

На правах рукописи

КУДРЯШОВА
Лариса Владимировна

**НАУЧНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ
(СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2011

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Научный руководитель:

Член-корреспондент РАМН,
доктор медицинских наук,
профессор

Полунина Наталья Валентиновна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Семёнов Владимир Юрьевич

доктор медицинских наук,
профессор

Чичерин Леонид Петрович

Ведущее учреждение:

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения
Министерства здравоохранения и социального развития РФ

Защита состоится « ____ » _____ 2011 года в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 208.072.06 при ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке университета по адресу: 117997, Москва, ул. Островитянова д. 1

Автореферат разослан « ____ » _____ 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор

Полунин Валерий Сократович

Общая характеристика работы

Актуальность исследования. Охрана состояния здоровья детского населения, установление роли различных факторов окружающей среды в его оптимизации относится к одному из ведущих направлений развития социальной политики государства и является важнейшей стратегической задачей современного детского здравоохранения. Изучение состояния здоровья подрастающего поколения обусловлена тем обстоятельством, что данные заболеваемости и физического развития детей относятся к интегральным показателям и составляют фундаментальную основу формирования потенциала здоровья взрослых членов общества, являясь ключевым фактором и главным условием успешного экономического развития государства, поддержанием его стабильности и социальной безопасности (Баранов А.А., 2002; Шевченко Ю.Л., 2003; Лучкевич В.С., 2003; Шеповалышков В.Н. с соавт., 2007; Полунина Н.В., 2008; Smith R. et al., 2002; и др.).

Как показали опубликованные в последние годы материалы по изучению состояния здоровья, условий и образа жизни детского населения, к наиболее уязвимой группе относятся дети раннего возраста, имеющие более высокий уровень заболеваемости, не всегда благоприятные показатели физического развития, больше медико-социальных факторов риска, оказывающих свое влияние на формирование негативных показателей здоровья, начиная с антенатального периода (Юрьев В.К. с соавт., 2000; Зинкер Г.М., 1998; Вирясова М.В., 2001; Борисенко В.В., 2004; Боркина П.А., 2004; Александров Р.И., 2005; Арефьева Н.Е., 2007; и др.).

Результаты выполненных под руководством Лисицына Ю.П., Баранова А.А., Грининой О.В., Полуниной Н.В., Ваганова Н.Н., Альбицкого В.Ю., Юрьева В.К., Кучмы В.Р., Цыбульской И.С., Чичерина Л.П., Кичи Д.И. и др., социально-гигиенических исследований позволили не только выявить особенности заболеваемости и физического развития различных групп детей, обозначить насущные проблемы в системе организации детского

здравоохранения, но и определить пути их решения, в том числе по совершенствованию оказания лечебно-профилактической помощи детскому населению.

В современных условиях реализация Национального проекта «Здоровья» направлена на создание условий для сохранения и укрепления здоровья детского населения, однако, по мнению А.А.Баранова (2008), Национальный проект нуждается в дальнейшем развитии с учетом имеющихся проблем в системе детского здравоохранения. Необходимо расширить спектр исследований по совершенствованию организации медицинской помощи детям, повышению её качества, поиску оптимальных организационных форм, в том числе по внедрению современных лечебно-оздоровительных и профилактических технологий на всех уровнях оказания детям медицинской помощи и, прежде всего, на амбулаторно-поликлиническом этапе (Миняев В.А., Вишняков Н.И., 2003, Красавина Н.А., 2006; Честиков Е.В., 2008; Садыков М.М., 2008; Новокрещенова И.Г., 2008; Рубин А.Д., 2009; Митрофанова О.Е., 2010; и др.).

Несмотря на достаточно широкое изучение и освещение в доступной литературе вопросов, касающихся здоровья детей, не рассмотрены особенности заболеваемости и физического развития детей раннего возраста в связи с внедрением Национального проекта «Здоровья» в деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений, не определены условия для обучения родителей навыкам здорового образа жизни. Указанные обстоятельства делают целесообразным и актуальным проведение настоящего исследования, подчеркивают научно-практическую значимость сформулированной цели и задач.

Цель исследования: На основании изучения состояния здоровья и организации медицинской помощи, обосновать и разработать мероприятия по совершенствованию деятельности детских амбулаторно-поликлинических учреждений, направленных на улучшение здоровья детей раннего возраста.

Для достижения поставленной цели исследования были

сформулированы следующие **задачи**:

1. Изучить и оценить заболеваемость детей раннего возраста по данным обращаемости и медицинских осмотров.

2. Оценить физическое развитие и дать комплексную оценку состояния здоровья детей раннего возраста.

3. Изучить социально-гигиеническую характеристику и медицинскую активность родителей исследуемой группы детей.

4. Проанализировать особенности организации медицинской помощи детям раннего возраста на амбулаторно-поликлиническом этапе в современных условиях.

5. Определить влияние факторов образа жизни и особенностей организации медицинской помощи детям первых трёх лет жизни на показатели их здоровья.

6. Обосновать и оценить эффективность внедрения в деятельность детских поликлиник медико-организационных мероприятий, направленных на улучшение здоровья детей раннего возраста.

Научная новизна исследования заключается в том, что в нем впервые проанализированы результаты внедрения основных положений Национального проекта «Здоровье» в деятельность амбулаторных учреждений, рассмотрены в динамике показатели работы детских амбулаторно-поликлинических учреждений.

В работе проведен детальный анализ состояния здоровья детей раннего возраста по возрасту и полу, что позволило выявить особенности уровня и структуры заболеваемости, дать индивидуальную оценку заболеваемости и физического развития исследуемой группы. Большое внимание уделено изучению социально-гигиенических характеристик, медицинской активности родителей и ее роли в формировании здоровье детей раннего возраста.

В процессе выполнения исследования было изучено ресурсное и кадровое обеспечение детских поликлиник; рассмотрена социально-профессиональная деятельность участковых педиатров, показана их роль в

повышении уровня здоровья детей раннего возраста

Научно-практическая значимость состоит в том, полученные данные позволили установить особенности заболеваемости и физического развития детей раннего возраста, определить основные критерии комплексной оценки здоровья детей раннего возраста.

Изучение медицинской активности родителей, воспитывающих детей раннего возраста, дало возможность выявить наиболее значимые для здоровья детей факторы образа жизни. Полученные данные используются участковыми педиатрами при обучении родителей навыкам здорового образа жизни.

Практическое значение имеет научный анализ внедрения в детских городских поликлиниках основных направлений Национального проекта «Здоровье», позволивших усовершенствовать материально-техническое оснащение амбулаторных учреждений, повысить уровень квалификации участковых педиатров, изменить характер их деятельности и соответственно улучшить состояние здоровья детей раннего возраста.

На основании выполненного исследования были разработаны рекомендации по повышению медицинской активности родителей, воспитывающих детей раннего возраста.

Материалы настоящего исследования используются в учебном процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Российского государственного медицинского университета, на кафедрах управления и социологии здравоохранения, экономики, управления здравоохранением и медицинского страхования ФУВ Российского государственного медицинского университета и в учреждениях практического здравоохранения.

Основные положения, выносимые на защиту.

- комплексный подход к оценке состояния здоровья детей раннего возраста с учетом показателей их заболеваемости и физического развития;
- осуществление медико-организационных мероприятий в детских

амбулаторно-поликлинических учреждениях в соответствии с основными положениями Национального проекта «Здоровье»;

- организация проведения профилактических мероприятий среди детей раннего возраста должна основываться на результатах анализа факторной обусловленности здоровья детей, в том числе на нивелировании негативных факторов риска;
- формирование элементов здорового образа жизни в семьях с детьми путем повышения медицинской активности должно осуществляться при непосредственном участии участкового врача-педиатра.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на XI Конгрессе педиатров России «Современные проблемы профилактической педиатрии» (Москва, 2007), на XVI Российских Национальных конгрессах «Человек и лекарство» (Москва, 2008); на научно-практической конференции с международным участием «Аспекты соматического здоровья детей» (Москва 2009); на конференции, посвященной 50-летию кафедры педиатрии Министерства здравоохранения и социального развития РФ Московского государственного медико-стоматологического университета (Москва, 2010).

Публикации. По материалам диссертации опубликовано **8** работ, в том числе **3** публикации в журналах, рекомендованных ВАК.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на **179** страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, программы и методики исследования и трех глав, содержащих материалы собственного исследования, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа проиллюстрирована **53** таблицами, **30** рисунками и схемами. Библиографический указатель содержит **234** источник, из них **177** отечественных, **57** зарубежных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность настоящего исследования,

определены цель и задачи, изложена новизна и практическая значимость работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** на основании изучения данных отечественной и иностранной литературы, а также материалов официальных источников, проведен анализ исторического опыта организации деятельности педиатрической службы в России, цели и задачи отечественного здравоохранения при оказании медицинской помощи детям в условиях детской поликлиники. Проанализированы исследования, посвященные изучению заболеваемости и физического развития детей раннего возраста. Рассмотрены научные работы, касающиеся проблемам семьи и здорового образа жизни семьи. Проведенный анализ научной литературы позволил установить значительную актуальность изучения состояния здоровья детей первых трех лет жизни, факторную обусловленность здоровья детей, а также различные аспекты совершенствования организации медицинской помощи детскому населению.

Во **второй главе** изложена программа и методика выполнения настоящего исследования. Для проведения настоящей работы в качестве базы исследования было выбраны детские городские поликлиники Северного административного округа г. Москвы. №№ 22, 19, 12, 39, 43 и 45.

Для выполнения настоящего исследования была разработана программа социально-гигиенического изучения деятельности городской детской поликлиники (схема 1).

Выполнение программы исследования позволило изучить заболеваемость и физическое развитие детей раннего возраста, особенности социально-гигиенической характеристики родителей исследуемой группы детей, проанализировать медицинскую активность семей, имеющих детей раннего возраста, проанализировать структурно-функциональную характеристику детских поликлиник и особенности социально-профессиональной деятельности врачебных кадров. На основании реализации разделов программы исследования разработаны медико-организационные

мероприятия, осуществляемые в детских городских поликлиниках и направленные на улучшение состояния здоровья детей раннего возраста.



Схема 1. Программа социально-гигиенического исследования деятельности городской детской поликлиники

Объектом исследования явились амбулаторно-поликлинические учреждения, дети первых трех лет жизни, прикрепленные к данным детским поликлиникам, родители исследуемой группы детей и участковые врачи-педиатры, наблюдавшие детей в указанных детских поликлиниках.

Заболеваемость детей проанализирована по данным отчетов детских поликлиник за период с 2002 по 2008 годы. Для комплексной оценки

состояния здоровья, учитывающей данные заболеваемости по данным обращаемости и медицинских осмотров, результаты физического развития была сформирована выборочная группа, включающая 2573 детей раннего возраста, родившихся в 2002 году (1151 ребенок) и 2005 году (1421 ребенок).

Социально-гигиеническая характеристика была изучена на основании опроса 3 686 родителей, уровень медицинской активности – в 2 042 семьях, в том числе имеющих детей 2002 года рождения (1 014 семей) и 2005 года рождения (1 028 семей).

Организация медицинской помощи проанализирована в городских детских поликлиниках САО и рассмотрена социально-профессиональная деятельность 58 участковых педиатров.

Выполненное исследование явилось многоэтапным. Каждому этапу исследования соответствовал определенный объект исследования, источник информации, документы сбора, материалы исследования, показатели анализа и цель проведения анализа.

В **третьей главе** представлен анализ заболеваемости детей раннего возраста. Уровень заболеваемости детей раннего возраста (по данным обращаемости и медицинских осмотров) равен на 1 году 3 681,2‰, на 2 году – 3 711,3‰, на 3-ем году – 3 873,1‰. Отмечено, что уровень заболеваемости во всех возрастных группах выше у мальчиков по сравнению с девочками. При этом наибольшие различия отмечены на первом году жизни (на 15%), наименьшие – на третьем году (на 4%).

Уровень заболеваемости по обращаемости несколько ниже и составил на 1 году жизни 2945,2‰, на втором году – 2969,1‰, на третьем году – 3 098,5‰.

Изучение структуры общей заболеваемости позволило установить, что она идентична структуре заболеваемости по обращаемости. Первое место у детей всех возрастных групп мальчиков и девочек занимают болезни органов дыхания, второе место – болезни органов пищеварения. Обращает на себя внимание, что у детей первого года жизни следующее место принадлежит

болезнями нервной системы, а у детей второго и третьего лет жизни – болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки (рис.1).

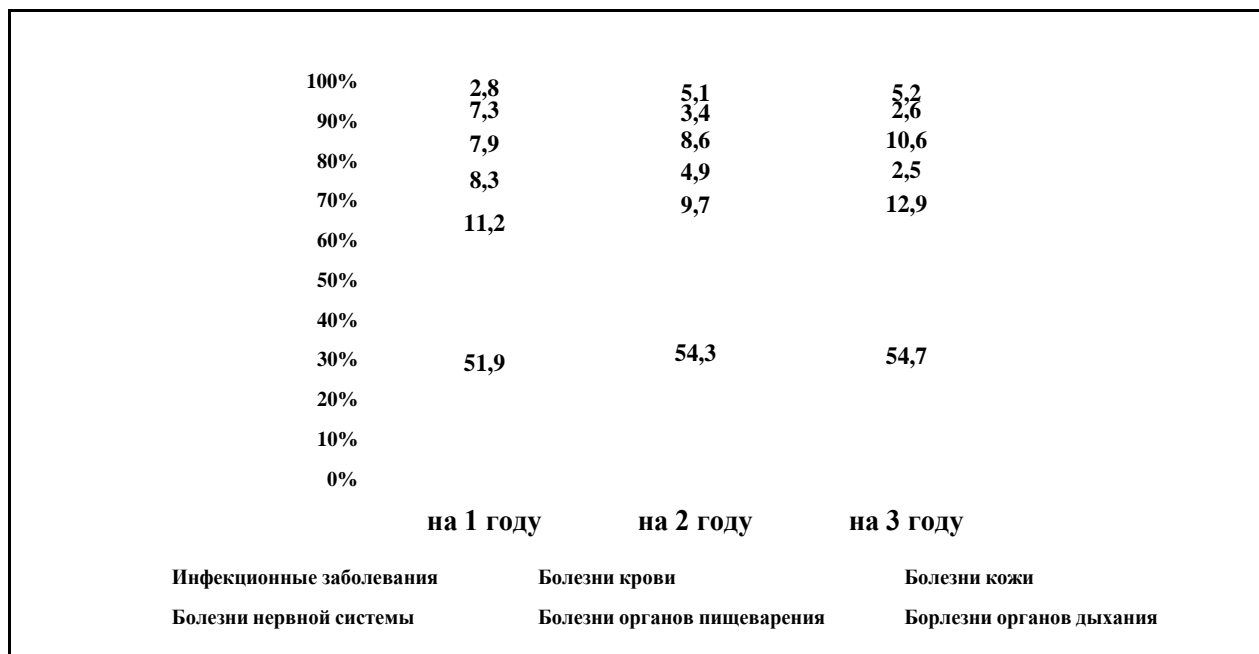


Рис.1. Структура заболеваемости детей раннего возраста по возрастным группам (в % к итогу).

Анализ заболеваемости по данным медицинских осмотров показал, что ее уровень ниже, чем по данным обращаемости, равняясь на 1 году – 736,3‰, на втором году – 742,2‰, на третьем году – 774,6‰.

В структуре заболеваемости по данным медицинских осмотров первое место занимают болезни органов пищеварения, второе место у детей первого и второго года жизни болезни – болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки, на третьем году – болезни органов дыхания, третье место у детей раннего возраста принадлежит болезням костно-мышечной системы (рис.2).

Кроме уровня и структуры заболеваемости была проанализирована индивидуальная характеристика, основанная на данных кратности обращения ребенка к врачу и общей длительности заболеваний в течение года. Доля не болеющих детей невелика и имеет тенденцию с увеличением возраста снижаться (с 4,6% на первом году до 1,6% на третьем году жизни).

Наиболее неблагоприятной группой являются часто болеющие дети, перенесшие в течение года 4 и более заболеваний. Их удельный вес колеблется от 15,8% на первом году до 18,8% на третьем году жизни. Среди

детей этой группы чаще наблюдается длительное течение заболеваний (у 87,4% детей), чаще формируется хроническая патология, нередко приводящая к инвалидности в более старших возрастных группах.

100%	5,5	7,2	9,1
90%	8,3	13,3	
80%	11,2	13,4	8,5
70%		14,4	13,7
60%	12,8		
50%		18,8	
40%	16,7		11,2
30%			10,6
20%		54,3	
10%	23,8		14,6
0%			
	на 1 году	на 2 году	на 3 году
Болезни крови			Болезни нервной системы
Болезни органов дыхания			Болезни костно-мышечной системы
Болезни кожи			Болезни органов пищеварения

Рис.2. Структура заболеваемости по данным медицинских осмотров на каждом году жизни детей раннего возраста (в % к итогу)

Следует так же учитывать, что за счет данной группы формируется высокий уровень заболеваемости детей. За счет часто болеющих детей уровень заболеваемости детей возрастает на 31,8%.

Изучение физического развития детей проводилось по общепринятым характеристикам – длина и масса тела в 1 год, 2 года и 3 года (Дементьева Г.М., 2000, Сафонов А.Б., 2002, Шабалов Н.П., 2008). Средний уровень показателей физического развития был вычислен как $M \pm \delta$. В таблице 1 приведены показатели среднего уровня. Основная масса детей имела средний уровень длины тела (78,2% на первом году, 80,4% на втором году и 81,4% на третьем году). Удельный вес детей, имеющих длину тела выше среднего, колебался от 7,9% на первом году до 12,3% на втором году и на 13,3% на третьем году. Соответственно удельный вес детей, имеющих показатели физического развития ниже среднего, наиболее высок на первом году (13,9%) и существенно ниже на третьем году (5,3%).

Таблица №1

Средний уровень длины и массы тела детей раннего возраста

Показатели	1 год		2 год		3 год	
	м	д	м	д	м	д
Средний уровень длины тела, см	74,1 - 77,7	73,0 - 76,6	85,7 - 90,5	85,4 - 90,2	96 - 102,2	95,1 - 101,3
Средний уровень массы тела кг	9,7 - 11,3	8,7 - 10,3	12,2 - 14,0	11,7 - 13,5	14,3 - 16,7	13,9 - 16,3

Подавляющее большинство детей имело средний уровень массы тела: на первом году 82,7%, на втором году 84,1%, на третьем году 84,3%. В целом у каждого восьмого-десятого ребенка масса тела была выше среднего уровня (на первом году 11,1%, на втором году 12,3%, на третьем 12,8%). Удельный вес детей с массой тела ниже среднего составил на первом году 6,2%, на втором году 4,3%, на третьем году 3,1%. К сожалению, 23,2% детей на первом году, 30,8% детей на втором году и 31,5% детей на третьем году обладают дисгармоничным уровнем физического развития. В целом неблагоприятные показатели физического развития выявлены 28,4% детей первого года, у 37,6% детей второго года и 39,8% детей третьего года.

Комплексная оценка здоровья детей раннего возраста с учетом показателей заболеваемости и физического развития позволила распределить всех детей на 3 группы здоровья. В первую группу здоровья были отнесены дети, имеющие не более одного заболевания в течение года, с общей длительностью заболевания в течение года не более 10 дней и с благоприятными показателями физического развития. Вторую группу составили дети, имеющих от одного до трех заболеваний в течение года, с длительностью заболевания менее 40 дней в году, с благоприятными показателями физического развития. В третью группу вошли дети, имеющие четыре и более заболевания в течение года, с общей длительностью болезни в течение года более 40 дней, имеющие хронические заболевания, с благоприятными и неблагоприятными показателями физического развития.

Удельный вес детей с первой группой здоровья на первом году жизни

был установлен всего лишь у 4,5% детей, третьей группой здоровья 19,7%, остальные 76,8% детей вошли во вторую группу здоровья. На третьем году жизни доля детей, имеющих первую группу здоровья, составила всего лишь 1,6%, третью группу здоровья – 23,9%. вторую группу здоровья – 74,5%.

