



**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА,
КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ И ФОРМИРОВАНИЕ
ГРУПП ЗДОРОВЬЯ.**

Выполнил: Еримбетов А.

630-ВОП

Проверила: Джаксалыкова К.К

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА, КРИТЕРИИ ЗДОРОВЬЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ.

Основными задачами контроля за здоровьем и развитием детей являются:

- углубленное исследование, оценка состояния здоровья ребенка в эпикризные периоды и назначение соответствующих рекомендаций с целью обеспечения его гармоничного развития, оптимального функционального состояния организма и полноценного здоровья;
- раннее выявление отклонений в состоянии здоровья ребенка для организации оздоровления и лечения с целью профилактики формирования хронических заболеваний.



ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН от 16 МАРТА 2011 года №145

- Согласно приказу:
- 9. Скрининговые осмотры целевых групп детского населения в различные возрастные периоды жизни (осмотр специалистами, лабораторные и инструментальные исследования) осуществляются в соответствии с периодичностью проведения скрининговых осмотров целевых групп детского населения согласно приложению 1 к настоящим Правилам.
- 10. Скрининговые осмотры организованных детей дошкольного возраста, школьников, учащихся и студентов средне-специальных и высших учебных заведений до 18 лет проводятся специалистами территориальной организации ПМСП с выездом на территории детских дошкольных учреждений и организаций образования.
- 11. Организация проведения скрининговых осмотров целевых групп организованных детей дошкольного возраста, учащихся и студентов средне-специальных и высших учебных заведений до 18 лет осуществляется медицинским работником дошкольного учреждения и организации образования (врач, фельдшер или медицинская сестра).
- 12. Скрининговые осмотры неорганизованных детей дошкольного возраста проводятся в организации ПМСП по месту прикрепления.
- 13. Дети, находящиеся в домах ребенка, детских домах, школах-интернатах, специализированных интернатах, домах юношества проходят скрининговые осмотры дважды в год.



▣ Особенности онтогенеза (первый критерий здоровья).

- ▣ Он оценивается на основании полученных данных генеалогического (семейного), биологического и социального анамнеза (то есть историй жизни семьи). Оценка генеалогического анамнеза (ГА) производится путем составления родословной семьи ребенка, учитывая сведения о трех (лучше четырех) поколениях, включая пробанда. Родословная должна содержать информацию о родственных отношениях в семье (не являются ли родители родственниками), национальности, числе кровных родственников в каждом поколении, их возрасте, состоянии здоровья, причинах смерти.
- ▣ Анализ генеалогического древа проводится для выявления генных и хромосомных наследственных заболеваний (болезнь Дауна, ФКУ, муковисцидоз, целиакия, лактазная недостаточность и др.), количественной и качественной оценки отягощенности анамнеза с выявлением предрасположенности к тем или иным заболеваниям.
- ▣ Для количественной оценки отягощенности ГА используют индекс отягощенности (ИО), определяемый отношением общего количества хронических заболеваний или ВПР у кровных родственников пробанда о которых есть сведения (А) к общему числу всех родственников (Б), исключая малыша ($ИО = А / Б$).
- ▣ Генеалогический анамнез считается:
 - ▣ - «благополучным» при числовом выражении ИО до 0,3,
 - ▣ - «условно благополучным» при ИО от 0,3 до 0,6
 - ▣ - «неблагополучным» при ИО 0,7 и более.
- ▣ При качественной оценке отягощенности ГА отмечают однонаправленность, если в поколениях родословной выявлены хронические заболевания одних и тех же органов и систем и мультифакторную отягощенность, если в поколениях родословной выявлены хронические заболевания разных органов и систем.
- ▣ Неблагоприятные факторы, влияющие на плод во время беременности, могут оказывать свое влияние на ребенка и после рождения. Кроме явных врожденных пороков развития, у ребенка могут отмечаться функциональные изменения со стороны нервной системы, желудочно-кишечного тракта и других систем, нарушение адаптации, тяжелое течение заболевания. Оценка этих факторов обеспечивает более объективную характеристику уровня здоровья новорожденного, ребенка грудного возраста, а также позволяет прогнозировать здоровье в раннем детстве.



□ **Сбор и оценка биологического анамнеза**

- Биологический анамнез (БА) включает сведения о развитии ребенка в различные периоды жизни: беременность, роды, ранний неонатальный (первые 7 суток), поздний неонатальный (до конца первого месяца) и последующее детство. В период беременности выясняют сведения отдельно о течение первой и второй половины беременности: токсикозы первой и второй половины беременности, угроза выкидыша, экстрагенитальные заболевания у матери, профессиональные вредности у родителей, отрицательная резус-принадлежность матери с нарастанием титра антител, хирургические вмешательства, вирусные заболевания во время беременности, посещение женщиной школы матерей по психопрофилактике родов.
- В родах и первые 7 дней выясняют - характер течения родов (длительный безводный период, стремительные роды, затяжные и др.), пособие в родах, оперативное родоразрешение (кесарево сечение и др.), оценку 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, гепатита В, время отпадения пуповины, состояние ребенка и матери при выписке из родильного дома.
- В течение первого месяца продолжают оказывать влияние на ребенка перенесенные родовая травма, асфиксия, недоношенность, гемолитическая болезнь новорожденного, острые инфекционные и неинфекционные заболевания, ранний перевод на искусственное вскармливание, пограничные состояния и их длительность.
- В период детства имеют значение повторные острые инфекционные заболевания, рахит, анемия, расстройства трофики тканей в виде дистрофии (гипотрофия, паратрофия), диатезы.
- Сведения о БА участковый педиатр получает из выписок родильного дома, дородовых патронажей, бесед с родителями. БА собирается при любом первом осмотре ребенка педиатром или другим специалистом, чаще это происходит при дородовых патронажах или при первичном патронаже к новорожденному, и тогда он включает все сведения.
- Оценка биологического анамнеза. БА расценивается как благополучный, если нет факторов риска ни в одном из периодов раннего онтогенеза. БА расценивается как условно-благополучный, если выявлены факторы риска в одном из периодов онтогенеза. БА — неблагополучный, если есть факторы риска в двух и более периодах онтогенеза.



Второй критерий здоровья — оценка физического развития.

К показателям физического развития (ФР), которые обычно рассматриваются врачами с целью контроля за динамикой процесса роста и развития относятся: масса тела, длина тела, окружность головы, окружность грудной клетки. Наряду с этими могут рассматриваться и другие показатели (кожно-жировые складки, окружности бедра, голени, плеча и др.).

Для оценки показателей ФР используются нормативные центильные таблицы и шкалы (лучше региональные). Вначале оценивают каждый из показателей ФР, а затем анализируют их соотношение.

Каждый измерительный признак (длина, масса, окружность головы, грудной клетки) может быть помещен в свою область или «коридор» центильной шкалы. Результаты измерения в области до 3 центиля указывают на «очень низкий» показатель; от 3 до 10 — на «низкий», от 10 до 25 центиля — на «сниженный» показатель. Значение показателей в зоне от 25 до 75 центиля принимается за «средние» или «условно нормальные величины». Область от 75 до 90 центиля указывает на «повышенный» показатель, от 90 до 97 — на «высокий» и от 97 центиля — на «очень высокий» показатель.

Наибольшими отклонениями в ФР следует считать варианты оценок: низкий рост в сочетании с низкой массой тела (область до 3 центиля) и высокая масса тела (область выше 97 центиля) при любой длине тела.

Вероятность патологической природы этих отклонений достаточно высока, поэтому дети с указанными показателями требуют обязательного обследования и консультирования 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. Такое состояние у детей первого года жизни носит название гипостатуры; для детей старше года в этих случаях употребляется термин субанизм.

В первом полугодии отставание может быть у детей с пренатальной гипотрофией, во втором — при наличии врожденных пороков, энцефалопатии. Это состояние следует отличать от конституциональной низкорослости, где отсутствуют нарушения трофики, отставание в НПП, нарушение толерантности к пище.

Здоровых детей можно отнести к одному из четырех соматотипов, которые определяются только у детей с гармоничным развитием. Отнесение ребенка к одному из соматотипов производится согласно сумме номеров областей или «коридоров» центильной шкалы, полученных для массы, длины тела и окружности грудной клетки.

- При сумме баллов (номеров) от 3 до 10 — ребенок относится к микросоматическому типу (ФР ниже среднего),
- При сумме от 11 до 14 баллов — мезомикросоматическому,
- От 14 до 17 — мезомакросоматическому (ФР среднее),
- при сумме от 18 до 24 баллов — макросоматическому (ФР выше среднего).

Определение гармоничности развития проводится на основании тех же результатов центильных оценок. В случае если разность номеров областей («коридоров») между любыми двумя из трех показателей не превышает 1, можно говорить о гармоничном развитии, если эта разность превышает 2 — развитие ребенка следует считать дисгармоничным, а если превышает 3 и более — резко дисгармоничным.

Если показатели окружности головы попадают в 1, 2, 7, 8 «коридоры», следует исключать заболевания, сопровождающиеся микроцефалией, краниостенозом, гидроцефалией.

Все дети после 10 лет наряду с антропометрической оценкой должны иметь и оценку развития половых признаков.



- **Третий критерий здоровья — оценка уровня нервно-психического развития (НПР).**
- Контроль за НПР проводится при каждом диспансерном осмотре здорового ребенка врачом визуально, путем опроса матери и выявления уровня развития ребенка с помощью определенной методики.
- При оценке НПР детей в возрасте до 3-х лет руководствуются показателями нормального уровня по основным линиям развития, отраженными в таблицах. Итогами оценки является определение группы НПР.
- - При соответствии НПР ребенка возрасту или превышении его выставляется I группа НПР.
- - При отставании ребенка хотя бы по одному показателю на один эпикризный срок — II группа НПР - При отставании ребенка хотя бы по одному показателю на два эпикризных срока выставляется — III группа НПР
- - При отставании ребенка хотя бы по одному показателю на три эпикризных срока — IV группа НПР. Эпикризным сроком для ребенка первого года жизни считается I месяц, для ребенка второго года — квартал и для третьего — полугодие.



- **Четвертый критерий здоровья — уровень резистентности организма.**
- Резистентность — совокупность генетически заложенных у малыша неспецифических защитных механизмов, обуславливающих невосприимчивость к инфекциям. Степень резистентности определяется по кратности острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года. В том случае, если наблюдение было менее продолжительным, оценка резистентности проводится по индексу частоты острых заболеваний (ИОЗ), который определяется отношением количества перенесенных ребенком острых заболеваний к числу месяцев наблюдений.
- Оценка резистентности:
 - — хорошая, кратность острых заболеваний не более 3 раз в год (ИОЗ 0-0,32);
 - — сниженная, кратность ОРЗ 4-5 раз в год (ИОЗ 0,33-0,49);
 - — низкая, кратность ОРЗ 6-7 раз в год (ИОЗ 0,5-0,6);
 - — очень низкая, кратность ОРЗ 8 и более раз в год (ИОЗ 0,67 и выше).
- Ребенок считается часто болеющим, если он переносит в течение года 4 и более острых заболеваний или имеет индекс частоты ОРЗ = 0,33 и выше. Синдром частой заболеваемости (СЧЗ) может быть транзиторным и «истинным». Для последнего характерна выраженная отягощенность генеалогического и биологического анамнеза, определенная качественная ее направленность. Кроме того наблюдается высокая частота ОРЗ, более тяжелое и продолжительное течение острых заболеваний, сохраняющиеся в течение 2-3-х и более лет. Критерии ЧБД это до 1 года — 4 случая инфекций, до 3 лет — 6 случаев, 4-5 лет — 5 случаев, старше — 4 и более ОРЗ в год, а также наличие сопутствующих функциональных отклонений со стороны различных органов и систем, быстрое формирование хронических заболеваний, в том числе и очагов инфекции, измененный уровень функционального состояния организма.
- Уровень функционального состояния оценивается по данным клинического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований (ЧСС, дыханий, 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, длительная — об измененном.



Пятый критерий - показатели поведения.

Важным индикатором ранних отклонений в здоровье и развитии, еще не получивших манифестного выражения, 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.).

1. Эмоциональное состояние (для детей I года жизни) положительное, отрицательное, неустойчивое, малоэмоциональное.

2. Настроение (для детей 2-6 лет);

— бодрое, жизнерадостное, он охотно контактирует с окружающими, с интересом, активно играет, дружелюбен, часто (адекватно) улыбается, смеется, 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 или/и 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, язык, губу, одежду, раскачивается, выдергивает (крутит) волосы, часто моргает, онанирует,

8. Взаимоотношения с детьми и взрослыми — контактен, груб, агрессивен (кусается, царапается, дерется), ласков, навязчив, любознателен, инициативен, деятелен, легко обучается, нелюбознателен, заторможен, подвижен, уравновешен, медлителен, легко утомляем, боязлив и др.

Оценка поведения и группы риска:

— без отклонений;

— незначительные отклонения (группа внимания) ~ отклонения 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) — отклонения в поведении по шести и более показателям.



Шестой критерий здоровья — наличие врожденных пороков развития и хронических заболеваний.

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



ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН от 16 МАРТА 2011 года №145

- 14. Новорожденным и детям раннего возраста скрининговый осмотр на выявление нарушений слуха проводится в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 сентября 2009 года № 478 "Об утверждении Правил организации скрининга и диагностики нарушений слуха у детей раннего возраста", зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5828.
- 15. Детям в возрасте от трех до четырех месяцев по показаниям проводится ультразвуковое исследование тазобедренных суставов с целью раннего выявления дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра.
- 16. По окончании скринингового осмотра детей и подростков врачом педиатром, подростковым врачом, врачом общей практики, с учетом заключения профильных специалистов и лабораторно-диагностических исследований, проводится комплексная оценка состояния здоровья детей с определением следующих "групп здоровья":



Группы здоровья (№145)

- I группа - здоровые дети;
- II группа - здоровые дети, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям, с наличием факторов риска;
- III группа - дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма;
- IV группа - дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями;
- V группа - дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

17. Дети, относящиеся к II, III, IV, V группам подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению у специалистов ПМСП или специалистов соответствующего профиля.