

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Н.С.С.  
Климова О.В.  
Д

Научно-исследовательская работа на тему

**«Комплексная оценка здоровья детей на участке, анализ  
групп здоровья детей»**

**Выполнил:**  
Обучающийся 5 курса 8 группы  
педиатрического факультета  
Раджабов Наби Магомедович

Волгоград 2018г.

## Оглавление

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы.....	6
Задачи научно-исследовательской работы.....	6
Основные определения и понятия .....	6
Теоретическая часть научно-исследовательской работы .....	7
Роль врача в комплексной оценке здоровья детей на участке.....	0
Собственное исследование.....	1
Вывод.....	1
Список литературы.....	2

## Введение

Охрана и укрепление здоровья детей – важнейшего из жизненных приоритетов – является одной из насущных проблем нашего общества. Как показывают данные медиков, уже в дошкольном возрасте около 20% детей имеют различные патологии. Переход ребенка к режиму школьного обучения вызывает глубокую функциональную перестройку в его организме, причем у многих детей при этом страдает здоровье. За последние 10 лет отмечено сокращение числа здоровых детей в 4-5 раз. Официальная статистика за последние 5 лет отмечает ухудшение здоровья наших школьников на 8%.

Конечно, причины снижения уровня здоровья многообразны: это и отягощенная наследственность, и экологические проблемы, и социальный кризис. Однако влияние школы, где ребенок проводит 20% своего времени, на растущий и развивающийся организм выражено особенно сильно. Современная школа с ее повышенными физическими и психическими нагрузками зачастую оказывает на ослабленный организм детей особенно резкое отрицательное воздействие, вызывая дезадаптацию, провоцируя рост заболеваний. Не случайно уже на протяжении младшего школьного возраста резко увеличивается число детей, имеющих хроническую патологию.

В соответствии с законом РФ «Об образовании» школа должна не только давать знания, но и формировать здоровье детей и подростков. В материалах о внесении изменений и дополнений в закон Российской Федерации «Об образовании» (глава 1, статья 2) отмечено, что «гуманистический характер образования, приоритет общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, свободного развития личности – это один из основных принципов государственной политики в области образования».

Еще остается много нерешенных проблем, которые являются полем деятельности и научных поисков ученых разных специальностей, в том числе и педагогов:

- Разработка критериев здоровья и здорового образа жизни,

- Конкретные технологии и методы диагностики и прогнозирования уровня здоровья, их валидность.

- Педагогические оздоровительные технологии, учебные программы, учебные пособия по ЗОЖ.

Профессиональная подготовка педагогов и другие.

### ^Сущность понятия «здоровье»

Вопросы воспитания детей в семье и школе сложны и многообразны. Здесь не допустимы стандарт, универсальные рецепты, шаблоны. От родителей и учителей требуются большие познания, вдумчивость, умение применять индивидуальный подход к ребенку. Но главное в воспитании детей то, что ребенок должен расти здоровым. Ни полнота, ни богатырское сложение, ни румянец сами по себе не являются критериями здоровья. Суть его в гармонии физических и духовных сил, уравновешенности нервной системы, выносливости, способности противостоять различным вредным влияниям.

Здоровье – это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь – это важное слагаемое человеческого фактора.

Понятие «здоровье» имеет множество определений. Но самым популярным, и, пожалуй, наиболее сконцентрированным следует признать определение, данное Всемирной организацией здравоохранения: «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов». Основываясь на данном определении, выделяют следующие компоненты здоровья:

^Здоровье психическое – это способность человека адекватно реагировать на внешние и внутренние раздражители, умение уравновесить себя с окружающей средой. Психическое здоровье зависит от состояния головного мозга, оно характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости, развитием волевых качеств.

^Здоровье социальное – это мера социальной активности, деятельного отношения человеческого индивидуума к миру. Нравственное здоровье определяется теми моральными принципами, которые являются основой социальной жизни человека, т.е. жизни в определенном человеческом обществе. Отличительными признаками нравственного здоровья человека являются, прежде всего, сознательное отношение к труду, овладение сокровищами культуры, активное неприятие нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни.

