

д-р Баглов  
Полмерова О.В.

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему  
**«СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА УЧАСТКЕ  
(В ПОЛИКЛИНИКЕ)»**

Выполнил:

Обучающийся 5 курса 10 группы

педиатрического факультета

Порошина Анна Алексеевна

Волгоград 2018г.

## Содержание:

1. Введение .....	3
2. Цель, задачи исследования.....	4
3. Основные определения и понятия.....	5-6
4. Теоретическая часть.....	7-15
4.1. Содержание и методика исследования состояния здоровья ребенка.....	7-12
4.2. Комплексная оценка состояния здоровья детей.....	12-15
4.3. Наблюдение за детьми по группам здоровья.....	15
5. Роль врача-педиатра в оценке здоровья детей раннего возраста.....	16
6. Собственное исследования.....	17-20
6.1. Материалы и методы.....	17
6.2. Результаты и обсуждение.....	17-20
7. Вывод.....	21
8. Список литературы.....	22

## Введение:

Здоровье детского населения является одним из важнейших компонентов безопасности страны. Показатели заболеваемости детей первых трех лет жизни и уровень достигнутого ими физического развития формируются под влиянием конкретных социально-экономических условий и являются в настоящее время одними из ведущих критериев здоровья, индикатором социально-экономического благополучия общества.

Уровень заболеваемости детей раннего возраста отражает итог взаимодействия экономических, экологических, социально-гигиенических и медико-организационных факторов в обществе. Многочисленными исследованиями установлено, что заболеваемость детей имеет тенденцию к росту. В результате регулярного отслеживания состояния физического развития детей можно выявить как заметные изменения биологической природы человека, так и сравнительно кратковременные эффекты в отношении популяции. Существенные отклонения в физическом развитии у детей раннего возраста свидетельствуют о неблагополучии в состоянии здоровья. Чем значительнее отклонения, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний. Основа формирования здоровья детей закладывается в семье и в значительной степени зависит от условий и образа жизни семьи, характеризуясь триадой факторов:

1. организм (заболеваемость, физическое состояние, тип семьи),
2. среда («внешние» и «внутрисемейные» условия жизни),
3. поведение (психологический климат и образ жизни).

Важность семейного подхода подчеркивает и Всемирная Организация Здравоохранения. Все вышесказанное обуславливает актуальность исследования.

**Цель исследования:** проанализировать состояние здоровья детей раннего возраста по данным обращаемости в амбулаторно-поликлиническом звене.

**Задачи исследования:**

- 1) оценить физическое развитие детей 1–3 лет жизни в различных группах семей;
- 2) оценить заболеваемость детей 1–3 лет жизни в различных группах семей;
- 3) комплексная оценка здоровья детей раннего дошкольного возраста, с целью разработки персонализированных профилактических здоровье сберегающих мероприятий.

### Основные определения и понятия:

**Анамнез** - это совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путём расспроса самого обследуемого и/или знающих его лиц.

**Антропометрический показатель** - это один из основных методов антропологического исследования, который заключается в измерении тела человека и его частей с целью установления возрастных, половых, расовых и других особенностей физического строения, позволяющий дать количественную характеристику их изменчивости.

**Гипертонус мышц** - то нарушение мышечного тонуса тела, которое выражается в перенапряжении мышц

**Группа риска** - это медицинский и социологический термин, собирательное определение для представителей населения, наиболее уязвимых к определённым медицинским, социальным обстоятельствам или воздействию окружающей среды.

**Группа здоровья** - это условное медицинское обозначение, которое используется для анализа здоровья ребенка

**Декомпенсация** - нарушение нормального функционирования отдельного органа, системы органов или всего организма, наступающее вследствие истощения возможностей или нарушения работы приспособительных механизмов к патологическим изменениям, вызванным заболеванием, например, декомпенсация сердца при его пороках.

**Дефицит массы тела** - это заболевание, которое выражается в снижении массы тела человека ниже критической отметки индекса массы тела.

**Избыток массы тела** - это состояние организма, при котором индекс массы тела находится за пределом возрастной нормы.

**Интеркуррентные заболевания** - это случайно присоединяющаяся болезнь, осложняющая течение основного заболевания

**Зрительная координация** - это движения и их элементы в результат совместной и одновременной деятельности зрительной и мышечно-двигательной системы.

**Компенсация** - это возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций.

**Комплексная оценка здоровья** - это совокупность количественных показателей, характеризующих демографические процессы, заболеваемость, физическое развитие и инвалидность.

**Нервно - психическое развитие** - это закономерные изменения высшей нервной деятельности, в основе которых лежит овладение индивидом потребностями и способностями, необходимыми для жизни

**Плантография** - это метод получения отпечатков стопы (следа), позволяющих судить о ее рессорной функции

**Плоскостопие** – это изменение формы стопы, характеризующееся опущением её продольного и поперечного сводов. Различают первоначальное, поперечное и продольное плоскостопие, возможно сочетание обеих форм.

**Пузырьное дыхание** – это разновидность везикулярного дыхания у здоровых детей в возрасте от 6 месяцев — 1 года до 7 лет, отличающееся от везикулярного усиленным и продолжительным шумом выдоха, и не встречается у взрослых.

**Ранний возраст** – это период в развитии человека между младенчеством и дошкольным возрастом. Охватывает возраст от 1 года до 3 лет.

**Субкомпенсация** – это одна из стадий заболеваний, во время которой клинические симптомы постепенно нарастают и самочувствие ухудшается

**Тургор** – это напряженное состояние клеточной оболочки, создаваемое гидростатическим давлением внутриклеточной жидкости

**Физическое развитие** – это динамический процесс роста (увеличение длины и массы тела, развитие органов и систем организма и так далее) и биологического созревания ребёнка в определённом периоде детства

## Теоретическая часть научно-исследовательской работы:

### Содержание и методика исследования состояния здоровья ребенка

Обследование детей раннего возраста требует специального подхода. Врачебное обследование здоровых детей не должно быть шаблонным, заранее невозможно указать, на какие особенности данного ребенка следует обратить внимание. Во время каждого врачебного обследования врач-педиатр должен уточнить анамнез, проанализировать данные о перенесенных заболеваниях <sup>(1)</sup>. Контроль за развитием и состоянием здоровья детей раннего и дошкольного возраста за прошедший период, оценить динамику массы и длины тела, реакцию на профилактические прививки, характер вскармливания и выявить жалобы на отклонения в самочувствии и поведении ребенка (из беседы с родителями, воспитателями дошкольных учреждений, по данным сестринских патронажей).

