



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.

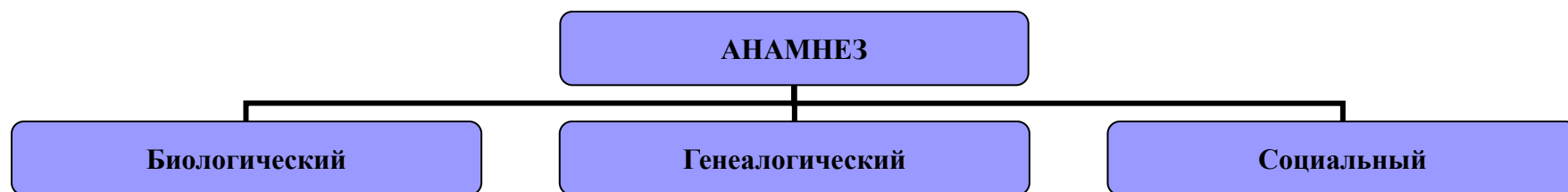
Группы (уровни) здоровья

- **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).

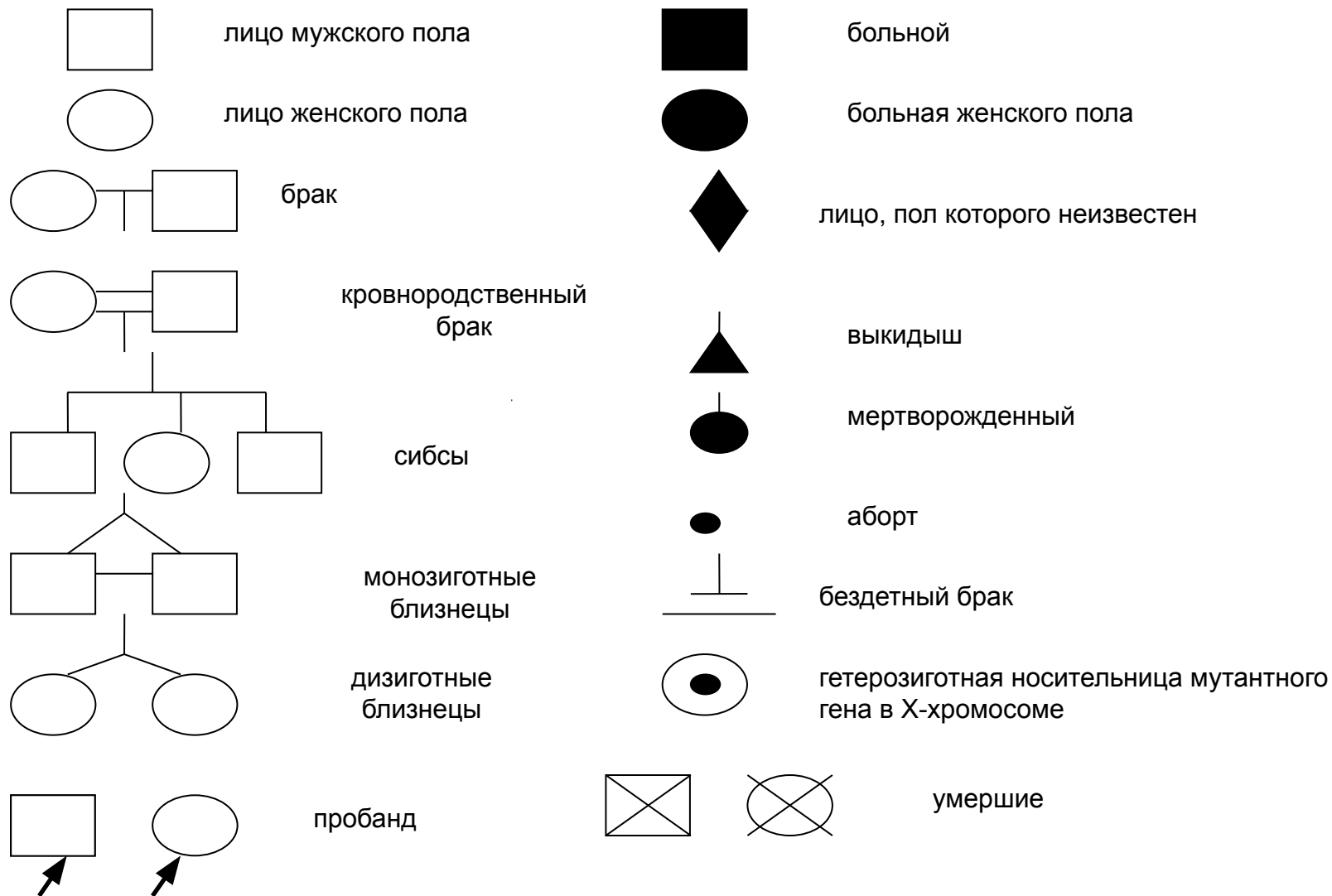
Структура анамнеза при комплексной оценке состояния здоровья детей



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

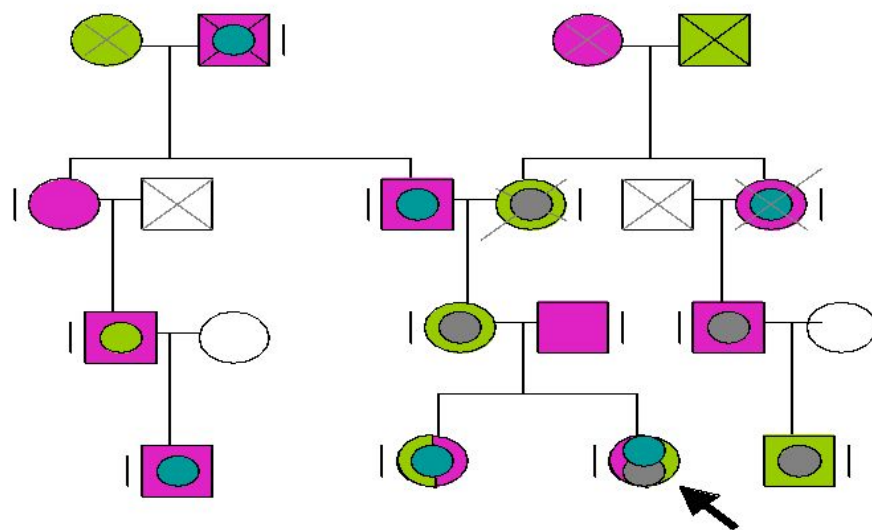
0-0,2 низкая отягощенность

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 отправлю,
заключение даем по Печоре (таблица №15)
фотографию отправлю

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</p> <p>- 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>-//-</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 ННР у детей раннего возраста:

- **ННР: I-я группа развития**
- **ННР: II-я группа, 1 ст. развития, Н отстаёт на 1 эпикризный срок.**
- **ННР: 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 заболеваний. 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 ($Joz = 0-0,32$);
- *сниженная* – при частоте острых заболеваний 4-5 раз в год ($Joz = 0,33 -0,49$);
- *низкая* – при частоте острых заболеваний 6-7 раз в год ($Joz = 0,5-0,6$);
- *очень низкая* – частота острых заболеваний 8 и более раз в год ($Joz = 0,67$ 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-1,0x1,0(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 среднеключичной 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.