

Р.Р.Кильдиярова

ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК. МЕДИЦИНСКИЙ КОНТРОЛЬ

2-е издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2014

УДК 616-053.2

ББК 57.33

К39

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Автор – профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», докт. мед. наук, профессор **Рита Рафгатовна Кильдиярова**

Рецензенты: заведующая кафедрой педиатрии факультета повышения квалификации и постдипломной подготовки ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», канд. мед. наук, профессор **М.Б.Колесникова**; заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» докт. мед. наук, профессор **М.К.Ермакова**

Кильдиярова Р.Р.

К39 Здоровый ребенок. Медицинский контроль: учебно-методическое пособие / Р.Р.Кильдиярова. 2-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. –112 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-046-6

В учебном пособии содержится современная информация по наиболее актуальным вопросам, возникающим в процессе повседневной работы врачей-педиатров в первую очередь поликлинической службы. В ней представлены методы оценки уровня здоровья детей, включая основные физиологические константы детей разных возрастных групп, показатели нервно-психического и физического развития; краткосрочная диспансеризация; иммунопрофилактика; медицинские рекомендации с режимными моментами, схемами питания и расчетами основных ингредиентов в соответствии с требованиями ВОЗ; показатели физической активности; культурно-гигиенические навыки детей. Автор систематизировал и изложил в краткой форме основной нормативный материал по ведущим системам. Диспансеризация здоровых детей представлена в соответствии с Приказом МЗ РФ от 21.12.2012г. №346н. Книга представляет интерес для студентов медицинских вузов, врачей-педиатров, семейных врачей.

УДК 616-053.2

ББК 57.33

ISBN 978-5-00030-046-6

© Кильдиярова Р.Р., 2013

© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2013

Оглавление

Введение	4
1. Методы оценки уровня здоровья ребенка	5
1.1. Здоровье и болезнь	5
1.2. Комплексная оценка здоровья ребенка	9
1.3. Группы здоровья	33
2. Профилактическая работа врача-педиатра	36
2.1. Профилактика заболеваний у детей	36
2.2. Наблюдение здоровых детей и детей групп риска	42
2.3. Краткосрочная диспансеризация	54
3. Медицинские и медико-педагогические рекомендации здоровым детям	70
3.1. Режим	70
3.2. Питание	70
3.3. Физическая культура	89
3.4. Формирование гигиенических навыков	96
4. Вакцинация	100
Заключение	107
Литература	108

Введение

Необходимость радикальных изменений в стратегии достижения здоровья ребенка очевидна. Диспансеризация – активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья населения; направленного лечения и рационального последовательного оздоровления; метод раннего выявления начальных стадий заболеваний. Она осуществляется врачами амбулаторно-поликлинических учреждений всех специальностей с активным участием средних медицинских работников. Основными принципами системы диспансеризации являются плановость, комплексность, выбор ведущего звена из всех предлагаемых лечебно-оздоровительных мероприятий.

В учебном пособии представлены сведения по комплексной оценке здоровья, особенностям ведения здоровых детей, включая краткосрочную диспансеризацию после заболеваний, иммунопрофилактику.

Информация представлена в краткой, удобной для читателя форме, таблицы систематизированы в зависимости от типа содержащихся в них данных.



Основные положения, на которые следует обратить особое внимание, выделены специальным символом.

Настоящее пособие призвано оказать помощь студентам медицинских вузов в ходе подготовки к занятиям по поликлинической педиатрии, а также будет полезно врачам-педиатрам и другим специалистам.

1. Методы оценки уровня здоровья ребенка

1.1. Здоровье и болезнь

Определение понятий «здоровье» и «болезнь»

Существует около 100 определений понятия «*здоровье*». Здоровье отражает одну из фундаментальных характеристик человеческого существования, форму его жизни. Потому оно, естественно, переосмысливается всякий раз, когда социальное устройство переживает глубокие изменения.



Здоровье ребенка – это состояние жизнедеятельности, соответствующее биологическому возрасту, гармоничному единству физического и нервно-психического развития, достаточной функциональной адаптации и сопротивляемости по отношению к болезням и неблагоприятным воздействиям среды обитания.