При обследовании ребенка в первую очередь определяется его физическое развитие. Для этого учитываются антропометрические показатели: длина тела, масса тела, окружность груди, а у детей 1 года, и головы. Длина тела у детей до 2 лет измеряется в лежачем положении горизонтальным деревянным ростомером, старше 2 лет - вертикальным ростомером.

Масса тела определяется на медицинских весах: детей раннего возраста (до 2 лет) на детских чашечных весах, старше 2 лет - на рычажных весах.

Окружность груди измеряется сантиметровой лентой, которая накладывается сзади под нижними углами лопаток, а спереди так, чтобы она покрывала нижние сегменты околососковых кружков. Измерения проводятся при опущенных руках, в состоянии покоя. Окружность головы измеряется при положении ленты сзади на выступе затылочного бугра, а спереди - через глабеллу по надбровным дугам.

Антропометрические исследования проводят детям до года ежемесячно, от 1 года до 3 лет - ежеквартально, от 3 до 7 лет - 1 раз в полугодие. В дошкольном учреждении контроль за массой тела проводится детям до 6 месяцев жизни - 1 раз в десять дней, от 6 месяцев до 1 года - 1 раз в 15 дней, от 1 года до 3 лет - 1 раз в месяц, от 3 до 7 лет - один раз в квартал.

---

<sup>(1)</sup> По кратности заболеваний различают не болеющих, эпизодически болеющих и часто болеющих. В настоящее время в понятие "часто болеющий" принято относить ребенка с кратностью острых заболеваний 4 и более раз в год.

*Оценка физического развития* ребенка базируется на динамике основных показателей физического развития. Для детей первого года жизни особое внимание следует уделить ежемесячной динамике массы и длины тела, окружности груди и головы, а также перекресту размеров последних (в среднем в возрасте 3-4 месяцев).

В практике оценивается физическое развитие ребенка на момент обследования. Эта оценка включает в себя характеристику физического развития по соотношению тотальных размеров тела с помощью местных стандартов (шкал регрессии). Определив рост, который имеет 5 градаций <sup>(2)</sup>, следует установить соответствие массы тела и окружности грудной клетки росту данного ребенка.

*Варианты оценки физического развития могут быть следующие:*

1. Нормальное физическое развитие - при значениях массы тела и окружности грудной клетки в пределах от  $M - 1_{OR}$  до  $M + 1_{OR}$  для детей до 3 лет и от  $M - 1_{OR}$  до  $M + 2_{OR}$  для детей от 3 до 7 лет при среднем, выше среднего и ниже среднего росте.
2. Дефицит массы тела I или II степени при среднем, выше среднего и ниже среднего росте.
3. Избыток массы тела I или II степени при среднем, выше среднего и ниже среднего росте.

У детей с низким или высоким ростом при любой массе тела возможна общая задержка физического развития или ускоренное созревание организма.

Дети с массой тела ниже  $M - 1_{OR}$  т.е. с дефицитом массы тела подлежат наблюдению педиатром. Дети с массой тела выше  $M + 2_{OR}$  направляются на консультацию к эндокринологу, так как у них возможно ожирение.

Дети с низким и высоким ростом (ниже  $M - 2_{OR}$ , выше  $M + 2_{OR}$ ) также направляются к эндокринологу, так как у них возможна общая задержка физического развития, или имеет место ускоренное развитие.

---

<sup>(2)</sup> Средний ( $M \pm 1_{\sigma}$ ); выше среднего (от  $M + 1_{\sigma}$  до  $M + 2_{\sigma}$ ); высокий (выше  $M + 2_{\sigma}$ ); ниже среднего (от  $M - 1_{\sigma}$  до  $M - 2_{\sigma}$ ) и низкий (ниже  $M - 2_{\sigma}$ )



*Общий уровень нервно-психического развития ребенка* характеризуется уровнем развития отдельных психических функций, что отражает степень созревания центральной нервной системы. Контроль за нервно-психическим развитием детей раннего возраста проводится в следующие сроки:

1 год жизни - 1 раз в месяц, 2 год жизни - 1 раз в квартал, 3 год жизни - 2 раза в год.

Нервно-психическое развитие ребенка выявляется созданием специальной ситуации, для чего в кабинете врача должны быть игрушки, помогающие определить параметры развития на каждом возрастном этапе. На первом году жизни, оценивая уровень нервно-психического развития, все признаки по линии развития определяет врач. На 2 и 3 году жизни в оценке уровня нервно-психического развития наряду с врачом принимают участие медицинская участковая сестра, медсестра кабинета здорового ребенка при участии родителей, воспитателей дошкольных учреждений.

Правильную и в достаточной степени полноценную оценку достигнутого на момент обследования уровня нервно-психического развития врач может дать только на основании определения ряда показателей, характеризующих различные стороны этого процесса.

Оценка нервно-психического развития ребенка осуществляется по трем параметрам:

1. "возрасту соответствует"
2. "отстает"
3. "опережает возраст"

При оценке общего уровня нервно-психического развития детей в возрасте до 3 лет следует руководствоваться общепринятыми в настоящее время показателями нормального уровня по основным линиям нервно-психического развития ребенка.

За норму развития ребенка на первом году жизни принимают овладение умениями в пределах  $\pm 15$  дней от паспортного возраста. Ранним или ускоренным развитием считается, если ребенок овладел умениями в более ранние возрастные сроки (+15 дней). Замедленное развитие - овладение умениями в более поздние возрастные сроки (-15 дней). На 2 году жизни за нормальное развитие принимается формирование умений в пределах квартала. На третьем году жизни за нормальное развитие принимается формирование умений в пределах полугодия.

