


ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

91 балл  
Лашмова О.В.  


Научно-исследовательская работа на тему  
**«Комплексная оценка здоровья детей на участке,  
анализ групп здоровья детей»**

**Выполнил:**  
Обучающийся 5 курса \_9\_ группы  
педиатрического факультета  
Шихалиев Шихали Рагуб оглы

# Содержание.

1. Введение.

2. Цель научно-исследовательской работы.

3. Задачи научно-исследовательской работы.

4. Основные определения и понятия.

5. Теоритическая часть научно-исследовательской работы.

1) Критерии для определения состояния здоровья детей.

2) Особенности онтогенеза.

1. Генеалогический анамнез.

2. Биологический анамнез.

3. Социальный анамнез.

3) Уровень резистентности.

4) Уровень функционального состояния основных систем организма ребенка.

5) Оценка физического развития.

6) Оценка нервно-психического развития.

7) Наличие или отсутствие хронических заболеваний, врожденных пороков развития.

8) Виды медицинских осмотров. Профилактический медицинский осмотр.

9) Группы здоровья детей, их анализ.

6. Роль врача в комплексной оценке здоровья детей на участке.

7. Собственное исследование.

8. Вывод.

9. Список литературы.

## **1.Введение.**

При проведении комплексной оценки здоровья важным является умение использовать методологические подходы для определения уровня физического и нервно-психического развития и группы здоровья. Последнее позволяет своевременно выделить группу детей и подростков со скрыто протекающими хроническими заболеваниями, нуждающихся в нормализации режима жизни и питания, требующих дополнительного обследования и консультации специалистов.

Правильно организованная профилактическая работа врача-педиатра дает возможность повысить уровень здоровья детского населения, что, в свою очередь, является серьезным маркером благополучия и здоровья населения в целом.

## **2. Цель научно-исследовательской работы.**

Целью научно-исследовательской работы является:

- 1) Освоить методологию комплексной оценки здоровья детей на участке;
- 2) Определить критерии оценки здоровья детей;
- 3) Ознакомиться с принципами формирования групп;
- 4) Изучить основной метод, позволяющий получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка здоровья детей на участке;
- 5) Анализировать группы здоровья детей на участке.

### **3. Задачи научно-исследовательской работы.**

Чтобы реализовать цель научно-исследовательской работы, необходимо выполнить следующие этапы:

- 1) Ознакомиться с законом, регулирующим комплексную оценку здоровья детей;
- 2) Изучить каждый из диагностических критериев для оценки здоровья детей;
- 3) Ознакомиться с видами медицинских осмотров, их периодичностью;
- 4) Выделить группы здоровья детей и изучить каждую из них;
- 5) Определить роль врача в комплексной оценке здоровья детей;
- 6) Провести собственное исследование на основе анализа групп здоровья детей.

#### **4. Основные определения и понятия.**

Генеалогический анамнез - сбор родословных, т.е. прослеживание признаки или болезни в семье, в роду с указанием типа родственных связей между членами родословной.

Пробанд- человек, с которого начинается составление родословной для изучения процесса наследования какого-либо заболевания среди членов одной семьи.

Индекс отягощенности генеалогического анамнеза- показатель генеалогического анамнеза, определяющийся как отношение суммарного количества заболеваний у родственников пробанда к общему числу родственников пробанда.

Биологический анамнез- сбор сведений о развитии ребенка в различные периоды онтогенеза.

Социальный анамнез- сбор сведений для выделения социально неблагополучных семей и детей групп социального риска.

Уровень резистентности- степень сопротивляемости организма неблагоприятным условиям внешним воздействиям.

Индекс резистентности- показатель кратности острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года, которая рассчитывается по формуле: отношение количества перенесенных ребенком острых заболеваний к числу месяцев наблюдения.

Физическое развитие- динамический процесс роста и биологического созревания ребенка в том или ином возрасте.

Нервно-психическое развитие – это показатель зрелости нервной системы ребенка, показатель нормального роста и развития ребенка.

Группа здоровья- условный термин, используемый для ориентировочной оценки здоровья детей.

## **5. Теоритическая часть научно-исследовательской работы.**

### **1) Критерии для определения состояния здоровья детей.**

Комплексная оценка здоровья детей и подростков проводится согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации №621 от 10.12.2003г. "О комплексной оценки состояния здоровья детей."