В четвертой главе рассмотрены особенности социально-гигиенической характеристики родителей, исследуемых детей. Средний возраст родителей при рождении ребенка составил для матерей – 23,7 ± 0,54 лет, для отцов – 26,9 ± 0,50 года.

Распределение по уровню образования родителей показало, что высшее образование имеют 36,7% матерей и 34,2% отцов, среднее специальное образование – 33,8% матерей и 39,3% отцов, средний уровень образования – 22,7% матерей и 20,3% отцов.

Среди исследуемой группы родителей 62,5% матерей являлись служащими и 20,2% – домохозяйками, среди отцов также преобладали служащие (65,1%), а каждый 5-6-ой отец являлся студентом 17,1%.

Существенное влияние на состояние здоровья родителей, и как следствие этого, на здоровье детей оказывает наличие неблагоприятных факторов производственной деятельности (табл. 2).

Таблица 2

Неблагоприятные характеристики производственной деятельности родителей исследуемых детей (на 100 опрошенных)

Особенности профессиональной деятельности	Родители		Критерий достоверности «р»
	отцы	матери	
Работа на компьютере	67,4	48,1	< 0,05
Гиподинамия	42,3	39,6	> 0,05
Повышенный шум	38,7	18,2	< 0,01
Повышенная влажность	5,9	4,3	< 0,01
Химические реагенты	13,1	14,7	> 0,05
Поднятие тяжестей	14,5	5,9	< 0,01
Грубость, нетактичность руководителя	31,4	42,1	< 0,05
Напряженные отношения в коллективе	11,8	19,6	< 0,05

Установлено, что у 41,6% родителей работа сопровождается такими

неблагоприятными факторами производственной деятельности, такими как, малоподвижная работа, в условиях повышенного шума, с химическими реагентами или работа на компьютере. Практически каждый вторая мать и каждый третий отец сталкиваются с грубостью и нетактичностью своего руководителя, каждый десятый отец и каждая пятая мать отметили напряженные и конфликтные отношения в коллективе.

Большая часть семей, взятых под наблюдение, принадлежит к полным (72,3%) семьям, однако в 8,2% случаев родители состоят в гражданском браке.

Особое значение в формировании здоровья принадлежит критериям, характеризующим такую сторону образа жизни, как медицинская активность, включающую анализ поведения членов семьи во время заболевания и полнота выполнения предписаний медицинских работников, оценку уровня медицинской грамотности обследуемого контингента и отношение к вредным привычкам.

Полученные данные свидетельствуют, что в случае заболевания ребенка в первый день заболевания лишь 62,1% родителей обращаются к врачу, выполняют рекомендациям врача при заболевании ребенка в полном объеме только 33,4% родителей.

К сожалению, только каждый второй родитель (52,9%) считает нужным выполнять советы участкового врача-педиатра по воспитанию здорового ребенка, в том числе по соблюдению режима дня, правильному здоровому питанию, достаточной двигательной активности, проведению закаливающих процедур и по искоренению вредных привычек в семье.

Полученные результаты свидетельствуют, что режим дня не соблюдается в 45,9% семей, продолжительность ночного сна не соответствует возрасту ребенка в 79,1% случаев, отсутствует режим дневного сна у 34,8% детей.

Отмечено, что менее 3-х раз в день питаются 43,8% родителей, хотя 82,1% родителей указали на ежедневное горячее питание. Отсутствует

соответствующий возрасту режим питания у 31,9% детей. Среди детей раннего возраста 79,4% пробовали продукты «фаст-фуд», в том числе 14,1% регулярно употребляют чипсы, сухарики, сладкие газированные напитки, картофель-фри. При этом в семьях, где родители имеют нарушения питания, у 48,8% детей выявлены различные нарушения питания, в то время, как в семьях, не имеющих нарушений в питании, лишь 18,5% детей были отнесены к неблагоприятной группе по питанию.

Изучение двигательной активности показало, что в большинстве случаев у родителей наблюдается низкий уровень двигательной активности, преобладает «сидячий» образ жизни – 42,4% матерей и 46,8% отцов. Более половины детей (54,6%) гуляют мене двух часов в день, отсутствует ежедневный массаж и гимнастика у 62,3% детей, не привлекают детей к подвижным играм 72,1% родителей.

Не проводят закаливания детей 69,9% родителей. Причинами отсутствия проведения закаливающих процедур подавляющее большинство (79,8%) родителей назвали отсутствие знаний об оздоровительном влиянии закаливания, более половины опрошенных родителей (52,9%) указали на отсутствие знаний о том, как правильно проводить закаливание.

Опрос родителей выявил, что среди обследованного контингента родителей курят 66,3% отцов и 45,1% матерей, причем в половине случаев в присутствии детей.

По данным проведенного исследования высокий уровень медицинской грамотности наблюдается у 32,2% родителей, низкий уровень медицинской грамотности отмечен у 20,6% родителей.

Распределение родителей, воспитывающих детей раннего возраста, по комплексной оценке медицинской активности показало, что у 56,8% родителей она была оценена как низкая (4 и более признаков имели неблагоприятное значение), у 6,1% родителей как высокая.

Анализ состояния здоровья детей и уровня медицинской активности родителей выявил, что в семьях с низким уровнем медицинской активности

29,7% детей были отнесены к 3-ей группе здоровья, а в семьях с высоким уровнем медицинской активности таковых было в 2,3 раза достоверно меньше ($p < 0,05$). Коэффициент корреляции между указанными признаками составил $r=+0,673$, $m= \pm 0,052$.

В пятой главе изучена структурно-функциональная характеристика деятельности детских поликлиник. Проведенный анализ показал, что, начиная с 2005г., в связи с реализацией Национального проекта «Здоровье», в детских поликлиниках было проведено переоснащение, в первую очередь, консультативно-диагностического отделения. Отделение было дополнительно оборудовано энцефалоскопом; реоргафом (РЭК); ультразвуковое оборудование с новыми датчиками для исследования: брюшной полости, тазобедренных суставов для новорожденных, головного мозга. Наличие современной материально-технической оснащенности дало возможность активно внедрять новые высоко технологичные методы скрининг-диагностики. Расширился перечень медицинских услуг в детской поликлинике, что привело к обследованию детей всех первого месяца жизни в полном объеме, в том числе была все дети прошли нейросонографию, аудиологический скрининг на тугоухость, ультразвуковое исследование тазобедренных суставов и брюшной полости.

Кроме того, лаборатории за счет дополнительного оборудования и обеспечения соответствующими материалами получили возможность осуществлять бактериологические, биохимические и клинические исследования, в том числе анализы крови на сахар, на галактоземию, муковисцезоз, адреногенитальный синдром, анализ кала на скрытую кровь, жиры, капrogramму, на дисбактериозы.

Наличие возможности выполнения скрининговых исследований в детских поликлиниках позволило провести полное обследование детей первого месяца жизни, не прошедших по каким-либо причинам указанные исследования в родильном доме. В целом было дообследовано 85% детей, что дало возможность выявить в ранние сроки детей, больных

галактоземией, адреногенитальным синдромом, муковисцезозом, врожденным вывихом тазобедренного сустава, а также детей, страдающих нарушением слуха и перинатальной энцефалопатией.

Наличие в детской поликлинике мощной лабораторно-диагностической службы дало возможность повысить уровень обследования ребенка. В целом возросло в 1,6 раза число диагностических процедур на 1 ребенка раннего возраста, увеличилось на 29,7% число лабораторных исследований на 1 ребенка раннего возраста.

Значительную роль в формировании здоровья детей играет участковый педиатр, который не только оказывает медицинскую помощь заболевшим детям, но и осуществляет большую профилактическую работу, направленную на формирование и поддержание здоровья детей. Основные положения Национального проекта «Здоровье» включают осуществление ряда мероприятий, направленных на усиление роли участковой педиатрической службы.

В соответствии с Национальным проектом «Здоровье» увеличен размер оплаты работы участкового врача в 4 раза, усилено значение уровня квалификации врачебного и сестринского персонала. Это привело к увеличению показателя укомплектованности участковыми педиатрами с 67,87% до 100% и сокращению коэффициента совместительства среди участковых педиатров на 25%. За счет притока молодых кадров достоверно ($p < 0,01$) снизился средний возраст участковых педиатров с 43,8 лет до 38,5 лет, более чем в 3 раза увеличилось число участковых специалистов в возрасте до 30 лет. Соответственно снизился стаж профессиональной работы врачей педиатров с 15,1 лет до 12,1 лет ($p < 0,05$).

Отмечено, что в настоящее время 98,2% врачей педиатров прошли повышение квалификации. В тоже время изменилось отношение участковых врачей к занятиям, направленным на повышение уровня их знаний. Опрос участковых врачей показал, что, несмотря на высокий уровень охвата врачей повышением квалификации, только 40% были удовлетворены

проведенными занятиями. Большинство врачей (78,1%) считают, что на занятиях недостаточно времени уделялось вопросам амбулаторно-поликлинической помощи.

За последние пять лет возрос удельный вес участковых педиатров, имеющих высшую квалификационную категорию с 39,5% до 59,6%, первую квалификационную категорию с 12,7% до 18,9%, вторую квалификационную категорию с 21,5% до 1,7%.

Полученные данные свидетельствуют, что увеличился удельный вес участковых педиатров, удовлетворенных своей работой с 65,2% до 84,5%, в том числе улучшением оборудования рабочего места, его комфортностью увеличилась с 19,8% до 99,7%.

Изучение видов деятельности участковых педиатров, показало, что в целом в 1,3 раза увеличилось число посещений, выполненных на дому, при этом в 1,4 раза возросло число профилактических посещений, 1,3 раза активных посещений.

Изменение отношения участковых педиатров к своей работе способствовало росту охвата детей прививками (с 92,5% до 98,5%), что, в свою очередь, привело к снижению уровню инфекционной заболеваемости детей раннего возраста с 165,2‰ до 154,3‰.

С целью усиления профилактической работы среди участковых педиатров были проведены занятия по роли и значению здорового образа жизни в формировании оптимальных показателей здоровья среди детей, по особенностям обучения родителей навыкам здорового образа жизни. Это привело к тому, что в детских поликлиниках были организованы лекции-беседы по здоровому образу жизни, участковыми педиатрами в зависимости от индивидуальных особенностей семьи давались советы по внедрению наиболее значимых элементов здорового образа жизни.

Отмечено увеличение в 1,7 раза (с 35,7% до 60,4%, $p < 0,05$) удельного веса родителей, стремящихся повысить уровень своей медицинской грамотности, что, в свою очередь, способствовало достоверно росту в 1,6

раза доли родителей (с 27,8% до 43,6%, $p < 0,01$), ставших вести преимущественно здоровый образ жизни, в том числе начавших проводить закаливающие процедуры (с 44,5% до 79,4%), выполнять режим дня (с 65,2% до 89,1%), реализовывать правильное питание (с 68,1% по 96,3%), осуществлять ежедневные прогулки более 2-х часов (с 45,4% до 76,5%). Благоприятным моментом является сокращение числа курящих среди матерей с 54,9% до 64,2, среди отцов с 33,7% до 59,2%.

В семьях, изменивших образ жизни в позитивную сторону, в 82,6% случаев было отмечено улучшение здоровья детей, в том числе снизилась в целом кратность перенесенных заболеваний в течение года на 1-го ребенка в 1,6 раза с 3,59 до 2,24 случаев заболеваний и в 2,1 раза кратность обращения в связи с болезнями органов дыхания (с 1,9 случая до 0,9). Причем среди детей первого года снижение заболеваемости болезнями органов дыхания произошло на 47,3% , а среди детей третьего года жизни – на 56,5%.

В тоже время в семьях, не считавших нужным использовать рекомендации по здоровому образу жизни, только 35,8% родителей отметили улучшение здоровья детей, практически не изменилась кратность заболеваний в целом и болезнями органов дыхания, которая составила соответственно $3,69 \pm 0,21$ случаев и $2,24 \pm 0,16$ случаев заболеваний в течение года.

ВЫВОДЫ

1. Уровень заболеваемости детей раннего возраста по обращаемости на каждом году жизни составил на 1 году – 2945,2‰, на втором году – 2969,1‰, на третьем году – 3098,5‰. Первое место в структуре заболеваемости детей первых трех лет жизни представлено болезнями органов дыхания (соответственно 51,9%, 54,3% и 54,7%), второе место – болезнями органов пищеварения (соответственно 11,2%, 9,7% и 12,9%). Третье место у детей первого года занимают болезни нервной системы (8,3%), у детей второго и третьего года – болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки (8,6% и 10,6%).

В целом на перечисленные классы болезней приходится у детей раннего возраста соответственно 71,4%, 72,6% и 78,2%.

2. Индивидуальная характеристика заболеваемости показала, что доля часто болеющих детей (ЧБД) возрастает с увеличением возраста ребенка с 15,8% на первом году до 18,8% на третьем году. Среди ЧБД в 87,4% случаях наблюдается длительное течение заболеваний. В целом удельный вес длительно и часто болеющих детей (ДЧБД) составил 13,8% на первом году, 16,1% на втором году и 16,9% на третьем году. Уровень заболеваемости ДЧБД в 2,1 раза выше по сравнению с мало болеющими детьми (4271,2‰ против 2023,1‰).

3. Анализ физического развития детей раннего возраста показал, что средний уровень дины тела отмечен у 80,1% детей, средний уровень массы тела – у 83,7% детей. В тоже время 28,5% детей обладали дисгармоничным уровнем физического развития. В целом неблагоприятные показатели физического развития отмечены у 28,4% детей первого года, у 37,6% детей второго года, у 39,8% детей третьего года.

4. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста проводилась с учетом показателей заболеваемости и физического развития. Установлено, что доля детей, отнесенных к первой группе здоровья, сокращается с увеличением возраста с 4,5% на первом году до 1,6% на третьем году. При этом удельный вес детей с третьей группой здоровья увеличивается с 19,7% на первом году до 23,9% на третьем году.

5. Социально-гигиеническая характеристика родителей выявила, что при рождении ребенка средний возраст матерей составил 23,7 лет, отцов 26,9 года, большинство матерей (36,7%) имеет высшее, отцов (39,3%) – среднее специальное образование. Отмечено, что среди матерей и отцов большинство является служащими (соответственно 62,5% и 65,1%), каждая пятая мать домохозяйка, каждый шестой отец – студент. У 41,6% родителей работа сопровождается неблагоприятными факторами производственной деятельности.

6. Изучение медицинской активности родителей показал, что низкий уровень медицинской активности отмечен у 56,8%, в том числе при заболевании ребенка не обращаются в первый день заболевания 37,9%, не выполняют предписания врача в полном объеме 64,6% родителей. В каждой второй семье не выполняют советы по воспитанию здорового ребенка, в том числе не соблюдается режим дня, имеются различные нарушения питания, не проводится закаливание, имеет место низкая двигательная активность, курение среди родителей, особенно в присутствии детей. Установлено, что в семьях с низким уровнем медицинской активности в 2,3 раза больше детей с третьей группой здоровья в сравнении с семьями, имеющими высокий уровень медицинской активности.

7. Реализации Национального проекта «Здоровье» способствовала повышению уровня оснащенности в детских поликлиниках консультативно-диагностического отделения современным оборудованием и материалами, что позволило активно внедрять новые медицинские технологии, расширить перечень медицинских услуг и увеличить в расчете на 1 ребенка раннего возраста объем диагностических процедур в 1,6 раза, число лабораторных исследований на 29,7%.

8. Анализ работы участковых врачей педиатров показал, что за последние годы увеличился показатель укомплектованности участковыми педиатрами с 67,87% до 100%, снизился коэффициент совместитель на 25%, средний возраст участковых педиатров с 43,8 лет до 38,5 лет. Отмечено, что 98,2% врачей педиатров прошли повышение квалификации, возрос удельный вес педиатров, имеющих высшую, первую и вторую квалификационную категорию. Установлено, что увеличилась доля педиатров, удовлетворенных своей работой, комфортностью рабочего места с 65,2% до 84,5%.

9. Комплексный подход к активизации профилактической работы способствовал увеличению профилактических и активных посещений детей на дому, охвата детей профилактическими прививками с 92,5% до 98,5%.

Осуществление в детских поликлиниках лекций-бесед и индивидуальной работы по вопросам здорового образа жизни привело к увеличению удельного веса родителей, повысивших уровень медицинской грамотности (с 35,7% до 60,4%) и ставших вести здоровый образ жизни (с 27,8% до 43,6%), что привело к сокращению кратности перенесенных заболеваний в течение года в 1,6 раза, а среди болезней органов дыхания в 2,1 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая значимость здорового образа жизни в формировании здоровья и роль участковых педиатров в оздоровлении детей, целесообразно включить в профессиональную обязанность врачей-педиатров детских городских поликлиник регулярное информирование родителей о роли образа жизни, о методах по формированию навыков здорового образа жизни среди прикрепленного контингента с учетом индивидуальных особенностей семьи, уровня образования родителей.

2. Важнейшей задачей современного детского здравоохранения является систематическое обучение участковых педиатров на циклах повышения квалификации по теме «Здоровый образ жизни ребенка», используя опыт, накопленный ГОУ ВПО Российским государственным медицинским университетом, направленный на реализацию медико-социальных рекомендаций по оздоровлению детей раннего возраста.

3. Учитывая многоканальность получения родителями медицинской информации (литература, средства массовой информации, врачи), ее неоднородность в зависимости от источников информации, руководству лечебно-профилактических учреждений амбулаторно-поликлинического звена необходимо оснастить учреждение в достаточном количестве научно-популярной медицинской литературой и обязать участковых педиатров предоставлять квалифицированные разъяснения по излагаемым в ней проблемам.

4. С целью объективной оценки состояния здоровья детей раннего возраста и разработки мер по его сохранению целесообразно использование

комплексных методик, учитывающих результаты заболеваемости и физического развития, а также особенности образа жизни семей с детьми. Целесообразно проводить систематический мониторинг за состоянием здоровья детей, что дает возможность своевременной коррекции выявленных нарушений.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Полунина Н.В., Кудряшова Л.В. Экономическая эффективность оздоровительных технологий с семьями, имеющих детей - Сборник материалов XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». – М. – 2007. – с. 374

2. Полунина Н.В., Кудряшова Л.В. Полунина В.В., Современные тенденции в состоянии здоровья детей раннего возраста.- Сборник материалов XII конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».- М. - .2008.- с. 361

3. Полунина В.В., Кудряшова Л.В. Оздоровление длительно и часто болеющих детей в условии детской поликлиники - Сборник материалов XVI Российский национальный конгресса «Человек и лекарство».- М.- 2009.- стр. 222-223.

4. Полунина В.В., Кудряшова Л.В. Роль первичного звена здравоохранения в осуществлении оздоровительных мероприятий среди детей раннего возраста - // Научно-практический журнал для неонатологов и педиатров «Вопросы практической педиатрии».- М.- 2008 №6 том 3.- стр.63-67

5. Кудряшова Л.В. Состояние здоровья детей раннего возраста первого года жизни, рожденных от юных матерей. Материалы научно-практической конференции с межд. участием. «Аспекты соматического здоровья школьников». - М.- 2009.- стр.61-64.

6. Полунина Н.В., Кудряшова Л.В. Роль участкового педиатра в формировании здоровья детей раннего возраста - // Российский медицинский журнал. М.- 2010 №4.- стр.3-5.

7. Кудряшова Л.В. Роль реализации Национального проекта «Здоровье» в увеличении здоровья детей раннего возраста - // Министерство здравоохранения и социального развития РФ Московский государственный медико-стоматологический университет. Материалы конференции, посвященной 50-летию юбилею кафедры педиатрии. 2010.- М.-стр.163-164.

8. Кудряшова Л.В. Социально-гигиенические аспекты здоровья детей раннего возраста и пути его улучшения - // Журнал «Вестник Российского государственного медицинского университета».- М.- 2010 №5.- стр.76-79.