

Оглавление

Предисловие.....	7
РАЗДЕЛ 1. Организация медицинского контроля за состоянием здоровья и физического развития детей и подростков.....	8
1.1. Здоровье детского и подросткового населения как биологическая, социальная и экономическая категория. Оценка состояния здоровья.....	8
1.2. Методика изучения и анализа показателей, характеризующих состояние здоровья детских и подростковых коллективов.....	37
1.3. Физическое развитие. Основные закономерности роста и развития. Методика исследования физического развития, медицинская антропология, разработка стандартов физического развития и оценочных таблиц.....	58
1.4. Оценка психического здоровья детей и подростков.....	88
1.5. Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков.....	105
1.6. Методы исследования умственной и физической работоспособности детей и подростков.....	112
1.7. Здоровый образ жизни и его роль в сохранении здоровья детей и подростков.....	147

РАЗДЕЛ 2. Методика гигиенической оценки организации питания в детских учреждениях.....	159
РАЗДЕЛ 3. Гигиенические требования к предметам детского обихода, мебели, техническим средствам	169
3.1. Санитарно-гигиеническая оценка детских игр и игрушек.....	169
3.2. Санитарно-гигиеническая оценка школьного учебника, учебных пособий детских книг.....	181
3.3. Гигиеническая оценка учебной мебели и оборудования учреждения для детей и подростков. Правила рассаживания учащихся	188
3.4. Санитарно-гигиенические требования к товарам детского ассортимента. Гигиенические требования к детской одежде и обуви	199
РАЗДЕЛ 4. Санитарно-гигиеническое обследование детских учреждений различного типа.....	226
4.1. Комплексное санитарно-гигиеническое обследование дошкольного детского учреждения ..	226
Тестовый контроль.....	231
4.2. Комплексное санитарно-гигиеническое обследование общеобразовательного учреждения .	234
4.3. Методика санитарно-гигиенической оценки учреждений начального и среднего профессионального образования.....	256

4.4. Комплексное санитарно-гигиеническое обследование учреждений начального и среднего профессионального образования	268
4.5. Организация летней оздоровительной работы среди детей и подростков. Санитарно-гигиеническая оценка летнего оздоровительного учреждения	278
4.6. Санитарно-гигиеническая оценка учреждений дополнительного образования (внешкольные учреждения)	297
4.7. Гигиенические требования к условиям, содержанию, организации режима работы в детских домах и школах-интернатах.....	310
4.8. Гигиенические требования, предъявляемые к плавательным бассейнам для детей и подростков...	334
РАЗДЕЛ 5. Методики оценки учебно-воспитательного процесса	348
5.1. Методика оценки учебных занятий и режима дня школьников	348
5.2. Методика изучения функционального состояния и работоспособности учащихся.....	359
5.3. Гигиеническая оценка условий и организации физического воспитания учащихся	367
5.4. Методика санитарно-гигиенического обследования мастерской и условий труда школьников	379

5.5. Врачебно-профессиональная консультация подростков	393
5.6. Гигиенические основы компьютеризации обучения.....	409
РАЗДЕЛ 6. Организация работы отдела надзора по гигиене детей и подростков ту респотребнадзора.....	422
ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	449
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	458

Предисловие

Учебное пособие предназначено для оказания помощи специалистам среднего профессионального образования в освоении методов оценки факторов, влияющих на умственную и физическую работоспособность, также на психическое состояние детей и подростков. Подобная оценка необходима для последующего гигиенического заключения о реальной обстановке в образовательных организациях, принятия решений по ее оздоровлению и контроля реализации проведённых мероприятий.

В пособии приведены основные законодательные нормативные и методические документы; рассмотрены основные вопросы охраны гигиены детей и подростков.

Особое внимание уделено формам и методам работы специалистов федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия населения. Даны методические рекомендации по разработке плана профилактических мероприятий по улучшению условий обучения детей и подростков.

Для лучшего освоения материала учебное пособие сопровождается тестовыми заданиями, списками литературы.

Коллектив авторов с большим вниманием рассмотрит предложения и критические замечания, высказанные читателями относительно материалов учебного пособия.