**Диагностическими критериями для определения качества здоровья детей являются следующие:**

- Особенности онтогенеза (данные генеалогического, биологического и социального анамнеза);
- Физическое развитие;
- Нервно-психическое развитие;
- Уровень резистентности;
- Уровень функционального состояния основных систем организма;
- Наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса), врожденных пороков развития.

## 2) Особенности онтогенеза.

### 1. Генеалогический анамнез

Проводится путём составления родословной семьи ребёнка (пробанда) не менее трёх (лучше четырёх) поколений, включая пробанда.

Родословная должна содержать информацию о родственных отношениях в семье, числе кровных родственников в каждом поколении, их возрасте, состоянии здоровья, причинах смерти.

Генеалогический анамнез проводится для:

- выявления моногенных и хромосомных наследственных заболеваний (болезнь Дауна, ФКУ, муковисцидоз, целиакия, лактазная недостаточность и др.);
- количественной оценки генеалогического анамнеза; отягощенности генеалогического анамнеза;
- качественной оценки отягощенности с выявлением предрасположенности к тем или иным заболеваниям.

Для скрининговой количественной оценки отягощенности генеалогического анамнеза используют показатель, называемый индексом отягощенности (Io).

Оценка отягощенности генеалогического анамнеза (Io):

- От 0 до 0,2- низкая;
- От 0,3 до 0,5- умеренная;
- От 0,6 до 0,8- выраженная;
- От 0,9 и выше- высокая.

Дети с выраженной и высокой отягощенностью относятся к группе риска генеалогического анамнеза.

При качественной оценке отягощенности ГА отмечают: её однонаправленность, если в поколениях родословной отмечаются хронические заболевания одних и тех же органов и систем и мультифакторную отягощенность, если в поколениях родословной выявлены хронические заболевания разных органов и систем.



## 2. Биологический анамнез.

Биологический анамнез должен включать в себя сведения в различные периоды онтогенеза.

1. **Аntenатальный период:** токсикозы первой и второй беременности, угроза выкидыша, экстаргенитальные заболевания у матери, профессиональные вредности у родителей, отрицательная резус-принадлежность с нарастанием титра антител, хирургические вмешательства, вирусные заболевания во время беременности, посещение женщиной школы матери.
2. **Интранатальный и ранний неонатальный периоды:** характер течения родов, пособие в родах, оперативное родоразрешение, оценка по шкале Апгар, крик ребенка, диагноз при рождении и выписке из родильного дома, срок прикладывания к груди и характер лактации у матери, срок вакцинации БЦЖ, время заживления пупочной ранки, состояния ребенка и матери при выписке из родильного дома.
3. **Поздний неонатальный период:** родовая травма, асфиксия, недоношенность, пограничные состояния и их длительность, гемолитическая болезнь новорожденного, острые инфекционные и неинфекционные заболевания, ранний перевод на искусственное вскармливание.
4. **Постнатальный период:** повторные инфекционные заболевания, наличие рахита, анемии, расстройства трофики тканей в виде дистрофии, наличие диатезов.

Оценка биологического анамнеза и выделение групп риска:

- Высокая отягощенность биологического анамнеза (наличие одного и более факторов риска в каждом из 5 перечисленных периодов онтогенеза);
- Выраженная отягощенность биологического анамнеза- группа высокого риска по биологическому анамнезу (наличие одного и более факторов риска в 3-4 периодах онтогенеза);
- Умеренная отягощенность биологического анамнеза- группа риска по биологическому анамнезу (наличие одного и более факторов риска в 2 периодах онтогенеза);
- Низкая отягощенность биологического анамнеза- группа внимания по биологическому анамнезу.

### 3. Социальный анамнез.

Характеристика основных параметров социального анамнеза с оценкой степени отягощенности представлена в табл. 1 и табл. 2. Данные параметры используются для выделения неблагополучных семей и детей групп социального риска.