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как *не только отсутствие болезней и физических дефектов, а состояние физического, духовного и социального благополучия.*

Слово «*болезнь*» в русском языке происходит от слова «боль». Р.Вирхову (1821–1902) принадлежит самое краткое из известных определений болезни – «*жизнь при ненормальных условиях*». Первичным и основным процессом в развитии каждой болезни является повреждение, дезорганизация структур и функций организма; все реактивные, защитные, приспособительные процессы вторичны, развиваются вслед

за повреждением в результате того или иного болезнетворного воздействия на организм.

Факторы риска, влияющие на здоровье

Социальные факторы обусловлены социально-экономической структурой общества, уровнем образования, культуры, производственными отношениями между людьми, традициями, обычаями, социальными установками в семье и личностными характеристиками. Большая часть этих факторов вместе с гигиеническими характеристиками жизнедеятельности входит в обобщенное понятие «*образ жизни*», доля влияния которого на здоровье составляет около 50% всех факторов. Здоровый образ жизни значительно (около 60%) определяет здоровье детей и взрослых.

Таблица 1.1

Группировка факторов, обуславливающих здоровье и риски

Фактор, определяющий здоровье (удельный вес в %)	Группа факторов риска
Образ жизни (49–53%)	Курение, употребление алкоголя, наркотиков, несбалансированное питание, стресс, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, злоупотребление лекарствами, одиночество, низкий культурный уровень, низкий уровень образования, высокий уровень урбанизации и т.д.
Генетика, биология человека (18–22%)	Предрасположенность к наследственным, дегенеративным болезням
Внешняя среда (17–20%)	Загрязнение канцерогенами и другими вредными веществами воздуха и воды, загрязнение почвы; резкие смены атмосферных явлений; повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения
Здравоохранение (8–10%)	Неэффективность профилактических мероприятий, низкое качество, малая доступность и несвоевременность оказания медицинской помощи

Биологические характеристики человека (пол, возраст, наследственность, конституция, темперамент, адаптационные возможности и др.) определяют в общей доле воздействия факторов на здоровье 18–22%.

Как социальные, так и биологические факторы влияют на человека в определенных *условиях окружающей среды*, доля которых составляет от 17 до 20%.

Уровень здравоохранения – деятельность медицинских учреждений и усилия медицинских работников – определяет состояние здоровье населения, в том числе детского, на 8–10%.



- В настоящее время в России проживают более 30 млн детей в возрасте до 18 лет.
- По данным Научного центра здоровья детей РАМН не более 2–15% детей можно признать здоровыми.

Факторы риска создают неблагоприятный фон и тем самым способствуют возникновению и развитию заболеваний. В то же время трудно разделить причины заболевания и факторы риска (табл. 1.1).

Санология и валеология

Теория факторов риска в обусловленности отклонений со стороны здоровья позволила выдвинуть **концепцию создания здоровья** (*promotion of health*), состоящую из двух фаз: фазы преодоления, уменьшения действия факторов риска и фазы создания здоровья, его формирования (собственно *promotion*). Вторую фазу реализовать гораздо труднее, так как она подлинно профилактическая, основанная на недопущении факторов риска и непосредственных причин заболеваний, более того, – развития, укрепления здоровья здоровых, называемым саногенезом (табл. 1.2)

Одним из самых мощных факторов риска является *ущербная духовность общества*, которая способна существенно увеличить заболеваемость и смертность от всех групп заболеваний.

Таблица 1.2

Фазы формирования здоровья (Лисицын Ю.П., 1998)

Фаза I – преодоление факторов риска	Фаза II – формирование факторов здоровья
Низкой социальной и медицинской активности, общей и гигиенической культуры	Высокой социальной и медицинской активности, высокого уровня общей и гигиенической культуры, социального оптимизма
Низкой трудовой активности, неудовлетворенности трудом, психоэмоционального стресса, пассивности, апатии, психологического дискомфорта, депрессии и т.п.	Высокой трудовой активности, удовлетворенности трудом, физического и душевного комфорта, гармоничного развития физических, психических, интеллектуальных способностей и т.п.
Загрязнения окружающей среды, низкой экологической активности	Оздоровления окружающей среды, высокой экологической активности, экологически грамотного поведения
Низкой физической активности, гиподинамии	Высокой физической активности
Нерационального, несбалансированного питания	Рационального, сбалансированного питания
Злоупотребления алкоголем, курения, употребления наркотиков, токсических веществ	Отсутствия вредных привычек
Напряженности семейных отношений, неблагоустроенности быта	Дружных семейных отношений, обустроенности быта

**Санология** (от латинского *sanitas* – здоровье) или **валеология**:

- направление медицины здоровья (здравоохранения), в отличие от традиционной науки и практики врачевания, лечения;
- теория и практика охраны и укрепления, умножения, воспроизводства здоровья здоровых;
- концентрация знаний и практических приемов, в том числе используемых медициной, на формировании здоровья;
- совокупность знаний о здоровье и здоровом образе жизни.

1.2. Комплексная оценка здоровья ребенка

В России предприняты разные попытки дифференциации уровней состояния здоровья детей (Вельтищев Ю.Е. и др., 2001; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2005; Юрьев В.К., 2008). Наиболее признанной остается градация на критерии и группы здоровья, предложенная С.М.Громбахом в 1965 г.



Для организации диспансерного наблюдения и проведения индивидуальных оздоровительных мероприятий детского населения применяют **комплексную оценку состояния здоровья детей** с определением следующих критериев: онтогенез, физическое и нервно-психическое развитие, резистентность, функциональное состояние органов и систем, хронические заболевания или врожденные пороки развития. У детей до 3 лет определяют все 6 критериев, от 3 лет и старше – 4 критерия.

Исследовав и оценив все перечисленные критерии, педиатр дает заключение о принадлежности ребенка к той или иной группе здоровья (I, II, III, IV, V), дает конкретные медицинские и медико-педагогические рекомендации.

Онтогенез

Оценка *генеалогического анамнеза* проводится в трех направлениях: выявление моногенных и хромосомных заболеваний; количественная и качественная оценка отягощенности. Для количественной оценки используется индекс отягощенности генеалогического анамнеза, или генеалогический индекс: $I_{от} = \frac{\text{суммарное количество заболеваний у кровных родственников пробанда}}{\text{общее число кровных родственников, о которых есть сведения о состоянии здоровья}}$.

Показатели акушерско-биологического и социального анамнеза представлены в таблице 1.3, оценка всех факторов онтогенеза – в таблице 1.4.

Таблица 1.3

Показатели акушерско-биологического и социального анамнеза

Периоды развития ребенка	Параметры социального анамнеза
<ul style="list-style-type: none"> • Антенатальный (течение 1-й половины беременности) • Антенатальный (течение 2-й половины беременности) • Интранатальный • Ранний неонатальный (первые 7 суток) • Неонатальный • Постнатальный 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Полнота семьи 2. Возраст родителей 3. Образование и профессия родителей 4. Психологический микроклимат в семье в отношении к ребенку 5. Наличие или отсутствие в семье вредных привычек и асоциальных форм поведения 6. Жилищно-бытовые условия 7. Материальное обеспечение семьи 8. Санитарно-гигиенические условия воспитания ребенка

Таблица 1.4

Оценка состояния онтогенеза с выделением групп риска

Группа риска	Оценка отягощенности	Индекс отягощенности	Факторы риска в биологическом анамнезе	Факторы риска параметров социального анамнеза
Диспансерная	Высокая	0,9 и более	5–6	7–8
Высокого риска	Выраженная	0,6–0,8	3–4	5–6
Группа риска	Умеренная	0,3–0,5	2	3–4
Низкая	Низкая	0–0,2	1	1–2

Физическое развитие и биологический возраст

Для оценки показателей физического развития используют нормативные перцентильные таблицы и шкалы (лучше региональные). Вначале оценивают отдельно каждый из показателей физического развития, а затем анализируют их соотношение. Перцентильная шкала представлена 6 (или 7) колонками цифр, отражающими значение признака. Пространство между

цифрами («коридоры») отражает диапазон величин признака, которых всего 7 (или 8).

Каждый измерительный признак (длину, массу тела, окружность головы и грудной клетки) помещают в свою область, или «коридор», перцентильной шкалы. *Уровень физического развития* определяется по перцентильной шкале определения роста по возрасту и полу ребенка. Результаты измерения в области до 3-го перцентиля (1-й коридор) указывают на «очень низкий» показатель уровня физического развития; от 3-го до 10-го – на «низкий» (2-й коридор), от 10-го до 25-го перцентиля – на «ниже среднего» (3-й коридор). Значение показателей в зоне от 25-го до 75-го перцентиля принимается за «средние» или «условно нормальные величины» (4-й коридор). Область от 75-го до 90-го перцентиля указывает на показатель «выше среднего» (5-й коридор), от 90-го до 97-го – на «высокий» (6-й коридор) и от 97-го перцентиля и выше (7-й коридор) – на «очень высокий» показатель роста (см. рис. 1.1, 1.3, 1.4 и 1.6). Определение *гармоничности развития* проводится на основании таких же результатов перцентильных оценок соответствия массы тела его росту (см. рис. 1.1, 1.2, 1.4 и 1.5). Развитие гармоничное – при отнесении параметров ребенка к интервалу от 10-го до 90-го перцентиля (или 3, 4 и 5-й коридоры); дисгармоничное – с 3-го по 10-й перцентиль (1-й и 2-й коридоры) и от 90-го перцентиля и выше (6-й и 7-й коридоры).

У детей раннего возраста рост оценивают по прибавкам ежемесячно (с 1 до 3 мес. – по 3 см (итого 9 см), с 4-го по 6-й месяц – по 2,5 см (7,5 см), с 6-го по 9-й месяц – по 2 см (6 см), с 9-го по 12-й месяц – по 1–1,5 см (3–4,5 см); массу тела (по 800 г в 1-м полугодии жизни и по 400 г во 2-м полугодии). Наиболее важна диаграмма массы по росту (см. рис. 1.2, 1.5), с помощью которой определяют не только гармоничность развития, но и дефицит или избыток массы тела (дефицит/избыток массы тела I степени при соответствии 10–25/90–97% и II степени – 3–10/90–97%).

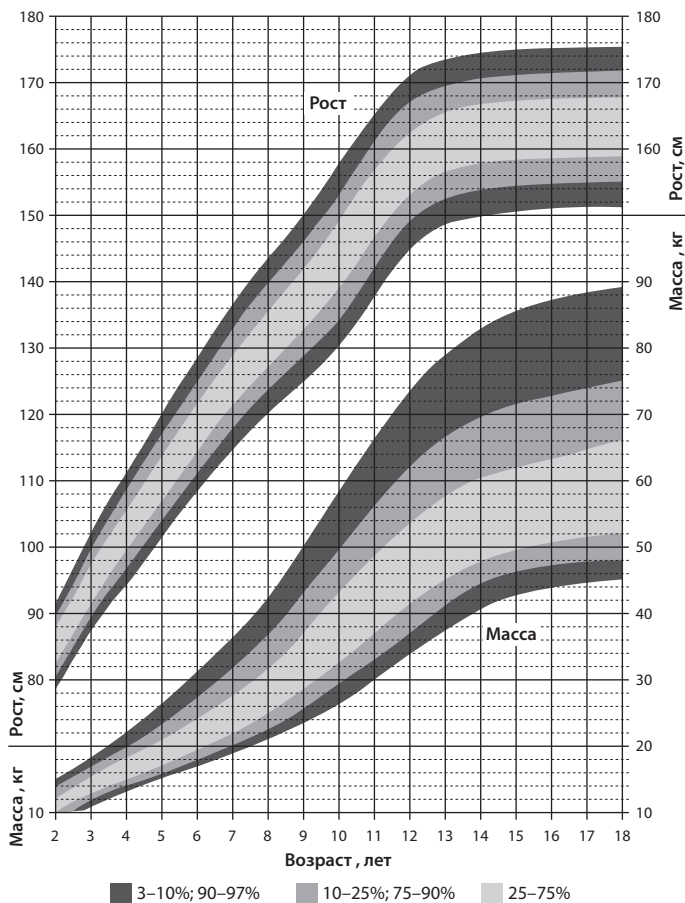


Рис. 1.1. Перцентильные диаграммы роста и массы тела по возрасту для девочек.

Таблица 4.5

**Длительность инкубационного периода некоторых инфекций
и противоэпидемические меры в отношении контактных лиц**

Болезнь	Инкубационный период, дней	Срок инфективности	Меры по отношению к контактным лицам
Ветряная оспа	14–21	9 дней от начала	Ацикловир 20 мг/кг/сут. 14 дней (необязательно)
Гепатит А	15–50 (2,5–30)	30 дней от начала	Иммуноглобулин 0,02 мл/кг
Гепатит В	50–180	>1 мес.	Активная иммунизация
Дифтерия	1–6	Выздоровление, отрицательные посевы	Оспен внутрь (пенициллин в/м) 50 000 ед/кг/сут., или эритромицин 40 мг/кг/сут. 14 дней, или Ретарпен 600 000 ед менее 7 лет, 1 200 000 ед более 7 лет в/м 1 раз. Бустер детям, вакцинированным более 5 лет назад, вакцинация непривитых
Коклюш	3–15 (5–8)	25 дней от начала кашля	Невакцинированным эритромицин 40 мг/кг/сут. 14 дней (в США рекомендуют бустер-вакцинацию вакцинированным более 6 лет назад)
Корь	14–17 (до 21 после введения иммуноглобулина)	4 дня после начала высыпания	Вакцинация непривитых в первые 3 дня после контакта, иммуноглобулин 0,25 мл/кг до 5-го дня после контакта детям младше 1 года и групп риска
Краснуха	15–24 (16–18)	4 дня после появления сыпи	Не проводится

Таблица 4.5 (окончание)

Болезнь	Инкубационный период, дней	Срок инфективности	Меры по отношению к контактным лицам
Менингококковая инфекция		14 дней от начала болезни, отрицательный посев	Контакты семейные и по группе/классу – рифампицин 10 мг/кг 4 дозы через 12 ч, или цефтриаксон 125 мг в/м 1 доза, или сульфизоксазол 0,5 г/сут. детям младше 1 года; 1,0 г/сут. – с 12 лет, 2 дня
Паротит эпидемический	11–23 (15–18)	9 дней от начала болезни	Вакцинация в первые 3 дня после контакта (эффект менее 100%)
Скарлатина	2–7	10 дней от начала болезни	Посев на гемолитический стрептококк, лечение носителей феноксиметилпенициллином

являются термометрия и медицинский осмотр для исключения острого заболевания.

Достигнутые успехи иммунизации за последние 200 лет ее существования способствуют повышению качества и продолжительности жизни детей. Многократное снижение заболеваемости контактных детей с менингококковой инфекцией, гепатитом А и В, корью, дифтерией, коклюшем, эпидемическим паротитом, краснухой, скарлатиной возможно в случае соблюдения противоэпидемических мероприятий (см. табл. 4.5).

Заключение

По своей социально-ценностной сущности здоровье – это универсальное благо, обеспечивающее жизнь как высшую ценность. Существует закономерная зависимость между здоровьем общества и здоровьем индивида. В здоровом обществе гармонично формируется физическое, психическое и духовное здоровье индивидов, а наличие здоровых детей обеспечивает достаточный уровень общественного здоровья в экономической, социально-политической и духовной сферах.

Краеугольный камень первичной профилактики – формирование и сохранение здорового образа жизни в семье, обеспечивающего наиболее благоприятные и соответствующие физиологическим потребностям условия жизнедеятельности и гармоничного развития ребенка. Естественное вскармливание наряду с соблюдением режима дня является ее основой, способствует предупреждению многих заболеваний детского возраста. С учетом резко возросшей информационной нагрузки, особенно в связи с широким распространением аудиовизуальной техники, детям нужно обеспечить оптимальную двигательную нагрузку, которая способствует профилактике либо нивелированию нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений.

Государству принадлежит ведущая роль в поддержании экологического благополучия, планировании и проведении иммунопрофилактики, хлорировании воды, борьбе с особо опасными инфекциями и др. Только целенаправленные последовательные программы, проводимые на государственном уровне, могут обеспечить эффективные мероприятия по борьбе с курением, алкоголизмом, наркоманией, социальными заболеваниями, включая ВИЧ-инфекцию и туберкулез, будут способствовать формированию здоровья здоровых детей.