РАЗДЕЛ 1

Организация медицинского контроля за состоянием здоровья и физического развития детей и подростков

1.1. Здоровье детского и подросткового населения как биологическая, социальная и экономическая категория. Оценка состояния здоровья

Цель занятия: научить студентов проводить оценку состояния здоровья детского и подросткового населения.

Учебные вопросы:

1. Состояние здоровья как критерий гигиенической оценки влияния факторов внешней среды. Показатели, характеризующие состояние здоровья детского населения.

2. Возрастная структура заболеваемости и патологической пораженности детей и подростков. Возрастная периодизация.

3. Принципы распределения детей на группы здоровья, комплексная оценка здоровья. Характеристика отдельных групп.

4. Основные формы отчетной документации детских, подростковых и лечебных организаций.

5. Медицинское обслуживание в общеобразовательных организациях.

Практические навыки и умения:

- оценивать состояние здоровья, заболеваемость детей и подростков в связи с влиянием факторов среды обитания;

- составлять и обосновывать план мероприятий по охране здоровья и организации профилактических и оздоровительных мероприятий для детей и подростков.

Нормативно-методическая документация:

1. Приказ МЗ РФ № 60 от 14.03.1995 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических

осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»;

2. Приказ МЗ РФ № 241 от 30.07.2000 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений»;

3. Приказ МЗ РФ № 621 от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»;

4. Приказ МЗ РФ № 310 от 09.12.2004 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка»;

5. Методическое пособие «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы»;

6. Пособие для врачей «Комплексная оценка состояния здоровья детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно при профилактических медицинских осмотрах с использованием схемы определения групп здоровья».

Ориентировочные основы при изучении темы

Состояние здоровья как критерий гигиенической оценки влияния факторов внешней среды. Показатели, характеризующие состояние здоровья детского населения

В последние годы в Российской Федерации происходят политические, социально-экономические преобразования во всех сферах жизни государства и общества, а дети и подростки относятся к той части населения, которая наиболее чувствительно реагирует на любые изменения в обществе. Демографическая ситуация в России на рубеже XX-XXI веков, как известно, характеризуется уменьшением общей численности населения за счет снижения рождаемости, повышения общей смертности, что проявляется феноменом отрицательного естественного прироста населения. В послании Федеральному Собранию Президент РФ В. В. Путин заявил: «Нас, граждан России, из года в год становится все меньше и меньше. Уже несколько лет численность населения страны ежегодно уменьшается в среднем на 750 тыс. человек. И если верить прогнозам, уже через 15 лет россиян может стать еще на 22 миллиона человек меньше». Специфической чертой демографической ситуации в России

является то, что переход к естественной убыли населения обусловлен не только снижением рождаемости, но и значительным ухудшением состояния здоровья населения и ростом смертности.

Состояние здоровья детей отражает уровень реализации биологического потенциала нации и является «зеркалом», происходящих в обществе процессов. Снижение уровня жизни, ухудшение общедоступности медицинской помощи, в первую очередь, коснулось менее защищенной части населения матерей и детей, что проявилось в низких показателях рождаемости, стабилизации высоких показателей младенческой и детской смертности, отрицательном естественном приросте населения на большинстве территорий России, ухудшении качественных показателей здоровья детского населения.

Уменьшается удельный вес детской популяции в возрастной структуре населения. Неблагоприятные демографические процессы, происходящие в современной России, сопровождаются ухудшением состояния здоровья детей и подростков, что находит отражение в публикуемых ежегодных Государственных докладах о состоянии здоровья населения Российской Федерации и в аналогичных докладах «О положении детей в Российской Федерации».

Здоровье нации, сегодняшнее и будущее, во многом определяется здоровьем детей и подростков, которое вызывает обоснованную тревогу.

Одним из критериев социально-экономического развития общества является уровень общественного здоровья. По мнению академика Ю. П. Лисицына, «общественное здоровье» в общетеоретическом и социальном плане может рассматриваться как одно из состояний (свойств, качеств) того социального организма, каким является население, общество людей как совокупность общественных отношений. В настоящее время в связи с радикальными преобразованиями в обществе, в том числе развитием новых форм оказания медицинской помощи, необходимым является изучение всех аспектов формирования здоровья населения и самого феномена «здоровье».