**Табл. 1** Параметры социального анамнеза и их краткая характеристика.

Параметры	Благополучный анамнез	Неблагополучный анамнез
Характеристика семьи	Семья полная, т.е. есть мать и отец	Семья неполная, мать или отец отсутствуют.
Образовательный уровень членов семьи	Высшее или среднее специальное.	Нет специального образования.
Психологический микроклимат семьи: - Взаимоотношение между членами семьи - Отношение к ребенку - Вредные привычки родителей	Отношения между членами семьи дружные. Вредных привычек нет.	Отношения грубые. В семье бытуют вредные привычки.
Жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность	Отдельная благоустроенная квартира. Хорошая материальная обеспеченность.	Нет благоустроенных условий. Заработок на одного члена семьи менее прожиточного минимума.

**Табл. 2** Оценка социального анамнеза.

Число параметров социального анамнеза, имеющих факторы риска	Оценка отягощенности
7-8	Высокая
5-6	Выраженная
3-4	Умеренная
1-2	Низкая

### 3) Уровень резистентности.

Степень резистентности определяется по кратности острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года. В том случае, если наблюдение было менее продолжительным (менее одного года), оценка резистентности проводится по индексу резистентности ( $I_r$ ).

Оценка резистентности:

1. Хорошая – кратность острых заболеваний – 3 раза в год ( $I_r$  0 – 0,32);
2. Сниженная – кратность острых заболеваний – 4 – 5 раз в год ( $I_r$  0,33 – 0,49);
3. Низкая – кратность острых заболеваний – 6 – 7 раз в год ( $I_r$  0,5 – 0,6);
4. Очень низкая – кратность острых заболеваний – 8 и более раз в год ( $I_r$  0,67 и выше).

Рекомендованы следующие возрастные критерии для выделения группы часто болеющих детей:

1. Первый год жизни- 4 острых заболеваний в год;
2. 2-3 года- 6 острых заболеваний в год и более;
3. 4-6 лет- 5 острых заболеваний в год и более;
4. Старше 6 лет- 3 острых заболеваний в год и более.

#### 4) Уровень функционального состояния основных систем организма ребенка.

Уровень функционального состояния оценивается по данным клинического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований (ЧСС, частота дыхания, уровень АД, гемоглобина крови и др.), на основании анализа поведения, а также адаптационных возможностей ребенка. Быстрая и легкая адаптация к новым условиям социальной среды свидетельствует о нормальном функциональном состоянии; тяжелая и длительная – об измененном.

Важным индикатором ранних отклонений в здоровье и развитии, еще не получивших манифестное выражение, является поведение ребенка. Поведение ребенка отражает также и уровень возбудимости коры головного мозга, развитие психики, формы его социализации (способность контактировать со сверстниками, взрослыми, воспринимать обучение и др.)

#### Показатели поведения:

1. Эмоциональное состояние (для детей первого года жизни): положительное, отрицательное, неустойчивое, малоэмоциональное.
2. Настроение (для детей 2 -6 лет):
  - Бодрое, жизнерадостное – охотно контактирует с окружающими, с интересом, активно играет, дружелюбен, часто (адекватно) улыбается, смеётся, нет страхов;
  - Спокойное – положительно относится к окружающим; менее эмоционален, спокоен, активен;
  - Раздражительное, возбужденное – плаксивость, неадекватно относится к окружающим, может вступать в конфликты, могут быть аффективные вспышки возбуждения, озлобленность, крик, резкое покраснение или побледнение в острые эмоциональные моменты;
  - Подавленное – вял, пассивен, неконтактен, замкнут, может долго плакать;
  - Неустойчивое – может быть весел, смех быстро сменяется плачем, вступает в конфликты;
3. Засыпание – спокойное, быстрое, длительное, беспокойное с воздействиями (укачивание).
4. Сон (дневной, ночной) – глубокий, неглубокий, спокойный, беспокойный, прерывистый, длительный, укороченный, чрезмерно длительный, с воздействиями.

5. Аппетит и пищевое поведение – хороший, неустойчивый, сниженный, избирательный, повышенный, отказ от пищи, мало ест, ест с жадностью, оставляет пищу.
6. Характер бодрствования – активен, малоактивен, пассивен.
7. Отрицательные привычки (автоматизмы, стереотипы) – нет отрицательных привычек, сосет пустышку, палец, губу, одежду, раскачивается, выдергивает, крутит волосы, часто моргает, онанирует.
8. Взаимоотношения с детьми и взрослыми – контактен, груб, агрессивен (кусается, дерется, царапается), ласков, навязчив, любознателен, инициативен, деятелен; легко обучается, наблюдателен, заторможен, подвижен, уравновешен, медлителен, легко утомляем, боязлив и др.

#### **Оценка поведения и группа риска:**

- Без отклонений;
- Незначительные отклонения (группа внимания) – отклонение по одному показателю;
- Умеренные отклонения (группа риска) отклонения в поведении по двум-трем показателям;
- Выраженные отклонения (группа высокого риска) – отклонения по четырем-пяти показателям;
- Значительные отклонения (диспансерная группа) – отклонение в поведении по шести- и более показателям.

## 5) Оценка физического развития.

К показателям физического развития, которые обычно определяют врачи, антропологи и другие специалисты с целью контроля динамики процесса роста и развития относят массу и длину тела, окружность головы и грудной клетки. Наряду с этими можно изучать и другие показатели (кожно-жировые складки, окружности бедра, голени, плеча и др.).

Для оценки показателей физического развития используют нормативные центильные таблицы и шкалы. Вначале оценивают каждый из показателей физического развития, а затем анализируют их соотношение. Центильная шкала — 6 (или 7) колонок цифр, обозначающих значение признака. Пространство между цифрами (коридоры) отражает диапазон величин признака; коридоров всего 7 или 8.

Каждый показатель (длина, масса, окружность головы и грудной клетки) может быть помещен в свою область или коридор центильной шкалы.

- Если результаты измерения находятся в области до 3 центиля, то показатель считают очень низким, если от 3 до 10 — низким, от 10 до 25 центиля — сниженным.

- Значение показателей в диапазоне от 25 до 75 центиля принимают за средние или условно нормальные величины.

- В случаях, когда результаты измерения находятся в диапазоне от 75 до 90 центиля, показатель считают повышенным, от 90 до 97 — высоким и от 97 центиля — очень высоким.

Оценку физического развития начинают с определения его уровня по центильному коридору, в котором находится рост ребенка. Среднему уровню развития соответствуют 4-5 коридоры, 3 и 6 коридоры — уровню ниже и выше среднего, соответственно, 2 и 7 коридоры — низкому и высокому, соответственно, 1 и 8 коридоры — очень низкому и очень высокому, соответственно.

Определение гармоничности развития проводят на основании тех же результатов денальных оценок. В случае если разность номеров областей (коридоров) между любыми двумя из трех показателей не превышает 1, развитие гармоничное, если 2 — дисгармоничное, а если 3 и более — резко дисгармоничное.

Здоровых детей с гармоничным развитием можно отнести к одному из 4 соматотипов. Соматотип определяют на основании суммы номеров областей или коридоров центильной шкалы, полученных для массы, длины тела и окружности грудной клетки.

- Сумма от 3 до 10 — микросоматический соматотип (физическое развитие ниже среднего).
- Сумма от 11 до 14 — мезомикросоматический соматотип.
- Сумма от 14 до 17 — мезомакросоматический соматотип (физическое развитие среднее).
- Сумма от 18 до 24 баллов — макросоматический соматотип (физическое развитие выше среднего).

Наибольшими отклонениями в физическом развитии следует считать следующие варианты оценок: низкий рост в сочетании с низкой массой тела (область до 3 центиля) и высокую массу тела (область выше 97 центиля) при любой длине тела. Вероятность патологического генеза этих отклонений достаточно высока, поэтому дети с указанными показателями должны быть обязательно обследованы и проконсультированы специалистами.

В условиях длительного воздействия неблагоприятных факторов у ребенка может возникнуть равномерное отставание в росте и массе тела при несколько сниженной упитанности и тургоре тканей. Подобное состояние у детей первого года жизни называют гипостатурой, а для детей старше 1 года в этих случаях применяют термин «субнанизм». В первом полугодии отставание может быть у детей с пренатальной гипотрофией, а во 2-м полугодии — при наличии врожденных пороков, энцефалопатии. Это отставание следует отличать от конституциональной низко-рослости, когда нет нарушений трофики, отставания в нервно-психическом развитии, нарушения толерантности к пище.

Если показатели окружности головы находятся в первом, 2-м, 7-м, 8-м коридорах, следует исключать заболевания, сопровождающиеся микроцефалией, краниостенозом, гидроцефалией.

## **6) Оценка нервно-психического развития.**

Контроль за нервно-психическим развитием проводится при каждом диспансерном осмотре здорового ребенка патронажной медицинской сестрой на дому путем опроса матери и выявления уровня развития ребенка с помощью определенной методики.

При оценке нервно-психического развития детей в возрасте до 3 лет руководствуются показателями нормального уровня развития.

Оценка нервно-психического развития служит для определения группы нервно-психического развития.

### **1-я группа.**

*1. Дети с опережением в развитии.*

- На 1 эпикризный срок — ускоренное развитие.

- На 2 эпикризных срока — высокое развитие.

*2. Дети с опережением в развитии: с нетипичным верхнегармоничным развитием (часть показателей выше на 1 эпикризный срок, часть — выше на 2 эпикризных срока).*

*3. Дети с нормальным развитием.*

### **2-я группа.**

*1. Дети с задержкой в развитии на 1 эпикризный срок.*

1-я степень: задержка 2-3 показателей.

2-я степень: задержка 3-4 показателей.

3-я степень: задержка 5-7 показателей.

*2. Дети с нетипичным негармоничным развитием (часть показателей выше, часть ниже на 1 эпикризный срок).*

### **3-я группа.**

*1. Дети с задержкой на 2 эпикризных срока.*

1-я степень: задержка 2-3 показателей.

2-я степень: задержка 3-4 показателей.

3-я степень: задержка 5-7 показателей.



*2. Дети с нетипичным нижегармоничным развитием (часть пока зателей ниже на 1 эпикризный срок, часть — на 2 эпикризных срока).*

#### **4-я группа.**

*1. Дети с задержкой на 3 эпикризных срока.*

1-я степень задержка 2-3 показателей.

2-я степень: задержка 3-4 показателей.

*Дети с нетипичным нижегармоничным развитием (часть показателей ниже на 2 эпикризных срока, часть — на 3 эпикризных срока).*

Для оценки развития детей в домах ребенка и детей первого года жизни в семье предлагается V группа — задержка на 4-5 эпикризных срока.

При соответствии нервно-психического развития возрасту или превышении его ребенка относят к первой группе нервно-психического развития, при отставании хотя бы по 1 показателю на 1 эпикризный срок — ко 2-й группе, при отставании хотя бы по 1 показателю на 2 эпикризных срока — к 3-й группе и при отставании хотя бы по 1 показателю на 3 эпикризных срока — к 4-й группе нервно-психического развития. Эпикризным сроком для ребенка первого года жизни считают месяц, для ребенка 2-го года — квартал и для 3-го года — полугодие.

#### **7) Наличие или отсутствие хронических заболеваний, врожденных пороков развития.**

Пороки развития чаще диагностируют при рождении ребенка, или в первые годы его жизни. Хронические заболевания могут возникнуть сразу или формироваться после перенесенных острых заболеваний. Такие дети находятся на диспансерном учете у врача-педиатра и специалистов, в зависимости от характера заболевания.

## **8) Виды медицинских осмотров. Профилактический медицинский осмотр.**

Медицинский осмотр: профилактический, предварительный при поступлении в образовательные учреждения и периодический в период обучения в них, представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей ст.20 Федерального закона.

**Профилактические** медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних.

**Предварительные** медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению.

**Периодические** медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы.

Основной метод, позволяющий получить характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья- профилактический медицинский осмотр.

Периодичность профилактических медицинских осмотров:

- на первом году жизни- в 1,3,6,9,12 месяцев;
- на втором году жизни- 1 раз в 3 месяца;
- на третьем году жизни- 1 раз в 6 месяцев;
- в 3 года (или при поступлении в дошкольные учреждения);
- за 1 год до поступления в школу (в 5-6 лет);
- перед поступлением в школу (в 6-7 лет);
- в конце первого класса (в 7-8 лет), а также в 10,12,14-15,16 и 17 лет.

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 дородовый 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.
8. Скрининг-программу подразделяют на базовую и расширенную, которые представлены в медицинской карте ребенка для общеобразовательного учреждения (форма 26/у-2000).

Базовую скрининг-программу доврачебного медицинского обследования используют для мониторинга здоровья детей, она содержит тот набор тестов, который обязательно выполняют при проведении медицинских осмотров детей, как в условиях города, так и в сельской местности.

1. Анкетный тест.
2. Индивидуальная оценка физического развития.
3. Измерение АД с проведением нагрузочной пробы.
4. Выявление нарушений опорно-двигательного аппарата с помощью комбинированного визуально-инструментального исследования.
5. Исследование остроты зрения.
6. Определение предмиопии (склонность к близорукости) с помощью теста Малиновского.
7. Выявление нарушений бинокулярного зрения.
8. Диагностика нарушений слуха с помощью шепотной речи.
9. Оценка уровня физической подготовленности, проведение динамометрии.
10. Лабораторные скрининг-тесты: анализ мочи на протеинурию и глюкозурию.

Расширенная скрининг-программа дополняет базовую и включает следующие исследования.

1. Оценка резистентности.
2. Выявление невротических расстройств (анкета).
3. Оценка нервно-психического развития (эмоционально-вегетативная сфера, психомоторная сфера и поведение, интеллектуальное развитие).
4. Оценка вторичных половых признаков.
5. Нарушение репродуктивного здоровья (анкета)

## 9) Группы здоровья детей, их анализ.

Исследовав и оценив все критерии здоровья, педиатр дает заключение о принадлежности ребенка к соответствующей группе здоровья.

**I группа** — здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья, не болеющие за период наблюдения, или имеющие незначительные единичные отклонения, не влияющие на состояние здоровья и которые не нужно корректировать.

**II группа** — дети с фактором риска возникновения патологии различных органов и систем, а также имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, измененную резистентность, у которых отсутствуют хронические заболевания. Среди детей раннего возраста (первого года жизни) выделяют II А и II Б группы здоровья.

*II А группа (группа риска)* — здоровые дети с минимальным риском формирования хронических заболеваний, т.е. с факторами риска только одного вида в онтогенезе (по данным биологического и генеалогического анамнезов), которые перечислены ниже.

1. В пренатальном периоде: экстрагенитальные заболевания матери, профессиональные вредности и алкоголизм родителей, острые заболевания и операционные вмешательства во время беременности, возраст матери к моменту рождения ребенка менее 18 и старше 30 лет, токсикозы II и I половины беременности, угроза выкидыша, кровотечения, повышение или понижение АД во время беременности.

2. В интранатальном периоде: быстрые затяжные роды, длительный безводный период, инструментальное ведение родов, патология плаценты и пуповины, неправильное положение плода, кровотечение в родах.

3. Отягощенный генеалогический анамнез: в родословной ребенка отмечают моногенные болезни или мультифакториальные заболевания с определенной метаболической направленностью, а также на одного кровного родственника приходится 0,7 заболеваний.

*II Б группа (группа высокого риска)* — дети, имеющие некоторые функциональные и морфологические изменения, часто болеющие дети, дети с аномалиями конституции и другими отклонениями в состоянии здоровья.:

1. Родившихся при многоплодной беременности, недоношенных, переношенных, детей, родившихся с большой массой тела (4 кг и более), незрелых, детей с внутриутробным инфицированием.

2. Детей, перенесших асфиксию, родовую травму, гемолитическую болезнь, острые тяжелые заболевания в ранний неонатальный период, а также детей с рахитом I степени (начальный период), выраженными остаточными явлениями рахита, гипотрофией I степени, дефицитом или избытком массы тела I и II степени.
3. Детей с аллергической предрасположенностью к пищевым продуктам, лекарственным и другим веществам.
4. Детей с пилороспазмом без явлений гипотрофии, некоторыми врожденными аномалиями, при которых нет необходимости в оперативном вмешательстве, с расширением пупочного кольца, расхождением прямых мышц живота, неопущением яичек в мошонку на первом или 2-м году жизни и др.
5. Детей с малым размером большого родничка при рождении, с дефектами осанки, с уплощенной стопой.
6. Детей с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы (шумы функционального характера, тенденция к понижению или повышению АД, изменение ритма и частоты пульса, неблагоприятная реакция на функциональную пробу с мышечной нагрузкой).
7. Детей с гипертрофией аденоидов, гипертрофией миндалин 1-й степени, искривлением носовой перегородки при отсутствии нарушения носового дыхания, повторными заболеваниями бронхитами и пневмониями, частыми острыми респираторными заболеваниями
8. Детей с понижением содержания гемоглобина в крови до нижней границы нормы.
9. Детей с тимомегалией.
10. Детей с субкомпенсированным кариесом (6-8 кариозных зубов), аномалией прикуса, не требующей немедленной коррекции.
11. Детей с отдельными невротическими реакциями, патологическими привычками, задержкой психического развития, косноязычием.
12. Детей с дисфункцией желудочно-кишечного тракта.
13. Детей с миопией слабой степени, с дальнозоркостью средней степени, аккомодационным косоглазием без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1 без нарушения бинокулярного зрения
14. Детей с выражением туберкулиновой пробы.