Здоровье физическое – это состояние, при котором у человека имеет место совершенство саморегуляции функций организма, гармония физических процессов и максимальная адаптация к различным факторам внешней среды. Физическое здоровье – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

Существует множество программ ЗОЖ, включающих в себя различные компоненты. Основными компонентами являются:

1 Рациональное питание.

2 Оптимальная для организма двигательная активность.

3 Соблюдение режима дня (с учетом индивидуальных биоритмов).

4 Предупреждение вредных привычек (или отказ от них) и формирование полезных привычек.

5 Повышение психоэмоциональной устойчивости.

### **Цель научно-исследовательской работы:**

Изучить особенности и методику оценки состояния здоровья детей различного возраста. Уметь определять группу здоровья, знать основные критерии оценки. Изучить правила и принципы диспансеризации детей различного возраста.

### **Задачи научно-исследовательской работы:**

Знать:

- 1 Определение здоровья согласно ВОЗ.
- 2 Критерии оценки здоровья.
- 3 Группы здоровья.
- 4 Общее понятие о диспансерном наблюдении.
- 5 Организация динамического профилактического наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка.
- 6 Диспансерное наблюдение: организация диспансерного профилактического наблюдения за развитием и состоянием ребенка.

### **Основные определения и понятия**

Для оценки здоровья детей и подростков необходимо использовать как минимум четыре критерия, а именно: 1) наличие или отсутствие в момент обследования хронических заболеваний; 2) уровень достигнутого физического и нервно-психического развития и степень его гармоничности; 3) уровень функционирования основных систем организма; 4) степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям.

С гигиенической точки зрения наибольшего внимания заслуживает оценка состояния здоровья, основанная на совокупности всех четырех признаков.

Этим целям отвечает методика комплексной оценки и распределения детей и подростков на группы здоровья.

В соответствии с предложенной схемой дети и подростки, в зависимости от совокупности показателей здоровья, подразделяются на пять групп.

**Первая группа** - это лица, у которых отсутствуют хронические заболевания, болевшие редко за период наблюдения, имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие (здоровье, без отклонений)

**Вторая группа** - ее составляют дети и подростки, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие функциональные и морфологические отклонения, часто болеющие 4 раза в год и более-или длительное одно заболевание-более 2 дней (здоровые, с функциональными отклонениями и сниженной сопротивляемостью)

**Третья группа** -объединяет лиц имеющих хронические заболевания или с врожденной патологией в состоянии компенсации, с редкими и не тяжело протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего самочувствия(больные в состоянии компенсации)

**Четвертая группа** -лица, с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития в состоянии субкомпенсации, с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения, с затяжным периодом реконвалесценции после острых интеркуррентных заболеваний(больные в состоянии субкомпенсации)

**Пятая группа** -включает лиц с тяжелыми заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями(больные в состоянии декомпенсации). Как правило, такие больные не посещают детские и подростковые учреждения общего профиля и массовыми осмотрами не охватываются.

### **Теоретическая часть научно-исследовательской работы**

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на **4-х базовых критериях:**

1. Наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса).

Физические заболевания или врожденные пороки развития определяют во время осмотра педиатром или врачом-специалистом и оценивают как «здоров», «пограничное состояние» или «болен».

Проводится биологический и генеалогический анализ, социальные условия жизни.

2. Уровень функционального состояния основных систем организма.

Определяется сравнением показателей основных функциональных систем с нормой.

3. Степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям.

Резистентность и реактивность – определяют кратность острых заболеваний по обращаемости за предшествующий период (обычно

год). Хороший результат – отсутствие или редкие (до 3 раз) заболевания.

Для детей первого года жизни определяется индекс острой заболеваемости:

$J=N/T$ , где N – количество острых заболеваний, T – возраст ребёнка в месяцах.

Возраст в месяцах	Среднее значение	Сигма
2 месяца	0,65	0,03
3 месяца	0,47	0,22
4 месяца	0,39	0,02
5 месяцев	0,35	0,22
6 месяцев	0,30	0,02
7 месяцев	0,28	0,02
8 месяцев	0,27	0,17
9 месяцев	0,23	0,02
10 месяцев	0,27	0,17
11 месяцев	0,26	0,17
12 месяцев	0,20	0,10

Таблица: Индекс острой заболеваемости у детей 1-го года жизни (Т.Я. Черток, 1987 год, ЦОЛИУВ).