Особую роль в изучении здоровья населения играет информация о состоянии здоровья детей. Уровень их здоровья не только иллюстрирует многообразие воздействующих на человека природных, социально-экономических и меди-

ко-организационных факторов, но и косвенным образом отражает здоровье родителей. В последние годы опубликовано немало работ, посвященных актуальным вопросам охраны здоровья российских детей и подростков.

По мнению А. А. Баранова, здоровье нации определяется, главным образом, здоровьем лиц фертильного возраста, их способностью к воспроизводству населения и качеством потомства. К составным элементам репродуктивного здоровья относят сохранение репродуктивного здоровья детей и подростков, безопасную половую жизнь, доступ к эффективным, приемлемым и доступным методам регулирования рождаемости, возможность безопасного вынашивания и рождения здорового младенца.

Как отмечают специалисты, здоровье детей и подростков тесно связано с состоянием соматического и репродуктивного здоровья родителей, которое в XX столетия в связи с переживаемым страной социально-экономическим кризисом значительно ухудшилось. Растет экстрагенитальная заболеваемость женщин (особенно анемия, болезни мочеполовых органов, дисфункции щитовидной железы), дисфункциональные нарушения и воспалительные заболевания гениталий, эндометриоз и женское бесплодие. Регистрируется бурный рост социально значимых болезней — сифилиса, туберкулеза, наркомании, алкоголизма. Свою лепту в ухудшение здоровья женщин вносят: падение жизненного уровня и питания, нарушение условий и охраны труда, снижение уровня профилактических и оздоровительных мероприятий по отношению к работающим женщинам.

Многочисленные исследования подтверждают непосредственное влияние этих факторов на показатели здоровья детей. Так, по данным А. З. Лихтшангофа с соавт., М. В. Эрмана, проведение углубленного осмотра детей и подростков в ряде крупных промышленных регионов показало высокую заболеваемость различными видами острой и хронической патологии. В особо выраженном виде это проявляется среди детей, матери которых испытывают неблагоприятное воздействие производственной среды. Почти у половины новорожденных, родившихся от матерей, которые имели контакт с профессиональными вредностями во время беременности, отмечаются клинические признаки перенесенной внутриутробной гипоксии, задержки внутриутробного

развития, морфофункциональной незрелости органов и систем.

Перинатальные повреждения мозга диагностируются с частотой 14,4 %, пренатальные гипотрофии — у 11,2 %. По данным ряда авторов, у 25-40 % матерей, дети которых умерли на первом году жизни, работа была связана с воздействием на них во время беременности различных профессиональных факторов.

Взаимосвязь между работой матери во время беременности и здоровьем будущего ребенка, в частности, его преждевременным рождением, является иллюстрацией влияния неблагоприятных социальных условий и бедности. В литературе, к сожалению, нередко приводится простое сравнение исходов беременности у работающих и безработных женщин. При таких сравнениях часто не принимается во внимание работа на дому и уход за детьми. Не проводятся различия между первородящими (которые в основном все работают) и много рожавшими (большинство из которых не занято на оплачиваемой работе), игнорируется влияние разницы в ощущении женщиной себя «полезным» и «бесполезным работником» и объединяют вместе в одну категорию женщин, работающих без затраты больших физических усилий, выполняющих работу, доставляющую им удовольствие, и женщин, стоящих в течение многих часов у конвейера, выполняющих однообразную работу в холодном, жарком или сыром помещении.

Детальный анализ источников профессиональной утомленности выявил ряд факторов, значительно увеличивающих опасность рождения большого ребенка. Было отмечено, что работа беременной женщины в положении стоя, как и работа на промышленном конвейере или промышленных механизмах, требующих энергичных усилий, или при действии вибраций, обуславливает увеличение относительного риска преждевременных родов в 1,6 раза; ношение тяжестей более 10 кг или постоянные физические усилия — в 1,8 раза; рутинная работа или выполнение задач, не требующих большого внимания и не стимулирующие интерес, — в 2 раза; сильный шум в сочетании с холодом или сыростью, а также работа с определенными химическими веществами — в 1,9 раза.

Весь комплекс негативных тенденций приводит к росту патологического течения и осложнений беременности,

родов и послеродового периода у женщин и значительному снижению качества потомства, что выражается увеличением доли недоношенных и больных новорожденных, ухудшением показателей их физического развития, затрудненным течением переходных процессов от внутриутробного к внеутробному существованию.

А. А. Баранов отмечает, что и в абсолютном выражении, и по темпам увеличение числа больного потомства происходит в основном за счет доношенных детей. Максимальными темпами у доношенных детей растут патологические состояния, обусловленные гипоксическими ишемическими процессами и морфофункциональной незрелостью, — синдром дыхательных расстройств и другие респираторные состояния; гематологические нарушения, внутрижелудочковые и субарахноидальные кровоизлияния.

Большое влияние на развитие плода, состояние здоровья новорожденного и ребенка 1 года жизни оказывают токсикозы беременности, которые являются частой причиной задержки внутриутробного развития плода, влияют на компенсаторно-приспособительные реакции ребенка, приводят к функциональной неустойчивости сердечной деятельности, слабости адаптации к внешним условиям, повышенной вероятности возникновения судорожного синдрома.

Убедительные исследования относительно влияния возраста матери на достаточно большом материале отсутствуют, хотя в большинстве исследований выделяется группа матерей старше 35 лет, которая среди родивших в разных странах варьирует от 4 % до 22 %. Увеличение удельного веса первородящих в возрасте старше 35 лет, в определенной степени согласуется с мировыми тенденциями, связанными с высокой социальной активностью женщин в возрасте 25-35 лет. В. И. Орел, Т. И. Стуколова отмечают, что позднее деторождение часто связано с необходимостью получения образования, устойчивого общественного положения. У первородящих старшего возраста накапливается соответствующая патология: оперативные вмешательства, экстрагенитальные и гинекологические заболевания. Беременность протекает без осложнений у первородящих старшего возраста только в 18 % случаев, две трети родов протекают патологически. Риск неблагоприятного исхода беременности для плода у женщин в возрасте до 16 лет и

после 35 лет соответственно в 2 и 3 раза выше, по сравнению с беременными в возрасте 16-35 лет.

Возрастная структура заболеваемости и патологической пораженности детей и подростков. Возрастная периодизация

О. И. Янушанец проведший обследование школьников Санкт-Петербурга, показал, что за 7 лет пребывания в школе число заболеваний центральной нервной системы увеличивается втрое.

По данным Г. Н. Сердюковской, хронические заболевания регистрируются в среднем у 40-45 % старших школьников, а среди здоровых более четырех пятых составляют подростки с различными морфофункциональными отклонениями. При этом среди девушек эти показатели на 10-15 % выше, чем среди юношей.

Отмечаются также негативные сдвиги показателей физического развития: за последние 10 лет достоверно снизились средние значения массы тела (на 2,2-2,9 кг), окружности грудной клетки (на 4,7-7,0 см), в 2 раза увеличилось число школьников со сниженной массой тела.

По данным А. А. Баранова нарушения осанки и сколиоз максимально проявляются уже в дошкольных учреждениях: число детей со сколиозом за время пребывания в детском саду увеличивается в 4,2 раза, а с нарушениями осанки — в 3,5 раза. Одновременно зрение ухудшается в 2,0 раза; слух — в 1,4 раза и речь — в 1,1 раза. За время пребывания в школе продолжает увеличиваться число детей со сколиозом (в 3,5 раза), с дефектами зрения (в 3,0 раза) и слуха (в 1,7 раза).

С переходом из класса в класс здоровье школьников ухудшается. Так, к 8-му классу в 5 раз возрастает частота нарушений органа зрения, в 3—4 раза — патологии органов пищеварения и мочевыделительных путей, в 2—3 раза — нарушений осанки, в 1,5—2 раза — нервно-психических расстройств и функциональных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы. Это ухудшение здоровья школьников особенно существенно в 4—5 классах, что объясняется началом нового этапа обучения и значительным увеличением учебной нагрузки, приходящейся на самый ранимый возраст — период полового созревания.

За время обучения в школе число здоровых детей уменьшается в 4—5 раз; к окончанию школы у 40 % уча-

щихся выявляются те или иные хронические заболевания, у 36 % — морфофункциональные отклонения. Абсолютно здоровыми могут быть признаны только 20—25 % школьников. Вследствие этого те или иные ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья имеют до 45 % учащихся; столь же велик процент допризывников, не годных к службе в армии.

А. А. Баранов приводит данные специальных исследований, проведенных среди учащихся лицеев и других элитных учебных заведений. Состояние здоровья обучающихся в них детей и подростков было хуже, чем в общеобразовательных школах. Так, у 90 % учащихся имело место нарушение артериального давления; у 55 % — невротизация. Чаще наблюдались у них и нарушения темпов полового созревания.

Достаточно актуальна проблема медико-социальной инвалидизации детей и подростков. Инвалидность наряду с показателями заболеваемости, физического развития, группой медико-демографических критериев является важным индикатором состояния здоровья населения. Состояние проблемы инвалидности является одной из основных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны.

Показатель инвалидизации детей, младенческая и материнская смертность составляют совокупный показатель репродуктивных потерь, характеризующих социально-экономическое развитие общества, экологическое состояние территории, уровень образования и культуры населения, а также качество проведения профилактических мероприятий по охране материнства и детства, доступность и качество медицинской помощи. Инвалидность в детском возрасте является интегрированным показателем, характеризующим наряду с младенческой и детской смертностью, состояние здоровья детского населения.

В большинстве гигиенических работ, посвященных изучению структуры причин инвалидности с детства, ведущей выделяется психоневрологическая патология. По данным В. К. Юрьева, в структуре детской заболеваемости составляют более 60 %; болезни инвалидности психоневрологические внутренних органов — до 20 %; болезни опорно-двигательного аппарата — до 10 %; зрения — 13 %; слуха — 4 %.

Основную массу инвалидов (93 %) составляют дети 0-14 лет. Из них наиболее многочисленная группа — 10-14-летних. Наибольшие показатели впервые выявленной инвалидности отмечается в возрастной группе 0-4 лет; наименьшие — в 15 лет. Анализ состояния детской инвалидности в зависимости от пола и возраста ребенка показал, что более высокий уровень инвалидности отмечается у мальчиков, чем девочек, соответственно 12,3 и 8,5 на 1000. Значительно выше уровень инвалидизации среди мальчиков школьного возраста, чем среди девочек (44,2 % и 29,3 % соответственно).

Высокий уровень инвалидизации (13,6 на 1000) определяется среди детей школьного возраста. На этот возрастной период приходится 73,5 % детской инвалидности. Уровень инвалидизации среди детей дошкольного возраста составляет 6,2, детей первых 3-х лет жизни — 5,4 на 1000.

Особенностью структуры болезней, определяющих инвалидность в зависимости от пола ребенка, является то, что среди девочек достоверно выше удельный вес болезней мочеполовой системы, а среди мальчиков в 2 раза выше удельный вес болезней органов дыхания.

Как отмечает А. А. Баранов (1999), среди заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности, на первом месте стоят болезни нервной системы и органов чувств (почти половина из них — детский церебральный паралич); на втором — психические расстройства (более 70 % из них — умственная отсталость); на третьем — врожденные аномалии, на четвертом — болезни органов дыхания (в основном бронхиальная астма).

Структура ограничений жизнедеятельности инвалидов, по данным Д. И. Зелинской, характеризуется снижением способностей к приобретению знаний и запоминанию (15,9 % и 3,5 %); восприятию и адекватному интерпретированию внешних событий (9,2 % и 4,1 %); способности видеть и слышать (7,7 % и 5,2 %); преодолевать препятствия (7,2 %); владеть телом, действовать руками и перемещаться (3,9 %; 3,85 %; 3,5 %); ограничением возможностей самообслуживания (8,7 %).

Как отмечают исследователи, распределение инвалидности по классам болезней в зависимости от возраста ее установления дает представление о том, по каким классам болезней преимущественно устанавливается инвалидность

в раннем, дошкольном и школьном возрасте ребенка. Как отмечает Т. В. Попова, в первые 3 года жизни и в дошкольном возрасте инвалидность детям устанавливается в основном по таким классам, как болезни нервной системы и врожденные аномалии, что говорит о ранней инвалидизации детей за счет данных видов патологии как врожденно-го, так и приобретенного генеза. В раннем школьном возрасте (7-11 лет) инвалидность в основном устанавливается по таким классам болезней, как болезни эндокринной системы, расстройства питания, обмена веществ, психические расстройства и новообразования; в возрасте 11-15 лет — болезни органов дыхания, травмы и отравления. Таким образом, с возрастом ребенка увеличивается удельный вес приобретенной патологии в структуре инвалидизации.

По данным того же автора, определяется высокий удельный вес детей-инвалидов, имеющих, помимо ведущего заболевания, сопутствующую патологию. Все дети-инвалиды с ВПР имеют сопутствующую патологию. У 85,7 % детей с психическими расстройствами и у 50 % детей с болезнями органов дыхания ведущей сопутствующей патологией являются болезни нервной системы, органов пищеварения и костно-мышечной системы.

В первые 3 года жизни каждый третий ребенок-инвалид имеет сопутствующую патологию, в дошкольном и школьном возрасте — каждый второй, с возрастом увеличивается удельный вес детей, имеющих 2 и 3 вида патологии.

По данным Т. М. Максимовой (1993), уровень общей заболеваемости детей-инвалидов, воспитывающихся в семье, составляет 4571,4 на 1000, среди детского населения — 2113,7. дети-инвалиды в 2-2,5 раза чаще обращаются за медицинской помощью, среди них выше доля ЧДБ — 60 %, среди детского населения — 20 %.

Наряду с детьми, имеющими статус инвалидов, в обществе есть значительные группы детей, которые соответствуют этому статусу: у них выраженные нарушения на уровне органа, ограничение жизнедеятельности и социальная недостаточность, но, в силу тех или иных причин, этого статуса не имеют. Так называемые, «дезабилитированные дети» — с физическими, социальными или ситуационно-функциональными ограничениями жизнедеятельности, свойственной их возрасту, в популяции составляют 440,0 на 1000. И все эти дети нуждаются в реабилитационных мероприятиях,

медико-социальной помощи и особой заботе общества по интеграции их в жизнь этого общества.

Процессы урбанизации для формирования здоровья в популяции рассматриваются как значимые. Так, например, максимальные изменения физического состояния детского населения в Японии пришлось на шестидесятые-семидесятые годы, в период, когда происходила интенсивная урбанизация. Как отмечают, в эти годы было обнаружено, что число детей с избыточным весом, низким потреблением кислорода, а также гиперлипидемией, составляет не менее 25 %. Фактор проживания в крупном городе сказывается на состоянии организма ребенка. Дети школьного возраста, проживающие в городах с большой численностью населения, превосходят в размерах тела сверстников. Возможно, по мнению автора, это свидетельствует об активной «заинтересованности» эндокринной системы в процессах адаптации к условиям проживания.

Как считает В. Р. Кучма, рост хронической заболеваемости среди подростков сопровождается серьезными медико-социальными последствиями и представляет угрозу для национальной безопасности России. От 20 до 50 % из них имеют ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья. Годность к службе в армии за последнее время не превышает 50-70 %.

О. П. Щепин полагает, что ухудшение основных показателей здоровья продолжится в ближайшие годы во всех возрастных группах подрастающего поколения. Многие ученые также считают, что наметившиеся негативные тенденции в ближайшие годы сохранятся. Их устойчивости способствуют средовые факторы (неблагоприятная экологическая обстановка), а также несбалансированная учебная программа в общеобразовательных учреждениях нового типа, хронический стресс.

Общеизвестно, что на формирование здоровья ребенка влияют медико-социальные, биологические, экологические и организационно-медицинские факторами, причем социально-гигиенические факторы (стереотип питания, физическая нагрузка, производственная среда, вредные привычки) являются ведущими. Особенно это относится к детям 1-х лет жизни, когда рост и развитие ребенка являются главными слагаемыми здоровья. Чем старше ребенок,

тем доля влияния медико-социальных факторов на его здоровье выше.

Н. Г. Веселов выделяет социально-биологические (доношенность, возраст матери) и социально-гигиенические факторы (вскармливание, уровень образования матери, жилищные условия и др.), обуславливающие частую заболеваемость в раннем детстве. Их воздействие определяет формирование и развитие организма плода и ребенка на всех этапах онтогенеза — от зачатия до перехода в подростковый период. Поэтому, характеризуя состояние здоровья детей раннего возраста, необходимо учитывать так называемые периоды развития, реализующиеся до конца 3-го года жизни, а также биологические, психофизиологические и социальные особенности, влияющие на развитие и здоровье. Это антенатальный период, ранний неонатальный и последующий постнатальные периоды, на протяжении которых необходимо знать и обращать особое внимание на уровень морфофункционального развития и созревания ребенка 1, 2 и 3-го года жизни.

З. М. Макарова (1984) выявила зависимость уровня резистентности детей первых трех лет жизни от таких факторов, как наследственная отягощенность хроническими бронхолегочными, аллергическими, инфекционно-аллергическими заболеваниями, патологическое течение атне- и раннего неонатального периода, ранний перевод на искусственное вскармливание. Т. С. Залевская (1986) установила, что факторы риска биологического характера больше влияют на развитие детей 2-го года жизни, а социальные — 3-го года жизни. Автором показано, что наиболее угрожаемая по оставанию в нервно-психическом развитии является группа детей, имеющих социально-биологические комплексы предрасполагающих вредностей. Установлена связь особенностей онтогенеза, степени резистентности и уровня психического развития. В целом ряде работ показано влияние жилищных условий, состава семьи, структуры питания, производственных вредностей и вредных привычек родителей, занятий спортом, учебной нагрузки, организации отдыха и других медико-социальных факторов на физическое развитие и заболеваемость детей.

Показатели, характеризующие состояние здоровья детского населения

Первоначально оценка состояния здоровья детей при профилактических осмотрах осуществлялась исключительно по принципу «здоровый» или «больной», то есть имеющий хроническое заболевание. Однако грубое разделение детских популяций на «здоровых» и «больных» не позволяло обращать внимание на своевременную коррекцию преморбидных отклонений и, следовательно, не обеспечивало в должной мере профилактического направления осмотров.

Для преодоления этих недостатков профессором С. М. Громбахом с соавторами (1982 год) была разработана «Методика комплексной оценки состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах».

В основу создания методики была положена четкая качественная и количественная комплексная характеристика состояния здоровья.

Для обеспечения оценки состояния здоровья были предложены 4 базовых критерия:

1) наличие или отсутствие в момент обследования хронических заболеваний;

2) уровень достигнутого развития (физического и психического), степень его гармоничности;

3) уровень функционального состояния основных систем организма;

4) степень резистентности организма неблагоприятным внешним воздействиям.

В настоящее время на основании полученных в последние годы данных о состоянии здоровья детей, его особенностях, сведений о течении заболеваний, а также расширившихся диагностических возможностей определили необходимость внесения определенных изменений и дополнений в существующую методику. В соответствии с Приказом МЗ РФ от 30.12.2003 г. № 621 всесторонняя комплексная оценка состояния здоровья, базирующаяся на предложенных М. С. Громбахом 4 критериях и позволяющая отнести каждого ребенка к определенной группе здоровья, обращает внимание уже не только на отсутствие или наличие заболеваний, но и позволяет определить их донозологические и преморбидные формы.

В соответствии с изложенными критериями здоровья и методическими подходами к их выявлению дети в зависимости от состояния здоровья могут быть отнесены к следующим группам здоровья.

I группа — здоровые дети, имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие, без функциональных и морфофункциональных отклонений. В настоящее время по данным НИИ гигиены детей и подростков наполняемость I группы здоровья в среднем по России не превышает 10 %, а в некоторых регионах страны достигает лишь 3-6 %, что, несомненно, является отражением санитарно-эпидемиологического неблагополучия населения.

II группа — дети, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие функциональные или морфофункциональные отклонения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания, с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии, а также дети с низким уровнем иммунорезистентности организма — часто (4 раза и более в год) и (или) длительно (более 25 календарных дней по одному заболеванию) болеющие.

III группа — дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии ремиссии (компенсации).

В среднем по России отмечается стойкая тенденция к росту числа хронических заболеваний среди детей и подростков. Наполняемость III группы здоровья возрастает у детей в дошкольном возрасте и становится сильно выраженной в школьном периоде (половина школьников 7-9 лет и более 60 % старшеклассников имеют хронические заболевания), доходя до 65-70 %. Увеличивается число школьников, имеющих несколько диагнозов. Школьники 7-8 лет имеют в среднем 2 диагноза, 10-11 лет — 3 диагноза, 16-17 лет — 3-4 диагноза, а 20 % старшеклассников-подростков имеют в анамнезе 5 и более функциональных нарушений и хронических заболеваний.

IV группа — дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации.

V группа — дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, дети-инвалиды.

При наличии нескольких функциональных отклонений и заболеваний у одного ребенка окончательная оценка

состояния здоровья проводится по наиболее тяжелому из них. При наличии нескольких заболеваний, каждое из которых служит основанием для отнесения больного к III группе и снижении при этом функциональных возможностей организма, больного относят к IV группе здоровья.

Особое профилактическое значение имеет выделение II группы здоровья, поскольку функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, снижены, и при отсутствии медицинского контроля, адекватных коррекционных и лечебно-оздоровительных мероприятий у них существует высокий риск формирования хронической патологии.

Основным методом, позволяющим получать характеристики, на основании которых дается комплексная оценка состояния здоровья, является профилактический медицинский осмотр. Для детей в возрасте 3 лет и старше предусмотрены следующие сроки проведения осмотров: 3 года (перед поступлением в дошкольное общеобразовательное учреждение), 5 лет 6 месяцев, или 6 лет (за год до поступления в школу), 8 лет (по окончании 1-го класса школы), 10 лет (при переходе на предметное обучение), 12 лет, 14-15 лет.

Распределение детей по группам здоровья широко используется в педиатрии и для одномоментной оценки состояния здоровья в коллективе. Это важно для:

- 1) характеристики здоровья детской популяции, получения статистических срезов показателей здоровья и численности соответствующих групп здоровья;

- 2) сравнительного сопоставления групп детей в различных коллективах, образовательных учреждениях, разных территориях, во времени;

- 3) оценки эффективности профилактической и лечебной работ детских медицинских учреждений на основании перехода детей из одной группы здоровья в другую;

- 4) выявления и сравнения эффекта факторов риска, влияющих на здоровье детей и подростков;

- 5) определения потребности в специализированных службах и кадрах.

Критерии определения, методы и принципы изучения здоровья детского населения. Здоровье детской популяции складывается из здоровья индивидуумов, но при этом рассматривается и в качестве характеристики общественного

здоровья. Общественное здоровье — это не только медицинское понятие, а в значительной степени — общественная, социальная и экономическая категория, поскольку внешняя социальная и природная среда опосредуется через конкретные условия жизни населения.

В последние годы интенсивно развивается направление, связанное с использованием многоуровневой системы оценки состояния здоровья детского населения. Основными группами статистических показателей, используемых для характеристики общественного здоровья контингента детей и подростков, являются следующие:

- 1) медико-демографические;
- 2) физическое развитие;
- 3) распределение детей по группам здоровья;
- 4) заболеваемость;
- 5) данные об инвалидности.

К медико-демографическим критериям, характеризующим состояние детской популяции, относятся следующие:

1) рождаемость — показатель, характеризующий процесс возобновления новых поколений, в основе которого лежат биологические факторы, влияющие на способность организма к воспроизведению потомства;

2) смертность — показатель, характеризующий интенсивность процесса гибели лиц определенного возраста и пола в популяции;

3) естественный прирост населения — обобщающая характеристика роста населения; может выражаться абсолютным числом как разность между числом родившихся и числом умерших за год, или рассчитывается как разность показателей рождаемости и смертности;

4) средняя продолжительность предстоящей жизни — показатель, определяющий, сколько лет в среднем предстоит прожить данному поколению родившихся, если на всем протяжении жизни этого поколения показатели смертности будут оставаться такими, какими они сложились на данный момент. Показатель средней продолжительности жизни рассчитывается на основании повозрастных показателей смертности путем построения таблиц смертности;

5) младенческая смертность — показатель, характеризующий смертность живорожденных детей от рождения до исполнения 1 года.

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru