

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ОТДЕЛЕНИЕ ПЕДИАТРИИ

Преподаватель
к.м.н. Е.И.Мазина



Комплексная оценка состояния здоровья детей

Источники информации

- Приказ МЗРФ №1346н от 21.12.2012 г. О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них.
- Приказ МЗРФ №514н от 10.08.2017 «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (в ред. Пр.МЗРФ от 03.07.2018 №410н).
- ГОСТ Р 52623.1–2008 «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования».
- Приказ МЗ Нижегородской области №1911 от 14.08.2013 г. О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения нижегородской области и в период обучения в них.
- Приказ МЗРФ №621 от 30.12.2003 г. О комплексной оценке состояния здоровья детей. (Прил.2. Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет)
- Васильева Е.И. Физическое развитие детей: учебно-методическое пособие для иностранных студентов. Иркутск: ИГМУ, 2013.
- Намазова-Баранова Л.С., Кучма В.Р., Ильин А.Г., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в РФ. Медицинский совет. №1, 2014.

Комплексная оценка состояния здоровья детей

Прогнозируемые результаты теоретического занятия



По окончании изучения темы слушатель должен быть способен:

Дать характеристику критериев комплексной оценки состояния здоровья детей, групп здоровья медицинских групп для занятий физической культурой.

Планировать сестринскую практику в области комплексной оценки состояния здоровья детей.

Документировать рабочий процесс в установленном порядке, целесообразно используя профессиональную терминологию.

Комплексная оценка состояния здоровья детей

План лекции:

- Определение понятий. История проблемы оценки здоровья.
- Группы здоровья несовершеннолетних
- Правила определения медицинских групп для занятий физической культурой.
- Статистика состояния здоровья детей в России и Нижегородской области.
- Роль медсестры в профилактических осмотрах детей.

Целевая аудитория:
слушатели со
средним
медицинским
образованием

ПОНЯТИЕ ЗДОРОВЬЯ

Здоровье – характеристика целостного организма.

Устав ВОЗ, 1946:

Здоровье — это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия.

Определение здоровья ВОЗ не подвергалось пересмотру со времен основания ВОЗ и подвергается критике.

Здоровье человека – состояние организма, при котором ресурсов достаточно для того, чтобы поддерживать гомеостаз, а после его нарушений – к гомеостазу возвращаться /Новосельцев В.Н., 2011/

В современном понимании состояние здоровья отражает способность организма поддерживать относительную стабильность внутренней среды в противостоянии с внешними вызовами, снижать риск развития патологии.



Понятие скрининга

***Скрининг** — совокупность определенных мероприятий среди достаточно крупной популяции, направленных на выявление тех людей, у которых посредством последующего обследования, наблюдения или лечения можно снизить риск возникновения заболевания или развития его осложнений.



Оценка здоровья. История проблемы

Соответствие индивидуального здоровья эталону может проявляться в различной степени.

Классификация состояний организма врача и философа Среднего Востока Авиценны (Ибн-Сина)*:

I – тело здоровое до предела;

II – здоровое, но не до предела;

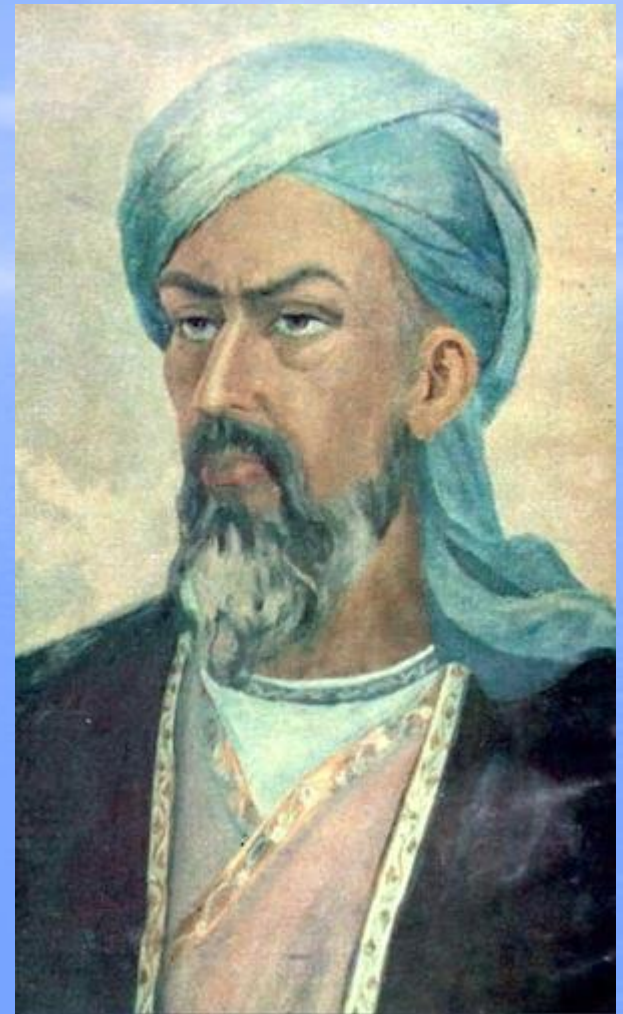
III – не болезненное и не здоровое;

IV – тело, легко воспринимающее нездоровье;

V – тело, плохо воспринимающее нездоровье;

VI – болезненное до предела

В классификации Ибн-Сины из 6 градаций только 2 относились к болезни, а 4 отражали разные уровни здоровья



*Авиценна или Абу Али
Хусейн ибн Абдаллах
ибн Сина (980-1037)*

Комплексная оценка состояния здоровья

В. Н. Казначеев, Р. М. Баевский,
И. Н. Брехман и др. (1990-1993 г.г.):

3 группы людей:

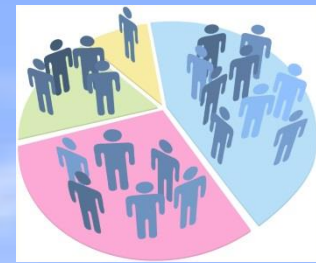
- здоровые;
- группа риска – состояние между здоровьем и болезнью;
- нездоровые.



Цели комплексной оценки состояния здоровья:

1. С позиций общественного здоровья: сравнение здоровья коллективов и территорий.
2. С позиций индивидуальных перспектив: определение социальной дееспособности личности, возможности воплощения в действительность её ресурсов.

