

4) нарушение остроты зрения увеличилось с 11,6 до 18,1;

5) патология опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиоз) сохраняется практически на уровне 6 – 6,8 – 6,0%;

6) отмечается тенденция к ухудшению санации ротовой полости от 10,6 – 7,8%;

7) нарастает увеличение числа юношей с дефицитом веса;

8) отмечается незначительное увеличение числа практически здоровых юношей от 13,5 до 15,9%, небольшое снижение «Д» группы – от 32,1 до 23,6, за счет увеличения групп с факторами риска от 55 до 60,4%.

Намечается постепенное снижение общей заболеваемости 2823,3

– 2538,9 – 1961,7 – 1697,0, а также снижение первичной заболеваемости 1624 – 1290 – 964,6 – 916,4.

Ухудшение показателей здоровья юношей допризывного возраста зависит от многих причин, в частности:

1) от снижения физической активности, увеличения психоэмоциональных нагрузок на неокрепший организм подростков, высокой интенсивности обучения в учебных заведениях нового типа, снижения компенсаторно-адаптационных механизмов в период акселерации и т.д.;

2) наличия вредных привычек (курение, употребление алкоголя);

3) несбалансированного питания.

Для повышения качества лечебно-профилактической помощи юношей

допризывного возраста необходимо совершенствовать организационные, медико-социальные аспекты медицинского обслуживания подростков, усилить совместную работу с педиатрами, психологами, учреждениями образования.

Литература

Ваганов Н.И. Где лечиться подростку? / Ваганов Н.И. // Медицинская газета. – М., 2004. – №25 от 02.04.

Левина Л.И. Подростковая медицина / Л.И. Левина. – СПб.: Специальная литература, 1999.

Шияев Р.Р. Болезни детей старшего возраста / Р.Р. Шияев., В.В. Чемоданов. – М., 2002.

Т.Н. Слепцова, З.П. Попова, Э.Э. Слепцова

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ПЕДИАТРИИ

Изучение качества жизни в педиатрии – весьма актуальное направление, так как интегрирует в себе различные аспекты жизнедеятельности ребенка, включающие физическую составляющую здоровья, психологические, эмоциональные и социальные факторы. Эффективный контроль за всеми показателями здоровья ребенка невозможен только на основании клинико-лабораторного и инструментального обследования. По мнению многих зарубежных ученых, качество жизни детей может явиться конечной точкой в оценке эффективности медицинских вмешательств в области профилактики, лечения и реабилитации. В настоящее время критерий качества жизни входит в программу обследования и лечения больных за рубежом. В отечественной педиатрии изучению качества жизни уделяется недостаточное внимание. Отсутствуют нормативные критерии качества жизни детей разных регионов России, не выявлены закономерности изменения этого показателя при различных заболеваниях.

Целью настоящего исследования является изучение взаимосвязи качес-

тва жизни и здоровья детского населения на примере одного участка МУ ЯГБ №4 г. Якутска.

Объект исследования – дети выбранного участка от 0 до 18 лет.

Задачи для достижения указанной цели:

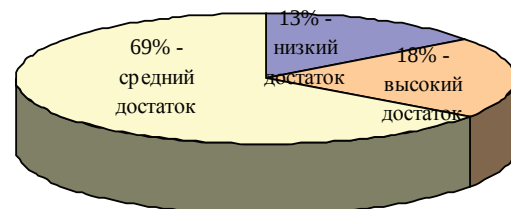
- определить социальный уровень жизни семей, проживающих на данном участке;

- изучить частоту простудных заболеваний детей из семей с разным социальным уровнем;

- выявить влияние качества жизни на здоровье детского населения.

Поданным переписи, на конец 2006 г. на данном участке проживает 1064 ребенка. Исследовано состояние качества жизни 85 детей из разных семей, что составляет 8% от проживающих на участке №4. Выяснено, что 57 детей проживают в полных, а 28 – в неполных семьях, что составило 67 и 33% соответственно от количества исследуемого детского населения. 78% семей проживает в собственных, а 22% – в арендуемых квартирах. По уровню достатка семьи были

распределены на три группы: с низким, средним, высоким достатком. В группе с низким достатком оказалось 13% от количества исследуемых детей. Группу со средним достатком составило 69% детей, а в семьях с высоким достатком проживает 18% детского населения (рисунок). В группе с низким достатком нет полных семей, в группе со средним достатком 71% полных семей, а в группе с высоким достатком все семьи полные. Это говорит о том, что на участке №4 МУ ЯГБ №4 проживает в основном население со средним и высоким достатком, и его можно отнести к категории благополучных районов г. Якутска. В ходе исследования было выявлено, что страдают



Категории семей, проживающих на участке 4 МУ ЯГБ №4

Качественные показатели семьи и здоровье детей

Уровень дохода семьи	Уровень образования		Качество семьи		Удельный вес часто болеющих детей
	высшее	среднее	полная	неполная	
Низкий	-	100,0	-	100,0	64,0
Средний	40,0	60,0	71,0	29,0	69,0
Высокий	93,0	7,0	100,0	-	26,0

СЛЕПЦОВА ТУЯРА НИКОЛАЕВНА – участковый врач педиатр 2-й квалиф. категории ЯГБ №4; **ПОПОВА Земфира Петровна** – засл. врач РС(Я) и РФ, гл. врач ЯГБ №4; **СЛЕПЦОВА Эльза Эрдынеевна** – отличник здравоохранения РС(Я), зав. отделением ЯГБ №4.

частыми простудными заболеваниями в семьях с низким достатком 64% детей, со средним достатком – 69%, а в группе с высоким достатком – всего 26% детей. В неполных семьях к часто болеющим детям можно отнести 64%, а в семьях, где имеются оба родителя, – 58% детей. В группе с высоким

достатком родители имеют высшее образование у 93% детей, в группе со средним достатком – у 40%, а в группе с низким достатком родителей, имеющих высшее образование, нет (таблица). Отсюда видно, что больше внимания уделяется здоровью своих детей в полных семьях с высоким до-

статком, где родители имеют высшее образование, чем в неполных семьях с низким достатком, где у родителей нет высшего образования. В полных семьях, ребенок имеет возможность ощутить на себе заботу обоих родителей, чего, естественно, не хватает детям из неполных семей.

В.К. Михайлова, С.И. Местникова, Т.М. Тяпиргянова

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

В данной работе произведен анализ 35 амбулаторных карт детей, состоящих с 2005 г. на диспансерном учете у невролога с диагнозом: задержка речевого развития (ЗРР). Среди них 7 девочек (20%) и 28 мальчиков (80%).

Цель работы – исследование эффективности амбулаторного лечения детей с ЗРР.

Задержка речевого развития выявлена в возрасте:

1-2 года – у 10 детей, из них у 3 – нет речи, у 7 – отдельные слова;

2-3 года – у 21 ребенка, из них у 1 – нет речи, у 19 – отдельные слова, у 1 – фразовая речь из 2 слов;

3 года и старше – у 4 детей, из них у 2 – отдельные слова, у 2 – фразовая речь из 2 слов.

Распределение детей по году рождения составило: 2005г. – 3 (8,5%), 2004 – 12 (34,2), 2003 – 16 (45,7), 2002 – 3 (8,5), 2001г. – 1 (2,8%).

Анте-, интранатальный анамнез представлен следующим образом:

– угроза прерывания – 11 случаев (31%),

– гестоз – 13 (37,1),

– анемия – 15 (42,8),

– ФПН – 8 (22,8),

– удовлетворительное течение беременности – 2 (5,7%).

Состояние при рождении было оценено как:

– удовлетворительное/условно удовлетворительное – 22 случая (62,8%),

– средней тяжести – 11 (31),

– тяжелое – 2 (5,7%).

Осмотрены врачом-неврологом до 1 года – 31 ребенок (88,5%): из них впервые в возрасте 1 мес. – 10 де-

тей (28,5); 2 мес. – 5 (14,2); 3 мес. – 6 (17,1); 4-5 мес. – 5 (14,2); 6 мес. и старше – 5 детей (14,2%). При этом у 10 детей психомоторное развитие соответствовало возрасту, 21 ребенку был поставлен диагноз – перинатальная энцефалопатия. Осмотрены неврологом впервые в возрасте старше 1 года 4 ребенка (11,4%).

К моменту выявления задержки речевого развития дополнительно обнаружены: у 25 детей (71,4%) – признаки внутричерепной гипертензии, у 12 (34,2) – миотонический синдром, у 7 (20) – задержка психического развития; у 20 (57,1) – нарушение сна, у 6 детей (17,1%) – ночной энурез.

31 ребенку был назначен амбулаторный курс лечения с применением мочегонных (диакарб), сосудистых (кавинтон, циннаризин) препаратов, а также ноотропного действия (пантогам, фенибут). 6 детям дополнительно был назначен кортексин в/м, 2 – актовегин в/м. Всем было рекомендовано дальнейшее лечение в реабилитационном центре. 4 детям был назначен курс лечения ноотропными, сосудистыми препаратами.

Обсуждение результатов исследования

При изучении выписки из роддома выявлено, что только 2 ребенка родились от нормально протекавшей беременности, остальные 33 – от беременности, протекавшей с патологией (анемия, угроза прерывания, гестоз, фето-плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия плода). Не все дети осмотрены в декретированные сроки, некоторые дети впервые осмотрены неврологом в возрасте старше года. Также выявлено нерегулярное наблюдение – пропускались повторные осмотры. Задержка речевого или психо-речевого развития выявляется

на фоне последствий перинатальной энцефалопатии (гипертензионного, гидроцефального синдрома, синдрома двигательных расстройств).

Наилучший эффект от лечения достигнут при комбинации мочегонных, сосудистых и ноотропных препаратов с массажем. При этом отмечено, что у 17 детей (48,5%) явное улучшение наступило после проведения 1-2 курсов лечения, у 13 постепенное улучшение – после проведения 3-4 курсов, у 5 – незначительное улучшение. Положительная динамика была в группе детей в возрасте от 1 до 2 лет, что говорит о том, чем раньше диагностирована задержка развития, чем раньше назначено лечение, тем лучше результат. Все дети нуждались в дальнейшем наблюдении, в повторных курсах лечения для закрепления результата.

При лечении детей с задержкой речевого развития на фоне гипертензионного синдрома только сосудистыми и ноотропными препаратами (4 случая) эффективность была ниже.

Выводы:

1. Для профилактики синдромов задержки психомоторного и речевого развития необходимо динамическое наблюдение невролога с 1 месяца и далее в декретированные сроки 3, 6 мес. и 1 год.

2. Раннее выявление детей с нарушениями предречевого развития, психического развития, с задержками речевого развития и динамическое наблюдение педиатра и невролога позволяют добиться положительных результатов.

3. При выявлении гидроцефального синдрома в лечении вместе с ноотропами необходимо применять и мочегонные препараты.

4. Необходимо открыть постоянную школу материнства.

МИХАЙЛОВА Вилена Константиновна – детский врач-невролог ЯГБ №4; **МЕСТНИКОВА Светлана Иосифовна** – врач-гастроэнтеролог, доцент МИ ЯГУ; **ТЯПИРГЯНОВА Татьяна Матвеевна** – д.м.н., зав. кафедрой МИ ЯГУ.