министерство здравоохранения и социального развития российской федерации

гу впо дагестанский государственный медицинский университет

Зав. кафедрой факультетской и госпитальной педиатрии

Профессор: Алискандиев А.М.

Ассистент: Гражданкина О.В.

УИРС

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Выполнила ст-ка 510 группы:

Муртазалиева Асият

Сегодня при оценке состояния здоровья детей и подростков нельзя ограничиваться только выявлением патологических сдвигов в организме, т. е. оценкой «здоров», «болен». При таком подходе невозможно правильно оценить степень и характер влияния факторов окружающей среды на организм ребенка, эффективность проводимых профилактических и оздоровительных мероприятий. Необходимо располагать широким кругом показателей, отражающих развитие как биологических, так и социальных функций растущего организма. С. М. Тромбах называет следующие признаки, определяющие здоровье:

1) наличие или отсутствие в момент обследования хронических заболеваний;

2) уровень достигнутого физического и нервно-психического развития и степени его гармоничности;

3) уровень функционирования основных систем организма;

4) степень сопротивляемости организма неблагоприятным воздействиям. Эти критерии здоровья учитываются врачами при обследовании детей и подростков и при оценке состояния их здоровья.

Основным показателем эффективности мероприятий по охране здоровья детей является уровень здоровья каждого ребенка. Здоровье - это не только отсутствие болезней и повреждений, но и гармоничное физическое и нервно-психическое развитие, нормальное функционирование всех органов и систем, отсутствие заболеваний, достаточная способность адаптироваться к непривычным условиям среды, резистентность к неблагоприятным воздействиям.

Состояние здоровья ребенка исследуется с помощью основных критериев, которые определяются во время каждого профилактического осмотра декретированных возрастных групп. Учитываются следующие признаки:

1) Отклонения в анте-, интра-, ранний постнатальный периоды.

2) Уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития.

3) Функциональное состояние основных органов и систем.

4) Резистентность и реактивность организма.

5) Наличие или отсутствие хронической (в том числе врожденной) патологии.

Оценка физического развития является важным прогностическим показателем состояния здоровья человека. Такая оценка позволяет выделить группы, которые находятся в состоянии риска, а это в свою очередь играет важную роль для диагностики и профилактики различных заболеваний. Часто низкий уровень физического развития считают главной причиной заболеваний. В свою очередь хронические заболевания вызывают ухудшение физического развития. Физическое развитие - это естественный процесс постепенного становления и изменения форм и функций организма. С другой стороны - это степень созревания на каждом жизненном отрезке.

Существует три фазы процесса физического развития: - Повышение его уровня (до 25 л) - Относительная стабилизация (до 60 л. ) - Постепенное снижение физических возможностей человека.

На физическое развитие влияют три группы факторов: биологические (наследственность), климатогеографические (климатические и метеорологические условия в разных климатогеографических зонах), социальные (условия материальной жизни, трудовой и учебной деятельности, содержание физического воспитания). Но ошибочным является считать характеристику физического развития только за линейными и весовыми показателями. Его адекватная оценка требует учета результатов тестирования функциональных возможностей организма. В каждом классе можно выделить три группы учащихся: акселераты (дети, у которых биологический возраст опережает паспортный возраст) медианты (дети, у которых биологический возраст соответствует паспортному) и реторданты (дети, у которых паспортный возраст опережает биологический). Этот факт необходимо учитывать при определении физического развития детей и при подборе и дозировке физических упражнений (у акселератов наблюдается повышенная заболеваемость).

Уровень функционирования основных систем организма. Уровень функционирования основных систем организма - критерий, характеризующий здоровье детей и подростков с позиций морфологической и функциональной зрелости организма с учетом возрастных особенностей. У отдельных детей могут проявляться функциональные нарушения при отсутствии заболевания. Причины таких отклонений очень разнообразны: быстрый темп роста в определенные возрастные периоды (6 -7 р. ; 11 -13 л. (девушки) и 13 -15 лет. (мальчики)), что приводит к несоответствию структуры и функций органов; неблагоприятные семейно-бытовые условия; чрезмерные умственные и физические нагрузки и т. д. . При оценке функционального состояния большое внимание уделяется определению функционального состояния сердечно-сосудистой системы, дыхательной и нервной систем. Оценивается также сон, аппетит, настроение, эмоциональное состояние, общение с другими детьми, особенности усвоения учебного материала и т. п. .

Оценка функционального состояния систем организма проводится с использованием клинических методов и функциональных проб (пробы Мартине, Штанге-Гена, Летунова, РWС 170). Определение группы для проведения физического воспитания осуществляется по данным углубленного медицинского осмотра.

В средней школе детей и подростков принято делить на три группы физического . воспитания. К основной группе физического воспитания относят детей и подростков, не имеющих отклонений в состоянии здоровья или имеют незначительные отклонения и достаточную физическую подготовленность. Занятия по физической культуре проводятся по учебным программам по предмету в полном объеме, а сдача контрольных нормативов осуществляется с дифференцированной оценкой. К подготовительной группе относят детей и подростков, имеющих отклонения в состоянии здоровья и достаточно физически подготовленные, а также детей реконвалесцентов. Занятия по физической культуре проводятся по учебным программам с обязательным соблюдением принципов постепенности и преемственности. К специальной группе относят детей и подростков, имеющих значительные отклонения в состоянии здоровья временного или постоянного характера. Занятия по физической культуре проводятся по специально разработанным дифференцированным программам и программам ЛФК.

**Уровень физической подготовленности**

Обнаружен значительный уровень взаимосвязи показателей соматического здоровья детей и подростков с результатами двигательных тестов, характеризующих силу (кисти и становую), скорость, общую выносливость и скоростно- силовые возможности). Этот факт можно использовать для улучшения уровня здоровья детей путем воздействия на отдельные составляющие физической подготовленности средствами физического воспитания.

**Степень сопротивляемости организма неблагоприятным факторам**

Степень сопротивляемости организма определяется количеством и длительностью перенесенных ребенком острых заболеваний (или обострений хронических) за год. Острые респираторно-вирусные заболевания (ОРВИ) наиболее распространены среди детей дошкольного и младшего школьного возраста. Острые детские инфекции (ветряная оспа, краснуха, эпидемический паротит, корь и др. ), острые кишечно-желудочные заболевания, аллергические реакции занимают значительную долю в структуре детской заболеваемости. По статистике наиболее распространенными заболеваниями среди детей являются болезни органов дыхания (до 50%) и систематические ОРВИ (90%), что свидетельствует о снижении сопротивляемости организма к неблагоприятным фактором окружающей среды. По количеству перенесенных острых заболеваний за год детей делят на три группы:

1) те, ни разу не болели;

2) те, которые болели эпизодически (1 -3 р. в течении года);

3) те, которые болели часто (4 р. и более). Отсутствие острых заболеваний в течении года или их эпизодический характер свидетельствует о хорошей сопротивляемости организма ребенка.

**Наличие или отсутствие хронических заболеваний**

По данным Министерства здравоохранения около 90% детей школьного возраста имеют отклонения в состоянии здоровья. За последние 5 лет на 41% увеличилось детей, принадлежащих к специальной медицинской группе

Комплексная оценка здоровья позволяет формировать группы, объединяющие детей с одинаковым состоянием здоровья, с учетом всех вышеперечисленных показателей.

• I группа - здоровые дети с нормальными показателями функционального развития всех систем, которые редко болеют (до 3 раз в год) с нормальным физическим и нервно-психическим развитием, не имеют существенных отклонений в анамнезе.

• II группа - группа риска;

• подгруппа А - дети с факторами риска по данным биологического и социального анамнеза;

• подгруппа Б - дети, имеющие функциональные отклонения, с начальными изменениями в физическом и нервно-психическом развитии, часто болеют, но не имеют хронических заболеваний.

• III, IV и V группы - дети с хроническими заболеваниями:

• III группа - состояние компенсации: редкие обострения хронических заболеваний, редкие острые заболевания, нормальный уровень функций организма;

• IV группа - состояние субкомпенсации: частые (3-4 раза в год) обострения хронических заболеваний, частые острые заболевания (4 раза в год и более), ухудшение функционального состояния различных систем организма;

• V группа - состояние декомпенсации: значительные функциональные отклонения (патологические изменения организма; частые тяжелые обострения хронических заболеваний, частые острые заболевания, уровень физического и нервно-психического развития соответствует возрасту или отстает от него).

Комплексную оценку состояния здоровья ребенка проводят во время первичного посещения ребенка после выписки ее из роддома, чтобы получить представление об исходном уровне состояния здоровья. В дальнейшем оценку состояния здоровья детей 1 -го и 2 -го годов жизни проводят ежеквартально, детей 3 -го - в конце каждого полугодия. При нескольких диагнозах группу здоровья устанавливают по основным заболеваниям. В процессе наблюдения за ребенком группа здоровья может меняться в зависимости от динамики уровня состояния здоровья.

В первую очередь, это касается детей и подростков, относящихся ко второй группе здоровья: дети - реконвалесценты; дети, которые часто и длительно болеют; дети с общей задержкой и дисгармоничность физического развития как за счет избыточной массы тела, так и за счет ее дефицита без эндокринной патологии; дети с нарушениями осанки, плоскостопием; дети с функциональными сдвигами со стороны сердечнососудистой системы; миопией, кариесом, гипертрофией небных миндалин II степени, аллергическими реакциями, увеличением щитовидной железы I и II степеней, астеническим синдромом и др.

Дети I группы здоровья должны наблюдаться в обычные сроки, установленные для профилактических осмотров здоровых детей. Для них проводят профилактические, воспитательные и общеоздоровительные мероприятия. Дети II группы здоровья заслуживают более пристального внимания педиатров, потому что профилактические и лечебно-оздоровительные мероприятия могут способствовать переходу детей этой группы в I группу. Детей этой группы наблюдают и оздоравливают по индивидуальному плану, который составляется согласно степени риска формирования хронической патологии, выраженности функциональных отклонений и степени резистентности. Дети III, IV и V групп находятся под наблюдением педиатров и специалистов в соответствии с "Методическими рекомендациями по проведению диспансеризации детского населения" и должны получать необходимое лечение в зависимости от наличия той или иной патологии.

**Особенности обследования детей разного возраста**

При обследовании ребенка необходимо помнить три обязательных условия:

- Найти контакт с ребенком и его родителями;

- Обеспечить оптимальные условия освещения и температуры;

- Обеспечить удобное положение для врача и его индивидуальную защиту от возможного инфицирования.

**Особенности периода новорожденности**

Ранний неонатальный период – длится от перевязки пуповины до 7 суток (168 часов). Это самый ответственный период для адаптации ребенка. В это время появляется легочное дыхание, начинает функционировать малый круг кровообращения. Для этого периода характерны переходные состояния (физиологическая желтуха, половой криз, мочекислый инфаркт, физиологический катар кожи и др. . ). Могут проявляться заболевания новорожденных обусловлены нарушениями внутриутробного развития. В этот период выявляются аномалии развития, фетопатии, наследственные заболевания, гемолитическая болезнь, асфиксии, родовые травмы, аспирации, инфицированность ребенка. В первые сутки жизни возникают гнойно-септические заболевания, бактериальные поражения кишечника и дыхательных путей. В раннем неонатальном периоде должны быть обеспечены асептические условия для защиты ребенка от инфицирования, оптимальный температурный режим.

Поздний неонатальный период (длится от 8 до 28 суток жизни). В этот период новорожденный находится в домашних условиях. Особое внимание обращается на вскармливание ребенка, характер лактации у матери, проводится контроль за весом ребенка. Наиболее важными критериям благополучия ребенка есть динамика массы тела и состояние нервно-психического развития. В этот период интенсивно развиваются анализаторы, координация движений, появляются условные рефлексы, возникают эмоциональный и тактильный контакт с матерью.

**Период грудного возраста**

Период грудного возраста (длится от 29 суток жизни до 1 года). В этот период адаптация ребенка завершается, мать кормит ребенка грудью, происходит интенсивное физическое, нервно- психическое, моторное и интеллектуальное развитие ребенка. Возникают проблемы рационального питания, введение своевременной коррекции, прикорма. Функциональная незрелость пищеварительной системы приводит к частым кишечным заболеваниям различной этиологии. Проявляются расстройства обмена веществ, у детей возникает рахит, анемия. На фоне анатомофизиологических особенностей органов дыхания у грудных детей часто возникают бронхиолиты и пневмонии. В этот возрастной период используются различные средства и методы закаливания (массаж, гимнастика, водные процедуры). В грудном возрасте проводятся профилактические прививки.

Основной метод профилактики в педиатрии - диспансеризация здоровых детей. К 1997 г. педиатры наблюдали детей от рождения до 15 -летнего возраста, а в настоящее время - до 18 -летнего. Во время диспансеризации проводится комплексная оценка здоровья с определением группы здоровья. Соответственно определяется объем и характер оздоровительных и лечебных мероприятий детям с определенной патологией или склонностью к ней. В современных условиях диспансеризация является основной формой работы детских поликлиник. Диспансеризацию проводят как по возрастному признаку, так и в зависимости от заболеваний, которые имеет ребенок.

Диспансерному наблюдению участковым педиатром подлежат следующие контингенты детского населения:

- Все дети в период новорожденности;

- Дети 1 -го года жизни;

- Дети из групп риска;

- Дети старше 1 -летнего возраста, не посещающих детских дошкольных учреждений;

- Дети, имеющие хронические заболевания.

Диспансеризация детей 1 года жизни Задачей профилактических осмотров детей 1 года жизни является организация соответствующего режима и рационального вскармливания - профилактика рахита, анемии, инфекционных заболеваний, выявление и лечение врожденной патологии. На первом году жизни здоровый ребенок должен быть осмотрен педиатром 14 раз, в том числе в поликлинике - 12 раз с обязательным осмотром ортопеда, офтальмолога, невролога и другими специалистами. Участковая медсестра посещает ребенка дома 1 раз в месяц. Медицинское наблюдение за развитием ребенка ведется с учетом индивидуальных особенностей в разные периоды 1 года жизни. Для детей первых 3 месяцев важно: выписка из роддома, адаптация к новым условиям жизни, начало первых прогулок, профилактика рахита, профилактика и лечение гипогалактии, организация рационального вскармливания, профилактика гипотрофии.

Диспансеризация детей 1 года жизни С 3 до 6 месяцев обращается особое внимание на профилактические прививки, введение коррекции питания и прикорма. В возрасте от 6 до 9 месяцев необходимо проводить профилактику инфекций дыхательных путей, кишечных заболеваний и травматизма. Период от 9 до 12 месяцов совпадает с отлучением от груди, расширением рациона питания, проведением прививки. Участковый педиатр записывает свои наблюдения за ребенком в этапных эпикризах (3, 6 и 9 месяцев). В конце 1 года после клинического обследования, проведения антропометрических измерений, лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи), анализа профилактических прививок и перенесенных болезней в течение года, составляет эпикриз с оценкой физического, нервно-психического развития и план дальнейшего наблюдения и оздоровления ребенка в следующий период.

Диспансеризация детского населения включает следующие мероприятия:

1) регулярные медицинские осмотры с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований;

2) определение и оценку состояния здоровья с целью выявления детей, имеющих факторы риска;

3) дообследование больных детей, которые нуждаются в этом, с использованием всех современных методов диагностики;

4) выявление заболеваний на ранних стадиях с последующим проведением комплекса необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья детей.

Участковый педиатр отвечает за проведение всех этапов диспансеризации детского населения на своем участке и осуществляет контроль за ее выполнением. А медсестра бакалавр помогает ему в этой задаче. На каждого ребенка, который подлежит диспансерному наблюдению, заводится "Контрольная карта диспансерного наблюдения" (форма № 030 / у). Наряду с выполнением сигнальных функций (контроль за диспансерными посещениями) эта карта отражает также данные о состоянии здоровья детей разных возрастных групп. Эти данные помогают врачу в проведении диспансерного наблюдения, соблюдении сроков обследования, неотложных лечебно-оздоровительных мероприятий. Контрольная карта должна быть прежде всего оперативным документом в работе врача.

Комплексную оценку состояния здоровья детей проводят с 3-летнего возраста.

Система комплексной оценки состояния здоровья основана на четырёх притих критериях:

наличие или отсутствие функциональных нарушений и/или хронических заболеваний (с учётом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);

уровень функционального состояния основных систем организма;

степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;

уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

Основной метод получения характеристик, позволяющих комплексно оценить состояние здоровья, - профилактический медицинский осмотр.

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребёнка или подростка с формализацией результата в виде определения группы здоровья происходит с обязательным учётом всех перечисленных критериев.

Основные группы здоровья детей

В зависимости от состояния здоровья детей можно отнести к следующим группам:

1-я группа здоровья - здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

2-я группа здоровья - дети, у которых нет хронических заболеваний, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенёсшие тяжёлые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела (масса менее М-1σ) или избыточной массой тела (масса более М+2σ). Также в данную группу включают детей, часто и/или длительно болеющих острыми респираторными заболеваниями; детей с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранно соответствующих функций;

3-я группа здоровья - дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, сохранёнными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания. Так в эту группу относят детей с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, причём степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребёнка, в том числе подросткового возраста;

4-я группа здоровья - дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохранёнными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсации функциональных возможностей, с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии. Также в эту группу относят детей с физическими недостатками, последствиями травм операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определённой мере ограничивает возможность обучения или труда ребёнка;

5-я группа здоровья - дети, страдающие тяжёлыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличии осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Отнесение больного ребёнка или подростка ко 2-, 3-, 4- или 5-й групп здоровья осуществляет врач с учётом всех приведённых критериев и признаков. Врач-специалист на основании анализа данных, содержащихся в истории развития ребёнка, медицинской карте ребёнка для образовательных учреждений, результатов собственного осмотра, а также инструментальных и лабораторных исследований выносит (по своей специальности) точный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального нарушения), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний либо заключение «здоров».

Комплексную оценку состояния здоровья ребёнка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр.

Детям с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными нарушениями (а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, (появление осложнений) по результатам профилактического медицинского осмотра комплексную оценку состояния здоровья не дают. В таких случаях необходимо проведение диагностического обследования в полном объёме. После получения результатов обследования выносят уточнённый диагноз и дают комплексную оценку состояния здоровья.

Все дети, независимо от группы здоровья, ежегодно проходят скрининговое исследование, по результатам которого уточняют необходимость дальнейшего педиатрического осмотра.

Дети, отнесённые к 1-й группе здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в полном объёме в сроки, определённые действующими нормативно-методическими документами.

Контроль состояния здоровья детей, отнесённых ко 2-й группе здоровья, осуществляет врач-педиатр при профилактических медицинских осмотрах и ежегодно.

Дети, отнесённые к 3-4-й группе здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды. Кроме того, контроль состояния их здоровья и оценку эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляют на основании результатов диспансерного наблюдения.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья в качестве скрининга могут сыграть роль в решении прикладных задач поддержания здоровья детей — отнесение к определённым группам для занятия физической физкультурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов в отношении их профессионального выбора, военной службы и др.

Комплексная оценка состояния здоровья детей до 3 лет жизни происходит в соответствии с приказом М3 СССР № 60 от 19.01.1983 г. и дополнениями 2002-2003 гг. При этом учитывают:

* особенности онтогенеза (данные генеалогического, биологического.
* социального анамнеза);
* физическое развитие;
* нервно-психическое развитие;
* уровень резистентности;
* функциональное состояние организма;
* аличие или отсутствие хронических заболеваний или врождёнж пороков развития.

Генеалогический метод - сбор родословных, т.е. прослеживание признака или болезни в семье, в роду с указанием типа родственных связей меж членами родословной.

Для скрининговой количественной оценки отягощённости генеалогического анамнеза используют показатель, называемый индексом отягощённости наследственного анамнеза (Jor), который можно рассчитать по формуле Jor = общее число больных родственников (о заболеваниях которых есть сведения, включая пробанда) / общее число родственников (о состоянии здоровья которых есть сведения, включая пробанда).

Критерии оценки:

* 0-0,2 - отягощённость генеалогического анамнеза низкая;
* 0.3-0.5 - отягощённость умеренная;
* 0.6-0.8 - отягощённость выраженная;
* о 0,9 и выше - отягощённость высокая.

Дети с выраженной и высокой отягощённостью относятся к группе риска по предрасположенности к тем или иным заболеваниям.

Биологический анамнез включает сведения о развитии ребёнка в различные периоды онтогенеза.

Антенатальный период (раздельно течение 1-й и 2-й половины беременности):

* токсикозы 1-й и 2-й половины беременности;
* угроза выкидыша;
* экстрагенитальные заболевания у матери;
* о 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.

Интранатальный и ранний неонатальный периоды (первая неделя жизни):

* характер течения родов (длительный безводный период, стремительные роды);
* пособие в родах;
* оперативное родоразрешение (кесарево сечение и др.);
* оценка по шкале Апгар;
* крик ребёнка;
* диагноз при рождении и выписке из родильного дома;
* срок прикладывания к груди и характер лактации у матери;
* срок вакцинации БЦЖ;
* время отпадения пуповины;
* состояние ребёнка при выписке из родильного дома;
* состояние матери при выписке из родильного дома.

Поздний неонатальный период:

* родовая травма;
* асфиксия;
* недоношенность;
* гемолитическая болезнь новорождённого;
* острые инфекционные и неинфекционные заболевания;
* поздний перевод на искусственное вскармливание;
* пограничные состояния и их длительность.
* Постнатальный период:
* повторные острые инфекционные заболевания; наличие рахита;
* наличие анемии;
* расстройства питания тканей в виде дистрофии (гипотрофия или паратрофия);
* наличие диатезов.

Сведения о биологическом анамнезе участковый врач-педиатр получает из выписок родильного дома и других медицинских учреждений, бесед с родителями.

При наличии одного и более факторов риска в каждом из пяти перечисленных периодов онтогенеза следует говорить о высокой отягощённости биологического анамнеза. Наличие факторов риска в 3-4 периодах свидетельствует о выраженной отягощённости (группа высокого риска по биологическому анамнезу); в двух периодах - об умеренной отягощённости (группа риска по биологическому анамнезу); в одном периоде - о низкой отягощенности (группа внимания по биологическому анамнезу). Если факторы риска отсутствуют во всех периодах развития ребёнка, то биологически анамнез считают неотягощённым.

Степени неблагополучия в периодах внутриутробного развития ребёнка можно косвенно судить по уровню его стигматизации. К стигмам дизэмбриогенеза относятся малые аномалии развития соединительной ткани (МАР), не приводящие к органическим или функциональным нарушениям определенного органа. В норме количество стигм составляет 5-7. Превышение порога стигматизации следует расценивать как фактор риска ещё не проявившейся патологии.

Социальный анамнез:

* полнота семьи;
* возраст родителей;
* образование и профессия родителей;
* психологический микроклимат в семье, в том числе в отношении к ребёнку;
* наличие или отсутствие в семье вредных привычек и асоциальных форм поведения;
* жилищно-бытовые условия;
* материальная обеспеченность семьи;
* санитарно-гигиенические условия воспитания ребёнка.

Данные параметры могут быть использованы для выделения социально неблагополучных семей и детей групп социального риска.

В форме 112/у в случае благополучного анамнеза следует писать кратко «Социальный анамнез благополучный». В случае неблагополучного aнaмнеза следует указать параметры, имеющие отрицательную характеристику. Неблагополучный социальный анамнез негативно сказывается на нервно-психическом развитии ребёнка, в дальнейшем может привести к неправильному формированию личности человека.