Градации состояния здоровья взрослых, официально принятые в РФ /Методические рекомендации МЗРФ «Диспансеризация определенных групп взрослого населения». 23.03.2015 /



Выделяют группы состояния здоровья:

I группа – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития.

II группа – граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний, и которые **не нуждаются в диспансерном наблюдении.**

IIIa группа – граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, **требующие установления диспансерного** наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи, а также граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

IIIб группа – граждане, не имеющие хронических неинфекционных заболеваний, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

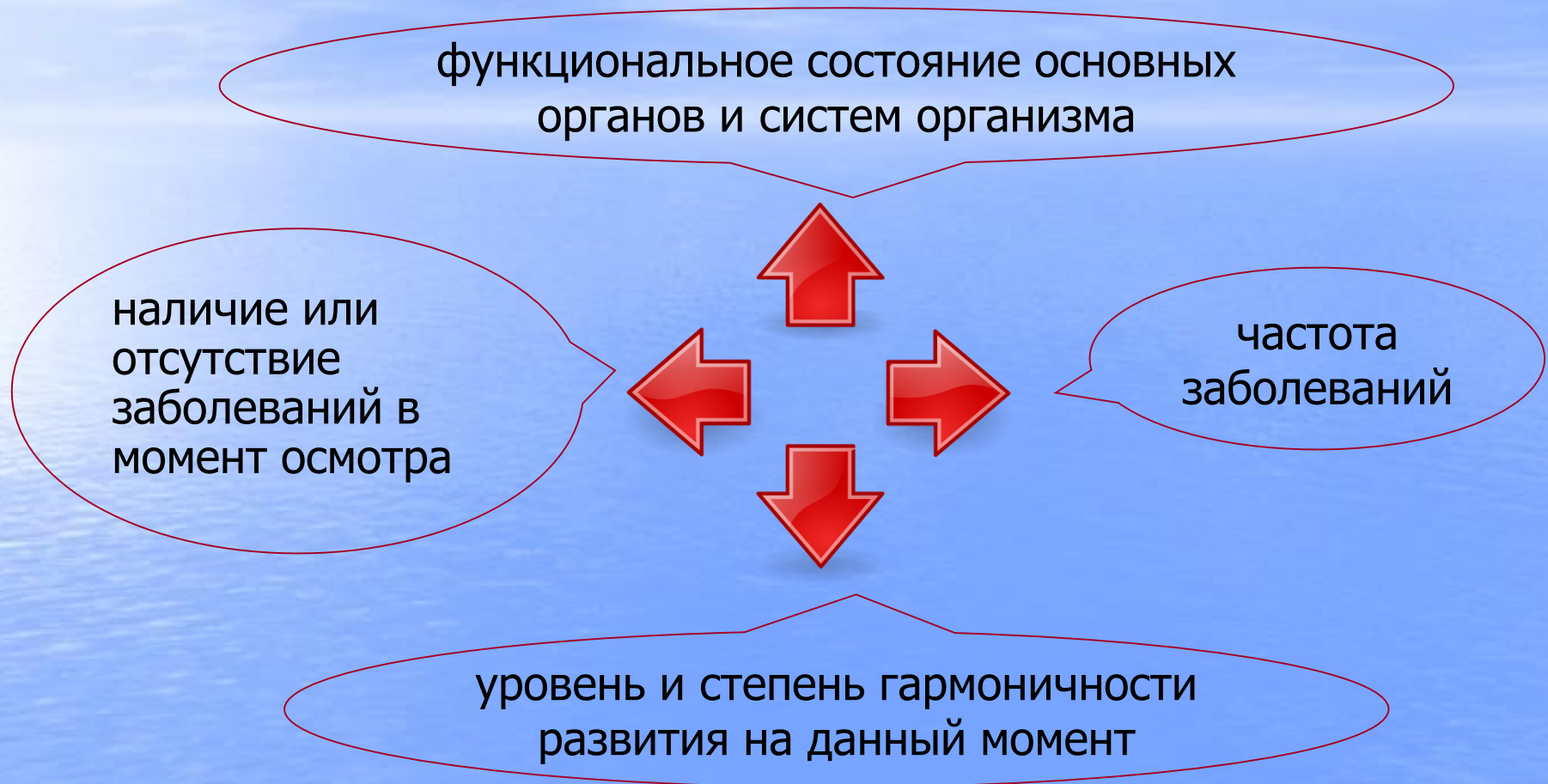
Цели комплексной оценки состояния здоровья детей:

- Получение данных о состоянии здоровья подрастающего поколения – важного показателя благополучия общества и государства, отражающего не только настоящую ситуацию, но и прогноз на будущее, экономическую мощь державы.
- Возможность прогнозировать перспективы развития и обучения ребёнка сейчас и самореализации в будущем.

Доказано, что 75 % всех болезней взрослых начинается с детства*.



Советский ученый Громбах С.М. (1973) предложил оценивать состояние здоровья любой группы детей по 4 критериям:



Эта система стала основой оценки состояния здоровья в СССР.

Критерии комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних (утв. Приказом МЗРФ №1346н, 21.12.2012 г.)

Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних осуществляется на основании следующих критериев:

- 1) наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;
- 2) уровень функционального состояния основных систем организма;
- 3) степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- 4) уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

**I группа –
абсолютно
здоровые**

**II группа – дети с
функциональными
нарушениями (группа риска в
отношении развития
хронических заболеваний)**

**Группы здоровья
несовершеннолетн
их**

**III группа – хронические
заболевания в состоянии
компенсации**

**V группа –
хронические
заболевания в
состоянии
декомпенсации**

**IV группа – хронические
заболевания в состоянии
субкомпенсации**

Группы здоровья несовершеннолетних

1) I группа состояния здоровья - **здоровые несовершеннолетние**, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений.

В то же время, согласно приказу №621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей» (не отменён), Прил.2 «Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет включительно» к I группе отнесены:

- врожденные и рахитические деформации грудной клетки,
- грыжи после проведенного оперативного лечения при отсутствии осложнений,
- пролапс митрального клапана без регургитации.



2) II группа состояния здоровья:

- дети, у которых **отсутствуют хронические заболевания**, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения (**малые аномалии сердца - открытое овальное окно и т.д., дискинезия пузырного протока и желчного пузыря; нарушение толерантности к глюкозе; кариес декомпенсированный**);
- реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней степени тяжести;
- с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефицитом массы тела или избыточной массой тела (**избыток массы тела на 15-19,9% от должной**);
- часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями;
- с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма (**искривление носовой перегородки без нарушения дыхания, при отсутствии ночного храпа и ночных апноэ; уплощение стоп; кифоз, лордоз, нарушения осанки при отсутствии рентгенологических признаков других изменений позвоночника**);

Группы здоровья несовершеннолетних

3) III группа состояния здоровья - несовершеннолетние:

- страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания (состояния);
- с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда;

4) IV группа состояния здоровья - несовершеннолетние:

- страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в **активной стадии и стадии нестойкой клинической** ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или **компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной** компенсацией функций;
- с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения;
- с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможности обучения или труда;

Группы здоровья несовершеннолетних

5) V группа состояния здоровья - несовершеннолетние:

- страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений и требующими назначения постоянного лечения;
- с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда;
- дети-инвалиды.



По данным ВОЗ, если свыше 80 % детей относятся ко II–III группам здоровья, это указывает на неблагополучие населения*.

ПРАВИЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим медицинским группам для занятий физической культурой



Основная-I

Специальная-III

Подготовительная-II



ПРАВИЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

К основной медицинской группе для занятий физической культурой (I группа) относятся несовершеннолетние:

- без нарушений состояния здоровья и физического развития;
- с функциональными нарушениями, не повлекшими отставание от сверстников в физическом развитии и физической подготовленности.

Отнесенным к основной медицинской группе несовершеннолетним разрешаются **занятия в полном объеме по учебной программе физического воспитания** с использованием профилактических технологий, подготовка и сдача тестов индивидуальной физической подготовленности.



К подготовительной медицинской группе (II группа) относятся дети:

- имеющие морфофункциональные нарушения или **физически слабо подготовленные;**
- входящие **в группы риска** по возникновению заболеваний (патологических состояний);
- с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии **стойкой клинико-лабораторной ремиссии, длящейся не менее 3 - 5 лет.**



Отнесенным к этой группе разрешаются занятия по учебным программам при условии **более постепенного освоения** комплекса двигательных навыков и умений, особенно связанных с предъявлением к организму повышенных требований, **более осторожного дозирования** физической нагрузки и **исключения противопоказанных движений.**

Тестовые испытания, сдача индивидуальных нормативов и участие в массовых физкультурных мероприятиях **не разрешается без дополнительного медицинского осмотра.**

К участию в спортивных соревнованиях эти обучающиеся не допускаются.

Рекомендуются дополнительные занятия для повышения общей физической подготовки в образовательном учреждении или в домашних условиях.

ПРАВИЛА ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ



**Специальная медицинская
группа для занятий физической
культурой**

Специальная "А"

Специальная «Б»



К специальной подгруппе "А" (III группа) относятся несовершеннолетние:

- с нарушениями состояния здоровья **постоянного (хронические заболевания (состояния), врожденные пороки развития, деформации без прогрессирования, в стадии компенсации) или временного характера;**
- с нарушениями физического развития, **требующими ограничения физических нагрузок.**



Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия **оздоровительной физической культурой по специальным программам** (профилактические и оздоровительные технологии).

При занятиях оздоровительной физической культурой должны **учитываться характер и степень выраженности нарушений состояния здоровья, физического развития и уровень функциональных возможностей несовершеннолетнего, при этом резко ограничивают скоростно-силовые, акробатические упражнения и подвижные игры** умеренной интенсивности, рекомендуются прогулки на открытом воздухе.

Возможны занятия **адаптивной физической культурой.**

К специальной подгруппе "Б" (IV группа) относятся несовершеннолетние, имеющие нарушения состояния здоровья:

- постоянного (хронические заболевания в стадии субкомпенсации)
- временного характера, без выраженных нарушений самочувствия.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним **рекомендуются в обязательном порядке занятия лечебной физкультурой в медицинской организации, а также проведение регулярных самостоятельных занятий в домашних условиях** по комплексам, предложенным врачом **по лечебной физкультуре** медицинской организации.



Порядок проведения профосмотров

- Медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в рамках **программы государственных гарантий бесплатного оказания** гражданам медицинской помощи **в медицинских организациях**, оказывающих первичную медико-санитарную помощь несовершеннолетним и **имеющих лицензию** на осуществление соответствующей медицинской деятельности.
- Профилактические осмотры проводятся **в год достижения несовершеннолетними декретированного возраста.**
- Календарный **план осмотров утверждается** руководителем ЛПУ **не позднее, чем за месяц до начала календарного года**, и доводится до сведения медицинских работников, участвующих в проведении профилактических осмотров.
- **В случае изменения численности детей, подлежащих профилактическим осмотрам**, врач представляет **до 20 числа текущего месяца уточненный поименный список** уполномоченному должностному лицу медицинской организации.

Порядок проведения профосмотров

- Несовершеннолетний, не достигший 15-летнего возраста, прибывает в медицинскую организацию в сопровождении родителя или иного законного представителя.
- При проведении профилактических осмотров **учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований**, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), **давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра** и (или) исследования, а у детей **<2 лет** – давность которых не превышает **1 месяца** с даты осмотра и (или) исследования.
- В случае подозрения на наличие у ребёнка заболевания, диагноз которого не может быть установлен при в ходе данного профосмотра и (или) необходимости получения информации из других медицинских организаций, профилактический осмотр считается завершённым после получения необходимой дополнительной информации **(II этап)**.

Общая продолжительность **I этапа ≤ 10 рабочих дней**, а при необходимости получения информации общая продолжительность профилактического осмотра - **не более 45 рабочих дней (I и II этапы)**.

Документирование результатов профосмотров

- Данные о прохождении профилактического осмотра вносятся в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка).
- История развития ребенка должна содержать следующие сведения:
 - 1) данные анамнеза;
 - 2) данные, полученные при проведении профилактического осмотра;
 - 3) оценка физического развития;
 - 4) группа состояния здоровья несовершеннолетнего;
 - 5) рекомендации:
 - по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, **занятиям физической культурой**;
 - о необходимости установления или продолжения диспансерного наблюдения.
- На основании результатов профилактического осмотра врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, определяет:
 - 1) группу состояния здоровья,
 - 2) медицинскую группу для занятий физической культурой.

Документирование результатов профосмотров

На основании результатов профилактического осмотра оформляются:

- Учетная форма №030-ПО/у-12 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» в 2 экземплярах, один из которых выдается несовершеннолетнему (его представителю), второй **хранится в медицинской организации в течение 5 лет.**
- Форма «Медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой.
- Для детей, подлежащих диспансерному наблюдению, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» – учетная форма № 030/у, утв. приказом МЗРФ №834н от 15 декабря 2014 г. (хранится 5 лет)
- Медицинская организация на основании карт осмотра осуществляется ведение **системы электронного мониторинга профилактических осмотров**, в которую вносятся сведения о прохождении профосмотров ежемесячно, **до 30-го числа месяца**, следующего за отчетным, а **по итогам года - до 20 января года, следующего за отчетным.**

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РОССИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ.

Государственный доклад о положении детей и семей, имеющих детей, в Российской Федерации за 2016 г.

1. Доля нормальных родов в 2016 году составила 38,4% (2015 г. - 38,4%, 2014 г. - 34,1%; в 2013 году - 37,8%; в 2012 году - 38,3%)

2. Распределение по группам здоровья детей, прошедших профилактические осмотры, в 2016 году (прошли профилактические медицинские осмотры 24,56 млн несовершеннолетних):

- I группа (практически здоровые) - 30,1% (2015 г. - 29,8%; 2014 г. - 29,6%);
- II группа (имеющие функциональные нарушения) - 56,2% (2015 г. - 54,8%; 2014 г. - 55,7%);
- III группа (имеющие хронические заболевания) - 12,1% (2015 г. - 13,2%; 2014 г. - 12,9%);
- IV группа (имеющие заболевания, ведущие к инвалидизации) - 0,7% (2015 г. - 1,4%; 2014 г. - 0,8%);
- V группа (дети-инвалиды) - 0,9% (2015 г. - 0,8%; 2014 г. - 1%).

Итоги диспансеризации детей Нижегородской области, 2016

Осмотрено **545 614** детей (95,8% от численности детского населения региона).

Выявлено **467 849** заболеваний (из них 129 678 заболеваний – впервые). Уровень распространенности заболеваний составляет 857,4 на 1000 детей.

Распределение по группам здоровья:

I группа здоровья (абсолютно здоровы) – **21,7%** от числа осмотренных (118 398 детей);

II группа здоровья (имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья) – **57,1%** (311 546 детей);

III группа здоровья (имеющие хронические заболевания в стадии компенсации) – **19,8%** (108 031 ребенок);

IV группа здоровья – 0,97% (5293 ребёнок);

V группа здоровья (декомпенсированные нарушения) – **0,43%**

Рекомендовано:

- лечение в амбулаторных условиях – 21,8%
- лечение в стационарных условиях – 1,3%,
- медицинская реабилитация в амбулаторных условиях – 10,3%,
- медицинская реабилитация в стационарных условиях и санаторно-курортное лечение – 4%.

Для уточнения диагноза были направлены **9,7%** осмотренных.

Взаимсвязь острой заболеваемости и группы здоровья.

В.Г. Никитушкин, В.К. Спирин, 2001

Пол	Возраст, лет	Группа здоровья	Мыш. комп-т массы тела, у. е.	К-во пропущенных по болезни дней
М А Л Ь Ч И К И	8	I	0,419±004	3,4±0,58
		II	0,396±003	6,90±1,3
		III	0,386±0006	11,8±3,1
	11-12	I	0,391±003	3,0±0,9
		II	0,378±002	7,1±1,3
		III	0,321±003	10,7±2,5
	15	I	0,345±003	2,9±1,3
		II	0,329±0 03	7,0±1,8
		III	0,298±0 05	9,9±2,4

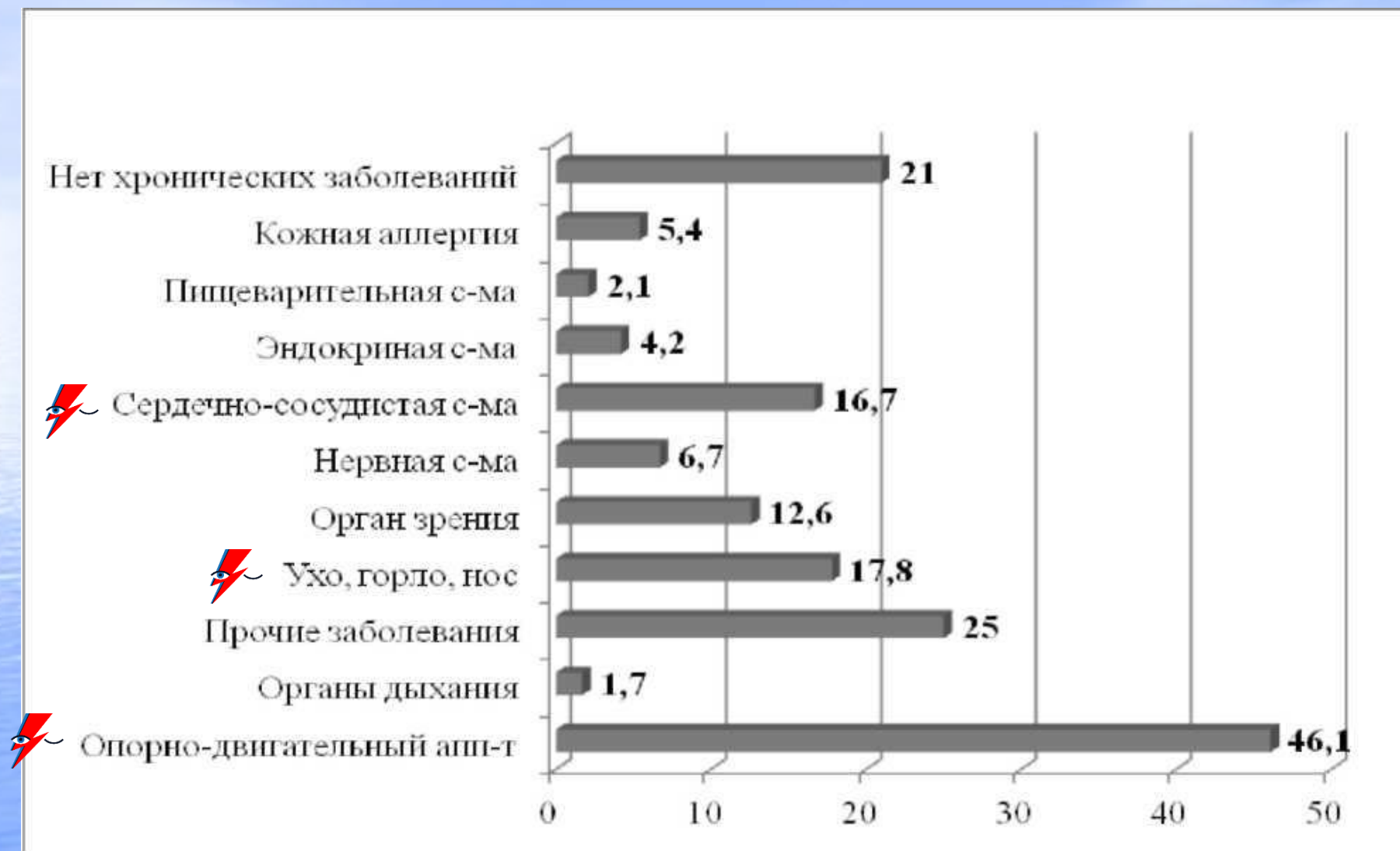
Взаимсвязь острой заболеваемости и группы здоровья /В.Г. Никитушкин, В.К. Спирин, 2001/

Пол	Возраст, лет	Группа здоровья	Мыш. комп-т массы тела, у. е.	К-во пропущенных по болезни дней
Д Е В О Ч К И	8	I	0,329±0 03	3,5±1,0
		II	0,390±0 04	7,4±1,2
		III	0,301 ±006	10,4±1,8
	11-12	I	0,337±003	3,6±0,8
		II	0,345±005	7,3±1,9
		III	0,312±006	9,9±2,9
	15	I	0,390±0 03	3,0±1,2
		II	0,414±004	5,9±2,1
		III	0,370±0 05	9,4±3,1

Наиболее распространённые заболевания

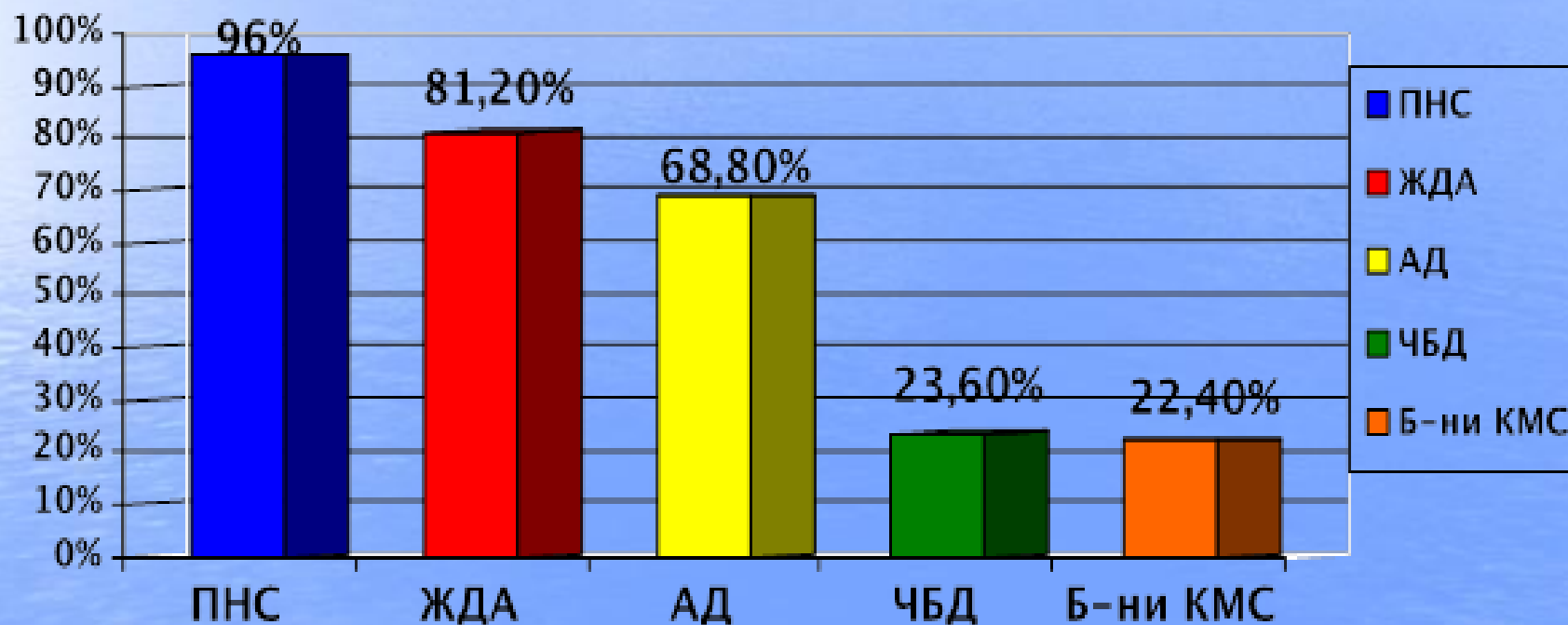
	0-17 лет	0-4 лет	5-9 лет	10-14 лет	15-17 лет
1	Б-ни костно- мыш. сист. 8,6%	Врожд. пороки 26,6%	Б-ни костно- мыш. сист.- 20,1 %	Б-ни костно- мыш. сист.- 22,3%	Б-ни КМС 25,7%
2	Б-ни НС- 6,2%	Б-ни НС- 19,3%	Врожд. пороки 15,1%	Б-ни глаз 13,5%	Б-ни глаз 19,4%
3	Врожд. пороки 5,4%	Б-ни орг.дых. 6,1%	БОП и БОД по 10,8%	БОД 10,6%	Б-ни НС и БОП по 10,4%
4		Б-ни орг. пищев.5,8 %	Б-ни НС- 8,5%	БОП 9,3%	Эндокр. заб. 7,3%
5		Б-ни КМС 4,4%	Б-ни глаз 6,3%	Врожд. пороки 8,6%	

Данные Российской академии образования, Москва. 2012г.



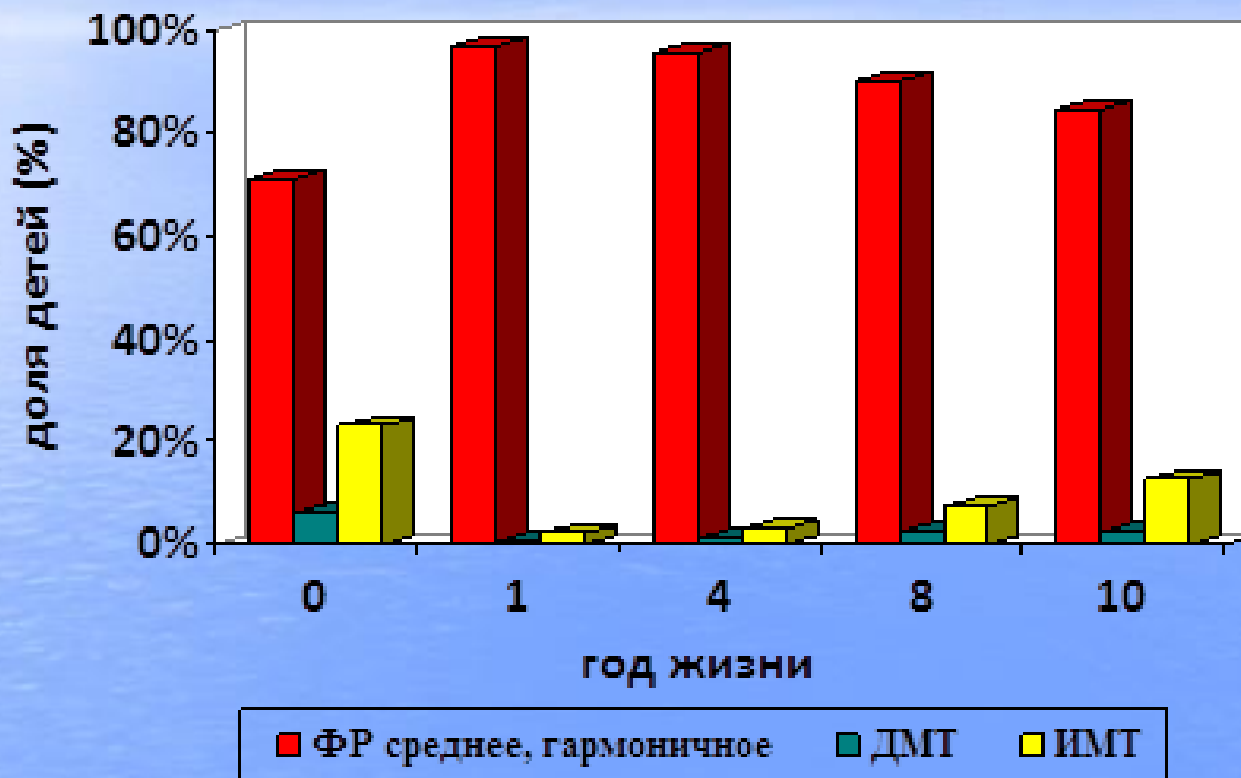
Структура **хронических заболеваний** у детей 5-9 лет (в %)

Итоги изучения случайной выборки 500 детей 2005 года рождения, находившихся под наблюдением детских городских поликлиник Воронежа в течение 10 лет



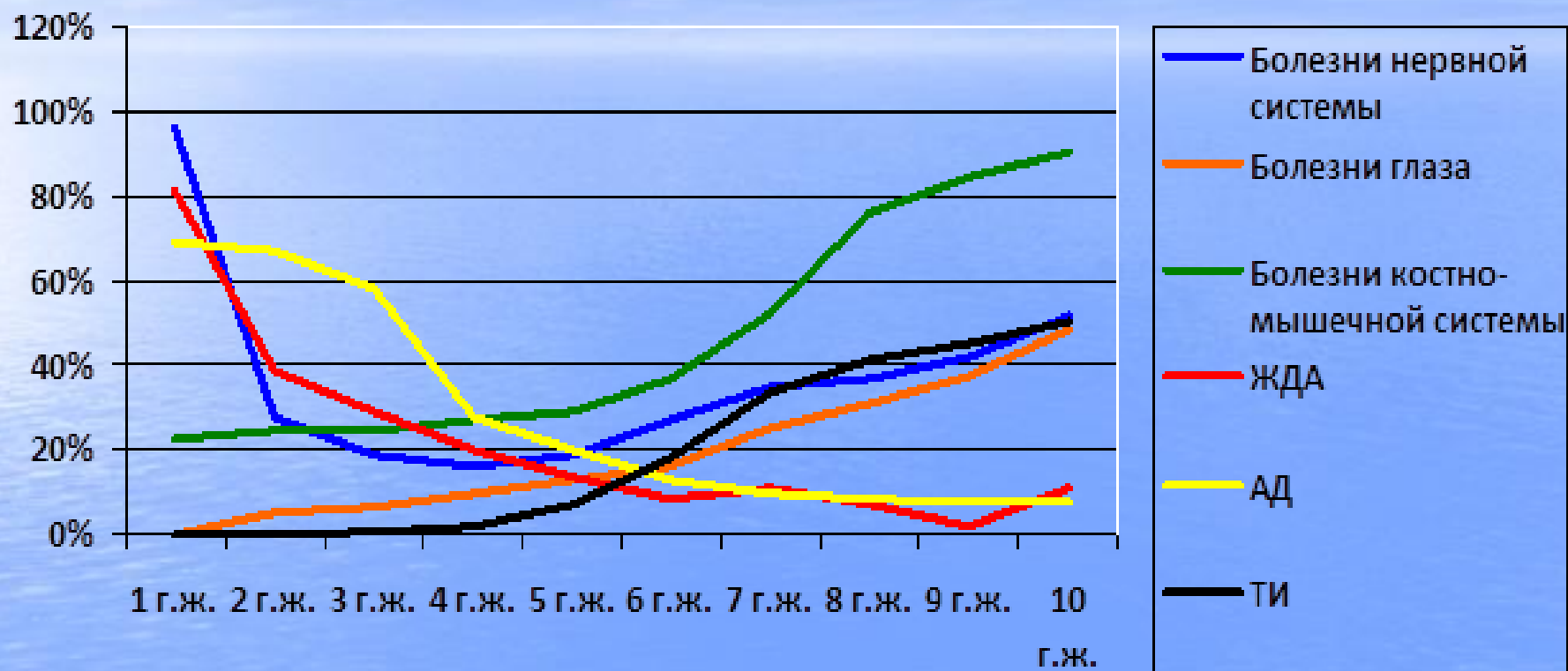
Структура общей распространенности нарушений здоровья у детей **первого года жизни**

Итоги изучения случайной выборки 500 детей 2005 года рождения, находившихся под наблюдением детских городских поликлиник Воронежа в течение 10 лет



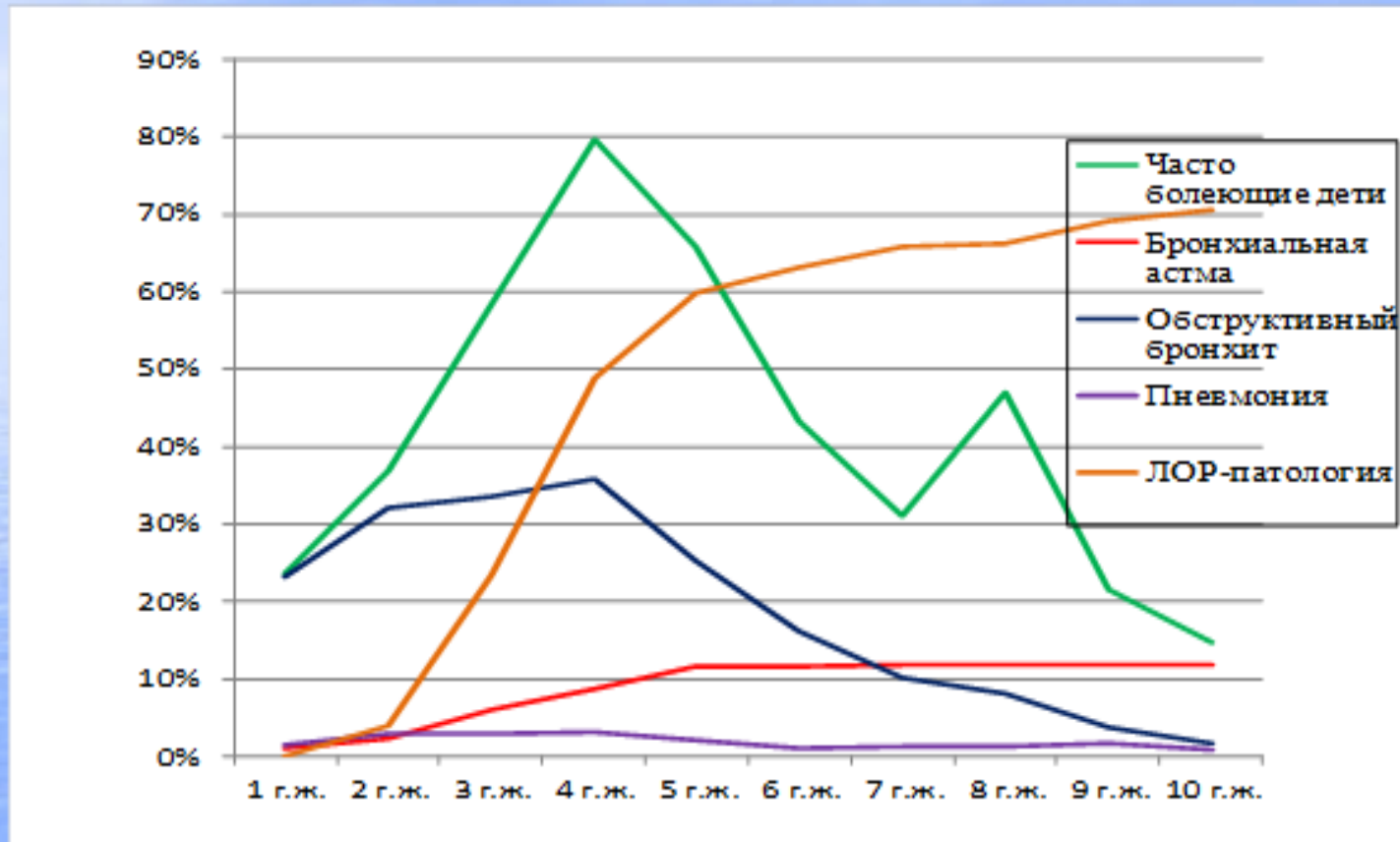
Динамика физического развития детей 2005 г.р.

Итоги изучения случайной выборки 500 детей 2005 года рождения, находившихся под наблюдением детских городских поликлиник Воронежа в течение 10 лет

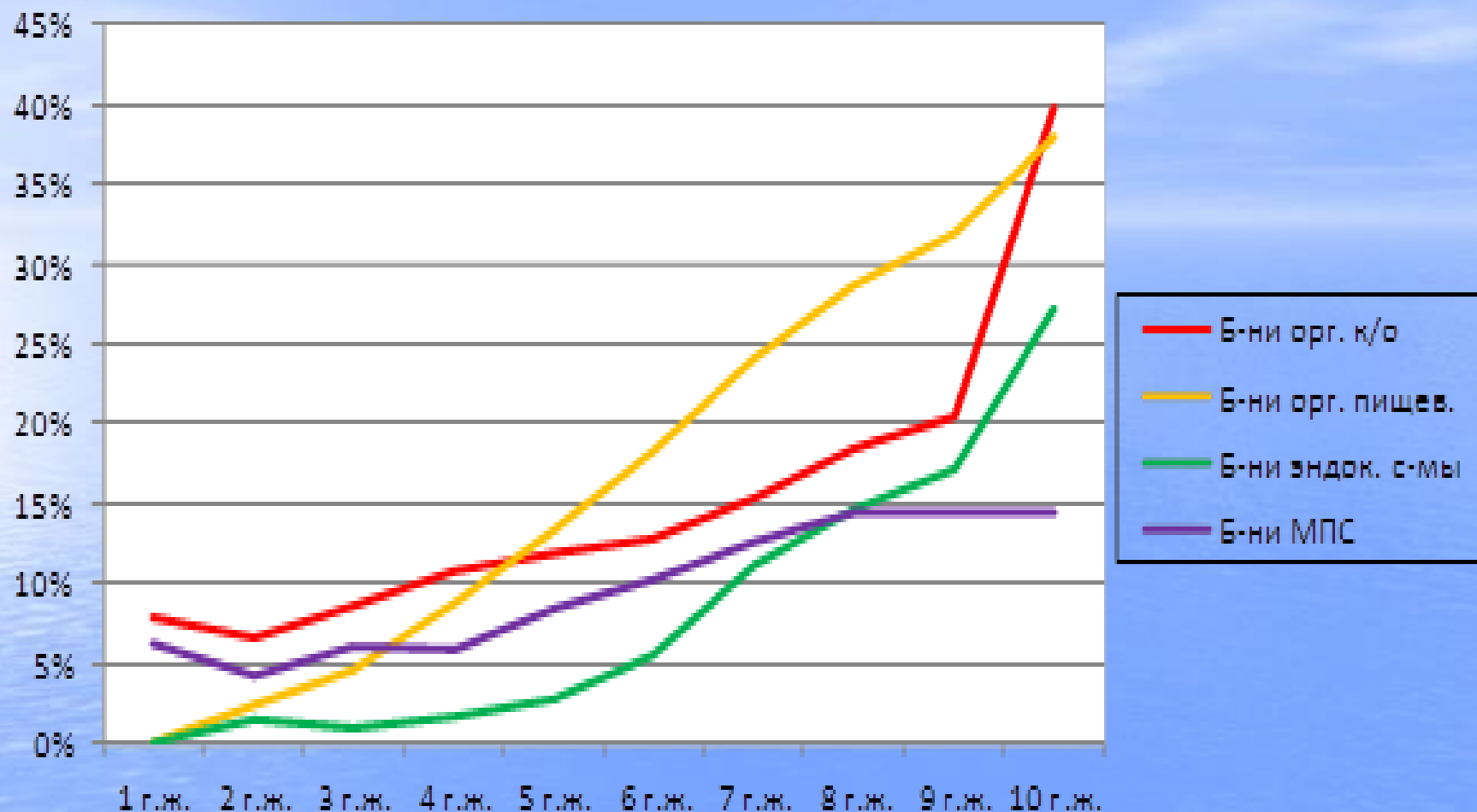


Динамика болезней нервной системы, глаза, костно-мышечной системы, Ж/Д анемии, atop. дерматита, тубинфицированности (ТИ) на протяжении десяти лет

Итоги изучения случайной выборки 500 детей 2005 года рождения, находившихся под наблюдением детских городских поликлиник Воронежа в течение 10 лет



Динамика респираторной патологии на протяжении десяти лет



Динамика болезней органов кровообращения, пищеварения, мочеполовой и эндокринной систем на протяжении десяти лет

Тенденции состояния здоровья детей России (ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, 2016)

За последнее десятилетие сформировались стойкие неблагоприятные тенденции основных показателей здоровья:

- На протяжении последних 5 лет ежегодно 35–37% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности.
- За период 2001–2011 гг. **общая распространенность нарушений здоровья детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 26,6%** при росте первичной заболеваемости среди 28,1%
- Среди детей в возрасте до 14 лет наиболее интенсивно возросла частота новообразований, врожденных аномалий, болезней нервной системы, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной и соединительной ткани, крови.
- По данным НЦЗД РАМН в настоящее время **не более 5–15% детей** (в зависимости от возраста) можно признать здоровыми.
- Среди детей всех возрастных групп отмечается **рост хронической патологии, частота которой за последнее десятилетие увеличилась на 34%.**
- **К моменту окончания школы только 2,5% выпускников здоровы, 70% имеют хронические заболевания.**

Тенденции состояния здоровья детей России (ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, 2016)

➤ У 12,6% детей к десятому году жизни установлено дисгармоничное развитие за счет избытка массы тела.

➤ Динамическая комплексная оценка состояния здоровья детей позволила выявить **негативную динамику в состоянии здоровья детей первого десятилетия жизни**, неуклонный рост распространенности:

- заболеваний нервной системы,
- глаза и его придаточного аппарата,
- костно-мышечной системы,
- ЛОР-органов,
- дыхательной системы,
- органов пищеварения

с ранним формированием хронической патологии, что требует своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий.

Тенденции состояния здоровья детей России (ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, 2016)

➤ Выявлена высокая распространенность острой, рецидивирующей и хронической патологии бронхолегочной патологии.

Наиболее высокий уровень заболеваемости острыми респираторными заболеваниями отмечался **на четвертом и восьмом годах жизни, когда к группе часто болеющих было отнесено 79,6% и 47,0% детей соответственно.**

ЛОР-патология прогрессивно нарастала со второго года жизни.

У детей грудного и раннего возраста острые респираторные заболевания осложнялись обструктивным бронхитом, распространенность которого достигла максимума на четвертом году жизни (35,8%).

Распространенность бронхиальной астмы постепенно возрастала: на первом году жизни этот диагноз был поставлен только одному ребенку, **к седьмому году жизни распространенность составила 11,8%** и осталась таковой до десятого года жизни.

➤ Отмечен прогрессивный рост **тубинфицированности** детей, начиная с третьего года жизни, достигнувший **50,6% к десятому году жизни.**

Фундаментальные обязанности медсестры согласно Международному этическому кодексу медицинской сестры (Международный Совет медицинских сестер, 2006)



- укреплять здоровье;
- предотвращать болезни;
- восстанавливать здоровье;
- облегчать страдания.

Роль медсестры в профосмотрах

В Стандартах Нижегородской области чётко определено кем проводится конкретное исследование в рамках профосмотров.

- **На медсестру возлагается анамнестический скрининг, антропометрия.**
- На 2-ом году жизни при осмотре педиатра:
в 1г.3 мес. и 1г.9 мес. – определение пульса, частоты дыхания и АД проводит медсестра. (В 3 г. – врач).
- **С 4 лет на медсестру возлагается определение пульса, частоты дыхания и АД, исследование слуха (шёпотная речь).**
- **С 5 лет** в Стандарах – определение остроты зрения (по стандартам начинается с 5 лет).
- Кроме того, медсестра осуществляет приглашение на профосмотр в процессе плановой диспансеризации пациентов.

Участие медсестры в оценке слуха ребёнка

Для ориентировочной оценки состояния слуха пользуются шепотной и разговорной речью.

Методика оценки слуха

В комнате не должно быть посторонних шумов.

Проверку проводят два человека. Ассистент находится за спиной ребенка и предъявляет речевой материал, а наблюдатель регистрирует безусловно-ориентировочные реакции на звуковые сигналы: поворот головы или глаз в сторону источника звука.

Все звуковые сигналы подаются с расстояния 6 метров.

Если ребенок после второго предъявления не отреагировал на звук, произнесенный шепотом, то расстояние постепенно уменьшается: 5 м, 4 м, 3 м, 2 м, 1 м, возле правого уха, возле левого уха (все шепотом).

При предъявлении **нового речевого материала начинать нужно с шепотной речи.**

Оценка результата проверки слуха

Различают три степени тугоухости:

легкую (шепотная речь воспринимается с расстояния 1—3 м и разговорная речь — с расстояния 4 м и более);

среднюю (шепотная речь — меньше 1 м, разговорная речь — меньше 2—4 м);

тяжелую (шепотная речь не воспринимается, разговорная речь — меньше 1 м).

Более точное определение степени понижения слуха возможно при аудиометрическом исследовании (сурдолог).





Благодарю за внимание!

