КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

 По уставу [ВОЗ](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F), «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Однако это определение не может быть использовано для оценки здоровья на популяционном и индивидуальном уровне. По мнению ВОЗ, в медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном — процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.
 В 1968 году ВОЗ приняла следующую формулировку:  “Здоровье - свойство человека выполнять свои биосоциальные функции в изменяющейся среде, с перегрузками и без потерь, при условии отсутствия болезней и дефектов. Здоровье бывает физическим, психическим и нравственным»
 Г.Л.Билич и Л.В.Назарова, взяв за основу определение Всемирной Организации Здравоохранения, считают необходимым и оправданным добавить два фактора.

« Здоровье – это состояние полного, физического, душевного и социального благополучия и способность приспосабливаться  к постоянно меняющимся условиям внешней и окружающей среды и естественному процессу сохранения, а также отсутствие болезней и физических дефектов»
 В Большой медицинской энциклопедии здоровье трактуется как состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем уравновешенны с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения. В то же время на протяжении своего развития меняет формы взаимодействия с условиями окружающей среды, при этом меняется не столько среда, сколько сам организм.

**Критерии
комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних**

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.

Группы здоровья

Объединение детей в однородные группы по состоянию здоровья позволяет:

- обеспечить дифференцированное обслуживание детей с количественно разными уровнями состояния здоровья;

- осуществлять более правильное планирование работы по обслуживанию различных групп здоровья.

Группа здоровья определяется по самому тяжелому заболеванию или диагнозу.

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

 II группа состояния здоровья - несовершеннолетние:

у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения;

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;

часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями;

с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма;

 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;

 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;

 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.

**Уровень функционального состояния основных систем организма**

Оценивается по данным клинического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, анализе поведения, адаптационных возможностях организма

Поведение определяется по психоэмоциональному статусу ребенка:

* Настроение – бодрое, спокойное, неустойчивое, раздражительное.
* Сон – засыпает быстро или медленно, с укачиванием, спит спокойно, неспокойно, часто просыпается.
* Аппетит – хороший, неустойчивый, плохой, избирательное отношение к пище.
* Характер бодрствования – активное, интересуется игрушками, малоактивный, пассивный.
* Познавание – легко обучаем, инициативный, умеет довести начатое дело
* до конца, сосредоточенность.
* Индивидуальные особенности – контактен, малоконтактен, другие черты личности

**Степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям**

Определяется по количеству острых заболеваний, их тяжести и длительности за предшествующий осмотру год.

|  |  |
| --- | --- |
| Степень резистентности | Количество заболеваний в год |
| Хорошая  | 1-3 |
| Сниженная  | 4-5 |
| Низкая  | 6-7 |
| Очень низкая | 8 и более |

Под реактивностью организма понимают способность реагировать на внедрение инфекционных и неинфекционных агентов. Оценивается по реакции организма на иммунизацию, по наличию аллергической патологии и по активности течения инфекционных заболеваний.

Методика сбора наследственного анамнеза, составление генетической карты, общепринятая символика, оценка наследственного анамнеза

Изучение особенностей онтогенеза производится по данным генеалогического, биологического, социального анамнезов

Генеалогический анамнез собирается по трем поколениям родственников пробанда и записывается в виде символов. Проводится качественная и количественная оценка отягощенности генеалогического анамнеза. Для качественной оценки выносится информация обо всех заболеваниях у сибсов и выделяются линии отягощенности по различным заболеваниям.

Для количественной оценки рассчитывается индекс отягощенности генеалогического анамнеза, который равен отношению количества заболеваний у ровных родственников к количеству сибсов.

Табл. 1. Оценка индекса отягощенности

|  |  |
| --- | --- |
| до 0,2 | низкая отягощенность |
| 0,3 – 0,5 | умеренная |
| 0,6 – 0,8 | выраженная |
| 0,9 и более | высокая |

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

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

Все факторы риска объединяются в 3 группы

* пренатальные;
* факторы, влияющие на состояние детей первых месяцев жизни;
* факторы, ухудшающие здоровье ребенка в последующие годы.

При наличии одного и более факторов в каждом из перечисленных периодов следует говорить о высокой отягощенности биологического анамнеза, в трех периодах – о выраженной, в двух – об умеренной, в одном периоде – о низкой.

Биологический анамнез расценивается как благополучный или неотягощенный в случае отсутствия факторов риска во всех периодах онтогенеза.

Параметры социального анамнеза:

* полнота семьи;
* возраст родителей;
* образование и профессия родителей;
* психологический климат в семье;
* наличие вредных привычек и асоциального поведения;
* жилищно – бытовые условия;
* материальная обеспеченность;
* социально – гигиенические условия воспитания ребенка.

При наличии 1 и более факторов риска в 3-4 параметрах социальный анамнез оценивается как неблагополучный, в 1-2 параметрах – отягощенный.

**Физическое развитие**

Физическое развитие оценивается по данным антропометрических исследований. При этом фактический рост ребенка как основной антропометрический показатель определяет высоту физического развития, а соответствие фактической массы тела фактическому росту – гармоничность физического развития.

Для оценки физического развития необходимо установить его точный возраст и отнести к соответствующей условной возрастной группе.

С момента рождения до 15 дней развитие ребенка оценивается по средним показателям новорожденного.

До 1 года возраст определяется следующими периодами (табл.1)

Определение возраста ребенка на первом году жизни

|  |  |
| --- | --- |
| 1 мес. | от 16 дней до 1 мес. 15 дней |
| 2 мес. | от 1 мес. 16 дней до 2 мес.15 дней |
| 3 мес. | от 2 мес.16 дней до 3 мес.15 дней |
| 4 мес. | от 3 мес.16 дней до 4 мес. 15 дней |
| 5 мес. | от 4 мес.16 дней до 5 мес.15 дней |
| 6 мес. | от 5 мес. 16 дней до 6 мес.15 дней |
| 7 мес. | от 6 мес. 16 дней до 7 мес.15 дней |
| 8 мес.  | от 7 мес. 16 дней до 8 мес.15 дней |
| 9 мес. | от 8 мес. 16 дней до 9 мес.15 дней |
| 10 мес. | от 9 мес. 16 дней до 10 мес.15 дней |
| 11 мес. | от 10 мес. 16 дней до 11 мес.15 дней |
| 12 мес. | от 11 мес. 16 дней до12 мес.15 дней |

Табл. 2. Определение возраста ребенка старше года

|  |  |
| --- | --- |
| 1год 3 месяца | от 1 года 1 мес. 16 дней до1 года 4 мес. 15 дней |
| 1год 6 месяцев | от 1 года 4 мес. 16 дней до1 года 7 мес. 15 дней |
| 1год 9 месяцев | от 1 года 7 мес. 16 дней до1 года 10 мес. 15 дней |
| 2год 3 месяца | от 1 года 10 мес. 16 дней до 2 лет 4 мес. 15 дней |
| 2год 6 месяцев | от 2 лет 4 мес. 16 дней до 2 лет 8 мес. 15 дней |
| 3 года | от 2 лет 9 мес. до 3 лет 2 мес. 29 дней |
| 3 года 6 месяцев | от 3 лет 3 мес. до 3 лет 8 мес. 29 дней |
| 4 года | от 3 лет 9 мес. до 4 лет 2 мес. 29 дней |
| 5 лет | от 4 лет 6 мес. до 5 лет 5 мес. 29 дней |
| 6 лет | от 5 лет 6 мес. до 6 лет 5 мес. 29 дней |
| 7 лет | от 6 лет 6 мес. до 7 лет 5 мес. 29 дней |
| 8 лет | от 7 лет 6 мес. до 8 лет 5 мес. 29 дней |
| 9 лет | от 8 лет 6 мес. до 9 лет 5 мес. 29 дней |
| 10 лет | от 9 лет 6 мес. до 10 лет 5 мес. 29 дней |

Эпикризный срок – это интервал времени для детей до 1 года находится в пределах + 15 дней от возраста, принятого за норму; на втором году – в пределах 3 месяцев, 3-5 лет – в пределах 6 месяцев, 7-10 лет – 1 год.

Для оценки физического развития широко используются центильные таблицы и номограммы центильных полей, составленными по среднестатистическим показателям региона проживания детей. Этот метод считается более корректным, чем расчет показателей при помощи эмпирических формул.

 Оценку физического развития начинают с определения центильного коридора, в котором находится рост и масса тела, соотносимые с возрастом и полом ребенка. Установив центильные коридоры, оценивают гармоничность развития. Если разность номеров центильных коридоров не превышает 1, можно говорить о гармоничном развитии; если она более 2 – развитие дисгармоничное, более 3 – резко дисгармоничное.

Контрольные вопросы

1. В каких случаях можно говорить о высокой отягощенности биологического анамнеза?
2. Какой показатель используется для количественной оценки отягощенности генеалогического анамнеза?
3. С какой целью детей объединяют по группам здоровья?
4. К какой группе здоровья относятся дети – инвалиды?
5. Параметры, определяющие поведение ребенка.

Литература

1. Ежова Н.В. Педиатрия: учебник/ Н.В.Ежова, Е.М.Русакова, Г.И.Кащеева.- 7-у изд. доп. – М.: Издательство Оникс, 2008- 592 с., 16 с. цв.вкл.: ил.
2. Тульчинская В.Д., Соколова Н.Г., Шеховцова Н.М. Сестринское дело в педиатрии / В.Д.Тульчинская, Н.Г.Соколова, Н.М.Шеховцова . - Ростов н/Д: Феникс, 2001. – 384 с.
3. Основы поликлинической педиатрии: учеб. пособие для вузов/ И.А. Аксенов [и др.]; под ред. А.А.Джумагазиева.- Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 382 с. – (Высшее медицинское образование)
4. Соколова Н.Г., Тульчинская В.Д. Сестринское дело в педиатрии: Практикум / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинская. – Ростов н/Д: «Феникс», 2004.- 384 с.
5. Педиатрия. Национальное руководство / под ред. А.А. Баранова: В 2 т. - Т. 1. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1024 с.; Т. 2. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1024 с.
6. Детские болезни: учебник для студентов медицинских вузов / под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1008 с.
7. Приказ МЗ РФ от 30 декабря 2003 г. N 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей»
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1346н “О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них”