Ведущими показателями являются:

- 1) моторное развитие и зрительная координация (равновесие в ходьбе, статическое равновесие, прыжок и т.д.);
- 2) развитие речи (звуковая культура речи, грамматически правильная речь, чтение стихов и рассказывание и т.д.);
- 3) познавательная деятельность: количество и счет, величина, ориентировка в пространстве, ориентировка во времени, знание и ощущение цвета, конструирование, воспроизведение, формирование обобщений;
- 4) социально-культурное развитие: культурно-гигиенические навыки, самостоятельность и трудолюбие, игровая деятельность, взаимоотношения с окружающими.

*При осмотре ребенка* отмечается состояние кожи и видимых слизистых, их окраска, наличие воспалительных явлений, сухость или повышенная влажность. У здорового ребенка кожа имеет нормальную окраску, умеренно влажная и эластичная на ощупь, слизистые влажные, бледно-розовые.

Жироотложение определяется как нормальное, избыточное или недостаточное. При нормальном развитии подкожно-жирового слоя контуры ключиц, плеч и ребер у ребенка сглажены, толщина кожной складки на животе чуть ниже пупка справа или слева - 2 см.

Тургор мягких тканей определяется как нормальный или сниженный. Под тургором понимается субъективно воспринимаемое ощущение сопротивления, получаемое при сдавлении пальцами кожи и подкожной клетчатки, обычно на внутренней стороне плеча и бедра.

При характеристике периферических лимфатических узлов (затылочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые) учитывается их количество, консистенция, подвижность, чувствительность. В норме лимфатические узлы невелики (до 0,5 см), единичны, не спаяны с кожей и между собой, безболезненны.

*Мышечная система* характеризуется степенью развития мускулатуры, тонусом и силой мышц. Развитие мышечной системы определяется при наружном осмотре контуров мышц плечевого пояса, туловища, ног и оценивается как хорошее, среднее и слабое. Тонус считается сниженным, когда при ощупывании мышцы кажутся мягкими, вялыми, и нормальным, когда мышцы упругие, твердые на ощупь. Тонус мышц у детей до 1 года оценивается степенью сопротивления, получаемого при пассивных движениях: при сгибании и разгибании рук и ног. У здоровых доношенных детей в первые 2-3 месяца отмечается физиологическая гипертония мышц, затем их тонус выравнивается. Сила мышц измеряется с помощью детского ручного динамометра.

*Костная система.* При оценке состояния костной системы обращается внимание на форму и размеры головы, грудной клетки, позвоночника, конечностей. Для детей до 1 года имеет значение определение размеров большого родничка и состояние швов. У доношенного здорового новорожденного ребенка величина большого родничка не превышает 2-2,5 см, т.е. ширины двух пальцев. Измерять родничок нужно не по диагонали, а поперек, так как иначе трудно определить его границы. Позже родничок постепенно уменьшается и в норме закрывается в возрасте 12-14 месяцев.

При проведении профилактических осмотров обязательно обращается внимание на осанку. Осанка детей раннего возраста имеет свои характерные черты, обусловленные анатомо-физиологическими особенностями этого возраста: голова немного наклонена вперед, плечевой пояс незначительно смещен кпереди, не выступая за уровень грудной клетки. Линия грудной клетки плавно переходит в линию живота, последний выступает на 1-2 см, физиологические изгибы позвоночника слабо выражены, угол наклона таза невелик. Для оценки развития стопы и выявления плоскостопия, кроме осмотра стопы, рекомендуется применять плантографию. Этот метод прост, доступен, объективен и может быть осуществлен средним медицинским персоналом. Плантографию следует проводить один раз в год с 2-летнего возраста. Хотя плоскостопие в возрасте до 5 лет может рассматриваться как этап формирования свода стопы, дети с выраженным плоскостопием и отсутствием положительной динамики требуют к себе внимания.

*Органы дыхания.* При оценке состояния органов дыхания определяется характер носового дыхания (свободное, затруднено), частота дыхания, проводится перкуссия и аускультация легких, осмотр зева. Частота дыхания у детей подсчитывается незаметным для ребенка образом, положив ему руку на грудь или живот. При перкуссии определяется характер звука. У большинства детей раннего возраста он имеет тимпанический оттенок. При аускультации отмечается характер дыхания (пуэрильное до 2,5-3 лет или везикулярное), наличие или отсутствие, характер и локализация хрипов. Физиологическое ослабление везикулярного дыхания наблюдается при избыточном ожирении. При осмотре зева обращается внимание на его окраску, наличие отделяемого на задней стенке глотки, характер миндалин (величину, плотность, спаянность с окружающими тканями миндалин, состояние лакун).

*Сердечно-сосудистая система* характеризуется на основании данных осмотра, перкуссии, аускультации, определения частоты пульса, артериального давления и функциональных проб. При общем осмотре отмечается окраска кожных покровов, наличие видимой пульсации в области верхушки сердца, в подложечной области, по ходу крупных сосудов. При перкуссии сердца устанавливаются его границы, которые имеют свои возрастные нормы. Аускультация сердца проводится обычным стетофонендоскопом в вертикальном и в горизонтальном положении. В норме тоны сердца отчетливые, ритмичные, чистые. Усиление обоих сердечных тонов может быть и у здоровых детей (при психическом, физическом возбуждении ребенка и др.). При аускультации могут выявиться шумы органического или функционального характера. Функциональный шум исчезает при перемене положения тела и физической нагрузке. Важным показателем сердечной деятельности является частота пульса, которая определяется в положении сидя при аускультации сердца или пальпаторно на лучевой артерии. Артериальное давление измеряется в положении сидя, в спокойном состоянии, на правой руке ребенка (по методу Короткова) с использованием специальных манжеток для детей. До 2 лет применяется манжетка М-35; от 2 до 5 лет - М-55; в 6-7 лет - М-85 (ширина манжетки в мм)

*Органы пищеварения.* Исследование органов пищеварения начинается с опроса о характере аппетита, стула, наличии жалоб и др. При осмотре полости рта отмечается цвет и характер слизистой оболочки рта, языка. Отмечаются сроки, парность и последовательность прорезывания зубов, состояние тканей зуба, пороки развития зубов, кариес, состояние прикуса, функций жевания, глотания и др. При осмотре и пальпации живота определяется его форма, размеры печени, селезенки, наличие и локализация болевых точек. У здоровых детей до 5 лет печень выступает из-под реберной дуги на 1,5-2 см, край эластичный, ровный, безболезненный, селезенка не пальпируется.

*Мочеполовая система.* Для оценки состояния мочеполовой системы выясняются данные анамнеза, жалобы, осматриваются наружные половые органы, обращается внимание на правильность их формирования. У мальчиков к моменту рождения яички, как правило, опущены в мошонку. При опросе выясняется частота и характер мочеиспускания, цвет, прозрачность и запах мочи. Для оценки состояния мочевых и мочевыводящих путей важное значение имеет анализ мочи.

*Нервная система.* Для оценки состояния нервной системы ребенка выясняется биологический и социальный анамнез, наличие жалоб, поведенческие реакции ребенка, характер речевой и двигательной активности, особенности вегетативных реакций.

*Органы чувств.* При обследовании органов зрения и слуха проводится наружный осмотр, позволяющий выявить наличие патологических изменений, определяется острота зрения и слуха. Острота слуха проверяется шепотной речью отдельно на каждое ухо (на расстоянии не менее 5-6 метров).

Важным для характеристики состояния здоровья ребенка являются показатели периферической крови, которые определяются у здоровых детей в декретированные сроки и по показаниям.

### **Комплексная оценка состояния здоровья детей**

В условиях детских амбулаторно-поликлинических учреждений для организации диспансеризации и проведения индивидуальных оздоровительных мероприятий необходимы данные о состоянии здоровья как отдельного ребенка, так и всех наблюдаемых контингентов. Этим целям отвечает комплексная оценка состояния здоровья ребенка по ряду критериев (признаков), на основании которых дети разделяются на группы здоровья.

В результате научных исследований, апробированных в течение нескольких лет в детских лечебно-профилактических учреждениях ряда территорий страны, предлагается 5 групп здоровья:

к I группе относятся здоровые дети;

ко II группе - здоровые, но с наличием риска возникновения патологии;

к III, IV и V группам - больные дети в состоянии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации патологического процесса.

Группа здоровья дает более широкое представление о состоянии здоровья каждого индивидуума и контингента детей в целом, чем диагноз. Учет только диагнозов заболеваний, без использования других характеристик, не позволяет выделить угрожаемый контингент детей. Комплексная оценка здоровья ребенка с определением группы здоровья осуществляется участковым врачом-педиатром при первичном посещении новорожденного после выписки из родильного дома. Затем оценку здоровья детей первого и второго года жизни с определением группы следует проводить один раз в квартал, детей третьего года жизни - один раз в полугодие и детей дошкольного возраста - один раз в год. Оценка здоровья ребенка и определение группы здоровья проводится на основе анамнестических сведений, уровня физического и нервно-психического развития ребенка, данных клинического осмотра, заключения врачей специалистов, лабораторных исследований, анализа заболеваемости ребенка.

*При комплексной оценке состояния здоровья ребенка следует учитывать критерии (признаки), предложенные С. М. Громбахом (1965 год) в качестве основополагающих:*

1. наличие или отсутствие хронической (в том числе врожденной) патологии;
2. функциональное состояние органов и систем;
3. резистентность и реактивность организма;
4. уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития.

Оценка состояния здоровья дается на момент обследования. При осмотре функциональное состояние органов и систем определяется клиническими методами с использованием в необходимых случаях функциональных проб. Резистентность и реактивность, отражающие степень сопротивляемости детского организма неблагоприятным факторам, определяются по количеству острых заболеваний (в том числе и обострений хронических болезней), их тяжести и длительности за предшествующий осмотру год.

В практической работе участковым врачам-педиатрам удобно пользоваться прилагаемой схемой:

**Таблица 1.** Распределения детей раннего и дошкольного возраста по группам здоровья.

Группы	Хроническая патология	Функциональное состояние основных органов и систем	Резистентность и реактивность	Физическое и нервно-психическое развитие
Группа I (без отклонений)	Отсутствует	Без отклонений	Заболеемость за период предшествующий наблюдению - редкие и легко протекающие острые заболевания	Нормальное, соответствует возрасту
Группа II (с функц. отклонениями)	Отсутствует	Наличие функциональных отклонений. Для детей первого года жизни - отягощенный акушерский анамнез (токсикоз, другая патология беременности, осложненное течение родов, многоплодная беременность), недоношенность без резких признаков незрелости, неблагоприятное течение раннего неонатального периода. Кариез зубов - субкомпенсированная форма, аномалия прикуса	Заболеемость - продолжительные острые заболевания с последующим затяжным реконвалесцентным периодом - вялость, повышенная возбудимость, нарушения сна и аппетита, субфебрилитет и т.д.	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I степени. Нормальное или резко выраженное отставание нервно-психического развития
Группа III (состояние компенсации)	Наличие хронической патологии, врожденных дефектов развития органов и систем	Наличие функциональных отклонений и патологически измененной системы, органа без клинических проявлений, функциональных отклонений других органов и систем. Кариез зубов - декомпенсированная форма	Заболеемость - редкие, не тяжелые по характеру течения обострения основного хронического заболевания без выраженного ухудшения общего состояния и самочувствия. Редкие интеркуррентные заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I или II степени. Нервно-психическое развитие нормальное или отстает, низкий рост
Группа IV (состояние субкомпенсации)	Наличие хронической патологии, врожденных дефектов развития систем и органов	Наличие функциональных отклонений патологически измененного органа, системы и др. органов и систем	Заболеемость - частые обострения основного хронического заболевания, редкие и частые острые заболевания с нарушением общего состояния и самочувствия после обострения или с затяжным реконвалесцентным периодом после интеркуррентного заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I или II степени, низкий рост. Нервно-психическое развитие нормальное или отстает
Группа V (состояние декомпенсации)	Наличие тяжелой хронической патологии или тяжелого врожденного порока, предвещающих инвалидность ребенка	Врожденные функциональные отклонения патологически измененного органа, системы, других органов и систем	Заболеемость - частые тяжелые обострения основного хронического заболевания, частые острые заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I или II степени, низкий рост. Нервно-психическое развитие нормальное или отстает

*Первая группа* объединяет контингент здоровых детей, не имеющих отклонений по всем избранным для оценки признакам здоровья, не болевших или редко болевших за период наблюдения, а также детей, имеющих в соответствии с характеризруемыми признаками здоровья незначительные единичные морфологические отклонения (аномалия ногтей, мало выраженная деформация ушной раковины и др.), не влияющие на состояние их здоровья и не требующие коррекции.

*Вторую группу* составляют здоровые дети, имеющие отягощенный биологический и социальный анамнез, некоторые функциональные и морфологические изменения, часто (4 и более раз в году) или длительно болеющие острыми заболеваниями, а также здоровые дети с "риском" возникновения у них хронической патологии.

Наличие следующих основных показаний позволяет врачу-педиатру отнести ребенка ко II группе здоровья:

1. отягощенный акушерский анамнез для детей 1 года жизни: токсикоз и другая патология беременности, в том числе хронические заболевания матери: осложненное течение родов, многоплодная беременность, недоношенность без резких признаков незрелости и др.;
2. неблагоприятный семейный анамнез: алкоголизм родителей, неполная семья и др.
3. рахит I степени, начальный период; выраженные остаточные явления рахита;
4. гипотрофия I степени для детей до 1 года; дефицит или избыток массы тела I и II степени;
5. аллергическая предрасположенность к пищевым, лекарственным и другим веществам с кожными проявлениями экссудативного диатеза;
6. некоторые врожденные аномалии, не требующие оперативного вмешательства: расширение пупочного кольца, расхождение прямых мышц живота, неполный крипторхизм (на 1-2 году жизни) и др.;
7. функциональные изменения сердечно-сосудистой системы, шумы функционального характера, тенденция к понижению и повышению артериального давления, изменения ритма и частоты пульса, неблагоприятная реакция на функциональную пробу с мышечной нагрузкой;
8. гипертрофия аденоидов I-II степени, гипертрофия миндалин II степени, искривление носовой перегородки при отсутствии нарушения носового дыхания; повторные заболевания бронхитами или пневмониями; частые острые респираторные вирусные инфекции;
9. понижение содержания гемоглобина в крови.
10. отдельные невротические реакции, патологические привычки, задержка нервно-психического развития, косноязычие;

*Третья группа* объединяет больных детей с наличием хронических заболеваний или врожденной патологии в состоянии компенсации, с редкими, нетяжелыми по характеру течения обострениями хронического заболевания без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия, с редкими интеркуррентными заболеваниями (1-3 раза в год). Состояние компенсации определяется наличием функциональных отклонений только одной патологически измененной системы или органа без клинических проявлений функциональных отклонений других органов и систем.

*Четвертая группа* - включает детей с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, выраженными признаками незрелости, с частыми, нетяжелыми по характеру течения обострениями основного заболевания, с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным реконвалесцентным периодом после острых интеркуррентных заболеваний. Состояние субкомпенсации определяется наличием функциональных отклонений не только патологически измененного органа, системы, но и других органов и систем.

*Пятая группа* включает детей, больных тяжелыми хроническими заболеваниями, с тяжелыми врожденными пороками развития в состоянии декомпенсации, т.е. угрожаемых по инвалидности или инвалидов. Состояние декомпенсации определяется тяжелыми морфологическими и функциональными отклонениями как патологически измененного органа, системы, так и других органов и систем.

Для отнесения детей к III-V группам не обязательно наличие отклонений по всем четырем признакам здоровья, достаточно по одному из них. Группа здоровья определяется по самому тяжелому отклонению или диагнозу. При заключении о состоянии здоровья ребенка в "Истории развития" ф.112 следует отразить группу здоровья условным обозначением (I, II, III, IV, V) и краткие показания, определяющие его группу здоровья. В зависимости от изменения уровня состояния здоровья по тому или иному признаку (или их сочетанию) педиатр в процессе динамического наблюдения может изменить группу или оставить ее прежней.

### **Наблюдение за детьми по группам здоровья**

Дети I группы здоровья должны наблюдаться в обычные сроки, установленные для профилактических осмотров здоровых детей. Врачебные назначения детям этой группы включают в себя профилактические, воспитательные и общеоздоровительные мероприятия.

Дети II группы здоровья с наличием риска возникновения патологии заслуживают более пристального внимания врача-педиатра, так как профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия, проведенные своевременно и целенаправленно, обладают наибольшей эффективностью по предупреждению формирования у них хронической патологии. Сроки наблюдения за данной группой детей устанавливаются врачом индивидуально для каждого ребенка в соответствии со степенью риска в отношении формирования хронической патологии, выраженности функциональных отклонений и степени резистентности. Часто болеющие дети, а также дети, перенесшие острую пневмонию, болезнь Боткина и др., хотя и относятся ко II группе здоровья, в периоде реконвалесценции берутся под наблюдение по форме 30 (контрольная карта диспансерного наблюдения). Врачебные назначения детям этой группы включают в себя не только профилактические, воспитательные и общеоздоровительные, но и специальные лечебно-оздоровительные мероприятия индивидуально для каждого ребенка. Лечебно-оздоровительные мероприятия детям II группы здоровья назначаются как педиатром, так и врачами-специалистами.

Дети III, IV, V групп здоровья находятся на диспансерном наблюдении у врачей педиатра и специалистов (форма 30) в соответствии с "Методическими рекомендациями по диспансеризации детского населения" и должны получать все необходимое лечение в зависимости от наличия той или иной патологии.

## Роль врача-педиатра в оценке здоровья детей раннего возраста:

Значение врача-педиатра поликлиники в оценке здоровья детей раннего детства чрезвычайно велико. Участковый педиатр ведет, прежде всего, большую профилактическую работу со здоровыми детьми, в том числе с детьми раннего возраста, которая заключается в проведении своевременных осмотров 1 раз в квартал. Перед поступлением ребенка в детское дошкольное учреждение проводится углубленный медицинский осмотр с привлечением необходимых специалистов, на данном этапе главное грамотно оценить состояние здоровья ребенка. По результатам профилактических осмотров педиатр дает комплексную оценку о состоянии здоровья. При этом учитываются следующие данные: функциональное состояние органов и систем, резистентность и реактивность организма, уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития, наличие хронической патологии. На основании этого врач делает заключение об отношении ребенка к определенной группе здоровья (табл.1)

*Основными задачами профилактического приема врача-педиатра для детей раннего возраста являются следующие:*

1. контроль за правильностью физического и психомоторного развития ребенка;
2. регулирование изменений режима жизни и питания ребенка соответственно возрасту;
3. осуществление мероприятий по профилактике и лечению рахита;
4. обучение матерей массажу и комплексам гимнастики, соответствующим возрасту ребенка;
5. направление детей на лабораторное обследование;
6. осмотр детей перед профилактическими прививками;

*Показатели:*

1. Полнота охвата детей профилактическими осмотрами:

число осмотренных детей (раз в год, 2 раза в год и т.д.)  
\_\_\_\_\_ x 100  
число детей, подлежащих проф. осмотру по плану (раз в год, 2 раза в год и т.д.)

2. Частота выявления заболеваний при проф. осмотрах:

число заболевших, выявленных при профилактическом осмотре  
\_\_\_\_\_ x 100  
число детей, прошедших профилактический осмотр

3. Процент детей, охваченных целевыми осмотрами:

число детей, осмотренных на профилактическом осмотре (болезнь)  
\_\_\_\_\_ x 100  
Среднегодовая численность населения



### Собственное исследование:

**Материалы и методы:** Анализ состояния здоровья детей проводился на основе данных, полученных из истории развития ребенка (ф. 112/у), выписок из истории болезни детей, лечившихся в стационарах. Необходимая информация заносилась в специально разработанную карту выборки из истории развития ребенка, в которой отражались данные о физическом и нервно-психическом развитии. При изучении физического развития детей в разработку не были включены характеристики недоношенных детей. Оценка физического развития проводилась по двум показателям – длине и массе тела по центильным таблицам отдельно для мальчиков и девочек. Длину тела оценивали по отношению к возрасту, а массу тела – по отношению к длине. За норму принимали нахождение показателей длины тела (см) и массы тела (кг) детей в пределах 25–75% центильного коридора; все показатели ниже 25 центиля расценивали как дефицит длины или массы тела, выше 75 центиля – как высокий рост или избыток массы тела. Комплексную оценку состояния здоровья детей раннего возраста проводили на основании специальных критериев (анамнез, физическое и нервно-психическое развитие, степень их гармоничности, уровень основных функций, степень неспецифической резистентности организма и т. д.). Распределяли детей по группам здоровья на основании приказа Минздрава РФ.

При статистической обработке дети, отнесенные по состоянию здоровья, к IV и V группам, были объединены в одну IV группу.

В I группу здоровья включены дети, болеющие не более трех раз в год, с заболеваниями сроком не более 10 дней и протекающими без осложнений, при наличии благоприятной картины по всем остальным критериям.

Дети с наличием неблагоприятного биологического и социального анамнеза составили II А группу здоровья; II Б группу – часто болеющие дети (ЧБД) со сниженной реактивностью, с отставанием в нервно-психическом и физическом развитии, но не имеющие хронических заболеваний;

III группу – дети с хроническими заболеваниями. Специальным разделом карты были представлены организация медицинского наблюдения за здоровым и больным ребенком, профилактические прививки.

IV группу – дети с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, выраженными признаками незрелости, с частыми, нетяжелыми по характеру течения обострениями основного заболевания, с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным реконвалесцентным периодом после острых интеркуррентных заболеваний.

### Результаты и обсуждение:

При анализе возрастной структуры детского населения на педиатрическом участке №1 (Рис.1) ДКП № 15 Центрального района г. Волгограда выявлено, что количество детей раннего возраста составило 359 человек

Анализ динамики физического развития детей показал, что наибольшая длина тела детей (Рис.2) была в I группе, наименьшая – во II группе. Масса тела детей также была наибольшей в I группе и наименьшей – во II. Значения длины и массы тела детей I группы превышали показатели детей остальных групп. На третьем году жизни темпы роста детей замедлились.

Показатели физического развития были наиболее высокими у детей I группы (средняя длина тела 96,2 см у мальчиков и 94,8 см у девочек, масса тела 15,6 кг у мальчиков и 14,7 кг у девочек); самыми низкими у детей IV группы (соответственно 92,6 см у мальчиков, 91,2 см у девочек; 14,7 кг у мальчиков, 13,9 кг у девочек). Показатели физического развития мальчиков во всех возрастных группах превышали соответствующие показатели девочек (Рис.3)

Рис.1. Возрастная структура детского населения на педиатрическом участке ( N=855 детей )

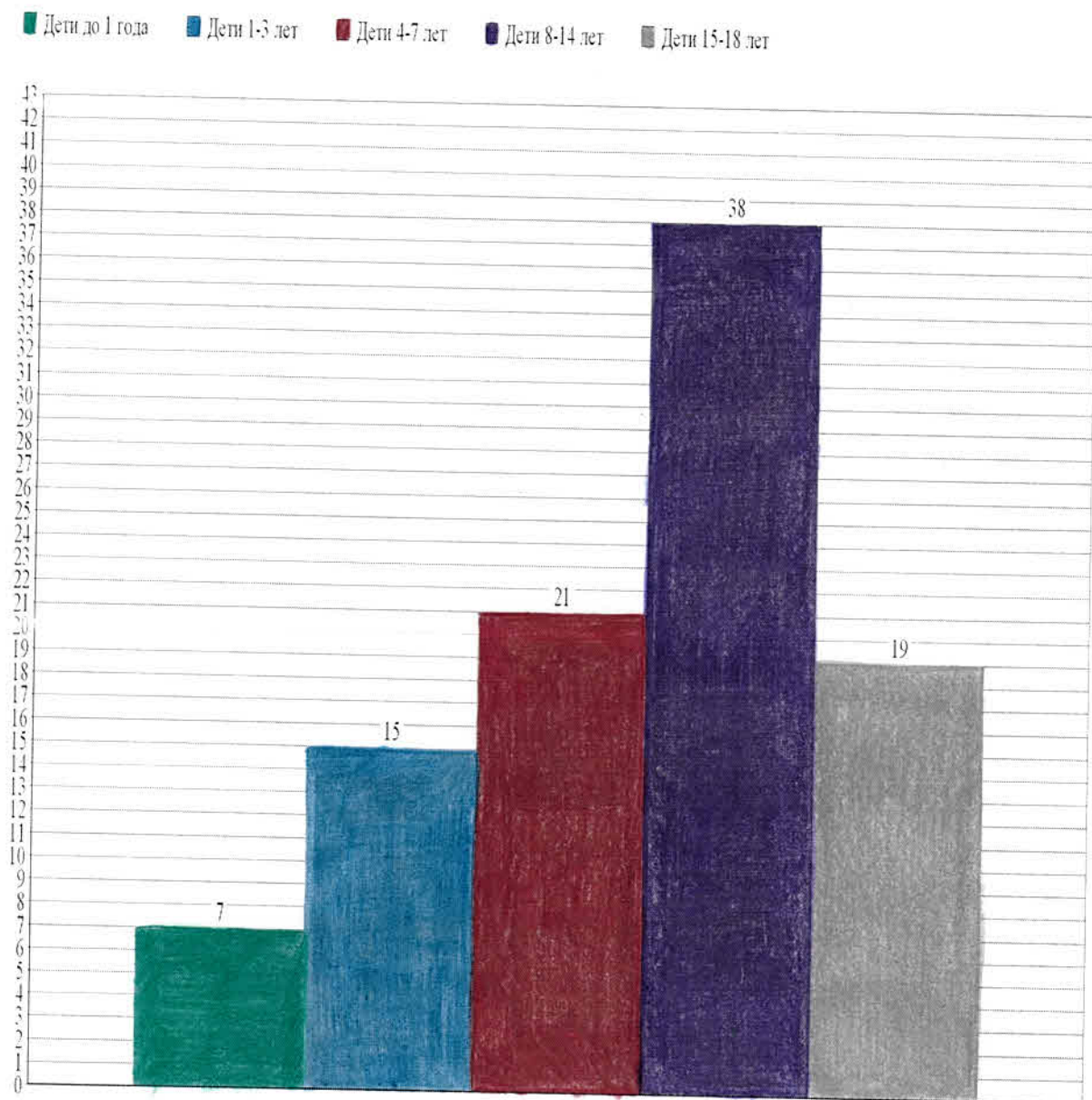


Рис.2. Средние значения длины тела детей раннего возраста , согласно полу группе здоровья.

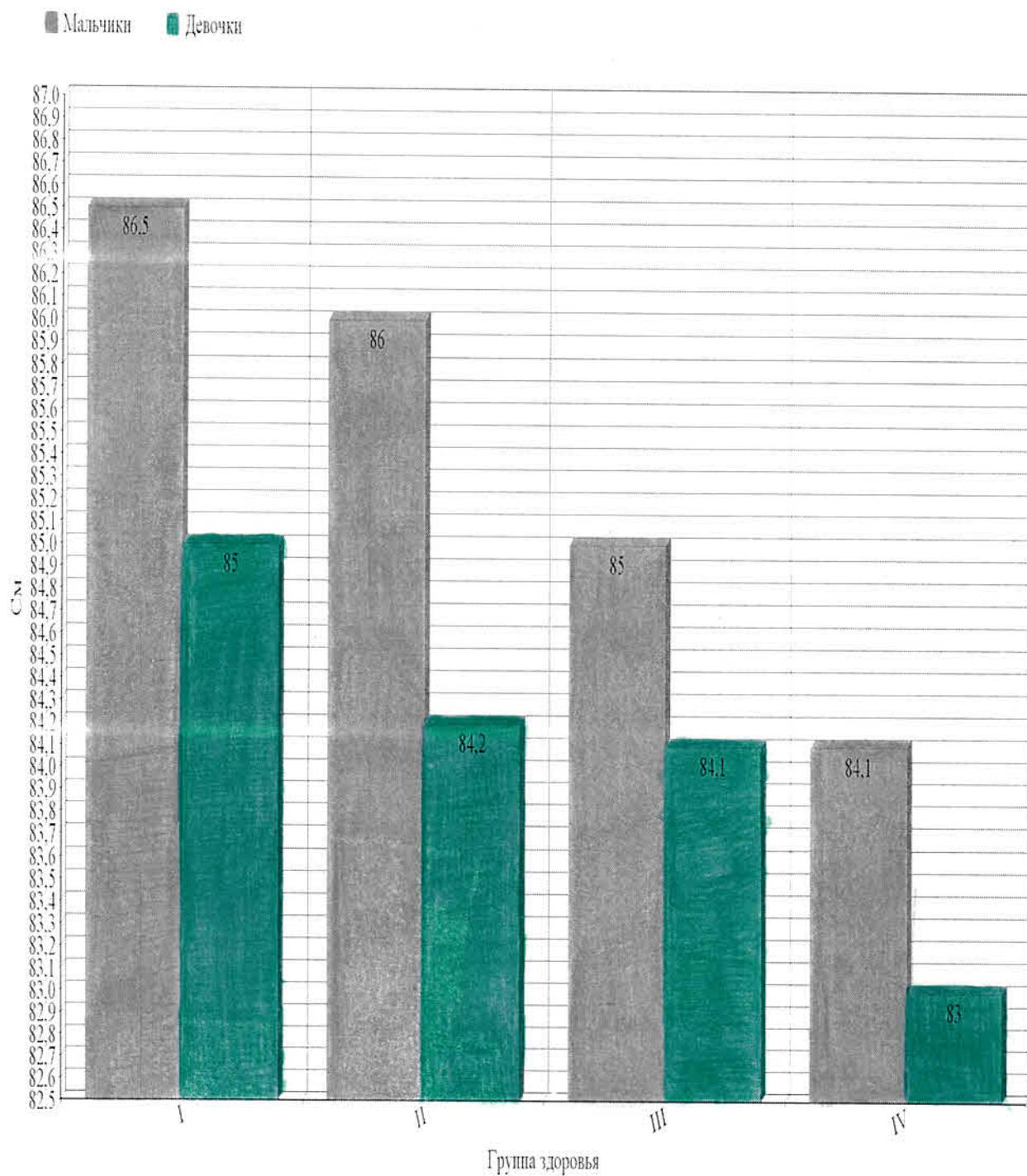
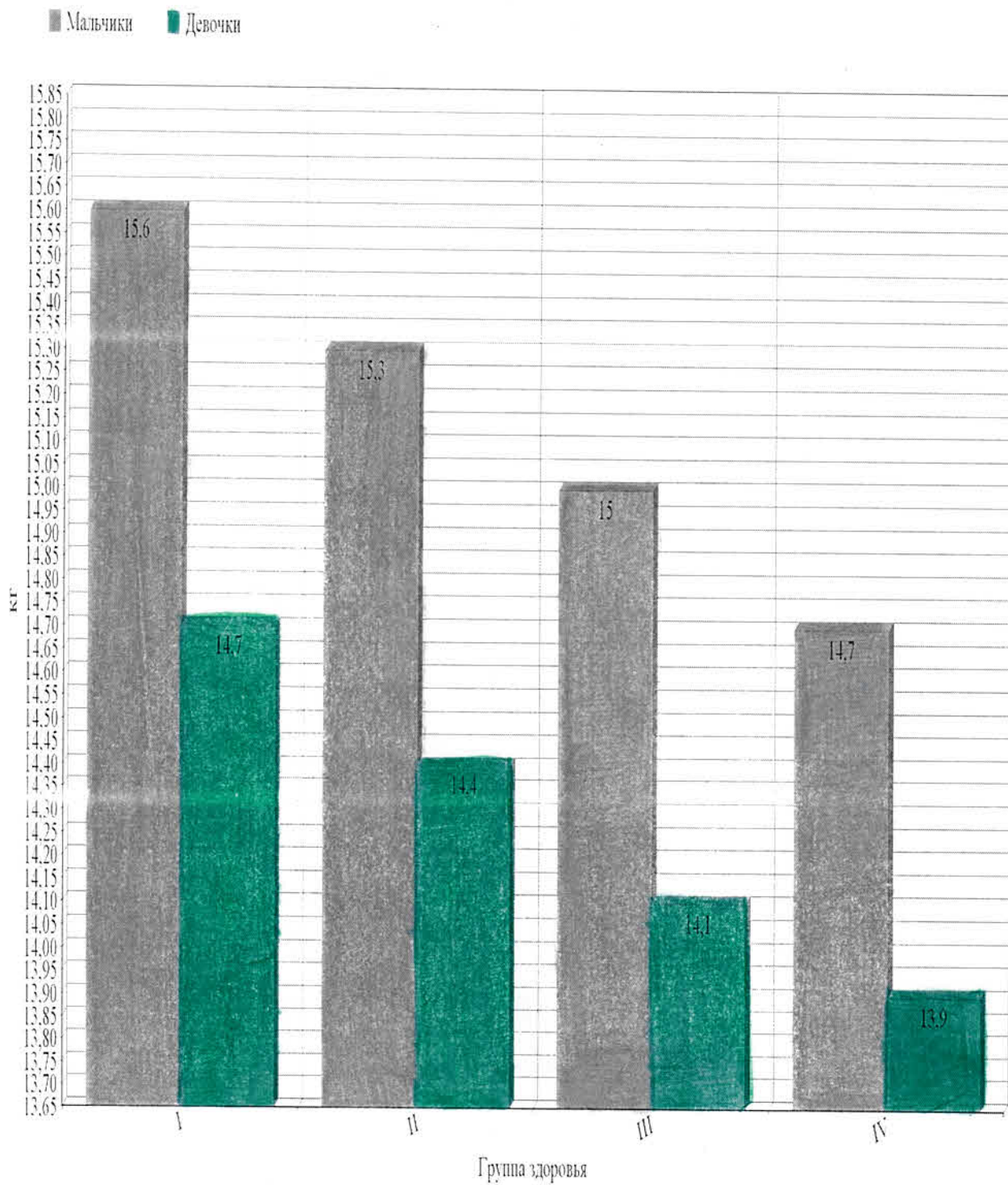


Рис.3. Средние значения массы тела детей раннего возраста, согласно полу и группе здоровья.



### **Вывод:**

Проведенное исследование позволило получить широкий круг показателей, характеризующих здоровье детей раннего возраста. Самый гармоничный показатель отводится детям с I группой здоровья. Выявлена тенденция к снижению масса - ростовых показателей и показателей развития ребенка с «ростом» групп здоровья

Таким образом, показатели здоровья детей раннего возраста тесно связаны с течением периода новорожденности, состоянием здоровья матери, социально-экономической и экологической обстановкой, характером вскармливания ребенка, навыками семьи в профилактике и лечении болезней у детей, в объеме реабилитации и восстановительного лечения, а также в стандартизированных подходах к диспансерному обследованию и наблюдению за детьми. Данный факт диктует необходимость изучения региональных особенностей состояния здоровья детского населения и анализа медико-социальных, гигиенических факторов, определяющих его.

### Список литературы:

1. Денисов А.П., Семенова Н.В., Кун О.А., Денисова О.А. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА. Автореферат дис. канд. мед. наук / ОмГМУ 2015 – 2-7 с.
2. Дедюлина Н.В. Ляпин В.А., Никитин С.В., Щукина Е.О. Роль факторов среды жизнеобитания в формировании потерь здоровья детского населения. Омский научный вестник. 2014; S3-1 (37): 238–42.
3. Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П., Королькова Т.А., Гаенко О.Н., Барабанова Н.А. и др. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в Южно-Федеральном Округе России. М.: ПЕР СЭ; 2016.
4. Современные подходы в изучении заболеваемости детского населения России / А.А. Баранов [и др.] // Рос. педиатр. журн.- 2013.- N 5 .- С. 4-7.
5. Ваганов Н.Н. Медико-социальные проблемы охраны материнства и детства в регионах с разным уровнем детской смертности / Н.Н. Ваганов, И.И. Гребешева // Педиатрия.- 2014.- №10. – С. 5-8.
6. Здравоохранение России XXI век / под ред. Ю.Л. Шевченко, В.И. Покровского, О.П. Щепина. – М.: ГЕОТАР-МЕД, 2017 – 320 с.
7. Пучнина О.Н. Медико-социальное исследование заболеваемости детей раннего возраста и пути ее профилактики в современных условиях: автореф. дис. канд. мед. наук / О.Н. Пучнина. - Рязань, 2013 – 24 с.
8. Филатов Н.Н. Состояние здоровья детского населения г. Москвы / Н.Н. Филатов // Педиатрия.- 2015.- № 3. – С.10-16.

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 10 группы

Тюрошина Анна Алексеевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова