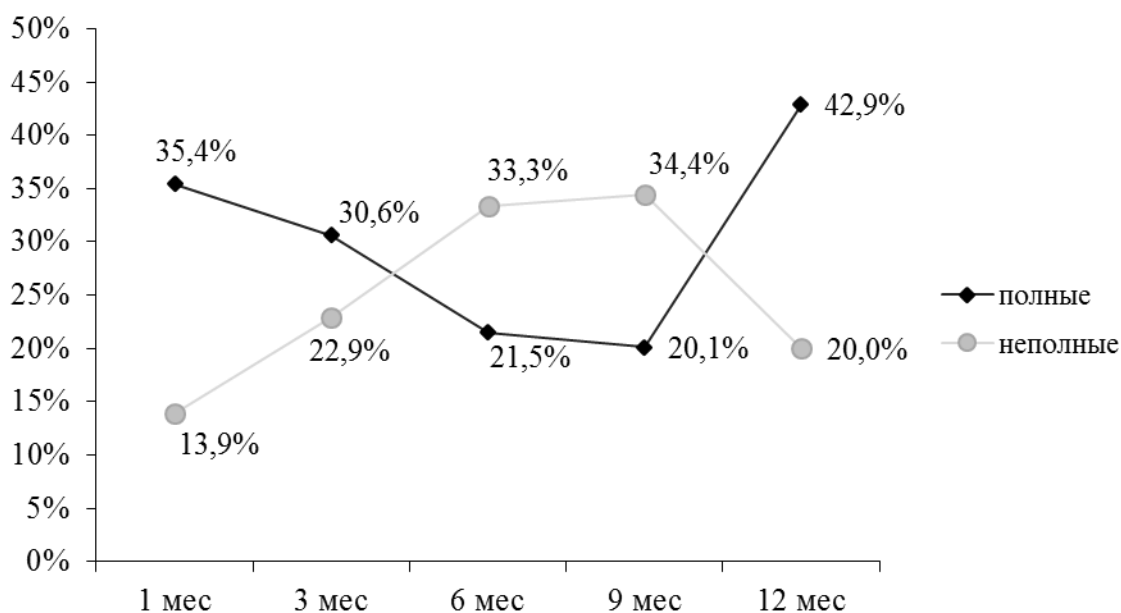


Рис. 4.14. Распределение детей из разных типов семей по срокам реализации третьей группы риска (%)

В третью группу риска входят дети с риском возникновения рахита, анемии, дистрофии. Анемия диагностирована у детей из полных семей уже в возрасте 1 месяца ($p < 0,01$ в сравнении с неполными семьями). Рассчитанное отношение шансов ($3,4 \pm 0,512$; 95% ДИ [1,245-9,283]) показало, что риск манифестации анемии в 3 раза выше у детей из полных семей в сравнении с детьми из неполных семей. Рахит и дистрофии в этом возрасте у малышей из разных типов семей не выявлены. В течение года существенных различий в проявлении данного риска у детей из разных типов семей не было. Однако в возрасте одного года отмечен второй пик нарастания частоты анемии у детей в полных семьях ($p < 0,05$). Риск развития этой патологии в возрасте одного года у детей из полных семей в 3 раза превышал таковой у детей из неполных семей (ОШ – $3,0 \pm 0,561$; 95% ДИ [0,999-9,010]). Рахит и дистрофия также чаще диагностированы у годовалых детей в полных семьях в сравнении с неполными, без достоверных отличий.

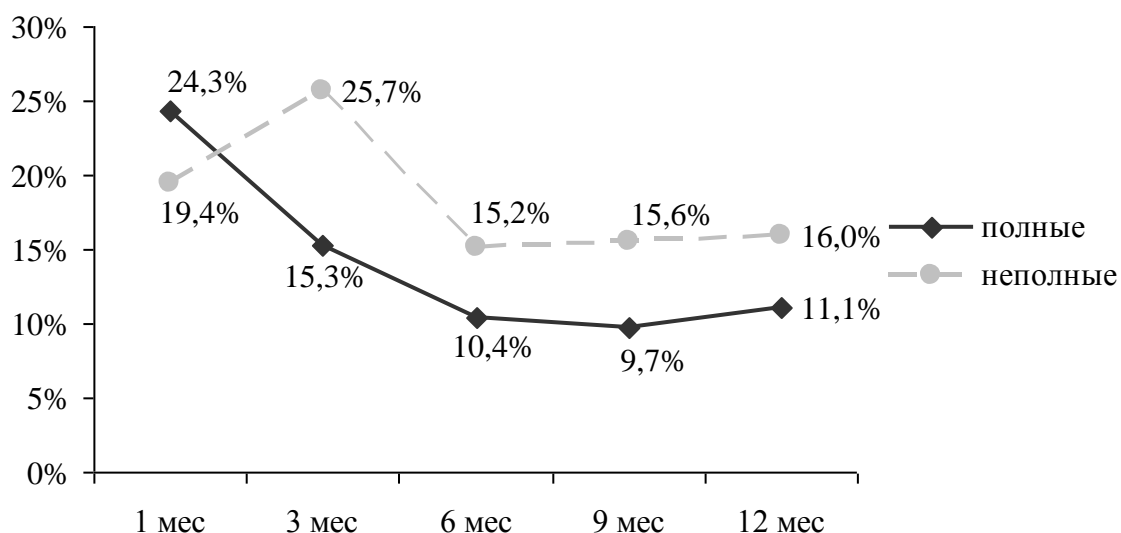


Рис. 4.15. Распределение детей из разных типов семей по срокам реализации четвертой группы риска (%)

В родильном доме риск врожденной и наследственной патологии одинаково часто ставили новорожденным из полных и неполных семей. Проявление этого риска у малышей из разных типов семей в течение года не имело существенных различий.

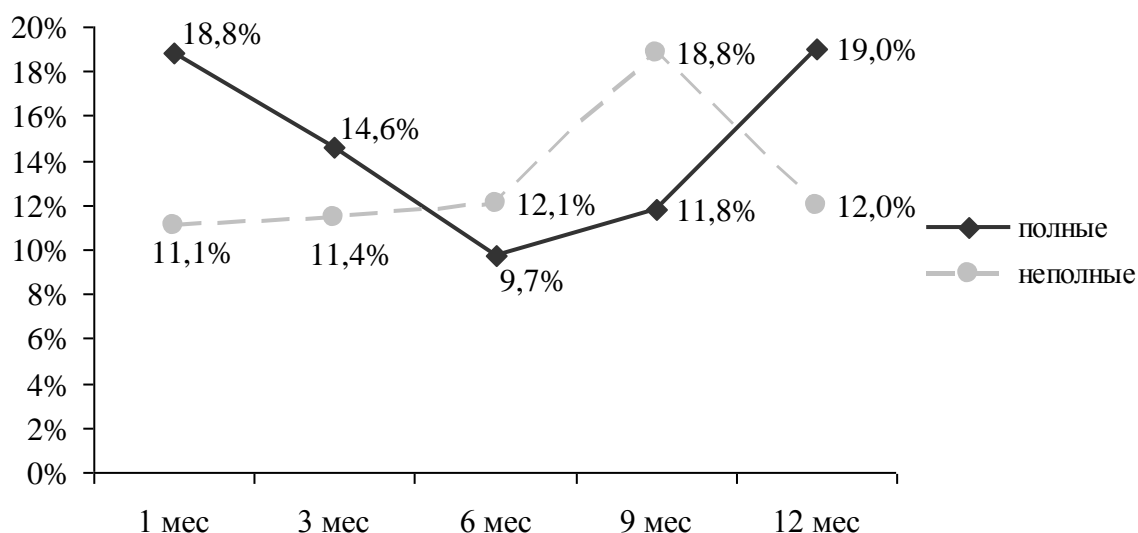


Рис. 4.16. Распределение детей из разных типов семей по срокам реализации пятой группы риска (%)

При рождении риск возникновения гнойно-септической и внутриутробной инфекции одинаково часто регистрировали у новорожденных из полных и неполных семей. В дальнейшем различий в частоте и сроках реализации данного риска у детей из разных типов семей не выявлено.

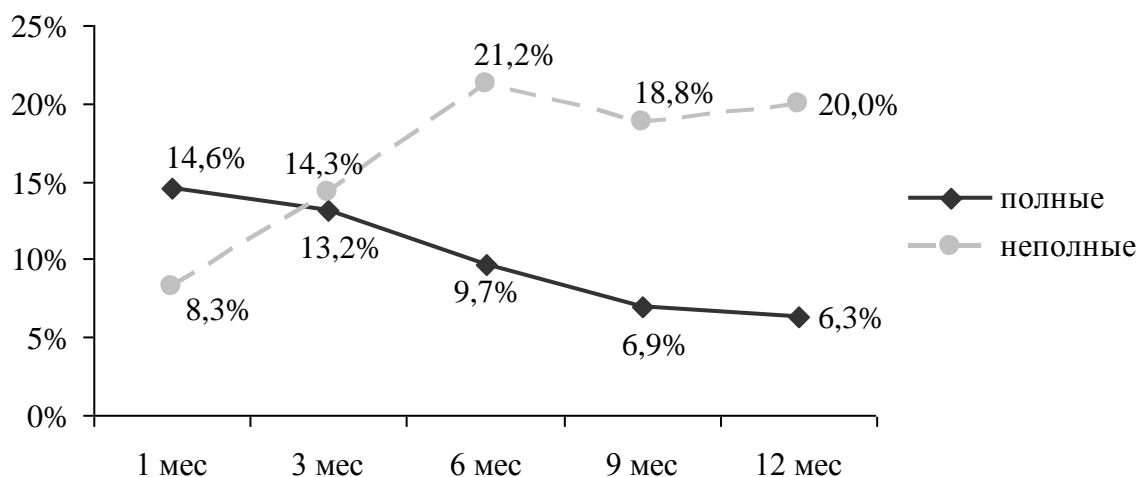


Рис. 4.17. Распределение детей из разных типов семей по срокам реализации шестой группы риска (%)

Риск развития аллергической патологии при выписке из родильного дома отмечался в основном у новорожденных из неполных семей ($p < 0,01$). В течение первого года жизни достоверных различий в сроках проявления данного риска у детей из разных типов семей не выявлено.

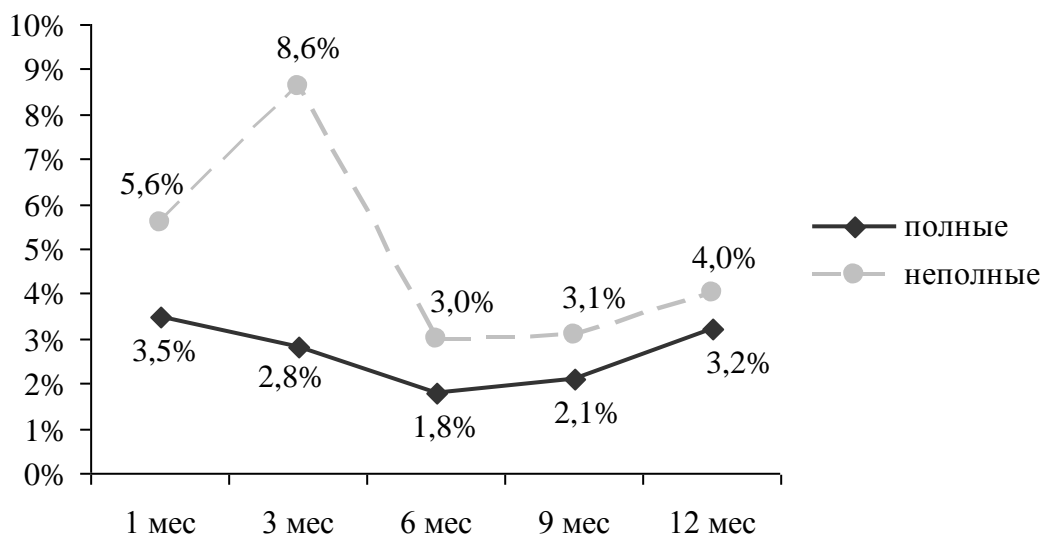


Рис. 4.18. Распределение детей из разных типов семей по срокам реализации седьмой группы риска (%)

Социальный риск при выписке из родильного дома, как правило, отмечался у новорожденных из неполных семей ($p < 0,05$). В дальнейшем существенных различий в сроках проявления данного риска в разных типах семей не отмечалось.

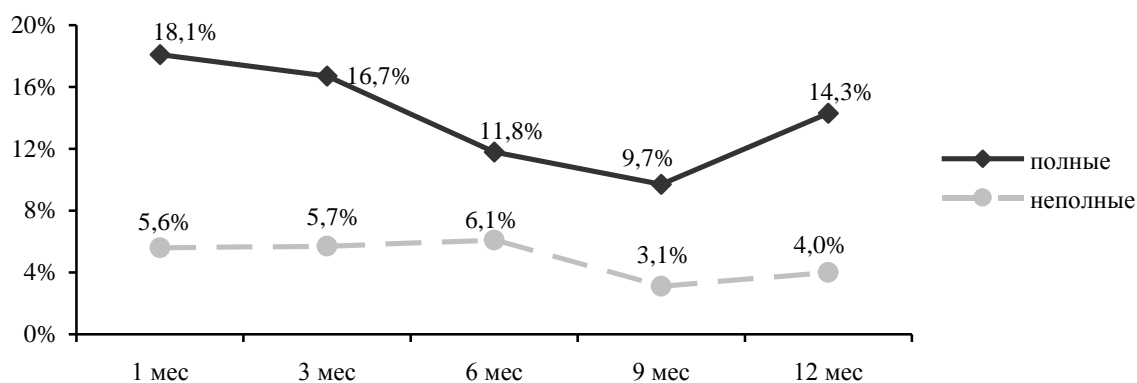


Рис. 4.19. Распределение детей из разных типов семей по срокам реализации восьмой группы риска (%)

В группу риска по тугоухости при выписке из роддома одинаково часто входили новорожденные из полных и неполных семей. Реализация данного риска произошла в возрасте 1 месяц у детей из полных семей

($p < 0,05$) в сравнении с детьми из неполных семей), сохранялась у 3-месячных малышей ($p < 0,05$), эти дети имели отягощенную наследственность по тугоухости.

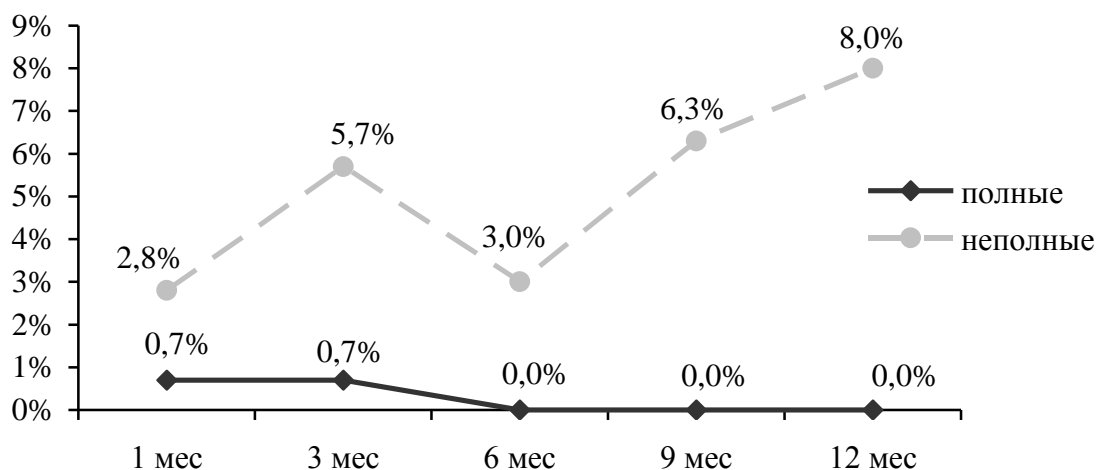


Рис. 4.20. Распределение детей из разных типов семей по срокам реализации девятой группы риска (%)

В группу риска по ВИЧ-инфекции входили по 1-2 ребенка из каждого типа семьи, значимых различий в сроках проявления данного риска не отмечено.

Риск синдрома внезапной смерти (0 группа риска) определяли у незначительного количества малышей (табл. 4.15).

Таблица 4.15

Распределение детей первого года жизни из разных типов семей по наличию 0 группы риска (%)

	Полные семьи	Неполные семьи
При рождении	-	-
В возрасте 1 мес	-	-
В возрасте 3 мес	0,7±0,69	-
В возрасте 6 мес	1,4±1,15	3,0±2,97
В возрасте 9 мес	0,7±1,10	3,1±3,06

В возрасте 12 мес	1,6±1,58	4,0±3,92
-------------------	----------	----------

Реализации 0 группы риска (внезапной смерти младенцев) среди детей исследуемых годов рождения не происходило.

Таким образом, у детей первого года жизни из полных семей чаще происходит реализация первой (риск повышенной заболеваемости ОРВИ, нарушения состояния здоровья в период социальной адаптации), третьей (риск возникновения рахита, анемии, дистрофии) и восьмой (риск по тугоухости) групп риска. У малышей из неполных семей с 3 месячного возраста реализуется вторая (риск развития патологии ЦНС) группа риска.

ГЛАВА V

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ПО ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И МИНИМИЗАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА

С учетом типа семьи и возраста проявления риска здоровью детей нами предложены усовершенствованные программы наблюдения детей первого года жизни.

В полных семьях в связи с более частым проявлением риска повышенной заболеваемости ОРВИ, которая отмечается с возраста ребенка одного месяца, рекомендуется проводить консультации инфекциониста и иммунолога после первого эпизода острой респираторной инфекции, обращая внимание на необходимость оздоровительно-реабилитационных мероприятий для всех членов семьи. В обязательном порядке вакцинировать детей против пневмококковой и гемофильной инфекций. Учитывая нередкие отказы родителей от вакцинации детей, усилить санитарно-просветительскую работу по разъяснению важности профилактической вакцинации. Рекомендации по правильной технике вскармливания, своевременное назначение витамина Д в достаточной дозе позволят минимизировать риск возникновения рахита, анемии и дистрофии (3 группа риска). Кроме этого, следует обращать внимание на недопустимость позднего введения прикорма. Назначаем прикорм с 4,5 месяцев в виде овощного пюре, мясные блюда прикорма – с 7-месячного возраста. Расчет питания с последующей коррекцией рациона следует проводить не реже 1 раза в 3 месяца.

В неполных семьях у детей, начиная с 3-месячного возраста, проявляется риск поражения центральной нервной системы. В связи с этим необходимо проведение целенаправленной пренатальной

диагностики с целью раннего выявления патологии у плода и своевременной коррекцией выявленных нарушений после рождения ребенка.

Таким образом, тип семьи должен учитываться при составлении плана диспансерного наблюдения ребенка первого года жизни. Дополнительно к тем группам риска, которые определены для каждого малыша индивидуально, в полных семьях необходимо проводить профилактику проявления первой (риск повышенной заболеваемости ОРВИ, нарушения состояния здоровья в период социальной адаптации) и третьей (риск возникновения рахита, анемии, дистрофии) групп риска, в неполных семьях – второй (риск развития патологии ЦНС) группы риска.

Основным направлением в работе врача-педиатра является сохранение здоровья ребенка, профилактика различных заболеваний. С этой целью осуществляется регулярное наблюдение за ребенком с анализом всей интегрируемой информации, полученной врачом педиатром медицинского учреждения. Предупреждение хронических заболеваний, наряду с информацией наследственного (семейного) характера, требует учета средовых, биологических, социальных и медицинских воздействий, получивших название факторы риска. Смена и сложное взаимодействие их в процессе развития плода и ребенка обуславливает необходимость динамического репрогноза угрозы формирования хронических заболеваний. Для этого осуществляется формирование групп риска, на основе которых организуется полноценная дифференцированная диспансеризация детского населения. В настоящее время выделяют 10 групп риска [136].

Группы риска для каждого ребенка определяются доктором после оценки имеющихся индивидуальных факторов риска, после подсчета баллов по рекомендуемым таблицам [78]. На эту «бумажную» работу

тратится много времени. Нами был произведен подсчет времени, затраченного на профилактический прием ребенка первого года жизни. Получен следующий результат: полный осмотр ребенка – 5 минут, оценка выписки из роддома - 1 минута, оценка групп риска (в баллах) – 3 минуты, оценка по Воронцову – Школьниковой – 3 минуты, заполнение карты (ф-112) – 5 минут, составление плана наблюдения по соответствующим группам риска - 3 минуты. Общее затраченное время – 20 минут, из них 15 минут врач потратил на ознакомление с документацией и оформление ее. В то же время по существующим нормативам на прием одного пациента участковому педиатру отводится 15 минут. Следовательно, из-за значительного объема работы с документацией врач недостаточно уделяет времени маленькому пациенту и его родителям, либо работает с документацией после окончания часов приема.

С целью устранения сложившегося положения с распределением времени на приеме врача-педиатра участкового была осуществлена компьютеризация рабочего места участкового врача-педиатра. Помимо системного блока и монитора кабинет педиатра оснащен принтером, что позволяет непосредственно во время профилактического приема ребенка первого года жизни распечатать и выдать родителям необходимые рекомендации. Кроме этого были разработаны программы, оптимизирующие процесс наблюдения и реабилитации детей первого года жизни. Создана автоматизированная система подсчета групп риска с учётом типа семьи для более качественного анализа состояния здоровья ребёнка и контроля за проявлением того или иного риска к возрасту ребенка один год. Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013660051 от 23 октября 2013 года «Определение групп риска у детей первого года жизни». В каждом педиатрическом кабинете имеется компьютер с

установленной программой, в которую врач-педиатр участковый вносит следующие показатели: группы риска, характеристику семьи. После чего происходит автоматическая обработка информации с подсчётом баллов по группам риска и выводением на экран компьютера полученных показателей. Кроме этого, программа позволяет создавать рекомендации по профилактике и дальнейшему наблюдению за ребёнком, в которых отражены дополнения к стандартным обследованиям, проводящимся всем здоровым детям; программа составляет индивидуальные рекомендации в зависимости от наличия той или иной группы направленного риска, а также типа семьи (полная, неполная). Врач получает визуальную информацию на экране компьютера с выводением групп риска, рекомендациями по дальнейшему наблюдению и профилактике, которую доводит до родителей маленьких пациентов в печатном варианте (один экземпляр отдаётся на руки родителям, второй вклеивают в амбулаторную карту ф-112). Оперативная обработка первичной медицинской документации с помощью информационных технологий даёт возможность получения не искаженной интерпретации полученных данных, что помогает адекватно оценить состояние здоровья детского населения.

После завершения работы над автоматизированной системой было проведено тестовое апробирование на педиатрическом участке, которое показало, что данная программа позволяет сократить время заполнения медицинской документации. С целью изучения эффективности компьютерной программы был проведён хронометраж профилактического приёма ребёнка первого года жизни при осмотре врачом-педиатром участковым в поликлинике № 1 МБУЗ «ГДКП № 1». Был осмотрен ребёнок К., 3 мес. Осмотр ребёнка занял 5 минут, оценка выписки из роддома - 1 минута, оценка групп риска - 1 минута, оценка по Воронцову-Школьниковой - 1 минута, выполнение записи в

амбулаторной карте (ф-112) - 3 минуты, составление плана наблюдения по соответствующим группам риска с учетом типа семьи - 3 минуты. Общее время профилактического приема ребенка первого года жизни составило 14 минут.

В результате проведенного хронометража было выявлено, что сократилось время, затраченное на подсчет баллов по группам риска с учетом типа семьи и их оценку, а также на составление индивидуального дифференцированного наблюдения маленькому пациенту; по сравнению с нормативом времени на приеме у врача-педиатра участкового (15 минут) было сэкономлена 1 минута, а по сравнению с фактическим – 6 минут.

Таким образом, внедрение информационных технологий в педиатрии, в практике деятельности детской поликлиники, участкового педиатра позволяет сократить неэффективно затрачиваемый бюджет времени в процессе амбулаторного приема ребенка первого года жизни и использовать его более целесообразно на общение не только с самим малышом, но и матерью. Современные статистические методы с использованием компьютерных программ дают возможность обеспечить комплексный анализ данных, полученных из многочисленных источников, и оптимизировать весь лечебно-диагностический процесс, прогнозировать течение заболевания и в целом правильно выбрать адекватный алгоритм лечебно-профилактической тактики врача. На основе единых способов организации сбора, преобразования и комплексного анализа всесторонней, постоянно меняющейся информации о состоянии здоровья населения и факторов, его определяющих, существенно возрастают объективность и эффективность принимаемых решений. В связи с этим разработка и практическое использование информационных технологий в современных условиях относится к

числу стратегических направлений, нацеленных на совершенствование эффективности функционирования всей системы здравоохранения, лечебно-профилактических учреждений, всех врачей-специалистов отрасли, что в конечном итоге приводит к повышению качества медицинской помощи и улучшению здоровья населения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровье нации во все времена определялось здоровьем подрастающего поколения. Улучшение показателей здоровья детского населения всегда являлось одной из актуальных проблем медицины (А.Г. Ильин и соавт., 2006; Н.Н. Володин, 2006; А.А. Баранов, 2012). Анализ состояния здоровья детей в Российской Федерации свидетельствует о том, что, несмотря на наметившуюся в последние годы стабилизацию показателей рождаемости и устойчивую тенденцию к снижению детской смертности, показатели заболеваемости детей остаются неудовлетворительными (А.А. Баранов, 2012).

Как известно, первый год жизни ребенка – один из самых важных возрастных периодов. От состояния здоровья ребенка на первом году жизни во многом зависит состояние его здоровья во все последующие годы. Для контроля за динамическим развитием младенцев осуществляется диспансеризация детского населения, цель которой заключается в выявлении рисков развития тех или иных патологических состояний, предотвращении их формирования или, по меньшей мере, снижении негативных последствий заболеваний. Диспансеризация детей первого года жизни проводится с учетом групп риска здоровью, которые определяет участковый педиатр при проведении дородового патронажа, уточняет их при первом посещении новорожденного ребенка после выписки из роддома. При определении групп риска учитывают экстрагенитальную патологию матери, акушерский анамнез, течение данной беременности и родов, течение раннего антенатального периода, социальный анамнез.

Для повышения эффективности диспансеризации детей первого года жизни необходимо совершенствование схем диспансеризации, внедрение в практику участковых педиатров информационных

технологий, позволяющих оптимизировать процесс наблюдения и реабилитации младенцев.

Исходя из этого, цель настоящей работы заключалась в изучении факторов риска здоровью детей первого года жизни из разных типов семей и обосновании методов предотвращения их реализации.

На первом этапе работы в соответствии с поставленными задачами исследования нами проведено изучение состояния здоровья детей первого года жизни за период 2010-2012гг.

Методом случайной выборки было отобрано 335 детей 2009 года рождения, 410 – 2010 года рождения и 413 детей, родившихся в 2011 году. Критерием включения в исследование являлось первый год жизни, рождение путем срочных родов. Всего обследовано 1158 детей первого года жизни.

В результате комплексного изучения состояния здоровья детей первого года жизни выявлено, что у них преобладает ПБ группа здоровья ($83,9 \pm 1,32\%$), большинство малышей имеют низкий риск формирования хронических заболеваний, в том числе с наследственной предрасположенностью (58,3%), хороший уровень резистентности (87,3%) и нормальное функциональное состояние организма (56,9%). Однако наличие детей с отставанием в нервно-психическом развитии (36,0%), врожденными аномалиями развития (63,1%) и дефицитом массы тела (8,0%) ставят новые задачи перед амбулаторно-поликлинической службой в плане усиления педагогической и психологической поддержки семей с маленькими детьми, более эффективного взаимодействия со службами родовспоможения и совершенствования мероприятий по диспансеризации детей первого года жизни.

Для выявления факторов риска, определяющих уровень здоровья детей первого года жизни в зависимости от типа семьи, было проведено

анкетирование родителей, имеющих детей первого года жизни. Критерии включения в исследование: наличие в семье 2 детей, в том числе одного ребенка первого года жизни. Отличительный признак – отсутствие отца в неполных семьях. Семьи были разделены на две группы: I группу составили 262 полные семьи, II – 36 неполные семьи.

Анкета включала в себя вопросы, касающиеся материального положения семьи, бытовых условий, взаимоотношений в семье, образования и состояния здоровья родителей.

Характеризуя разные типы семей, можно сказать, что по жилищно-бытовым условиям семьи сопоставимы, однако чаще в полных семьях материальное положение оценивалось как хорошее ($p < 0,001$) в сравнении с неполными семьями, и напротив, неполные семьи характеризовали свое материальное положение как удовлетворительное ($p < 0,05$). Уровень образования родителей разных типов семей был примерно одинаков. Высшее образование в большинстве случаев встречалось среди матерей полных семей в сравнении с неполными семьями ($p < 0,05$). Существенных различий по виду трудовой деятельности у родителей разных типов семей не выявлено.

Состав семей значительно варьировал, кроме родителей и детей нередко в семьях проживали дедушки и бабушки, а также другие родственники, причем чаще это имело место в неполных семьях в сравнении с полными ($p < 0,01$). Возраст родителей на момент создания семьи, а также на момент рождения ребенка в разных типах семей существенно не отличался. Отношение к режимным моментам во всех семьях было одинаковым, не выявлено значительных различий также по характеру питания матерей. Состояние здоровья родителей в обоих типах семей можно расценить как хорошее. Среди вредных привычек преобладало курение, причем как среди матерей, так и отцов.

Для выявления преобладающих групп риска здоровью детей первого года жизни в разных типах семей был изучен перинатальный анамнез 144 малышей из полных и 36 - из неполных семей. Состав детей по полу из разных типов семьи был сопоставим.

Сравнительная характеристика детей первого года жизни из разных типов семей показала, что акушерский анамнез чаще был отягощен у матерей из неполных семей ($p < 0,01$). Частота патологического течения данной беременности и осложнений в родах не имела достоверных различий. Дети из обоих типов семей рождались в основном путем срочных физиологических родов.

Генеалогический анамнез характеризовался низким коэффициентом отягощенности. Социальный анамнез чаще был отягощен в неполных семьях ($p < 0,001$).

Период адаптации в родильном отделении у новорожденных из полных семей протекал, как правило, без патологии ($p < 0,05$).

При выписке из роддома всем новорожденным определяли группы возможного риска здоровью. Малышам из неполных семей достоверно чаще ставили первую группу риска ($p < 0,01$), шестую ($p < 0,01$) и седьмую ($p < 0,05$) в сравнении с детьми из полных семей. Следовательно, риск возникновения аллергической патологии и частых ОРВИ в большинстве случаев регистрировали у детей из неполных семей. Большинство новорожденных из полных семей, выписываясь из роддома, имели II А группу здоровья, из неполных семей – II Б ($p < 0,01$).

Была проанализирована динамика состояния здоровья малышей на первом году жизни. Выявлено, что дети из неполных семей чаще находились на искусственном вскармливании ($p < 0,05-0,01$), причем перевод на искусственное вскармливание отмечался в возрасте 3 месяцев. Исходя из этого факта, следует, что в неполных семьях более пристальное внимание необходимо уделять профилактике

гипогалактии, проводя беседы о важности грудного вскармливания, начиная с момента первого патронажа новорожденного. Физическое развитие детей из разных типов семей в течение года не имело существенных различий. Начиная с 6 месячного возраста, дети в полных семьях в большинстве случаев имели первую группу нервно-психического развития в сравнении с детьми из неполных семей ($p < 0,01$).

Итоговой оценкой состояния здоровья детей является определение группы здоровья. Число детей с первой группой здоровья в течение года было незначительным (0 - 3%) и не имело различий в зависимости от типа семьи. II А группу здоровья при выписке из роддома имело достаточно большое количество новорожденных, причем дети из полных семей чаще, чем малыши из неполных семей ($p < 0,01$). В дальнейшем, в процессе проведения неонатального скрининга и уточнения анамнеза, число детей со II А группой здоровья значительно уменьшилось, не имея достоверных различий. Количество детей со II Б и III группами здоровья в разных типах семей не отличались.

Нами были проанализированы сроки реализации рисков здоровью детей первого года жизни в разных типах семей.

Риск повышенной заболеваемости ОРВИ чаще проявлялся у детей из полных семей в возрасте 1 месяца ($p < 0,001$). Подтверждением реализации данного риска служит высокая заболеваемость детей из полных семей на первом месяце жизни (71,5%). Рассчитанное отношение шансов ($5,789 \pm 0,634$) показало, что риск реализации повышенной заболеваемости ОРВИ у детей из полных семей в 5 раз выше, чем у детей из неполных семей. 95% доверительный интервал (ДИ) составил [1,671-20,054]. Кроме этого, отмечена повышенная заболеваемость у этой группы детей в возрасте 12 месяцев ($34,9 \pm 6,01\%$

против $16,0 \pm 7,33\%$ у детей из неполных семей, $p < 0,05$). ОШ составило $2,817 \pm 0,606$, 95% ДИ [0,859-9,243].

Патология ЦНС манифестирует в возрасте 3 месяцев у детей из неполных семей чаще, чем в полных семьях ($p < 0,05$). При осмотре невролога 62,9% младенцев из неполных семей был поставлен диагноз перинатального поражения ЦНС разной степени тяжести против 41,7% детей из полных семей. Установленная патология центральной нервной системы требовала назначения лекарственной терапии, которую дети получали в течение длительного времени. Расчет отношения шансов показал, что риск формирования патологии ЦНС у детей из неполных семей в возрасте 3 месяцев в 2 раза превышает таковой у детей из полных семей (ОШ $2,369 \pm 0,389$; 95% ДИ [1,106-5,074]). В шестимесячном возрасте риск патологии ЦНС также реализовался у малышей в основном в неполных семей ($p < 0,05$). ОШ составило $2,337 \pm 0,392$; 95% ДИ [1,084-5,040]. Данная тенденция сохранялась и у девятимесячных малышей ($59,4 \pm 8,68\%$ в неполных семьях против $29,9 \pm 6,06\%$ в полных, $p < 0,01$). Риск развития патологии ЦНС в этом возрасте у детей из неполных семей был в 3 раза выше в сравнении с детьми из полных семей (ОШ $3,433 \pm 0,403$; 95% ДИ [1,557-7,569]).

В третью группу риска входят дети с риском возникновения рахита, анемии, дистрофии. Анемия диагностирована у детей из полных семей уже в возрасте 1 месяца ($p < 0,01$) в сравнении с неполными семьями). Рассчитанное отношение шансов ($3,4 \pm 0,512$; 95% ДИ [1,245-9,283]) показало, что риск манифестации анемии в 3 раза выше у детей из полных семей в сравнении с детьми из неполных семей. Рахит и дистрофия в этом возрасте у малышей из разных типов семей не выявлены. В течение года существенных различий в проявлении данного риска у детей из разных типов семей не было. Однако в возрасте одного года отмечен второй пик нарастания частоты анемии у

детей в полных семьях ($p < 0,05$). Риск развития этой патологии в возрасте одного года у детей из полных семей в 3 раза превышал таковой у детей из неполных семей (ОШ – $3,0 \pm 0,561$; 95% ДИ [0,999-9,010]). Рахит и дистрофия также чаще диагностированы у годовалых детей в полных семьях в сравнении с неполными, без достоверных отличий.

Достоверных различий по срокам реализации риска врожденной и наследственной патологии, гнойно-септическим заболеваниям и внутриутробным инфекциям, аллергической патологии и социальному риску в течение первого года жизни у детей из разных типов семей не выявлено.

В группу риска по тугоухости при выписке из роддома чаще входили новорожденные из полных семей ($p < 0,05$). Реализация данного риска у этих детей произошла в возрасте 1-3 месяцев ($p < 0,05$), все малыши имели отягощенную наследственность по данной патологии.

В группу риска по ВИЧ-инфекции входили по 1-2 ребенка из каждого типа семьи, значимых различий в сроках проявления данного риска не отмечено. Проявления 0 группы риска не произошло.

Таким образом, у детей первого года жизни из полных семей чаще происходит реализация первой (риск повышенной заболеваемости ОРВИ, нарушения состояния здоровья в период социальной адаптации) и третьей (риск возникновения рахита, анемии, дистрофии) групп риска. У малышей из неполных семей с 3 месячного возраста проявляется вторая (риск развития патологии ЦНС) группа риска.

Одна из задач нашего исследования затрагивала вопросы диспансеризации детей первого года жизни из разных типов семей. На предыдущем этапе работы были изучены преобладающие группы риска здоровью малышей в разных типах семей, а также сроки реализации этих рисков.

С учетом типа семьи и возраста реализации риска здоровью детей нами предложены усовершенствованные программы наблюдения детей первого года жизни.

В полных семьях в связи с более частой реализацией риска повышенной заболеваемости ОРВИ, которая отмечается с возраста ребенка одного месяца, необходимо проводить консультации инфекциониста и иммунолога после первого эпизода острой респираторной инфекции, обращая внимание на необходимость оздоровительно-реабилитационных мероприятий для всех членов семьи. В обязательном порядке вакцинировать детей против пневмококковой и гемофильной инфекций. Учитывая нередкие отказы родителей от вакцинации детей, усилить санитарно-просветительскую работу по разъяснению важности профилактической вакцинации. В перспективе дальнейшей разработки темы планируется разработать и рекомендовать к широкому применению схемы неспецифической иммунопрофилактики для детей первого года жизни, входящих в группу риска повышенной заболеваемости ОРВИ (витамино-минеральные комплексы, растительные адаптогены). Рекомендации по правильной технике вскармливания, своевременное назначение витамина Д в достаточной дозе позволят минимизировать риск возникновения рахита, анемии и дистрофии (3 группа риска). Кроме этого, следует обращать внимание на недопустимость позднего введения прикорма. Назначаем прикорм с 4,5 месяцев в виде овощного пюре, мясные блюда прикорма – с 7-месячного возраста. Расчет питания с последующей коррекцией рациона следует проводить не реже 1 раза в 3 месяца.

В неполных семьях у детей, начиная с 3-месячного возраста, реализуется риск поражения центральной нервной системы. В связи с этим необходимо проведение целенаправленной пренатальной диагностики с целью раннего выявления патологии у плода и

своевременной коррекцией выявленных нарушений после рождения ребенка.

Таким образом, тип семьи должен учитываться при составлении плана диспансерного наблюдения ребенка первого года жизни. Дополнительно к тем группам риска, которые определены для каждого малыша индивидуально, в полных семьях необходимо проводить профилактику проявления первой (повышенная заболеваемость ОРВИ) и третьей (трофические расстройства) групп риска, в неполных семьях – второй (патология ЦНС) группы риска.

С целью оптимизации процесса наблюдения и реабилитации детей первого года жизни были разработаны программы, позволяющие сократить время, затрачиваемое педиатром на оформление медицинской документации. Создана автоматизированная система подсчёта групп риска с учётом типа семьи для более качественного анализа состояния здоровья ребёнка и динамического контроля за проявлением рисков здоровью в течение первого года жизни. Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013660051 от 23 октября 2013 года «Определение групп риска у детей первого года жизни».

С целью изучения эффективности новой компьютерной программы был проведен хронометраж приема ребенка первого года жизни участковым педиатром. В результате проведенного хронометража было выявлено, что сократилось время, затраченное на подсчёт баллов по группам риска с учетом типа семьи и их оценку, а также на составление индивидуального дифференцированного наблюдения маленькому пациенту. Кроме этого, врач получает визуальную информацию, которую доводит до родителей маленьких пациентов.

Таким образом, современные статистические методы с использованием компьютерных программ позволяют обеспечить комплексный анализ данных (полученных из многочисленных источников) и оптимизацию (в условиях страховой медицины) при диспансеризации, обследовании, диагностике, прогнозировании течения заболеваний и выборе лечебной тактики.

ВЫВОДЫ

1. Комплексная оценка здоровья детей, рождённых в 2009-2011г.г., показала, что у них преобладала II Б группа здоровья (83,9%), I группа наблюдалась лишь у 6,0% малышей. Выявлено наличие детей с дефицитом массы тела I-II степени (8,0%), отставанием в нервно-психическом развитии (36,0%), значительным числом врожденных аномалий развития в виде пиелэктазии и малых аномалий развития сердца (92,8%), а также анемии (21,3%).

2. Установлено, что полные и неполные семьи не имели существенных различий по таким признакам, как жилищно-бытовые условия, трудовая деятельность и состояние здоровья родителей. Отличительные особенности заключались в удовлетворительном материальном положении неполных семей против хорошего в полных семьях ($p < 0,05$), достоверно более широким составом неполных семей ($p < 0,01$), а также наличием высшего образования у матерей из полных семей ($p < 0,05$).

3. Выявлены различия факторов, формирующих состояние здоровья детей первого года жизни из разных типов семей, заключающиеся в наличии отягощенного акушерского анамнеза, патологического течения периода адаптации в родильном доме, раннем переводе на искусственное вскармливание детей из неполных семей.

4. Установлена взаимосвязь групп риска здоровью детей первого года жизни с типом семьи в процессе динамического наблюдения. В полных семьях к концу первого месяца жизни ребенка наблюдаются четко выраженные повышенные уровни заболеваемости ОРВИ (71,5%), а также анемии (35,4%). В неполных семьях с трехмесячного возраста отмечается рост (62,9-59,4%) и развитие патологии ЦНС.

5. Предложены и обоснованы дополнительные к применяемым стандартным схемам мероприятия диспансерного наблюдения детей первого года жизни с учетом типа семьи. В полных семьях рекомендованы меры по профилактике ОРВИ, рахита, анемии; в неполных семьях – по патологии ЦНС.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

1. При составлении плана диспансерного наблюдения врачу-педиатру участковому, наряду с утвержденными стандартами, необходимо учитывать тип семьи.

В полных семьях:

- для минимизации проявления 1-й группы риска (повышенная заболеваемость ОРВИ) - проводить консультации иммунолога и инфекциониста после первого эпизода острой респираторной инфекции; в обязательном порядке вакцинировать детей от пневмококковой и гемофильной инфекции;

- для минимизации проявления 3-й группы риска (возникновение рахита, анемии, дистрофии) – назначать прикорм с 4,5 месяцев в виде овощного пюре, мясные блюда прикорма – с 7-месячного возраста, проводить расчет питания с последующей коррекцией рациона следует не реже 1 раза в 3 месяца.

В неполных семьях:

- для минимизации проявления 2-й группы риска (развитие патологии ЦНС): - скоординировать работу детской поликлиники с женской консультацией по проведению скрининг-обследования на ультразвуковом аппарате экспертного класса всех беременных из неполных семей;

- в родильном доме всем новорожденным из неполных семей проводить НСГ.

2. Рекомендовано применение в практике врача-педиатра участкового автоматизированной системы учета и анализа факторов риска, их реализации на первом году жизни с рекомендациями по предотвращению рисков здоровью во всех детских медицинских

организациях Пермского края, а также в других регионах Российской Федерации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамова Т.Ф. Особенности перинатальных поражений центральной нервной системы и их последствий у детей с нарушением зрения / Т.Ф. Абрамова, Л.А. Жданова, М.Н. Салова // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011. - С. 2.
2. Аверьянова Н.И. Физическое и биологическое развитие детей: учебное пособие для студентов педиатрического факультета / Н.И. Аверьянова, Т.И. Рудавина, Н.Ю. Зарницина // ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава.- Пермь.- 2008.- 88 с.
3. Аверьянова Н.И. Современные подходы к вскармливанию детей первого года жизни в Перми / Н.И. Аверьянова, Н.И. Чиженок, А.Н. Заболотская, М.Ю. Рожкова // Мат. Росс. конф. с междунар. участием, посвящ. 90-летию Пермской педиатрической школы «Проблемы педиатрии, детской нефрологии и неврологии в 21 веке».- Пермь.-2012. - С. 81-86.
4. Агафонова Е.Б. Отношение матери к детям в неполных неблагополучных семьях / Е.Б. Агафонова, К.Л. Солоненко // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии.- 2012.- № 30.- С. 172-176.
5. Адырбаев М.Ш. Роль организационно-методического отдела областной детской клинической больницы в стратегическом планировании педиатрической службы области / М.Ш. Адырбаев, О.П. Голева, Л.П. Елгина, Е.О. Щукина // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005. - С.7.
6. Архипова Н.Н., Патоморфологическая частота рахита у детей раннего возраста / Н.Н. Архипова, С.В. Мальцев, Л.А. Щеплягина, Э.М. Шакирова // Мат. 11 Конгресса педиатров

- России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007. - С. 37.
7. Атясова Т.Г. Изменение состояния здоровья детей первого года жизни в зависимости от вида вскармливания / Т.Г. Атясова, В.М. Крупнова, Л.И. Дзюбич, В.А. Горбатов, Т.И. Раздолькина // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005. - С. 21.
 8. Аширова С.В. Современные особенности внутриутробных инфекций у новорожденных / С.В. Аширова, О.Г. Бояршинова, Т.Н. Углева // Мат. 6 научно-практ. конф. молодых ученых «Молодые ученые Западного Урала – здравоохранению - 2002».- Пермь.- 2002.- С. 89-91.
 9. Бабина С.В. Железодефицитные анемии у детей из групп социального риска / С.В. Бабина // Мат. Росс. конф. с междунар. участием, посвящ. 90-летию Пермской педиат. школы «Проблемы педиатрии, детской нефрологии и неврологии в 21 веке».- Пермь.- 2012.- С. 81-86.
 10. Баранов А.А. Сохранять ли первичную медицинскую помощь детям? / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Педиатрия.- 2005.- № 5.- С. 4-7.
 11. Баранов А.А., Формирование государственной политики в области здравоохранения в Российской Федерации: проблемы и решения / А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин // Вопросы современной педиатрии.- 2006.- Том 5, № 6.- С. 5-7.
 12. Безлер Ж.А. Ведущие факторы риска развития железодефицитной анемии у детей первого года жизни / Ж.А. Безлер, Т.М. Галица // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии». – Москва.- 2014.- С. 23.
 13. Беседовский С.Г. Основные результаты мероприятий, осуществляемых в рамках приоритетного национального проекта

- «Здоровье» в г. Таганроге / С.Г. Беседовский, Т.Н. Подлесная, С.И. Штанько // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С. 79.
14. Бетина М.А. Организация педагогической помощи неполной семье в нравственном воспитании младших школьников / М.А. Бетина // Проблемы современного педагогического образования.- 2015.- № 48-5.- С. 40-45.
15. Биянова И.Г. Сравнительная характеристика показателей физического развития детей первого года жизни (на примере г. Перми) / И.Г. Биянова // Мат. Межрегион. Научной сессии молодых ученых 2010 года «Молодые ученые – здравоохранению Урала».- Пермь.- 2010.- С. 36-41.
16. Биянова И.Г. Сравнительный анализ динамики физического развития детей раннего возраста / И.Г. Биянова // Пермский медицинский журнал.- 2012.- Том 29, № 1.- С. 101-106.
17. Биянова И.Г. Особенности физического развития детей первых трех лет жизни: автореф. канд. мед. наук: 14.01.08.- Пермь, 2013.- 25 с.
18. Боброва И.Н. Эффективность реализации мероприятий программы «Здоровый ребенок» на территории Оренбургской области / И.Н. Боброва // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 50.
19. Богданова Д.А. Физическое развитие детей первого года жизни на различных видах вскармливания / Д.А. Богданова, М.Ю. Галактионова, А.А. Анисимова // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С. 36.

- 20.Боярский С.Н. Опыт и перспективы работы областной детской клинической больницы в условиях внедрения общей врачебной практики / С.Н. Боярский, Н.К. Михайлова, Г.Е. Жиркова, Е.В. Подоляк, Я.Я. Вутирас, Э.Г. Курова // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 64-65.
- 21.Брайловская М.Н. Железодефицитная анемия у детей и особенности терапии тяжелой формы / М.Н. Брайловская, А.В. Миронова // Мат. Росс. конф. с междунар. участием, посвящ. 85-летию Пермской педиатрической школы «Актуальные проблемы педиатрии и детской неврологии».- Пермь.- 2007.- С. 77-80.
- 22.Буданова М.В. Структура врожденных пороков сердца у новорожденных Воронежской области / М.В. Буданова, Т.В. Степанова, Е.А. Белова, О.Е. Ельчанинова, И.В. Демина // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С. 42.
- 23.Бушковская Е.М. Первый опыт использования программного обеспечения «Флагман-медицина» для экспертизы качества оказания медицинской помощи в педиатрической практике / Е.М. Бушковская, З.В. Сердюкова // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С. 111.
- 24.Валиуллина С.А. Проблемы качества оказания медицинской помощи детям Татарстана (по материалам жалоб населения в органы управления здравоохранения и судебные инстанции) / С.А. Валиуллина, Л.М. Абильмагжанова // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 77-78.
- 25.Власова А.Н. Социальные и биологические факторы риска врожденных пороков сердца у детей / А.Н. Власова, Т.М. Вишнякова, А.Б. Долина // Мат. 15 Конгресса педиатров с

- междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С. 143.
26. Волкова Г.М. Кадровое обеспечение первично медико-санитарной помощи детям в республике Татарстан / Г.М. Волкова, С.Х. Галеева // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С. 37.
27. Воронова О.В. Бобровский район Воронежской области – территория грудного вскармливания / О.В. Воронова // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 100.
28. Вяткина Л.Б. Особенности психического развития детей старшего дошкольного возраста, воспитывающихся в неполной/полной семье / Л.Б. Вяткина // Фундаментальные исследования.- 2013.- № 10-2.- С. 442-445.
29. Гармаева С.Б. Исследование клинических проявлений рахита в сельском районе Иркутской области / С.Б. Гармаева, Л.А. Намсараева, Э.Г. Мамедов // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С. 71.
30. Гасанова Г.П. Развитие личности подростков в неполных семьях // Г.П. Гасанов, М.М. Джабраилова // Вопросы гуманитарных наук.- 2012.- № 4 (60).- С. 71-73.
31. Гачегов М.А. Особенности физического развития детей Пермского региона / М.А. Гачегов, Ю.В. Лебедев, З.А. Виноградова, Н.В. Чулошникова, С.А. Тимофеева, Н.Я. Сотникова, О.Е. Познянская // Мат. Междунар. научно-практ. конф. «Здоровье и образование. Медико-социальные и экономические проблемы».- Пермь.- 2004.- С. 47-48.
32. Гачегов М.А. Физическое развитие детей Пермского региона на современном этапе / М.А. Гачегов, А.В. Крутень, М.А. Трясцина,

- Ю.В. Лебедев, В.М. Петухова, З.А. Виноградова, Н.В. Чулошникова, С.А. Тимофеева, О.Е. Познянская // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 114.
- 33.Гачегов М.А. Региональные особенности показателей физического развития детей первого года жизни, проживающих в г. Перми / М.А. Гачегов, И.Г. Биянова, А.В. Крутень, М.А. Трящина // Мат. Юбилейной научной сессии 2006 года.- Пермь.- 2006.- С. 152-153.
- 34.Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – М.: Практика, 1999. - 459 с.
- 35.Голева О.П. Применение статистических методов в оптимизации планирования и использования педиатрического коечного фонда сельских районов Омской области / О.П. Голева, Е.О. Щукина // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 122.
- 36.Грачев В.И. Организационно-функциональная модель оказания медико-социальной помощи неполным семьям и внебрачным детям / В.И. Грачев, О.Е. Коновалов // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова – 2006.- № 4.- С. 45-48.
- 37.Грачев В.И. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей раннего и дошкольного возраста, рожденных вне брака: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. Рязань, 2007. 136 с.
- 38.Грицинская В.П. Характеристика физического развития детей первого года жизни коренного населения Тывы / В.П. Грицинская // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С. 203.
- 39.Грунина И.И. Влияние свободного грудного вскармливания на физическое и нервно-психическое развитие детей раннего возраста / И.И. Грунина, О.С. Грунина, Р.Н. Тахирова, О.Ю.

- Зеткина // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С. 805-806.
40. Гурко Т.А. Развитие личности подростков в различных типах семей / Т.А. Гурко, Н.А. Орлова // Социологические исследования.- 2011.- № 10.- С. 110-120.
41. Давыдова Т.В., Структура заболеваемости внутриутробными инфекциями по Томску за 2001-2006гг. / Т.В. Давыдова, Е.Б. Кравец // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.-, 2007.- С. 37.
42. Дакинова Л.Н. Исключительно грудное вскармливание – основа профилактики заболеваний у детей первого года жизни / Л.Н. Дакинова // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 139.
43. Дакинова Л.Н. Здоровье детей республики Калмыкия на современном этапе / Л.Н. Дакинова // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С. 92.
44. Дементьева И.Ф. Негативные факторы воспитания детей в неполной семье / И.Ф. Дементьева // Социологические исследования.- 2001.- № 11.- С. 108-113.
45. Дементьева И.Ф. Факторы риска современного детства / И.Ф. Дементьева // Социологические исследования.- 2011.- № 10.- С. 108-114.
46. Денисов А.П. Комплексная оценка здоровья детей раннего дошкольного возраста / А.П. Денисов, Н.В. Семенова, О.А. Кун, О.А. Денисова // Гигиена и санитария.- 2015.- том 94, № 8.- С. 69-72.

47. Джумагазиев А.А. Грудное вскармливание и нервно-психическое развитие ребенка / А.А. Джумагазиев, О.Н. Рожкова, Т.Ф. Козина // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 151.
48. Дмитриева Н.В. Медико-социальные факторы в причинах младенческой смертности в сельской местности / Н.В. Дмитриева, Т.Г. Ткаченко, Р.А. Гудков, В.Н. Савченко // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 152.
49. Дранаева Г.Г. Охрана здоровья детей на Крайнем севере / Г.Г. Дранаева, М.В. Ханды // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 156-157.
50. Дубцова Ю.В. Неполная семья и ее влияние на обеспечение сохранности здоровья ребенка / Ю.В. Дубцова, Н.Н. Павлик // Актуальные проблемы современного общества.- 2015.- № 3.- С. 129-132.
51. Дурыгин А.Н. Профилактическая работа со здоровыми детьми в условиях детской поликлиники. Методические рекомендации / А.Н. Дурыгин, Е.А. Замятина, З.Г. Ревенко, Л.А. Мальченко, Д.Н. Дурыгин, Г.Я. Захарова // Ханты-Мансийск – Тюмень.- 1999.- 67 с.
52. Евтушенко О.С. Реабилитация детей первого года жизни с ранними органическими поражениями нервной системы / О.С. Евтушенко, Н.В. Яновская, С.К. Евтушенко, Л.Ф. Евтушенко, Е.В. Лисовский // Мат. Росс. конф. с междунар. участием, посвящ. 85-летию Пермской педиатрической школы «Актуальные проблемы педиатрии и детской неврологии».- Пермь.- 2007.- С. 106-109.
53. Еренков И.О. Возможности применения ультразвуковой денситометрии при рахите у детей раннего возраста / И.О. Еренков, Е.С. Тырцева, Л.А. Неяскина, Б.М. Блохин // Мат. 18

- Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2015.- С. 65.
54. Жуина Д.В. Сравнительный анализ тревожности младших школьников из полных и неполных семей / Д.В. Жуина, В.А. Нудина // Актуальные проблемы и перспективы развития современной психологии.- 2012.- № 1.- С. 42-45.
55. Жукова М.В. Роль семейного социума в формировании отклоняющегося поведения школьников / М.В. Жукова, Е.В. Фролова, К.И. Шишкина // Вестник Челябинского государственного педагогического университета.- 2015.- № 9.- С. 48-53.
56. Загородникова О.А. Особенности анамнеза и факторы риска у детей с тяжелыми перинатальными поражениями ЦНС / О.А. Загородникова, И.Г. Трищенко // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С. 297.
57. Зайцев В.М. Прикладная медицинская статистика / В.М. Зайцев, В.Г. Лифляндский, В.И. Маринкин // СПб: Фолиант.- 2006.- 432 с.
58. Зарницина Н.Ю. Сравнительная оценка состояния здоровья детей первого года жизни, проживающих в городе и селе / Н.Ю. Зарницина, Л.Ф. Политова, Т.А. Старкова // Мат. Росс. конф. с междунар. участием, посвящ. 85-летию Пермской педиатрической школы «Актуальные проблемы педиатрии и детской неврологии».- Пермь.- 2007.- С. 121-124.
59. Здоровье родителей и условия жизни семей. Европейское лонгитудинальное исследование беременности и детства (ELSPAC) / под ред. А.А. Баранова, Р.К. Игнатъевой.- Москва.- 2005.- 143 с.

- 60.Зелинская Д.И. Реабилитация как комплексная проблема восстановления нарушенных функций организма ребенка / Д.И. Зелинская // Рос. вестн. перинатол. и педиатр.- 1996.- № 2.- С. 13-16.
- 61.Зубов Е.В. Медицинские информационные системы: достоинства и проблемы / Е.В. Зубов // Мат. 1 Всеросс. научно-практ конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2002.- С. 130-132.
- 62.Иванова Н.В. Нервно-психическое и физическое развитие детей, страдающих железодефицитной анемией / Н.В. Иванова, Е.В. Батуева // Мат. Юбилейной научной сессии 2006 года.- Пермь.- 2006.- С. 158-159.
- 63.Иванова Н.П. Неполная семья: особенности социализации детей / Н.П. Иванова // Социальная педагогика.- 2011.- № 6.- С. 115-121.
- 64.Иванова С.П. Вопросы кадрового обеспечения средним медицинским персоналом городской детской поликлиники / С.П. Иванова, И.С. Ионова // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С.324.
- 65.Ильина Н.Н. Неврологические и кардиальные изменения у детей грудного возраста / Н.Н. Ильина, В.В. Кочерова, Н.В. Левченко, О.А. Мичудо // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.259-260.
- 66.Каткова Л.И. Педиатрическая служба Самарской области в период реформирования здравоохранения / Л.И. Каткова, М.Ю. Антимонова, Л.Г. Матееску, Г.А. Маковецкая, Л.И. Мазур, Н.И. Куликова, Н.П. Шаповалова // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.217-218.
- 67.Кашин А.В. Динамика физического развития детей первого года жизни / А.В. Кашин, О.Ю. Мошанова, Т.Н. Казаковцева, И.В.

- Товчегречко, А.В. Суходоев // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.219-220.
- 68.Корнюшо Е.М. Перинатальные поражения нервной системы у детей и их последствия / Е.М. Корнюшо, Н.А. Никитина // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С.436.
- 69.Корюкина И.П. Оздоровительно-воспитательная работа с детьми раннего возраста и беременными женщинами. Учебное пособие для системы последиplomного образования врачей / И.П. Корюкина, А.Н. Разумов, Н.А. Красавина, Е.В. Голдырева, М.А. Мамунц // ГОУ ВПО ПГМА Росздрава.- Пермь.- 2004.- 186 с.
- 70.Корюкина И.П. Репродуктивное здоровье и особенности перинатальной патологии в йоддефицитном регионе. Пособие для врачей / И.П. Корюкина, Л.В. Софронова, Л.П. Санакоева, Л.Е. Санкина, М.А. Мамунц, Н.А. Красавина, Е.В. Зубов, Н.Ю. Жукова, Н.И. Пирожникова, Л.Ю. Лежанина // ГОУ ВПО ПГМА Росздрава.- Пермь.- 2005.- 254 с.
- 71.Красавина Н.А. Организация и пути совершенствования профилактической работы с неорганизованными детьми: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.09.- Пермь, 2000.- 23 с.
- 72.Красавина Н.А. Состояние педиатрической амбулаторно-поликлинической помощи в Пермской области / Н.А. Красавина // Мат. научно-практ. конф. «Современные проблемы и новые технологии в педиатрии, акушерстве и гинекологии».- Пермь.- 2001.- С. 108-109.
- 73.Красавина Н.А. Уровень педиатрической амбулаторно-поликлинической помощи в Пермской области / Н.А. Красавина, М.Я. Подлужная, А.П. Кочуров, М.М. Морозова // Мат. 1 Всеросс.

- научно-практ. конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2002.- С.187-189.
- 74.Красавина Н.А. Особенности состояния здоровья детей первого года жизни / Н.А. Красавина, С.Ф. Распутина // Мат. 2 Всеросс. научно-практ. конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2004.- С.145-147.
- 75.Красавина Н.А. Современные аспекты оценки качества педиатрической амбулаторно-поликлинической помощи в Пермской области / Н.А. Красавина // Пермский медицинский журнал.- 2004.- Том 21, № 3.- С. 105-110.
- 76.Красавина Н.А. Состояние здоровья детей первого года жизни / Н.А. Красавина, С.Ф. Распутина // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.262-263.
- 77.Красавина Н.А. Питание – главный фактор здоровья детей первого года жизни / Н.А. Красавина, Л.Ю. Лежанина, А.В. Агафонова, С.С. Пермякова // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.262.
- 78.Красавина Н.А. Профилактическая работа с детьми раннего возраста. Учебное пособие для участковых педиатров / Н.А. Красавина, И.П. Корюкина, М.А. Мамунц // Пермь.- 2008.- 223 с.
- 79.Краснов В.М. Анализ вскармливания детей первого года жизни / В.М. Краснов, Т.В. Зольникова, М.В. Краснов // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С. 263.
- 80.Кузнецова М.А. Современные аспекты вскармливания детей первого года жизни / М.А. Кузнецова, Л.Р. Лавренчук, А.Е. Сигарева // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.357.
- 81.Кулакова Г.А. Кабинет здорового ребенка – новые формы работы / Г.А. Кулакова, А.П. Пигалов, Е.А. Курмаева, Н.А. Соловьева,

- М.М. Садыков, Н.Н. Насыбуллина // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.364-365.
- 82.Кулешова О.К. Частота функциональных нарушений пищеварительного тракта у детей первого полугодия жизни / О.К. Кулешова, А.С. Калмыкова, Н.В. Зарытовская, В.С. Калмыкова, А.Н. Медведева, Ф.М. Такушинова, Г.В. Фурманова // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С.176.
- 83.Лаврентьева В.М. Эффективность комплексной работы по поддержке грудного вскармливания в г. Рязани / В.М. Лаврентьева, Н.В. Дмитриева, Т.Г. Ткаченко, Т.А. Воронина, А.В. Дмитриев, В.В. Долгишева // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.294.
- 84.Лебедева Т.М. Особенности организации грудного вскармливания в современных условиях / Т.М. Лебедева, Г.Ю. Окунева, О.В. Тендрякова, Е.С. Плешенкова // Мат. 15 междунар. науч. конф. «Здоровье семьи – 21 век».- Г. Торремолинос, Испания.- 2011.- С.33-34.
- 85.Легонькова Т.И. Влияние различных видов вскармливания на физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни: результаты 12-месячного наблюдения / Т.И. Легонькова, Е.В. Матвеева // Вопросы современной педиатрии.- 2011.- Том 10, № 1.- С. 22- 27.
- 86.Лобанова Е.В. Результаты проведения эхокардиографии у детей первого полугодия жизни / Е.В. Лобанова, И.Б. Соболева, Е.В. Зубов // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С.509.

87. Ломовских В.Е. Эффективность реализации программы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания младенцев» на территории Волгоградской области / В.Е. Ломовских, Т.К. Бердикова // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.309.
88. Ломовских В.Е. Пути совершенствования консультативной помощи детям в сельских районах / В.Е. Ломовских, Д.А. Кураков // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.309.
89. Ломовских В.Е. Пути совершенствования медицинской помощи детям сельской местности / В.Е. Ломовских, Т.К. Бердикова, В.И. Юрченко // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.309.
90. Луканкина Л.Н. Частота железодефицитных состояний у детей раннего возраста / Л.Н. Луканкина, И.Б. Терентьева, Н.К. Виноградова, О.В. Жукова, Ю.С. Кравцова // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С.517.
91. Львова И.И. Здоровье детей раннего возраста глазами врачей-педиатров г. Березники / И.И. Львова, Л.В. Самоловских, Л.Е. Санкина, В.В. Костенкова, Т.Ю. Соколова, Л.А. Молчанова // Мат. 1 Всеросс. научно-практ. конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2002.- С. 224-226.
92. Макарова Т.Л. Результаты реализации подпрограммы «Здоровый ребенок» федеральной целевой программы «Дети России» в г. Нижневартовск / Т.Л. Макарова // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.321.
93. Макарова М.В. Здоровье детей, находившихся на естественном и искусственном видах вскармливания / М.В. Макарова // Пермский медицинский журнал.- 2012.- Том 29, № 3.- С. 106-111.

94. Максимова М.Н. Клинические особенности рахита и его профилактика у детей первого года жизни с дисфункцией щитовидной железы / М.Н. Максимова, В.И. Струков, Л.Г. Радченко, М.Н. Гербель // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С.535.
95. Мироненко И.И. Оценка эффективности работы по поддержке грудного вскармливания / И.И. Мироненко, С.В. Письменная, В.Я. Комаровская, Н.В. Плуталова // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.454-455.
96. Мироненко И.И. Влияние характера вскармливания на здоровье детей раннего возраста / И.И. Мироненко // Мат. 18 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2015.- С.149.
97. Мозжухина Л.И. Грудное вскармливание – приоритетное направление современной педиатрии / Л.И. Мозжухина, Л.Е. Строева, Н.В. Ратынская, Г.В. Мелехова, Е.А. Щитова // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.352-353.
98. Морозова О.А. Перинатальное повреждение нервной системы у детей первого года жизни на Крайнем севере / О.А. Морозова, С.А. Токарев, О.В. Семенюк, Т.В. Мальцева // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.467.
99. Муталов А.Г. Оценка эффективности реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в республике Башкортостан / А.Г. Муталов, С.В. Шагарова, Н.А. Дружинина, Г.П. Ширяева, Р.А. Ахметова // Мат. межрегион. научно-практ. конф. «Актуальные проблемы педиатрии».- Уфа.- 2007.- С. 183-191.

100. Муталов А.Г. Анализ состояния здоровья детей раннего возраста в республике Башкортостан / А.Г. Муталов, С.В. Шагарова, Р.Я. Нагаев // Мат. межрегион. научно-практ. конф. «Актуальные проблемы педиатрии».- Уфа.- 2007.- С. 191-194.
101. Нагаева Т.А. Опыт работы центра поддержки грудного вскармливания в городе Томске / Т.А. Нагаева, Т.К. Трунова, В.И. Онюшева // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.475.
102. Новиков О.М. Медико-демографические проблемы разных типов семей, проживающих в сельской местности / О.М. Новиков, И.П. Артюхов, В.Ф. Капитонов, В.А. Вагнер // Сибирское медицинское обозрение.- 2007.- № 4 (45).- С. 78-81.
103. Олимова К.С. Структура заболеваемости детей раннего возраста по обращаемости в медицинские центры здоровья / К.С. Олимова, Н.Ш. Абдуллаева, Р.П. Пачаева // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С.244.
104. Орел В.И. Современные особенности организации первичной медико-санитарной помощи детям из социально незащищенных семей / В.И. Орел, И.Ю. Стволинский, С.Б. Чолоян, В.А. Свердловски // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.390.
105. Переслегина И.А. Опыт реализации программы «Здоровый ребенок» в Нижнем Новгороде / И.А. Переслегина, Л.В. Коркоташвили, Н.Ю. Щельцина // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.407.
106. Петюрканова Ю.Е. Оценка состояния здоровья и комплексный подход к реабилитации детей из неполных семей и

- детей, оставшихся без попечения родителей: автореф. канд. ...
мед. наук: 14.01.08. Москва, 2012. 24 с.
107. Пименова Н.Н. Заболеваемость детей раннего и младшего возраста с перинатальным поражением ЦНС / Н.Н. Пименова, В.А. Жирнов // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.533.
108. Пичугина К.В. Электрокардиография в диагностике сердечно-сосудистой патологии у детей первых месяцев жизни / К.В. Пичугина // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С.258.
109. Подоляк Е.В. Анализ работы консультативно-диагностической поликлиники по программе «Реформирование амбулаторно-поликлинической помощи населению Свердловской области» / Е.В. Подоляк // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.539-540.
110. Подсвинова Е.В. Влияние возраста и социального статуса родителей на здоровье детей первого года жизни / Е.В. Подсвинова, Т.А. Романова, Г.А. Сидоров, О.П. Лебедева, Т.В. Костина, Л.В. Гольцова // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.540.
111. Покровский В.И. Российская академия медицинских наук – детскому здравоохранению / В.И. Покровский // Мат. 1 Всеросс. научно-практ. конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2002.- С. 3.
112. Поляков Б.А. Характеристика качества и доступности амбулаторной помощи детям из неполных семей / Б.А. Поляков, Н.А. Садовникова, С.В. Шульц, Д.Л. Мушников // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-

- исследовательского института общественного здоровья.- 2013.- № 1.- С. 285-288.
113. Попова И.В. Распространенность железодефицитных состояний у детей раннего возраста / И.В. Попова, Т.С. Подлевских, В.А. Беляков // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С.690.
114. Попова М.А. Динамика физического развития детей первого года жизни Ставрополя / М.А. Попова, А.С. Калмыкова, О.С. Феодосиади, О.К. Кулешова // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.-, 2007.- С.548-549.
115. Почивалов А.В. Значение грудного вскармливания для детей раннего возраста / А.В. Почивалов, Л.В. Мошурова, Н.С. Воронцева, А.А. Натаров, Е.В. Есипова, Л.И. Алтухова // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.552-553.
116. Привалова Г.Ф. Влияние стилей воспитания детей в неполной семье на формирование личности ребенка / Г.Ф. Привалова // Социальная педагогика в России.- 2012.- № 3.- С.21-29.
117. Прусаков В.Ф. Диагностика и коррекция развития ребенка первых лет жизни. Руководство для врачей / В.Ф. Прусаков, М.М. Уткузова, М.В. Белоусова. Санкт-Петербург – Казань, 2009.- 93 с.
118. Пузанкова Н.В. Вскармливание детей первого полугодия жизни: медико-социальные аспекты / Н.В. Пузанкова, Д.В. Кукушкин // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С.269.

119. Пузанкова Н.В. Массо-ростовые показатели и вскармливание детей первого года жизни / Н.В. Пузанкова, Д.В. Кукушкин, Т.А. Кузнецова // Мат. 18 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2015.- С. 200.
120. Пыхтина Л.А. Факторы риска задержки нервно-психического развития у детей / Л.А. Пыхтина, О.Ю. Кочерова, Е.Н. Курбанова, Т.Г. Шанина, Н.В. Долотова // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С.712.
121. Райкова Н.М. Факторы, формирующие здоровье ребенка первого года жизни / Н.М. Райкова // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.563.
122. Рожковская С.А. Особенности состояния здоровья детей из многодетных семей / С.А. Рожковская // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С.279.
123. Романкова Ю.Н. Характеристика медико-социальных факторов, условий и образа жизни как факторов риска для здоровья детей / Ю.Н. Романкова, Г.С. Аджигеримова, А.С. Ярославцев // Фундаментальные исследования.- 2013.- № 12-2.- С. 314-318.
124. Рубин А.Д., Проблемы кадрового обеспечения педиатрической службы в условиях севера России / А.Д. Рубин, А.А. Наумова // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.576.
125. Русскова О.И. Роль врача – участкового педиатра в формировании здорового образа жизни / О.И. Русскова // Мат. 1

- Всеросс. научно-практ. конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2002.- С. 318-320.
126. Саввина Н.В. Сравнительная характеристика состояния здоровья детей из полных и неполных семей г. Якутска / Н.В. Саввина, Ю.Е. Петюрканова, В.Б. Егорова // Научная жизнь.- 2011.- № 5.- С. 32-38.
127. Савина Г.Я. Опыт работы центра первичной профилактики в условиях городской детской поликлиники / Г.Я. Савина, И.М. Скорик // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С.588.
128. Савченко Е.А. Влияние вида вскармливания на антропометрические показатели детей первого года жизни / Е.А. Савченко, А.Н. Токарев, И.В. Попова, В.А. Беляков // Мат. 18 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2015.- С. 213.
129. Садыков М.М. Основные тенденции оказания первичной медицинской помощи детям / М.М. Садыков, Н.Н. Насыбуллина // Мат. 11 Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2007.- С. 590-591.
130. Санакоева Л.П. Тяжелые формы гипотрофии у детей раннего возраста в Пермском регионе / Л.П. Санакоева, С.Г. Ефишева // Мат. 1 Всеросс. научно-практ. конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2002.- С. 329-332.
131. Серeda В.М. Поддержка семей социального риска как условие охраны здоровья детей / В.М. Серeda, В.И. Орел, Л.А. Даниленко // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.480.
132. Сизов Е.Е. WEB-ориентированная медицинская информационная система диспансеризации и мониторинга

- состояния болезни детей Томской области / Е.Е. Сизов, И.А. Деев, Е.М. Камалтынова // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С.801.
133. Скударнов Е.В. Распространенность малых аномалий сердца у новорожденных детей / Е.В. Скударнов, Ю.Ф. Лобанов, Н.В. Баранова, И.В. Иванов // Мат. 17 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2014.- С.299.
134. Студеникин М.Я. Роль РАМН в охране здоровья женщины и ребенка в Российской Федерации / М.Я. Студеникин // Мат. 2 Всеросс. научно-практ. конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2004.- С. 272-273.
135. Студеникин М.Я. Служба охраны матери и ребенка в России / М.Я. Студеникин, И.П. Корюкина // Мат. 1 Всеросс. научно-практ. конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2002.- С. 4-7.
136. Суринов В.А. Диспансеризация здорового ребенка и новорожденных группы риска на педиатрическом участке. Учебное пособие / В.А. Суринов, А.И. Егорова, М.А. Гачегов, Е.П. Гачегова // Пермь.- 1994. - 77 с.
137. Титова Е.Я. Планирование как система и форма достижения результатов в решении проблем охраны здоровья детей / Е.Я. Титова, Т.М. Лебедева // Мат. Междунар. научно-практ. конф. «Здоровье и образование. Медико-социальные и экономические проблемы».- Пермь.- 2004.- С. 267-269.
138. Титова Е.Я. О некоторых особенностях состояния здоровья детей города Перми и мерах по его улучшению / Е.Я. Титова, Т.М. Лебедева, Т.Н. Говязина // Мат. научной сессии 2010 года. ПГМА.- Пермь.- 2010.- С.54-55.

139. Торочкина Г.П. Здоровье детей раннего возраста в социопатических семьях / Г.П. Торочкина, Г.В. Кобылянская, Т.Н. Ровда, Т.А. Добряк // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.534.
140. Турица А.А. Анализ факторов риска и лечения детей с гипотрофией / А.А. Турица, А.В. Лукьянов, Г.А. Ковалева, И.З. Пинигина // Мат. 10 Съезда педиатров России, Москва, 2005.- С.538.
141. Уткина Г.Ю. Научное обоснование и разработка медико-социальной системы помощи детям и семьям «группы риска» на региональном уровне в современных социально-экономических условиях: дис. ...докт. мед. наук: 14.02.03. Москва, 2010. 240 с.
142. Халтурина И.Л. Заболеваемость детей первого года жизни в Астраханской области / И.Л. Халтурина, Е.Г. Селина // Мат. 15 Конгресса педиатров с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2011.- С.907.
143. Харламова Н.В. Динамика состояния сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни / Н.В. Харламова, Т.В. Чаша, Н.А. Шилова, А.В. Коровкина // Мат. 2 Всеросс. научно-практ. конф. «Здоровье и образование».- Пермь.- 2004.- С. 296.
144. Черная Н.Л. Экспертная оценка качества оказания профилактической помощи детям как фактор повышения эффективности работы участкового педиатра / Н.Л. Черная, О.Б. Дадаева, Г.С. Маскова, Л.Н. Старунова, Г.В. Мелехова, Г.С. Ганузина, О.С. Вахрушева // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.586.
145. Чичерин Л.П. Актуальные проблемы социальной педиатрии в России / Л.П. Чичерин // Вопросы современной педиатрии.- 2006.- Том 5, № 6.- С. 13-17.

146. Шакирова Л.З. Вопросы диспансеризации детей первого года жизни на педиатрическом участке / Л.З. Шакирова, Д.К. Сабитова // Мат. 18 Конгресса педиатров России с междунар. участием «Актуальные проблемы педиатрии».- Москва.- 2015.- С. 278.
147. Шипулина И.А. Физическое развитие детей из многодетных семей / И.А. Шипулина, А.Н. Заболотская // Мат. Росс. конф. с междунар. участием, посвящ. 85-летию Пермской педиатрической школы «Актуальные проблемы педиатрии и детской неврологии».- Пермь.- 2007.- С. 326-329.
148. Шуляк Г.А. Региональные программы по охране здоровья детей в Калининградской области / Г.А. Шуляк // Мат. 10 Съезда педиатров России.- Москва.- 2005.- С.613.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

1. Место проживания:

- отдельная квартира
- комната в коммунальной квартире
- комната в общежитии
- частный дом

2. Коммунальные удобства:

- есть
- нет

3. Материальное положение семьи:

- хорошее
- удовлетворительное
- плохое
- затрудняюсь с ответом

4. Образование отца:

- неполное среднее
- среднее
- среднее специальное
- незаконченное высшее
- высшее

5. Вид трудовой деятельности отца:

- рабочий
- служащий
- не работает

6. Брак:

- зарегистрирован
- не зарегистрирован

7. Наличие в семье:

- другие дети
- бабушки, дедушки
- другие родственники

7. Возраст матери на момент создания семьи

8. Возраст отца на момент создания семьи
9. Возраст матери при рождении ребенка
10. Возраст отца при рождении ребенка
11. Наличие в семье детей с врожденными заболеваниями и пороками развития:
 - есть
 - нет
12. Случаи мертворождения:
 - есть
 - нет
13. Случаи смерти ребенка:
 - есть
 - нет
14. Брачный союз расценивается как:
 - счастливый
 - неудачный
15. Конфликты разрешаются:
 - мирным путем
 - бывают ссоры
 - бывают скандалы
16. Ребенок присутствует при ссорах:
 - да
 - нет
 - иногда
17. Причина присутствия ребенка при конфликтах:
 - несдержанность отца/матери
 - ограниченная жилплощадь
 - ребенок должен видеть все
18. Реакция ребенка на конфликты:
 - не реагирует
 - плачет
 - заболевает

19. У ребенка отдельная комната:

- есть
- нет

20. Заболевания у проживающих в квартире:

- туберкулез
- венерические заболевания
- ВИЧ
- гепатит В, С
- нет заболеваний

21. Выполнение режима дня матерью:

- да
- нет

22. Выполнение режима дня отцом:

- да
- нет

23. Соблюдение личной гигиены матерью при кормлении ребенка:

- да
- нет

24. Характер питания матери:

- растительный
- молочный
- мясной
- смешанный

25. Образование матери:

- неполное среднее
- среднее
- среднее специальное
- незаконченное высшее
- высшее

26. Вид трудовой деятельности матери:

- рабочая
- служащая
- не работает

27. Профессиональные вредности у матери:

- есть

- нет

28. Вредные привычки у матери:

- нет
- курение
- употребляет алкоголь
- употребляет наркотики
- употребляет психотропные средства

29. Заболевания матери:

- здорова
- частые простудные заболевания
- хроническая патология
- онкопатология

30. Профессиональные вредности у отца:

- есть
- нет

31. Вредные привычки у отца:

- нет
- курение
- употребляет алкоголь
- употребляет наркотики
- употребляет психотропные средства

32. Употребление алкоголя отцом:

- не употребляет
- употребляет 1 раз в месяц
- употребляет ежедневно
- употребляет 1 раз в неделю
- употребляет по праздникам

33. Заболевания отца:

- здоров
- частые простудные заболевания
- хроническая патология
- онкопатология

РЕТРОСПЕКТИВНАЯ КАРТА ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ
РЕБЕНКА

Фамилия, имя ребенка:

Номер истории развития:

Домашний адрес:

1. Детская больница: поликлиника №____ участок №____

2. Дата рождения:

3. Возраст ребенка к моменту изучения:

4. Пол ребенка: мужской женский

5. Тип семьи: полная неполная

6. Количество детей в семье:

7. Количество человек в семье:

Сведения о родителях и родственниках

8. Возраст матери к моменту рождения ребенка:

до 20 лет

до 25 лет

25-29 лет

30-34 года

35-39 лет

40 лет и более

9. Профессия матери:

10. Профессиональные вредности у матери: нет

нет сведений

есть

11. Вредные привычки у матери: нет

нет сведений

есть: алкоголь

курение

12. Возраст отца к моменту рождения ребенка: до 20 лет

21-39лет

40 и более лет

13. Профессия отца:

14. Профессиональные вредности у отца: нет

нет сведений

есть

15. Вредные привычки у отца: нет

нет сведений

есть: алкоголь

курение

16. Здоровье отца к моменту рождения ребенка: здоров
нет сведений
имеется патология (указать какая):

17. Здоровье близких родственников: здоровы
нет сведений
имеется патология (указать какая и у кого):

18. Количество родственников:

19. Здоровье матери к моменту рождения ребенка: здорова
нет сведений
имеется патология (указать какая):

20. Акушерский анамнез: не отягощен
нет сведений
отягощен

21. Течение данной беременности: без патологии
нет сведений
имелась патология _____

22. Осложнения в родах: не было
нет сведений
были _____

23. Осложнения со стороны плода: не было
нет сведений
имелись _____

24. Роды: в срок
быстрые
перенесенные
преждевременные (28-30 недель, 31-35 недель, 36-37 недель)
оперативные
со стимуляцией

Заключение по анамнезу:

25. Генетический анамнез:
Генеалогический индекс: низкий (0-0,2)
умеренный (0,3-0,5)
выраженный (0,6- 0,8)
высокий (0,9 и выше)
Направленность генетического риска: нет
есть (указать какая) _____

26. Степень пренатального риска: низкая (до 25 баллов)
средняя (до 30 баллов)
высокая (свыше 30 баллов)

27. Социальный анамнез: не отягощен

нет сведений

отягощен (указать за счет какого фактора)

Сведения о новорожденном ребенке

28. Масса при рождении:

29. Длина тела:

30. Массо-ростовой показатель

31. Состояние после рождения: удовлетворительное

неудовлетворительное

32. Период адаптации в роддоме: без патологии

нет сведений

незначительная патология

значительная патология

33. Вакцинация БЦЖ: сделана

не сделана (причина)

34. Проведено лабораторное обследование в роддоме: нет

да

Выявлена патология: нет

да (указать какая)

35. Осмотрен специалистами: нет

да (указать какими)

36. В роддоме проводилось лечение: нет

да (какое):

37. Вскармливание в роддоме: естественное

смешанное

искусственное

38. Выписан из роддома: в срок

раньше срока

позже срока по состоянию ребенка

позже срока по состоянию матери

переведен в стационар

39. Диагноз при выписке: здоров

группа риска

выписан с диагнозом _____

40. Группа риска при выписке из роддома: не указана

указана 1 2 3 4 5 6 7

41. Группа здоровья при выписке из роддома: указана 1 2 - А 2 - Б 3 4

5

не указана

42. Рекомендации при выписке матери: нет

есть

43. Рекомендации по ребенку: нет

есть

режим №

питание
 физ. воспитание
 задачи воспитания
 лечебные рекомендации

Состояние здоровья ребенка в 1 месяц

44. Заболеваемость ребенка с рождения до 1 месяца: не было
 острая патология
 фоновые состояния
 функциональные состояния
 хроническая патология
45. Резистентность: хорошая
 сниженная
 низкая
 очень низкая
46. Ребенок наблюдался врачом в течение месяца: систематически
 несистематически
47. Ребенок наблюдался мед.сестрой в течение месяца: систематически
 несистематически
48. Профилактические прививки сделаны: да
 нет
49. Вскармливался: грудью
 искусственное с мес.
 смесь (какая)
 коровье молоко
50. Физическое развитие: масса: рост:
 нормальное, гармоничное
 нормальное, дисгармоничное
 дефицит массы
 избыток массы
 низкий рост
 высокий рост
51. Нервно-психическое развитие: указана группа 1, 2, 3
 не указана группа

52. Лабораторное обследование:

	Не проведено	Проведено, патология выявлена	
		нет	да (указать что)
НСГ			
УЗИ ЖКТ, почек, сердца			

УЗИ тазобедренных суставов			
53. Осмотр узких специалистов:			
	Не проведено	Проведено, патология выявлена	
		нет	да (указать что)
невролог			
окулист			
хирург			
ортопед			

54. Посещение кабинета здорового ребенка: было

нет

55. При осмотре выставлен диагноз (указать диагноз): соматически здоров

острая патология

реконвалесцент

фоновые состояния

функциональные состояния

хроническая патология

56. Реализация группы риска: нет

да (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

план Д наблюдения по группе риска - выполнен

нет - по вине родителей, врача

57. Группа здоровья при осмотре: указана 1, 2-А, 2-Б, 3, 4, 5

58. Группа диспансерного учета:

59. Даны профилактические рекомендации при осмотре: нет

есть:

режим №

питание

физ. воспитание

задачи воспитания

лечебные рекомендации

Состояние здоровья ребенка в 3 месяца

60. Заболеваемость ребенка с рождения до 3 месяцев (перечислить): не было

диагнозы (указать какие)

острая патология

фоновые состояния

функциональные состояния

хроническая патология

61. Резистентность: хорошая

сниженная

низкая

очень низкая

62. Ребенок наблюдался врачом с 1-3 мес: систематически
несистематически
63. Ребенок наблюдался мед. сестрой с 1-3 мес: систематически
несистематически
64. Профилактические прививки сделаны: да
нет
65. Вскармливался: грудью
искусственно с мес.
смесь (какая)
коровье молоко
66. Физическое развитие: масса: рост:
нормальное, гармоничное
нормальное, дисгармоничное
дефицит массы
избыток массы
низкий рост
высокий рост
67. Нервно-психическое развитие: указана группа 1, 2, 3
не указана группа
68. Посещение кабинета здорового ребенка: было
нет
69. При осмотре выставлен диагноз (указать диагноз): соматически здоров
острая патология
реконвалесцент
фоновые состояния
функциональные состояния
хроническая патология
70. Реализация группы риска: нет
да (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)
- План Д наблюдения по группе риска – выполнен
нет - по вине родителей, врача
71. Группа здоровья при осмотре: указана 1, 2-А, 2-Б, 3, 4, 5
72. Группа диспансерного учета:
73. Даны профилактические рекомендации при осмотре: нет
есть:
режим №
питание
физ. воспитание
задачи воспитания
лечебные рекомендации
74. Лабораторное обследование:

	Не проведено	Проведено, патология выявлена	
		нет	да (указать что)

ОАК			
ОАМ			

75. Осмотр узких специалистов

	Не проведено	Проведено, патология выявлена	
		нет	Да (указать что)
невролог		2	3

Состояние здоровья ребенка в 6 месяцев

76. Заболеваемость ребенка с 3-6 месяцев (перечислить): не было

- острая патология
- фоновые состояния
- функциональные состояния
- хроническая патология

77. Резистентность: хорошая

- сниженная
- низкая
- очень низкая

78. Ребенок наблюдался врачом с 3-6 мес: систематически
несистематически

63. Ребенок наблюдался мед. сестрой с 3-6 мес: систематически
несистематически

64. Профилактические прививки сделаны: да
нет

65. Вскармливался: грудью
искусственно с мес.
смесь (какая)
коровье молоко

66. Физическое развитие: масса: рост:
нормальное, гармоничное
нормальное, дисгармоничное
дефицит массы
избыток массы
низкий рост
высокий рост

67. Нервно-психическое развитие: указана группа 1, 2, 3
не указана группа

68. Осмотр узких специалистов:

	Не проведено	Проведено, патология выявлена	
		нет	Да (указать что)
невролог		2	3

69. Посещение кабинета здорового ребенка: было
нет

70. При осмотре выставлен диагноз (указать диагноз): соматически здоров
 острая патология
 реконвалесцент
 фоновые состояния
 функциональные состояния
 хроническая патология
71. Реализация группы риска: нет
 да (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)
72. План Д наблюдения по группе риска – выполнен
 нет - по вине родителей, врача
73. Группа здоровья при осмотре: указана 1, 2-А, 2-Б, 3, 4, 5
74. Группа диспансерного учета:
75. Даны профилактические рекомендации при осмотре: нет
 есть:
 режим №
 питание
 физ. воспитание
 задачи воспитания
 лечебные рекомендации
- Состояние здоровья ребенка в 9 месяцев
76. Заболеваемость ребенка в 6-9 месяцев (перечислить): не было
 острая патология
 фоновые состояния
 функциональные состояния
 хроническая патология
77. Резистентность: хорошая
 сниженная
 низкая
 очень низкая
78. Ребенок наблюдался врачом с 6-9 мес.: систематически
 несистематически
79. Ребенок наблюдался мед. сестрой с 6-9 мес.: систематически
 несистематически
80. Профилактические прививки сделаны: да
 нет
81. Вскармливался в течение года: грудью
 искусственное с мес.
 смесь (какая)
 коровье молоко
 прикорм -
82. Физическое развитие: масса: рост:
 нормальное, гармоничное
 дефицит массы

избыток массы
низкий рост
высокий рост

83. Нервно-психическое развитие: указана группа 1, 2, 3
не указана группа

84. Осмотр узких специалистов:

	Не проведено	Проведено, патология выявлена	
		нет	да (указать что)
стоматолог			
хирург			

85. Посещение кабинета здорового ребенка: было
нет

86. При осмотре выставлен диагноз (указать диагноз): соматически здоров
острая патология
реконвалесцент
фоновые состояния
функциональные состояния
хроническая патология

87. Реализация группы риска: нет
да (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

88. План Д наблюдения по группе риска – выполнен
нет - по вине родителей, врача

89. Группа здоровья при осмотре: указана 1, 2-А, 2-Б, 3, 4, 5

90. Группа диспансерного учета:

91. Даны профилактические рекомендации при осмотре: нет
есть:

режим №
питание
физ. воспитание
задачи воспитания
лечебные рекомендации

Состояние здоровья ребенка в 12 месяцев

92. Заболеваемость ребенка с 9 месяца до 12 месяцев (перечислить): не было
острая патология
фоновые состояния
функциональные состояния
хроническая патология

93. Резистентность: хорошая
сниженная
низкая
очень низкая

94. Ребенок наблюдался в течение года врачом: систематически

несистематически

95. Ребенок наблюдался в течение года мед. сестрой: систематически
несистематически

96. Профилактические прививки сделаны: да

нет

97. Вскармливался в течение года: грудью до 4 мес.
до 6 мес.
до 1 года

искусственное с мес.
смесь (какая)
коровье молоко

98. Физическое развитие: масса: рост:

нормальное, гармоничное

дефицит массы

избыток массы

низкий рост

высокий рост

99. Нервно-психическое развитие: указана группа 1, 2, 3

не указана

100. Лабораторное обследование:

	Не проведено	Проведено, патология выявлена	
		нет	да (указать что)
ОАК			
ОАМ			
ЭКГ			

101. Осмотр узких специалистов

	Не проведено	Проведено, патология выявлена	
		нет	да (указать что)
невролог			
окулист			
хирург			
ЛОР			
ортопед			
стоматолог			

102. При осмотре выставлен диагноз (указать диагноз): соматически здоров

острая патология

реконвалесцент

фоновые состояния

функциональные состояния

хроническая патология

103. Реализация группы риска: нет

да (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9)

104. План Д наблюдения по группе риска – выполнен

нет - по вине родителей, врача

105. Группа здоровья при осмотре: указана 1, 2-А, 2-Б, 3, 4, 5

106. Группа диспансерного учета:

107. Даны профилактические рекомендации при осмотре: нет

да (указать, какие)

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации программы для ЭВМ

№ 2013660051

Определение групп риска у детей первого года жизни

Правообладатель: *государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации (RU)*

Авторы: *Репецкая Марина Николаевна (RU), Подлужная Мария Яковлевна (RU), Сеньюшкин Андрей Николаевич (RU), Юркин Александр Павлович (RU)*

Заявка № 2013614064

Дата поступления 14 мая 2013 г.

Дата государственной регистрации

в Реестре программ для ЭВМ 23 октября 2013 г.



Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Б.Л. Симонов