*Часто болеющие дети (ЧБД)* — это термин, обозначающий группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Критерии выделения детей в группу ЧБД сформулированы в 1986 г. В.Ю. Альбицким и А.А. Барановым [1]. Они приведены в таблице, из которой видно, что в возрасте до 1 года к группе ЧБД относят ту



категорию детей, которые перенесли 4 и более эпизодов ОРЗ в год. Среди детей от 1 до 3 лет в нее включают детей, перенесших в течение года 6 и более эпизодов ОРЗ, соответственно, среди детей от 3 до 5 лет — 5 и более эпизодов, а среди детей старше 5 лет — 4 и более ОРЗ в год

*Таблица 1. Критерии включения детей в группу часто болеющих*

Возраст ребенка	Частота эпизодов ОРЗ в год
До года	4 и более
1 — 3 года	6 и более
4 — 5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

#### 4. Уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Оценивается физическое развитие и степень его гармоничности (антропометрия и оценка полученных данных с помощью сигмальных отклонений или центильных критериев), а также психическое развитие и степень его гармоничности (таблицы НПП).

Основным методом, позволяющим получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр. Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к **следующим группам:**

- к *I группе здоровья* относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

- к *II группе здоровья* относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического

развития), дети с дефицитом массы тела (масса менее  $M - 2 \sigma_R$ ) или избыточной массой тела (масса более  $M + 2 \sigma_R$ ), дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

- к *III группе* здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста;

- к *IV группе* здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка;

- к *V группе* здоровья относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Отнесение больного ребенка или подростка ко II, III, IV или V группам здоровья проводится врачом с учетом всех приведенных критериев и признаков (см. приложение 1.). Врач-специалист на

основании анализа данных, содержащихся в истории развития ребенка, медицинской карте ребенка для образовательных учреждений, результатов собственного осмотра, а также инструментальных и лабораторных исследований, выносит (по своей специальности) полный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального нарушения), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний или заключение "здоров".

Оценка состояния здоровья по группам при нескольких диагнозах у ребенка дается по самому основному и тяжелому из них. При каждом последующем осмотре в декретированные сроки отмечается динамика в состоянии здоровья ребенка, например переход из 2 группы в 1 группу здоровья ( в случае улучшения ) или в 3 и 4 ( в случае ухудшения ). Своевременное обследование и оздоровление детей 2 группы здоровья препятствует развитию у них патологического состояния с переходом в 3 группу здоровья.

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр.

Детям, с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными нарушениями, а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, появление осложнений и др., по результатам профилактического медицинского осмотра комплексная оценка состояния здоровья не дается. В таких случаях, необходимо проведение в полном объеме диагностического обследования. После получения результатов обследования выносится уточненный диагноз и дается комплексная оценка состояния здоровья.

Все дети, независимо от того, к какой из групп здоровья они отнесены, ежегодно проходят скрининг-обследование, по результатам которого определяется необходимость дальнейшего педиатрического осмотра.

Дети, отнесенные к I группе здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в полном объеме в сроки, определенные действующими нормативно-методическими документами.

Контроль за состоянием здоровья детей, отнесенных ко II группам здоровья, осуществляется при профилактических медицинских осмотрах и ежегодно - врачом-педиатром.

Дети, отнесенные к III - V группам здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды. Кроме того, контроль за состоянием их здоровья и оценка эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляется на основании результатов диспансерного наблюдения.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья могут, в определенной степени (в качестве скрининга), помогать решать прикладные специальные задачи в отношении состояния здоровья детей - отнесение к определенным группам для занятия физической культурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов в отношении профессионального выбора, военной службы и др.

*Таблица 2. Группы здоровья.*

Группа	Характеристика группы	Состав группы	Хроническая патология	Функциональное состояние систем организма	Резистентность и реактивность	Физическое развитие и НПР
I группа	Здоровые дети, подлежащие общему медицинскому наблюдению	А. Дети, развитые соответственно возрасту, из семей без «факторов риска». Могут иметь отдельные стигмы, не требующие коррекции. Б. Дети с вариантами нормы и непатологическими привычками. В. Подгруппа внимания -	Отсутствует	Отклонений нет	Редкие, легко протекающие ОРЗ	Нормальные, соответственно возрасту

		здоровые дети с повышенным генетическим, семейным, социальным, экологическим риском.				
II группа	Здоровые дети, с функциональными и морфологическими отклонениями, требующие повышенного внимания, консультаций специалистов	<p>А. Подгруппа краткосрочного врачебного наблюдения (менее 6 мес), например, реконвалесценты после хирургических вмешательств, травм, перенесенных пневмоний и других инфекций, острых заболеваний, потребовавших госпитализации, а также дети с начальными проявлениями рахита, гипотрофии, анемии. Дети, нуждающиеся в общеоздоровительных мероприятиях.</p> <p>Б. Подгруппа длительного врачебного наблюдения.</p>	Отсутствует	Функциональные отклонения (отягощенный акушерский анамнез, аномалии прикуса и т.д.)	Продолжительные ОРЗ, с последующим периодом реабилитации (субфебрилитет и т.д.)	ФР нормально, но возможен дефицит/избыток массы тела I степени. НПР в норме.

		<p>Дети с отклонениями, доступными коррекции (умеренная миопия, косоглазие, плоскостопие, аномалии прикуса, начальный кариес зубов, энурез и т. п.).</p> <p>В. Подгруппа постоянного медицинского наблюдения.</p> <p>Дети из условий и семей повышенного медицинского риска, с пограничным и состояниями (см. выше), негрубыми нарушениями осанки и увеличениями щитовидной железы в препубертатном периоде, функциональными шумами в сердце, минимальной мозговой дисфункцией, дети с проявлениями диатезов, субфебрилите</p>				
--	--	--	--	--	--	--

		том, имеющим самостоятельное диагностическое значение.				
III группа	Дети со стойкими отклонениями в состоянии здоровья, подтвержденным диагнозом хронического заболевания, но в стадии компенсации. Они требуют ограниченной физической и эмоциональных нагрузок, регулярного наблюдения специалистами, проведения специальных функциональных исследований.	А. Дети с прогностически благоприятными заболеваниями (кандидаты во II группу) - хронический тонзиллит, соматогенная задержка роста, речи, вегетодистонии. Б. Дети с прогностически тревожными заболеваниями - компенсированные врожденные пороки развития, неврозы, синдромы повышенной химической, радиационной чувствительности, аллергически заболеваниями. В. Дети с нетяжелыми проявлениями	Хроническая патология, врожденные дефекты органов и систем	Функциональные отклонения, патологически измененная система, без клинических проявлений	Редкие нетяжелые обострения основного заболевания. Редкие интеркуррентные заболевания	ФР нормальное, но возможен дефицит/избыток массы тела 2-3 степени, низкий рост. НПП в норме или слегка отстает

		наследственных заболеваний				
IV группа	Дети с хроническими заболеваниями и врожденными пороками с периодической функциональной декомпенсацией	А. Дети с приобретенными заболеваниями, требующими повторных госпитализаций - рецидивирующие болезни, например, бронхиальная астма. Б. Дети с наследственной и врожденной патологией, требующей длительного (постоянного) лечения - гемофилия, адреногенитальный синдром, фенилкетонурия, гипотиреоз.	Хроническая патология, врожденные дефекты в развитии	Врожденные отклонения патологически измененного органа или системы	Частые обострения основного процесса, другие заболевания с нарушением общего состояния	ФР - дефицит или избыток массы тела, низкий рост. НПП в норме или отстаёт
V группа	Дети-инвалиды	А. Дети с онкозаболеваниями. Б. Дети, страдающие болезнями с серьезным прогнозом. Дети на гемодиализе. В. Дети-	Тяжелая хроническая патология, врожденный порок, предрешающий инвалидность	Отклонения патологически измененных органов и систем	Частые тяжелые обострения основного заболевания, присоединение другой патологии.	



		инвалиды, требующие постоянного ухода и применения медицинских технологий				
--	--	---	--	--	--	--

### Диспансерное наблюдение

*Диспансерное наблюдение* в динамике за здоровым ребенком — важнейший раздел профилактической работы участкового педиатра. Своевременное выявление и грамотная оценка отклонений от нормы физического и психомоторного развития, питания, режима, закаливания позволяют скорректировать эти дефекты, чтобы сохранить состояние здоровья или вернуть, если оно утрачено. Здесь, конечно, не должно быть формализма, ибо творческий подход родителей к питанию, закаливанию ребенка крайне целесообразен.

Функциональный подход к оценке состояния здоровья в настоящее время — доминирующий. Функциональное тестирование включено в структуру характеристик здоровья, используемых в X пересмотре «Международной классификации болезней и их последствий (нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности)» — МКБ, принятой в нашей стране в 1997 г.

### **Организация динамического профилактического наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребёнка.**

Непрерывное врачебное профилактическое наблюдение детского населения является приоритетным принципом Российского здравоохранения. Одним из основных мероприятий по антенатальной охране плода является дородовый патронаж. Сведения о беременных женщинах поступают из женской консультации еженедельно к мед. сестре кабинета здорового ребёнка или кабинета антенатальной охраны плода.

Первый дородовый патронаж(мед. сестринский) проводится не позднее чем через 10 дней после передачи сведений в детскую поликлинику. Его цель — знакомство с будущей матерью, выяснение факторов риска (состояние здоровья родителей, условия работы беременной, вредные

привычки у супругов, особенности социально-психологического климата семьи, условия жизни). Даются советы по режиму труда и отдыха беременной, гигиене, питанию. При необходимости женщину посещает участковый педиатр.

Второй дородовой патронаж проводится мед. сестрой в период декретного отпуска женщин (32-34 нед.). основная цель – выполнение назначений врача женской консультации и рекомендаций первого патронажа. Женщина приглашается в «Школу матерей», где один раз в неделю участковые педиатры проводят занятия с беременными.

Первичный патронаж к новорожденному осуществляется в первые 3 дня после выписки из роддома (к детям II-V групп здоровья и к первенцам – в день их выписки). Если первый патронаж проводится врачом и м/с совместно, то в дальнейшем лучше наблюдать за ребенком поочередно. Повторный визит к здоровому новорожденному врач проводит на 20-й день его жизни. М/с навещает ребенка еженедельно в сроки, установленные врачом. В возрасте 1 мес мать с ребенком приходит на профилактический осмотр педиатра в поликлинику, где проводят антропометрию, взвешивают ребенка.

При первичном патронаже необходимо:

1. собрать анамнез (генеалогический, акушерско-гинекологический и социальный), выявить и оценить перинатальные факторы риска, особенности течения раннего неонатального периода.
2. при первичном обследовании:
  - выявить особенности, характерные для периода новорожденности;
  - определить наличие возможных аномалий развития, функциональных отклонений и патологических состояний ;
  - дать оценку физическому и нервно-психическому развитию;
  - дать комплексную оценку состояния здоровья новорожденного;
  - определить комплекс оздоровительно-воспитательных мероприятий;
  - обосновать индивидуальный план дальнейшего наблюдения за новорожденным.

Основной целью врачебных патронажей к новорожденному следует считать динамическое наблюдение за ребенком в домашних условиях, изучение быта, взаимоотношений в семье, осуществление гигиены ухода, режима, вскармливания, становление и развитие лактационного процесса.

Основное назначение повторного врачебного патронажа – подготовка ребёнка к режиму №1 (бодрствование 5-10 мин. после кормления, с 3 нед. – подвешивание игрушек и т.п.), рекомендации относительно всех выявленных недостатков. Первичные врачебно-сестринские патронажи, помимо медицинских целей, предусматривают и нравственные аспекты. В этот момент налаживается контакт между людьми, которым предстоит на протяжении 18 лет нести ответственность за психо-физическое становление ребёнка.

Динамическое профилактическое наблюдение за здоровыми детьми первого года жизни осуществляется участковым педиатром не реже 1 раза в месяц во время профилактических приемов здоровых детей в поликлинике. В 3,6,9 и 12 месяцы педиатр пишет этапные эпикризы, в которых подводит итоги прошедшего периода. На втором году дети осматриваются не реже 4-х и на третьем – не реже 2-х раз. Ортопед в поликлинике осматривает ребенка в возрасте 1 мес, 1 и 3 года, 7 лет, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог — в 3 мес, 1 и 3 года, 5 лет, стоматолог — ежегодно. Плановые клинические анализы крови и мочи делают всем детям в 3 мес, 1 год и далее — ежегодно.

Каждый профилактический осмотр ребенка в декретированный срок складывается из следующих компонентов:

- исследование состояния здоровья по критериям комплексной оценки;
- заключение о состоянии здоровья с определением группы здоровья;
- назначение профилактических, оздоровительных или лечебных мероприятий в зависимости от группы здоровья;
- оформление истории развития ребенка (форма 112/У).

### **Основные элементы диспансеризации.**

1. Активное выявление больных, имеющих начальные стадии патологического процесса.
2. Полное клиническое обследование.
3. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья.
4. Осуществление комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, куда включается амбулаторное лечение, госпитализация, санаторно-курортное лечение, диетпитание, трудоустройство.

5. Знакомство с условиями труда и быта с целью установления связи между ними и выявленными заболеваниями.
6. Пропаганда среди диспансерных контингентов рационального режима питания, труда и отдыха.
7. Периодическое обобщение данных об эффективности диспансеризации.

Диспансеризация детей заключается в периодических профилактических осмотрах, активном динамическом наблюдении за выявленными больными, своевременном систематическом квалифицированном лечении и оздоровлении. Детей, подлежащих диспансеризации, выявляют врачи всех специальностей при проведении профилактического осмотра, на амбулаторных приёмах.

#### **Роль врача в комплексной оценке здоровья детей на участке.**

Профилактическое медицинское наблюдение осуществляют в детской поликлинике до начала посещения ребенком ДООУ. Организует и проводит это наблюдение участковый врач-педиатр совместно с участковой и патронажной медицинскими сестрами. Здоровых детей осматривают также врачи-специалисты (хирург, ортопед, офтальмолог, невролог, стоматолог, андролог, гинеколог, врачи других специальностей по показаниям). С момента начала посещения дошкольных учреждений ребенок переходит под наблюдение медицинского персонала ДООУ. Ежегодно детям проводят лабораторные исследования крови, мочи, кала на яйца глистов, а с 7 лет ежегодно измеряют АД. С 15 лет проводят флюорографию (1 раз в 2 года). В 8 классе определяют группу крови и наличие резус-фактора.

#### **Собственное исследование.**

За время прохождения практики на базе ГУЗ «КДЦ для детей 1» была проведена комплексная оценка здоровья 144 детей.

Распределение детей по группам здоровья представлено в табл. 3

Табл. 3 Анализ групп здоровья детей на участке.

Всего детей	I	II	III	IV	V
144	41	87	14	2	0

### **Вывод.**

Отнесение больного ребенка или подростка ко II, III, IV или V группам здоровья проводится врачом с учетом всех приведенных критериев и признаков. Врач-специалист на основании анализа данных, содержащихся в истории развития ребенка, медицинской карте ребенка для образовательных учреждений, результатов собственного осмотра, а также инструментальных и лабораторных исследований, выносит (по своей специальности) полный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального нарушения), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний или заключение "здоров".

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр.

### **Список литературы:**

- 1 Алямовская В.Г. Современные подходы к здоровью детей в дошкольном образовательном учреждении //

- 2 Ахметзянов И.М. Охрана здоровья дошкольников. Справочное пособие для ДОУ. М: Сфера, 2011.
- 3 Богомолова Е.С. Оценка физического развития детей и подростков/ Учебное пособие для мед. вузов. М: ИА, 2011.
- 4 Методические рекомендации
- 5 Педиатрия [Электронный ресурс]. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. А. А. Баранова.- М: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
- 6 Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте. М: Академия, 2011.

## 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 8 группы

Рагымбаев Нади Мазомедович

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, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные 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 удовлетворительный анализ. 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 достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова