

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ РАХИТА У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051508
Гуляевой Эвелины Александровны**

Научный руководитель
преподаватель Шенцева И.Н.

Рецензент
Заведующая приемным отделением
ОГБУЗ «Детская областная клиническая
больница» Кашлакова Н.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАХИТА У ДЕТЕЙ.....	5
1.1 Основные характеристики рахита.....	5
1.2 Витамин D и его роль в организме человека	13
1.3 Роль медицинской сестры в профилактике рахита	15
ГЛАВА 2 ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ И РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ.....	21
2.1 Характеристика работы ОГБУЗ «Детская городская поликлиника № 4» города Белгорода.....	21
2.2 Анализ статистических данных заболеваемости рахитом населения детских поликлиниках № 1, № 2, № 4.....	25
2.3 Оценка роли медицинской сестры в профилактике рахита у детей....	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	41
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	43

ВВЕДЕНИЕ

Такое заболевание как рахит ещё было известно в древние времена. В 1650 году его полное описание в своих трудах сделал английский ортопед Френсис Глиссон. Какое-то время рахит называли именно «английской болезнью», так как в Англии он был очень распространён.

Актуальность. Данное заболевание и по сей день, поражает большое количество детей. Статистические данные говорят о том, что заболевание дошло отметки в 50 % в Российской Федерации.

Чаще всего признаки у новорожденных замечают родители. Очень важна профилактика данного заболевания, так как, рахит после себя может оставлять остаточные явления, которые отрицательно влияют на состояние здоровья ребёнка на протяжении всей жизни.

Именно поэтому, актуальной проблемой настоящего времени в педиатрии является профилактическая работа по улучшению качества здоровья детей. Возникает необходимость углубленного изучения причин, условий, факторов способствующих заболеваемости рахитом, разработки комплекса профилактических мероприятий, в проведении которых большую роль выполняют средние медицинские работники, особенно медицинские сестры педиатрических участков детских поликлиник.

Целью в данном исследовании выступает изучение профилактической деятельности медицинской сестры в профилактике рахита у детей.

Объект исследования - дети имеющие заболевание рахита на территории города Белгорода.

Предмет исследования – деятельность медицинской сестры, направленная на профилактику рахита у детей.

Задачи:

1. Дать представления о возможных факторах риска заболевания;
2. Описать современное представление о заболевании;

3. Определить роль медицинской сестры в профилактике рахита у детей.

Методы:

1. Теоретический: изучение научно-медицинской литературы по рахиту;
2. Практический: изучение статистических данных, социологическое исследование (анкетирование родителей), наблюдение.

Теоретическая значимость проведения данного исследования состоит в том, чтобы изучить работу медицинской сестры в профилактике рахита у детей.

Практическая значимость проведения данного исследования состоит в том, что полученная в ходе анализа информация может улучшить качество работы медицинской сестры в профилактике рахита.

База исследования: ОГБУЗ «Городская детская поликлиника №4» города Белгород.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАХИТА У ДЕТЕЙ

1.1 Основные характеристики рахита

Рахит – это заболевание, возникающее у детей грудного и раннего возраста, связанное с дефицитом витамина D и его активных метаболитов, оно характеризуется нарушением фосфорно-кальциевого обмена, а также нарушением нормального костеобразования в период активного роста [1, с. 480].

Ещё в глубокой древности люди знали о наличие такого заболевания как рахит, но только в XVII веке впервые была описана клиника данного заболевания.

Такое заболевание как рахит можно отнести к социальным болезням, так как, частота и тяжесть данного заболевания определяется социально-экономическими и гигиеническими условиями жизни населения.

На сегодняшний момент тяжелые формы рахита исчезли, это было достигнуто благодаря значительному увеличению материального и культурного уровня населения, а также профилактическим и лечебным мероприятиям.

Чаще всего у детей больных рахитом возникают заболевания органов дыхания и пищеварения, заболевания протекают очень тяжело и переходят в хроническую форму.

Случаи данного заболевания были описаны во всех странах мира. Рахит является самым распространённым заболеванием среди детей грудного и раннего детского возраста.

Младенческий рахит представляет из себя, не только педиатрическую проблему, но и медико-социальную, так как имеет в дальнейшем серьёзные последствия. Перенесённый рахит в детстве может неблагоприятно сказаться на дальнейшем развитии ребёнка, это может привести к развитию у детей

старшего возраста неправильной осанки, плоскостопия, кариеса, деформации тазовых костей [13].

Активное изучение рахита в России началось в XIX веке. Профессор С. Ф. Хотовицкий в 1847 году описал поражение не только костной ткани, но и мышечную дистонию, поражение желудочно-кишечного тракта, нарушения вегетативной системы.

Поражения костной системы более выражены на 2 – 3 году жизни ребёнка, это связано с тем, что в этом возрасте идёт активный рост и перестройка костей.

В настоящий момент необходимо понимать, что рахит представляет собой не только нехватку витамина D в организме, но и нарушения обменных процессов во всём организме ребенка.

За последние годы заболеваемость детей рахитом в Российской Федерации превышает 50 % - сообщает Минздравсоцразвитие Российской Федерации.

Главный, но далеко не единственной причиной возникновения рахита является нехватка витамина D в организме. Причины дефицита делятся: экзогенные и эндогенные.

К эндогенным факторам относят:

1. Нарушение всасывания в кишечнике витамина D, а также фосфора, кальция и повышенное их выделение с мочой, наблюдается при патологических состояниях в организме.
2. Нарушение гидрокселирования неактивных форм витамина D в почках и печени. Нарушение данного процесса может быть связано с хроническими заболеваниями этих органов (почек, печени), а также с нарушением синтеза витамина D.
3. Отсутствие функциональной активности рецепторов к витамину D.
4. Юный возраст матери ребёнка.
5. Гиповитаминоз D у беременной.
6. Наследственная предрасположенность к рахиту.

7. Наличие у ребёнка болезни Крона, хронические расстройства желудочно-кишечного тракта.

В качестве экзогенных причин нехватки витамина D могут выступать:

1. Гигиенические – отсутствие нормального, удовлетворительного ухода за ребёнком.

2. Бытовые – дефицит нахождения ребёнка на свежем воздухе и недостаток поступления солнечных лучей.

3. Алиментарные – дефицит поступления витамина D с пищей, в рационе ребенка отсутствуют продукты, которые богаты витамином D (молоко, икра, яичный желток, сливочное масло, печень трески), дефицит поступления фосфатов, белков и кальция извне в организм ребенка.

4. Сезонные – рождение ребёнка в осенне-зимний период.

Кроме дефицита витамина D, для появления рахита нужны факторы, способствующие его развитию. К ним можно отнести [2, с. 539]:

1. Нахождение ребёнка на искусственном вскармливании. В смесях, используемых для вскармливания грудных детей, не совсем оптимальное соотношение фосфора и кальция.

2. Недоношенность, у недоношенных детей возникновение рахита связано с повышенной потребностью в витамине D.

3. Непригодные жилищные и бытовые условия для жизни ребёнка.

По характеру нарушения минерального обмена рахит подразделяют на:

- фосфопенический;

- кальципенический;

- без выраженных изменения содержания кальция и фосфора.

Фосфопенический рахит: при данном патологическом состоянии в костной ткани имеется гиперплазия остеоидной ткани. В клинике наблюдаются такие симптомы как заторможенность, общая слабость, мышечная гипотония.

Кальципенический рахит: в данном случае в костной ткани преобладают процессы остеомоляции и симптомы повышенной возбудимости, это может

быть: беспокойство, тремор рук, проблемы со сном. Клинические проявления: потливость, тахикардия, белый дермографизм.

Без выраженных изменений содержания кальция и фосфора: в костной ткани имеется незначительная гиперплазия остеоидной ткани, в данном случае не бывает явных клинических изменений нервной и мышечной систем.

Нехватка витамина D ведёт к уменьшению всасывания кальция в кишечнике. Он начинает мало откладываться в костях. В почках происходит увеличение реабсорбции кальция, что приводит к возникновению метаболического ацидоза [12].

По течению рахит подразделяется:

1. Острое – встречается у детей первого полугодия, характеризуется только симптомами остеомаляции
2. Подострое – встречается у детей второго полугодия жизни, характеризуется симптомами остеомаляции и остеоидной гиперплазии.
3. Рецидивирующие – характеризуется появлением зон обызвествления в кости, данный процесс виден только на рентгене.

По периодам это заболевание делится:

1. Начальный – начинается с 1 месяца, длится 1 – 3 месяца, кальций и фосфор в крови снижены;
2. Разгар – может длиться до 1 года, кальций и фосфор в крови снижены;
3. Реконвалесценции – длится 1 -1,5 года, кальций снижен, фосфор в норме;
4. Остаточных явлений - кальций и фосфор в норме.

Клиническую картину рахита разделяют по степеням:

1 степень (лёгкая) – могут быть слабовыраженные симптомы рахита со стороны нервной и костной системы. После данной степени не остаётся остаточных явлений.

2 степень (средней тяжести) - происходит нарушение общего состояния, незначительные нарушения костной, нервной, мышечной систем. Имеются явные деформации грудной клетки, черепа, происходит задержка в развитии, а

так же могут быть рёберные «чётки», «нити жемчуга» на пальцах, «браслеты» на руках, слабость связочного аппарата [4, с. 42].

Также выделяют 4 периода рахита:

Первый период – это период начальных изменений. Данный период характеризуется нарушениями нервной системы ребёнка. Ребёнок становится эмоционально лабильным, Во время сна ребёнок вздрагивает, часто просыпается. Аппетит ребёнка нарушен он вяло и неохотно ест. Самым главным признаком в данном периоде является повышенная потливость ребёнка, особенно кожи головы, пот имеет кислый запах. Наличие повышенной потливости вызывает зуд кожи головы, ребёнок пытается почесать голову, в результате чего появляются залысины. В данном периоде появляются первые признаки остеомалации.

Второй период – это период разгара заболевания. Чаще всего возникают у ребёнка после пяти месяцев жизни. Больше всего в данном периоде страдает костная и мышечная система ребёнка. Происходят изменения со стороны:

- черепа - наблюдается, позднее закрытие родничка отчётливо выражены лобные и теменные бугры;

- грудной клетки - появляются рёберные «чётки», «Гиррисовнова» борозда, «рахитический» горб;

- конечностей - наблюдается искривление конечностей по двум типам О и Х образные искривления;

- мышечной системы - у детей болеющих рахитом возникает гипотония поперечно - полосатой и гладкой мускулатуры (живот ребёнка напоминает живот лягушки).

У ребёнка возникает тахикардия, снижение аппетита, одышка, анемия, задержка психомоторного развития.

Третий период – период реконвалесценции (выздоровления). Некоторые люди считают, что лечить данное заболевание не обязательно, и оно может самостоятельно полностью пройти к четырём годам ребёнка. Однако данное

мнение ошибочно. Если данное заболевание не лечить, то в будущем у детей могут возникнуть остаточные явления этого заболевания.

Четвертый период – период остаточных явлений. Данный период возникает после тяжелой степени рахита и вследствие отсутствия лечения рахита у детей. Он характеризуется деформации костей таза, плоскостопием, кариесом молочных и постоянных зубов, хрупкостью костей, неправильным прикусом, артритом, артрозом.

Определить наличие рахита у ребёнка совсем несложно. Обследование начинается с осмотра, далее идёт лабораторное и рентгенологическое исследование.

Лабораторное исследование включает в себя:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Проба Сулковича;
4. Биохимический анализ крови;
5. Определение суточного кальция в моче.

Инструментальное обследование.

В него входит рентгенография костей – данное исследование назначают по показаниям, рутинно не применяют, так как имеется высокая лучевая нагрузка. Рентгенография скелета – помогает в оценке тяжести рахита.

На рентгенограммах при рахите признаки нарушения минерализации костей.

Основной целью лечения выступает нормализация фосфорно – кальциевого обмена.

Максимально наилучший эффект при лечении данного заболевания достигается комплексной терапией. Комплексная терапия носит длительный характер и направлена на устранение причин, вследствие которых возник рахит [11].

Первостепенно проводят коррекцию питания.

Первый прикорм вводится на 1 месяц раньше срока, он должен быть овощных.

Второй прикорм – овсяная или гречневая каша, готовятся на овощном отваре. Рацион ребёнка должен быть сбалансированным, он должен содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, а также минеральных веществ. В рационе воду ребёнку меняют, на овощные, фруктовые отвары и соки [6, с. 102].

Проводят организацию правильного режима дня, с достаточным отдыхом в соответствии с его возрастной нормой, так же проводят изоляцию раздражающих факторов, это может быть шум, яркий свет.

Необходимо проводить ежедневное проветривание помещения, организовывать достаточное пребывание ребёнка на свежем воздухе.

Результативным методом лечения рахита выступает ультрафиолетовое облучение, данную процедуру рекомендуют проводить курсом – 10 – 15 раз, через 1 день, постепенно увеличивая экспозицию.

При медикаментозном лечении данного заболевания применяют витамин D, его могут назначать в различных формах:

Видеин – таблетированный витамин D₂ может быть 500, 1000, 5000, 10000 МЕ.

Витамин D₂ – 1 капля масляного раствора равна 10000 МЕ.

Видехол – 1 капля масляного раствора равна 500 МЕ, 1 капля 0,5 % спиртового раствора равна 1000 МЕ.

В случае возникновения начальных симптомов рахита у ребёнка, который находится в благоприятных жилищно-бытовых условиях, применяют только витамин D в дозе 1400 – 2000 МЕ в сутки до курсовой дозы 10000 – 12000 МЕ.

При образовании рахита средней тяжести или рахита в период разгара ребёнку назначают профилактическую дозу витамина D – 400 – 500 МЕ в сутки на протяжении 2 лет [5, с. 65].

Медикаментозное лечение рахита заключается не только в приёме витамина D, но и препаратов кальция, фосфора, витамина В, С, цитратной смеси.

Отдельное внимание при лечении рахита уделяется массажу и лечебной физической культуре. Данные мероприятия показаны абсолютно всем детям, болеющим рахитом, за исключением острого течения.

Массаж и лечебная физическая культура воздействуют на многие системы и органы. Данные мероприятия улучшают общее состояние и способствуют достаточно быстрому развитию моторных функций.

Дополнительным методом лечения рахита является применение хвойных, солевых ванн, их применяют детям старше полугода. Продолжительность купания составляет 3 – 5 минут, ванны проводят через день, курс – 10-15 раз.

Температура воды начинается от 36° С и постепенно идёт на убыль, для детей одного года – 32 °С, старше – 30 °С. Хвойные ванны проводят по такой же схеме.

Профилактические мероприятия в отношении рахита начинают ещё в антенатальном периоде и продолжают в постнатальном. Профилактические мероприятия разделяют на специфические и не специфические.

Не специфическая антенатальная профилактика (что должна соблюдать женщина во время беременности):

1. Режим труда и отдыха, рациональное питание;
2. Профилактика и лечение заболеваний беременной;
3. Предупреждение преждевременных родов и гестозов.

Не специфическая постнатальная профилактика:

1. Организация надлежащего ухода за ребёнком;
2. Организация ежедневного нахождения ребёнка на свежем воздухе;
3. Сохранение естественно вскармливания;
4. Организации регулярных закаливаний, массажа, гимнастики.

Специфические профилактические мероприятия начинают с 2 недельного возраста.

В осенний, зимний и весенний периоды детям один раз в день назначают витамин D, по 500 МЕ в течение двух лет. Прием витамина D чередуется с процедурами ультрафиолетового облучения – 15 раз 2 раза в год.

По истечению прохождения курса ультрафиолетового облучения в первые 3 – 4 недели витамин D можно не назначать. В случае нахождения ребёнка на искусственном вскармливании профилактическая доза витамина D назначается с учётом его содержания в смесях [7, с. 115].

Диспансерное наблюдение за ребёнком с проявлениями рахита проводится участковым педиатром в течение двух лет. В стадии разгара заболевания осмотр педиатром проводится 2 раза в месяц, далее 1 раз в месяц до конца 1 года, на 2 году жизни профилактический осмотр проводится 1 раз в три месяца. При диспансерном наблюдении дополнительные методы обследования включают в себя:

1. Общий анализ мочи, общий анализ крови 1 раз в месяц в период разгара, далее 1 раз в 6 месяцев.
2. Проба Сулковича, данная проба проводится при приёме лечебных доз витамина D.
3. Определение кальция (Ca), фосфора (P), активности щелочной фосфатазы.

1.2 Витамин D и его роль в организме человека

Витамин D - представляет из себя, группу, биологически активных веществ. Если в организме человека наблюдается дефицит витамина D, то повышается риск развития различных патологических состояний в организме.

В организм человека витамин D поступает двумя путями:

1. Образуется в коже в результате синтеза под воздействием солнечных лучей;
2. С продуктами питания.

Основные функции витамина D:

1. Поддержание иммунной системы;
2. Снижение повышенной ломкости костей;
3. Нормализации состояния кожи.

Витамин D несёт огромную пользу для организма человека, со стороны сердечно - сосудистой системы происходит снижение артериального давления, уплотнение сердечной мышцы.

Всасывание витамина D в организме человека происходит в двенадцатиперстной кишке и тощей, это происходит при помощи кислот.

Далее в виде хиломикронов он транспортируется лимфатической системой кишечника. Хиломикроны образуются в результате взаимодействия холекальциферола с таурохолевой кислотой [9, с. 49].

Существенное влияние на эффективность синтеза витамина D оказывают:

1. Экология;
2. Климат;
3. Возраст;
4. Географическая широта.

Витамин D больше всего содержится в печени трески, икре, сливочном масле, яичном желтке.

Выведение витамина D из организма осуществляется путём экскреции с желчью в кишечник, около 30 %, оставшаяся часть около 70 % выводится с калом.

Витамин D является главным звеном гормональной регуляции фосфора и кальция, помимо этого он так же участвует в росте и развитии клеток.

В ходе проведённых исследований было выявлено, что гормон кальциферол защищает организм от злокачественных новообразований, замедляет рост онкологических клеток в коже, груди, толстой кишке.

Касаемо иммунной системы витамин D играет так же немаловажную роль, он оказывает влияние на область костного мозга, которая несёт ответственность за синтез иммунных клеток – моноцитов.

Помимо этого витамин D оказывает влияние на уровень глюкозы в крови, координируя при этом выработку инсулина поджелудочной железой.

1.3 Роль медицинской сестры в профилактике рахита.

Профилактика является главной составляющей охраны здоровья детей. Большое значение имеет первичная профилактика – комплекс мероприятий, который направлен на укрепление здоровья, путём ликвидации неблагоприятных факторов внешней среды.

На сегодняшний момент поликлиники являются основными медицинскими учреждениями профилактической направленности.

В работе поликлиник профилактическое направление включает следующие разделы:

1. Антенатальная охрана плода;
2. Проведение динамического контроля за состоянием здоровья детей;
3. Вакцинация;
4. Гигиеническое воспитание населения;
5. Подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения.

Медицинская сестра – это специалист со средним или высшим профессиональным образованием в области сестринского дела. По отношению к врачу медицинская сестра является его главным помощником.

Медицинская сестра играет важную роль в профилактике заболеваний, она именно тот человек, который проводит мероприятия, направленные на предупреждение развития каких – либо патологических состояний, а также на укрепление здоровья. С этой целью могут применяться памятки, листовки, устные беседы, фильмы и так далее.

Целью любого патронажа выступают профилактические и оздоровительные мероприятия. Патронаж проводится среди беременных, новорождённых, детей до 1 года [8, с. 54].

Профилактика рахита во время беременности базируется на нескольких принципах:

1. Профилактика и лечение заболеваний, возникших во время беременности;
2. Систематическое наблюдение беременной в женской консультации;
3. Длительное пребывание на свежем воздухе;
4. Приём витамина D в больших дозах женщинам, находящимся в группе риска;
5. Соблюдение принципов рационального, сбалансированного питания;
6. Приём профилактических доз витамина D беременным с назначения врача;
7. Приём витаминов.

Дородовый патронаж является социальным, и его основной целью является:

1. Выявление вредных привычек у матери и отца;
2. Выяснение жилищно-бытовых условий;
3. Определение состояния здоровья.

Медицинская сестра проводит дородовый патронаж на дому и решает часть поставленных перед ней задач:

1. Выявление факторов риска, способствующих развитию заболевания;
2. Дача прогноза о состоянии здоровья и развитии плода;
3. Информирование будущей мамы о возможных рисках для ребёнка;
4. Проведение подбора рекомендаций по выявленным рискам;
5. Проведение гигиенического воспитания будущих родителей.

В ходе проведения дородового патронажа медицинская сестра обращает внимание на:

1. Сон беременной;
2. Самочувствие;
3. Аппетит;
4. Ношение одежды, обуви;

5. Гигиену.

Будущим родителям медицинская сестра дает следующие рекомендации:

1. Осуществлять приём витаминов, которые содержат микроэлементы и макроэлементы;
2. Совершать длительные прогулки на свежем воздухе;
3. Заниматься физкультурой для беременных;
4. Придерживаться полноценного и сбалансированного питания.

При проведении первого дородового патронажа медицинская сестра проводит беседу с беременной, дает рекомендации по питанию с целью профилактики рахита, режиму труда и отдыха, будущая мама должна избегать стрессовых ситуаций, наличие тяжелой физической активности.

После окончания дородового патронажа медицинская сестра предлагает посетить беременной участкового педиатра, школу материнства, кабинет здорового ребёнка.

После рождения ребёнка медицинская сестра дает следующие рекомендации:

1. Полноценное, естественное вскармливание;
2. Обеспечение достаточного количества прогулок на свежем воздухе;
3. Проведение закаливания;
4. Проведение массажа, гимнастики;
5. Организация режима дня и его соблюдение.

На тридцатой недели осуществляется второй дородовый патронаж в его проведении, принимают участие медицинская сестра и врач – педиатр.

Целью второго дородового патронажа является проверка рекомендаций врача женской консультации и педиатра, коррекция рекомендаций и переоценка возможных факторов риска.

При патронаже детей раннего возраста, подверженных развитию рахита, основной целью медицинской сестры является раннее выявление первичных признаков рахита:

1. Осмотр и пальпация большого и малого родничков у детей до 3 месяцев;

2. Осмотри грудной клетки у детей в возрасте от 4 до 6 месяцев;
3. Выявление у детей второго полугодия жизни наличие искривления костей, утолщения эпифизов;
4. Наблюдение за состоянием мышечного тонуса ребенка.

Помимо этого медицинская сестра проводит беседу с матерью на выявление, каких – либо патологических отклонений. Она интересуется сном ребёнка, имеются ли у него беспокойства, раздражительность, вздрагивает ли он на свет, громкий звук, наблюдается ли у ребёнка повышенное ночное потоотделение, а также медицинская сестра обращает внимание на жилищно-бытовые условия, в которых находится ребёнок.

В ходе патронажа медицинская сестра оценивает нервно – психическое развитие новорождённого ребёнка по показателям, их пять: Аз - анализатор зрительный, Ас – анализатор слуховой, До – движения общие, Э – эмоции, Ра – речь активная.

В десять дней Аз – движущийся предмет ребёнок удерживает в поле зрения, в 18 – 20 Аз – в поле зрения ребёнок удерживает не двигающийся предмет, Ас – при сильном звуке ребёнок успокаивается. В 1 месяц Аз – ребёнок совершает плавное слежение за предметами вокруг себя, Ас – ребёнок начинает прислушиваться к голосу. До – ребёнок предпринимает попытки, лёжа на животе поднять и зафиксировать голову. Э – ребёнок начинает улыбаться на разговор взрослого, Ра – в ответ на разговор с ребёнком он издаёт отдельные звуки [2, с. 547].

Профилактические мероприятия у новорождённых проводятся с первых месяцев, они заключаются в пребывании на свежем воздухе ребёнка и соблюдении диеты.

Лучшей пищей для новорождённого является молоко матери, данное молоко имеет все микроэлементы и макроэлементы. При невозможности вскармливать ребенка грудным молоком, необходимо ему подобрать адаптированную смесь, это делает только врач педиатр.

Предупреждение рахита также можно достичь путём правильного введения прикорма.

Медицинская сестра дает рекомендации по физическому, нервно – психическому воспитанию ребёнка, вскармливанию, закаливанию, проведения массажа, гимнастики для профилактики рахита.

Массаж, гимнастика, закаливание входит в физическое воспитание ребёнка. Медицинская сестра обучает маму методике проведения данных манипуляций, при патронаже медсестра контролирует правильность выполнения этих процедур.

Данные полученные во время патронажа фиксируются в истории развития ребёнка. Очень важно, чтобы гимнастика и массаж носили систематический характер с последующим усложнением упражнений.

Если со стороны медицинской сестры и врача контроль за проведением данных процедур будет недостаточен, а внимание родителей на приёме не сфокусировано, то эффективность процедур будет значительно мала.

Одним из важных аспектов работы медицинской сестры педиатрического участка является организация гигиенического просвещения родителей, обучение их воспитанию здорового ребёнка.

Каждый педиатрический участок имеет годовой план санитарно – просветительской работы с населением. В соответствии с этим планом медицинская сестра и врач систематически организуют лекционные занятия, беседы.

При проведении дородового патронажа, на приёме у врача, в «школах матерей», «школах отцов», в поликлинике, в кабинете здорового ребёнка медицинская сестра и врач проводят санитарное просвещение.

Медицинская сестра педиатрического участка – главный помощник врача в данном случае в организации и проведении профилактики рахита у детей.

На основании переработанных нами источников литературы и интернет ресурсов по данному заболеванию мы можем сделать вывод:

Заболеванию рахит всегда уделяется большое внимание, хотя он не представляет из себя, опасную детскую болезнь, но, тем не менее, он занимает значительный процент в увеличении смертности, так как он снижает иммунитет и повышает риск развития сопутствующих заболеваний.

В России на сегодняшний момент достигнуты большие успехи снижение числа заболеваемости детей рахитом. Тяжёлые формы рахита на данный момент встречаются значительно реже, но распространённость этого заболевания в легкой форме остается ещё на высоком уровне.

Лёгкая форма рахита может привести к тому, что дети чаще болеют, у них часто поражается дыхательная система и пищеварительная, встречаются такие заболевания как пневмония, бронхит, желудочно-кишечные расстройства.

Медицинская сестра всегда помогает врачу педиатру в профессиональной деятельности, навыки которой определяются полученными знаниями и практическими умениями.

Знание медицинской сестрой ранних признаков развития рахита, позволяет провести раннее выявление и лечение данного заболевания.

Адекватная профилактика и ранняя терапия рахита у новорождённых играет важную роль в основе дальнейшего нормального физического, психического развития ребёнка. Мы выяснили, что основной важной задачей профилактики рахита у детей является правильная организация питания и режима будущей матери.

Медицинская сестра является главным звеном в проведении профилактических мероприятий, именно она проводит мероприятия по сохранению и укреплению здоровья, в данном случае медицинская сестра совершает эти действия через антенатальный и постнатальный патронаж.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ.

2.1 Характеристика работы ОГБУЗ «Детская городская поликлиника № 4» города Белгорода

В 2005 году было торжественное открытие Детской городской поликлиники № 4 г. Белгорода. На сегодняшний день поликлиника оказывает 36 тысячам детям и подросткам. Поликлиника организует помощь по 33 врачебным специальностям: неврология, педиатрия, ортопедия, хирургия, детская гинекология, эндокринология, гастроэнтерология, аллергология – иммунология и так далее.

Поликлиника включает в себя:

1. Отделение медико-социальной помощи;
2. Консультативно – диагностическое отделение;
3. Информационно – аналитическое отделение;
4. Дневной стационар (имеет 20 коек в 3 смены);
5. Отделение восстановительной медицины (осуществляет 100 посещений в смену и имеет бассейн, лечебно – тренажёрный комплекс).

Большую популярность среди пациентов имеет оздоровление в условиях дневного стационара, пациентам предоставляются такие услуги как ультразвуковая диагностика, лучевая диагностика, функциональная диагностика, эндоскопическая и так далее.

В поликлинике отлично функционируют клинико-диагностическая лаборатория, процедурные, перевязочные кабинеты.

1 декабря 2010 года на базе ОГБУЗ «Городская детская поликлиника №4 города Белгорода» открылся Центр здоровья по формированию здорового образа жизни у детей и подростков. Главной задачей центра выступает обследование маленьких пациентов и выявление проблем состояния здоровья.

На сегодняшний момент в поликлинике работают 312 медицинских сотрудников: из них 82 врача, 19 врачей имеют высшую квалификационную категорию, 18 врачей имеют первую категорию, и 6 врачей имеют вторую квалификационную категорию - 158 медицинских сестёр, 29 медицинских сестёр имеют высшую квалификационную категорию, 39 первую, 13 вторую, более 60 % из которых имеют высшую квалификационную категорию.

Главным успехом поликлиники является высокая подготовка персонала и применение современных, многофункциональных технологий.

Оснащение Центра здоровья для детей создает оптимальные условия для проведения комплексных оздоровительно-восстановительных мероприятий на основе:

1. Оценки функциональных и адаптивных резервов детского организма;
2. Динамического наблюдения за группами риска развития неинфекционных заболеваний;
3. Прогноза состояния здоровья, консультирования по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации и коррекции питания, двигательной активности, занятиями физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) или отдыха;
4. Разработки индивидуальных рекомендаций по сохранению здоровья; организации мониторинга показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

2.2. Анализ статистических данных заболеваемости рахитом населения детских поликлиниках № 1, № 2, № 4

На основании проведенного теоретического анализа медицинской литературы и периодических изданий нами определено, что официальная статистика распространенности рахита в нашей стране занижена, по меньшей мере, вдвое, так как диагноз рахита в основном регистрируется в случае среднетяжелых форм, а легкие его формы статистически не учитываются.

Таблица 1.

Анализ заболеваемости рахитом по данным амбулаторной помощи г. Белгорода за период 2015-2019 гг.

Год	Детская поликлиника № 1			Детская поликлиника № 2			Детская поликлиника № 4		
	Число населения	Забол-сть рахитом	% заболеваемости рахитом	Число населения	Забол-сть рахитом	% заб-ти рахитом	Число населения	Забол-сть рахитом	% заболеваемости рахитом
2015	7738	2	0,026%	9996	-	-	8388	6	0,075%
2016	7810	-	-	10252	-	-	8415	5	0,063%
2017	8173	-	-	10798	-	-	8627	3	0,045%
2018	8375	-	-	11085	-	-	8945	2	0,024%
2019	8768	-	-	11647	-	-	9185	-	-

Анализ заболеваемости рахитом подтверждает данную тенденцию современной статистики РФ, так как за период с 2015-2019 гг. отмечается отрицательная динамика общей заболеваемости рахитом закрепленного детского населения.

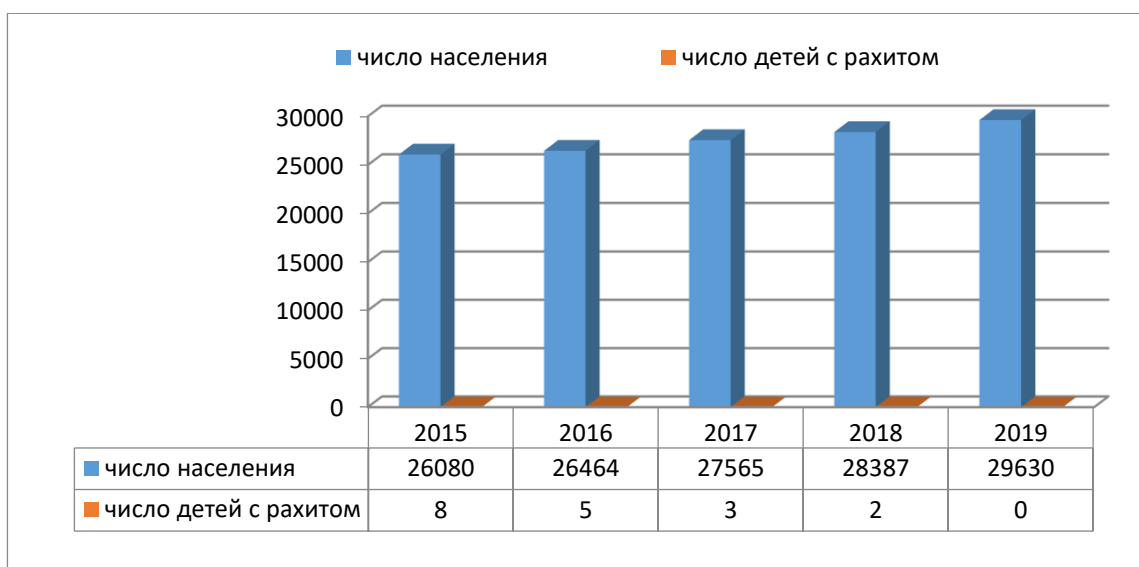


Рис. 1. Удельный вес диспансерной группы по рахиту детских поликлиник № 1, № 2, № 4 за период 2015-2019 гг.

С другой стороны, это может рассматриваться следствием эффективных профилактических мероприятий по предупреждению заболеваемости рахитом, начиная с антенатального периода педиатрической участковой службой, в том числе профессиональной деятельности медицинской сестры.

Эффективное формирование здоровья ребенка невозможно без учета состояния здоровья матери, поэтому медицинская помощь по рождению здорового ребенка должна осуществляться в условиях единого акушерско-терапевтическо-педиатрического комплекса (АТПК), представляющего собой объединение учреждений акушерской, педиатрической сети [10, с.30].

Для подтверждения данного предположения считаем целесообразным проведение оценки профилактической деятельности медицинской сестры в профилактике рахита у детей.

2.3 Оценка роли медицинской сестры в профилактике рахита у детей.

Изучение профилактической деятельности сестринского персонала проводилось в ОГБУЗ «Детская поликлиника № 4» города Белгорода среди родителей маленьких пациентов. В качестве средств, сбора информации была использована анкета – опросник, она имела анонимный характер и состояла из 18 вопросов. После сбора информации данные были обработаны и проанализированы. В исследовании приняли участие 36 респондентов.

Из полученных данных мы выяснили, что средний возраст опрошенных респондентов 15 человек – 26 – 35 лет (42 %), 13 человек ответили свой возраст 24 – 26 (36 %). 8 человек 21 – 23 (22 %) (Рис.).

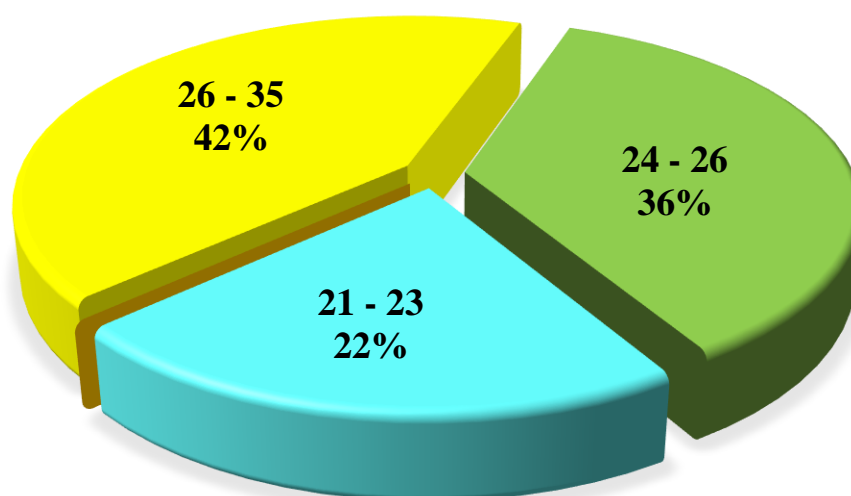


Рис.2. Возраст респондентов

Как известно соблюдение режима дня является одним из главных пунктов антенатальной профилактики рахита у детей. С этой целью беременным был задан вопрос: «Соблюдали ли Вы во время беременности режим дня?». 16 респондентов ответили положительно (44 %), 20 отрицательно (56 %).

Полученный результат свидетельствует о том, что далеко не все женщины проводили антенатальную профилактику рахита (Рис.).

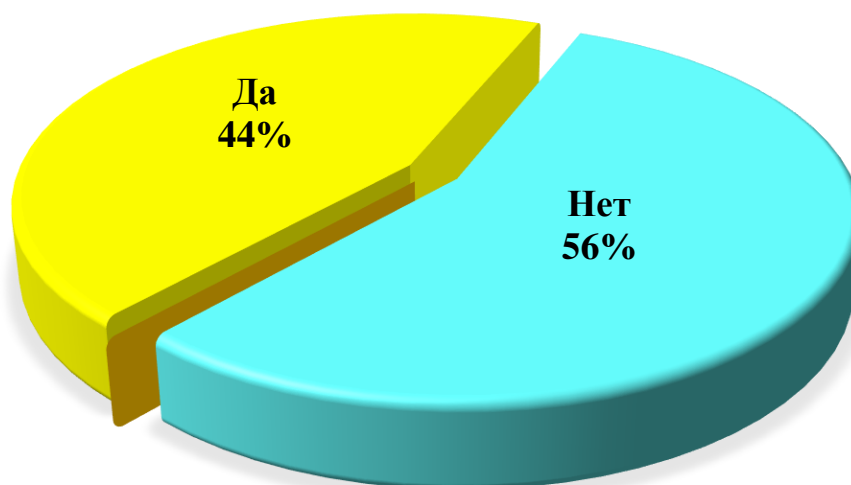


Рис.3. Соблюдение режима дня во время беременности

Как известно во время беременности плоду необходим как строительный материал (белки, жиры, углеводы), так и разнообразные минеральные вещества, и витамины.

При постановке на учёт женщина сразу получает рекомендации от врача по приёму препаратов, врач проводит данное назначение, опираясь на рацион, состояние здоровья беременной и так далее.

Во время беременности как мы знаем потребность в витаминах возрастает, все полезные вещества в первую очередь получает ребенок, если происходит в организме гиповитаминоз, то страдает сначала мама. Поэтому отрицать важность приёма витаминов во время беременности никак нельзя.

В анкетировании бы задан вопрос, направленный на выявление приёма витаминов при беременности. 24 респондента (67 %) ответили, что принимали комплекс витаминов во время беременности, 12 человек ответили, нет (33 %) (Рис.).

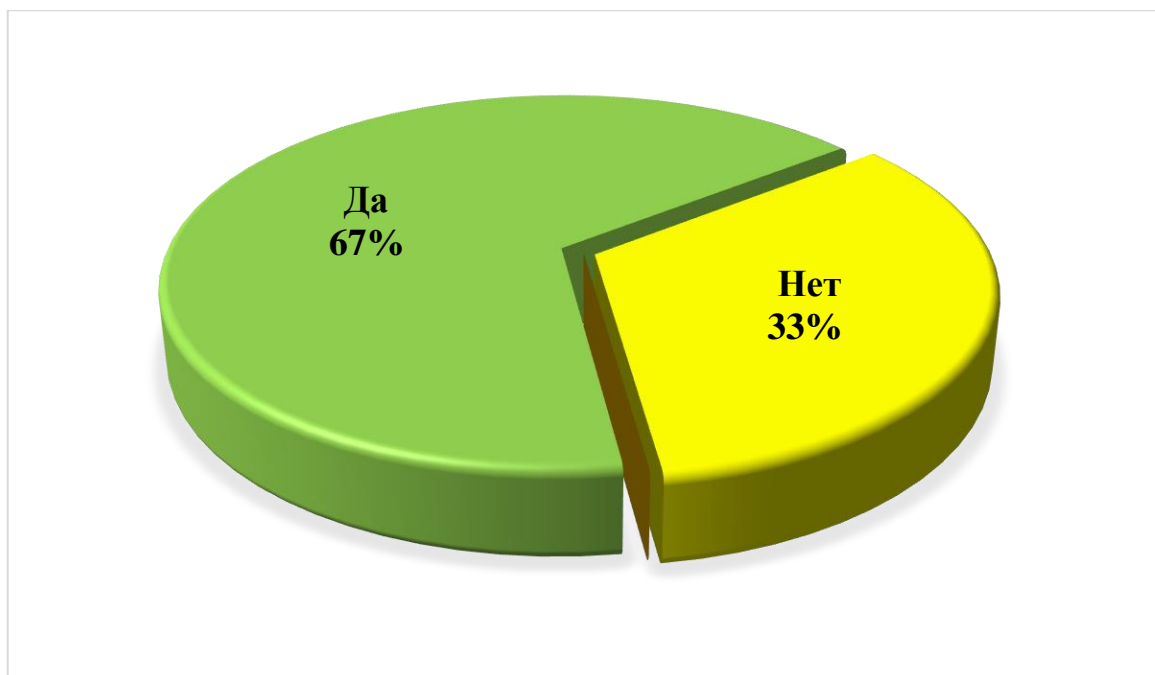


Рис.4. Приём комплекса витаминов во время беременности

Правильное питание во время беременности очень важно, так как организм женщины готовится к развитию плода, кормлению. Во время беременности происходит развитие тканей плаценты, матки. Увеличивается кровоснабжение.

27 женщин (75 %) ответили, что придерживались диеты во время беременности, оставшиеся 9 женщин (25 %) ответили, что не соблюдали принципы рационального питания во время беременности (Рис.).

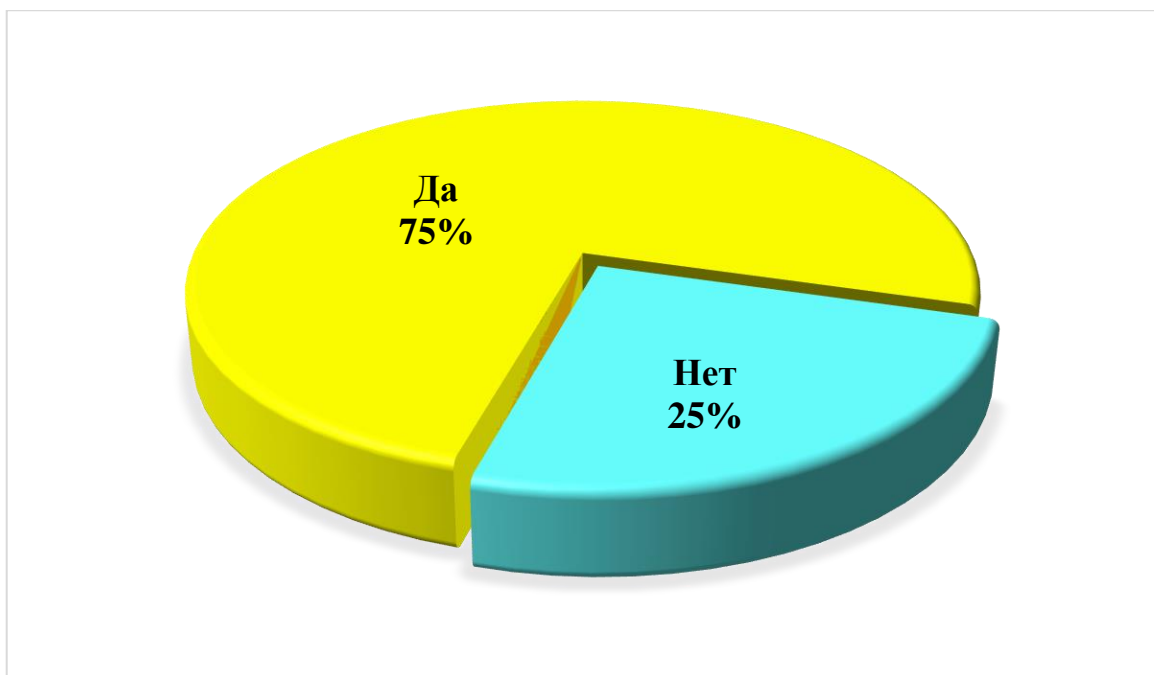


Рис. 5. Соблюдение принципов диеты во время беременности

Данные анкетирования показали, что у 32 женщин (89 %) срок рождения ребёнка составляет 40 – 38 недель, у 3 (8 %) – 37 – 35 недель, у 1 (3 %) – 34 – 32 недели (Рис.).

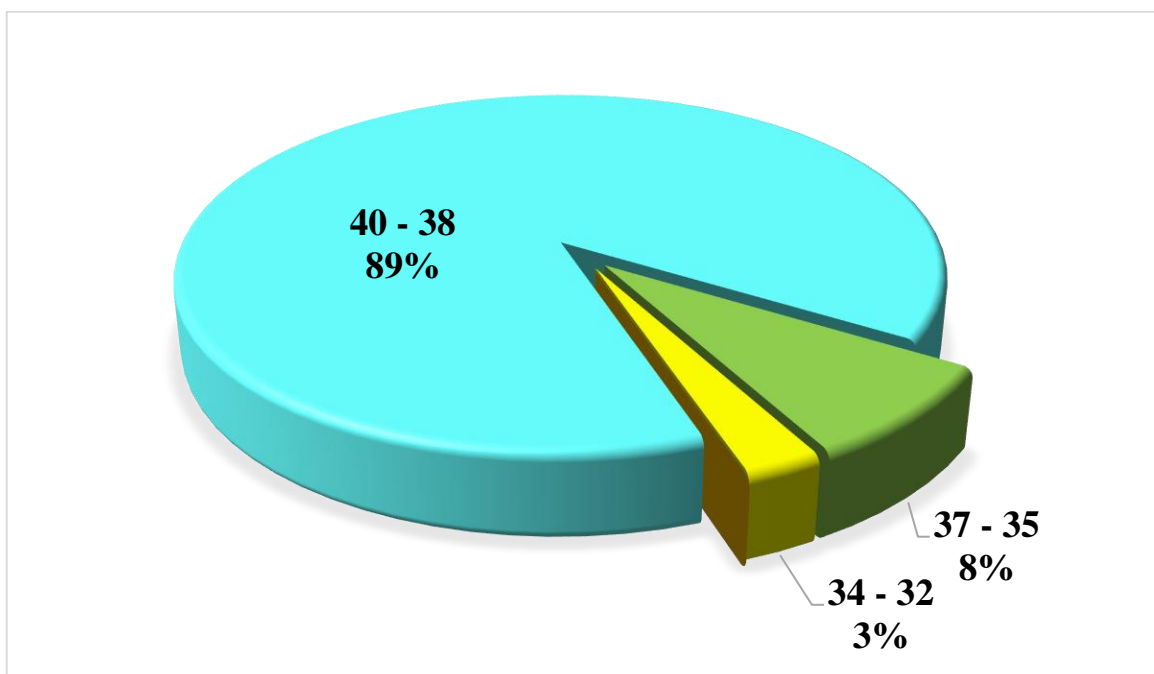


Рис.6. Срок рождения

Одним из основных факторов риска возникновения рахита у детей, является сезон рождения ребёнка. Данное заболевание чаще возникает у детей, рождённых в осенне-зимний период. 12 респондентов (33 %) отметили весенний период, 10 (28 %) выбрали летний, 8 (22 %) осенний и 6 (17 %) зимний период (Рис.).

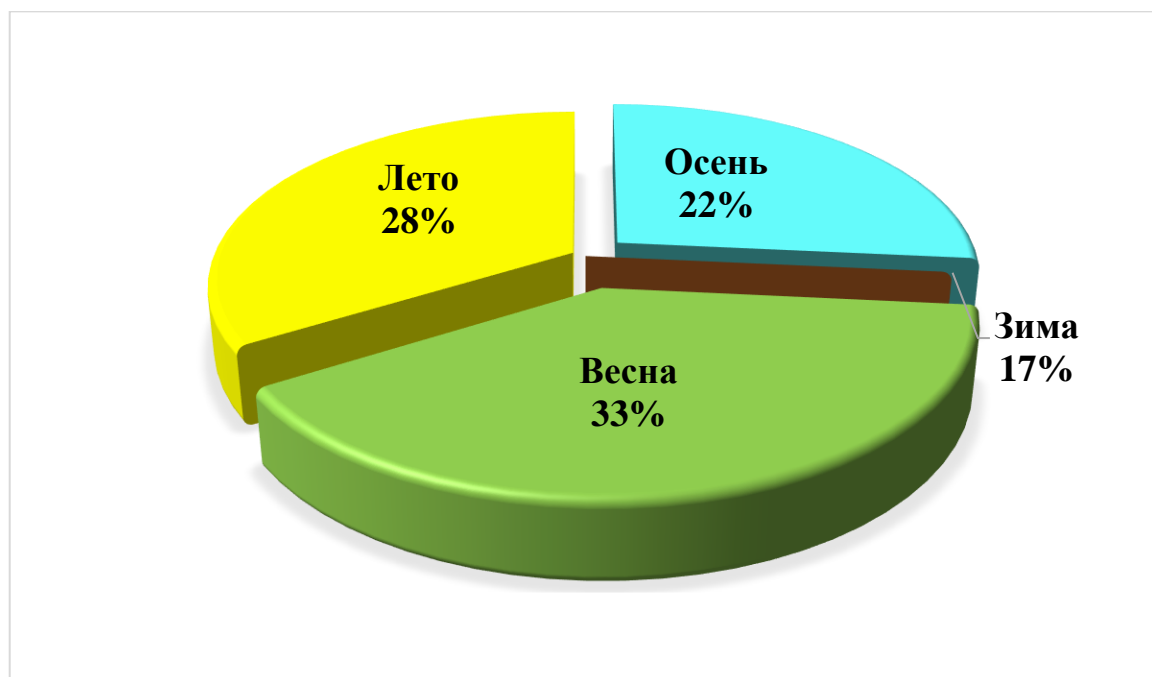


Рис.7. Сезон рождения

В результате проведённого нами исследования было выяснено, что 14 женщин (39 %) по тем или иным причинам предпочитают искусственное вскармливание, 11 женщин (31 %) находятся на естественном вскармливании, а оставшиеся 8 (22 %) находятся на смешанном (Рис.).



Рис. 8. Виды вскармливания

Из 36 респондентов 18 человек (50 %) совершают прогулки на свежем воздухе длительностью в 2 – 3 часа, 14 человек (39 %) находятся на прогулке от 4 до 5 часов и только 4 человека (11 %) гуляют 1 час (Рис.).

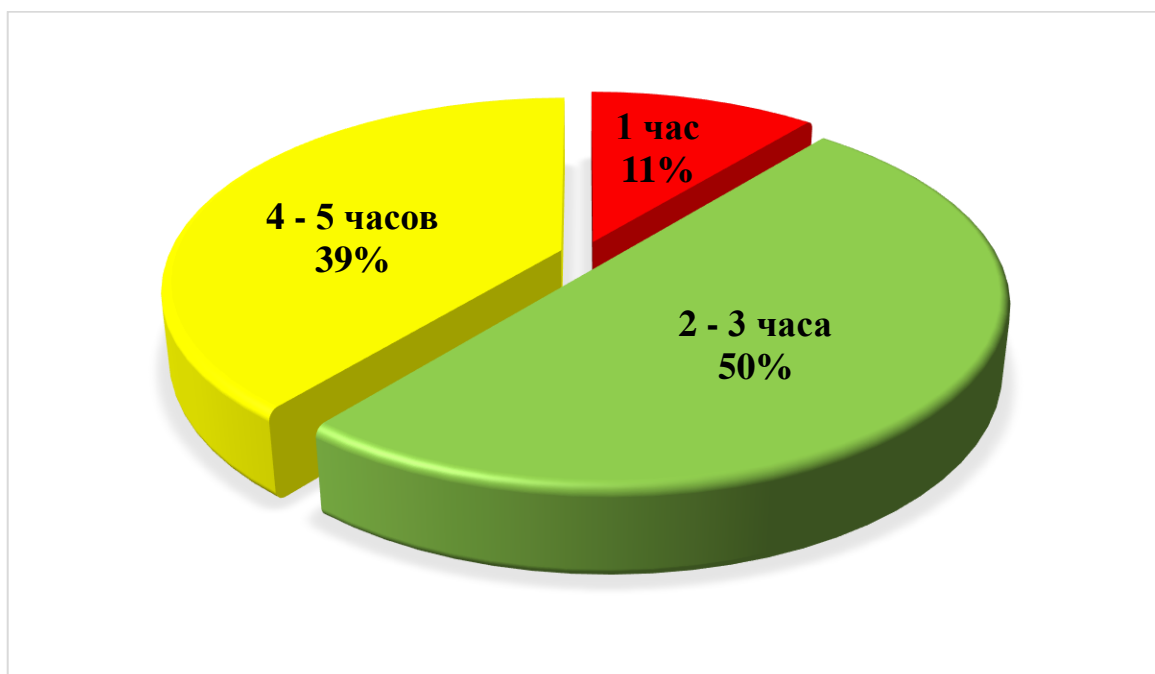


Рис.9. Длительность прогулок

Введение прикорма очень важно для нормального развития ребёнка. Огромное значение на 1 году жизни имеет характер питания, в дальнейшем оно будет определять состояние здоровья ребёнка на всех периодах его жизни.

Своевременное введение прикорма из 36 респондентов совершают (ли) 24 человека (67 %). 12 человек (33 %) дали отрицательный ответ на этот вопрос или затруднились при ответе (Рис.).

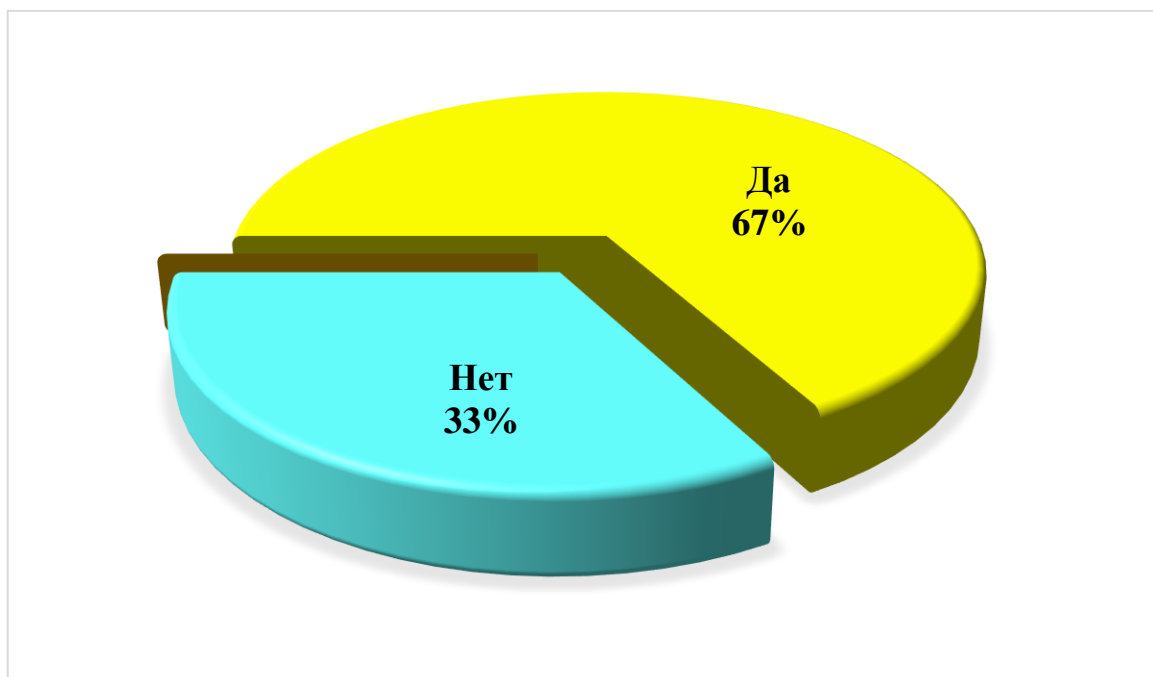


Рис. 10. Своевременное введение прикорма

Соблюдение режима дня ребёнка. Режим представляет из себя чёткое соблюдение распорядка дня, в данном случае, во сколько ребёнок должен кушать, купаться, гулять, готовиться ко сну. Нарушение динамического стереотипа сбивает физиологию человека. 28 мам (78 %) ответили, что всегда соблюдают режим дня, так как считают, что для здоровья ребёнка это очень важно, другие 8 человек (22 %) ответили, что не всегда соблюдают режим дня или совсем не соблюдают (Рис.).

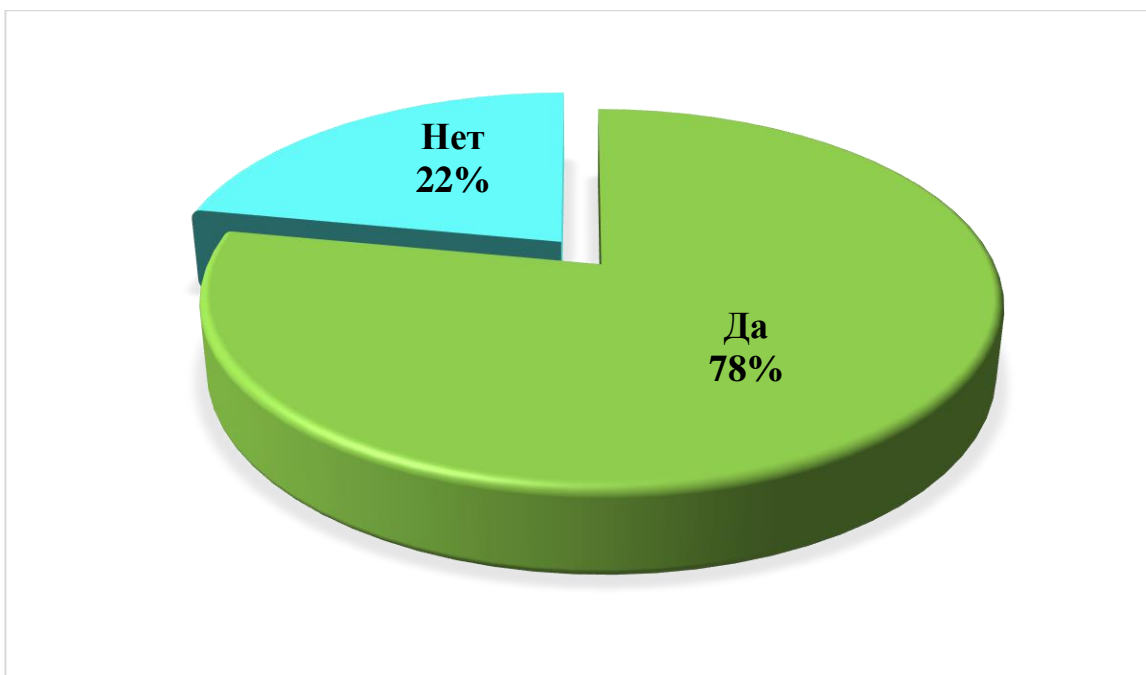


Рис.11. Соблюдение режима дня

На вопрос: «Знаете ли Вы о заболевании Рахит?» да ответили 35 респондентов (97 %), нет ответил 1 (13 %) (Рис.).

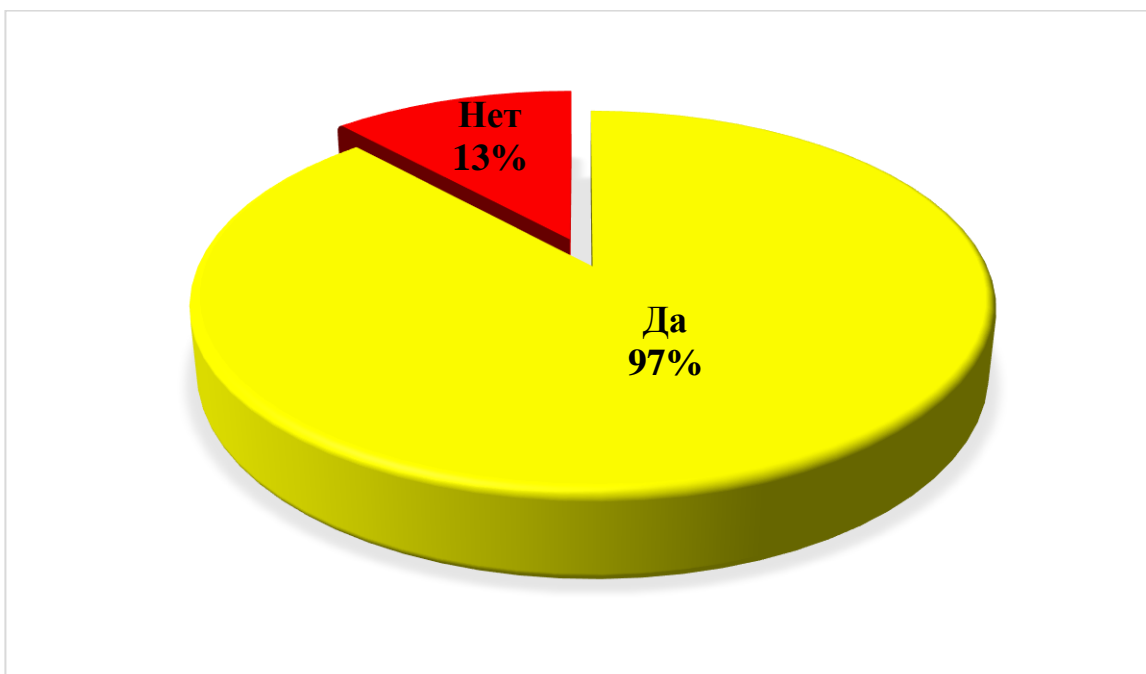


Рис.12. Знание о рахите

28 женщин (77 %) ответили, что о данном заболевании узнали из профилактической беседы с врачом – педиатром, 6 ответили (17 %), что узнали от своих знакомых, 2(6 %) из интернета (Рис.).

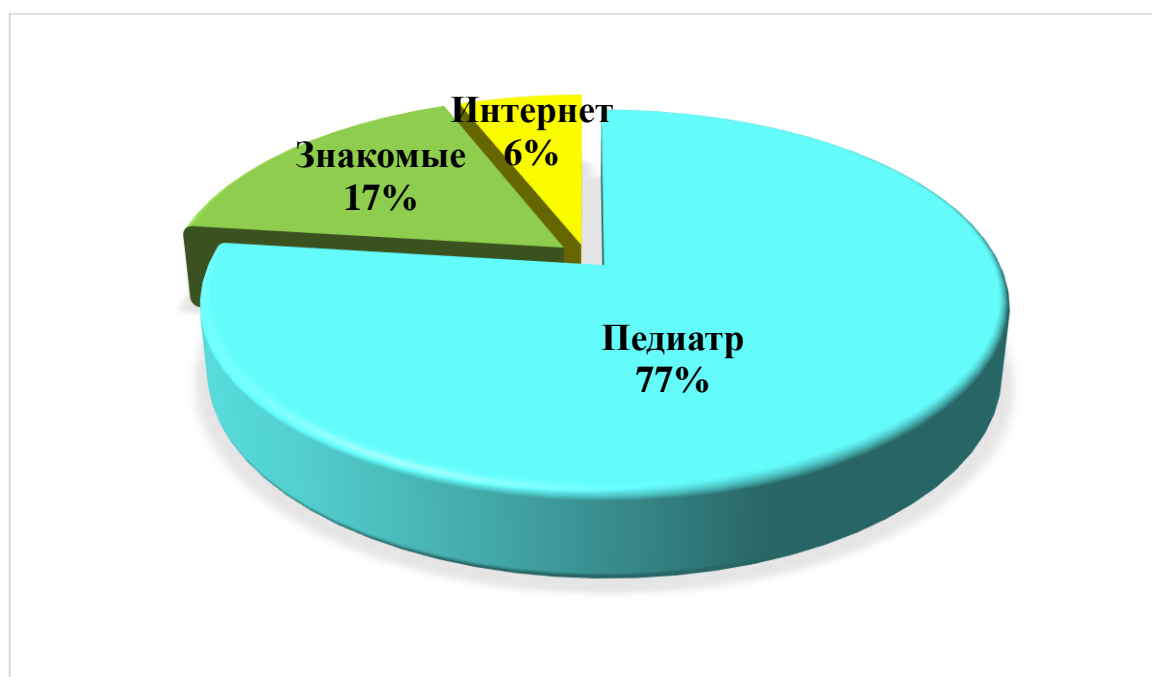


Рис.13. Объект информации о рахите

Большинство респондентов (83 %) в анкете в графе основные признаки рахита указали податливость и деформацию костей, остальные 6 (17 %) добавили ещё раздражительность и облысение на затылке ребёнка (Рис.).



Рис.14. Основные признаки рахита, по мнению родителей

Из проведённого нами анкетирования было выяснено, что в профилактических целях витамин D своим детям дают 25 женщин (69 %), а 11 (31%) не дают витамин D (Рис.).

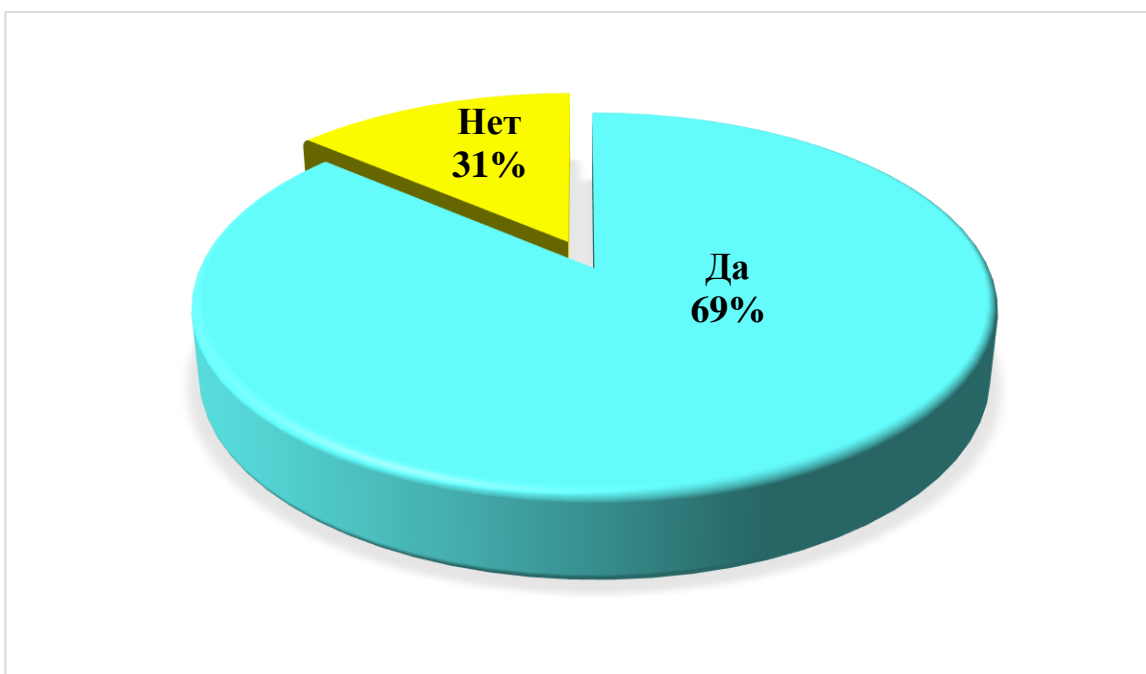


Рис.15. Витамин D в профилактических целях

В Профилактических целях необходимо посещать врача педиатра, так как данный специалист поможет своевременно установить наличие протекающих изменений в организме ребёнка. 15 респондентов (42 %) ответили, что посещают врача педиатра 1 раз 2 – 3 месяца, 12 человек (33 %) выбрали вариант 4 – 6 месяцев, 7 человек (9%) посещает педиатра 1 раз в месяц (Рис.).

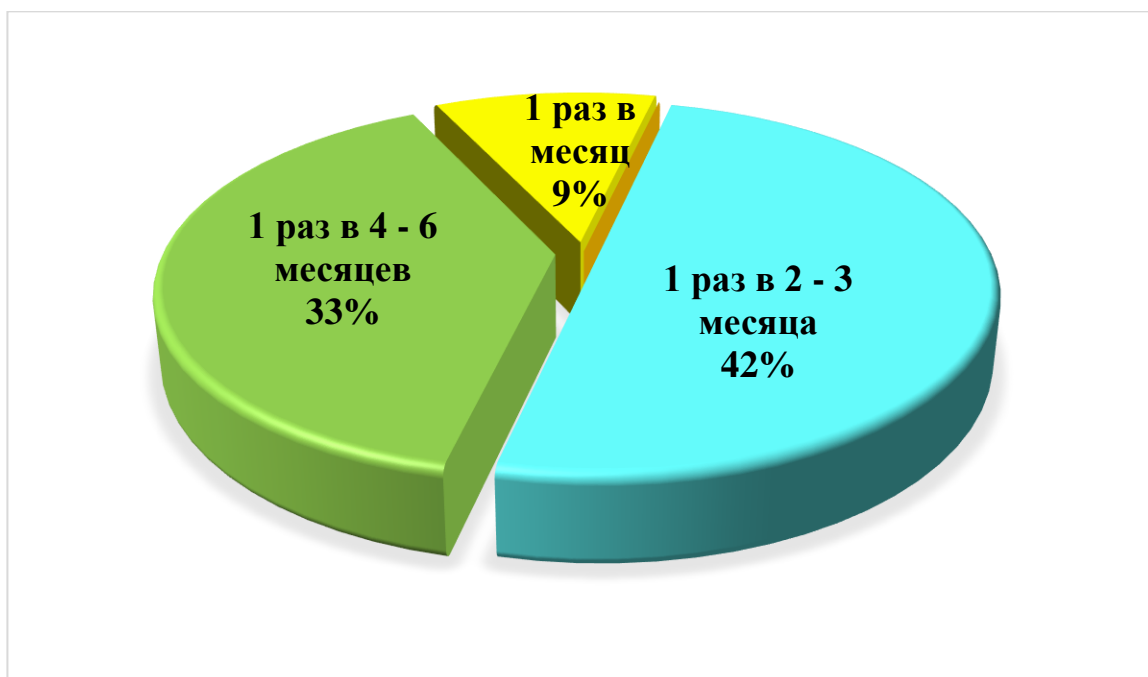


Рис.16. Частота посещения врача педиатра

34 респонденты (95 %) в проведённом анкетировании ответили, что проходит диспансерное наблюдение, 2 человека (5%) ответили нет (Рис.).

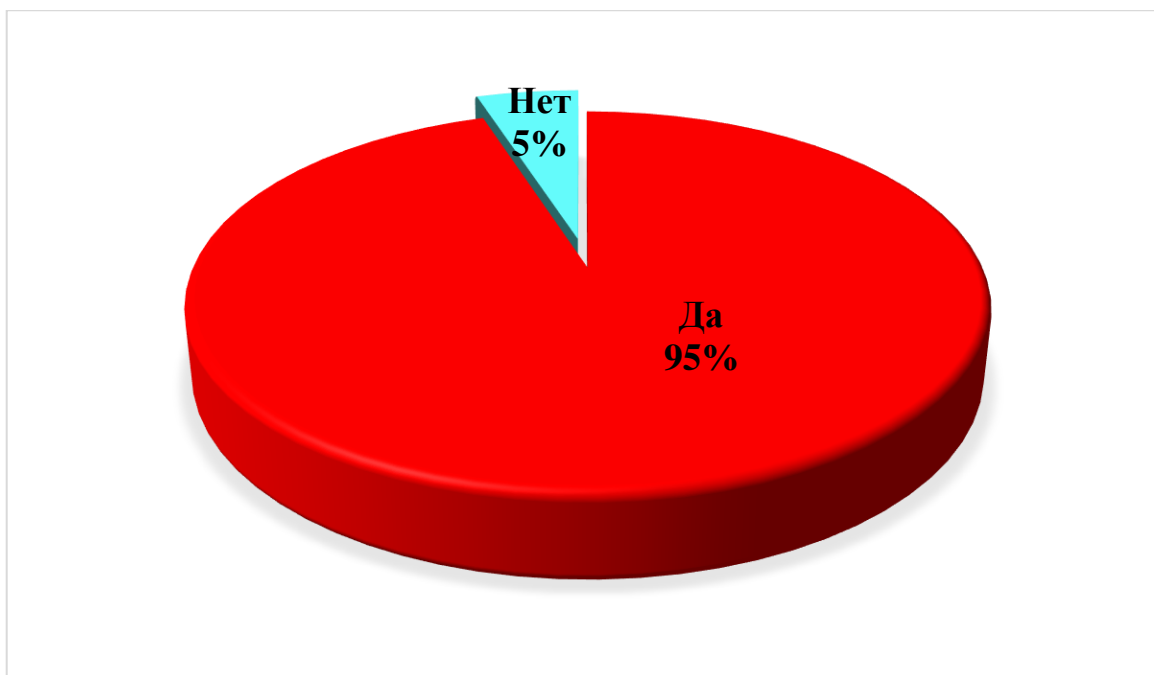


Рис.17. Диспансерное наблюдение

В результате проведённого нами исследования было выяснено, что у 30 респондентов (83 %) дети были привиты по возрасту, остальные 6(17 %) ответили, нет или не всегда (Рис.).

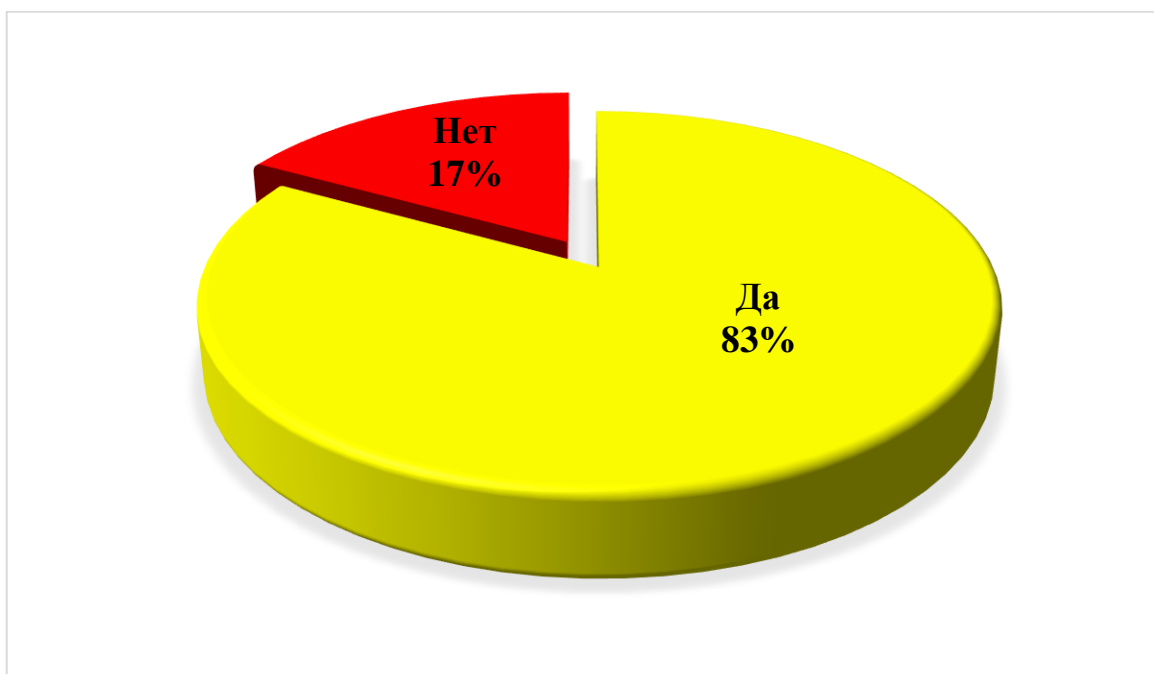


Рис.18. Прививание по возрасту

Профилактическую беседу о данном заболевании проводили с 31 респондентом, что составило 86 % от числа опрашиваемых родителей.

С оставшимися пятью, это составило 14%, медицинские сестры беседу не проводили, в силу своей занятости, заполнением медицинской документации (Рис.).

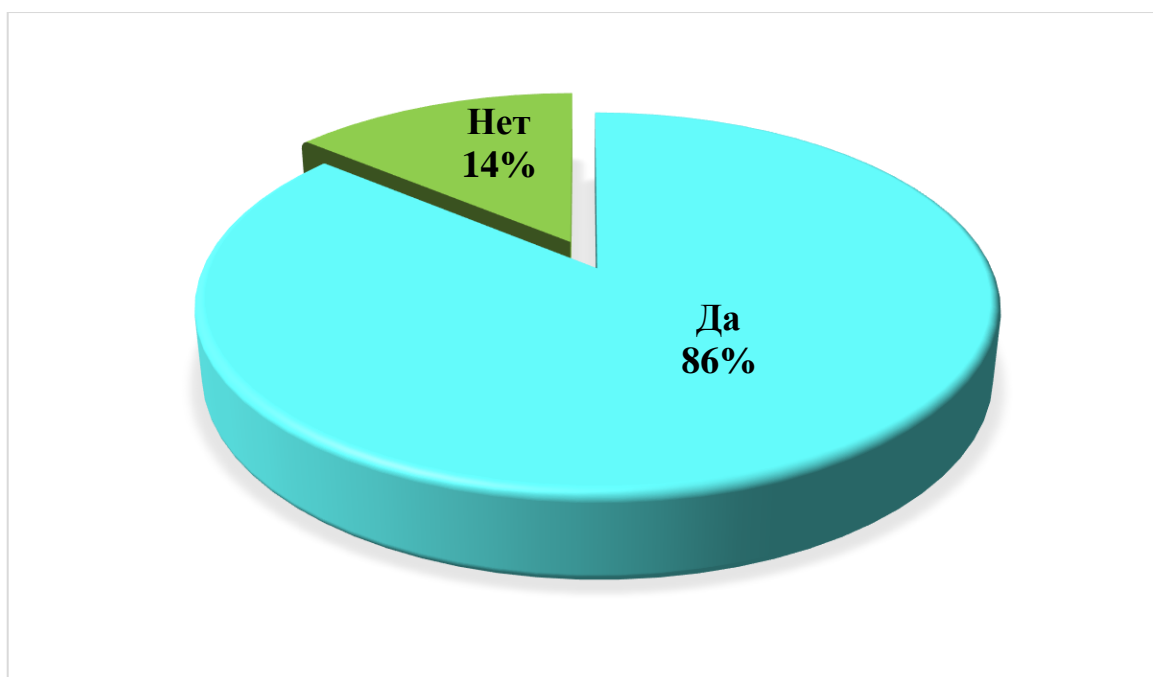


Рис.19. Проведение беседы медицинской сестрой о рахите

Мы выяснили, что профилактические рекомендации по рахиту медицинские сестры давали 31 человеку (86 %), остальным 5(14%), рекомендации не давали (Рис.).

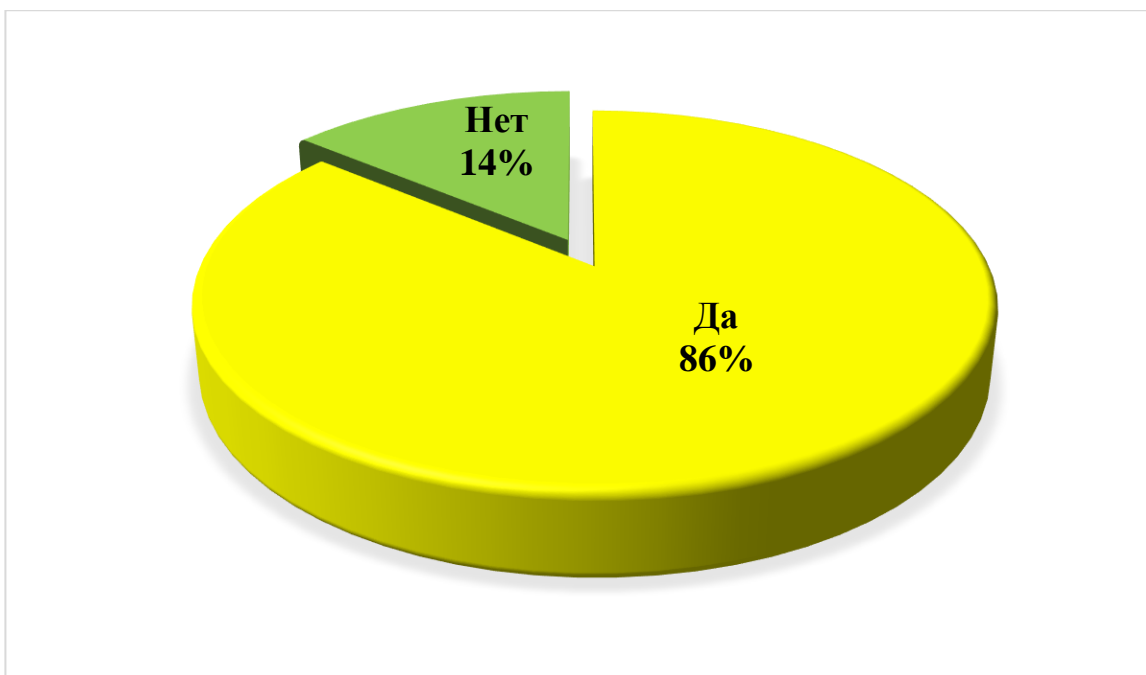


Рис.20. Дача профилактических рекомендаций медицинскими сёстрами по рахиту

Проанализировав и обработав полученные данные, мы можем сделать следующие выводы:

1. Большинство респондентов проводили антенатальную профилактику рахита, об этом свидетельствуют (Рис.), (Рис.), (Рис.);
2. Выявили уровень знаний будущей мамы по антенатальной профилактике рахита, он составил: 44 % соблюдали режим дня, 67 % принимали комплекс витаминов во время беременности, 75 % придерживались правильного питания во время беременности;
3. Родители в достаточной мере проинформированы по поводу данного заболевания, так как с большей половиной респондентов (86 %) проводилась профилактическая беседа медицинской сестрой и врачом – педиатром;
4. Профилактическая деятельность медицинских сестёр по данному заболеванию развита хорошо, беседы и рекомендации давались 86 % опрошенных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Младенческий рахит является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой, так как связанное с ним нарушение накопления пиковой костной массы в последующем может предрасполагать к развитию остеопороза. Вследствие нарушения абсорбции кальция, фосфора, магния развивается мышечная гипотония, вегетативные дисфункции, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. Выявляемые при рахите иммунологические нарушения предрасполагают к частым инфекционным заболеваниям и нарушают социальную адаптацию ребенка. В основе дальнейшего нормального развития ребенка лежит адекватная профилактика и своевременная терапия рахита у младенцев, препятствующая отдаленным последствиям перенесенного в раннем возрасте заболевания.

На основании рассмотренных теоретических материалов по проблеме заболеваемости рахитом установлено, что в этиологии рахита в современных условиях ведущую роль играет сочетание факторов риска эндогенного происхождения, определяющих особенности фосфорно-кальциевого обмена и метаболизма витамина D. Наиболее значимыми факторами риска развития рахита в настоящее время являются ускоренные темпы прибавки в массе и росте на первом году жизни и сопутствующая патология со стороны органов, участвующих в метаболизме витамина D в организме ребенка (патология желудочно-кишечного тракта и почек), отмечающиеся в 67,5% и 53,8% случаев.

На основании проведенного социологического исследования, можно сделать вывод, что эффективность профилактики рахита и снижения заболеваемости данной патологией возможно при своевременной и полной комбинации специфических и неспецифических профилактических мероприятий.

Профилактику рахита необходимо начинать в антенатальном периоде и продолжать в постнатальном с первых дней жизни. Особая профилактическая

роль в решении данного направления клинической медицины отводится сестринской службе.

Основой постнатальной профилактики рахита у детей раннего возраста является естественное вскармливание со своевременным введением микроприкормов, прикормов и добавок. Обязательно контролируется проведение специфической витаминной - профилактики D в осенне-зимний период. К мерам неспецифической профилактики рахита относятся рациональное свободное пеленание и умение правильно одеть младенца, чтобы обеспечить свободу движений, достаточное пребывание на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны, ежедневные купания, массаж, гимнастика, закаливание. Следовательно, основа профессиональной деятельности медицинской сестры – это активное воздействие на образ жизни семьи путем целенаправленного санитарного просвещения родителей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Захарова, И.Н. Профилактика и лечение рахита [Текст]: учебное пособие /И.Н. Захарова, Н.А. Коровина, Ю.А. Дмитриева. – Москва: Академцентр. – 2014. – 480 с.
2. Католикова, О.С. Сестринский уход в педиатрии [Текст]: учебное пособие / О.С. Католикова. – Ростов н/Д; Феникс. – 2015. – 539, 547 с.
3. Захарова,И.Н. Педиатрия[Текст]: учебное пособие /Ю.А.Дмитриева, С.В. Васильева, Е.А. Евсеева. – Москва: Академцентр. – 2015. – 11 с.
4. Галактионова, М.Ю., Неотложная помощь детям на догоспитальном этапе. Методическое пособие для врачей [Текст]: учебное пособие / М.Ю. Галактионова, Н.Ф. Денисенко. – Красноярск. – 2016. – 42 с.
5. Тульчинская, В.Д. Сестринский уход при детских заболеваниях [Текст]: учебное пособие /В.Д Тульчинская. – Москва: ИНФРА. – 2016. – 65 с.
6. Запруднов, А.М. Педиатрия сдетским инфекциями [Текст]: учебное пособие /А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. - Москва: ГЭОАР-Медиа. – 2015. – 2016. – 102 с.
7. Комаровский, Е.Ю. Справочник здравомыслящих родителей[Текст]: учебное пособие /Е.Ю Комаровский. – Москва: ЭКСМО. – 2015. – 115 с.
8. Коровина, Н.А., Педиатрия [Текст]: учебное пособие / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова. – Москва. -2014. – 54 с.
9. Коровина, Н.А. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей [Текст]: учебное пособие /Н.А. Коровина, И.Н Захарова, А.В Чебуркина. – Москва. – 2015. – 49 с.
10. Коровина Н.А. Современные подходы к профилактике и лечению рахита у детей / Н.А. Коровина, Н.А. Захарова – Москва. – 2015. – 30-35 с.

11. Современный взгляд на патогенез и профилактику рахита у детей[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://medi.ru/info/10585/>. – дата обращения: 10.11.2018
12. Рахит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://alexmed.info/2017/01/02/рахит/>. – дата обращения: 15.11.2018
13. Рахит. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<https://medicalj.ru/diseases/orthopedics/956-rahit/>. – дата обращения: 27.01.2019
14. Рахит. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://medportal.ru/>. – дата обращения: 15.02.2019

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета для родителей.

Уважаемый респондент, прошу Вас принять участие в анонимном тестовом анкетировании на тему: «Профилактика рахита у детей», данные которого останутся строго конфиденциальными и будут использованы исключительно в целях научно – исследовательской работы. Вам будет предоставлен ряд вопросов, которые содержат в себе несколько вариантов ответов. Анкетирование займет не более десяти минут Вашего времени.

1. Ваш возраст

- 1) 18-20
- 2) 21-23
- 3) 24-26
- 4) 26-35

2. Соблюдали ли Вы во время беременности режим дня?

- 1) Да
- 2) Нет

3. Принимали ли Вы комплекс витаминов во время беременности?

- 1) Да
- 2) Нет

4. Употребляли ли Вы во время беременности продукты, богатые витамином D и Ca?

- 1) Да
- 2) Нет

5. На каком сроке беременности родился Ваш ребенок?

- 1) 40-38
- 2) 37-35
- 3) 34-32

6. Дата рождения Вашего ребенка?

- 1) Летом
- 2) Осенью
- 3) Зимой
- 4) Весной

7. Назовите вид вскармливания вашего ребенка?

- 1) Грудное
- 2) Смешанное
- 3) Искусственное

8. Своевременно ли Вы вводите прикорм в рациональное питание Вашего ребенка?

- 1) Да
- 2) Нет

9. Как часто Вы гуляете с ребенком?

- 1) 1 час
- 2) 2-3 часа
- 3) 4-5 часа

10. Соблюдаете ли Вы режим дня ребенка?

- 1) Да
- 2) Нет

11. Знаете ли Вы о заболевании Рахит?

- 1) Да
- 2) Нет

12. Перечислите известные Вам факторы риска развития Рахита _____

13. Перечислите известные Вам ранние и основные проявления заболевания Рахита _____

14. Откуда Вы знаете о данном заболевании?

- 1) Из интернета
- 2) Беседа с врачом
- 3) От знакомых

15. Принимает ли Ваш ребенок витамин D в профилактических целях?

1) Да

2) Нет

16. Как часто Вы с ребенком посещаете врача-педиатра?

1) 1 раз в месяц

2) 1 раз в 2-3 месяца

3) 1 раз в 4-6 месяца

17. Соблюдаете ли Вы план диспансерного наблюдения ребенка первого года жизни?

1) Да

2) Нет

18. Ваш ребенок привит по возрасту?

1) Да

2) Нет

Спасибо за сотрудничество!