



Комплексная оценка состояния здоровья и развития детей

Основные критерии комплексной оценки состояния здоровья и развития детей

1. Наличие или отсутствие отклонений в анамнезе (генеалогический, биологический, социальный)
2. Физическое развитие и степень его гармоничности
3. Нервно-психическое развитие и степень его гармоничности
4. Функциональное состояние органов и систем.
5. Резистентность и реактивность
6. Наличие или отсутствие хронических заболеваний или врождённых пороков развития.

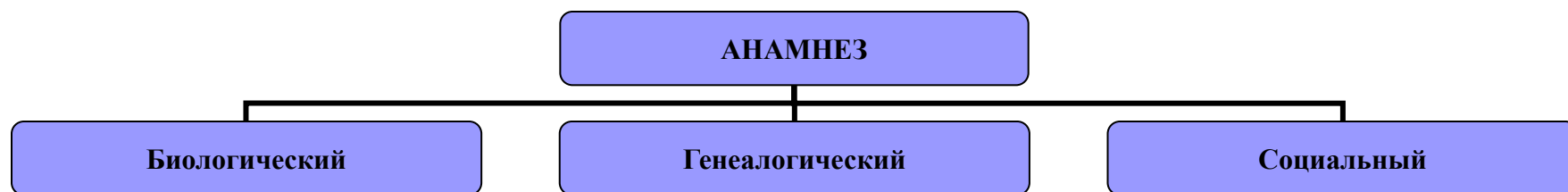
Группы (уровни) здоровья

- **I-ая** группа - здоровые дети с нормальным развитием и нормальным уровнем функций
- **II-я** группа – практически здоровые дети, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.
- **III-я** группа – дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.
- **IV-я** группа - дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.
- **V-я** группа - дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

Структура комплексной оценки состояния здоровья и развития детей

- Исследование состояния здоровья и развития детей по основным критериям.
- Заключение о состоянии здоровья ребёнка с определением его уровня (группы).
- Назначение медико-педагогических рекомендаций.
- Оформление записи в учётной медицинской документации (форма № 112/у и №26/у).

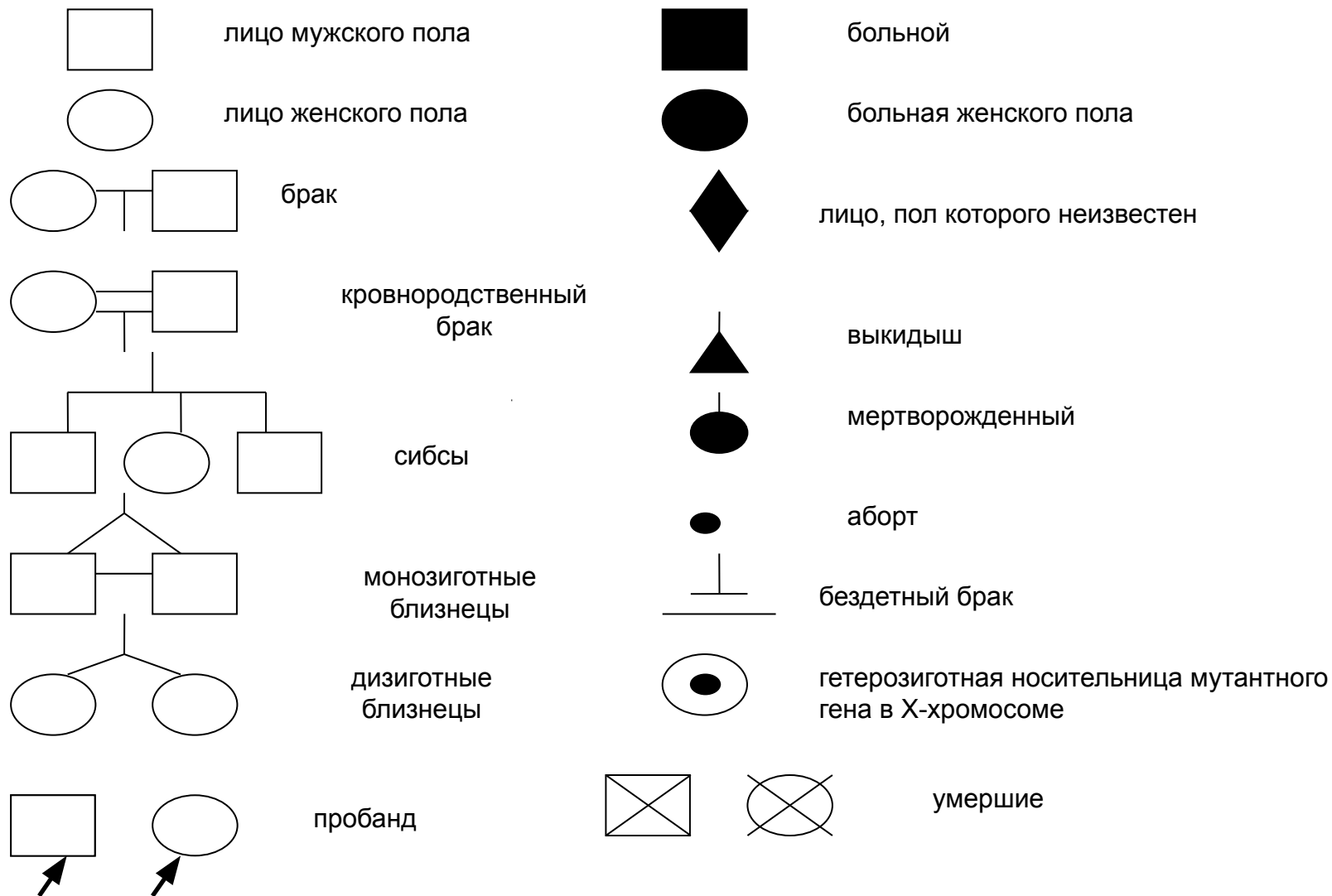
Структура анамнеза при комплексной оценке состояния здоровья детей



Сведения для ГА

- анамнез настоящего заболевания (если есть), его начало, последующее течение, анамнез жизни пациента (пробанда);
- сведения о сибсах (братьях и сёстрах) пробанда (порядковый номер рождения, возраст, состояние здоровья и т.д.). Важно знать, сколько всего было в семье детей, как физически и психически они развивались, как и чем болели, при каких обстоятельствах заболевали и умирали. Анамнестические данные собираются на каждого сибса отдельно, указывается возраст родителей к моменту их рождения. Если у сибса пробанда подозревается аналогичное заболевание, расспрос ведётся детальный и включает все сведения, которые собирались у пробанда.
- данные о ближайших родственниках, в первую очередь это касается родителей пробанда, а также лиц I и II степеней родства.

Символы, использованные при составлении родословной ребёнка



Моменты, заслуживающие внимания при составлении родословной

- Важно выяснить у матери пробанда обо всех случаях аборт, мёртворождений и ранней детской смерти. Они могут иметь прямое отношение к постановке диагноза.
- Необходимо получить по возможности сведения о кровном родстве супругов, которое является ключевым моментом в предположении об аутосомно-рецессивном типе наследования.
- Не следует забывать о возможности внебрачного зачатия, особенно в труднообъяснимых ситуациях.
- Всегда нужно фиксировать данные, касающиеся не только конкретного патологического признака в семье, но и информацию обо всех заболеваниях, встречающихся среди членов семьи.
- Необходимо указать дату составления родословной.

Индекс (И) или коэффициент общей отягощённости генеалогического анамнеза

Общее число заболеваний на всех
известных родственниках

$$И = \frac{\text{Общее число заболеваний на всех известных родственниках}}{\text{Общее число родственников пробанда}}$$



Генеалогический индекс

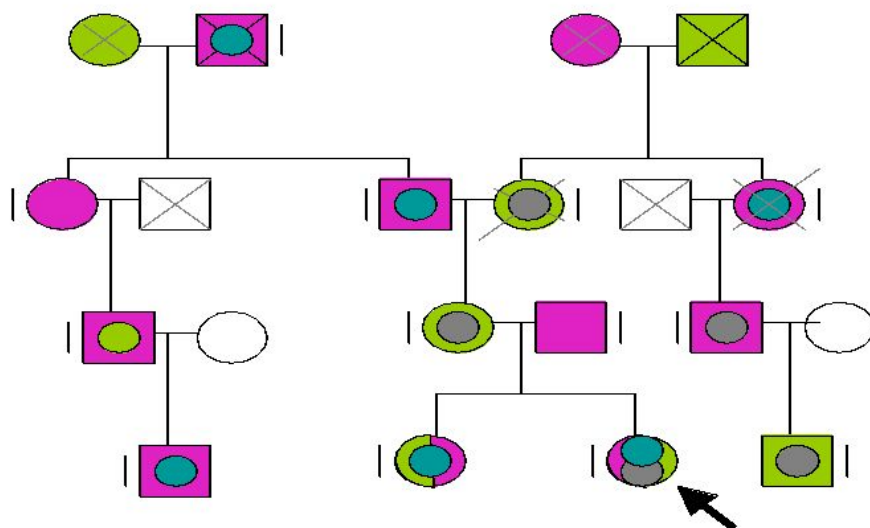
0-0,2 низкая отягощенность

0,3-0,5 умеренная отягощенность

0,6-0,8 выраженная отягощенность

0,9 и выше высокая отягощенность

накопление признаков «миопия», «сколиоз», «плоскостопие», «пролапс митрального клапана» у пробанда



Структура биологического анамнеза



Факторы, характеризующие биологический анамнез

Периоды развития ребёнка	Перечень неблагоприятных факторов
Аntenатальный	Гестозы I и II половины беременности, угроза выкидыша, экстрагенитальные заболевания матери, профессиональные вредности у родителей, хирургические вмешательства, вирусные заболевания и др.
Интранальный	Длительные и стремительные роды, кесарево сечение, асфиксия, родовая травма, недоношенность, гемолитическая болезнь, острые инфекционные или неинфекционные заболевания.
Постнатальный	Повторные острые заболевания любой этиологии, ранний перевод на искусственное вскармливание и другие воздействия ухудшающие состояние здоровья ребёнка.



При наличии одного и более факторов риска:

- в 3-4-х периодах - о выраженной отягощенности (группа высокого риска по биологическому анамнезу);
- в 2-х периодах - об умеренной отягощенности (группа риска по биологическому анамнезу);
- в одном периоде - о низкой отягощенности (группа внимания по биологическому анамнезу).

Если факторы риска отсутствуют во всех периодах развития ребенка, то биологический анамнез считается неотягощенным

Параметры социального анамнеза

Основные параметры	Крайние варианты благополучия
Характеристика полноты семьи	Если есть отец и ближайшие родственники матери
Образовательный уровень семьи	Среднее специальное образование (ПТУ...)
Психологический климат семьи	Отношение к ребёнку ровное, ласковое, дружелюбное; отношение между родителями ребёнка дружелюбное; нет вредных привычек в семье
Жилищно-бытовые условия	Наличие у семьи отдельной квартиры площадью не менее 6 кв.м. на человека
Материальная обеспеченность семьи	60% от минимального потребительского бюджета семьи
Уровень санитарно-гигиенических условий ухода за ребёнком и квартирой и пр.	Минимально-оптимальный

1. Наличие одного и более факторов риска в каждом из 6 перечисленных параметров социального анамнеза (а также наличие только одного из таких факторов, как отказ от ребенка, лишение родительских прав, ребенок-подкидыш, постоянное избиение ребенка родителями, отсутствие у семьи постоянного места жительства) свидетельствует о высокой отягощенности социального анамнеза (группа риска по социальному анамнезу - диспансерная).

2. Присутствие одного и более факторов риска в 5 параметрах говорит о выраженной отягощенности (группа высокого риска по социальному анамнезу).

3. Наличие факторов риска в 3-4-х параметрах говорит об умеренной отягощенности (группа риска по социальному анамнезу);

4. Наличие факторов риска в одном-двух параметрах свидетельствует о низкой отягощенности социального анамнеза (за исключением факторов, перечисленных в оценке высокой отягощенности) (группа внимания по социальному анамнезу).

В форме 112/у в случае благополучного анамнеза следует написать: «Социальный анамнез благополучный». В случае неблагополучного анамнеза необходимо указать параметры, имеющие отрицательную характеристику. Неблагополучный социальный анамнез негативно сказывается на нервно-психическом развитии ребенка и в дальнейшем является одним из важнейших условий неправильного формирования личности.

Физическое развитие (ФР)

Под физическим развитием детей понимается совокупность морфологических и функциональных признаков организма в их взаимосвязи

Показатели:

- Соматометрические
- Физиометрические
- Соматоскопические

СОМАТОМЕТРИЯ


/Рост, Вес, ОГ,
Огр/

**Физическое
развитие**

ФИЗИОМЕТРИЯ

/ЖЕЛ, АД, ЧСС,
динамометрия/

СОМАТОСКОПИЯ



Физическое развитие оцениваем по
перцентильным таблицам (как в лекции)

Нервно-психическое развитие оцениваем
по фотографиям которые отправляю,
заключение даем по Печоре (таблица №15)
фотографию отправляю

Обозначения показателей НПР (линий и анализаторов) детей раннего возраста при психометрии

Аз -

Ас -

До -

Рп -

С -

Э -

Др -

Ра -

Н -

И -

ОЦЕНКА ННР ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ПЕЧОРЕ

НОРМАЛЬНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ГРУППАМ			ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ	
1 гр.	2 гр.	3 гр.	4 гр.	5 гр.
<p>Дети с нормальным развитием</p> <p>Дети с опережением в развитии:</p> <p>а) на 1 эпикризный срок – ускорение;</p> <p>б) на 2 эпикризных срока – высокое.</p> <p>Верхнегармоничное: - часть показателей выше на 2 эпикризных срока - часть – на 1 эпикризный срок.</p>	<p>Задержка на 1 эпикризный срок:</p> <p>I степень (25 %) 1-2 показателя.</p> <p>II степень (50 %) 3-4 показателя</p> <p>III степень (75-100%) показателей</p>	<p>Задержка на 2 эпикризных срока</p> <p>-//- -//- -//-</p>	<p>Дети с задержкой на 3 эпикризных срока</p>	<p>Дети с задержкой на 4-5 эпикризных сроков</p>

Примеры схем и возможных вариантов заключений НПР у детей раннего возраста:

- **НПР: I-я группа развития**
- **НПР: II-я группа, 1 ст. развития, Н отстаёт на 1 эпикризный срок.**
- **НПР: II-я группа, 2 ст. развития, До, Др, Ра отстаёт на 2 эпикризных срока.**

РЕАКТИВНОСТЬ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ

Реактивность - способность организма определенным образом (изменением жизнедеятельности) реагировать на действие патогенных факторов внешней среды или каких-то физиологических раздражителей.

Резистентность определяется устойчивостью организма к воздействию разного рода патогенных и повреждающих факторов (кислородному голоданию, повышенным физическим и умственным нагрузкам, климатическим условиям, экологическим и др.). У каждого ребенка она сугубо индивидуальна.

Резистентность теснейшим образом связана с особенностями реактивности. Так, на фоне аллергически измененной реактивности организма может снизиться его резистентность к ряду возбудителей, в том числе вирусов и бактерий, поэтому сниженная резистентность организма, как известно, проявляется в подтвержденности его заболеваниям. Это, прежде всего, выражается в количестве острых заболеваний, перенесенных ребенком за определенное время /Т.Я. Черток (СССР), Г.Нибш (ГДР), 1987/.

При проведении оценки резистентности детей необходимо учитывать общепринятые возрастные критерии для выделения групп часто болеющих детей (Т.Я. Черток (СССР), Г.Нибш (ГДР), 1987)

- **1 год жизни – 3 острых заболеваний в год и более;**
- **2-3 года – 6 острых заболеваний в год и более;**
- **4 года – 5 острых заболеваний в год и более;**
- **5-6 лет – 4 острых заболеваний в год и более;**
- **старше 6 лет – 3 острых заболеваний в год и более.**

РЕАКТИВНОСТЬ И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ

Оценка резистентности проводится по индексу острых заболеваний (**Юз**), который рассчитывается по формуле:

$$\text{Юз} = \frac{\text{количество перенесенных ребёнком острых заболеваний}}{\text{Число месяцев наблюдения}}$$

Возможные варианты оценки резистентности

- *высокая* – при частоте острых заболеваний 0-3 раза в год ($J_{оз} = 0-0,32$);
- *сниженная* – при частоте острых заболеваний 4-5 раз в год ($J_{оз} = 0,33 -0,49$);
- *низкая* – при частоте острых заболеваний 6-7 раз в год ($J_{оз} = 0,5-0,6$);
- *очень низкая* – частота острых заболеваний 8 и более раз в год ($J_{оз} = 0,67$ и выше).

Функциональное состояние органов и систем

Функциональное состояние органов и систем – критерий, характеризующий здоровье детей с позиций морфологической и функциональной зрелости организма, связанной с его возрастными особенностями.

Определяется сравнением показателей основных функциональных систем с нормативными параметрами (частота сердечных сокращений, дыханий, уровень артериального давления, содержание гемоглобина в крови и др.).

Примечание: большое значение имеет соответствие функциональных показателей биологическому

алгоритмированной записи осмотра детей до года на профилактическом приеме

20.01.15г.

В- 6мес (маль)

М- 9400,0 (6)

Д – 68см. (4)

ОГК- 45см (4)

ОГ- 44см (4)

БР-1,0х1,0(см)

Зубы 0

2

БЦЖ-руб.2мм

ЧД-24 в'

PS –114в'

Аз - 6мес.

Ас- 6мес.

До- 6мес.

Э – 6мес.

Др- 6мес.

Ра – 6мес.

Н – 5мес.

ИМТ - 20

Жалоб на момент осмотра мама не предъявляет.

На грудном вскармливании, с 5мес- прикорм в виде овощного пюре.

ВГ«В», БЦЖ в родильном доме, реакции не было.

Ребёнок от I беременности, срочных родов. Гестоз II половины беремен.

Масса при рождении– 4000кг, длина– 53см.;

У мамы – компенсированный тонзиллит; у бабушки по линии отца -

бронхиальная астма. В 4мес - ОРИ с обструктивным синдромом, по поводу которого ребёнок находился на стационарном лечении 2 недели.

Об-но: общее состояние удовлетворительное; правильного телосложения, повышенного питания, бледность кожи с мраморным рисунком, пастозность, повышенная гидрофильность тканей. Пальпируются периферические лимфоузлы основных групп, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями; язык влажный, слегка обложен беловатым налётом. На R-грамме груд.клетки в прямой проекции – увеличение тимуса до среднечлвчичной линии.

Заключение:

ФР – нормосомия, избыток массы Iст.

НПР – II гр.развития, Iст., Н отстаёт на Iэпикризный срок.

Диагноз - ЛГД, тимомегалия IIст. ЖДА ?

Группа здоровья – II

Подпись врача _____

*Медико-педагогические
рекомендации:*

Р - №3.

П- груд.вскармливание,
на 2-й прикорм -
вести кашу.

ФВ- ГК № 4.

ВВ- До,Др,Ра,Рп на
7мес, Н-на 6-7мес

ПП– мед.отвод до1г

ППС- беседа о ЛГД.

ДК- 20.02.15г.

А - ОАК- 18.02.15г.

КС – консультация
иммунолога.

Явка 20.02.2015г.

ПРИМЕР

алгоритмированной записи осмотра детей школьного возраста на профилактическом приеме

13.01.2015г	Жалоб нет.	Р – обычный	
В – 13 лет (маль)	Привит по возрасту.		
М – 38кг. (4)		ФВ – основ. группа +	
Д – 151см.(4)	Кожные покровы бледные	дыхательные упражнения	
ОГ – 53см.(3)	два кариозных зуба, по осталь-		
ОКГ – 69см.(3)	ным органам без патологии	ВВ – на 14 лет	
ЖЭЛ-1948мл. (пониж.)			
Д./М., пр.-28кг. (сред.)		ДК – 17.02.2015 г.	
-//- лев.- 23кг. (сред.)	Заключение:		
А.Д.- 100/60 (сред.)	ФР - норм., гармоничное	КС – консультация	PS
- 92 в1 мин.		стоматолога	
ЧД – 24 в1мин.	НПР - соответствует возрасту		
	Диагноз – Кариес (2), Анемия?		
Ах - 0		А – ОАК на 14.02.2015г.	
Р - 1	Гр. здоровья – II*.		

Подпись врача _____

*- группа здоровья может измениться после консультации стоматолога (санация) и после сдачи анализа крови.