15. Детей в состоянии реконвалесценции после перенесенных острых заболеваний с длительным нарушением общего самочувствия и состояния

**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.



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

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, 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.

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 выносятся 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 группе здоровья, осуществляется при профилактических медицинских осмотрах и ежегодно - врачом-педиатром.

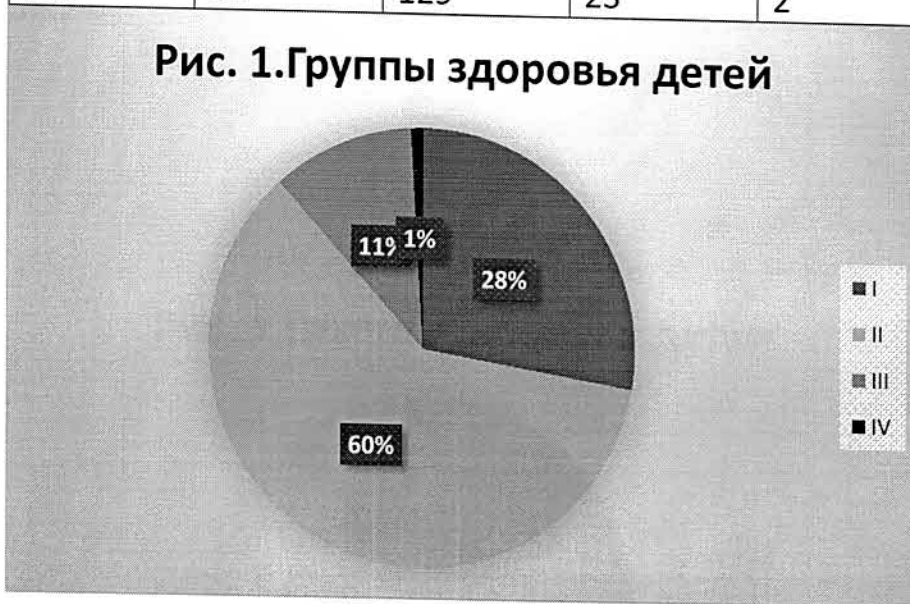
Дети, отнесенные к III-V группам здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды. Кроме того, контроль за состоянием их здоровья и оценка эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляется на основании результатов диспансерного наблюдения.

## 7. Собственное исследование.

За время прохождения практики на базе ГУЗ «Детская поликлиника №6» была проведена комплексная оценка здоровья 213 детей. Распределение детей по группам здоровья представлено в табл. 3 и рис.1.

Табл. 3 Анализ групп здоровья детей на участке.

Всего детей	I	II	III	IV	V
213	59	129	23	2	0



Наибольшее количество здоровых детей отмечено в дошкольном возрасте, наименьшее - в пубертатном (рис.2.)



## 8. Вывод.

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

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

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 5 "групп здоровья" дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев.

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".

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.

## 9. Список литературы.

1. Неонатология. Национальное руководство / Под ред. Н.Н. Володина. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 848 с.
2. Основы поликлинической педиатрии - Под. А.А. Джумагазиева /А.А. Джумагазиев, В.В. Гуськов, Т.Ф. Козина и соавт. – Ростов на /Д.;, 2014 – 414с.
3. Педиатрия: клинические рекомендации / Под ред. А.А. Баранова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 272 с.
3. Поликлиническая педиатрия /Чернышов В.Н. – М. ГОУ ВУНМЦ, 2015. – 335с.
4. Справочник педиатра /Под ред Н.П. Шабалова. - СПб: Питер, 2017 – 672 с.
5. Рзянкина М.Ф. , Молочный В.П., Бережанская Е.В. Справочник участкового педиатра: диспансеризация детского населения. Ростов на Дону: Феникс. – 2016. – 446 с.

## 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 9 группы

Шихалиев Шихали Рагуб оглы

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 завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова