

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»
НИИ ГИГИЕНЫ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО РАЗВИТИЯ
ШКОЛЬНОЙ И УНИВЕРСИТЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЗДОРОВЬЯ**

**РУКОВОДСТВО
ПО ГИГИЕНЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ,
МЕДИЦИНСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОБУЧАЮЩИХСЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

**МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ,
ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

Том II

**под редакцией
члена-корреспондента РАН
В.Р. КУЧМЫ**

Москва, 2019 г.

УДК 613.9-053.5(035.3)

ББК 51.289.4я7(2Рос)

Р85

Кучма В.Р., ред. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях: модель организации, федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся. Издание 2-е, дополненное. Том II. М.: НМИЦ здоровья детей Минздрава России; 2019. 462 с.

ISBN 978-5-94302-042-1 (т. 2)

ISBN 978-5-94302-040-7

В Руководстве представлены современная модель организации медицинской помощи обучающимся, организация взаимодействия образовательных организаций с центрами здоровья для детей, критерии эффективности работы отделений медицинской помощи обучающимся и структура межведомственного взаимодействия в сфере профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни обучающихся. Федеральные рекомендации описывают процедуры диагностики состояний, медицинского допуска к соревнованиям и пребыванию в организациях отдыха, контроля за условиями обучения, питания, физического воспитания, медицинской профилактики школьно-обусловленных заболеваний и гигиенического обучения и воспитания, формирования здорового образа жизни обучающихся.

Руководство предназначено для педиатров, гигиенистов, школьных врачей, педагогических работников, руководителей и сотрудников учреждений федеральных и региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и образования, а также студентов, ординаторов высших медицинских учебных заведений.

Рекомендовано к печати Бюро Научного совета Отделения медицинских наук Российской академии наук по гигиене и охране здоровья детей и подростков 28 марта 2019 г. (Протокол № 1) и Президиумом РОШУМЗ (Протокол № 27).

Права на данное издание принадлежат авторам и Издателю ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Воспроизведение и распространение части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения Издателя ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России.

ISBN 978-5-94302-042-1 (т. 2)

ISBN 978-5-94302-040-7

© Коллектив авторов, 2014–2019

© ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава 5. Медицинская профилактика заболеваний и функциональных отклонений, наиболее распространенных среди несовершеннолетних обучающихся	5
5.1. Алгоритм разработки индивидуального плана профилактических и оздоровительных мероприятий обучающихся (<i>Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Шишова А.В., Нежкина Н.Н.</i>)	7
5.2. Алгоритм медико-педагогического сопровождения обучающихся в период адаптации к новым условиям образовательной организации (<i>Жданова Л.А., Шишова А.В., Бобошко И.Е., Молькова Л.К., Нуждина Г.Н., Мандров С.И.</i>)	69
5.3. Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков образовательных организаций на доврачебном этапе (<i>Чубаровский В.В., Кучма В.Р., Рапопорт И.К., Соколова С.Б., Катенко С.В., Лабутьева И.С.</i>)	89
5.4. Медицинская профилактика болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани обучающихся в образовательных организациях (<i>Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храмцов П.И., Березина Н.О., Рапопорт И.К.</i>)	99
5.5. Медицинская профилактика болезней глаза и его придаточного аппарата у обучающихся в образовательных организациях (<i>Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Цамерян А.П.</i>)	123
5.6. Медицинская профилактика болезней органов пищеварения обучающихся в образовательных организациях (<i>Горелова Ж.Ю., Рапопорт И.К.</i>)	137
5.7. Профилактика болезней кровообращения обучающихся (<i>Звездина И.В., Кучма В.Р., Степанова М.И., Храмцов П.И., Александрова И.Э., Седова А.С., Иванова Е.И.</i>)	169
5.8. Невротические расстройства и расстройства поведения обучающихся и основы их профилактики (<i>Чубаровский В.В., Кучма В.Р., Рапопорт И.К., Соколова С.Б., Катенко С.В.</i>)	193
5.9. Профилактика травматизма в образовательных организациях (<i>Храмцов П.И., Седова А.С., Березина Н.О., Шестакова В.Н., Марченкова Ю.В.</i>)	207
5.10. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков (<i>Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Поленова М.А., Скоблина Н.А., Уварова Е.В., Тарусин Д.И., Яцык С.П., Соколова С.Б., Лапонова Е.Д., Муравьева В.Н., Зенин В.В., Гуменюк О.И., Черненков Ю.В.</i>)	225
5.11. Профилактика негативных последствий ранней трудовой занятости (<i>Иванов В.Ю., Шубочкина Е.И., Рапопорт И.К., Ибрагимова Е.М.</i>)	253
5.12. Результаты профилактических медицинских осмотров: оценка дина-	

мики показателей состояния здоровья обучающихся (<i>Рапопорт И.К., Трофименко Е.В., Соколова С.Б., Чубаровский В.В., Данова А.В.</i>)	275
5.13. Результаты профилактических медицинских осмотров: алгоритм разработки профилактических и оздоровительных мероприятий, реализуемых в образовательных организациях (<i>Рапопорт И.К., Трофименко Е.В., Соколова С.Б., Чубаровский В.В., Данова А.В., Катенко С.В.</i>)	307
5.14. Алгоритм активной иммунизации воспитанников и обучающихся образовательных организаций (<i>Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Шишова А.В., Молькова Л.К., Нуждина Г.Н., Мандров С.И., Селезнева Е.В., Копышева Е.Н.</i>)	343
5.15. Профилактика болезней эндокринной системы обучающихся (<i>Горелова Ж.Ю., Макарова А.Ю., Рапопорт И.К., Скоблина Н.А., Жамлиханов Н.Х., Лужецкий К.П., Устинова О.Ю., Валина С.Л., Вандышева А.Ю.</i>)	379
Глава 6. Гигиеническое обучение и воспитание, формирование здорового образа жизни	407
6.1. Мониторинг поведенческих факторов риска здоровью несовершеннолетних обучающихся в образовательных организациях (<i>Кучма В.Р., Звездина И.В., Иванова Е.И.</i>)	409
6.2. Медицинское профессиональное консультирование и профессиональная ориентация обучающихся (<i>Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Шубочкина Е.И.</i>)	429
6.3. ФР-РОШУМЗ-30-2016 Организация и проведение санитарно-гигиенического просвещения родителей обучающихся в образовательных организациях (<i>Мирская Н.Б., Коломенская А.Н., Симкалова Л.М., Дедух Е.Л., Ручкина Н.А., Шишкова Т.Н., Вольфсдорф Е.И., Стрижиченко Л.В., Белоусова Л.В.</i>)	429
Заключение	445
Список литературы	454
Перечень изменений нормативно-правовой документации	456

ГЛАВА 5

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ
И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОТКЛОНЕНИЙ, НАИБОЛЕЕ
РАСПРОСТРАНЕННЫХ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
ОБУЧАЮЩИХСЯ**

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
14 февраля 2015 г.
Протокол № 4

УТВЕРЖДЕНЫ
на XVIII Конгрессе
педиатров России
Москва,
15 февраля 2015 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**АЛГОРИТМ РАЗРАБОТКИ
ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

ФР РОШУМЗ-17-2015

(версия 1.1)

РАЗРАБОТЧИКИ: *Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Шишова А.В., Нежкина Н.Н.*

Федеральные рекомендации включают необходимые сведения по составлению индивидуальных планов оздоровительных и профилактических мероприятий обучающихся в ходе проведения медицинских осмотров. При этом описывается технология медико-психолого-педагогического сопровождения учащихся, предусматривающая интеграцию медицинских работников, педагогов, психологов. Уточняются принципы взаимодействия членов школьной команды (медицинского персонала, педагогов, психологов, администрации школы) по улучшению здоровья учащихся и распределение функциональных обязанностей между ними по формированию здоровья учащихся, описывается модель Совета по здоровью в школе, а также оздоровительные технологии, возможные к внедрению в педагогический процесс.

Федеральные рекомендации предназначены для врачей-педиатров и медицинских сестер, работающих в отделениях организации медицинской помощи детям в образовательных организациях, а также руководителей, педагогов и психологов образовательных организаций, сотрудников органов управления здравоохранением и образованием.

Федеральные рекомендации «Алгоритм разработки индивидуального плана профилактических и оздоровительных мероприятий обучающихся» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 7 от 19.12.2014 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 20 от 19.12.2014 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов.
- *Жданова Л.А. и др.* Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей в учреждениях здравоохранения и образования. Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Минздрава России; 2003. 220 с.
- *Жданова Л.А. и др.* Межведомственная интеграция в охране здоровья детей школьного возраста. Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Минздрава России; 2004. 359 с.
- *Жданова Л.А.* Системная деятельность организма ребенка при адаптации к школьному обучению. Дисс. ... докт. мед. наук. Иваново; 1990. 488 с.
- *Шишова А.В.* Формирование здоровья детей 7–11 лет и дифференцированная система их медико-педагогического сопровождения при различных программах обучения. Дисс. ... докт. мед. наук. Иваново; 2010. 383 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Использование скрининг-обследований обучающихся существенно снижает трудовые и материальные затраты на проведение профилактических медицинских осмотров.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

В последние годы отмечается непрерывный рост заболеваемости детей практически по всем классам болезней и всем возрастным группам, наиболее выраженный в период школьного обучения, что в значительной мере зависит от условий обучения, характера учебного процесса, образа жизни.

Наиболее выражено состояние здоровья учащихся ухудшается в так называемые «переломные периоды обучения»: на 1-м году обучения, при переходе к предметному обучению (5-й класс) и на III ступени школы. Во многом это обусловлено эмоциональным стрессом, возникающим при изменении микросоциальных условий. Особенную роль в возникновении заболеваний в эти периоды играют психологические факторы, в том числе и межличностные конфликты, возникающие в школьном коллективе и между учащимися и учителем.

Медицинский персонал школы должен ставить задачу максимальной интеграции ребенка в образовательный процесс с учетом его индивидуальных физических и психических свойств, ориентированную на повышение качества жизни,

как больных, так и здоровых учащихся, то есть осуществлять медико-педагогическое сопровождение. Для персонализации такого сопровождения необходимо взаимодействие между всеми членами «школьной команды» – врачом, медицинской сестрой, учителем (классным руководителем), психологом, учителем физической культуры. Она предусматривает обмен информацией не только о проблемах ребенка в той или иной сфере (здоровье, учеба, взаимодействие с микросоциальным окружением), но и об индивидуальных свойствах и способностях ребенка. При этом необходимо учитывать, как школьные факторы могут оптимально использоваться для стимуляции развития ребенка и сохранения его здоровья.

Разработка индивидуальных планов оздоровительных и профилактических мероприятий обучающихся осуществляется в ходе проведения медицинских осмотров. При этом необходимо определение индивидуальных физических и психических свойств каждого ребенка, что возможно лишь в условиях дифференцированного медико-психолого-педагогического сопровождения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ИНТЕГРАЦИИ в оценке физического и нервно-психического развития

ШКОЛЬНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ



3. Описание метода

Реализация принципов медико-психолого-педагогического сопровождения должна осуществляться в процессе медицинских осмотров, целью которых является комплексная оценка здоровья, которая предполагает не только постановку диагноза, но и оценку отдельных показателей развития и зрелости организма. Особенно важен этот подход в декретированные периоды, когда наиболее часто формируются различные заболевания, поэтому необходим тщательный медицинский контроль за состоянием здоровья детей.

Важно организовать эффективную оценку показателей комплексной оценки состояния здоровья, где адекватную оценку физической подготовленности может дать учитель физической культуры, а сведения об интеллектуальном развитии, характерологических особенностях, социометрии – педагог-психолог.

Эти сведения накапливаются у медицинской сестры, которая дополняет их результатами доврачебного этапа профилактического осмотра.

При проведении медицинских осмотров в 1-м, 5-м и 10-м классах медицинская сестра образовательной организации проводит обследование всех детей с помощью скрининг-тестов. Результаты обследования она заносит в Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000).

В условиях медико-психолого-педагогической интеграции к проведению медицинских осмотров привлекаются преподаватель по физической культуре, педагог, психолог. Они участвуют в оценке физической подготовленности и нервно-психического развития.

Все исследования по определению уровня физической подготовленности проводит преподаватель физической культуры в школе. Результаты тестирования он должен передавать в медицинский кабинет. При оценке результатов необходимо учитывать биологический возраст ребенка. Эту оценку согласно «Комплексной программе физического воспитания учащихся 1–11-х классов», допущенной Министерством образования и науки Российской Федерации (2007), должен проводить преподаватель по физической культуре 2 раза в год (осень, весна).

Тесты для оценки физической подготовленности

1. Бег на 30 м. Забег производится на тщательно отмеренной прямой беговой дорожке с высокого старта. Участвует не менее двух человек. Результат регистрируется по ручному секундомеру с точностью до десятой доли секунды. Разрешается лишь одна попытка.

2. Прыжок в длину с места. Производится на нескользкой поверхности, на которой прикрепляется мерная лента. Испытуемый становится носками к ленте на уровне начала измерения, ступни параллельно, делает сначала мах руками назад, затем резко выносит их вперед и, толкаясь двумя ногами, прыгает как можно дальше. Приземление на обе ноги. Длина прыжка измеряется от черты до ближайшей к ней точки касания пола ногами. Лучший результат двух попыток записывается в сантиметрах. Попытка не засчитывается, если испытуемый коснулся пола другой частью тела, и ему предлагается повторить прыжок.

3. Челночный бег. 3X10 м. Проводится по ровной дорожке длиной 10 м, ограниченной двумя параллельными чертами. За каждой чертой наносятся два полукруга радиусом 50 см с центром, обозначенным на полукруге. На противоположном старту центр полукруга помещаются три кубика, каждый по 5 см³. По команде «марш» из положения высокого старта испытуемый пробегает 10 м,

берет один лежащий кубик, быстро возвращается к стартовой черте и кладет кубик в центр полукруга. Затем бежит обратно, возвращается со вторым, а затем с третьим кубиком и кладет их на обозначенное место. В протокол записывается время в секундах от старта до момента, когда кладется третий кубик. Если кубик бросается, роняется и кладется неаккуратно, назначается повторная попытка.

4. Наклон вперед из положения стоя. Испытуемый наклоняется максимально вперед с выпрямленными в коленных суставах ногами, Гибкость позвоночного столба измеряется по касанию пальцами рук отметки на вертикально установленной линейке (в см). Нулевой конец линейки совпадает с краем возвышения, на котором стоит испытуемый. Результат засчитывается по кончикам пальцев с точностью до 1,0 см. Он записывается со знаком плюс (+), если кончики пальцев оказались за нулевой отметкой, и со знаком минус (-), если пальцы не достали ее.

5. Подтягивание на высокой перекладине (мальчики). В висе на перекладине (руки прямые) выполнить возможно большее число подтягиваний. Подтягивание считается выполненным правильно, когда руки сгибаются, затем полностью разгибаются, подбородок выше перекладины, ноги не сгибаются в коленных суставах, движения выполняются без рывков и махов. Подтягивания, выполненные с неполным сгибанием рук, не засчитываются.

6. Подтягивание на низкой перекладине из виса лежа (девочки). По команде «Упражнение начинай» производят подтягивание до уровня подбородка и опускания на прямые руки. Выполнять плавно, без рывков, не отрывая ног от пола. При выгибании тела, сгибание ног в коленях, попытка не засчитывается. Количество правильных выполнений идет в зачет.

Результаты каждого тестирования педагогом заносятся в «Лист регистрации результатов физической подготовленности» (Приложение 1). В нем указывается результат и уровень физической подготовленности учащихся (высокий, средний, низкий), исходя из сопоставления результатов тестирования с показателями специальной таблицы нормативных оценок (Приложение 2). «Листы регистрации» передаются медицинской сестре образовательной организации для переноса информации в форму № 026/у-2000. Оценка результатов фиксируется также на странице 2 «Листа здоровья» классного журнала в виде символов (N – нормальное развитие, ↓ – снижение показателя, ↑ – повышение показателя), чтобы педагоги и родители имели возможность организации внеклассной работы с учетом этих показателей (табл. 1)

Таблица 1

Лист здоровья

Страница 1

№ п/п	Фамилия, имя ребенка	Группа здоровья	Мед. группа для занятий физкультурой	№ парты, ряд	Противопоказания к освоению профессий	Рекомендации для педагогов

Страница 2

№ п/п	Фамилия, имя ребенка	Сила	Скоростно-силовые качества	Координация	Скоростные качества	Выносливость	Гибкость

При оценке нервно-психического развития (НПР) важна интеграция с психологом, а при его отсутствии – с педагогом. При проведении профилактических осмотров для оценки НПР детей школьного возраста используются следующие показатели:

- интеллектуальное развитие,
- эмоционально-поведенческие реакции,
- характерологические особенности,
- социометрические характеристики,
- невротические расстройства.

Школьные психологи в своей работе могут использовать различные тесты для оценки показателей НПР. Поскольку они часто работают по запросу педагогического коллектива, перечень исследуемых психологических характеристик может изменяться. В условиях межведомственной интеграции важно определить обязательные для исследования показатели НПР, жестко не регламентируя тесты, с помощью которых эти характеристики определяются.

С учетом имеющихся критериев предлагается схема оценки нервно-психического развития учащихся (Приложение 3). Психологическая диагностика проводится в декретированные периоды всем детям. Предложенные методики просты в выполнении, поэтому при отсутствии психолога они могут быть выполнены педагогом. Результаты данной диагностики фиксируются:

1) психологом в «Журнале диагностики» (Приказ Министерства образования № 636 от 22.10.99) (табл. 2)

Таблица 2

Журнал диагностики

Дата, время	Ф.И.О., возраст	От кого поступил запрос	Характер диагностики	Примечания и рекомендации

2) психологом (и) или педагогом (в начальной школе учителем начальных классов, в средней и старшей школе – классным руководителем) в «Листе регистрации результатов психодиагностики» (Приложение 4). Этот лист заполняется на весь класс и передается в медицинский кабинет школы. Врач на основании содержащихся в нем данных дает оценку нервно-психического развития ребенка, которую вносит в соответствующий раздел Медицинской карты ребенка для образовательного учреждения (форма № 026/у-2000).

По результатам диагностики психологом образовательной организации отбираются дети со следующими отклонениями психического здоровья: школьники с несоответствием уровня интеллектуального развития возрастным нормам; высоким уровнем тревожности по одному из показателей (школьной, самооценочной, межличностной, личностной, ситуативной); чрезмерным спокойствием; высоким уровнем невротизации; высокими или низкими значениями экстраверсии; неблагоприятным социальным статусом в коллективе; пограничными

нервно-психическими расстройствами. Этим детям психолог проводит углубленную психодиагностику и назначает развивающие и коррекционные мероприятия (Приложение 5). Результаты углубленной диагностики и коррекционно-развивающая работа фиксируются психологом в «Индивидуальной карте ребенка».

Поскольку 1-й, 5-й и 10-й классы являются декретированными периодами, в которые легко возникают нарушения здоровья, связанные с процессом приспособления к изменяющимся условиям обучения, в эти периоды необходимо наблюдение за адаптацией, которое проводят медицинская сестра и педагог по критериям, приведенным в таблице 3. Эти критерии выделены в результате многолетних исследований структуры нарушений здоровья, возникающих на фоне психоэмоционального стресса. Доказано, что к проявлениям дезадаптации относятся:

1. Появление негативных эмоционально-поведенческих реакций: страха, агрессии, гнева, депрессии, чрезмерной двигательной активности или общей заторможенности, негативизма, ограничения социальных контактов и познавательной деятельности.

2. У школьников при длительном и выраженном стрессе возможно замедление темпов интеллектуального развития.

3. Появление пограничных нервно-психических расстройств:

- гипердинамического синдрома, проявляющегося двигательной расторможенностью, агрессивностью, взрывчатостью;

- синдрома навязчивых движений (сосание пальцев, кусание ногтей, навязчивое покашливание, закручивание волос, щипание ресниц и бровей, различные тики и т. д.);

- фобического синдрома, проявляющегося пугливостью, различными страхами (ночные страхи, страх плохой отметки, учителя, наказания и т. д.);

- астенического синдрома, характеризующегося повышенной утомляемостью, общей слабостью, снижением умственной и физической работоспособности;

- соматовегетативного синдрома в виде нарушения сна, головных болей, кардиалгий, респираторно-аффективных приступов, энуреза, снижения аппетита, болей в животе, срыгивания, рвоты, расстройства стула, энкопреза, субфебрилитета, аллергических сыпей;

- синдрома патохарактерологических реакций (особенно у подростков) – отказ от учебы, уход с уроков, нежелание выполнять требования старших, уход из дома и др.

У детей в зависимости от продолжительности, обилия и выраженности симптоматики невротические реакции могут быть слабо, умеренно и значительно выраженными.

Слабо выраженные невротические реакции диагностируются при наличии жалоб в одной или двух анкетах. Они проявляются чаще легкими астеническими или соматовегетативными расстройствами и не приводят к нарушению социальной адаптации. Умеренно выраженные невротические реакции фиксируются в нескольких анкетах и могут сохраняться до завершения периода адаптации. У этих детей, наряду с выраженной астенизацией, увеличивается частота соматовегетативных расстройств, появляются гипердинамический синдром, патологические привычные действия и различные страхи. В большинстве случаев эти нарушения могут быть скорректированы режимными и педагогическими мероприятиями. Значительно выраженные невротические реакции – это пограничные с неврозом состояния, требующие медицинской коррекции. Они сохраняются в течение всего периода адаптации, отличаются особой длительностью

и выраженностью астенизации, соматовегетативными и гипердинамическими проявлениями.

4. Недостаточная прибавка или потеря массы тела, возможно замедление темпов роста, снижение уровня гемоглобина, связанные с активацией катаболических процессов.

5. У подростков может наблюдаться замедление темпов полового созревания.
6. Учащение острой респираторной заболеваемости.
7. У школьников может снижаться острота зрения и нарушаться осанка.
8. Артериальные гипо- или гипертензивные реакции.

Клинические проявления адаптационного синдрома зависят от возраста ребенка, уровня его физического и интеллектуального развития, состояния здоровья, то есть от степени соответствия его психофункциональных возможностей требованиям и условиям образовательной организации. Дети, имеющие низкие психофункциональные возможности, труднее адаптируются к новым микросоциальным условиям. У них развивается выраженная и длительная эмоционально-стрессовая реакция, которая приводит к неблагоприятному течению адаптации и формированию нарушений здоровья дезадаптационного генеза.

При наблюдении за течением адаптации оценка эмоционально-поведенческих реакций проводится по специальным шкалам, представленным в Приложении 6. Выявление пограничных нервно-психических расстройств проводится по специальной анкете для родителей (Приложение 7).

Медицинская сестра в конце каждой четверти анализирует «Листы адаптации» и выделяет детей, имеющих отклонения по перечисленным критериям. Эти дети в процессе наблюдения консультируются в образовательной организации педиатром и при необходимости психологом. По результатам наблюдения назначаются медико-психолого-педагогические коррекционные мероприятия, данные фиксируются в Медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000).

Наблюдение за течением адаптации проводят в течение одного года, так как большая часть нарушений здоровья в эти возрастные периоды носит дезадаптационный генез. Результаты наблюдения заносятся в «Лист наблюдения за адаптацией» (Приложение 8). Инструкция по его заполнению представлена в Приложении 9.

Критериями завершения адаптации является стойкая стабилизация эмоционально-поведенческих реакций. В конце года педиатр оценивает течение адаптации: благоприятное, условно-благоприятное, неблагоприятное.

При благоприятном течении адаптации допускается появление слабо выраженных невротических реакций и (или) снижение массы тела (в одной четверти).

При условно-благоприятном течении адаптации школьника к обучению допускаются проявления умеренно выраженных невротических реакций (на протяжении двух-трех четвертей, но регрессирующих к концу учебного года) и (или) наличии отдельных функциональных нарушений и (или) недостаточной прибавки массы тела в течение учебного года.

При неблагоприятном течении адаптации школьника к обучению наблюдаются выраженные невротические реакции, учащение острых заболеваний, появление нескольких функциональных расстройств или хронических заболеваний. В заключении в этом случае подчеркивается имеющаяся у ребенка патология.

Педагог-психолог в результате работы с ребенком делает собственное заключение: неуспеваемость или нарушение адаптации в коллективе.

Таблица 3

Медико-педагогические критерии
наблюдения за адаптацией детей школьного возраста

	1-й класс	5-й класс	III степень обучения
Педагог			
Оценка эмоционально- поведенческих реакций	Первая четверть – 1 раз в 2 недели, 2-я, 3-я, 4-я четверти – в конце каждой четверти		
Оценка успеваемости	В конце каждой четверти		
Оценка адаптации в коллективе	В конце 1-й четверти и в конце года		
Медицинская сестра			
Выявление симптомов пограничных нервно-психических расстройств	В конце каждой четверти	1 раз в полугодие (конец 2 и 4 четвертей)	
Динамика массы тела		Конец каждого полугодия (конец 2 и 4 четвертей)	
Контроль гемоглобина	По назначению врача, если вес ребенка снижается или не имеет тенденции к увеличению		
Динамика остроты зрения	В конце каждого полугодия	В конце учебного года	
Выявление нарушений осанки			
Контроль за АД		В конце каждой четверти	
Частота ОРЗ, появление хронических заболеваний и число их обострений	В конце каждой четверти		
Оценка полового развития		В конце года	

В конце учебного года педиатр обобщает результаты скрининг-тестов, проводит обследование ребенка по органам и системам. По результатам осмотра и тестирования он дает заключение по комплексной оценке состояния здоровья, которая включает: группу здоровья, основной клинический диагноз, группы риска, углубленную оценку физического развития, оценку НПР, медицинскую группу для занятий физической культурой. Начиная с 5-го класса, врач выносит в заключение оценку полового развития, ограничение в выборе профессии, с 10-го класса добавляется оценка репродуктивного поведения, предотвращения раннего деторождения. В заключение также выносятся оценка течения адаптации. В случае неблагоприятного течения адаптации указывается конкретная патология: развитие невротической реакции (какой), учащение ОРЗ, появление соматического заболевания или функциональных расстройств (каких).

Уточнение комплексной оценки здоровья и выбор медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка с учетом его индивидуальных свойств, особенностей роста и развития проводится на заседании Совета по здоровью.

Совет по здоровью – организационная форма для разработки единой стратегии сопровождения каждого ребенка в процессе его обучения, основанной на объединении информации от всех членов «школьной команды», характеризующей здоровье ребенка: медицинского персонала (врача и медсестры), учителя, психолога, преподавателя по физической культуре. Название этого органа может изменяться членами «школьной команды» образовательной организации.

Участники Совета по здоровью («школьная команда»): представители администрации (заместитель директора школы по воспитательной работе); врач школы, медицинская сестра, педагоги (учитель начальной школы, классный руководитель), психолог, преподаватель физической культуры.

Совет не только решает проблемы учащихся, которые могут негативно отразиться на состоянии их здоровья, но и определяет возможные пути повышения уровня физического, нервно-психического развития, оптимизации социальной адаптации. Кроме того, Совет несет взаимообучающую функцию. В процессе обсуждения характеристик здоровья каждого ребенка, учитель становится наблюдательнее, более адекватно может оценить имеющиеся школьные трудности ученика и активнее усваивает здоровье сберегающие технологии преподавания.

Психолог учится осуществлять взаимодействие не только с педагогом и врачом, но и способствовать более адекватной интеграции учителей и медиков в укреплении здоровья учащихся.

Врач школы в большей степени ориентируется на предотвращение дидактогенных нарушений здоровья детей и получает более полное представление о возможностях педагогов и психологов в проведении оздоровительных мероприятий.

Принципы межведомственного взаимодействия в процессе Совета по здоровью:

- научно обоснованный подход с учетом зарубежного и отечественного опыта и местных условий;
- межведомственная интеграция с четким распределением обязанностей;
- равноправное сотрудничество всех членов «школьной команды»;
- профессиональная компетентность;
- преемственность, создание единого понятийного аппарата и общей документации;
- паритетное участие в создании условий, способствующих укреплению здоровья;
- взаимозаинтересованность, основанная на общих критериях эффективности;
- четкое представление о мерах ответственности;
- уважение к личности ребенка, соблюдение его интересов;
- конфиденциальность – неразглашение медицинской тайны о болезни ребенка;
- информированное согласие родителей на обсуждение сведений о ребенке с членами «школьной команды».

Совет по здоровью действует на основе приказов Министерства здравоохранения РФ, Министерства образования РФ, Федерального закона «Об образовании», Федерального закона «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Функции Совета по здоровью в школе.

1. Диагностическая:

- комплексная оценка здоровья и индивидуальных особенностей ребенка:

- оценка индивидуальных особенностей развития (уровня физического, нервно-психического развития);
- выявление нарушения здоровья;
- динамический контроль течения адаптации в переломные периоды обучения;
- выявление школьных проблем.

2. Функция сопровождения:

- оздоровительная работа с классным коллективом;
- индивидуальная оздоровительная работа;
- осуществление дифференцированного педагогического подхода, в том числе и на уроках физической культуры, с учетом индивидуальных особенностей;
- индивидуальная и групповая психологическая коррекция;
- медицинская коррекция нарушений здоровья.

3. Организационно-методическая:

- определение приоритетов деятельности администрации школы и проведение организационных мероприятий по укреплению здоровья учащихся;
- координация деятельности МППК с отделениями детской поликлиники и другими ЛПУ (диспансеры, реабилитационные и диагностические центры и т.д.), психолого-педагогическими центрами системы образования и социальной защиты;
- проведение методических совещаний по вопросам укрепления здоровья детей;
- систематизация и внедрение новых оздоровительных медико-психолого-педагогических технологий;
- организация учебы (лекции, семинары, тренинги для членов школьной команды).

4. Информационно-просветительная: просвещение детей, родителей, педагогов по вопросам укрепления здоровья детей.

Заседания Совета по здоровью проводятся в конце учебного года по графику, составленному для каждого класса.

Документы для подготовки и проведения Совета по здоровью:

- Медицинская карта ребенка для образовательного учреждения (форма № 026/у-2000);
- лист регистрации результатов физической подготовленности (Приложение 1);
- журнал диагностики;
- лист регистрации результатов психодиагностики (Приложение 4);
- лист наблюдения за адаптацией (Приложение 8);
- протокол заседания Совета по здоровью.

Комплексная оценка здоровья может уточняться на заседании Совета с учетом результатов углубленной психологической диагностики и информации от учителей.

Основной докладчик на Совете по здоровью – врач-педиатр образовательной организации. Он докладывает информацию об уровне физического развития и физической подготовленности; особенностях нервно-психического развития.

На заседании Совета дается интегральное заключение по течению адаптации (без формулирования диагноза). Она формируется с учетом не только динамики показателей здоровья, но и адаптации ребенка к основным школьным факторам: учебным нагрузкам (по оценке успеваемости) и коллективу сверстников (по социометрическому опросу). Психолого-педагогическая оценка может углубляться по результатам психолого-педагогической диагностики, проводимой при возникновении школьных проблем, описанных выше. Интегральная медико-психолого-

педагогическая оценка течения адаптации ребенка к обучению состоит из двух показателей: состояние здоровья (З) и течение адаптации (А) к учебе и коллективу:

Знак З (+) выставляется при отсутствии негативной динамики в состоянии здоровья в период адаптации, а знак З (-) при ее наличии.

Знак А (+) выставляется детям с благоприятным социометрическим статусом и хорошей успеваемостью.

Знак А (\pm) выставляется, если ребенок не принят или изолирован в коллективе или имеет низкую (удовлетворительную и неудовлетворительную) успеваемость.

Знак А (-) выставляется при неблагоприятном социометрическом статусе (не принятый или изолированный в коллективе) и низкой успеваемости.

Далее врачом дается информация об ограничениях, связанных с отклонениями здоровья. Информация докладывается им из Медицинской карты ребенка для образовательного учреждения (формы 026/у-2000). В качестве содокладчиков могут выступать психолог, преподаватель физической культуры, классный руководитель. По итогам заседания заполняется «Лист здоровья» в классном журнале. Медицинская сестра во время проведения консилиума ведет протокол заседания.

В ходе проведения Совета по здоровью вырабатываются совместные рекомендации по сопровождению ребенка в образовательном учреждении. Для этого разработаны 6 модулей стандартных рекомендаций с учетом физической подготовленности (Приложение 10). Модуль ФВ № 1 содержит рекомендации для ребенка, родителей, учителя, классного руководителя при снижении скоростных качеств; ФВ № 2 – выносливости; ФВ № 3 – ловкости; ФВ № 4 – мышечной силы; ФВ № 5 – гибкости; ФВ № 6 – равновесия.

С учетом течения адаптации (Приложения 11, 12) предлагаются 6 вариантов стандартных рекомендаций по дальнейшему обучению ребенка и его сопровождению в учебном процессе.

С учетом нервно-психического развития (Приложение 13) разработаны 10 модулей рекомендаций: ПЗ № 1 – при низком уровне интеллекта, ПЗ № 2 – при чрезмерном спокойствии, ПЗ № 3 – при высоком уровне невротизации, ПЗ № 4 – при высоком уровне экстраверсии, ПЗ № 6 – при высоком уровне интроверсии, ПЗ № 7 – при неблагоприятном социальном статусе, ПЗ № 8 – для организации взаимодействия с родителями, ПЗ № 9 – для работы с учителем, ПЗ № 10 – для развития моторики.

Кроме того, на заседании Совета по здоровью вырабатываются рекомендации с учетом медицинской группы для занятий физической культурой, по переводу в образовательные организации общего, коррекционного типов, с повышенным уровнем образования, озвучиваются ограничения в выборе профессии. Психолог выносит на согласование индивидуальную психологическую коррекцию, которую планирует с учетом уровня нервно-психического развития. В ходе заседания Совета могут уточняться стрессогенные факторы педагогического процесса и определяться мероприятия, уменьшающие вызванный ими стресс. В ходе заседания возможно также дополнительное согласование взаимодействия психолога и учителя в отношении детей, имеющих трудности обучения.

4. Показания и противопоказания к использованию алгоритма

Данный алгоритм предназначен для федеральных и региональных органов здравоохранения и образования, специалистов в области охраны здоровья детей, педагогов, психологов и врачей-педиатров образовательных организаций.

Противопоказаний нет.

Протокол заседания Совета по здоровью

Фамилия И.О. _____ класс _____

Группа здоровья	I	II	III	IV	V
Физическая подготовленность	Норма	Снижение силы	Снижение скоростных качеств		
	Снижение скоростно-силовых качеств		Снижение координации		
	Снижение выносливости		Снижение гибкости		
Нервно-психическое развитие	Интеллектуальный уровень	Снижен	Норма	Высокая норма	
	Эмоциональная сфера		Адекватные реакции	Неадекватные реакции	
	Социальная сфера		Позитивный социальный статус	Негативный социальный статус	
Течение адаптации	A+ 3+		A± 3+		A- 3+
	A+ 3-		A± 3-		A- 3-
Рекомендации					
С учетом физической подготовленности	ФВ № 1		ФВ № 2		ФВ № 3
	ФВ № 4		ФВ № 5		ФВ № 6
Группа по физкультуре	Основная		Подготовительная		Специальная
С учетом нервно-психического развития	ПЗ № 1		ПЗ №2		ПЗ №3
	ПЗ №4		ПЗ №5		ПЗ №6
	ПЗ №7		ПЗ №8		ПЗ №9
	ПЗ №10				
С учетом течения адаптации	A+ 3+		A± 3+		A- 3+
	A+ 3-		A± 3-		A- 3-
Ограничения в выборе профессии					
Рекомендации по переводу в образовательные организации общего, коррекционного типов, с повышенным уровнем образования (подчеркнуть)					

5. Материально-техническое обеспечение алгоритма

В технологии медико-психолого-педагогического сопровождения детей клиническая (медицинская) диагностика идет преимущественно по пути нозологического или синдромологического анализа.

Педагогическая диагностика – это диагностика обученности, обучаемости и воспитуемости, педагогические аспекты социализации, адаптации, интеграции в социум.

Психологическая диагностика – это преимущественно диагностика состояния эмоциональной сферы и диагностика индивидуальной психической организации. Методологическое обеспечение психологической диагностики базируется на возрастных особенностях психического развития детей.

При разработке рекомендаций по результатам диагностики каждый специалист ориентируется на те аспекты сопровождения ребенка (лечения, обучения, воспитания, психологической и социальной помощи и поддержки), которые отражают соответствующее направление его профессиональной деятельности.

Коррекционная работа должна строиться с учетом разделения функций.

Психологическая и педагогическая коррекция возможна лишь при условии отсутствия вызванных социо- и психогенными факторами выраженных психических, вегетативных и соматических расстройств, способных угрожать здоровью и жизни ребенка. Не допускается применение глубоких методов психического воздействия на функции организма (гипноз, трансперсональный и другие методы психо- и фармакотерапевтического воздействия). При этом педагог тренирует навыки и умения (учебные, поведенческие, социальные), регламентированные возрастом. Психолог занимается психогигиеной и психокоррекцией поведения, тренингом отдельных качеств личности, успешного ролевого поведения, эффективного использования личностных ресурсов. Коррекция проводится не только с ребенком, но и с членами его семьи.

Врачебная коррекция проводится только врачом. Допускает использование любых разрешенных методов в рамках юридических и морально-этических норм.

6. Список нормативных и методических документов

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям».
5. 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»[#].
6. Приказ Министерства образования РФ от 22 октября 1999 г. № 636 «Об утверждении Положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации».
7. Приказ Министерства образования РФ, Министерства здравоохранения РФ, Государственного комитета Российской Федерации по физической культуре и спорту, Российской академии образования № 2715/227/166/19 «О совершенствовании процесса физического воспитания в образовательных учреждениях Российской Федерации» от 16.07.2002.

[#] См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Координационные Челночный бег 3x 10 м, с	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	11,2 и выше 10,4 10,2 9,9 9,7 и выше 9,3 9,3 9,0 8,6 8,2 и ниже 8,1	10,8 – 10,3 10,0 – 9,5 9,9 – 9,3 9,5 – 9,0 9,3 – 8,8 9,0 – 8,6 9,0 – 8,6 8,7 – 8,3 8,4 – 8,0 8,0 – 7,6 7,9 – 7,5	9,9 и ниже 9,1 8,8 8,6 8,5 и ниже 8,3 8,3 8,0 7,7 7,3 и выше 7,2	11,7 и выше 11,2 10,8 10,4 10,1 и выше 10,0 10,0 9,9 9,7 9,7 и ниже 9,6	11,3 – 10,6 10,7 – 10,1 10,3 – 9,7 10,0 – 9,5 9,7 – 9,3 9,6 – 9,1 9,5 – 9,0 9,4 – 9,0 9,3 – 8,8 9,3 – 8,7 9,3 – 8,7	10,2 и ниже 9,7 9,3 9,1 8,9 и ниже 8,8 8,7 8,6 8,5 8,4 и выше 8,4
3	Скоростно-силовые Прыжки в длину с места, см	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	100 и ниже 110 120 130 140 и ниже 145 150 160 175 180 и ниже 190	115 – 135 125 – 145 130 – 150 140 – 160 160 – 180 165 – 180 170 – 190 180 – 195 190 – 205 195 – 210 205 – 220	155 и выше 165 175 185 195 и выше 200 205 210 220 230 и выше 240	85 и ниже 90 110 120 130 и ниже 135 140 145 155 160 и ниже 160	110 – 130 125 – 140 135 – 150 140 – 150 150 – 175 155 – 175 160 – 180 160 – 180 165 – 185 170 – 190 170 – 190	150 и выше 155 160 170 185 и выше 190 200 200 205 210 и выше 210
4	Выносливость 6 минутный бег, м.	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	700 и менее 750 800 850 900 и ниже 950 1000 1050 1100 и ниже 1100	750 – 900 800 – 950 850 – 1000 900 – 1050 1000 – 1100 1100 – 1200 1150 – 1250 1200 – 1300 1250 – 1350 1300 – 1400 1300 – 1400	1100 и выше 1150 1200 1250 1300 и выше 1350 1400 1450 1500 1500 и выше 1500	500 и менее 550 600 650 700 и ниже 750 800 850 900 и ниже 900	600 – 800 650 – 850 700 – 900 750 – 950 850 – 1000 900 – 1050 950 – 1100 1000 – 1150 1050 – 1200 1050 – 1200 1050 – 1200	900 и выше 950 1000 1050 1100 и выше 1150 1200 1250 1300 1300 и выше 1300

1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	Гибкость Наклон вперед из положения сидя, см	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	1 и ниже 1 1 2 2 и ниже 2 2 3 4 5 и ниже 5	3-5 3-5 3-5 4-6 6-8 6-8 5-7 7-9 8-10 9-12 9-12	+9 выше +7,5 +7,5 +8,5 10 и выше 10 9 11 12 15 и выше 15	2 и ниже 2 2 3 4 и ниже 5 6 7 7 7 и ниже 7	6-9 5-8 6-9 7-10 8-10 9-11 10-12 12-14 12-14 12-14 12-14 20 и выше 20	12,5 и выше 11,5 13,0 14,0 15 и выше 16 18 20 20 20 и выше 20
6	Силовые Подтягивание на высокой перекла- дине из виса, коли- чество раз (М). На низкой перекла- дине из виса, лежа, количество раз, (Д)	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17	1 1 1 1 1 1 1 2 3 4 и ниже 5	2-3 2-3 3-4 3-4 4-5 4-6 5-6 6-7 7-8 8-9 9-10	4 и выше 4 5 5 6 и выше 7 8 9 10 11 и выше 12	2 и ниже 3 3 4 4 и ниже 4 5 5 5 6 и ниже 6	4-8 6-10 7-11 8-13 10-14 11-15 12-15 13-15 12-13 13-15 13-15	12 и выше 14 16 18 19 и выше 20 19 17 17 18 и выше 18

Приложение 3

Объем и сроки психологической диагностики детей школьного возраста

Критерий оценки психического здоровья	Возраст Класс	Показатели	Уровни оценки	Время проведения оценки	Форма проведения	Ответственный	Методика диагностики
1	2	3	4	5	6	7	8
Интеллектуальная сфера (IQ)	1-4	Общая осведомленность Общая понятливость Аналогии Математические способности Кратковременная память	Норма Отклонение от нормы	20/10	индивидуальная	психолог	1, 2, 3, 4, 6 субтесты теста Векслера или групповая методика «Словесно-логическое мышление» – тест Замбьявичаниуса – 10/5 мин.
	5-6	Общая осведомленность Общая понятливость Абстрактно-логическое мышление	Норма Отклонение от нормы	15/5	индивидуальная	психолог	Субтесты теста Векслера (1, 2, 4) или групповая методика «Групповой интеллектуальный тест» – 25/15 мин.
	7-8	Общая осведомленность Общая понятливость Абстрактно-логическое мышление	Норма Отклонение от нормы	15/5	индивидуальная	психолог	Субтесты теста Векслера (1, 2, 4) или групповая методика «Тест интеллектуального
	9-10	Общая осведомленность Общая понятливость Абстрактно-логическое мышление	Норма Отклонение от нормы	20/10	индивидуальная	психолог	Субтесты теста Векслера (1, 2, 4) или групповая методика «Школьный тест умственного развития» – 40/20 мин.

1	2	3	4	5	6	7	8
	11	Общая осведомленность Общая понятливость Абстрактно-логическое мышление	Норма Отклонение от нормы	15/10	групповая	психолог	Субтесты теста Векслера (1, 2, 4) или групповая методика «Краткий отборочный тест» – 15/10 мин.
Эмоциональная сфера*	1–11	Эмоционально-поведенческие реакции	нормальный отклонение от нормы	5	индивидуальная	педагог	Шкала эмоционально-поведенческих реакций
Характерологические особенности	1–7	Факторы А, В, С, Д, Н, Q, Q4	низкий средний высокий	15/15	групповая	педагог/ психолог	Детский личностный опросник Кеттелла
	8–11	Факторы А, С, Н, Q, Q4	низкий средний высокий	15/15	групповая	педагог/ психолог	Подростковый личностный опросник Кеттелла
Социальная сфера**	1–11	Социальный статус в коллективе	лидер приницаемый непринятый изолированный	15/15	групповая	педагог/ психолог	Социометрия

* Для характеристики эмоциональной сферы у учащихся 2–4-х, 6-х, 8–10-х классов возможно использование шкал тревожности Кондаша, которые позволяют оценить уровни школьной, самооценочной, межличностной, межличностной тревоги. Методика носит групповой характер, непосредственно провести ее может педагог с последующей интерпретацией полученных данных психологом. Хронометраж затрат на проведение и оценку – 15/10 минут. Возможные варианты оценки уровня тревожности: нормальный, несколько повышенный, высокий, очень высокий, чрезмерное спокойствие.

Уровень личностной и ситуативной тревожности учащихся 11-х классов оценивают по тесту Спилбергера, на проведение которого групповым методом с участием педагога требуется 10 минут, с последующей интерпретацией полученных данных психологом – 5 мин. Возможные варианты заключений – «уровни личностной и ситуативной тревожности ниже нормы, норма, выше нормы».

Для более полной оценки психического здоровья детей предлагается использовать понятие «эмоционально-личностная сфера». Уровень гармоничности личности (высокий, средний, низкий) учащихся 1-го класса отражают проективные групповые методики «Дерево», «Несуществующее животное», проводимые психологом в течение 15/15 минут. В 5-х, 7-х, 9-х, 10-х, 11-х классах более значимы показатели экстрасервиса и нейротизма – «Личностный опросник» EPQ Т.Ю. Айзенка – групповая методика, для проведения которой можно привлечь педагога, при этом затрачивается около 20 мин с последующей интерпретацией полученных данных в течение 15 мин.

** У детей младшего школьного возраста особенно показательны проективные методики, например, «Моя школа», проводимая педагогом/ психологом в течение 5/5 минут, групповым методом. Варианты оценок комфортности в школе – «Благоприятный психологический климат», «неблагоприятный психологический климат». Для определения социального статуса учащихся 2–8-х классов может применяться методика И. Моткова, которая также проводится групповым методом педагогом/психологом в течение 20/10 минут. Возможные варианты оценок: лидер, предпочитаемый, принимаемый, изолированный, отвергаемый.

Приложение 4

Лист регистрации результатов психодиагностики*

Класс _____ Школа _____

Ф.И.О.	Дата	Интеллектуальный уровень			Характер		Эмоциональная сфера		Социальная сфера	
		Снижен	Норма	Высокая норма	Гармоничный	Негармоничный	Адекватные реакции	Неадекватные реакции	Позитивный социальный статус	Негативный социальный статус
1			+			+			+	
2										
...										
n										

* При заполнении листа регистрации результатов психодиагностики для каждого ребенка выбирается оценка перечисленных критериев, которая отмечается в соответствующей графе знаком «+»

Объем и сроки углубленной диагностики отклонений психического здоровья школьников и направления медико-психолого-педагогического сопровождения

Показатель	Методика диагностики	Форма проведения	Возраст, лет	Направления психолого-педагогического сопровождения по результатам диагностики					
				педагог		психолог		родители	
				цель	формы	цель	формы	цель	формы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Низкий уровень интеллекта	методика Векслера методика Кеттелла на определение IQ «Тест, свободный от влияния культуры»	индивидуально	6–17 14–17	Обеспечить уровень учебно-воспитательного процесса, соответствующий интеллектуально-педагогическим возможностям	Класс вырави вания; Специобразовании; Обучение на дому; Индивидуальные программы	Определить уровень и причину снижения IQ При IQ < 70 – направление на медико-психолого-педагогическую комиссию	Коррекция сниженных психических функций; направление в центры социально-психологической помощи. Просвещение и консультирование родителей	Общая с педагогом и психологом тактика помощи ребенку в процессе обучения	Домашние задания Дополнительные занятия
Высокий уровень тревожности	Самооценка Дембо-Рубинштейна вместе с оценкой типа семейного воспитания (АСВ)	групповая	6–17	Обеспечить состояние эмоционального комфорта и безопасности в ходе воспитательно-образовательного процесса	Давать задания, с которыми явно справиться, расширить систему поощрений даже за минимальные достижения, временно ограничить от ситуаций соревнования, проверки, эстафеты	Расширить зону эмоционального комфорта, обучить саморегуляции, конструктивности. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорректировать неблагоприятные родительско-детские отношения	Семейное консультирование Просвещение и консультирование родителей	Выработка оптимального варианта родительско-детских взаимоотношений, уменьшение или отказ от оценочных суждений	Максимально близкие, теплые, доброжелательные отношения, основными средствами воспитания являются внимание и поощрение

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Через мерное спокойствие	Проективная методика «Дерево» или «Кактус» вместе с оценкой типа семейного воспитания (АСВ)	групповая	6–17	Формирование адекватной самооценки и оценки ситуации	Индивидуальные формы педагоги ческого подхода, внеклассной работы	Гармонизация личности. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорректировать неблагоприятные типы родительско-детских отношений	Тренинг нового ролевого поведения, тренинг мало собственных качеств, помощь в осознании проблем	Проведение и консультирование родителей	
Высокий уровень невротизации	Тест Шмишека или тест УНП (уровень невротизации и психопатологии)	групповая	12–17	Обеспечить в ходе воспитательно-образовательного процесса состояние эмоциональной стабильности	Индивидуальные формы педагоги, внепредотвращение провоцирующих ситуаций (насмешки, агрессия и т. д.)	Тренинг личностного роста ребенка. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорректировать неблагоприятные типы родительско-детских отношений	Тренинг сдержанности акцентированных качеств	Проведение и консультирование родителей	Положительная оценка и поощрение успехов; сочувствие, сопереживание; поддержка нравственных действий и стремлений
Высокий уровень экстремизма (более 15)	Проективная методика «Дерево» Минесотский многопрофильный личностный опросник	групповая групповая	6–17 14–17	Обеспечить возможность лидировать только в позитивном поведении	Сдерживающий стиль педагогики, разнообразие поручений, включение в деятельность в роли лидера над младшими	Гармонизация личности. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорректировать неблагоприятные типы родительско-детских отношений	Тренинг неустойчивости, мышления, деликатности, скромности, коллективизма	Проведение и консультирование родителей о сильных и слабых сторонах личности	Основными средствами воспитания являются последовательность и твердость

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Высокий уровень интроверсии (менее 7)	Проективная методика «Дерево» Минесотский многопрофильный личностный опросник	групповая групповая	6–17 14–17	Обеспечить достаточную познавательную нагрузку, формы работы с расширенным временным регламентом	Предпочтение письменным вариантам контроля знаний	Гармонизация личности. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорректировать неблагоприятные родительско-детские отношения	Тренинг уверенности, решительности, спонтанности	Просвещение и консультирование родителей о сильных и слабых сторонах личности	Выборка с ребенком тактики обсуждения плана предстоящих действий, событий
Неблагоприятный социальный статус	Проективная методика «Дерево» Факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла	групповая	6–17 14–17	Предоставить возможность играть позитивные социальные роли	Работа в парах с добровольными партнерами, с учителем, предоставлять «выгодные» социальные роли	Ознакомить ребенка с основными законами группового взаимодействия. Выявить тип семейного воспитания АСВ и скорректировать неблагоприятные родительско-детские отношения	Тренинг коммуникативности, «нравственное закаливание» (упражнение в разных видах социального ролевого поведения)	Информированность о социальном окружении ребенка и его ролях в нем	Освоение новых социальных ролей при поддержке родителей (поход с родителями и одноклассниками, выход в театр, гости)

Выявление пограничных нервно-психических расстройств (три и более положительных ответа на II часть анкеты). Программа углубленной диагностики и направлений коррекционно-развивающей работы определяется индивидуально в зависимости от спектра выявленных проблем

Шкала для оценки
эмоционально-поведенческих реакций учащихся

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИИ		БАЛЛ
I. Пониженное настроение (депрессия)		
1	Поведение без признаков депрессии	+ 10
2	Эпизодические проявления сниженного настроения	+7
3	Легкая депрессия, из которой ребенок выходит в случае интересных занятий, игр	+2
4	Депрессия умеренная: задумчив, вял, рассеян, вовлекается в процесс с трудом	-3
5	Депрессия отчетливо выражена	-6
6	Выраженная «активная» депрессия: негативное отношение к школе	-8
7	Полное нежелание идти в школу. Идет со слезами, в сопровождении родителей	-10
II. Социальные контакты		
1	Легко, уверенно входит в контакт	+10
2	Активно ищет и устанавливает социальные контакты с незнакомыми сверстниками	+8
3	Инициативы в установлении контактов не проявляет, но при случае выражает готовность «сотрудничать» со сверстниками	+4
4	Избирателен в общении из-за робости, малоинициативен	-9
5	Активно не поддерживает социальных контактов	-5
6	Замкнут, недоверчив, находится в добровольной изоляции	-9
III. Познавательная деятельность		
1	Активно, с интересом участвует в занятиях. Старателен, старается все делать лучше, чем другие	+10
2	Без принуждения участвует в занятиях, во всем пытается разобраться сам	+8
3	Проявляет избирательный интерес к определенным видам занятий и остается безучастным к другим	+2
4	Учится без видимого желания, формально, принуждая себя	-7
5	К учебе не проявляет интереса, тяготится ею	-10
IV. Дисциплина		
1	С особой тщательностью и усердием выполняет все требования, нередко старается превосходить их	+10
2	Выполняет почти все требования родителей. Усидчив, старателен, мало отвлекается	+8
3	Пытается идти в ногу с классом, но это не всегда удается, ввиду несобранности и отвлекаемости	+2
4	Требования учителя выполняет неохотно, формально	-3
5	На уроках отвлекается, часто занят посторонним делом или «отсутствует»	-5
6	Игнорирует требования учителя, а иногда поступает вопреки им	-9
V. Реакция агрессии, гнева		
1	Гнев проявляется редко и в адекватной ситуации	+9
2	Гнев практически отсутствует в силу характерологических особенностей – умения все решать мирным путем, не унижая своего достоинства	+8
3	Гнев отсутствует в связи со сниженным настроением от пребывания в школе, но ребенок еще может защитить себя	-3
4	Гнев отсутствует совершенно, ребенок не может постоять за себя, а иногда убегает от обидчика	-9

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИИ		БАЛЛ
5	Не всегда мотивированные проявления агрессии в отношении сверстника	-4
6	Отчетливые и частые проявления агрессии в отношении сверстников и даже учителя	-8
7	Агрессия иногда достигает силы аффекта. Школьник озлоблен, дерзит, вступает в пререкания с персоналом школы или учителем. В знак протеста хулиганит, паясничает, может уйти из школы	-10
VI. СТРАХ		
1	Страх отсутствует	+10
2	Эпизодически робок, застенчив и стеснителен	+5
3	Ребенок явно робок и застенчив, легко теряется при попытке выяснить какой-либо вопрос	-3
4	Указанные черты выражены	-6
5	В случае выраженной тревоги и неуверенности ученик ищет защиты у учителя или более зрелых сверстников. В некоторых случаях предпочитает остаться дома	-9
VII. ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ		
1	Заводила в играх, выдумывает новые варианты игр	+9
2	Эпизодически может принимать участие в играх по собственной инициативе	+6
3	Присматривается к игре с любопытством	+3
4	Интереса к играм не проявляет, но при активном побуждении может кратковременно и без особого желания участвовать в некоторых играх	-2
5	К играм не проявляет никакого интереса. Попытки привлечь к игре не приводят к успеху	-7
VIII. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ В ПЕРЕМЕНУ		
1	Двигательная активность очень высокая и проявляется в шумных развлечениях, шалостях	+8
2	Подвижен, оживлен, бегает по коридору, скачет и прочее	+6
3	Двигательная активность низкая	+1
4	Не может найти себе подходящего места и занятия. Двигательная активность крайне низкая	-8
IX. ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ		
1	Жалоб не предъявляет, после занятий чувствует себя бодрым и свежим	+10
2	Активно не жалуется, но в беседе можно выявить чувство "рабочей" усталости после занятий	+7
3	Жалуется на недомогание, головную боль, дисфункцию желудочно-кишечного тракта и т.д. при отсутствии в анамнезе соответствующих заболеваний	-3
4	Усиление жалоб, имеющих в основе функциональную или органическую патологию	-6
5	Жалобы принимают характер устойчивой симуляции	-8
6	Появление или усиление вредных привычек или невротических расстройств	-10

Выявление пограничных нервно-психических расстройств у детей

АНКЕТА

Уважаемые родители! Для более полного суждения о состоянии здоровья вашего ребенка вам необходимо знать, не появились ли у него перечисленные жалобы. Если да, просим указать какие, сроки их появления, а также длительность жалоб. Если эти жалобы были раньше, просим указать, с какого времени они появились и после чего.

I часть

1. Нарушения сна: более длительный период засыпания, поверхностный беспокойный сон, разговаривает во сне, вскрикивает во сне.
2. Нарушение аппетита: отказ от пищи, снижение аппетита.
3. Головные боли (указать время суток).
4. Боли в области сердца.
5. Боли в животе.
6. Повышенная потливость.
7. Недержание мочи и кала.

II часть

1. Заметная двигательная расторможенность, неусидчивость, неспособность сидеть спокойно даже при чтении, просмотре телевизионных передач.
2. Стал менее внимательным, неспособным длительно концентрировать внимание.
3. Беспричинная раздражительность, грубость, стремление ударить.
4. Беспричинные колебания настроения (снижение настроения, повышенная плаксивость, вялость, другие).
5. Страхи (нового, темноты, одиночества, страх животных, ночные страхи, страх перед школой: боязнь учителя, получить плохую оценку, отвечать), тревога за своё здоровье.
6. Повторяющиеся навязчивые движения: мигание, наморщивание лба, носа, движение головой в сторону, облизывание губ, хмыканье, покашливание, сосание пальца, кусание ногтей, подергивание волос, онанизм.
7. Стремление к непослушанию, грубости (особенно в ответ на замечания), стремление сделать назло.
8. Отказ разговаривать, «уходит» в себя в ответ на замечания, отказ выполнять требования.
9. Чувство отчаяния, отказ от обычных желаний.
10. Уныние, подавленность, скука, стремление к уединению, уходы из дома, бродяжничество.
11. Другие жалобы.

Приложение 8

Лист наблюдения за адаптацией первоклассников к школе

Ф.И.О. ребенка _____ Школа _____ Класс _____

Эмоционально-поведенческие реакции (заполняет педагог)

Успеваемость (Педагогические рекомендации заполняет педагог) по облегчению адаптации

Уч. четверть	Неделя	Дата регистрации	Снижение настроения	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Двигательная активность	Сумма
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	18									
	29									
	40									

Учебная четверть	Средний балл		
	Чтен.	Письмо	Мат.
1			
2			
3			
4			
За год			

Адаптация в коллективе (социометрический статус) – по заключению психолога:
лидер, принятый, непринятый, изолированный.

Во время контроля за адаптацией лист находится у педагога, по завершении адаптации вклеивается в медицинскую карту.

Лист наблюдения за адаптацией первоклассников к школе

Ф.И.О. ребенка _____ Школа _____ Класс _____

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)	Учебная четверть				Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Медико-педагогическая оценка течения адаптации (подчеркнуть)
	1	2	3	4		
Нарушения сна						<p>Заключение педиатра: Благоприятное Условно-благоприятное Неблагоприятное: а) с развитием невротической реакции (какой): б) с учащением ОРЗ; в) с появлением соматического заболевания или функциональных расстройств (каких). Заключение педагога-психолога: а) неуспеваемость; б) нарушение адаптации в коллективе. Интегральная оценка: А + 3 + А ± 3 – А + 3 – А ± 3 + А – 3 – А – 3 + Рекомендации по наблюдению за ребенком во втором классе:</p>
Нарушения аппетита						
Головные боли						
Боли в сердце						
Боли в животе						
Энурез, энкопрез						
Раздражительность						
Плаксивость						
Утомляемость (повышенная)						
Истощаемость внимания						
Страхи (ночные, темноты и др.)						
Навязчивые движения						
Двигательная расторможенность						
Вредные привычки						
Число перенесенных заболеваний						
Снижение остроты зрения	-					
Нарушение осанки	-					
Масса тела						
Контроль НВ по показаниям						
АД		-				
Прочие изменения здоровья						

Появление признака обозначается знаком «+» Врач _____ Педагог _____

Лист наблюдения за адаптацией школьников при переходе к предметному обучению

Ф.И.О. ребенка _____ Школа _____ Класс _____

Эмоционально-поведенческие реакции (заполняет педагог)

Уч. четверть	Неделя	Дата регистрации	Снижение настроения	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Двигательная активность	Сумма
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	18									
	29									
	40									

Успеваемость (Педагогические рекомендации заполняет педагог) по облегчению адаптации

Учебная четверть	Средний балл по основным предметам	
	Гуманитарные	Естественные
1		
2		
3		
4		
За год		

Адаптация в коллективе (социометрический статус) – по заключению психолога:

лидер, принятый, непринятый, изолированный.

Во время контроля за адаптацией лист находится у педагога, при завершении наблюдения вклеивается в медицинскую карту.

Лист наблюдения за адаптацией школьников при переходе к предметному обучению

Ф.И.О. ребенка _____ Школа _____ Класс _____

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)	Учебная четверть				Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Медико-педагогическая оценка течения адаптации (подчеркнуть)
	1	2	3	4		
Нарушения сна	-	-	-	-		<p><i>Заключение педиатра:</i> Благоприятное Условно-благоприятное Неблагоприятное: а) с развитием невротической реакции (какой); б) с участием ОРЗ; в) с появлением соматического заболевания или функциональных расстройств (каких). <i>Заключение педагога-психолога:</i> а) успеваемость; б) нарушение адаптации в коллективе. <i>Интегральная оценка:</i> А + 3 + А ± 3 – А + 3 – А ± 3 + А – 3 – А – 3 + Рекомендации по наблюдению за ребенком во втором классе:</p>
Нарушения аппетита	-	-	-	-		
Головные боли	-	-	-	-		
Боли в сердце	-	-	-	-		
Боли в животе	-	-	-	-		
Энурез, энкопроз	-	-	-	-		
Раздражительность	-	-	-	-		
Плаксивость	-	-	-	-		
Утомляемость (повышенная)	-	-	-	-		
Истощаемость внимания	-	-	-	-		
Страхи (ночные, темноты и др.)	-	-	-	-		
Навязчивые движения	-	-	-	-		
Двигательная расторможенность	-	-	-	-		
Вредные привычки	-	-	-	-		
Число перенесенных заболеваний	-	-	-	-		
Снижение остроты зрения	-	-	-	-		
Нарушение осанки	-	-	-	-		
Масса тела	-	-	-	-		
Контроль Нв по показаниям						
АД						
Отклонения полового развития	-	-	-	-		
Прочие изменения здоровья						

Появление признака обозначается знаком «+» Врач _____ Педагог _____

Лист наблюдения за адаптацией школьников при переходе на iii ступень обучения
 Ф.И.О. ребенка _____ Школа _____ Класс _____

Эмоционально-поведенческие реакции (заполняет педагог)

Уч. четверть	Неделя	Дата регистрации	Снижение настроения	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Двигательная активность	Сумма
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	18									
	29									
	40									

Успеваемость (Педагогические рекомендации заполняет педагог) по облегчению адаптации

Учебная четверть	Средний балл по основным предметам	
	Гуманитарные	Естественные
1		
2		
3		
4		
За год		

Адаптация в коллективе (социометрический статус) – по заключению психолога:

лидер, принятый, непринятый, изолированный.

Во время контроля за адаптацией лист находится у педагога, при завершении наблюдения вклеивается в медицинскую карту.

Ф.И.О. ребенка _____ Школа _____ Класс _____
 Лист наблюдения за адаптацией школьников при переходе на III ступень обучения

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)	Учебная четверть				Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Медико-педагогическая оценка течения адаптации (подчеркнуть)
	1	2	3	4		
Нарушения сна	-	-	-	-		<p><i>Заключение педиатра:</i> Благоприятное Условно-благоприятное Неблагоприятное: а) с развитием невротической реакции (какой); б) с учащением ОРЗ; в) с появлением соматического заболевания или функциональных расстройств (каких). <i>Заключение педагога-психолога:</i> а) неуспеваемость; б) нарушение адаптации в коллективе. <i>Интервальная оценка:</i> А + 3 + А ± 3 - А + 3 - А ± 3 + А - 3 - А - 3 + Рекомендации по наблюдению за ребенком во втором классе:</p>
Нарушения аппетита	-	-	-	-		
Головные боли	-	-	-	-		
Боли в сердце	-	-	-	-		
Боли в животе	-	-	-	-		
Энурез, энкопроз	-	-	-	-		
Раздражительность	-	-	-	-		
Плаксивость	-	-	-	-		
Утомляемость (повышенная)	-	-	-	-		
Истощаемость внимания	-	-	-	-		
Страхи (ночные, темноты и др.)	-	-	-	-		
Навязчивые движения	-	-	-	-		
Двигательная расторможенность	-	-	-	-		
Вредные привычки	-	-	-	-		
Число перенесенных заболеваний						
Снижение остроты зрения	-	-	-	-		
Нарушение осанки	-	-	-	-		
Масса тела	-	-	-	-		
Контроль Нв по показаниям						
АД						
Отклонения полового развития	-	-	-	-		
Прочие изменения здоровья						

Появление признака обозначается знаком «+» Врач _____ Педагог _____

Приложение 9**Инструкция по заполнению листа наблюдения за адаптацией учащихся**

Лист наблюдения за адаптацией состоит из двух частей: первая страница заполняется и хранится в течение года наблюдения педагогами и в конце учебного года передается врачу; вторая страница – медицинскими работниками.

В верхней части «Листа наблюдения...» заполняется паспортная часть. Первая страница имеет три раздела: «Эмоционально-поведенческие реакции», «Успеваемость», «Педагогические рекомендации по облегчению адаптации».

Эмоционально-поведенческие реакции оцениваются педагогом по специальным шкалам для оценки эмоционального профиля учащихся при адаптации к школе (Приложение 7). Эта оценка проводится в I четверти 1 раз в неделю, а во II и III четвертях – в конце каждой четверти. Педагог оценивает каждый из 9 основных показателей поведения ребенка: сниженное настроение, социальные контакты, познавательная деятельность, дисциплина, агрессия, страх, игровая деятельность, двигательная активность в перемену, общее самочувствие и проставляет результат в баллах соответственно в горизонтальной строке. Оценка в баллах проводится со знаком плюс (+) или минус (-). Знак (-) свидетельствует о неблагоприятном изменении эмоционального состояния ребёнка. Суммируя все оценки со знаком (+) или (-), педагог получает оценку, которую выставляет в крайней левой графе «Сумма».

Учитель проставляет в разделе «Успеваемость» средний балл учащегося в конце каждой четверти и в целом за год.

По результатам наблюдения за ребенком и его адаптацией к коллективу психолог (а при его отсутствии учитель) проводит оценку социометрического статуса со следующим заключением: «лидер», «принятый», «непринятый», «изолированный». По результатам оценки справа в крайней колонке педагогом даются рекомендации по облегчению адаптации первоклассника.

Медицинская страница «Листа наблюдения...» имеет три раздела. Первый раздел «Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирование родителей» заполняется медсестрой на основании анкетирования родителей, проводимого у первоклассников в конце каждой учебной четверти, при переходе к предметному обучению и на третью ступень обучения – один раз в полугодие (в конце II и IV четверти). Слева в столбик перечислены невротические реакции и другие патологические отклонения, которые могут возникнуть у ребёнка в периоде адаптации, а именно: нарушение сна, аппетита, головные боли, боли в области сердца, боли в животе, энурез, энкопрез, раздражительность, плаксивость, утомляемость, истощаемость внимания, страхи (темноты, одиночества, животных, ночные), навязчивые движения, двигательная расторможенность, появление вредных привычек. При возникновении перечисленных симптомов в строке справа от соответствующего симптома выносится знак плюс в соответствии со временем его появления.

Определение массы тела проводится у первоклассников в конце каждой четверти, при переходе к предметному обучению и на третью ступень обучения – один раз в полугодие (в конце II и IV четверти). При снижении массы тела и (или) отсутствии ее прибавки проводится контроль уровня гемоглобина. Данные заносятся в соответствующие разделы. Выявление нарушений «Снижение остроты зрения», «Нарушение осанки» проводится в II и IV четвертях. Измерение артериального давления проводят

первоклассникам в I и III четверти, при переходе к предметному обучению и на III ступень обучения – в конце каждой четверти. В конце учебного года у всех детей подсчитывается число перенесенных ребенком заболеваний и вносится в соответствующую графу, при переходе к предметному обучению и на третью ступень обучения проводится оценка полового развития и заполняется соответствующая графа. Графы «Вредные привычки», «Появление других заболеваний», «Прочие изменения здоровья» заполняются в случае появления данной патологии.

Врачебному осмотру подлежат все школьники по мере выявления нарушений в состоянии здоровья. Медсестра школы в конце каждой четверти анализирует листы адаптации и выделяет детей, имеющих отрицательные эмоционально-поведенческие реакции, симптомы невротизации, недостаточную прибавку массы тела, учащение острой заболеваемости, снижение остроты зрения и нарушение осанки. Дети, имеющие данные отклонения, консультируются с педиатром школы, а по показаниям – врачами-специалистами. При необходимости даются рекомендации по снижению тяжести течения адаптации.

Раздел «Медико-педагогическая оценка течения адаптации» заполняется в конце учебного года педиатром. Подчеркивается заключение педиатра по течению адаптации: благоприятное, условно-благоприятное, неблагоприятное. Критериями завершения адаптации школьника является стойкая стабилизация эмоционально-поведенческих реакций.

При благоприятном течении адаптации допускается появление слабо выраженных невротических реакций и (или) снижение массы тела (в одной учебной четверти). При условно-благоприятном течении адаптации школьника к обучению допускаются проявления умеренно выраженных невротических реакций (на протяжении двух-трех четвертей, но регрессирующих к концу учебного года) и (или) наличия отдельных функциональных нарушений и (или) недостаточной прибавки массы тела.

При неблагоприятном течении адаптации школьника к обучению наблюдаются выраженные невротические реакции, учащение острых заболеваний, появление нескольких функциональных расстройств или хронических заболеваний. В заключении в этом случае подчеркивается имеющаяся у ребенка патология.

Педагог-психолог в результате работы с ребенком делает собственное заключение: неуспеваемость или нарушение адаптации в коллективе (подчеркивает).

На заседании медико-психолого-педагогического консилиума педиатром подчеркивается вариант интегральной медико-психологической оценки течения адаптации ребенка к обучению, которая состоит из двух показателей: состояние здоровья (З) оценивается врачом, а течение адаптации к школьным факторам: учебе и коллективу (А) – психологом.

Знак З (+) выставляется при отсутствии негативной динамики в состоянии здоровья в период адаптации, а знак З (-) при ее наличии.

Знак А (+) выставляется детям с благоприятным социометрическим статусом и хорошей успеваемостью.

Знак А (±) выставляется, если ребенок не принят или изолирован в коллективе или имеет низкую (удовлетворительную и неудовлетворительную) успеваемость.

Знак А (-) выставляется при неблагоприятном социометрическом статусе (не принятый или изолированный в коллективе) и низкой успеваемости.

Листы адаптации после завершения контроля за течением адаптации (в конце учебного года) вклеиваются в Медицинскую карту ребенка для образовательного учреждения (форма № 26/у-2000).

Рекомендации с учетом физической подготовленности

ФВ № 1

Качество	Определение, виды	Развитие качества средствами физической культуры	Метод развития	Развитие качества при организации активного отдыха (родители, классный руководитель)
Подвижность	Разновидность двигательных координационных качеств, обеспечивающая соразмерность двигательных действий по пространственным, временным и силовым характеристикам, обусловленная уровнем нервно-психического состояния.	– Регулярные занятия гимнастикой. – Изменение направления и характера движений по определенным сигналам.	Наглядный	Спортивная гимнастика Конный спорт. Жонглирование Настольный теннис Дротики. Акробатика Бокс. Фигурное катание Игры с мячом и шайбой Танцы, Стрельба
Скорость	Способность выполнять двигательные действия в минимальный отрезок времени является важной характеристикой двигательной деятельности	Ускорения различного характера; стартовый разгон; быстрая ходьба; оздоровительный бег с ускорениями на отрезках различной длины; выполнение приседаний в высоком темпе. Все упражнения выполняются с максимальной интенсивностью.	Повторный Игровой Соревновательный Круговая тренировка	Коньки, спортивное ориентирование, плавание на скорость, настольный теннис. Игра в футбол, баскетбол, хоккей, регби. Танцы. Фехтование.
	Быстрота реакции Скорость одиночного движения Частота движений руками, ногами, туловищем Бег с ускорением Бег на результат	Бег, прыжки, метания по сигналу; старты; подвижные спортивные игры. Броски; метание и удары. С числом повторения 10–20, отдыхом между каждым повторением 10–30 сек. Упражнения выполняются с максимальной интенсивностью. Удары кистью или стопой по поверхности; бег на месте; прыжки с максимальной частотой через скакалку в течение 6–8 сек. Число повторов 3–8 раз. Эстафеты; подвижные игры.		

ФВ № 2

Качество	Определение, виды	Развитие качества средствами физической культуры	Метод развития	Развитие качества при организации активного отдыха (родители, классный руководитель)
Выносливость	<p>Выносливость – свойство человека, позволяющее ему противостоять утомлению и длительно выполнять физическую работу без снижения интенсивности.</p> <p>Виды:</p> <p>Общая – способность человека к длительной динамической работе при нагрузке на большие группы мышц.</p>	<p>Можно использовать различные физические упражнения, главным критерием в подборе которых является не величина нагрузки, а время выполнения.</p> <p>Виды физических упражнений:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ходьба и бег в теплое время года – продолжительность равномерного бега при ЧСС 130–160 уд./мин. - Младший школьный возраст – 10–12 мин. - Средний школьный возраст – 10–15 мин. - Старший школьный возраст – 20–30 мин.; - кросс; - передвижение на лыжах; плавание; - гребля; - езда на велосипеде; - лыжи, то есть для развития выносливости необходимо применять циклические упражнения аэробного характера. Тренажеры: ленточная «бегущая дорожка»; велоэргометр; гребной тренажер; педальный тренажер – имитатор ходьбы. Длительное занятие одним видом мышечной деятельности: подтягивание на перекладине, сериями 10–15 раз 3–4 подхода; отжимание сериями: не менее 12 раз в серии в течение 10–30 сек. (3–4 серии); приседание с отягощениями. 	<p>Развивающие игры № 6, 7 (Приложение 12)</p>	<p>Пешеходные прогулки Оздоровительный бег Плавание на длительные дистанции Походы Конные походы Велосипедные походы Занятия в тренажерном зале Горный туризм</p>
	<p>Специальная выносливость:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Силовая выносливость 2. Скоростная выносливость 3. Скоростно-силовая выносливость 	<p>Выполнение двигательных заданий сериями: пробегание 10 отрезков по 15–20 м со скоростью выше средней. В промежутках между сериями – медленный бег.</p> <p>бег на 2х300м, между которыми ходьба не менее 1 мин прыжки, метание набивных мячей.</p> <p>Продолжительность 10-30 с, число повторений – 2–3 серии. Отдых между сериями неполный (2–4мин).</p>	<p>Равномерный Переменный</p> <p>Повторный Интервальный</p>	

ФВ № 3

Качество	Определение, виды	Развитие качества средствами физической культуры	Метод развития	Развитие качества при организации активного отдыха (родители, классный руководитель)
Ловкость	Эффективное и целесообразное решение двигательных задач на основе генетически заложенных и приобретенных физических и координационных способностей. Способность выполнять координационно сложные двигательные действия.	Наибольший прирост этого качества у школьников, что объясняется лабильностью нервных процессов, разнообразным двигательным опытом, высокой познавательной активностью. Развитие достигается различными упражнениями с постоянной сменой условий их выполнения, использование ситуационных заданий, основанных на необходимости поиска нестандартных решений поставленной двигательной задачи. Примеры: - по данному сигналу учителя выполняется кувырок вперед, по свистку; - 2 или 3 кувырка, по хлопку – кувырок назад и т. Д.; - изменение направления бега по сигналу учителя: 1 – спиной, 2 – боком, 3 – скрестным шагом и т.д.; - обучение приемам единоборств; - танцы; - сочетание разных двигательных задач: метание в цель различных предметов и прыжки в цель; метание в цель, бег и прыжки через обручи + ведение мяча по линии; - спортивные игры	Игровой в группе (коллективные занятия позволяют быстрее адаптироваться к физическим нагрузкам разного характера за счет более высокого эмоционального настроя и общего положительного фона занятий)	спортивная гимнастика конный спорт жонглирование настольный теннис дротики акробатика бокс фигурное катание игры с мячом и шайбой танцы стрельба
Точность	Двигательно-координационное качество, обеспечивающее наиболее полное соответствие двигательного действия его пространственным, временным и силовым параметрам, в зависимости от конкретной ситуации и условий	Копирование движений учителя – Движение в парах	Наглядный	Спортивная гимнастика Конный спорт Жонглирование Настольный теннис Дротики Бильярд акробатика бокс фигурное катание игры с мячом и шайбой танцы стрельба

ФВ № 4

Качество	Определение, виды	Развитие качества средствами физической культуры	Метод развития	Развитие качества при организации активного отдыха (родители, классный руководитель)
Мышечная сила	<p>Способность преодолевать внешнее сопротивление или противодействовать ему за счет мышечной работы. Разнообразные двигательной деятельности определяют несколько видов силовых качеств:</p> <p>1. <i>Собственно силовые качества</i> проявляются при мышечных напряжениях изометрического характера и при относительно медленных сокращениях мышц.</p> <p>2. <i>Скоростно-силовые качества</i> связаны с проявлением одновременно силовых и скоростных качеств.</p> <p>3. <i>Силовая выносливость</i> – умение противостоять утомлению при значительном мышечном напряжении</p>	<p>Развитие качества средствами физической культуры</p> <p>Тренажеры: -набор эспандеров; гребные тренажеры; -устройство, обтягивающее все тело при лазании по канату. Подтягивание на перекладине; -сгибание и разгибание рук в упор лежа; -приседания с отягощением (грифом от штанги, гирей, партнером на плечах). -поднимание верхней части туловища из положения лежа на спине. Закрепив носки на количество раз; -упражнение тела в висе. - прыжки в длину и высоту; - метание снарядов различного веса с места и с разбега; - многоскоки; - перетягивание каната; - эстафеты.</p> <p>- подтягивание на перекладине сериями (два подхода по 5 раз, три подхода по 10 раз); - сгибание и разгибание рук в упор лежа (три подхода по 10 раз и два подхода по 20 раз); - поднимание верхней части туловища из положения лежа на спине, закрепив ступни, сериями по 10-12 и более раз</p>	<p>Повторный Игровой Соревновательный</p>	<p>Занятия в тренажерном зале, гребля. Шейпинг, большой теннис, велосипед.</p> <p>Развивающие игры №№ 6, 7 (Приложение 12)</p>

ФВ № 5

Качество	Определение, виды	Развитие качества средствами физической культуры	Метод развития	Развитие качества при организации активного отдыха (родители, классный руководитель)
Гибкость	Способность свободно и непринужденно изменять форму тела и его отдельных частей. Способность выполнять движение с большой амплитудой за счет эластичности мышц, сухожилий и связок.			Занятия хатха-йогой, спортивная гимнастика. Фигурное катание, художественная гимнастика, акробатика
	Активная гибкость	Однофазные и пружинистые наклоны; маховые, круговые движения головой, руками ногами; выпады.	Повторный Игровой Соревновательный	
	Пассивная гибкость	Упражнения в растягивании с партнером, который прикладывает усилия; «выдержка» в статических положениях..		Развивающие игры №№ 7, 8 (Приложение 12)

ФВ № 6

Качество	Определение, виды	Развитие качества средствами физической культуры	Метод развития	Развитие качества при организации активного отдыха (родители, классный руководитель)
Равновесие	Способность ориентироваться в пространстве и времени при выполнении различных двигательных действий. Определенный уровень развития этого качества обеспечивает устойчивость тела в статических и динамических позах	Стойки на одной ноге («ласточка и т. д.», в т. ч. ходьба и бег по узкой тропе; удержание палки на руке, ноге; ходьба приставными шагами, по гимнастическому бревну; жонглирование и т.д	Повторный, игровой	спортивная гимнастика конный спорт жонглирование настольный теннис дарты акробатика бокс фигурное катание игры с мячом и шайбой танцы стрельба
				Развивающие игры №№ 5, 9 (Приложение 12)

**Медико-психолого-педагогические рекомендации
по дальнейшему обучению**

Оценка адаптации	Рекомендации
A+3+	не нуждаются в дальнейшем специальном наблюдении врача и психолога, им можно рекомендовать обучение по программам повышенной сложности
A± 3-	требуют наблюдения психолога и врача, если отмечается низкая успеваемость, целесообразен перевод на обучение по программам меньшей сложности
A±3+	нуждаются в дальнейшем наблюдении психолога
A+3-	нуждаются в дополнительной консультации психолога и семейном консультировании, им необходима комплексная медико-психологическая реабилитация
A-3-	нуждаются в срочном переводе на обучение по программам меньшей сложности
A-3+	требуется консультация психолога

Развивающие игры

1. Бабочки и стрекозы. Играющие в двух шеренгах располагаются в середине площадки на расстоянии одного шага спиной друг к другу. Команды получают названия «Бабочки» и «Стрекозы». Ведущий, стоя сбоку, называет одну из команд. Ее игроки должны как можно быстрее убежать за линию, обозначенную в 10 шагах перед ними. Играющие другой команды, повернувшись кругом, устремляются вдогонку. Сколько игроков они сумеют «осалить» до черты «дома», столько получают очков. Из игры никто не выбывает, все участники вновь выстраиваются по шеренгам. Побеждает команда, сумевшая за одинаковое количество перебежек набрать большее количество очков.

Примечание. Вызывать команды можно в произвольном порядке. В исходном положении дети могут сидеть или стоять на коленях.

2. Барабан. Учащиеся сидят на скамейке, стопы параллельно, пятки прижаты к полу. Учитель, сидящий напротив, отбивает определенный ритм носком одной ноги, другой ноги, двумя носками одновременно. Дети повторяют движения.

3. Море волнуется. Играющие сидят на стульях, поставленных по кругу. Капитан присваивает каждому игроку название какого-либо предмета из корабельной обстановки. Затем он двигается по внешнему кругу, рассказывает о плавании на корабле, называя при этом предметы, необходимые для морского путешествия. Все, названные капитаном, встают, выстраиваются друг за другом,

следуя за ведущим. Когда встали все игроки, капитан командует: «Море волнуется!». Игроки имитируют волны. По команде «Море, утихни!» все, включая капитана, стремятся вернуться в круг и сесть на стулья. Оставшийся без стула становится капитаном.

4. Мяч водящему. Две равные по количеству игроков команды выстраиваются в два круга, в центре которых стоит водящий. Он поочередно бросает мяч участникам своей команды и принимает его обратно. Когда мяч обойдет всех участников (1–3 раза), водящий поднимает мяч. Побеждает команда, сделавшая это быстрее и с минимальным числом падений мяча.

5. Необычный волейбол. 1-й вариант: вместо сетки натягивается непрозрачное полотно; 2-й вариант: вместо обычного мяча – детский воздушный шарик.

6. Пионербол. Проводится по правилам игры в волейбол, но при передаче мяч ловится, а не передается в одно касание.

7. Подсечка и надсечка. Участники игры становятся в колонну по одному на расстоянии вытянутых рук. Двое ведущих, взяв за концы метровую палку, идут по обеим сторонам колонны навстречу играющим, как бы подсекая их палкой, приподнятой примерно на 30 см от пола. Играющие должны перепрыгнуть ее. Одновременно из-за спин играющих идут еще двое ведущих, взяв за концы метровую ленту и держа ее примерно на 10 см ниже роста играющих, которые должны пригнуться, чтобы лента их не коснулась. Задевшие палку или ленту выбывают из игры. Ведущих при каждом повторении игры заменяют другими участниками игры.

8. «Полоса препятствий № 1».

Станции: 1. «Бег»; 2. «Лазание»; 3 «Перенос тяжести»; 4. «Передвижение по узкой полосе»; 5. «Пролезание»; 6. «Прыжки по кочкам»; 7. «Перенос тяжести»; 8. «Бег».

Содержание упражнений: учащийся бежит к гимнастической лестнице, залезает на 4 звена, спускается вниз, берет набивной мяч и бежит с ним к гимнастической скамейке, где кладет его, идет по ней (учитель следит, чтобы учащийся не бежал), спускается, пролезает под матами, поставленными туннелем, продвигается прыжками, наступая в круги, обозначенные обручами, бежит к мячу, оставленному у гимнастической скамейки, переносит его на исходную позицию, бегом возвращается к месту старта.

9. Ухо-нос. Играющие должны хлопнуть перед собой в ладоши, взяться правой рукой за левое ухо, левой рукой – за нос. Затем, вновь хлопнув в ладоши, взяться левой рукой за правое ухо, а правой рукой – за нос. Повторяется несколько раз.

10. Четыре стихии. Играющие сидят по кругу. Водящий (учитель или учащийся) договаривается с остальными, что если он скажет «земля», все должны опустить руки вниз, на слово «вода» вытянуть руки вперед, на слово «воздух» поднять руки вверх, а на слово «огонь» произвести вращение руками в лучезапястных и локтевых суставах. Проигрывает тот, кто ошибается в выполнении упражнения.

Приложение 13

Рекомендации с учетом нервно-психического развития ПЗ № 1

Направления психолого- педагогического сопровождения по результатам диагностики					
педагог		психолог		родители	
цель	формы	цель	формы	Цель	формы
Обеспечить уровень учебного воспитательного процесса, соответствующий интеллектуальным возможностям	Класс выравнивания; Специализованное; Обучение на дому; индивидуальные программы	Определить уровень и причину снижения IQ При IQ < 70 – направление на медико-психолого-педагогическую комиссию	Коррекция сниженных психических функций; направление в центры социально-психологической помощи. Просвещение и консультирование родителей	Общая с педагогом и психологом тактика помощи ребенку в процессе обучения	Домашние задания Дополнительные занятия

Упражнение на развитие речевых способностей

Игра-лото «Определи первый (последний) звук в слове». Раздаются карточки с предметными картинками, на каждой карточке 4–6 изображений:

- предметы, названия которых начинаются с гласных звуков (ананас, игла, усы, ослик);
- предметы, названия которых начинаются с нетрудных для произношения согласных звуков (пила, мяч, кузнечик, лошадка);
- предметы, названия которых начинаются на свистящие и шипящие звуки (цыпленок, шайба, часы, щетка). Аналогично подбираются карточки для определения последнего звука в слове и для определения звуков в середине слов.

Задание: назвать предмет с определенным звуком. За правильный ответ ребенок поощряется.

Преобразование слов путем замены одной фонемы: пол – кол – кот – рот – пот; бочка – кочка – дочка – мочка – ночка.

Педагог произносит слова и предлагает детям назвать слова с противоположным значением. При этом запрещается называть слова, начинающиеся на «не-». В упражнение включаются слова, обозначающие предметы, явления и события (смех – плач, шум – тишина, правда – ложь); обозначающие действия (говорить – молчать, нагревать – охлаждать, стоять – лежать (идти, бежать)); обозначающие признаки предметов, явлений и действий (старый – молодой, злой – добрый, красиво – безобразно, яркий – тусклый, быстро – медленно); обозначающие различные отношения (над – под, справа – слева, перед – за, далеко – близко, вместе – врозь).

Упражнение на развитие желания читать

Определить для книг заметное место в квартире.

Создавать различные семейные ритуалы, связанные с книгами. Самый простой из них, но в то же время бесценный – это чтение вслух или совместное чтение в семейном кругу, когда книга передается от одного члена семьи к другому.

Включайте в «репертуар» книги, в которых есть узнаваемые для ребенка ситуации, непосредственно связанные сего жизнью.

Постарайтесь, чтобы чтение происходило каждый день и в определенное время. Поначалу можно быть рядом, просто слушая его или обсуждая прочитанное.

Подпишите ребенка на интересный детский журнал (например, еженедельный). Они с нетерпением будут ожидать каждого номера.

Постарайтесь найти к одной из детских книг соответствующую аудиозапись. Дайте книгу в руки ребенку, включите запись и попросите его следить по тексту, отмечая, где звуковое сопровождение совпадает с текстом, а где не очень. Такая тренировка полезна и для выработки навыка беглого чтения, и для понимания текста. Синхронную запись можно сделать и самим.

Неплохим стимулом может стать чтение по ролям – вы и ребенок вдвоем или с подключением других членов семьи. Волей-неволей придется и маленькому упрямцу взять в руки книгу.

Упражнение на развитие памяти

Активно помогайте работе памяти: это ключ к возможности ее контролировать.

Четко и ясно определяйте для себя, что именно вам необходимо запомнить.

Не надейтесь, что все запомнится само собой, делайте для этого все от вас зависящее. Многие можно подготовить и продумать заранее: «кто предупрежден, тот вооружен».

Не откладываете «на завтра» – сделайте сразу!

Не торопитесь. Сделайте паузу и систематизируйте информацию. В этом вам помогут не только интеллект, но и воображение и эмоции.

С постоянной nervozностью и беспокойством вам по-могут справиться упражнения на расслабление и концентрацию.

Чтобы ускорить процесс вспоминания, используйте всевозможные стратегии, способы и навыки.

Помните об ассоциациях: сравнивайте, оценивайте любую информацию. Основное внимание уделяйте не сходству, а отличиям.

Сопровождайте новую информацию личным комментарием.

Часто повторяйте и пересказывайте то, что должны помнить: если что-то не используется, оно вскоре забывается.

Используйте визуальные «подсказки» – схемы, таблицы, плакаты с надписями и т. п.

Забывчивость – естественный процесс, но она не приводит ни к чему хорошему, тогда как память – ключ к успеху и самосовершенствованию. Запоминайте в три приема – выбор информации, концентрация, анализ – и вы не будете знать, что такое проблемы с памятью до самых преклонных лет.

ПЗ № 2

Направления психолого- педагогического сопровождения по результатам диагностики					
педагог		психолог		родители	
цель	формы	цель	формы	Цель	формы
Обеспечить состояние эмоционального комфорта и безопасности в ходе воспитательно-образовательного процесса.	Давать задания, с которыми явно справится, расширить систему поощрений даже за минимальные достижения, временно оградить от ситуаций соревнования, проверки, эстафеты	Расширить зону эмоционального комфорта, обучить саморегуляции, конструктивности. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорректировать неблагоприятные типы родительно-детских отношений	Семейное консультирование Просвещение и консультирование родителей	Выработка оптимального варианта родительно-детских взаимоотношений, уменьшение или отказ от оценочных суждений	Максимально близкие, теплые, доброжелательные отношения, основными средствами воспитания являются внимание и поощрение

Способы снятия эмоциональное напряжения

Получение дополнительной информации, снимающей неопределенность ситуации.

Разработка запасной отступной стратегии достижения цели на случай неудачи

Откладывание на время достижения цели в случае осознания невозможности сделать это при наличных знаниях, средствах и т. п.

Физическая разрядка («страсть вогнать в мышцы»); поскольку при сильном эмоциональном переживании организм дает мобилизационную реакцию для интенсивной мышечной работы, нужно ему дать эту работу. Для этого можно совершить длительную прогулку, заняться какой-нибудь полезной физической работой и т. д. Иногда такая разрядка происходит у человека как бы сама собой: при крайнем возбуждении он мечется по комнате, перебирает вещи, рвет что-либо и т. д. Тик (непроизвольное сокращение мышц лица), возникающий у многих в момент волнения, тоже является рефлекторной формой моторной разрядки эмоционального напряжения.

Слушание музыки.

Написание письма, запись в дневнике с изложением ситуации и причины, вызвавшей эмоциональное напряжение. Рекомендуют разделить лист бумаги на две колонки. В левую следует записать в порядке убывания значимости все отрицательные последствия события. В правую – то, что можно противопоставить случившемуся, если возможно, то и положительные последствия, в том числе извлеченные уроки. Таким образом, можно отличить неудачу от катастрофы, неудачу от беды. Этот способ больше подходит для людей замкнутых и скрытных.

Рекомендации родителям

Принципы поддержки родителями ребенка:

– терпение; – внимание; – тактичность и деликатность; – точное использование слова как важного инструмента в отношениях;

– умение поставить себя на место ребенка; – гибкая система контроля, не довлеющая над ребенком, а поддерживающая его;

1. Безусловно, принимайте и любите своего ребенка (независимо от переходящих моментов: поступков, возраста, отметок, слов, здоровья, качеств характера, настроения и т. д.). Любите независимо ни от чего.

2. Умейте проявить свою любовь:

– ежедневно уделяйте специальное время для общения с ребенком (читайте, играйте, гуляйте, разговаривайте, занимайтесь вместе);

– ласкайте своих детей, обнимайте их не менее 4–х, а лучше по 8 раз в день. При дефиците ласки ребенок становится нервным, раздражительным, неуверенным в себе;

– чаще устанавливайте с ребенком контакт глазами, причем глаза родителей должны излучать любовь. Большая ошибка родителей использовать лишь строгий взгляд как средство контроля над детьми;

– используйте в повседневном общении улыбки и приветливые фразы. Например: Мне хорошо с тобой. Я рада тебя видеть. Мне нравится как ты... Я по тебе соскучилась. Как хорошо, что ты у нас есть. Ты мой хороший. Давай посидим (поделаем...) вместе.

3. Активно слушайте его переживания и потребности. Дети должны иметь возможность говорить с родителями на любые темы. Но они будут это делать только в том случае, если уверены, что не встретят резкого осуждения своих взглядов, стиля поведения, одежды, друзей.

4. Поддерживайте ребенка:– когда он просит;– когда у него неудачи, ему стыдно, он устал;– когда он делится своими чувствами;– когда ему плохо, он ошибся, с ним обошлись грубо.

Поддерживать ребенка – значит, верить в него. При этом взрослый сосредоточивается на позитивных сторонах и преимуществах ребенка с целью укрепления его самооценки, помогает ему поверить в себя и свои способности. Помните, что ребенок, возможно, переживает сейчас кризис и нуждается в Вашей поддержке.

5. Демонстрируйте ребенку Ваше удовлетворение от его усилий и достижений. Создавайте у него установку: «Ты сможешь это сделать»

6. Вносите юмор во взаимоотношения с ребенком, демонстрируйте оптимизм.

7. Позволяйте ребенку самому решать проблемы там, где это возможно.

8. Сравнивайте ребенка только с ним же самим: вчера и сегодня, в начале учебной четверти и в конце, год назад и теперь. Никогда не ставьте детям в пример более успешных ребят.

9. Категорически откажитесь от употребления обидных слов, оскорблений, пренебрежительного тона и унижающих достоинство ребенка высказываний. Помните: одно Ваше слово, брошенное сгоряча, может нанести Вашему сыну (или дочери) душевную травму на всю жизнь.

10. Будьте с ребенком вместе. Дом должен быть безопасным островом, а не только местом, где контролируются удачи и неудачи, выносятся приговоры.

К снижению самооценки у ребенка приводят следующие действия родителей:

– приказы, команды («Сейчас же перестань», «Замолчи», «Быстро в кровать»).

Такие слова вызывают чувство несправедливости, а то и брошенности в беде; – логические доводы, нотации, «лекции», назидания; – критика, выговоры, обвинения, угрозы; – советы, готовые решения («Пойди погуляй», «Я бы извинился»); – сочувствие на словах, увещевания («Не обращай внимания», «Это пустяки»); – уход от разговора. («Не до тебя», «Вечно ты со своими жалобами»).

ПЗ № 3

Направления психолого- педагогического сопровождения по результатам диагностики					
педагог		психолог		родители	
цель	формы	цель	формы	Цель	формы
Формирование адекватной самооценки и оценки ситуации	Индивидуальные формы педагогического подхода, внеклассной работы	Гармонизация личности. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорректировать неблагоприятные типы родительско-детских отношений	Тренинг нового ролевого поведения, тренинг мало свойственных качеств, помощь в осознании проблем	Просвещение и консультирование родителей в вопросах повышения уровня педагогической состоятельности	Максимально близкие, теплые, доброжелательные отношения, основными средствами воспитания являются внимание и поощрение

Развиваем лидерские качества в ребенке

Уверенность в себе

Только уверенный в себе и своих силах человек сможет добиться всего в жизни. Он знает, на что способен. Он не будет сидеть в уголку и думать, что не достоин более высокой зарплаты, лучшей должности и т. д. Не обязательно человеку быть самым умным, красивым, сильным. Просто он должен позитивно оценивать свои способности, а несамокритично относиться к себе.

Но следует различать два понятия: уверенность и самоуверенность. Во втором случае человек не видит своих недостатков и минусов. Он считает, что все виноваты в его ошибках. Такие люди в дальнейшем не могут ничего добиться в жизни, так как они никогда не соглашаются на работу, где можно получить опыт. Какие курсы повышения квалификации, если они и так все знают!

Как же развить уверенность в ребенке? Для начала научитесь его хвалить и поддерживать в самые сложные моменты. Говорите, что у него все получится, так как вы верите в него. И никогда не критикуйте за неудачи. Если в этот раз не получилось, удастся сделать в другой.

Таланты

В каждом человеке должна быть своя «изюминка», которая пригодится в дальнейшем. Это могут быть разные таланты: умение петь, танцевать, писать красивые тексты, рисовать, фотографировать и т. д. Нет людей, которые ничего не могут делать. Если ваш ребенок не выделяется из толпы, попытайтесь записать его на различные кружки. И где ему больше всего понравится, там его место. Все плохо? Тогда проблема в лени, которую нужно искоренять.

Кстати, не забудьте объяснить ребенку, что таланты можно проявлять в подходящие моменты. Петь нужно на концертах, а не на занятиях, бегать – на уроках физкультуры, а не по коридорам. И всегда стимулируйте малыша к действиям. Если в школе планируется какое-то мероприятие или соревнования, пусть они принимают непосредственное участие.

Ответственность. Лидер – это не тот человек, который рассмешит всех в компании и соблазнит первую красавицу в школе. Лидер – человек, который умеет отвечать за ошибки. Такая особа никогда не обвинит товарищей, если именно он разбил стекло в классе, и не выдаст виновника, если видел, кто это сделал. Он ответственен, смел, но не бесстрашен.

Развить ответственность не так-то просто. Но если постараться, вы сможете воспитать порядочного человека. Для начала всегда хвалите свое чадо, когда им была оказана помощь. Поощряйте проявление инициативы! Малыш не должен бояться делать то, с чем раньше никогда не сталкивался. К примеру, он никогда не мыл посуду, а тут решил помочь маме. Но, увы и ах, разбил чашку. Успокойте ребенка и скажите, что благодарны ему за чистые тарелки. Уберите осколки и не возвращайтесь к этой теме. И тогда он будет выполнять работу по дому и дальше. И никогда не наказывайте малыша за проступки или ошибки работой.

Следующее, чему вы должны научить ребенка – доводить дело до конца. Однако это касается посильных для него задач. Так, малыш должен решить упражнение, заданное ему в школе, даже если он устал. Однако если он болел и

пропустил неделю занятий, помогите ему с выполнением заданий. Ругаться, что он бездарь – нельзя. В данном случае малыш не виноват.

Ораторские навыки

Как вы думаете, за кем пойдет толпа? За человеком, который много знает и умеет, но не может объяснить даже элементарных вещей? Или за особой, которая четко расскажет, как будет строиться бизнес. Вспомните Мавроди, который сумел заставить миллионы людей понести ему деньги. При этом никаких гарантий, что вкладчики получат обещанные миллионы, не было. Ладно, в первый раз большинство не знало о подобных аферах. То талантливому оратору удалось заставить сделать это и во второй, и в третий раз.

Кстати, существует целый ряд профессий, которые требуют умения говорить. Адвокаты не смогут доказать невиновность подсудимого, менеджеры не заставят клиента купить ненужную вещь, преподаватель не научит уму-разуму студентов. Обратите внимание: если школьник не способен четко выражать свои мысли, то, даже если он все знает, учиться будет плохо. Поэтому обязательно запишите своего ребенка на специальные курсы. С первых классов разучивайте с ним стихи. И он не должен их читать монотонно, лишь бы отделаться побыстрее. Все должно проговариваться четко, с выражением. Потом, когда он станет постарше, запоминать лучше целые куски текста.

Каждый день учите по одной скороговорке. Покажите ребенку, какие следует выполнять упражнения, чтобы разработать речевой аппарат. Многие телеведущие перед каждым эфиром проделывают определенные движения челюстью, языком, губами, делая некую зарядку.

Неплохо будет, если вы хотя бы раз в неделю вместе с ребенком начнете осваивать новые слова. Конгломерация, профанация, прототип – порой люди используют их неправильно в речи.

Как мы обычно себя чувствуем, когда нас критикуют? Мы смущаемся, краснеем, ведем себя так, словно во всем виноваты. Порой у некоторых из нас опускаются руки, пропадает настроение и желание работать далее. На самом деле конструктивную критику следует воспринимать немного иначе – как шанс и возможность самосовершенствования.

Итак, никогда не делайте «разбор полетов» в присутствии посторонних особ. При этом вы должны четко указывать на ошибки, не прибегая к унижению и оскорблению умственных или физических особенностей школьников. Не только говорите, что было не так, но и помогите разобраться, как следовало поступить в той или иной ситуации.

ПЗ № 4

Направления психолого- педагогического сопровождения по результатам диагностики				
педагог		психолог		родители
цель	формы	цель	формы	Цель
Обеспечить в ходе воспитательно-образовательного процесса состояния эмоциональной стабильности	Индивидуальные формы педагогики, внеклассной работы, предостращение провоцирующих ситуаций (насмешки, агрессия и т. д.)	Тренинг личностного роста ребенка. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорригировать неблагоприятные типы родительско-детских отношений	Тренинг сдержанности акцентуированных качеств	Просвещение и консультирование родителей
				Положительная оценка и поощрение успехов; сочувствие, сопереживание; поддержка нравственных действий и стремлений

Алгоритм разрешения проблемы

Ориентация в проблеме

Точное знание того, что проблема возникла

Понимание, что проблемы в жизни – нормальное неизбежное явление

Формирование уверенности в том, что существуют эффективные способы решения проблемы

Понимание проблемы не как угрожающей, а как нормальной ситуации, несущей в себе изменение

Определение и формулирование проблемы

Поиск всей доступной информации о проблеме, разделение информации на объективную и субъективную / непроверенную

Определение факторов и обстоятельств, которые делают ситуацию проблемной, то есть препятствуют достижению целей

Постановка реалистичной цели решения проблемы с описанием деталей желательного исхода

Формулирование различных вариантов решения проблемы – важно сформулировать как можно больше альтернативных вариантов (мозговой штурм по способам разрешения выбранной проблемы)

Принятие решения – анализ имеющихся возможностей разрешения проблемы, выбрать из них наиболее эффективные, приводящие к полному разрешению проблемы и к положительным последствиям (кратковременным – долгосрочным) – направленным на себя – направленным на окружающих), выбор способов решения из предложенных, анализ предполагаемых последствий

Выполнение решения и проверка – изучение последствий решения, оценка эффективности решения, самопоощрение.

ПЗ № 5

Направления психолого- педагогического сопровождения по результатам диагностики					
педагог		психолог		родители	
цель	формы	цель	формы	Цель	формы
Обеспечить возможность лидеровать только в позитивном поведении	Сдерживающий стиль педагогики, разнообразие поручений, включение в деятельность в роли лидера над младшими	Гармонизация личности. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорригировать неблагоприятные типы родительско-детских отношений	Тренинг нестандартности мышления, деликатности, скромности, коллективизма	Просвещение и консультирование родителей о сильных и слабых сторонах личности	Основными средствами воспитания являются последовательность и твердость.

Упражнения, направленные на обучение ребенка приемлемым способам разрядки гнева и агрессивности:

- Комкать и рвать бумагу; бить подушку или боксерскую грушу;
- Топать ногами; громко кричать, используя «стаканчик» для криков или «трубу», сделанную из ватмана;
- Пинать ногой подушку или консервную банку (из-под «Пепси», «Спрайта» и т.п.);
- Написать на бумаге все слова, которые хочется сказать, скомкать и выбросить бумагу;
- Втирать пластилин в картонку или бумагу;
- Использовать водяной пистолет, надувные дубинки, батут (в домашних ситуациях).

Упражнения, направленные на уменьшение гиперактивности

- В своих отношениях с ребенком придерживайтесь «позитивной» модели: хвалите его, когда он этого заслуживает, поддерживайте его успехи; избегайте повторения слов «нет» и «нельзя»; говорите сдержанно, спокойно, мягко;
- Давайте ребенку только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы он мог его завершить.
- Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.
- Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (например, работа с кубиками, раскрашивание, чтение). Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Время приема пищи, выполнение домашних заданий и сна ежедневно должно соответствовать этому распорядку.
- Избегайте по возможности скопления людей. Пребывание в крупных магазинах, на рынках, в ресторанах и т. п. оказывает на ребенка чрезмерное стимулирующее действие. Во время игр ограничивайте ребенка лишь одним партнером. Избегайте беспокойных шумных приятелей.
- Оберегайте ребенка от утомления, поскольку оно приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.
- Давайте ребенку возможности расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе – длительные прогулки, бег, спортивные занятия.

ПЗ № 6

Направления психолого- педагогического сопровождения по результатам диагностики					
педагог		психолог		родители	
цель	формы	цель	формы	Цель	формы
Обеспечить достаточную познавательную нагрузку, формы работы с расширенным временем регламентом	Предпочтение письменным вариантам контроля знаний	Гармонизация личности. Выявить тип семейного воспитания по методике АСВ и скорректировать неблагоприятные типы родительно-детских отношений	Тренинг, уверенность, решительности, спонтанности	Просвещение и консультирование родителей о сильных и слабых сторонах личности	Выработать с ребенком тактику обсуждения плана предстоящих действий, событий

Рекомендации по работе с медлительными детьми

- Помните, что медлительность – свойство нервных процессов ребенка и он «копается» не назло вам, просто иначе он не может. Поэтому нужно стараться разговаривать и обращаться с ним спокойно, без попреков и понуканий. Ровный тон и доброжелательное обращение гораздо эффективнее, чем крик и наказания.
- Не проявляйте спешки и не нервничайте, держитесь спокойно, даже если время у вас ограничено, рассчитайте время так, чтобы дать ребенку возможность сделать что либо без конфликта.
- Четкий режим ребенку с малоподвижными нервными процессами легче приспособиться к определенному порядку выполнения всех повседневных дел: какие действия и в какой последовательности совершать перед едой, перед сном, даже при мытье рук и т. д.
- Любую нагрузку на свойство подвижности (более быстрое выполнение задания, ограничение времени и т. д.) давать на хорошем эмоциональном фоне.
- Составьте список привычек, изучите его и постарайтесь сознательно изменить их одну за другой в течение дня, недели, месяца (например, измените дорогу в школу, время просмотра телепередач, время прогулки и т. п.).

Варианты способа саморегуляции

Отключение (отвлечение) состоит в умении думать о чем угодно, кроме эмоциональных обстоятельств. Переключение связано с направленностью сознания на какое-нибудь интересное дело (чтение увлекательной книги, просмотр фильма и т. п.) или на деловую сторону предстоящей деятельности. Переключение внимания с мучительных раздумий на деловую сторону даже предстоящей деятельности, осмысление трудностей через их анализ, уточнение инструкций и заданий мысленное повторение предстоящих действий, сосредоточение внимания на технических деталях задания, тактических приемах, а не на значимости результата, лучший эффект, чем отвлечение от предстоящей деятельности.

Снижение значимости предстоящей деятельности или полученного результата осуществляется путем придания событию меньшей ценности или вообще переоценки значимости ситуации по типу «не очень-то и хотелось», «главное в жизни не это, не стоит относиться к случившемуся, как к катастрофе», «неудачи уже были, и теперь я отношусь к ним по-другому» и т. д.

ПЗ № 7

Направления психолого- педагогического сопровождения по результатам диагностики					
педагог		психолог		родители	
цель	формы	цель	формы	Цель	формы
Предоставить возможность играть позитивные социальные роли	Работа в парах с доброжелательными партнерами, с учителем, предоставлять «выгодные» соц. роли	Ознакомить ребенка с основными законами группового взаимодействия. Выявить тип семейного воспитания АСВ и скорректировать неблагоприятные типы родительско-детских отношений	Тренинг коммуникативности, «нравственное закаливание» (упражнение в разных видах социально-ролевого поведения)	Информированность о социальном окружении ребенка и его ролях в нем	Освоения новых социальных ролей при поддержке родителей (поход с родителями и одноклассниками, выход в театр, гости)

Как помочь ребенку наладить взаимоотношения с одноклассниками?

- Обязательно предупредите учителя о проблемах ребенка (заикание, необходимость принимать лекарства по часам и т. д.).
- Необходимо обеспечить ребенку все, что позволит ему соответствовать общим школьным требованиям. Если для уроков физкультуры нужны черные шорты, то не следует предлагать ребенку розовые, считая, что это не важно.
- Посоветуйте ребенку изменить тактику поведения. Ведь если стереотип сложился, то любой поступок является предсказуемым. Ребенок ведет себя по заданной окружающими схеме. Но если на стандартные обстоятельства он реагирует неожиданным образом, то, возможно, он сумеет не только озадачить своих преследователей, но и сделать шаг к преодолению сложившейся ситуации. Например, можно предложить ребенку вместо того, чтобы начинать плакать или лупить всех подряд, посмотреть в глаза обидчикам и спокойно спросить: «Ну и что?» – или начать смеяться вместе с ними. В общем, сделать то, чего от него совсем не ожидают.
- Постарайтесь обеспечить ребенку общение с одноклассниками вне школы. Приглашайте их в гости, устраивайте праздники, поощряйте общение ребенка с ними. Необходимо всячески способствовать участию ребенка в классных мероприятиях, поездках. Не стоит сразу после уроков забирать ребенка из школы даже ради занятий английским или музыкой. Иначе все ребята сдружатся между собой, а ваш ребенок так и будет чужим в классе.
- Не следует приходить в школу лично разбираться с обидчиками своего ребенка, лучше поставить в известность классного руководителя и психолога. Не спешите бросаться защищать ребенка в любой конфликтной ситуации с одноклассниками. Иногда ребенку полезно пережить все стадии конфликта – это поможет ему научиться самостоятельно решать многие проблемы. Но, приучая ребенка к самостоятельности, важно не переусердствовать и не пропустить ситуацию, с которой ребенок не в состоянии справиться без вмешательства взрослых. Такой ситуацией, безусловно, являются систематические издевательства и травля ребенка со стороны сверстников.
- **Внимание!** Если ситуация зашла слишком далеко, например, ребенка постоянно унижают или избивают – немедленно реагируйте. В первую очередь оградите ребенка от общения с обидчиками – не отправляйте его в школу. Разбираться с обидчиками – не самое главное (хотя и оставлять их безнаказанными не стоит – они изберут себе новую жертву). Важно помочь ребенку пережить полученную психическую травму, поэтому, скорее всего, его придется перевести в другой класс. Ребенку нужно будет научиться не бояться сверстников и доверять им.

ПЗ № 8

мероприятие	ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ
<p>Организация психолого-педагогического просвещения родителей по вопросам формирования и раскрытия потенциала каждого ребенка (с учетом его сильных и слабых сторон)</p>	<p>Родительские собрания, тематические беседы, индивидуальные консультации. Примерные темы встреч:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Беседа с родителями о необходимости иметь целостное представление об индивидуальных особенностях собственного ребенка, важности их учета для успешной деятельности в различных сферах жизни. Информирование родителей о типе психосоматической конституции ребенка. 2. Обоснование важности использования определенного подхода к каждому ребенку (соблюдения режимных моментов, определенных правил организации питания, закаливания и воспитания) в наиболее оптимальной для него форме («что полезно для одного ребенка, для другого может оказаться неприемлемым»). 3. Знакомство родителей с возможными трудностями при адаптации детей к школьному обучению (с учетом индивидуальных типологических характеристик ребенка). 4. Оказание помощи родителям в выборе дополнительных образовательных услуг для ребенка. 5. Подведение итогов совместной деятельности родителей и педагога: обсуждение достигнутых успехов, возникших трудностей, перспектив дальнейшего сотрудничества.
<p>Обучение родителей способам оптимального взаимодействия с ребенком, помощь ему в освоении роли «ученика»</p>	<p>Предоставление родителям памяток (разрабатываются совместно с врачом образовательного учреждения с учетом типа конституции ребенка, успешности адаптации его к школе и индивидуальных особенностей здоровья) по:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оптимальной организации режима дня, 2. Рациональному питанию, 3. Помощи ребенку в успешном освоении в новом образовательном пространстве, 4. Наиболее приемлемым способам взаимодействия с ребенком в семье, 5. Эффективным методикам закаливания и повышения сопротивляемости детского организма к инфекциям.
<p>Повышение заинтересованности родителей в школьной жизни ребенка, его успехах и достижениях</p>	<p>Привлечение родителей к организации и проведению классных мероприятий</p>

Методы изменения отношения к ребенку:

Личный пример взрослого и сверстника. Взрослый, его поведение (слова, чувства, поступки) – эталон, образец, объект подражания для ребенка. Помня, что «слово лишь карлик, а пример – великан», взрослые – должны реализовывать произвольное, социально одобряемое поведение как в общении с детьми, так и друг с другом. Для старшего дошкольника примером, наряду со взрослым, становится и сверстник. Поэтому иногда целесообразно не указывать ребенку-нарушителю на его плохое поведение, а обратить внимание на сверстника, который ведет себя Хорошо или справился с некоторыми недостатками своего поведения. Этим взрослый косвенно подчеркивает, что не плохое поведение, а хорошее заслуживает внимания и одобрения воспитателя. Известно, что чем больше у ребенка арсенал возможных эмоциональных реакций, моделей поведения, тем лучше он адаптирован в окружающем мире.

Игнорирование поведения ребенка. Часто лучший способ прекратить, пресечь нежелательное поведение, например, капризы, перестать на них реагировать, «не замечать». В ответ на демонстративное поведение ребенка взрослый должен ответить на вопрос: «Что будет, если я совсем проигнорирую поведение ребенка?» Если ясно, что ничего не случится, кроме того, что ребенок лишится внимания взрослого, можно смело проигнорировать поведение. Через несколько попыток ребенок понимает, что с помощью каприза цель не достигается, и перестает вести себя подобным образом.

«Разрешение» на поведение. Этот прием противоположен предыдущему. В некоторых случаях взрослый может действовать парадоксально: вместо того чтобы проигнорировать или пресечь неконструктивное поведение ребенка, он поступает прямо наоборот: поощряет, разрешает и поддерживает его. Например, просит ребенка повторить выходку или присоединяет к ней весь класс, группу. Эффект этого приема заключается в том, что неконструктивное поведение, став разрешенным и доступным другим детям, утрачивает свою былую привлекательность, ценность и ребенок отказывается от него.

Изменения (повышение) статуса ребенка в коллективе. Например, несмотря на постоянное неконструктивное поведение, на ребенка возлагается действительно ответственное поручение. Оно может быть разовое – помочь учителю приготовить пособия к занятиям или постоянное – проводить физкультминутки на уроках. Изменение статуса закономерно вынуждает ребенка изменить свое поведение (в соотношении с возложенными на него обязанностями и требованиями ситуации).

Педагогическая поддержка – это определенная реакция взрослого, воспринимаемая ребенком как награда за социально одобряемое, произвольное поведение, за попытку преодолеть неконструктивное поведение. Используя метод педагогической поддержки, взрослые отказываются на время от негативной, критической оценки личности ребенка, его поведения и неуспешных действий, поощряют инициативу и желание ребенка соблюдать правила поведения, сопереживают неудачам, в ясной и понятной не только этому ребенку, но и другим детям, форме выражают готовность прийти на помощь, сотрудничать с ним.

Рекомендации для работы с ребенком с повышенной активностью. Давайте больше возможностей расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе: длительные прогулки, бег, спортивные занятия. Учите, как правильно общаться с другими людьми, как вести себя в общественных местах (театре, транспорте, поликлинике, магазине), как переходить улицу, как просить друга вернуть свою вещь, как разговаривать с незнакомыми взрослыми, а также другим социальным навыкам. Познакомьте с несколькими основными эмоциями, такими как радость, интерес, удивление,

страдание, печаль, отвращение, презрение, гнев. Обращайте его внимание на то, как они проявляются в мимике, жестах, позе, интонациях, темпе и громкости речи.

Рекомендации для работы с агрессивным ребенком большое значение имеет его популярность в группе сверстников. Не умея завоевать авторитет среди детей по-другому, он стремится занять лидерское место в группе с помощью кулаков. Родители могут научить, как повисить свой статус в детском коллективе. Среди младших школьников ценятся внешний вид, красивая одежда, общительность, готовность делиться. Имеет значение интеллектуальный уровень, развитие речи, физическое развитие, ловкость, степень овладения различными видами деятельности. Но главную роль играет уровень развития социальных навыков.

Рекомендации для работы с чувствительным, эмоциональным ребенком ребенка полезно научить считать до десяти перед тем, как что-нибудь сделать. Эта полезная привычка разовьет у него осознанное торможение и самоконтроль. Такому ребенку следует избегать большого скопления людей. Пребывание в магазинах, на рынках оказывает на него чрезмерно возбуждающее действие.

Рекомендации для работы с застенчивым ребенком

помогите расширить круг знакомств. Приглашайте к себе его друзей - он будет чувствовать себя увереннее на своей территории. Берите с собой в гости. В ситуациях вынужденного общения (магазин, поликлиника) подскажите ему слова, которые он сможет повторить дословно, чтобы успешно выстроить взаимодействие с незнакомым человеком.

Способы эффективной помощи ребенку «золотые ключики»:

Ребенку с врожденной осторожностью значительно облегчает вхождение в незнакомую ситуацию спокойный и подробный предварительный рассказ взрослого о том, кто и что ждет, как он должен себя вести, чем ситуация закончится. Не торопите ребенка быстрее вступать в игру с незнакомыми детьми, ему необходимо присмотреться и почувствовать себя в безопасности.

Способы повышения статуса:

Взаимосвязь мотивации и отношения к собственным неудачам и ошибкам, как стимул активности. Прямая взаимосвязь отношения родителей к ошибкам ребенка и отношения ребенка к собственным ошибкам.

Похвала, как способ формирования уверенности и адекватной самооценки.

Как помочь ребенку справиться с негативными чувствами и наладить отношения со сверстниками?

Оказать ребенку эмоциональную поддержку.

Разобраться в причинах происходящего.

Укрепить и развить в ребенке навыки и качества, необходимые для того, чтобы он мог справиться с ситуацией.

Как хвалить ребенка

Хвалите ребенка искренне.

Высказывайте одобрение не только на словах, но невербальными средствами: интонацией, мимикой, жестами, прикосновениями.

Хвалите за конкретные действия, усилия, инициативу.

Не сравнивайте при этом ребенка с другими людьми!

Правила полезной критики:

Разделение критики и чувств.

Доброжелательная критика.

Критика поступков.

Конкретная критика.

Созидательная критика.

Аргументированная критика.

Критика с тренировкой.

ПЗ № 9

Для повышения мотивации учеников учителю предлагается:

- обеспечить у учеников ощущение продвижения вперед, переживание успеха в деятельности, для чего необходимо правильно подбирать уровень сложности заданий и заслуженно оценивать результат деятельности;
- использовать все возможности учебного материала для того, чтобы заинтересовать учеников, ставить проблемы, активизировать самостоятельное мышление;
- организовать сотрудничество учеников на уроке, взаимопомощь, позитивное отношение класса к предмету и учебе в целом;
- самому правильно строить отношения с учениками, быть заинтересованным в их успехах, иметь авторитет;
- видеть индивидуальность ученика, мотивировать каждого, опираясь на уже имеющиеся у ученика мотивы;
- некоторых учеников приходится заставлять учиться, постоянно поощрять или наказывать, привлекать родителей для совместного контроля.

В перечисленных предложениях намечены основные направления работы по развитию внутренней мотивации учеников с использованием системы стимулирования.

Внутренняя мотивация предполагает развитие собственных мотивов школьника, в первую очередь – самоуважения в деятельности, познавательных и социальных мотивов.

Советы учителю

При развитии мотива достижения ориентируйте ребенка на самооценку деятельности:

- Спрашивайте у ребенка: «Ты удовлетворен результатом?» вместо оценки: «Ты хорошо справился с работой».
- Попросите ребенка записывать в специальной тетради цели и задачи, которые он ставит перед собой на день, неделю или четверть.
- Помогайте ребенку увидеть связь между его усилиями и результатами труда.
- После выполнения задания попросите ребенка рассказать, что было особенно трудно и как он с этим справился.
- Обсуждайте причины не только успехов, но и неудач.
- Связывайте учебную информацию с жизненным опытом ребенка.
- Придумайте множество подкреплений. Дайте ребенку возможность самому придумать поощрение или выбрать из уже имеющихся.
- Хвалите за малейшее продвижение в нужном направлении, за позитивные тенденции поведения. Но чем привычнее становится успех, тем реже должна быть похвала.
- Заранее сообщите о правилах и возможных последствиях их нарушения. Сообщая о последствиях проступка, не преувеличивайте. Убедитесь, что Вы можете реально выполнить угрозу. Будьте последовательны в применении наказания.
- Говорите спокойно и твердо. Избегайте мстительного или саркастического тона, иначе скоро Вы услышите его от ребенка.

ПЗ № 10

Направления психолого-педагогического сопровождения по результатам диагностики					
педагог		психолог			родители
цель	формы	цель	формы	цель	формы
Формирование и развитие двигательных умений и способностей, развитие тонких ручных (манипулятивных) действий	предметно-практические действия с предметами, действия с опорой на знаково-символические средства, манипулятивные действия, требующие для своего выполнения «тонкой (мелкой) моторики	Стимулирование двигательной исследовательской активности, развитие способностей решать внезапные, нешаблонные двигательные задачи	действия требующие ориентировки в пространстве собственного тела, разнообразные последовательности действий в соответствии с заранее намеченным планом, действия, требующие умения произвольно поддерживать и регулировать тонус мускулатуры	обращать внимание на то, какой пазон движений является для ребенка привычным, а каких движений недостаточно в его повседневных действиях	действия, обеспечивающие различные виды перемещения ребенка во внешнем пространстве поле бег, прыжки, лазания, ползания и т. д.

Развитие «тонкой» (мелкой) моторики манипулятивных действий.

Игры и упражнения для пальцев рук («пальчиковые игры») – сведение, разведение, манипулирование с мелкими предметами в соответствии с определенными образцами или правилами.

Игры и упражнения с использованием нестандартного оборудования для развития мелкой моторики: пуговицы, полочки, всевозможные мелкие предметы.

- всевозможные вращения и перекачивания мелких предметов кистями рук.
- нанизывания мелких предметов на нитки, связывание их различными способами и т. д.
- построение различных сооружений из мелких предметов (шашки, Домино и т. п.).
- умение осознавать выполняемые действия.

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
14 февраля 2016 г.
Протокол № 5

УТВЕРЖДЕНЫ
на XIX Конгрессе
педиатров России
Москва,
14 февраля 2016 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**АЛГОРИТМ
МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ
К НОВЫМ УСЛОВИЯМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

ФР РОШУМЗ-22-2016

(версия 1.1)

РАЗРАБОТЧИКИ: *Жданова Л.А., Шишова А.В., Бобошко И.Е., Молькова Л.К.,
Нуждина Г.Н., Мандров С.И.*

Федеральные рекомендации «Алгоритм медико-педагогического сопровождения обучающихся в период адаптации к новым условиям образовательной организации» включают необходимые сведения по медико-педагогическому сопровождению обучающихся в период адаптации к новым условиям образовательной организации. Описывается алгоритм контроля за состоянием здоровья детей, оздоровительные мероприятия, а также индивидуальная коррекция нарушений здоровья, возникающих в период адаптации.

Рекомендации «Алгоритм медико-педагогического сопровождения обучающихся в период адаптации к новым условиям образовательной организации» предназначены для врачей-педиатров и медицинских сестер, работающих в отделениях организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, а также руководителей, педагогов и психологов образовательных организаций, сотрудников органов управления здравоохранением и образованием.

Федеральные рекомендации «Алгоритм медико-педагогического сопровождения обучающихся» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 10 от 22.01.2016 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 23 от 22.01.2016 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Жданова Л.А. и др.* Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей в учреждениях здравоохранения и образования. Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Минздрава России; 2003. 220 с.
- *Жданова Л.А. и др.* Межведомственная интеграция в охране здоровья детей школьного возраста. Иваново: ГОУ ВПО ИвГМА Минздрава России; 2004. 359 с.
- *Жданова Л.А.* Системная деятельность организма ребенка при адаптации к школьному обучению. Дисс. ... докт. мед. наук. Иваново; 1990. 488 с.
- *Шишова А.В.* Формирование здоровья детей 7–11 лет и дифференцированная система их медико-педагогического сопровождения при различных программах обучения. Дисс. ... докт. мед. наук. Иваново; 2010. 383 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке протокола.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде

всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании протокола.

Проект протокола был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведен к минимуму.

2. Введение

Поступление ребенка в образовательную организацию сопровождается изменением окружающей его среды, встречей с новыми детьми и взрослыми. При этом меняется режим дня, характер питания, система поведенческих реакций (динамический стереотип) ребенка, возникает необходимость устанавливать новые социальные связи. Эти факторы обуславливают необходимость адаптации к новым условиям жизни с мобилизацией психических и физиологических механизмов, обеспечивающих данный процесс.

В период адаптации у детей школьного возраста могут наблюдаться следующие клинические проявления.

1. Появление негативных эмоционально-поведенческих реакций: страха, агрессии, гнева, депрессии, чрезмерной двигательной активности или общей заторможенности, негативизма, ограничение социальных контактов и познавательной деятельности.

2. Появление пограничных нервно-психических расстройств:

- гипердинамического синдрома, проявляющегося двигательной расторможенностью, агрессивностью, взрывчатостью;
- синдрома навязчивых движений (сосание пальцев, обкусывание ногтей, навязчивое покашливание, закручивание волос, выщипывание ресниц и бровей, различные тики и т. д.);
- фобического синдрома, проявляющегося пугливостью, различными страхами (ночные страхи, страх плохой отметки, учителя, наказания и т. д.);
- астенического синдрома, характеризующегося повышенной утомляемостью,

общей слабостью, снижением умственной и физической работоспособности и успеваемости;

- соматовегетативного синдрома в виде нарушения сна, головных болей, кардиалгий, респираторно-аффективных нарушений, энуреза, снижения аппетита, болей в животе, тошноты, рвоты, расстройства стула, энкопреза, беспричинного субфебрилитета, аллергических сыпей;

- синдрома патохарактерологических реакций -отказ от учебы, уход с уроков, нежелание выполнять требования старших, уход из дома и др.

3. Недостаточная прибавка или потеря массы тела, возможно замедление темпов роста, снижение уровня гемоглобина.

4. У подростков может наблюдаться замедление темпов полового созревания.

5. Учащение острой респираторной заболеваемости, формирование хронической патологии.

6. Снижение остроты зрения и нарушение осанки.

7. Артериальные гипо- или гипертензивные реакции.

Клинические проявления адаптационного синдрома зависят от возраста ребенка, уровня его физического и интеллектуального развития, состояния здоровья, т. е. от степени соответствия его психофункциональных возможностей требованиям и условиям образовательного учреждения.

Дети, имеющие низкие психофункциональные возможности, труднее адаптируются к новым микросоциальным условиям. У них развивается выраженная и длительная эмоционально-стрессовая реакция, которая приводит к неблагоприятному течению адаптации и формированию нарушений здоровья дизадаптационного генеза. Эти положения диктуют необходимость организации медико-педагогического сопровождения детей в период их адаптации к образовательному учреждению и проведения мероприятий по профилактике и коррекции дизадаптационных расстройств здоровья.

3. Описание метода

Медико-педагогическое сопровождение детей в период адаптации детей к новым условиям образовательной организации проводится по следующим направлениям:

1) контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации (диагностический этап);

2) организация жизни детей в период адаптации (оздоровительный этап);

3) индивидуальная коррекция нарушений здоровья, возникших в период адаптации (коррекционный этап).

Контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации осуществляется с первых дней пребывания ребенка в школе. Медицинским персоналом на каждого ребенка заводится «Лист наблюдения за адаптацией», первая страница которого заполняется педагогами; вторая страница – медицинскими работниками. В период адаптации ребенка «Лист наблюдения за адаптацией» (Приложение 1) находится у учителя.

Медицинская сестра при участии учителя осуществляет наблюдение за адаптацией детей по следующим критериям (табл. 1):

1 критерий – динамика эмоционально-поведенческих реакций.

С помощью специальных шкал (Приложение 2) учитель оценивает следующие поведенческие реакции: сниженное настроение, социальные контакты, игровая деятельность, познавательная деятельность, дисциплина, агрессия, страх, дви-

гательная активность, сон, аппетит. Характеристика проводится по 10-балльной системе со знаком + или -, т. е. от -10 до +10. Учитель суммирует баллы по всем параметрам. Оценку каждой эмоционально-поведенческой реакции и сумму баллов он заносит в соответствующую таблицу в листе адаптации.

После каждой оценки эмоционально-поведенческих реакций медсестра анализирует результаты, выявляет детей, имеющих отрицательные оценки или значительное снижение даже при положительном их значении (например, с +50 до +30). Такая динамика отражает нарастание психо-эмоционального напряжения и может предшествовать заболеванию у ребенка. Медсестра информирует об этих детях врача-педиатра.

2 критерий – возникновение симптомов пограничных нервно-психических расстройств (невротических реакций). Их активное выявление проводят посредством анкетирования родителей. Используется анкета, представленная в Приложении 3. Начиная с 5-го класса, возможно анкетирование самих учащихся. У детей в зависимости от продолжительности, обилия и выраженности симптоматики невротические реакции могут быть слабо, умеренно и значительно выраженными.

Слабо выраженные невротические реакции диагностируются при наличии жалоб в одной или двух анкетах. Они проявляются чаще легкими астеническими или соматовегетативными расстройствами и не приводят к нарушению социальной адаптации. Умеренно выраженные невротические реакции фиксируются в нескольких анкетах и могут сохраняться до завершения периода адаптации. У этих детей, наряду с выраженной астенизацией, увеличивается частота соматовегетативных расстройств, появляются гипердинамический синдром, патологические привычные действия и различные страхи. В большинстве случаев эти нарушения могут быть скорректированы режимными и педагогическими мероприятиями.

Значительно выраженные невротические реакции – это пограничные с неврозом состояния, требующие медицинской коррекции. Они сохраняются в течение всего периода адаптации, отличаются особой длительностью и выраженностью астенизации, соматовегетативными и гипердинамическими проявлениями.

3 критерий – динамика массы тела; измерение этого показателя проводит медицинская сестра;

4 критерий – контроль гемоглобина; проводится по назначению врача, если вес ребенка снижается или не имеет тенденции к увеличению.

5 критерий – динамика остроты зрения; ее измерение проводит медицинская сестра;

6 критерий – выявление нарушений осанки; проводится медицинской сестрой;

7 критерий – контроль за артериальным давлением; осуществляется медицинской сестрой;

8 критерий – частота острой респираторной заболеваемости (ОРЗ), появление хронических заболеваний и число их обострений.

9 критерий – оценка полового развития; проводится врачом в период перехода детей к предметному обучению.

Таблица 1

Медико-педагогические критерии
наблюдения за адаптацией детей школьного возраста

	1 класс	5 класс
Педагог (учитель начальных классов или классный руководитель)		
Оценка эмоционально-поведенческих реакций	1 четверть – 1 раз в 2 недели, 2,3,4 четверть – в конце каждой четверти	
Оценка успеваемости	В конце каждой четверти	
Оценка адаптации в коллективе	В конце 1 четверти и в конце года	
Медицинская сестра		
Выявление симптомов пограничных нервно-психических расстройств	в конце каждой четверти	1 раз в полугодие (конец 2 и 4 четвертей)
Динамика массы тела	в конце каждой четверти	конец каждого полугодия
Контроль гемоглобина	по назначению врача, если вес ребенка снижается или не имеет тенденции к увеличению	
Динамика остроты зрения	в конце полугодия	в конце учебного года
Выявление нарушений осанки	в конце полугодия	в конце учебного года
Контроль за АД	в конце полугодия	в конце каждой четверти
Частота ОРЗ, появление хр. заболеваний и число их обострений	в конце каждой четверти	
Оценка полового развития	–	в конце года

Результаты наблюдения за адаптацией детей по 2–9-м критериям медицинской сестрой заносятся в раздел «Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей» «Листа наблюдения за адаптацией».

Медицинская сестра школы в конце каждой четверти анализирует листы адаптации и выделяет детей, имеющих отклонения по перечисленным выше критериям. Эти дети консультируются педиатром, а по показаниям – психологом и врачами-специалистами. При необходимости даются рекомендации по облегчению адаптации. Результаты обследования и назначенные мероприятия вносятся в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000). В «Листе наблюдения за адаптацией» указываются медицинские рекомендации по ее облегчению.

За адаптацией детей наблюдают не только медицинские работники, но и педагоги.

Педагогические критерии контроля за течением адаптации детей включают в себя:

- оценку эмоционально-поведенческих реакций (описана выше);
- оценку успеваемости ребенка, которую проводит по четвертям учи-

тель, проставляя в лист адаптации средний балл по основным гуманитарным и естественным наукам. Слабо успевающим детям даются педагогические рекомендации;

– оценку адаптации в коллективе (социометрический статус) проводит психолог, а при его отсутствии учитель. Выявляются дети «непринятые, изолированные в коллективе, а также – лидеры и принятые. Эта оценка подчеркивается в листе адаптации. Дети, непринятые или изолированные в коллективе сверстников, имеют нарушение адаптации в коллективе.

Детям, имеющим негативную динамику эмоционально-поведенческих реакций, слабоуспевающим, с нарушением адаптации в коллективе, педагоги и психологи дают рекомендации по облегчению адаптации, которые заносятся в соответствующий раздел листа наблюдения за адаптацией.

Оценку течения адаптации детей к организованному коллективу проводят врач и медсестра.

У школьников оценка течения адаптации проводится в конце учебного года педиатром и педагогом. При этом обязательно учитываются результаты профилактического осмотра, проведенного в конце учебного года: лабораторного обследования учащихся и осмотра детей врачами-специалистами. Педиатр дает заключение по течению адаптации. При благоприятном течении адаптации допускается появление слабо выраженных невротических реакций и (или) снижение массы тела (в одной учебной четверти). При условно-благоприятном течении допускаются проявления умеренно выраженных невротических реакций (на протяжении двух-трех четвертей, но исчезающих к концу учебного года) и (или) наличие отдельных функциональных нарушений и (или) недостаточной прибавки массы тела. При неблагоприятном течении наблюдаются выраженные невротические реакции, учащение острых заболеваний, появление нескольких функциональных расстройств или хронических заболеваний.

В «Листе наблюдения за адаптацией» педиатром подчеркивается вариант заключения по ее течению у данного ребенка. В случае неблагоприятного течения указывается конкретная патология: развитие невротической реакции (какой), учащение ОРЗ, появление соматического заболевания или функциональных расстройств (каких).

Педагог-психолог школы в «Листе наблюдения за адаптацией» дает заключение, указывая неуспеваемость и нарушение адаптации в коллективе.

Далее педиатром в листе адаптации подчеркивается вариант интегральной медико-психологической оценки течения адаптации ребенка к обучению, которая состоит из двух показателей: состояние здоровья (З) и течение адаптации (А) к учебе и коллективу.

Знак З(+) подчеркивается при отсутствии отклонений в состоянии здоровья в период адаптации, а знак З(-) при их наличии.

Знак А (+) подчеркивается, если ребенок является лидером или принятым в коллективе и имеет хорошую успеваемость. Знак А± подчеркивается, если ребенок не принят или изолирован в коллективе или имеет удовлетворительную и неудовлетворительную успеваемость. Знак А(-) подчеркивается, если ребенок является непринятым или изолированным в коллективе при неуспеваемости.

По результатам интегральной медико-педагогической оценки детям даются рекомендации по дальнейшему обучению (табл. 2).

Таблица 2

Медико-педагогические рекомендации по дальнейшему обучению

Оценка адаптации	Рекомендации
A+3+	не нуждаются в дальнейшем специальном наблюдении врача и психолога, им можно рекомендовать обучение по программам повышенной сложности
A± 3-	требуют наблюдения психолога и врача, если отмечается низкая успеваемость, целесообразен перевод на обучение по программам меньшей сложности
A±3+	нуждаются в дальнейшем наблюдении психолога
A+3-	нуждаются в дополнительной консультации психолога и семейном консультировании, им необходима комплексная медико-психологическая реабилитация
A-3-	нуждаются в срочном переводе на обучение по программам меньшей сложности
A-3+	требуется консультация психолога

Учащимся, имеющим неблагоприятные варианты интегральной медико-психологической оценки течения адаптации, даются медико-педагогические рекомендации по наблюдению за ними в следующем классе. В конце учебного года «Листы наблюдения за адаптацией» вклеиваются в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений» (форма № 026/у-2000).

Организация условий жизни в период адаптации к обучению включает в себя создание в школе санитарно-гигиенических условий обучения, режима учебных занятий, расписания уроков, физического и трудового воспитания и питания, полностью соответствующих действующим санитарным нормам и правилам. Необходим тщательный медицинский контроль за их соблюдением.

Оздоровительные мероприятия необходимо проводить по следующим направлениям:

1. Повышение резистентности и расширение адаптационных возможностей организма.

Следует обратить внимание на качество питания и его сбалансированность до поступления ребенка в новый коллектив и при адаптации к нему. Этот раздел подробно описывается в рекомендациях по организации медицинской помощи обучающимся ФР РОШУМЗ-11-2014 «Медицинская профилактика болезней органов пищеварения (класс XI МКБ-10) обучающихся в образовательных организациях».

В целях повышения резистентности организма применяют массаж биологически активных точек. Для профилактики перекрестного инфицирования осуществляют ионизацию воздуха в помещениях и распыление летучих фитонцидов. Для профилактики нарушений здоровья учащихся широко используют закаливающие процедуры, утренний оздоровительный бег, а также элементы дыхательной гимнастики.

2. Снятие зрительного утомления.

Это направление реализуется в соответствии с рекомендациями по организации медицинской помощи обучающимся ФР РОШУМЗ-9-2014 «Медицинская профилактика болезней глаза и его придаточного аппарата (класс VII МКБ-10) обучающихся в образовательных организациях».

3. Уменьшение статического напряжения опорно-двигательного аппарата.

Эти мероприятия организуются в соответствии с рекомендациями по организации медицинской помощи обучающимся ФР РОШУМЗ-8-2014 «Медицинская профилактика болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (класс XIII МКБ-10) обучающихся в образовательных организациях».

4. Снижение психоэмоционального напряжения и улучшение деятельности ЦНС.

Для снижения эмоционального напряжения эффективным средством является функциональная музыка; она может сопровождать основные режимные моменты: подготовку учащихся к утренней гимнастике, начало и окончание урока (вместо традиционного звонка), физкультминутки, игры на переменах, отход ко сну и подъем. Основным критерием подбора музыки является соответствие ее темпа и ритма функциональному состоянию ребенка. Ритмичная, маршевая мелодия возбуждает, повышает эмоциональный тонус, позволяет быстрее сбросить напряжение урока. Медленная мелодичная музыка успокаивает, расслабляет. Выбрать музыку в соответствии с этими принципами может педагог совместно с врачом и музыкальным работником.

Для снятия психоэмоционального напряжения педагог может использовать методику мышечной релаксации, то есть расслабления. Предполагается, что ребенок, расслабляя определенные группы мышц, может добиться состояния успокоения и отдыха. Релаксация достигается следующим образом: дети принимают удобную позу, закрывают глаза, слегка опускают нижнюю челюсть, будто пытаются произнести звук «ы», стремятся расслабить все мышцы лица, ни о чем не думать и вызвать у себя ощущение полного спокойствия. Сеанс мышечного расслабления длится 3–4 минуты и повторяется 4–5 раз в день.

Для профилактики пограничных нервно-психических расстройств возможно создание в школах комнат психологической разгрузки для детей и учителей, использование специальных игр психопрофилактической направленности, детских рисунков, сеансов аутогенной тренировки, обучение школьников и педагогов методам снятия психоэмоционального стресса.

Медико-педагогическая коррекция всегда индивидуальна и проводится по мере выявления дизадаптационных расстройств. При наличии признаков нарушения адаптации (симптомов пограничных нервно-психических расстройств, снижения массы тела, учащении ОРЗ и т. д.) педиатром назначаются корректирующие мероприятия. Он же решает вопрос о консультациях врачами-специалистами.

В случае диагностики неблагоприятного течения адаптации дети должны быть взяты на диспансерный учет. Если период адаптации сопровождался увеличением острой заболеваемости, ребенок должен проходить диспансеризацию и реабилитацию по программе часто болеющих детей. Если неблагоприятную адаптацию ребенка определило возникновение пограничных нервно-психических расстройств, к реабилитации таких детей должны привлекаться психологи и неврологи. Им необходимо продолжение проведения медико-педагогической коррекции. Важную роль в успехе дальнейшей реабилитации таких детей имеет семейное медико-психологическое консультирование.

4. Показания и противопоказания к использованию алгоритма

Данный алгоритм предназначен для федеральных и региональных органов здравоохранения и образования, специалистов в области охраны здоровья детей, педагогов, психологов и врачей-педиатров образовательных организаций.

Противопоказаний нет.

5. Список нормативно-методических документов

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
3. Федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся. Available et: <http://niigd.ru/okazanie-medicinskoj-pomoshhi-v-obrazovatelnyx-organizaciyax/protokoly-okazaniya-pmsp-nesovershennoletnim-obuchayushhimsya-v-obrazovatelnyx-organizaciyax.html>
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. №1346н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»[#].
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
6. Приказ № 60 Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» от 14.03.95 г.
7. Приказ № 241 Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений» от 3.07.00 г.
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ № 186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях » от 30.06.92 г.

6. Форма учета результатов алгоритма медико-педагогического сопровождения обучающихся (Приложение 1).

7. Приложения

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

Лист наблюдения за адаптацией первоклассников к школе

Ф.И.О. ребенка _____ Школа _____ Класс _____

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)	Учебная четверть				Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Медико-педагогическая оценка течения адаптации (подчеркнуть)
	1	2	3	4		
Нарушения сна						<p>Заключение педиатра: Благоприятное Условно-благоприятное Неблагоприятное: а) с развитием невротической реакции (какой): б) с учащением ОРЗ; в) с появлением соматического заболевания или функциональных расстройств (каких). Заключение педагога-психолога: а) неуспеваемость; б) нарушение адаптации в коллективе. Интегральная оценка: А + 3 + А ± 3 – А + 3 – А ± 3 + А – 3 – А – 3 + Рекомендации по наблюдению за ребенком во втором классе:</p>
Нарушения аппетита						
Головные боли						
Боли в сердце						
Боли в животе						
Энурез, энкопрез						
Раздражительность						
Плаксивость						
Утомляемость (повышенная)						
Истощаемость внимания						
Страхи (ночные, темноты и др.)						
Навязчивые движения						
Двигательная расторможенность						
Вредные привычки						
Число перенесенных заболеваний						
Снижение остроты зрения	–		–			
Нарушение осанки	–		–			
Масса тела						
Контроль НВ по показаниям						
АД		–		–		
Прочие изменения здоровья						

Появление признака обозначается знаком «+» Врач _____ Педагог _____

Лист наблюдения за адаптацией школьников при переходе к предметному обучению

Ф.И.О. ребенка _____ Школа _____ Класс _____

Эмоционально-поведенческие реакции (заполняет педагог)

Уч. четверть	Неделя	Дата регистрации	Снижение настроения	Социальные контакты	Познавательная деятельность	Дисциплина	Агрессия, гнев	Страх	Двигательная активность	Сумма
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	18									
	29									
	40									

Успеваемость (Педагогические рекомендации заполняет педагог) по облегчению адаптации

Учебная четверть	Средний балл по основным предметам	
	Гуманитарные	Естественные
1		
2		
3		
4		
За год		

Адаптация в коллективе (социометрический статус) – по заключению психолога:

лидер, принятый, непринятый, изолированный.

Во время контроля за адаптацией лист находится у педагога, при завершении наблюдения вклеивается в медицинскую карту.

Лист наблюдения за адаптацией школьников при переходе к предметному обучению

Ф.И.О. ребенка _____ Школа _____ Класс _____

Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирования родителей (заполняется медперсоналом)	Учебная четверть				Медицинские рекомендации по облегчению адаптации и заключения специалистов	Медико-педагогическая оценка течения адаптации (подчеркнуть)
	1	2	3	4		
Нарушения сна	-	-	-	-		<p><i>Заключение педиатра:</i> Благоприятное Условно-благоприятное Неблагоприятное: а) с развитием невротической реакции (какой); б) с участием ОРЗ; в) с появлением соматического заболевания или функциональных расстройств (каких). <i>Заключение педагога-психолога:</i> а) успеваемость; б) нарушение адаптации в коллективе. <i>Интегральная оценка:</i> А + 3 + А ± 3 – А + 3 – А ± 3 + А – 3 – А – 3 + <i>Рекомендации по наблюдению за ребенком во втором классе:</i></p>
Нарушения аппетита	-	-	-	-		
Головные боли	-	-	-	-		
Боли в сердце	-	-	-	-		
Боли в животе	-	-	-	-		
Энурез, энкопроз	-	-	-	-		
Раздражительность	-	-	-	-		
Плаксивость	-	-	-	-		
Утомляемость (повышенная)	-	-	-	-		
Истощаемость внимания	-	-	-	-		
Страхи (ночные, темноты и др.)	-	-	-	-		
Навязчивые движения	-	-	-	-		
Двигательная расторможенность	-	-	-	-		
Вредные привычки	-	-	-	-		
Число перенесенных заболеваний	-	-	-	-		
Снижение остроты зрения	-	-	-	-		
Нарушение осанки	-	-	-	-		
Масса тела	-	-	-	-		
Контроль Нв по показаниям						
АД						
Отклонения полового развития	-	-	-	-		
Прочие изменения здоровья						

Появление признака обозначается знаком «+»

Врач _____

Педагог _____

Шкала для оценки
эмоционально-поведенческих реакций учащихся

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИИ		БАЛЛ
I. Пониженное настроение (депрессия)		
1	Поведение без признаков депрессии	+ 10
2	Эпизодические проявления сниженного настроения	+7
3	Легкая депрессия, из которой ребенок выходит в случае интересных занятий, игр	+2
4	Депрессия умеренная: задумчив, вял, рассеян, вовлекается в процесс с трудом	-3
5	Депрессия отчетливо выражена	-6
6	Выраженная «активная» депрессия: негативное отношение к школе	-8
7	Полное нежелание идти в школу. Идет со слезами, в сопровождении родителей	-10
II. Социальные контакты		
1	Легко, уверенно входит в контакт	+10
2	Активно ищет и устанавливает социальные контакты с незнакомыми сверстниками	+8
3	Инициативы в установлении контактов не проявляет, но при случае выражает готовность «сотрудничать» со сверстниками	+4
4	Избирателен в общении из-за робости, малоинициативен	-9
5	Активно не поддерживает социальных контактов	-5
6	Замкнут, недоверчив, находится в добровольной изоляции	-9
III. Познавательная деятельность		
1	Активно, с интересом участвует в занятиях. Старателен, старается все делать лучше, чем другие	+10
2	Без принуждения участвует в занятиях, во всем пытается разобраться сам	+8
3	Проявляет избирательный интерес к определенным видам занятий и остается безучастным к другим	+2
4	Учится без видимого желания, формально, принуждая себя	-7
5	К учебе не проявляет интереса, тяготеет к ней	-10
IV. Дисциплина		
1	С особой тщательностью и усердием выполняет все требования, нередко старается превосходить их	+10
2	Выполняет почти все требования родителей. Усидчив, старателен, мало отвлекается	+8
3	Пытается идти в ногу с классом, но это не всегда удается, ввиду несобранности и отвлекаемости	+2
4	Требования учителя выполняет неохотно, формально	-3
5	На уроках отвлекается, часто занят посторонним делом или «отсутствует»	-5
6	Игнорирует требования учителя, а иногда поступает вопреки им	-9
V. Реакция агрессии, гнева		
1	Гнев проявляется редко и в адекватной ситуации	+9
2	Гнев практически отсутствует в силу характерологических особенностей – умения все решать мирным путем, не унижая своего достоинства	+8
3	Гнев отсутствует в связи со сниженным настроением от пребывания в школе, но ребенок еще может защитить себя	-3
4	Гнев отсутствует совершенно, ребенок не может постоять за себя, а иногда убегает от обидчика	-9

5	Не всегда мотивированные проявления агрессии в отношении сверстника	-4
6	Отчетливые и частые проявления агрессии в отношении сверстников и даже учителя	-8
7	Агрессия иногда достигает силы аффекта. Школьник озлоблен, дерзит, вступает в пререкания с персоналом школы или учителем. В знак протеста хулиганит, паясничает, может уйти из школы	-10
VI. СТРАХ		
1	Страх отсутствует	+10
2	Эпизодически робок, застенчив и стеснителен	+5
3	Ребенок явно робок и застенчив, легко теряется при попытке выяснить какой-либо вопрос	-3
4	Указанные черты выражены	-6
5	В случае выраженной тревоги и неуверенности ученик ищет защиты у учителя или более зрелых сверстников. В некоторых случаях предпочитает остаться дома	-9
VII. ИГРОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ		
1	Заводила в играх, выдумывает новые варианты игр	+9
2	Эпизодически может принимать участие в играх по собственной инициативе	+6
3	Присматривается к игре с любопытством	+3
4	Интереса к играм не проявляет, но при активном побуждении может кратковременно и без особого желания участвовать в некоторых играх	-2
5	К играм не проявляет никакого интереса. Попытки привлечь к игре не приводят к успеху	-7
VIII. ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ В ПЕРЕМЕНУ		
1	Двигательная активность очень высокая и проявляется в шумных развлечениях, шалостях	+8
2	Подвижен, оживлен, бегает по коридору, скачет и прочее	+6
3	Двигательная активность низкая	+1
4	Не может найти себе подходящего места и занятия. Двигательная активность крайне низкая	-8
IX. ОБЩЕЕ САМОЧУВСТВИЕ		
1	Жалоб не предъявляет, после занятий чувствует себя бодрым и свежим	+10
2	Активно не жалуется, но в беседе можно выявить чувство "рабочей" усталости после занятий	+7
3	Жалуется на недомогание, головную боль, дисфункцию желудочно-кишечного тракта и т.д. при отсутствии в анамнезе соответствующих заболеваний	-3
4	Усиление жалоб, имеющих в основе функциональную или органическую патологию	-6
5	Жалобы принимают характер устойчивой симуляции	-8
6	Появление или усиление вредных привычек или невротических расстройств	-10

АНКЕТА

Уважаемые родители! Для более полного суждения о состоянии здоровья вашего ребенка вам необходимо знать, не появились ли у него перечисленные жалобы. Если да, просим указать какие, сроки их появления, а также длительность жалоб. Если эти жалобы были раньше, просим указать, с какого времени они появились и после чего.

I часть

1. Нарушения сна: более длительный период засыпания, поверхностный беспокойный сон, разговаривает во сне, вскрикивает во сне.
2. Нарушение аппетита: отказ от пищи, снижение аппетита.
3. Головные боли (указать время суток).
4. Боли в области сердца.
5. Боли в животе.
6. Повышенная потливость.
7. Недержание мочи и кала.

II часть

1. Заметная двигательная расторможенность, неусидчивость, неспособность сидеть спокойно даже при чтении, просмотре телевизионных передач.
2. Стал менее внимательным, неспособным длительно концентрировать внимание.
3. Беспричинная раздражительность, грубость, стремление ударить.
4. Беспричинные колебания настроения (снижение настроения, повышенная плаксивость, вялость, другие).
5. Страхи (нового, темноты, одиночества, страх животных, ночные страхи, страх перед школой: боязнь учителя, получить плохую оценку, отвечать), тревога за своё здоровье.
6. Повторяющиеся навязчивые движения: мигание, наморщивание лба, носа, движение головой в сторону, облизывание губ, хмыканье, покашливание, сосание пальца, кусание ногтей, подергивание волос, онанизм.
7. Стремление к непослушанию, грубости (особенно в ответ на замечания), стремление сделать назло.
8. Отказ разговаривать, «уходит» в себя в ответ на замечания, отказ выполнять требования.
9. Чувство отчаяния, отказ от обычных желаний.
10. Уныние, подавленность, скука, стремление к уединению, уходы из дома, бродяжничество.
11. Другие жалобы.

Приложение 4**Инструкция по заполнению листа наблюдения за адаптацией учащихся**

Лист наблюдения за адаптацией состоит из двух частей: первая страница заполняется и хранится в течение года наблюдения педагогами и в конце учебного года передается врачу; вторая страница – медицинскими работниками.

В верхней части «Листа наблюдения...» заполняется паспортная часть. Первая страница имеет три раздела: «Эмоционально-поведенческие реакции», «Успеваемость», «Педагогические рекомендации по облегчению адаптации».

Эмоционально-поведенческие реакции оцениваются педагогом по специальным шкалам для оценки эмоционального профиля учащихся при адаптации к школе (Приложение 2). Эта оценка проводится в I четверти 1 раз в неделю, а во II и III четвертях – в конце каждой четверти. Педагог оценивает каждый из 9 основных показателей поведения ребенка: сниженное настроение, социальные контакты, познавательная деятельность, дисциплина, агрессия, страх, игровая деятельность, двигательная активность в перемену, общее самочувствие и проставляет результат в баллах соответственно в горизонтальной строке. Оценка в баллах проводится со знаком плюс (+) или минус (-). Знак (-) свидетельствует о неблагоприятном изменении эмоционального состояния ребенка. Суммируя все оценки со знаком (+) или (-), педагог получает оценку, которую выставляет в крайней левой графе «Сумма».

Учитель проставляет в разделе «Успеваемость» средний балл учащегося в конце каждой четверти и в целом за год.

По результатам наблюдения за ребенком и его адаптацией к коллективу психолог (а при его отсутствии учитель) проводит оценку социометрического статуса со следующим заключением: «лидер», «принятый», «непринятый», «изолированный». По результатам оценки справа в крайней колонке педагогом даются рекомендации по облегчению адаптации первоклассника.

Медицинская страница «Листа наблюдения...» имеет три раздела. Первый раздел «Динамика состояния здоровья по результатам медицинского наблюдения и анкетирование родителей» заполняется медсестрой на основании анкетирования родителей, проводимого у первоклассников в конце каждой учебной четверти, при переходе к предметному обучению и на третью ступень обучения – один раз в полугодие (в конце II и IV четверти). Слева в столбик перечислены невротические реакции и другие патологические отклонения, которые могут возникнуть у ребёнка в периоде адаптации, а именно: нарушение сна, аппетита, головные боли, боли в области сердца, боли в животе, энурез, энкопрез, раздражительность, плаксивость, утомляемость, истощаемость внимания, страхи (темноты, одиночества, животных, ночные), навязчивые движения, двигательная расторможенность, появление вредных привычек. При возникновении перечисленных симптомов в строке справа от соответствующего симптома выносится знак плюс в соответствии со временем его появления.

Определение массы тела проводится у первоклассников в конце каждой четверти, при переходе к предметному обучению и на третью ступень обучения – один раз в полугодие (в конце II и IV четверти). При снижении массы тела и (или) отсутствии ее прибавки проводится контроль уровня гемоглобина. Данные заносятся в соответствующие разделы. Выявление нарушений «Снижение остроты зрения», «Нарушение осанки» проводится в II и IV четвертях. Измерение артериального давления про-

водят первоклассникам в I и III четверти, при переходе к предметному обучению и на III ступень обучения – в конце каждой четверти. В конце учебного года у всех детей подсчитывается число перенесенных ребенком заболеваний и вносится в соответствующую графу, при переходе к предметному обучению и на третью ступень обучения проводится оценка полового развития и заполняется соответствующая графа. Графы «Вредные привычки», «Появление других заболеваний», «Прочие изменения здоровья» заполняются в случае появления данной патологии.

Врачебному осмотру подлежат все школьники по мере выявления нарушений в состоянии здоровья. Медсестра школы в конце каждой четверти анализирует листы адаптации и выделяет детей, имеющих отрицательные эмоционально-поведенческие реакции, симптомы невротизации, недостаточную прибавку массы тела, учащение острой заболеваемости, снижение остроты зрения и нарушение осанки. Дети, имеющие данные отклонения, консультируются с педиатром школы, а по показаниям – врачами-специалистами. При необходимости даются рекомендации по снижению тяжести течения адаптации.

Раздел «Медико-педагогическая оценка течения адаптации» заполняется в конце учебного года педиатром. Подчеркивается заключение педиатра по течению адаптации: благоприятное, условно-благоприятное, неблагоприятное. Критериями завершения адаптации школьника является стойкая стабилизация эмоционально-поведенческих реакций.

При благоприятном течении адаптации допускается появление слабо выраженных невротических реакций и (или) снижение массы тела (в одной учебной четверти). При условно-благоприятном течении адаптации школьника к обучению допускаются проявления умеренно выраженных невротических реакций (на протяжении двух-трех четвертей, но регрессирующих к концу учебного года) и (или) наличия отдельных функциональных нарушений и (или) недостаточной прибавки массы тела.

При неблагоприятном течении адаптации школьника к обучению наблюдаются выраженные невротические реакции, учащение острых заболеваний, появление нескольких функциональных расстройств или хронических заболеваний. В заключении в этом случае подчеркивается имеющаяся у ребенка патология.

Педагог-психолог в результате работы с ребенком делает собственное заключение: неуспеваемость или нарушение адаптации в коллективе (подчеркивает).

На заседании медико-психолого-педагогического консилиума педиатром подчеркивается вариант интегральной медико-психологической оценки течения адаптации ребенка к обучению, которая состоит из двух показателей: состояние здоровья (З) оценивается врачом, а течение адаптации к школьным факторам: учебе и коллективу (А) – психологом.

Знак З (+) выставляется при отсутствии негативной динамики в состоянии здоровья в период адаптации, а знак З (-) при ее наличии.

Знак А (+) выставляется детям с благоприятным социометрическим статусом и хорошей успеваемостью.

Знак А (\pm) выставляется, если ребенок не принят или изолирован в коллективе или имеет низкую (удовлетворительную и неудовлетворительную) успеваемость.

Знак А (-) выставляется при неблагоприятном социометрическом статусе (не принятый или изолированный в коллективе) и низкой успеваемости.

Листы адаптации после завершения контроля за течением адаптации (в конце учебного года) вклеиваются в Медицинскую карту ребенка для образовательного учреждения (форма № 26/у-2000).

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
14 февраля 2016 г.
Протокол № 5

УТВЕРЖДЕНЫ
на XIX Конгрессе
педиатров России
Москва,
14 февраля 2016 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ
ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
НА ДОВРАЧЕБНОМ ЭТАПЕ**

ФР РОШУМЗ-26-2016

(версия 1.1)

РАЗРАБОТЧИКИ: Чубаровский В.В., Кучма В.Р., Рапопорт И.К., Соколова С.Б.,
Катенко С.В., Лабутьева И.С

Федеральные рекомендации «Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях на доврачебном этапе» содержат алгоритм ранней диагностики и профилактики последствий психических расстройств у лиц детского и подросткового возраста, нуждающихся в неотложной медицинской помощи на доврачебном этапе.

Федеральные рекомендации «Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях на доврачебном этапе» подготовлены с учетом междисциплинарности проблемы и предназначены для врачей, среднего медицинского персонала, работающего в образовательных учреждениях и в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинских организаций, администрации образовательных организаций, педагогам и психологам.

Федеральные рекомендации «Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях на доврачебном этапе» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 10 от 22.01.2016 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 23 от 22.01.2016 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов.
- *Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.
- *Шевченко Ю.С., ред.* Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. М.: Медицинское информационное агентство; 2011.
- Психиатрия. Национальное руководство. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2009. 1000 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Ранняя диагностика пароксизмально или быстро развивающихся, выраженных психических расстройств обеспечивает предупреждение состояний несущих прямую угрозу жизни, здоровью пациентов, а также тяжелых последствий для микросоциальной группы организованных детских коллективов. Предложенный алгоритм и методика существенно снижает организационные, трудовые и материальные затраты на проведение профилактических и лечебных мероприятий, унифицирует подходы к оказанию доврачебной помощи и обеспечивает междисциплинарный характер мероприятий.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

Проблема сохранения и укрепления психического здоровья детей и подростков приобрела в последние десятилетия в России исключительное значение. В первую очередь это обусловлено ростом различных форм девиантного поведения. Страна продолжает занимать ведущее место в мире по частоте детских и подростковых суицидов.

В связи с увеличением информационной нагрузки отмечаются новые формы расстройств, получивших название «информационная зависимость» (компьютерная, интернет-зависимость, информационно-коммуникативные патохарактерологические реакции и прочее), проявляющееся агрессивными и аутоагрессивными поведенческими девиациями.

По данным многолетних клинико-эпидемиологических исследований частота встречаемости нозологически очерченных состояний у учащихся подростков достигает 10–12%. Более чем у 60% отмечаются так называемые «предболезненные» состояния. Исключительное значение имеют пароксизмально или остро развивающиеся психические расстройства, зачастую несущие прямую угрозу жизни ребенка или представляющие опасность для окружающих. Это, в первую очередь, симптоматика выключенного или помраченного сознания сопровождающиеся выраженным психомоторным возбуждением (делирий, сумеречное

помрачение сознания, оглушенность, сопор, кома). Ранняя диагностика и профилактика данных состояний затруднена, но требует неотложных медицинских мероприятий. Рост числа данных нарушений обусловлен значительным увеличением факторов риска их возникновения – любая развивающаяся соматическая катастрофа, острая интоксикация (алкогольная, наркотическая, токсикоманическая, «спайсы» и пр.), острые психогенные шоковые реакции (катастрофы, теракты, насилие с угрозой жизни), эпилептиформные состояния и др.

Значительная часть симптомокомплексов относится к психическим расстройствам V класса МКБ-10, включая 9-й раздел «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F00-F99), что вызывает при организации помощи детям и подросткам на доврачебном этапе выраженные организационные проблемы. Аналогичные проблемы возникают при суицидальных проявлениях и агрессивном поведении детей и подростков. Психиатрия является единственной медицинской дисциплиной, регулируемой документом прямого действия Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», включающим статью о возможности недобровольного обследования, консультирования и госпитализации.

Настоящие рекомендации позволяют выделить для неспециалиста признаки развития urgentных психопатологических состояний и предложить алгоритм действий медицинского персонала и администрации образовательных организаций в отношении обучающегося, нуждающегося в срочной медицинской консультации, в связи с особенностями их психического состояния.

3. Алгоритм профилактики неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях

Профилактика неотложных состояний включает раннюю диагностику психической патологии различной степени выраженности у детей и подростков, формирование групп риска в отношении психических расстройств и консультирование несовершеннолетних, в том числе срочное в недобровольном порядке.

Особенностью диагностики психических расстройств в Российской Федерации является то обстоятельство, что психиатрическое обследование может проводиться только с согласия родителей или опекунов ребенка, за исключением случаев оговоренных в статье 23 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

При решении вопросов срочного консультирования несовершеннолетних в недобровольном порядке особое значение имеет положение Закона: «4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи».

В связи с этими положениями закона на начальных этапах диагностики состояния обучающегося ее осуществляют специалисты, не имеющие специализированной подготовки и правовых оснований для постановки психиатрического диагноза.

Задачей медицинских работников является формирование групп риска в отношении наличия различных форм психической и социальной дезадаптации обучающегося.

Общая социальная дезадаптация обучающегося проявляется преимущественно возникновением различных форм отклоняющегося поведения.

Оценка значимости отдельных форм девиантного поведения для формирования групп риска производится по балльной методике, представленной в таблице 1.

Таблица 1

Протокол оценки поведенческих факторов риска
 формирования расстройств личности

Формы девиантного поведения	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	В течение 1 года (баллы)	Возникли до 12 лет (баллы)
Делинквентное поведение*	2	3	4
Асоциальное (криминальное поведение)	4	5	5
Побеги и уходы из дома	2	3	4
Ранняя алкоголизация	1	2	4
Курение	0	1	2
Признаки употребления наркотических и других психоактивных средств	4	5	5
Девиации сексуального поведения**	1	2	4
Суицидальное поведение	4	5	5
Участие в неформальных подростковых группах (фанаты, готы, эмо, асоциальные компании)	1	2	3
Сумма баллов по столбцам			
ВСЕГО (баллы)			

* *Делинквентное поведение* – цепь проступков, провинностей, мелких правонарушений (от лат. delinquo – совершить проступок, провиниться), отличающихся от криминала, то есть наказуемых согласно Уголовному Кодексу серьезных правонарушений и преступлений (Личко А.Е., 1983). Сюда относятся частые драки, сквернословие в общественных местах, издевательства над младшими и слабыми, домашние кражи, угон велосипедов и скутеров с целью «покататься», отнимание мелких карманных денег у малышей и пр.

** *Девиации сексуального поведения* – ранняя половая жизнь (до 16 лет), промискуитет (беспорядочные половые связи), транзиторный подростковый гомосексуализм.

Показанием для консультации школьного психолога является сумма баллов по первому столбцу 1–3 балла, по второму столбцу 3–4, по третьему – 3–4 балла.

Протокол на каждого ребенка заполняется на основании анализа его поведения за последний год и с учетом возраста, когда появились те или иные формы поведения. Протокол представляется в качестве самостоятельного документа.

Показанием для консультации школьного психолога является сумма баллов по первому столбцу 1–3 балла, по второму – 3–4 балла, по третьему – 3–4 балла.

Показанием для консультации психотерапевта является по первому столбцу 4 и более баллов, по второму столбцу – 5 и более баллов, по третьему – 5 и более баллов.

В отношении оценки действий «дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства», которое обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, имеют значение отдельные типы криминального поведения, превышающие по строке 5 баллов. В частности: психомоторное возбуждение с агрессией в отношении окружающих, признаки помраченного сознания. Дополнительно включаются истерические и эпилептиформные припадки, ступор (*stupor*; лат. «оцепенение»; синоним – «ступорозное состояние») – состояние обездвиженности с полным или частичным мутизмом и ослабленными реакциями на раздражение, в том числе болевое. Подобные состояния могут развиваться в рамках различных нозологий, в том числе вследствие аффективно-шоковых реакций с угрозой жизни – техногенные катастрофы, теракты, насилие с угрозой витальности. По строке «суицидальное поведение» состояние, превышающее 5 баллов, а именно наличие суицидальных высказываний или действий, аутоагрессивное возбуждение с членовредительством.

На основании Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» при наличии криминальных форм поведения, аддиктивных расстройств, суицидальных тенденций или действий и отказе подростков, их родителей или опекунов от консультации врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом специализированная помощь оказывается при содействии правоохранительных органов, через психоневрологический диспансер (ПНД) (вызов участкового или дежурного психиатра) или медико-психолого-педагогические консультации и комиссии.

Доврачебный этап включает в себя раннюю диагностику и организацию действий администрации и медицинской сестры образовательной организации.

Веским основанием предположить у ребенка наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, является помрачение его сознания.

Традиционно для оценка симптоматики помраченного сознания используются 4 общих признака:

Первый признак – отрешенность от окружающей действительности, проявляющаяся затруднением или полным нарушением восприятия окружающего

Второй признак – дезориентировка в окружающем, то есть: а) месте; б) времени; в) окружающих людях; г) собственной личности.

Третий признак – нарушение мышления, заключающееся в слабости или невозможности формирования суждений, бессвязности мышления.

Четвертый признак – полная или частичная амнезия периода помраченного сознания.

Комбинация выделенных признаков с особенностями их проявления обуславливает конкретные синдромы помраченного сознания. Традиционно оценка психического статуса любого пациента начинается с оценки состояния сознания.

Выделенные критерии обязан знать любой медик и крайне желательно, чтобы их знали педагоги и психологи.

Исключительное значение при неотложных психопатологических состояниях имеет второй признак помраченного сознания, представленный в таблице 2.

Таблица 2

Особенности дезориентировки личности
 в рамках различных синдромов помраченного сознания

Синдромы помрачения сознания	Варианты дезориентировки	Сопутствующие симптомы
Оглушение	а) в месте б) во времени в) в окружающих людях г) в собственной личности	Моторная и идеаторная заторможенность, признаки развивающейся соматической катастрофы
Делирий	а) в месте б) во времени в) в окружающих людях	Галлюцинации, бред, психомоторное возбуждение
Аменция	а) в месте б) во времени в) в окружающих людях г) в собственной личности	Психомоторное возбуждение
Онероидное помрачение сознания	а) в месте б) во времени в) в окружающих людях г) в собственной личности с вариантами двойной ориентировки	Псевдогаллюцинации, бред, кататонические расстройства
Сумеречное помрачение сознания	а) в месте б) во времени в) в окружающих людях	Бред, выраженное психомоторное возбуждение, высокий риск агрессивного и аутоагрессивного поведения, полная амнезия
Аффективно-шоковое возбуждение	а) в месте б) во времени в) в окружающих людях	Паника, выраженное психомоторное возбуждение, риск индукции на других детей
Аффективно-шоковый ступор	а) в месте б) во времени в) в окружающих людях	Обездвиженность, расстройство инстинкта самосохранения
Истерический припадок	0	Психомоторное возбуждение, судороги, демонстративность проявлений включая суицидальные попытки
Эпилептиформный припадок	а) в месте б) во времени в) в окружающих людях г) в собственной личности	Пароксизмально развивающиеся судорожные состояния различной степени выраженности, угроза перехода в эпилепсию

Для проведения мероприятий в случае осторазвивающихся психических и поведенческих расстройств, соответствующих признакам «непосредственной опасности для себя или окружающих» необходимы поэтапные действия, представленные в таблице 3.

Таблица 3

Этапы	Наименование	Специалисты
I	Изоляция ребенка в медицинском кабинете или ином помещении в присутствии медицинской сестры и лиц, контролирующих и обеспечивающих его безопасность	Администрация образовательной организации, психолог, медицинская сестра
II	Информирование родителей ребенка или его законных представителей о состоянии здоровья и характере предпринимаемых действий	Администрация образовательной организации
III	Вызов скорой медицинской помощи или неотложной психиатрической. В случаях криминального или агрессивного поведения вызов правоохранительных органов.	Администрация образовательной организации, медицинская сестра
IV	Обеспечение безопасности ребенка и других членов образовательной организации до прибытия врачебной бригады или консультации специалиста. При криминальных девиациях поведения до прибытия представителей правоохранительных органов	Администрация образовательной организации, медицинская сестра, врач общей практики
V	Передача ребенка родителям с информированием юридических оснований принятых действий и необходимости консультации у врача-специалиста	Администрация образовательной организации, врач общей практики или специалист, представитель правоохранительных органов

На врачебном этапе подаются документы доврачебного этапа обследования, составленные психологом и медицинской сестрой. Предположительный диагноз ставится с использованием основных форм психических нарушений и расстройств поведения. Диагнозы соотнесены с МКБ-10 и выделены группы здоровья (см. ФР РОШУМЗ-14-2014). На этап специализированной медицинской помощи направляются пациенты по решению врача скорой медицинской помощи с предварительным диагнозом психического расстройства.

Диагноз ставится врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом при направлении в ПНД, психиатрическую больницу или в рамках медико-психолого-педагогических консультаций и комиссий, организованных по региональному принципу.

4. Показания и противопоказания профилактики неотложных психических состояний

Показанием для использования алгоритма являются все формы помраченного

сознания с несколько различной степенью риска в отношении угрозы жизни обучающегося и окружающих.

Противопоказаний не имеется.

5. Материально-техническое обеспечение профилактики неотложных психических состояний

Для профилактики неотложных психических состояний обучающихся в образовательных организациях не требуется специальное оснащение.

6. Формы учета результатов работ

Для учета результатов работы по профилактике неотложных состояний при психических расстройствах у детей и подростков в образовательных организациях на доврачебном этапе рекомендуется регистрировать количество:

- обучающихся, поведение в течение последнего года которых было проанализировано;
- обучающихся группы риска в отношении отклонений в сфере психо-социального здоровья;
- обучающихся, получивших индивидуальную консультацию при самообращении и при медицинских осмотрах;
- направленных на консультацию к школьному психологу;
- направленных на консультацию к врачу-специалисту;
- обращений в правоохранительные органы в связи с девиантными формами поведения обучающихся.

7. Список нормативных и методических документов

1. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании от 2 июля 1992 г. № 3185-1.
2. Федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся ФР РОШУМЗ-14-2014 «Критерии оценки и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом уровне) при проведении профилактических осмотров лиц старшего подросткового возраста». Available et: <http://niigd.ru/okazanie-medicinskoj-pomoshhi-v-obrazovatelnyx-organizacijax/protokoly-okazaniya-pmsp-nesovershennoletnim-obuchayushhimsya-v-obrazovatelnyx-organizacijax.html>

8. Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Вторичная профилактика аддиктивных форм поведения у подростков. Пособие для врачей. М.: НЦЗД РАМН; 2004. 64 с.
2. Шевченко Ю.С., ред. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. М.: Медицинское информационное агентство; 2011.
3. Эйдемиллер Э.Г., ред. Детская психиатрия. Учебник. М.-СПб: Издательство «Питер»; 2005. 1120 с.
4. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), «БЭСТ-принт», Москва, 2011. 131 с.
5. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. Л.: Издательство «Медицина»; 1985. 416 с.
6. Психиатрия. Национальное руководство. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2009, 1000 с.
7. Циркин С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Л.: Издательство «Питер», 1999. 752 с.

УТВЕРЖДЕН
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и
подростков
15 февраля 2014 г.
Протокол № 2

УТВЕРЖДЕН
на XVII Конгрессе
педиатров России
Москва,
15 февраля 2014 г

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА
БОЛЕЗНЕЙ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ
И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (МКБ-10: КЛАСС XIII (M00-M99)
У ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-8-2014

(версия 1.1)

РАЗРАБОТЧИКИ: Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храпцов П.И., Березина Н.О., Рапопорт И.К.

Рекомендации включают необходимые сведения по медицинской профилактике школьно-обусловленных болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (XIII класс МКБ-10) – нарушений осанки, деформаций позвоночника и стоп у обучающихся в процессе их образовательной деятельности на основе контроля организации учебного рабочего места, веса школьных ранцев с ежедневными учебными комплектами, сменной обуви и двигательной активности обучающихся, в том числе безопасности физических упражнений на уроках физической культуры в школе. Приводится перечень физических упражнений, выполнение которых оказывает потенциально опасное воздействие на состояние костно-мышечной системы обучающихся.

Каждый раздел рекомендаций содержит унифицированные протоколы регистрации контролируемых параметров. Все это позволяет обеспечивать объективный контроль условий и факторов учебного процесса, влияющих на состояние костно-мышечной системы.

Рекомендации по медицинской профилактике болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (класс XIII МКБ-10) предназначены для врачей отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях и врачей по гигиене детей и подростков детских поликлиник.

Использование данных рекомендаций в практике работы школьного врача и медицинской сестры позволит создавать безопасную для здоровья среду образовательных организаций, исключая негативное ее воздействие на формирование костно-мышечной системы обучающихся.

Рекомендации одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по гигиене детей и подростков (Протокол № 3 от 07.06.13 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 16 от 07.06.13 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде

всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждениях и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

В соответствии с научной платформой «Профилактическая среда» Министерства здравоохранения Российской Федерации первостепенной является задача управления рисками развития школьно-обусловленных заболеваний, в том числе ранняя диагностика, профилактика и снижение их распространенности на основе использования эффективных методов медицинской профилактики.

Статические нарушения и заболевания костно-мышечной системы (КМС) традиционно занимают ведущие ранговые места в структуре заболеваемости обучающихся [2, 3]. На протяжении последних десятилетий отмечается устойчивая динамика увеличения численности детей, имеющих нарушения осанки, деформации позвоночника и стоп и обусловленные влиянием негативных школьных факторов риска.

По темпам роста заболеваемости на первом ранговом месте находятся также болезни костно-мышечной системы (+124%). Для сравнения второе место занимают болезни системы кровообращения (+80%), третье – болезни эндокринной системы (+66%).

На протяжении последних 5 лет в структуре заболеваний, по которым призывников освобождали от призыва в Вооруженных силах, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани занимают первое ранговое место (19,8%) [5, 6].

Социальная значимость статических нарушений и болезней КМС у детей обусловлена наличием болевого синдрома и ограничением функции опоры и движения, как в детском возрасте, так и во взрослом состоянии, что снижает работоспособность и качество жизни [7].

Учитывая их широкую распространенность и высокую социальную значимость, актуальной является медицинская профилактика болезней КМС обучающихся. Важное значение в профилактике болезней КМС отводится предупреждению негативного влияния школьных факторов риска [4, 8]. Программа медицинской профилактики должна включать контроль за организацией учебного рабочего места, контроль веса школьных ранцев с ежедневными учебными комплектами, сменной обуви, организации двигательной активности, в том числе с учетом безопасности физических упражнений на уроках физической культуры.

Реализация данных рекомендаций позволит обеспечить безопасную для состояния КМС образовательную среду, проводить действенный контроль за школьными факторами риска, минимизировать их влияние и, как следствие этого, снизить распространенность болезней КМС среди детей и подростков, обучающихся в образовательных организациях.

3. Программа профилактики

3.1 Контроль за организацией рабочего места обучающихся

Высокий уровень статических нагрузок и необходимость длительное время сохранять вынужденную позу сидя обуславливают особые требования к организации учебного места. Несоблюдение этих требований приводит к напряжению мышечно-суставного аппарата, снижению работоспособности и развитию статического и учебного утомления.

Обеспечение обучающихся ученической мебелью, соответствующей ростовозрастным особенностям, ее конструкция и расстановка, являются одними из значимых факторов, способствующих сохранению работоспособности детей в течение учебного дня, психическому и физическому развитию, а также являются профилактикой нарушений осанки и зрения, предупреждает развитие начальных форм сколиотических деформаций позвоночника.

Основными видами ученической мебели являются парты, ученический комплект стол-стул, ученические конторки. Табуреты или скамейки вместо стульев использоваться не должны.

Типы и функциональные размеры ученической мебели установлены соответствующими государственными (межгосударственными) стандартами (Приложение 1).

Деятельность школьного врача по оборудованию и контролю учебной мебели включает:

1) участие в подготовке заявки на приобретение новых комплектов учебной мебели и контроль оборудования учебных помещений этой мебелью (проводится на этапе подготовки школы к новому учебному году),

2) подбор ученического рабочего места обучающимся, и его размещение в учебном помещении (проводится в начале учебного года),

3) текущий контроль соответствия параметров индивидуального рабочего места антропометрическим данным обучающихся и их рассаживания (проводится в начале III четверти в 1-х, 5–7-х классах).

3.1.1. Оборудование учебных помещений ученической мебелью

Школьный врач должен участвовать в оборудовании учебных помещений ученической мебелью и руководствоваться следующими положениями:

1) установить наличие санитарно-эпидемиологического заключения, в области

применения которого указано, что мебель предназначена для учебных заведений. Кроме того, следует обращать внимание, что в поле «изготовлена в соответствии» должен быть указан ГОСТ 22046-2002 «Мебель для учебных заведений. Технические условия»;

2) осуществить контроль соответствия функциональных размеров ученической мебели ее номеру. Контроль осуществляется путем измерения у парт и столов высоты над полом верхнего края крышки, обращенного к ученику, и у стульев высоты над полом верхнего края сиденья. Для контроля выбираются по одному изделию каждого номера (Приложение 2), в мебели с регулируемыми параметрами контролируется соответствие номеру каждого положения регулировки¹. Измерения проводятся универсальным измерительным инструментом, имеющим миллиметровые деления, с погрешностью ± 1 мм;

3) обратить внимание на цветовое оформление отдельных элементов мебели, а также на рисунок облицовочных материалов защитно-декоративных покрытий отдельных элементов мебели. При этом следует знать, что защитно-декоративное покрытие рабочих поверхностей столов и парт должно быть матовым.

4) провести цветовую маркировку (Приложение 2), которая должна быть нанесена на видимую наружную поверхность мебели в виде круга диаметром не менее 10 мм или горизонтальной полосы размером не менее 10x15 мм;

5) при закупке и оборудовании учебных помещений I ступени обучения новой ученической мебелью необходимо руководствоваться данными о примерном распределении комплектов учебной мебели, представленными в таблице 1.

Таблица 1

Примерное распределение ученической мебели
по классам в начальной школе (%)

Класс	Номер мебели			
	1	2	3	4
1-й	2	76	22	0
2-й	0	47	52	1
3-й	0	20	70	10
4-й	0	5	75	20

3.1.2. Подбор ученического рабочего места и его размещение в учебном помещении

Каждый учащийся должен быть обеспечен рабочим местом за партой, столом и стулом в соответствии с его ростом, состоянием зрения и слуха.

Подбор ученической мебели. Для обеспечения каждого обучающегося оптимальным рабочим местом проводится подбор стола (парты) и стула в соответствии с длиной тела, установленной в начале учебного года по результатам

¹ парты могут регулироваться по высоте на четыре номера с 1-го по 4-й (ГОСТ 5994-93); столы по варианту 1 на шесть номеров с 1-го по 6-й, по варианту 2 – на три номера с 1-го по 3-й и с 4-го по 6-й (ГОСТ 11015-93); стулья на три номера – с 1-го по 3-й и с 4-го по 6-й (ГОСТ 11016-93).

антропометрических измерений (Протокол № 1) и производится цветовая маркировка ученической мебели (Приложение 2). Стол и стул должны иметь одинаковую цветовую маркировку.

В настоящее время учебные помещения рекомендуется оборудовать ученическими конторками. При подборе конторок следует руководствоваться тем, что высота ее переднего края должна составлять для обучающихся ростовой группы 1150–1300 мм – 750 мм, 1301–1450 мм – 850 мм и 1451–1600 мм – 950 мм. Продолжительность непрерывной работы за конторкой не должна превышать 7–10 мин. Чередование обучающихся за конторками в процессе каждого урока определяется отдельным графиком с учетом особенности их умственной

работоспособности и устойчивости организма к учебному и статическому утомлению. Использование конторок в учебном процессе повышает двигательную активность детей на уроке, восполняет дефицит механической нагрузки на стопы и суставы нижних конечностей, обеспечивает устойчивый уровень работоспособности и положительный эмоциональный настрой.

Особое значение использование ученических конторок при организации учебного процесса имеет для первоклассников, поскольку способствует физиологически менее напряженной их адаптации к длительным статическим нагрузкам.

ПРОТОКОЛ № 1

регистрации антропометрических показателей обучающихся и данных о состоянии слуха и зрения в начале учебного года

Класс _____

№ п/п	Фамилия, имя	Длина тела	Номер уч. мебели	Состояние слуха, зрения	Особенности рассаживания
....					
....					
....					

Оценка обеспеченности детей оптимальным рабочим местом	Группа мебели					
	1	2	3	4	5	6
имеется в наличии						
требуемое количество						
Оценка (% соответствия)						

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

Контроль за расстановкой ученической мебели в учебном помещении. При оборудовании классных помещений должны соблюдаться требования к расстановке ученической мебели. Для контроля параметров расстановки регистрируются параметры расстановки ученической мебели (Протокол № 2).

Рассаживание учащихся следует производить с учетом их состояния здоровья. Дети, часто болеющие ОРЗ, ангинами и простудными заболеваниями должны сидеть как можно дальше от наружной стены. Для детей с нарушением слуха и зрения парты (столы), независимо от их номера, ставятся первыми, причем ученики с пониженной остротой зрения должны размещаться в первом ряду от окон². Для профилактики нарушений осанки рекомендуется не менее двух раз в год менять места школьников, сидящих в крайних рядах, не нарушая соответствия номеров мебели их росту.

ПРОТОКОЛ № 2
регистрации и контроля параметров расстановки
ученической мебели в классе _____

№ п/п	Параметр	Фактическое значение	Оценка соответствия
1.	Расстояние между рядами двухместных столов		
2.	Расстояние между рядом столов и наружной продольной стеной		
3.	Расстояние между рядом столов и внутренней продольной стеной (перегородкой) или шкафами, стоящими вдоль этой стены		
4.	Расстояние от последних столов до стены (перегородки), противоположной классной доске		
5.	Расстояние от задней стены, являющейся наружной		
6.	Расстояние от демонстрационного стола до учебной доски		
7.	Расстояние от первой парты до учебной доски		
8.	Наибольшая удаленность последнего места учащегося от учебной доски		
9.	Угол видимости доски (от края доски длиной 3 м до середины крайнего места учащегося за передним столом)		
ЗАКЛЮЧЕНИЕ о соответствии: соответствует не соответствует (подчеркнуть)			

* – контрольные значения представлены в Приложении 3

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

²При коррекции остроты зрения очками школьники могут сидеть в любом ряду.

Парты (столы) расставляются в учебном помещении по номерам: меньшие – ближе к доске, большие – дальше от доски. Для детей с нарушением слуха и зрения парты (столы) независимо от их номера ставятся первыми.

Ученические конторки устанавливаются в конце каждого из 3-х рядов, по 2 конторки в каждом ряду. Конторки меньшего номера размещаются в ряду у окон, а большего – в ряду у стены.

Информация о длине тела и состоянии здоровья учащихся фиксируется в листе здоровья в классном журнале. Для каждого учащегося отмечается необходимый номер мебели³, а также рекомендации по рассаживанию в зависимости от его состояния здоровья.

3.1.3. Текущий контроль соответствия параметров индивидуального рабочего места антропометрическим данным обучающихся и их рассаживания

Для проведения текущего контроля за соответствием функциональных параметров столов (парт) и стульев проводится измерение длины тела обучающихся 1-х и 5–7-х классов (ростовой спурт) и функциональных параметров мебели в середине учебного года (после зимних каникул).

С этой целью используют измерительную линейку или специальную измерительную линейку (патент на промышленный образец № 62992 от 16.06.2007 г.), на которой изображены цветом и цифрой группы роста, номер стола (парты) и стула (рис. 1). Вначале измеряют длину тела учащегося стоя и определяют группу роста, фиксируя соответствующий цвет или номер. Затем линейку приставляют к столу и стулу и вновь фиксируют цвет или номер линейки, которому соответствует высота стола и стула. Ее использование позволяет просто и быстро провести оценку соответствия длины тела функциональным параметрам ученической мебели.



Рис. 1. Использование измерительной линейки для определения высоты стола, стула и установления соответствия их номеров.

³Требуемый номер мебели рассчитывается исходя из роста учащегося с прибавкой (на обувь) 2 см.

Возможен также вариант контроля без измерительной линейки. На цветную мерную линейку наносят цветные полосы шириной 15 см соответственно группам мебели (оранжевая на высоте от 100 до 115 см, фиолетовая – от 116 до 130 см, желтая – от 131 до 145 см, красная – от 146 до 160 см, зеленая – от 161 до 175 см, голубая – выше 175 см). Линейку располагают вертикально в доступном для детей месте. Цвет полосы, соответствующий длине тела учащегося, сопоставляется с маркировочным цветом ученической мебели его рабочего места. Выявленные несоответствия фиксируются в Протоколе № 3.

На основании результатов контроля и выявленного несоответствия определяется необходимое количество столов и стульев требуемых номеров по классам. Данная информация доводится до сведения администрации школы и устанавливается план мероприятий по обеспечению учащихся оптимальным рабочим местом.

На основании имеющихся столов и стульев в других классах восполняется частичная (полная) потребность в конкретном классе. Оставшиеся потребности обеспечиваются за счет приобретения новой мебели (столов и стульев требуемых номеров).

ПРОТОКОЛ № 3

текущего контроля соответствия длины тела функциональным параметрам
ученической мебели рабочего места

Класс	Фамилия, имя	Группа роста	Столы (№)		Стулья (№)	
			имеется	требуется	имеется	требуется

Мебель		Номер мебели					
		1	2	3	4	5	6
Столы	имеется						
	требуется						
Стулья	имеется						
	требуется						

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

3.2. Контроль веса школьных ранцев с учебными комплектами

Отсутствие контроля ежедневно переносимых учащимися тяжелых ранцев может оказать негативное воздействие на состояние позвоночника, осанки, форму свода стопы, а также на состояние сердечно-сосудистой системы.

Вес ранца с ежедневными учебными комплектами не должен превышать:

для учащихся 1–2-х классов – 2,2 кг, 3–6-х классов – 3,2 кг, 7–8-х классов – 4,2 кг, 9–11-х классов – 4,5 кг. Вес только ранца не должен превышать 700 г.

Для контроля веса школьных ранцев с учебными комплектами следует проводить периодические его измерения в течение учебного года (перед началом 1-го урока), обращая особое внимание на I ступень обучения. Рекомендуется проводить измерения по ступеням обучения. Данные измерений заносятся в Протокол № 4.

Полученная информация доводится до сведения классных руководителей и администрации школы (педагогические советы, родительские собрания и др.).

3.3. Контроль сменной обуви обучающихся

Одним из ведущих факторов риска деформации стопы является нерациональная обувь, в том числе сменная, в которой дети находятся длительное время в школе.

Контроль сменной обуви включает установление соответствия конструкции и материалов требованиям функциональной обуви. В процессе контроля проводится визуальный осмотр сменной обуви и выявленные несоответствия фиксируются в Протоколе № 5.

Полученная информация доводится до сведения родителей и классных руководителей школы (педагогические советы, родительские собрания и др.).

ПРОТОКОЛ № 4

регистрации веса школьного ранца с учебными комплектами
20__ / 20__ учебный год (I ступень обучения)

№ п/п	Класс / дата										
	1а 10.09	1б	1в				4а	4б	4в
1											
2											
3											
4											
* не соотв.											

* – подсчитывается общее количество (по классу) ранцев, вес которых вместе с учебными комплектами превышает нормативные значения

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

ПРОТОКОЛ № 5

регистрации соответствия параметров сменной обуви
требованиям функциональной обуви (класс _____)

№ п/п	Характеристика несоответствия обуви					Оценка соответствия (не соответствует, если хотя бы один из параметров не соответствует требованиям)
	высокий / скошенный каблук /обувь без каблука	тонкая/ толстая подошва	узкий носок	нефикси- рованный задник	кроссовая обувь	
1						
2						
3						
4						
...						
Не соответствует (%)						

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

3.4. Контроль двигательной активности и безопасности физических упражнений на уроках физической культуры

3.4.1 Контроль двигательной активности в течение учебного дня

Контроль двигательной активности (ДА) обучающихся направлен на соответствие требованиям оптимального двигательного режима. Для оценки двигательного режима заполняется Протокол № 6

3.4.2. Контроль безопасности физических упражнений на уроках физической культуры

Контроль безопасности физических упражнений на уроках физической культуры осуществляется путем проведения периодических посещений уроков. Обращается внимание на использование физических упражнений, потенциально опасных для состояния костно-мышечной системы. Выполнение физических упражнений, представленных в таблице 2, не допускается.

По результатам посещения уроков физической культуры медицинский работник заполняет Протокол № 7.

ПРОТОКОЛ № 6
регистрации уровня двигательной активности обучающихся
в течение учебного дня

Форма ДА	Классы											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Утренняя зарядка*												
Физкультминутки на уроках												
Динамический час в сетке уроков												
Подвижные игры на переменах с использованием физкультурного оборудования												
Подвижные игры во второй половине дня												
Динамический компонент на уроке (смена позы)												
Корректирующие упражнения на уроке физической культуры												
Организация занятий плаванием в бассейне												
Дополнительные занятия, танцы во 2-й половине дня (кол-во детей посещает)												

* – наличие отмечается «+», отсутствие – «-»

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

Таблица 2

Перечень физических упражнений, выполнение которых на уроках
физической культуры не допускается

Физические упражнения	Потенциально-опасное воздействие на организм ребенка
Кувырки через голову вперед и назад	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточное давление на шейный отдел позвоночника: компрессия межпозвоночных дисков, нервов и сосудов шеи; повышение внутричерепного давления. • Высокий риск травмы шейного отдела позвоночника.
Упражнение «мостик»	<ul style="list-style-type: none"> • Переразгибание в шейном и поясничном отделе позвоночника с патологическим раздражением рецепторов; повышение внутричерепного давления. • Высокий риск компрессии корешков спинномозговых нервов и сосудистых нарушений.
Стойка на голове, на руках. Упражнение «березка», «плуг» из и.п. лежа на спине поднимание выпрямленных ног и опускание их за голову	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника, повышение артериального и внутричерепного давления. • Риск нарушения кровообращения, травмы шейного отдела позвоночника и возникновения грыжи.
Высокоамплитудные и (или) резкие движения головой: круговые движения, повороты в стороны, наклоны, особенно запрокидывание головы назад	<ul style="list-style-type: none"> • Переразгибание в шейном отделе позвоночника с патологическим раздражением рецепторов. • Высокий риск компрессии корешков спинномозговых нервов и сосудов шеи с последующими неврологическими и сосудистыми нарушениями.
Высокоамплитудные и (или) резкие движения туловища (круговые, наклоны), особенно с отягощением (утяжеленный мяч, гантели)	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника, повышение внутрибрюшного давления, особенно при резком глубоком наклоне вперед с выпрямленными ногами. • Риск смещения межпозвоночных дисков и возникновения грыжи.
Глубокий прогиб туловища назад, в т. ч. из и.п. лежа на животе: упражнения «качалка», «лодочка», «лук»	<ul style="list-style-type: none"> • Разгибательная перегрузка шейного и поясничного отдела позвоночника, компрессия корешков спинномозговых нервов. • Риск травмы связочно-мышечного аппарата позвоночника, возникновения неврологических и сосудистых нарушений.
Висы без опоры, подтягивание на перекладине и др. спортивных снарядах. Лазание по канату	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника и верхних конечностей, повышение внутрибрюшного давления, большая нагрузка на сердечно-сосудистую систему. Риск травмы плеча, возникновения грыжи, опущения внутренних органов.
Высокоамплитудные и (или) резкие маховые движения ног, особенно махи назад с прогибом туловища из и.п. сидя с опорой на голени и кисти	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточная нагрузка на поясничный отдел позвоночника: значительное растяжение связочно-мышечного аппарата позвоночника, сдавливание межпозвоночных дисков; повышение внутрибрюшного давления.

Таблица 2 (продолжение)

Физические упражнения	Потенциально-опасное воздействие на организм ребенка
<i>продолжение</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Риск травмы связочно-мышечного аппарата позвоночника, возникновения грыжи.
Множественно повторяющееся в быстром темпе одновременное поднятие выпрямленных ног из и. п. лежа на спине	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат нижней половины туловища и нижних конечностей, повышение внутрибрюшного давления. • Риск возникновения грыжи и патологической подвижности почек.
Множественно повторяющийся в быстром темпе подъем туловища из положения лежа на спине в положение сидя, особенно при фиксации выпрямленных ног и из и.п. сидя на скамейке опускание и поднятие туловища с глубоким прогибом назад	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат шейного и поясничного отдела позвоночника, повышение артериального и внутрибрюшного давления. • Риск травмы связочно-мышечного аппарата позвоночника, возникновения грыжи и патологической подвижности почек.
Высокоамплитудные и (или) резкие повороты туловища (скручивающие) из разных и.п., в т. ч. из и.п. лежа на спине опускание согнутых ног вправо-влево до касания пола	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника, повышение внутрибрюшного давления. • Риск травмы связочно-мышечного аппарата позвоночника, смещения межпозвоночных дисков, ущемления спинномозговых нервов, возникновения грыжи.
Упражнения: «удержать угол»; «ножницы»	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат нижней половины туловища и нижних конечностей, повышение внутрибрюшного давления. • Риск повреждения связок в паховой области, возникновения грыжи, патологической подвижности почек и сосудистых нарушений (в т. ч. варикозного расширения вен).
Глубокий выпад с сильным сгибанием в коленном суставе, сед в «полушагата»	<ul style="list-style-type: none"> • Риск повреждения связок в паховой области. • Риск повреждения связок коленного сустава, смещения надколенника.
Прыжки в быстром темпе продолжительное время (особенно асимметричные, с поворотами); спрыгивание на твердую поверхность	<ul style="list-style-type: none"> • Значительная нагрузка на опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистую систему, повышение внутричерепного давления. • Риск травмы связочно-мышечного аппарата нижних конечностей, прогрессирования отклонений костно-мышечной системы, обострения хронических заболеваний.
Прыжки через спортивные снаряды (через коня, козла)	<ul style="list-style-type: none"> • Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника и конечностей, повышение внутрибрюшного давления. • Риск травмы позвоночника (особенно копчика), повреждения связок в паховой области, возникновения грыжи.

ПРОТОКОЛ № 7
регистрации результатов посещения уроков физической культуры
с целью установления безопасности физических упражнений
для состояния костно-мышечной системы

Использование опасных для КМС упраж- нений на уроках	Классы											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Установлено												

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

4. Показания и противопоказания к использованию метода

Показания: профилактика болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани обучающихся в образовательных организациях.

Противопоказаний нет.

5. Материально-техническое обеспечение профилактики

Измерительная линейка для определения высоты стола (парты), стула; бытовые весы для взвешивания школьных ранцев с учебными комплектами

6. Форма учета результатов контроля

6.1 Форма учета результатов контроля организации рабочего места обучающихся

Результаты контроля организации рабочего места обучающихся
(необходимое количество ученической мебели по классам)

Класс	Группа мебели (столы)						Группа мебели (стулья)					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												

Необходимое количество ученической мебели в школе

Ученическая мебель	Группа мебели					
	1	2	3	4	5	6
столы						
стулья						

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

6.2. Форма учета результатов контроля веса школьных ранцев с учебными комплектами

Результаты контроля веса школьных ранцев с учебными комплектами
(% выявленных несоответствий по классам)

Кол-во несоответствий (%)	Классы											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Кол-во детей в классе												
Кол-во несоответствий												
% несоответствий												

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

6.3. Форма учета результатов контроля сменной обуви

Результаты контроля сменной обуви
(% выявленных несоответствий по классам)

Кол-во несоответствий (%)	Классы											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Кол-во детей в классе												
Кол-во несоответствий												
% несоответствий												

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

6.4. Форма учета результатов контроля двигательной активности и безопасности физических упражнений на уроках физической культуры

Результаты контроля двигательной активности

Форма ДА	Классы, в которых не проводятся организованные формы ДА
Утренняя зарядка перед уроками	
Физкультминутки на уроках	
Динамический час в сетке уроков	
Подвижные игры на переменах	
Динамический компонент на уроке (смена рабочей позы)	
Корректирующие упражнения на уроке физической культуры	
Подвижные игры во 2-й половине дня	
Занятия плаванием в бассейне	
Дополнительные двигательно-активные занятия во 2-й половине дня (кол-во детей посещает)	

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

Результаты контроля безопасности физических упражнений на уроках физической культуры

Использование опасных для КМС упражнений на уроках	Классы										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Установлено											

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

6.5. *Форма учета результатов деятельности медицинского работника по медицинской профилактике болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (класс XIII МКБ-10) обучающихся*

По результатам деятельности медицинского работника образовательной организации работы определяется объем медицинской профилактики болезней костно-мышечной системы (статические деформации) обучающихся.

Объем и эффективность медицинской профилактики болезней костно-мышечной системы (статические деформации) обучающихся (количество детей/ кол-во несоответствий)

Классы (все парал-лели)	Контроль организации рабочего места	Контроль веса школьных ранцев с учебными комплектами	Контроль сменной обуви	% соответствий
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
ВСЕГО				

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

На основании полученных данных определяются направления медицинской профилактики болезней КМС, в которых приняли участие наименьшее количество обучающихся. Это является основанием для внесения корректировок в план профилактических мероприятий медицинской службы образовательной организации.

Кроме того, для интегральной характеристики объема медицинской профилактики болезней КМС (ОМП_{КМС}) обучающихся рекомендуется вычислять следующий показатель:

$$\text{ОМП}_{\text{КМС}} = \frac{\text{общее кол-во детей, принявших участие в МП,}}{\text{(общее кол-во детей в школе) X 3}} \times 100\%$$

Для дифференцированной оценки объема медицинской профилактики болезней КМС по ступеням обучения вычисляют соответствующие показатели: для I ступени обучения:

$$\text{ОМП}_{\text{КМС-I}} = \frac{\text{общее кол-во детей I ступени, принявших участие в МП,}}{\text{(общее кол-во детей в школе) X 3}} \times 100\%$$

аналогично – для II и III ступеней обучения.

Для оценки эффективности медицинской профилактики болезней КМС (ЭМПКМС) обучающихся определяют отношение общего количества установленных несоответствий контролируемых параметров по всем классам к общему количеству детей, у которых эти параметры определялись.

$$\text{ЭМП}_{\text{КМС}} = \frac{\text{общее кол-во установленных несоответствий}}{\text{общее кол-во детей, у которых контролировались параметры}} \times 100\%$$

Для дифференцированной оценки эффективности медицинской профилактики болезней КМС по ступеням обучения вычисляют соответствующие показатели: для I ступени обучения:

$$\text{ЭМП}_{\text{КМС-I}} = \frac{\text{общее кол-во установленных несоответствий у детей I ст.}}{\text{общее кол-во детей I ст., у которых контролировались параметры}} \times 100\%$$

аналогично – для II и III ступеней обучения.

Объем и эффективность медицинской профилактики болезней КМС по результатам контроля двигательной активности, безопасности физических упражнений на уроках физической культуры

Контролируемый параметр)	Классы											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Организованные формы ДА (не проводятся)												
Использование упражнений, опасных для КМС, на уроках физической культуры												

Для оценки объема медицинской профилактики вычисляют следующий показатель:

$$\text{ОМП (ДА)} = \frac{k_1 + k_2}{K_1 + K_2} \times 100\%$$

где, k_1 – количество классов, в которых не проводятся организованные формы ДА,

k_2 – количество классов, на уроках физической культуры в которых используются опасные для состояния КМС физические упражнения,

K_1 – количество классов, в которых оценивалась ДА обучающихся

K_2 – количество классов, в которых оценивалось использование опасных для КМС физических упражнений на уроках физической культуры

7. Список нормативных и методических документов

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».
4. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»[#].
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях».
6. ГОСТ 5994-93 (ИСО 5970-79) «Парты. Типы и функциональные размеры».
7. ГОСТ 11015-93 (ИСО 5970-79) «Столы ученические. Типы и функциональные размеры».
8. ГОСТ 11016-93 (ИСО 5970-79) «Столы для учителя. Типы и функциональные размеры».
9. ГОСТ 19549-93 (ИСО 5970-79) «Столы ученические для черчения и рисования. Типы и функциональные размеры».
10. ГОСТ 19550-93 (ИСО 5970-79) «Столы ученические для кабинетов иностранного языка. Типы и функциональные размеры».
11. ГОСТ 22361-95 «Подставки для технических средств обучения. Типы и функциональные размеры».
12. ГОСТ 20064-86 «Доски классные. Общие технические условия».
13. Методические рекомендации «Проведение мониторинга состояния здоровья детей и подростков и организация их оздоровления» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 7 декабря 2005 г.).

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

14. Методические рекомендации «Медицинская профилактика в общеобразовательных школах» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 23 декабря 2004 г.).
15. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях. (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 г. № 206-ВС).

8. Список литературы

1. Колпаков В.В., Беспалова Т.В., Томилова Е.А., Ларькина М.Ю., Мамчиц Е.В., Чернозривова М.О., Копытов А.А. Функциональные резервы и адаптивный потенциал лиц с различным уровнем привычной двигательной активности. Физиология человека. 2011. Т.37; 1: 105–17.
2. Крымский Е.Ф., Храмцов П.И. Распространенность и структура нарушений опорно-двигательного аппарата у старшеклассников общеобразовательных учреждений разного вида. Гигиена и санитария. 2007; 4: 62–65.
3. Сухарева Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Рапопорт И.К., Звездина И.В. Динамика заболеваемости московских школьников в процессе получения основного общего образования. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013; 3: 18–26.
4. Храмцов П.И. Методология изучения осанки в гигиене детей и подростков. Дисс. ... докт. мед. наук; 1998. 332 с.
5. Чичерин Л.П., Созияйнен А.А. Состояние здоровья подростков как индикатор эффективности системы медицинского обеспечения призыва на военную службу. Российский педиатрический журнал. 2013; 4: 58–60.
6. Чичерин Л.П., Никитин М.В. Медико-социальные аспекты охраны здоровья детей и подростков в Российской Федерации. Общественное здоровье и здравоохранение. 2010; 3: 22–26.
7. Щепин О.П. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2010. 384 с.
8. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Модестов А.А. Основные направления модернизации системы оздоровления детей и подростков. Российский педиатрический журнал. 2011; 3: 37–39.
9. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2008. 432 с.
10. Кучма В.Р., ред. Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.
11. Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

9. Приложения

Приложение 1

Перечень нормативных документов, устанавливающих соответствие функциональных параметров ученической мебели росто-возрастным характеристикам обучающихся

Виды мебели для учебных заведений	ГОСТ
Парты. Типы и функциональные размеры.	5994-93 (ИСО 5970-79)
Столы ученические. Типы и функциональные размеры.	11015-93 (ИСО 5970-79)
Стулья ученические. Типы и функциональные размеры.	11016-93 (ИСО 5970-79)
Столы для учителя. Типы и функциональные размеры.	18313-93 (ИСО 5970-79)
Столы ученические для черчения и рисования. Типы и функциональные размеры.	19549-93 (ИСО 5970-79)
Столы ученические для кабинетов иностранного языка. Типы и функциональные размеры.	19550-93 (ИСО 5970-79)
Подставки для технических средств обучения. Типы и функциональные размеры.	22361-95
Доски классные. Общие технические условия.	20064-86

Приложение 2

Цветовая маркировка соответствия функциональных параметров ученической мебели длине тела обучающихся

Номер мебели	Группа роста (в мм)	Высота над полом верхнего края крышки стола, обращенного к ученику, по ГОСТ 11015-93 (в мм)	Высота верхнего края сиденья над полом, по ГОСТ 11016-93 (в мм)
1	1000–1150	460	260
2	1151–1300	520	300
3	1301–1450	580	340
4	1451–1600	640	380
5	1601–1750	700	420
6	свыше 1750	760	460

Приложение 3

Требования к расстановке мебели в классном помещении

№ п/п	Параметр	Значение
1.	Расстояние между рядами двухместных столов	не менее 60 см
2.	Расстояние между рядом столов и наружной продольной стеной	не менее 50–70 см
3.	Расстояние между рядом столов и внутренней продольной стеной (перегородкой) или шкафами, стоящими вдоль этой стены	не менее 50–70 см
4.	Расстояние от последних столов до стены (перегородки), противоположной классной доске, Расстояние от задней стены, являющейся наружной, а при наличии оборотных классов	не менее 70 см не менее 100 см не менее 120 см
5.	Расстояние от демонстрационного стола до учебной доски	не менее 100 см
6.	Расстояние от первой парты до учебной доски	240–270 см
7.	Наибольшая удаленность последнего места учащегося от учебной доски	860 см
8.	Угол видимости доски (от края доски длиной 3 м до середины крайнего места учащегося за передним столом)	не менее 45°

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
15 февраля 2014 г.
Протокол № 2

УТВЕРЖДЕНЫ
на XVII Конгрессе
педиатров России
Москва,
15 февраля 2014 г

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА
БОЛЕЗНЕЙ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА
(МКБ-10: VII КЛАСС (H00-H59)
У ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-9-2014

(версия 1.0)

РАЗРАБОТЧИКИ: *Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Цамерян А.П.*

Рекомендации включают необходимые сведения о рациональной организации профилактики болезней глаза, преимущественно близорукости, в образовательных организациях и методах оценки объема и эффективности профилактической работы.

Рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в детских поликлиниках в отделениях организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях.

Рекомендации одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по гигиене детей и подростков (Протокол № 3 от 07.06.13 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 16 от 07.06.13 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

Более 90% информации о внешнем мире человек воспринимает посредством органа зрения. Поэтому одной из актуальных проблем охраны здоровья детей является проблема предотвращения формирования нарушений зрения, а также коррекции уже имеющихся нарушений.

В течение последних десятилетий отмечается ухудшение состояния здоровья детей и подростков. Рост заболеваемости отмечен практически по всем классам болезней, но наиболее неблагоприятные тенденции выявлены в отношении частоты функциональных расстройств и болезней глаза и его придаточного аппарата (по МКБ-10 VII класс H00–H59).

Распространенность нарушений зрения среди детей и подростков заметно превышает показатели взрослого населения и имеет тенденцию к быстрому росту, что связано с увеличением частоты врожденных заболеваний и аномалий развития, ретинопатий недоношенных, различных воспалительных заболеваний глаз, а также близорукости, относимой к числу школьно обусловленных заболеваний. Болезни глаза и его придаточного аппарата находятся на третьем месте в структуре заболеваемости детей (по обращаемости в медицинские организации) и составляют более 9200 на 100 тысяч детского населения.

По результатам профилактических осмотров школьников четвертое-пятое ранговые места в структуре заболеваемости занимают функциональные нарушения и болезни зрительного анализатора [1–8]. Функциональные расстройства преобладают у учащихся младших классов, хронические болезни – у учеников средней и старшей ступеней обучения.

Установлена взаимосвязь патологии органа зрения с соматическими и психосоматическими заболеваниями, которые также требуют коррекции. Нарушения зрения оказывают негативное влияние на состояние здоровья, работоспособность, развитие ведущих физиологических систем организма ребенка. Все это обуславливает необходимость проведения активной профилактики нарушений зрения в образовательных организациях и ежегодного скрининг-обследования детей для своевременного выявления нарушений зрения, коррекции расстройств и наблюдения за здоровьем обучающихся.

3. Профилактика нарушений зрения

В систематическую работу по профилактике нарушений зрения у несовершеннолетних должны быть вовлечены не только медицинские работники, но и администрация и педагоги образовательных организаций, родители и сами учащиеся школ и студенты колледжей. Мероприятия по предупреждению нарушений зрения включаются в план профилактической и санитарно-просветительной работы образовательных организаций.

Первичная профилактика состоит в систематическом контроле за:

- соблюдением требований к освещенности учебных помещений;
- позой обучающихся и воспитанников за столами и партами на уроках в школах и занятиях в дошкольных образовательных организациях;
- правильным рассяживанием школьников в классах;
- использованием школьной мебели, соответствующей росту учащихся;
- рациональной расстановкой мебели и оборудования в учебных помещениях;
- режимом образовательного процесса, чередованием непрерывной учебной деятельности на уроках и перерывами для проведения гимнастики для глаз.

3.1. В помещениях общеобразовательных организаций должны выполняться требования к их освещенности¹ и быть обеспечен коэффициент естественной освещенности (КЕО). В учебных помещениях при одностороннем боковом естественном освещении КЕО на рабочей поверхности парт (столов) в наиболее удаленной от окон точке помещения должен быть не менее 1,5%. При двухстороннем боковом естественном освещении показатель КЕО вычисляется на средних рядах и должен составлять 1,5%. Световой коэффициент (СК – отношение площади остекленной поверхности к площади пола) должен быть не менее 1:6.

Светопроемы учебных помещений в зависимости от климатической зоны оборудуют регулируемыми солнцезащитными устройствами (подъемно-поворотные жалюзи, тканевые шторы) с длиной не ниже уровня подоконника. Рекомендуется использование штор из тканей светлых тонов, обладающих достаточной степенью светопропускания, хорошими светорассеивающими свойствами, которые не должны снижать уровень естественного освещения. Использование штор (занавесок), в том числе штор с ламбрекенами, из поливинилхлоридной пленки и других штор или устройств, ограничивающих естественную освещенность, не допускается.

В нерабочем состоянии шторы необходимо размещать в простенках между окнами.

Для рационального использования дневного света и равномерного освещения учебных помещений следует:

- не закрашивать оконные стекла;
- не расставлять на подоконниках комнатные цветы, их размещают в переносных цветочницах высотой 65–70 см от пола или подвесных кашпо в простенках между окнами;
- очистку и мытье стекол проводить по мере загрязнения, но не реже 2 раз в год (осенью и весной);
- предотвращать затемнение окон деревьями, на первых этажах – кустарником.

Допускается отсутствие инсоляции в учебных кабинетах информатики, физики, химии, рисования и черчения, спортивно-тренажерных залах, помещениях пищеблока, актового зала, административно-хозяйственных помещениях.

В учебных помещениях система общего освещения обеспечивается потолочными светильниками. Предусматривается люминесцентное освещение с использованием ламп по спектру цветоизлучения: белый, теплорелький, естественнорелький. Светильники, используемые для искусственного освещения учебных

¹ СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях»

помещений, должны обеспечивать благоприятное распределение яркости в поле зрения. Не следует использовать в одном помещении люминесцентные лампы и лампы накаливания для общего освещения.

В учебных кабинетах, аудиториях, лабораториях уровни освещенности должны соответствовать следующим нормам: на рабочих столах – 300–500 лк, в кабинетах технического черчения и рисования – 500 лк, в кабинетах информатики на столах – 300–500 лк, на классной доске 300–500 лк, в актовом и спортивных залах (на полу) – 200 лк, в рекреациях (на полу) – 150 лк. При использовании компьютерной техники и необходимости сочетать восприятие информации с экрана и ведение записи в тетради – освещенность на столах обучающихся должна быть не ниже 300 лк.

В учебных помещениях следует применять систему общего освещения. Светильники с люминесцентными лампами располагаются параллельно светонесущей стене на расстоянии 1,2 м от наружной стены и 1,5 м от внутренней.

Классная доска, не обладающая собственным свечением, оборудуется местным освещением – софитами, предназначенными для освещения классных досок. Рекомендуется светильники размещать выше верхнего края доски на 0,3 м и на 0,6 м в сторону класса перед доской.

Для рационального использования искусственного света и равномерного освещения учебных помещений необходимо использовать отделочные материалы и краски, создающие матовую поверхность. Рекомендуется использовать следующие цвета красок: для потолков – белый, для стен учебных помещений – светлые тона желтого, бежевого, розового, зеленого, голубого; для мебели (шкафы, парты) – цвет натурального дерева или светло-зеленый; для классных досок – темно-зеленый, темно-коричневый; для дверей, оконных рам – белый.

В образовательных организациях необходимо проводить чистку осветительной арматуры светильников по мере загрязнения, но не реже 2 раз в год и своевременно заменять перегоревшие лампы. Неисправные, перегоревшие люминесцентные лампы собираются в контейнер в специально выделенном помещении и направляют на утилизацию в соответствии с действующими нормативными документами.

В настоящее время все большее распространение в образовательных организациях находят светодиодные светильники [9]. Достоинством таких светильников является то, что они позволяют достичь существенной экономии электроэнергии по сравнению с традиционными источниками света. Они практически не нуждаются в обслуживании, что значительно снижает эксплуатационные расходы, особенно в трудно доступных для замены ламп местах. Кроме того, преимущество, по сравнению с традиционно используемыми изделиями, заключается в том, что светодиодные светильники обладают высокой эффективностью, высоким качеством света, отсутствием в спектре ультрафиолетового излучения. Современные светодиоды сравниваются по световой отдаче с натриевыми газоразрядными лампами и металлогалогенными лампами, достигнув 150 лм/Вт.

Установлено, что светодиодные светильники создают более благоприятную световую среду для зрительной и умственной работы обучающихся разного возраста, улучшают их психофизиологическое и функциональное состояние. Зрительная система учащихся, независимо от возраста, на фоне светодиодного освещения отличается повышенной стабильностью по сравнению с люминесцентными условиями освещения.

3.2. Важными факторами профилактики нарушений зрения является выработка правильной позы у обучающихся и воспитанников во время занятий за партами и столами, а также использование удобной школьной мебели, соответствующей росту ребенка. В настоящее время используются различные виды школьной мебели: столы с горизонтальной поверхностью и парты – с наклонной. Неудобство горизонтальных столов заключается в том, что при зрительной работе вблизи учащиеся вынуждены наклонять голову. У детей мышцы шеи развиты слабо, и они не могут долго держать голову в вынужденном положении. Голова опускается все ниже и ниже, глаза слишком приближаются к предмету работы, конвергенционные и аккомодационные мышцы глаза сильно напрягаются. В результате этого процесса при длительной зрительной работе происходит спазм аккомодации, приводящий в дальнейшем к близорукости. Поэтому необходим постоянный контроль со стороны педагогов и родителей за правильностью позы учащегося при занятиях в образовательном учреждении и дома, а также регулярное проведение физкультминуток.

Расстояние от глаз до тетради или книги должно составлять не менее 25–35 см у обучающихся 1–4 классов и не менее 30–45 см – у обучающихся 5–11 классов.

В школах детей с нарушением зрения рекомендуется рассаживать за ближние к классной доске парты или столы. Не менее двух раз за учебный год обучающихся, сидящих на крайних рядах (1 и 3 ряд при трехрядной расстановке парт), классные руководители должны менять местами, не нарушая соответствия мебели их росту.

Угол видимости доски от края доски длиной 3,0 м до середины крайнего места обучающегося за передним столом должен быть не менее 35 градусов для обучающихся II–III ступени образования и не менее 45° для обучающихся I ступени образования. Самое удаленное от окон место занятий не должно находиться далее 6,0 м.

В начальных классах необходимо над доской размещать наглядный материал, например плакат «Правильно сиди при письме», чтобы дети всегда имели его перед глазами и контролировали свою позу.

3.3. Режим образовательного процесса оказывает значительное влияние на развитие зрительного анализатора обучающихся. Необходимо чередовать во время урока различные виды учебной деятельности (за исключением контрольных работ). Средняя непрерывная продолжительность различных видов учебной деятельности обучающихся (чтение с бумажного носителя, письмо, слушание, опрос и т. п.) в 1–4 классах не должна превышать 7–10 минут, в 5–11 классах – 10–15 минут.

Для профилактики нарушений зрения непрерывная учебная деятельность должна чередоваться с перерывами для отдыха глаз от зрительной работы. Глаза отдыхают тогда, когда смотрят вдаль или когда они закрыты.

Доказано положительное влияние физкультминуток, проводимых в перерывах между напряженной зрительной работой, на состояние органа зрения и формирование рефракции глаз у детей. При этом улучшается мозговое кровообращение, укрепляется склера глаза. Эффективность физкультминуток возрастает при проведении специального комплекса упражнений гимнастики для глаз, которые проводятся педагогом.

Комплекс упражнений гимнастики для глаз для детей 6–9 лет (1–3 классы).

1. Быстро поморгать, закрыть глаза и посидеть спокойно, медленно считая до пяти. Повторить 4–5 раз.

2. Крепко зажмурить глаза (считая до 3), открыть их и посмотреть вдаль (считая до 5). Повторить 4–5 раз.
3. Вытянуть правую руку вперед. Следить глазами, не поворачивая головы, за медленными движениями указательного пальца вытянутой руки влево и вправо. Вверх и вниз. Повторить 4–5 раз.
4. Посмотреть на указательный палец вытянутой руки на счет 1–4, потом перенести взор вдаль на счет 1–6. Повторить 4–5 раз.
5. Исходное положение (И.П.) – сидя, руки вперед. Посмотреть на кончики пальцев, поднять руки вверх, следить глазами за руками, не поднимая головы, руки опустить, выдох. Повторить 4–5 раз.

Комплекс упражнений гимнастики для глаз для учащихся 10–18 лет (4–11 кл.).

1. И.П. – сидя, откинувшись на спинку парты. Глубокий вдох. Наклонившись вперед, к крышке парты, выдох. Повторить 5–6 раз.
2. И.П. – сидя, откинувшись на спинку парты. Прикрыть веки, крепко зажмурить глаза, затем открыть. Повторить 5–6 раз.
3. И.П. – сидя, руки на поясе. Повернуть голову вправо, посмотреть на локоть правой руки. Вернуться в исходное положение. Повторить 5–6 раз.
4. И.П. – сидя. Поднять глаза кверху, сделать ими круговые движения по часовой стрелке, затем против часовой стрелки. Повторить 5–6 раз.
5. И.П. – сидя, руки вперед. Посмотреть на кончики пальцев, поднять руки вверх. Вдох. Следить за руками, не поднимая головы. Руки опустить. Выдох. Повторить 4–5 раз.
6. И.П. – сидя. Смотреть прямо перед собой на классную доску 2–3 сек., перенести взор на кончик носа на 3–5 сек. Повторить 6–8 раз.
7. И.П. – сидя, закрыв глаза. В течение 30 сек. массировать веки кончиками указательных пальцев.

3.4. Медицинский персонал образовательных организаций должен проводить работу по гигиеническому обучению и воспитанию: давать обучающимся, педагогам и родителям правильные рекомендации по организации зрительного режима в школьное и внешкольное время.

Важным профилактическим мероприятием является коррекция зрительных учебных и внеучебных нагрузок детей и подростков в домашних условиях. Объем домашних заданий (по всем предметам) должен быть таким, чтобы затраты времени на его выполнение не превышали (в астрономических часах): во 2–3 классах – 1,5 ч, в 4–5 классах – 2 ч, в 6–8 классах – 2,5 ч, в 9–11 классах – до 3,5 ч. Зрительные нагрузки детей и подростков в последнее время значительно увеличились при использовании в домашних условиях персональных компьютеров и другой электронной техники с видеотерминалами.

Со зрительным напряжением связаны многие учебные нагрузки со статическим компонентом при получении детьми дополнительного образования: занятия музыкой, шахматами, иностранными языками, математикой и информатикой, а также занятия с репетиторами при подготовке к экзаменам. Родители должны оптимально сбалансировать дополнительные нагрузки учащихся с динамическим компонентом (спортивные секции) и со статическим компонентом в сочетании со зрительным напряжением, а также контролировать домашние учебные и внеучебные занятия и досуг детей с использованием современной техники, включая телевизоры.

Дети младшего школьного возраста могут смотреть телевизионные передачи в те дни, когда учебная нагрузка невелика. Продолжительность просмотра телепередач должна быть не более 1 часа в день. Необходимо, чтобы комната была освещена. Ребенок должен сидеть на расстоянии 3–5 м от экрана в зависимости от размера экрана телевизора. Если ребенку назначены очки для дали, то смотреть телевизионные передачи обязательно надо в очках.

3.5. К профилактическим мероприятиям, предотвращающим прогрессирование функциональных нарушений зрения, следует относить:

- соблюдение санитарно-гигиенических требований к условиям обучения;
- использование учебников и книг, имеющих хорошее качество оформления, соответствующее санитарным нормам и правилам;
- использование компьютерной техники при режиме занятий в соответствии с требованиями к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы с ними;
- чередование занятий учащихся с отдыхом и физкультминутками;
- проведение гимнастики для глаз в образовательной организации и дома;
- контроль за правильной позой учащихся во время занятий;
- организацию систематических прогулок и игр на свежем воздухе;
- активное гармоничное физическое развитие детей и подростков, укрепление мышц спины и шеи;
- организацию рационального питания и витаминизации.

Проведением профилактических мероприятий по предупреждению возникновения и развития нарушений зрения у учащихся должны заниматься не только врачи-офтальмологи, но и медицинский персонал, администрация, педагоги образовательных организаций и родители.

3.6. Вторичная профилактика нарушений зрения в основном заключается в предотвращении и прогрессирования близорукости.

При прогрессировании миопии необходимо своевременное назначение очков для дали и для работы вблизи. Для этой цели хорошо использовать бифокальные сфероприматические очки (БСПО), которые были предложены офтальмологами. Эти очки выписываются с учетом имеющейся степени близорукости каждого глаза: верхняя зона предназначена для зрения вдаль, а нижняя – сфероприматическая, имеющая плюсовую оптику, для работы вблизи. Это позволяет значительно облегчить зрительные нагрузки.

Очень важным моментом в оздоровлении учащихся с миопией является правильный подбор очков для дали и для работы вблизи. Очки для дали должны быть подобраны с таким расчетом, чтобы каждый глаз видел лишь шесть верхних строк проверочной таблицы. Носить их следует постоянно, работать вблизи в них нельзя ни в коем случае. Для работы вблизи и для выполнения упражнений специальной гимнастики нужны другие очки.

К числу мероприятий, предотвращающих прогрессирование миопии, относится организация лечебной физкультуры для детей с неосложненной миопией. В качестве специальной гимнастики для глаз для младших школьников с предмиопией и миопией могут служить специальные упражнения.

Основной принцип этой гимнастики – тренировка на удаление текста от глаз. Гимнастика выполняется попеременно левым и правым глазами. Заниматься гим-

настикой следует именно в процессе труда, а не просто в отведенное для этого время.

Если близорукость находится в пределах от 2,5 до 5 диоптрий, специальной гимнастикой можно заниматься вообще без очков. При более сильной близорукости линзы очков для работы вблизи для подростков надо подобрать на 2,5 диоптрии слабее, а для детей младшего школьного возраста – на 3 диоптрии слабее. Если есть астигматизм, то стекла должны сохранять силу астигматической коррекции. На 2,5 диоптрии уменьшается только сферический компонент.

Следует подчеркнуть, что в очках для работы вблизи читать, писать, заниматься рукоделием, выполнять всю мелкую работу необходимо попеременно то одним, то другим глазом, не больше чем по 15–30 минут каждым. Для этого одну линзу очков прикрывают «шторкой» из бумаги или ткани.

Если у учащегося близорукость одного глаза сильнее, чем другого, то и тренировать глаз с более выраженной близорукостью нужно дольше. Линия зрения при чтении и письме должна быть перпендикулярна середине плоскости страницы. Лучше выполнять тренировки со специальной подставкой для книг.

В комплекс рекомендаций, направленных на предотвращение прогрессирования миопии, входят:

- исключение зрительных нагрузок за полчаса до сна, т.к. доказано, что спазм аккомодации во время сна не проходит;
- назначение поливитаминов;
- назначение препаратов черники.

Черника содержит вещества, которые улучшают кровообращение в капиллярах и других сосудах сетчатки, а также способствуют образованию родопсина, активно участвующего в зрительном процессе.

Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий обеспечивает нормализацию зрения у трети детей с предмиопией и предупреждение прогрессирования процесса у остальных учащихся с предмиопией и у детей с миопией до 1 диоптрии.

В сложных случаях для лечения миопии и других нарушений зрения учащегося следует направлять в Центры коррекции и реабилитации зрения, где успешно применяются аппаратные методы лечения и предотвращения прогрессирования патологии.

3.7. Одним из основных требований профилактики нарушений зрения является проведение в образовательных организациях ежегодных скрининг-обследований обучающихся с последующим обследованием врачом-офтальмологом детей, нуждающихся в углубленном обследовании и лечении. Программа скрининг-обследования для выявления нарушений зрения описана в Федеральном протоколе оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях «Скрининг-обследование несовершеннолетних обучающихся в образовательных организациях» [4].

4. Противопоказаний к применению медицинской профилактики болезней глаза: противопоказаний нет.

5. Материально-техническое обеспечение работы по профилактике нарушений зрения:

Для проведения ежегодного скрининг-обследования детей с целью выявления нарушений зрения необходим аппарат Рота с таблицей Сивцева-Орловой или таблицей с кольцами Ландольта, набор очковых линз для проведения теста Малиновского, детская оправа с $dpr = 56-58$ мм, заслонка для исключения из акта зрения неисследуемого глаза, 2 заточенных карандаша для теста Рейнеке.

Возможно применение аппаратно-программных комплексов для выявления нарушений зрения у несовершеннолетних.

В начальных классах необходимо разместить над доской плакат «Правильно сиди при письме». В классах должен висеть измерительная линейка – ростомер, позволяющая определить рост учащегося и подобрать мебель, соответствующую длине тела.

6. Выходные формы, позволяющие учитывать результаты работы по профилактике болезней глаза

Таблица 1 предназначена для регистрации объема профилактической работы, проводимой в образовательной организации для предотвращения возникновения и прогрессирования нарушений зрения у обучающихся. Таблица 2 предназначена для определения эффективности профилактической работы по количеству обучающихся с нарушениями зрения, выявленными при скрининг-обследовании. Обе таблицы должны отражать динамику показателей на протяжении 3-х и более лет.

7. Эффективность профилактики нарушений зрения

По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН осуществление комплексных целенаправленных профилактических мероприятий в образовательных организациях и дома, раннее выявление учащихся с предмиопией и спазмом аккомодации, своевременное лечение детей с прогрессирующей миопией обеспечивает нормализацию зрения или стабилизацию патологических процессов более чем у 30% учащихся с нарушениями зрения. Наиболее высокие результаты при использовании профилактических программ наблюдаются при систематическом проведении их, начиная с 1-го класса.

Таблица 1

Показатели работы медицинского персонала в образовательной организации по профилактике болезней глаза и его придаточного аппарата (в школе, дошкольной образовательной организации, организации профессионального образования) № _____ в 20___ – 201___ гг.

8.

год	Количество рабочих мест обучающихся, уровни освещенности которых соответствуют гигиеническим нормативам (% к общему количеству рабочих мест)	Количество обучающихся, которые сидят за партами (столами) с учетом остроты зрения (% к количеству обучающихся с нарушениями зрения)	Количество обучающихся, обеспеченных учебной мебелью, размеры которой соответствуют их росту (% к общему числу обучающихся)	Количество учебных помещений, в которых рабочие места чередуются сидя и стоя (% к общему числу учебных помещений)	Количество учебных коллективов (классов, групп), в которых регулярно проводится гимнастика для глаз (% к общему числу учебных коллективов)	Количество обучающихся, которые получают систематические курсы лечения для предупреждения прогрессирования миопии (% к числу обучающихся с миопией)	Количество обучающихся, проходящих ежегодное скрининговое обследование для выявления нарушений зрения (% к общему числу обучающихся)
2015							
2016							
2017							

Таблица 2

Распространенность нарушений,
выявленных у обучающихся в образовательной организации
на основании скрининг обследования в 20__ – 20__ гг.

год	Проведенное тестирование для выявления	Количество обследованных детей	Абсолютное количество детей с выявленными нарушениями зрения		Относительное количество выявленных нарушений (% к числу обследованных детей)	
			Впервые в жизни	Всего	Впервые в жизни	Всего
2015	остроты зрения вдаль					
	остроты зрения вблизи					
	предмиопии с помощью теста Малиновского					
	бинокулярного зрения с помощью теста Рейнеке					
	скрытого косоглазия					
2016						
2017						

8. Список нормативных и методических документов

1. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».
2. СанПиН 2.2.2./2.4.1.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
4. Федеральные рекомендации оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях ФР РОШУМЗ-1-2014 «Скрининг-обследование несовершеннолетних обучающихся в образовательных организациях». Available et: <http://niigd.ru/okazanie-medicinskoj-pomoshhi-v-obrazovatelnyx-organizacijax/protokoly-okazaniya-pmsp-nesovershennoletnim-obuchayushhimsya-v-obrazovatelnyx-organizacijax.html>

9. Список литературы

1. Кузнецова М.В. Причины близорукости и ее лечение. Казань; 2004; 176.
2. Рапопорт И.К. Оценка динамики заболеваемости школьников по результатам профилактических осмотров. Гигиена и санитария. 2006; 6: 48–50.
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2008. 432 с.
4. Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.
5. Кучма В.Р., ред. Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.
6. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании. Вестник РАМН. 2009; 5: 6–11.
7. Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.
8. Рапопорт И.К., Цамерян А.П. Диагностика, профилактика и оздоровление учащихся с рефракционными нарушениями и заболеваниями глаз. Школа здоровья. 2012; 1: 41–51.
9. Сухарева Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Рапопорт И.К. Заболеваемость московских школьников в динамике обучения с первого по девятый класс. Российский педиатрический журнал. 2013; 4: 48–53.
10. Кучма В.Р., Текшева Л.М. Гигиенические основы использования светодиодов в системах искусственного освещения. М.: НЦЗД РАМН; 2013. 246 с.

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
15 февраля 2014 г.
Протокол № 2

УТВЕРЖДЕНЫ
на XVII Конгрессе
педиатров России
Москва,
15 февраля 2014 г

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА
БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ
(МКБ-10: XI КЛАСС (K00-K93)
У ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-11-2014

(версия 1.1)

РАЗРАБОТЧИКИ: Горелова Ж.Ю., Рапопорт И.К.

Рекомендации включают необходимые сведения о рациональной организации профилактики нарушений органов пищеварения в образовательных организациях. Рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в детских поликлиниках в отделениях организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях.

Рекомендации одобрены и рекомендованы к утверждению Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 18 от 06.02.2014 г.)

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

Рациональное питание детей и подростков способствует гармоничному физическому и умственному развитию, высокой работоспособности и успеваемости в образовательной организации, создает условия для адаптации к факторам окружающей среды, оказывает существенное влияние на качество жизни, является необходимым условием формирования и сохранения здоровья [1–3, 5]. Немаловажную роль в развитии алиментарных заболеваний может играть отсутствие у детей и подростков и их родителей культуры здорового образа жизни, включая здоровое питание. Поэтому в сферу деятельности медицинских работников образовательных организаций входит гигиеническое обучение и воспитание учащихся и родителей, в том числе формирование культуры питания, правильного пищевого поведения.

Показатели здоровья школьников и охвата их горячим физиологически полноценным питанием включены как целевые показатели деятельности органов исполнительной власти, организаций, реализующих социальную политику в области охраны здоровья детей и подростков [4, 6–10].

3. Профилактика нарушений функций органов пищеварения

В систематическую работу по профилактике нарушений функций органов пищеварения у несовершеннолетних должны быть вовлечены медицинские работники, администрация и педагоги образовательных организаций, родители и сами учащиеся школ и студенты колледжей.

Медицинские работники, работающие в образовательных организациях для несовершеннолетних, должны осуществлять систематический контроль за организацией питания обучающихся и строгое соблюдение принципов здорового питания.

3.1. Контроль за соблюдением требований к организации здорового питания

Для обеспечения обучающихся здоровым питанием, составными частями которого являются оптимальная количественная и качественная структура питания, гарантированная безопасность, физиологически технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, физиологически обоснованный режим питания, следует разрабатывать рацион питания. Рацион питания обучающихся предусматривает формирование набора продуктов, предназначенных для питания детей в течение суток или иного фиксированного отрезка времени.

На основании сформированного рациона питания разрабатывается меню, включающее распределение перечня блюд, кулинарных, мучных, кондитерских и хлебобулочных изделий по отдельным приемам пищи (завтрак, обед, полдник, ужин).

Для обеспечения здоровым питанием всех обучающихся образовательной организации, необходимо составление примерного меню на период не менее двух недель (10–14 дней), в соответствии с рекомендуемой формой составления

примерного меню, а также меню-раскладок, содержащих количественные данные о рецептуре блюд.

3.2. Контроль за соблюдением требований к формированию примерного меню

Примерное меню разрабатывается юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, обеспечивающим питание в образовательной организации, и согласовывается с руководителями образовательной организации и территориального органа исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Примерное меню разрабатывается с учетом сезонности, необходимого количества основных пищевых веществ и требуемой калорийности суточного рациона, дифференцированного по возрастным группам обучающихся (7–11 и 12–18 лет). Примерное меню при его практическом использовании может корректироваться с учетом социально-демографических факторов, национальных, конфессиональных и территориальных особенностей питания населения при условии соблюдения требований к содержанию и соотношению в рационе питания основных пищевых веществ. При разработке примерного меню учитывают: продолжительность пребывания обучающихся в образовательной организации, возрастную категорию и физические нагрузки обучающихся.

Для обучающихся образовательной организации необходимо организовать двухразовое горячее питание (завтрак и обед). Для детей, посещающих группу продленного дня, должен быть организован дополнительно полдник.

При круглосуточном пребывании должен быть предусмотрен не менее чем пятикратный прием пищи. За 1 час перед сном в качестве второго ужина детям дать стакан кисломолочного продукта (кефир, ряженка, йогурт и др.).

Интервалы между приемами пищи не должны превышать 4-х часов.

С учетом возраста обучающихся в примерном меню должны быть соблюдены требования санитарных правил по массе порций блюд (Приложение 1), их пищевой и энергетической ценности, суточной потребности в основных витаминах и микроэлементах для различных групп обучающихся в общеобразовательных организациях (табл. 1–3 Приложения 2) и учреждениях начального и среднего профессионального образования (табл. 4 Приложения 2).

Примерное меню должно содержать информацию о количественном составе блюд, энергетической и пищевой ценности, включая содержание витаминов и минеральных веществ в каждом блюде. Обязательно приводятся ссылки на рецептуры используемых блюд и кулинарных изделий в соответствии со сборниками рецептур. Наименования блюд и кулинарных изделий, включенных в примерное меню, должны соответствовать их наименованиям, указанным в использованных сборниках рецептур.

При разработке меню для питания обучающихся предпочтение отдают свежеприготовленным блюдам, не подвергающимся повторной термической обработке, включая разогрев замороженных блюд.

В примерном меню не допускается повторение одних и тех же блюд или кулинарных изделий в один и тот же день или в последующие 2–3 дня.

В примерном меню должно учитываться рациональное распределение энергетической ценности по отдельным приемам пищи. При одно-, двух-, трех- и четырехразовом питании распределение калорийности по приемам пищи в

процентном отношении должно составлять: завтрак – 25%, обед – 35%, полдник – 15% (для обучающихся во вторую смену – до 20–25%), ужин – 25%. При кругло-суточном пребывании обучающихся, при пятиразовом питании: завтрак – 20%, обед – 30–35%, полдник – 15%, ужин – 25%, второй ужин – 5–10%. При организации шестиразового питания: завтрак – 20%, второй завтрак – 10%, обед – 30%, полдник – 15%, ужин – 20%, второй ужин – 5%. Допускается в течение дня отступления от норм калорийности по отдельным приемам пищи в пределах $\pm 5\%$ при условии, что средний процент пищевой ценности за неделю будет соответствовать вышеперечисленным требованиям по каждому приему пищи.

В суточном рационе питания оптимальное соотношение пищевых веществ: белков, жиров и углеводов, должна составлять 1:1,4 или в процентном отношении от калорийности, как 10–15%, 30–32% и 55–60%, соответственно, а соотношения кальция к фосфору, как 1:1,5.

Питание обучающихся должно соответствовать принципам щадящего питания, предусматривающее использование определенных способов приготовления блюд, таких как варка, приготовление на пару, тушение, запекание, и исключать продукты с раздражающими свойствами.

Ежедневно в рационе 2–6-разового питания должно быть включено мясо, молоко, сливочное и растительное масло, хлеб ржаной и пшеничный (с каждым приемом пищи); рыба, яйца, сыр, творог, кисломолочные продукты – 1 раз в 2–3 дня.

Завтрак должен состоять из закуски, горячего блюда и горячего напитка, рекомендуется включать овощи и фрукты.

Обед должен включать закуску, первое, второе (основное горячее блюдо из мяса, рыбы или птицы) и сладкое блюдо. В качестве закуски следует использовать салат из огурцов, помидоров, свежей или квашеной капусты, моркови, свеклы и т. п., с добавлением свежей зелени; допускается использование порционированных овощей (дополнительный гарнир). Для улучшения вкуса в салате можно использовать свежие или сухие фрукты: яблоки, чернослив, изюм и орехи.

В полдник рекомендуется напиток (молоко, кисломолочные продукты, кисели, соки) с булочными или кондитерскими изделиями без крема.

Ужин должен состоять из овощного (творожного) блюда или каши; основного второго блюда (мясо, рыба или птица), напитка (чай, сок, кисель). Дополнительно рекомендуются в качестве второго ужина фрукты или кисломолочные продукты и булочные или кондитерские изделия без крема.

Фактический рацион питания должен соответствовать утвержденному примерному меню. В исключительных случаях допускается замена одних продуктов, блюд и кулинарных изделий на другие при условии их соответствия по пищевой ценности и в соответствии с таблицей замены пищевых продуктов (Приложение 3).

Ежедневно в обеденном зале вывешивают меню, утвержденное руководителем образовательной организации, в котором указываются сведения об объемах блюд и названия кулинарных изделий.

Для предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и в соответствии с принципами щадящего питания не допускается использовать пищевые продукты и изготавливать блюда и кулинарные изделия, в соответствии с требованиями указанными в Приложении 4.

В питании обучающихся допускается использование продовольственного сырья растительного происхождения, выращенного в организациях

сельскохозяйственного назначения, на учебно-опытных и садовых участках, в теплицах образовательных организаций при наличии результатов лабораторно-инструментальных исследований указанной продукции, подтверждающих ее качество и безопасность.

В течение двух недель (10–14 дней) обучающихся общеобразовательных организаций и учреждений начального и среднего профессионального образования рекомендуется обеспечить набором пищевых продуктов в полном объеме, предусмотренных в суточных наборах, из расчета в один день на одного человека для различных групп обучающихся (табл. 1 и 2 Приложения 5).

Приведенные в Приложении 5 рекомендуемые наборы продуктов не распространяются на социально незащищенные группы обучающихся (детей-сирот, детей оставшихся без попечения родителей, обучающихся и воспитываемых в федеральных государственных образовательных учреждениях и других организациях), при организации питания которых, следует руководствоваться нормами питания, утвержденными соответствующими актами законодательства Российской Федерации.

3.3. Контроль за соблюдением требований к организации обслуживания обучающихся горячим питанием

Горячее питание предусматривает наличие горячего первого и (или) второго блюда, доведенных до кулинарной готовности, порционированных и оформленных. Отпуск горячего питания обучающимся должен быть организован по классам (группам) на переменах продолжительностью не менее 20 минут в соответствии с режимом учебных занятий. В образовательных организациях интернатного типа питание обучающихся организуется в соответствии с режимом дня. За каждым классом (группой) в столовой должны быть закреплены определенные обеденные столы.

Организацию обслуживания обучающихся горячим питанием рекомендуется осуществлять либо предварительно накрывая столы, либо используя линии раздачи. Предварительное накрытие столов (сервировка) может осуществляться дежурными детьми старше 14 лет под руководством дежурного преподавателя.

Не допускается присутствие обучающихся в производственных помещениях столовой. Не разрешается привлекать обучающихся к работам, связанным с приготовлением пищи, чистке овощей, раздаче готовой пищи, резке хлеба, мытью посуды, уборке помещений.

Не допускается привлекать к приготовлению, порционированию и раздаче кулинарных изделий, проведению санитарной обработки и дезинфекции оборудования, посуды и инвентаря персонал, в должностные обязанности которого не входят указанные виды деятельности.

3.4. Контроль за соблюдением требований к организации дополнительного питания

Наряду с основным питанием возможна организация дополнительного питания обучающихся через буфеты образовательных организаций, которые предназначены для реализации мучных кондитерских и булочных изделий, пищевых продуктов в потребительской упаковке в условиях свободного выбора, и в соответствии с рекомендуемыми санитарными правилами, ассортиментом дополнительного питания (Приложение 6). Ассортимент дополнительного питания утверждается руководителем образовательной организации и (или) руководителем организации общественного питания образовательной органи-

зации ежегодно перед началом учебного года и согласовывается с территориальным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Реализация напитков, воды через буфеты должна осуществляться в потребительской таре емкостью не более 500 мл. Разливать напитки в буфете не допускается. Замена горячего питания выдачей продуктов из буфета не рекомендуется.

3.5. Гигиеническое обучение родителей по вопросам организации рационального питания несовершеннолетних в домашних условиях

В образовательной организации рекомендуется проводить работу (лекции, семинары, деловые игры, викторины, дни здоровья) по формированию навыков и культуры здорового питания, этике приема пищи, профилактике алиментарно-зависимых заболеваний, пищевых отравлений и инфекционных заболеваний.

Организация рационального питания детей и подростков, особенно несовершеннолетних с отклонениями в состоянии здоровья, во многом зависит от родителей, так как в современных условиях немногие образовательные организации обладают возможностями создания оптимальных условий для улучшения адаптационных и иммунобиологических возможностей детей, стабилизации и коррекции хронической патологии и функциональных расстройств.

В питании несовершеннолетних с нарушениями здоровья родителям следует использовать продукты с повышенной биологической ценностью, а также продукты, обладающие свойствами, благотворно влияющими на здоровье, рост и развитие детей и подростков (эубиотики, продукты, содержащие биологически активные вещества, продукты, обогащенные незаменимыми пищевыми веществами и др.).

Для приготовления блюд и кулинарных изделий должна использоваться только йодированная поваренная соль, соответствующая требованиям государственных стандартов или имеющая гигиеническое заключение (сертификат), выданное органами Роспотребнадзора. Регулярное потребление пищевой йодированной соли в количестве до 3–5 г (1 чайная ложка) в сутки полностью обеспечивает потребность организма в йоде.

Среди продуктов промышленного производства с повышенной биологической ценностью, обогащенных биологически активными веществами, способны восполнить недостаток йода, железа, кальция, витаминов такие продукты, как витаминизированный хлеб (с бета-каротином), хлебобулочные изделия (обогащенные витаминно-минеральными премиксами), кондитерские изделия (с железом), витаминизированное печенье, сухие завтраки с бета-каротином, дольки апельсиновые с витамином С и бета-каротином, карамель леденцовая с витамином С, витаминизированное молоко, молочные десерты, йогурты, детские молочные смеси.

Родителям необходимо информировать, что для выпечки в домашних условиях целесообразно использовать витаминизированную муку, йодированную соль и дрожжи. В качестве 2-го завтрака или полдника можно рекомендовать кисломолочные напитки – бифилакт, напитки из криопорошка, поливитаминные инстантные напитки и др., способные при нормальном суточном потреблении восполнять на 30–50% суточную физиологическую потребность детей и подростков в незаменимых веществах.

Дефицит микронутриентов, выявляемый практически во всех возрастных группах учащихся, особенно витаминов С, группы В, каротина, фолиевой кислоты, а также кальция, магния, железа, йода может быть частично возмещен путем правильно

составленного продуктового набора и использования витаминных препаратов и витаминно-минеральных комплексов лечебно-профилактического назначения.

Родителям следует помнить, что экзамены обучающихся сопровождаются значительным умственным напряжением и стрессом. Для успешной сдачи экзаменов необходимо особенно строгое соблюдение режима питания учащихся. В этот период энергозатраты организма увеличиваются и усиливается потребность в биологически активных веществах – витаминах, минералах, микроэлементах. Ассортимент используемых продуктов в этот период должен быть особенно разнообразным. В суточном рационе питания обучающегося обязательно должны присутствовать овощи, фрукты, молочные продукты, мясо, рыба, соки, орехи, сухофрукты, мед, растительное масло. Дополнительное введение фруктов в промежутке между основными приемами пищи, а также поливитаминные препараты могут предотвратить возможный дефицит и нарастающие потребности в незаменимых веществах в период повышенной интеллектуальной нагрузки.

3.5.1. Питание детей с дефицитом массы тела.

В настоящее время у 15–35% детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах выявляется дефицит массы тела. В таких случаях необходимо проведение активной нутритивной поддержки.

При дефицитных состояниях пища должна быть более калорийной и высокобелковой. Энергетическую ценность рациона питания рекомендуется увеличить на 10–15%, а при значительном дефиците массы тела – на 20%. В рационе должно содержаться достаточное количество белков, жиров, углеводов. В белковую часть рациона должны быть включены продукты, содержащие белки животного происхождения (мясо, птицу, рыбу, яйца, творог, сыр, молоко, кефир и др.), так как они обладают более высокой усвояемостью, содержат незаменимые аминокислоты, не синтезирующиеся в организме человека. Животные белки в рационе детей и подростков должны составлять не менее 55–60% от общего количества белков.

В питание детей с дефицитом массы тела необходимо также включать продукты, обогащенные недостающими микронутриентами (витаминами и минералами). В настоящее время при оздоровлении обучающихся с дефицитом массы тела и детей, часто и длительно болеющих, рекомендуется широко использовать продукты с повышенной биологической ценностью.

3.5.2. Питание детей с избыточной массой тела.

Оптимизация питания является одним из основных компонентов оздоровительных программ для детей и подростков с избыточной массой тела. Осуществление диетических мероприятий возможно только при активном участии родителей и соблюдении ими соответствующих правил и рекомендаций врача.

Основные правила, связанные с коррекцией (ограничением) питания, заключаются в том, что новый диетический рацион следует внедрять не резко – на адаптацию организма к новым условиям питания требуется не менее месяца; внедренный режим следует неукоснительно соблюдать – даже незначительное отклонение от него (например, в праздничные дни) может свести «на нет» усилия многих месяцев.

Режим питания учащихся с избыточной массой тела должен отличаться следующими особенностями: калорийность пищи в течение дня распределяется так, чтобы завтрак включал 25–30% калорийности всего суточного рациона, обед – 35–40%, полдник – 10–15%, ужин – 25–20%; частота приема пищи – не менее 4-х раз в день и 75–90% всего количества пищи должно приходиться на время до 17–18 часов; после 18 часов употребляются только кисломолочные продукты

(кефир, простокваша, ряженка) и овощи, исключая картофель. Детей следует приучать есть медленно, тщательно пережевывая пищу, не отвлекаться на игры, телефон, компьютер.

В рацион питания включаются в основном молочные низкожировые (1,5–2,5% жирности) продукты, а также овощи и фрукты, которые при относительно большом объеме обладают малой калорийностью. Значительно ограничивается потребление хлеба (особенно белого), сахара, конфет, кондитерских и макаронных изделий, крупы (за исключением гречневой), картофеля; несколько уменьшается количество жиров (особенно животного происхождения). Употребление мяса, рыбы, молока, яиц, творога должно соответствовать нормальным возрастным потребностям.

Пища не должна содержать острых приправ, усиливающих секреторную деятельность желудка и повышающих аппетит.

Нормализации массы тела у детей с угрозой ожирения можно достичь уже при организации питания, соответствующего его физиологической норме, то есть, если исключить переедание, снизив потребление жиров и углеводов.

В борьбе с избыточной массой тела и ожирением большое значение имеют меры, направленные на повышение энергетического обмена и утилизацию жиров в организме. Особая роль при этом принадлежит закаливанию. Родителям обучающихся младших классов следует рекомендовать организацию для детей воздушных ванн, обтирания и обливания водой при температуре от +20°C до +23°C, для подростков – контрастные души с перепадом температур от +35°C до +20°C. Непременным условием, обеспечивающим положительный эффект при проведении процедур закаливания, является постепенность их внедрения в режим дня обучающегося.

Фитотерапия является действенным средством в нормализации обмена веществ, повышении иммунобиологических возможностей организма ребенка, улучшении функций нервной, сердечно-сосудистой систем, органов пищеварения, дыхания, кроветворения, восполнении недостающих микронутриентов. Полезными компонентами фитотерапии являются фруктовые и овощные соки, приготовление которых наиболее рационально в домашних условиях.

По существующим правилам обучающиеся с избыточной массой тела должны заниматься в основной медицинской группе для занятий физической культурой. Однако если в младшем школьном возрасте такие дети могут заниматься также, как и их одноклассники с нормальным соотношением длины и массы тела, то в 12–13 лет они начинают отставать по развитию таких качеств, как выносливость, быстрота, прыгучесть. В этих случаях требуется индивидуальный подход: снижение длительности выполнения одних упражнений, учет возможности выполнения других, но не снижение общего объема двигательной нагрузки.

Для детей и подростков с осложненной формой ожирения устанавливаются ограничения – занятия в подготовительной и специальной медицинских группах для занятий физической культурой в соответствии с рекомендациями врача-эндокринолога (и врача по лечебной физкультуре – по показаниям).

Основными формами двигательной активности обучающихся с избыточной массой тела являются утренняя гимнастика (до 10 мин.), подвижные игры на переменах (до 5 мин), игры и прогулки на воздухе после уроков (до 1,5 час), спокойная прогулка перед сном (до 30 мин).

Детям и подросткам с избыточной массой тела следует рекомендовать заниматься такими видами спорта как коньки, лыжи, плавание, велосипед, пинг-понг,

бадминтон, играми, требующими относительно высокой двигательной активности. Полезны также пешие походы, прогулки, игры. Однако степень физической нагрузки при спортивных занятиях определяется эндокринологом строго индивидуально в соответствии с состоянием здоровья и функциональными возможностями учащегося.

3.6. Для выявления жалоб, отражающих наличие у несовершеннолетнего болезней органов пищеварения и других алиментарно-зависимых состояний, рекомендуется использование стандартизованной анкеты (Приложение 7) и алгоритма направления к врачам-специалистам в зависимости от указанных в анкете жалоб ребенка (табл. 1 Приложения 7). Выходная форма, позволяющая учитывать результаты проведенного анкетирования для выявления болезней органов пищеварения и других алиментарно-зависимых заболеваний представлена в таблице 2 Приложения 7.

4. Показания и противопоказания:

Показания: профилактика болезней органов пищеварения.

Противопоказаний нет.

5. Материально-техническое обеспечение: анкетирование.

Стандартизованная анкета (Приложение 7) в количестве экземпляров, достаточном для ежегодного проведения скрининг-обследования обучающихся в образовательной организации.

Возможно применение аппаратно-программных комплексов для выявления нарушений органов пищеварения у несовершеннолетних. Для этого в базу данных компьютера по определенной программе вносятся данные анкетирования, в автоматизированном режиме они анализируются, по показаниям (в соответствии с алгоритмом) детям, нуждающимся в дополнительном обследовании, выдаются направления в медицинскую организацию к врачам-специалистам. Аппаратно-программные комплексы предполагают хранение персональной информации и обобщение полученных данных для администрации образовательных организаций, органов управления здравоохранением и образованием с целью принятия управленческих решений, направленных на улучшение питания обучающихся.

6. Эффективность профилактики болезней органов пищеварения

По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, использование профилактических и оздоровительных технологий в образовательных организациях, в том числе рациональная организация питания, применение витаминпрофилактики и фитотерапии позволяет добиться улучшения состояния здоровья у 10–15% обучающихся с хроническими болезнями органов пищеварения, а в 75–80% случаев – стабилизации патологических процессов. Эффективность оздоровительных мероприятий при функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта значительно выше [8].

7. Выходная форма, позволяющая учитывать результаты профилактической работы

Оценку результатов профилактической работы проводят на основании определения распространенности функциональных нарушений и хронических болезней органов пищеварения среди детей, обучающихся в образовательной организации, за отчетный период. Для этого на основании заключительных диагнозов, установленных после обследования детей врачами-специалистами (педиатр,

гастроэнтеролог и др.) и использования лабораторно-инструментальных методов диагностики на первом и втором этапах профилактических осмотров, заполняется таблица: «Распространенность болезнью органов пищеварения, выявленных у обучающихся в образовательной организации на основании профилактических осмотров в 2014–2016 годах» (Приложение 8). Снижение распространенности функциональных нарушений и хронических болезней органов пищеварения среди детей, обучающихся в образовательной организации, за отчетный период по сравнению с предыдущими годами свидетельствует об эффективности профилактики болезней желудочно-кишечного тракта.

8. Список нормативных документов

1. СанПиН 2.4.5. 2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».
2. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».
3. СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».

9. Список литературы

1. Березина В.В. Организация качественного питания школьников – один из основных факторов сохранения подрастающего поколения. Воспитание школьников. 2006; 8: 9–12.
2. Вржесинская О.А. Значение обогащенных пищевых продуктов и витаминно-минеральных комплексов в обеспечении организма детей витаминами и минеральными веществами. Вопросы детской диетологии. 2008; 5:19–27.
3. Кучма В.Р., Рапопорт И.К., Горелова Ж.Ю. Концепция мониторинга состояния здоровья учащихся в ходе реализации экспериментальных проектов по совершенствованию организации питания в школах. Здоровье населения и среда обитания. 2008; 7: 5–9.
4. Скоблина Н.А. Физическое развитие детей, находящихся в различных социальных условиях. Российский педиатрический журнал. 2008; 3: 29–31.
5. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2008. 432 с.
6. Онищенко Г.Г. Государственная политика в области здорового питания населения и пути ее реализации. Здравоохранение Российской Федерации. 2009; 3: 3–9.
7. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании. Вестник РАМН. 2009; 5: 6–11.
8. Тутельян В.А., ред. Научные основы здорового питания. М.: Издательский Дом «Панорама»; 2010. 816 с.
9. Онищенко Г.Г., ред. Сборник аналитических материалов по вопросам организации питания школьников Российской Федерации. М.: 2012. 103 с.
10. Руководство по диагностике и профилактике школьно обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.Р.Кучмы и д.м.н. П.И.Храмцова М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2012.-181с.
11. Сухарева Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Рапопорт И.К. Заболеваемость московских школьников в динамике обучения с первого по девятый класс. Российский педиатрический журнал. 2013; 4: 48–53.

10. Приложения

Приложение 1 (СанПиН 2.4.5.2409-08)

Рекомендуемая масса порций блюд (в граммах)
для обучающихся различного возраста

Название блюд	Масса порций в граммах для обучающихся двух возрастных групп	
	с 7 до 11 лет	с 11 лет и старше
Каша, овощное, яичное, творожное, мясное блюдо	150–200	200–250
Напитки (чай, какао, сок, компот, молоко, кефир и др.)	200	200
Салат	60–100	100–150
Суп	200–250	250–300
Мясо, котлета	80–120	100–120
Гарнир	150–200	180–230
Фрукты	100	100

Приложение 2 (СанПиН 2.4.5.2409-08)

Таблица 1

Потребность в пищевых веществах и энергии обучающихся
общеобразовательных организаций в возрасте с 7 до 11 и с 11 лет и старше

Название пищевых веществ	Усредненная потребность в пищевых веществах для обучающихся двух возрастных групп	
	с 7 до 11 лет	с 11 лет и старше
Белки (г)	77	90
Жиры (г)	79	92
Углеводы (г)	335	383
Энергетическая ценность (ккал)	2350	2713
Витамин В1 (мг)	1,2	1,4
Витамин В2 (мг)	1,4	1,6
Витамин С (мг)	60	70
Витамин А (мг рет. экв.)	0,7	0,9
Витамин Е (мг ток. экв.)	10	12
Кальций (мг)	1100	1200
Фосфор (мг)	1650	1800
Магний (мг)	250	300
Железо (мг)	12	17
Цинк (мг)	10	14
Йод (мг)	0,1	0,12

Таблица 2

Распределение в процентном отношении потребления пищевых веществ и энергии по приемам пищи обучающихся в образовательных организациях

Прием пищи	Доля суточной потребности в пищевых веществах и энергии
Завтрак в школе (первая смена)	20–25%
Обед в школе	30–35%
Полдник в школе	10%
Итого	60–70%

Таблица 3

Рекомендации по распределению в процентном отношении потребления пищевых веществ и энергии по приемам пищи в общеобразовательных организациях с круглосуточным пребыванием детей (школы-интернаты, кадетские корпуса и др.)

Прием пищи	Доля суточной потребности в пищевых веществах и энергии
Завтрак	20–25%
Второй завтрак	10%
Обед	30–35%
Полдник	10%
Ужин	25–30%

Таблица 4

Потребность в пищевых веществах и энергии обучающихся образовательных учреждений начального и среднего профессионального образования

Название пищевых веществ	Потребность в пищевых веществах для обучающихся юношей и девушек	
	Юноши 15-18 лет	Девушки 15-18 лет
Белки (г)	98–113	90–104
в т. ч. животного происхождения	59–68	54–62
Жиры (г)	100–115	90–104
в т. ч. растительного происхождения	30–35	27–31
Углеводы (г)	425–489	360–414
Энергетическая ценность (ккал)	3000–3450	2600–2990
Витамины:		
Витамин С (мг)	70	70
Витамин А (мг рет. экв)	1,0	0,8
Витамин Е (мг ток. экв)	15	12
Тиамин (мг)	1,5	1,3
Рибофлавин (мг)	1,8	1,5
Пиридоксин (мг)	2,0	1,6
РР (мг ниац. экв)	20	17
Фолат (мкг)	200	200
Минеральные вещества:		
Кальций (мг)	1200	1200
Фосфор (мг)	1800	1800
Магний (мг)	300	300
Железо (мг)	15	18
Йод (мг)	0,13	0,13

Приложение 3
(СанПиН 2.4.5.2409-08)

Таблица замены продуктов по белкам и углеводам

Наименование продуктов	Количество (нетто, г)	Химический состав			Добавить к суточному рациону или исключить
		Белки, г	Жиры, г	Углеводы, г	
1	2	3	4	5	6
<i>Замена хлеба (по белкам и углеводам)</i>					
Хлеб пшеничный	100	7,6	0,9	49,7	
Хлеб ржаной простой	150	8,3	1,5	48,1	
Мука пшеничная 1 сорт	70	7,4	0,8	48,2	
Макароны, вермишель	70	7,5	0,9	48,7	
Крупа манная	70	7,9	0,5	50,1	
<i>Замена картофеля (по углеводам)</i>					
Картофель	100	2,0	0,4	17,3	
Свекла	190	2,9	–	17,3	
Морковь	240	3,1	0,2	17,0	
Капуста белокочанная	370	6,7	0,4	17,4	
Макароны, вермишель	25	2,7	0,3	17,4	
Крупа манная	25	2,8	0,2	17,9	
Хлеб пшеничный	35	2,7	0,3	17,4	
Хлеб ржаной простой	55	3,1	0,6	17,6	
<i>Замена свежих яблок (по углеводам)</i>					
Яблоки свежие	100	0,4	–	9,8	
Яблоки сушеные	15	0,5	–	9,7	
Курага (без косточек)	15	0,8	–	8,3	
Чернослив	15	0,3	–	8,7	
<i>Замена молока (по белку)</i>					
Молоко	100	2,8	3,2	4,7	
Творог полужирный	20	3,3	1,8	0,3	
Творог жирный	20	2,8	3,6	0,6	
Сыр	10	2,7	2,7	–	
Говядина (1 кат.)	15	2,8	2,1	–	
Говядина (2 кат.)	15	3,0	1,2	–	
Рыба (филе трески)	20	3,2	0,1	–	

Приложение 3 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
<i>Замена мяса (по белку)</i>					
Говядина (1 кат.)	100	18,6	14,0		
Говядина (2 кат.)	90	18,0	7,5		Масло +6 г
Творог полужирный	110	18,3	9,9		Масло +4 г
Творог жирный	130	18,2	23,4	3,7	Масло –9 г
Рыба (филе трески)	120	19,2	0,7	–	Масло +13 г
Яйцо	145	18,4	16,7	1,0	
<i>Замена рыбы (по белку)</i>					
Рыба (филе трески)	100	16,0	0,6	1,3	
Говядина 1 кат.	85	15,8	11,9	–	Масло –11г
Говядина 2 кат.	80	16,0	6,6	–	Масло –6 г
Творог полужирный	100	16,7	9,0	1,3	Масло –8 г
Творог жирный	115	16,1	20,7	3,3	Масло –20 г
Яйцо	125	15,9	14,4	0,9	Масло –13г
<i>Замена творога</i>					
Творог полужирный	100	16,7	9,0	1,3	
Говядина 1 кат.	90	16,7	12,6	-	Масло -3г.
Говядина 2 кат.	85	17,0	7,5	-	
Рыба (филе трески)	100	16,0	0,6	-	Масло +9 г
Яйцо	130	16,5	15,0	0,9	Масло -5г
<i>Замена яйца (по белку)</i>					
Яйцо 1 шт.	40	5,1	4,6	0,3	
Творог полужирный	30	5,0	2,7	0,4	
Творог жирный	35	4,9	6,3	1,0	
Сыр	20	5,4	5,5	-	
Говядина 1 кат.	30	5,6	4,2	-	
Говядина 2 кат.	25	5,0	2,1	-	
Рыба (филе трески)	35	5,6	0,7	-	

Перечень продуктов и блюд, которые не допускаются для реализации в организациях общественного питания образовательных организаций

1. Пищевые продукты с истекшими сроками годности и признаками недоброкачества.
2. Остатки пищи от предыдущего приема и пища, приготовленная накануне.
3. Плодоовощная продукция с признаками порчи.
4. Мясо, субпродукты всех видов сельскохозяйственных животных, рыба, сельскохозяйственная птица, не прошедшие ветеринарный контроль.
5. Субпродукты, кроме печени, языка, сердца.
6. Непотрошенная птица.
7. Мясо диких животных.
8. Яйца и мясо водоплавающих птиц.
9. Яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой, «тек», «бой», а также яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам.
10. Консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные, «хлопуши», банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток.
11. Крупа, мука, сухофрукты и другие продукты, загрязненные различными примесями или зараженные амбарными вредителями.
12. Любые пищевые продукты домашнего (не промышленного) изготовления.
13. Кремовые кондитерские изделия (пирожные и торты).
14. Зельцы, изделия из мясной обрести, диафрагмы; рулеты из мякоти голов, кровяные и ливерные колбасы.
15. Творог из непастеризованного молока, фляжный творог, фляжную сметану без термической обработки.
16. Простокваша – «самокваш».
17. Грибы и продукты (кулинарные изделия), из них приготовленные.
18. Квас.
19. Молоко и молочные продукты из хозяйств, неблагополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных, а также не прошедшие первичную обработку и пастеризацию.
20. Сырокопченые мясные гастрономические изделия и колбасы.
21. Блюда, изготовленные из мяса, птицы, рыбы, не прошедших тепловую обработку.
22. Жареные во фритюре пищевые продукты и изделия.
23. Пищевые продукты, не предусмотренные приложением № 9.
24. Уксус, горчица, хрен, перец острый (красный, черный) и другие острые (жгучие) приправы.
25. Острые соусы, кетчупы, майонез, закусочные консервы, маринованные овощи и фрукты.
26. Кофе натуральный; тонизирующие, в том числе энергетические напитки, алкоголь.
27. Кулинарные жиры, свиное или баранье сало, маргарин и другие гидрогенизированные жиры.
28. Ядро абрикосовой косточки, арахис.
29. Газированные напитки.
30. Молочные продукты и мороженое на основе растительных жиров.
31. Жевательная резинка.
32. Кумыс и другие кисломолочные продукты с содержанием этанола (более 0,5%).
33. Карамель, в том числе леденцовая.
34. Закусочные консервы.
35. Заливные блюда (мясные и рыбные), студни, форшмак из сельди.
36. Холодные напитки и морсы (без термической обработки) из плодово-ягодного сырья.
37. Окрошки и холодные супы.
38. Макароны по-флотски (с мясным фаршем), макароны с рубленным яйцом.
39. Яичница-глазунья.
40. Паштеты и блинчики с мясом и с творогом.
41. Первые и вторые блюда из/на основе сухих пищевых концентратов быстрого приготовления.

Приложение 5
(СанПиН 2.4.5.2409-08)

Таблица 1

Рекомендуемые среднесуточные наборы пищевых продуктов,
в том числе, используемые для приготовления блюд и напитков,
для обучающихся общеобразовательных организаций

Наименование продуктов	Количество продуктов в зависимости от возраста обучающихся			
	в г, мл, брутто		в г, мл, нетто	
	7–10 лет	11–18 лет	7–10 лет	11–18 лет
1	2	3	4	5
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный)	80		80	120
Хлеб пшеничный	150		150	200
Мука пшеничная	15		15	20
Крупы, бобовые	45		45	50
Макаронные изделия	15		15	20
Картофель	250*		188	188
Овощи свежие, зелень	350		280**	320**
Фрукты (плоды) свежие	200		185**	185**
Фрукты (плоды) сухие, в т. ч. шиповник	15		15	20
Соки плодоовощные, напитки витаминизированные, в т. ч. инстантные	200		200	200
Мясо жилованное (мясо на кости) 1 кат.	77 (95)		70	78
Цыплята 1 категории потрошенные (куры 1 кат. п/п)	40 (51)		35	53
Рыба-филе	60		58	77
Колбасные изделия	15		14,7	19,6
Молоко (массовая доля жира 2,5%, 3,2%)	300		300	300
Кисломолочные продукты (массовая доля жира 2,5% 3,2%)	150		150	180
Творог (массовая доля жира не более 9%)	50		50	60
Сыр	10		9,8	11,8
Сметана (массовая доля жира не более 15%)	10		10	10
Масло сливочное	30		30	35

1	2	3	4	5
Масло растительное	15	18	15	18
Яйцо диетическое	1 шт.	1 шт.	40	40
Сахар***	40	45	40	45
Кондитерские изделия	10	15	10	15
Чай	0,4	0,4	0,4	0,4
Какао	1,2	1,2	1,2	1,2
Дрожжи хлебопекарные	1	2	1	2
Соль	5	7	5	7

Примечание:

* Масса брутто приводится для нормы отходов 25 %.

** Масса нетто является средней величиной, которая может меняться в зависимости от исходного вида овощей и фруктов и сезона года. При формировании меню целесообразно обеспечивать выполнение натуральных норм питания в соответствии с данными, приведенными в столбце нетто.

*** В том числе для приготовления блюд и напитков, в случае использования продуктов промышленного выпуска, содержащих сахар (сгущенное молоко, кисели и др.) выдача сахара должна быть уменьшена в зависимости от его содержания в используемом готовом продукте.

Рекомендуемые наборы пищевых продуктов
для обучающихся образовательных организаций начального
и среднего профессионального образования при 2- и 4-разовом питании

Наименование продуктов	Единица измерения	Количественные величины в брутто	
		При 4- разовом питании	При 2- разовом питании
Мясо	грамм	160	130
Колбасные изделия	грамм	10	5
Субпродукты	грамм	30	15
Рыба, в т. ч:	грамм	70	60
сельдь	грамм	5	5
Яйцо	штук	0,7	0,5
Молоко и кисломолочные продукты	грамм	300	100
Творог полужирный	грамм	60	35
Сметана 30% жирности	грамм	15	10
Сыр	грамм	15	10
Масло сливочное, в т. ч.:	грамм	25	25
порционное	грамм	20	20
Маргарин	грамм	30	20
Масло растительное	грамм	15	10
Макаронные изделия	грамм	20	10
Крупы	грамм	60	40
Бобовые	грамм	8	5
Мука пшеничная	грамм	50	15
Сухари пшеничные	грамм	10	5
Крахмал	грамм	3	2
Сахар, в т. ч. кондитерские изделия	грамм	80	40
Картофель	грамм	300	210
Овощи	грамм	350	250
Томат-пюре	грамм	10	10
Сухофрукты	грамм	15	10
Кофейный напиток	грамм	2	2
Чай	грамм	2	1
Какао	грамм	0,5	0,5
Желатин	грамм	0,3	0,3
Фрукты свежие или сок	грамм	85	60
Специи	грамм	2	1,5
Соль	грамм	10	7
Дрожжи	грамм	1	–
Хлеб пшеничный	грамм	280	180
Хлеб ржаной	грамм	170	120

Приложение 6
(СанПиН 2.4.5.2409-08)

Рекомендуемый ассортимент пищевых продуктов
для организации дополнительного питания обучающихся

№ п/п	Наименование пищевых продуктов	Масса (объем) порции, упаковки	Примечание
1.	Фрукты (яблоки, груши, мандарины, апельсины, бананы и др.)	–	реализуются, предварительно вымытые, поштучно в ассортименте, в том числе в упаковке из полимерных материалов
2.	Вода питьевая, расфасованная в емкости (бутилированная), негазированная	до 500 мл	реализуется в потребительской упаковке промышленного изготовления
3.	Чай, какао-напиток или кофейный напиток с сахаром, в том числе с молоком,	200 мл	горячие напитки готовятся непосредственно перед реализацией или реализуются в течение 3-х часов с момента приготовления на мармите
4.	Соки плодовые (фруктовые) и овощные, нектары, инстантные витаминизированные напитки	до 500 мл	реализуются в ассортименте, в потребительской упаковке промышленного изготовления;
5.	Молоко и молочные напитки стерилизованные (2,5% и 3,5% жирности)	до 500мл	реализуются в ассортименте, в потребительской упаковке промышленного изготовления
6.	Кисломолочные напитки (2,5%, 3,2% жирности)	до 200 г	реализуются при условии наличия охлаждаемого прилавка, в ассортименте, в потребительской упаковке промышленного изготовления
7.	Изделия творожные кроме сырков творожных (не более 9% жирности)	до 125 г	реализуются при условии наличия охлаждаемого прилавка в ассортименте, в потребительской упаковке промышленного изготовления;
8.	Сыры сычужные твердые для приготовления бутербродов	до 125 г	реализуются в ассортименте, в потребительской упаковке
9.	Хлебобулочные изделия	до 100 г	реализуются в ассортименте, в потребительской упаковке
10.	Орехи (кроме арахиса), сухофрукты	до 50 г	реализуются в ассортименте, в потребительской упаковке
11.	Мучные кондитерские изделия промышленного (печенье, вафли, мини-кексы, пряники) и собственного производства, в т.ч. обогащенные микронутриентами (витаминизированные)	до 50 г	реализуются в ассортименте, в потребительской упаковке промышленного изготовления
12.	Кондитерские изделия сахарные (ирис тираженный, зефир, кондитерские батончики, конфеты, кроме карамели), в т.ч. обогащенные микронутриентами (витаминизированные), шоколад	до 25 г	реализуются в ассортименте, в потребительской упаковке

Приложение 7

Анкетный опрос родителей для выявления жалоб ребенка в возрасте до 10 лет включительно

Уважаемые родители!

Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы, отметив в правом столбце «галочкой» или «крестиком» те жалобы и нарушения здоровья, которые вы отмечали у ребенка.

Эти сведения необходимы врачу для оценки состояния здоровья Вашего ребенка и своевременного врачебного совета.

Фамилия, имя ребенка _____

Школа (ДОУ) _____

Класс (группа ДОУ) _____ Дата заполнения анкеты _____

Отмечали ли Вы у в течение последнего года:		
	Боли в животе 1 раз в неделю и чаще в том числе:	
1	- перед школой	
2	- после приема пищи	
3	- натощак (до еды)	
4	- ночью	
5	Тошноту 1 раз в неделю и чаще	
6	Отрыжку 1 раз в неделю и чаще	
7	Горечь во рту 1 раз в неделю и чаще	
	Изменение аппетита в том числе:	
8	- аппетит стал повышенным	
9	- ухудшение аппетита	
10	- аппетит постоянно плохой	
	Нарушение стула 1 раз в неделю и чаще в том числе:	
11	- запоры	
12	- поносы	
	Аллергические реакции на какую либо пищу в том числе:	
13	- сыпь на коже, кожный зуд	
14	- отеки лица, губ, языка	

Отмечали ли Вы в течение последнего года:	
15	- затрудненное дыхание
	Головные боли (чаще 1 раза в неделю) в том числе:
16	- беспричинные
17	- при волнении
18	- после или при физической нагрузке
19	- после посещения школы
20	- утром
21	- вечером, перед сном
22	Слабость, утомляемость после занятий в школе
23	Слезливость (плачет чаще 1 раза в неделю)
24	Частые колебания настроения
25	Страхи (темноты, грозы, собак и др.)
26	Страх посещения школы (контрольных работ, опроса у доски и др.)
	Нарушения сна в том числе:
27	- долгое засыпание
28	- чуткий сон
29	- трудное пробуждение по утрам
30	- снохождение (сомнамбулизм)
31	Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении
32	Головокружения, неустойчивость при перемене положения тела
33	Обмороки, полубморочные состояния
34	Двигательная расторможенность (ребенок не может долго усидеть на месте)
35	Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, сосет палец, часто мигает)
36	Ночное недержание мочи
37	Боли в области поясницы
38	Боли или резь при мочеиспускании
39	Боли, неприятные ощущения в области сердца
40	Сердцебиение, перебои
	Боли и/или ощущение тяжести в том числе:
41	- в мышцах ног
42	- в мышцах шеи и спины

Отмечали ли Вы в течение последнего года:		
43	Боли в спине при длительной ходьбе и сидении, наклоне туловища	
	Боли в суставах	
	в том числе:	
44	- тазобедренном	
45	- коленном	
46	- других суставах	
47	Боли в стопах	
48	Боли в пяточной области	
49	Появление кариозных зубов	
	Ухудшение состояния кожи и ее придатков (волос, ногтей) в том числе:	
50	-покраснения отдельных участков кожи, появление эрозий, трещин, расчесов, корочек	
51	- сухость и шелушение кожи	
52	- «заеды» (трещины) в углах губ	
53	- постоянные трещины на коже губ	
54	- усиление выпадения волос	
55	- ломкость и другие изменения ногтей	
56	Ухудшение зрения	
57	Ухудшение слуха	
58	Приступы удушья, кашля, приступообразное появление свистящих хрипов в груди	
59	Частые простудные заболевания (4 и более раз в год)	
60	Часто насморк (4 и более раз в году)	
61	Часто кашель (4 и более раз в году)	
62	Часто потеря голоса (4 и более раз в году)	

Алгоритмы направления к врачам-специалистам
в зависимости от указанных в анкете жалоб ребенка¹

№ вопро- роса	Содержание вопроса	Класс (по МКБ- 10) ² наиболее вероятных заболеваний и функци- ональных расстройств	Рекомендации, консуль- тации специалистов детской поликлиники
1	2	3	4
Отмечали ли Вы в течение последнего года:			
Боли в животе 1 раз в неделю и чаще в том числе:			
1	- перед школой	X Класс К Болезни органов пищеварения	Консультация педиатра, по показани- ям – гастроэнтеролога
2	- после приема пищи		Консультация педиатра педиатр, по показаниям –гастроэнтеролога
3	- натошак (до еды)		Консультация педиатра, по показани- ям – гастроэнтеролога
4	- ночью		Безотлагательное обследование у педиатра и гастроэнтеролога
5	Тошноту 1 раз в неделю и чаще		Консультация педиатра, по показани- ям – гастроэнтеролога
6	Отрыжку 1 раз в неделю и чаще		Консультация педиатр, по показани- ям – гастроэнтеролога
7	Горечь во рту 1 раз в неделю и чаще		Консультация педиатра, по показани- ям – гастроэнтеролога
Изменение аппетита, в том числе:			
8	- аппетит стал повышенным	X Класс К (возможны расстройства, относящиеся к классу R –симптомы и признаки неуточненные и к классу E – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нару- шения обмена веществ)	Консультация педиатра, по пока- заниям – гастроэнтеролога, эндокринолога

¹ Наименования врачебных специальностей даны в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».

² Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Всемирная организация здравоохранения.

Таблица 1 (продолжение)

1	2	3	4
9	- ухудшение аппетита	X Класс К, (возможны заболевания или расстрой- ства, относя- щиеся к классу В –некоторые н-фекционные и паразитарные болезни)	Консультация педиатра, по показа- ниям – гастроэнтеролога
10	- аппетит постоянно плохой		Обследование у педиатра и гастро- энтеролога обязательно
Нарушение стула 1 раз в неделю и чаще, в том числе:			
11	- запоры	X Класс К Болезни органов пищеварения	Консультация педиатра, по показа- ниям – гастроэнтеролога, хирурга
12	- поносы		Консультация педиатра, по показа- ниям – гастроэнтеролога
Аллергические реакции на какую-либо пищу, в том числе:			
14	- отеки лица, губ, языка	XVIII Класс R- Симптомы и признаки неуточненные	Консультация аллерголога-иммунолога
15	- затрудненное дыхание		Консультация аллерголог-иммунолога
Головные боли (чаще 1 раза в неделю), в том числе:			
16	- беспричинные	VI Класс G Болезни нервной системы	Консультация педиатра, по показа- ниям – невролога
17	- при волнении		Консультация педиатра, по показа- ниям – невролога
18	-после или при физической нагрузке		Консультация педиатра, по показа- ниям – невролога, кардиолога
19	- после посещения школы		Консультация педиатра, по показа- ниям – невролога
20	- утром		Консультация педиатра, по показа- ниям – невролога
21	- вечером, перед сном		Консультация педиатра, по показа- ниям – невролога
22	Слабость, утомляемость после занятий в школе	V Класс F Психические расстройства и расстройства поведения (возможны расстройства, относимые к XVIII Класс R Симптомы и признаки неуточненные)	Консультация педиатра, по показа- ниям – невролога

Таблица 1 (продолжение)

1	2	3	4
23	Слезливость (чаще 1 раза в неделю)	V Класс F Психические расстройства и расстройства поведения	Консультация педиатра, по показаниям – невролога
24	Частые колебания настроения		Консультация педиатра, по показаниям – невролога, медицинского психолога
25	Страхи (темноты, грозы, собак и др.)		Консультация педиатра, по показаниям – невролога, медицинского психолога
26	Страх посещения школы (контрольных работ, опроса у доски и др.)		Консультация педиатра, по показаниям – невролога, медицинского психолога
Нарушения сна в том числе:			
27	- долгое засыпание	V Класс F Психические расстройства и расстройства поведения	Консультация педиатра, по показаниям – невролога
28	- чуткий сон		Консультация педиатра, по показаниям – невролога
29	- трудное пробуждение по утрам		Консультация педиатра, по показаниям – невролога
30	- снохождение (сомнамбулизм)		Обследование у невролога, медицинского психолога, (психиатра ПНД)
31	Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении	VI Класс G Болезни нервной системы (Расстройства вегетативной [автономной] нервной системы)	Консультация педиатра, по показаниям – невролога
32	Головокружения, неустойчивость при перемене положения тела		Консультация педиатра, по показаниям – невролога
33	Обмороки, полуобморочные состояния		Обследование у педиатра, по показаниям – у невролога, кардиолога
34	Двигательная расторможенность (ребенок не может долго усидеть на месте)	V Класс F Психические расстройства и расстройства поведения	Консультация педиатра, по показаниям – невролога, медицинского психолога, (психиатра ПНД).
35	Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, сосет палец, часто мигает)		Консультация педиатра, по показаниям – невролога, медицинского психолога (психиатра ПНД)
36	Ночное недержание мочи	V Класс F Психические расстройства и расстройства поведения (возможны нарушения, относящиеся к классу N)	Обследование у педиатра и уролога, по показаниям – у невролога и медицинского психолога

Таблица 1 (продолжение)

1	2	3	4
37	Боли в области поясницы	XIV Класс N Болезни мочеполовой системы	Обследование у педиатра, по показаниям – у нефролога (уролога)
38	Боли или резь при мочеиспускании		Безотлагательное обследование у уролога
39	Боли, неприятные ощущения в области сердца	IX Класс I Болезни системы кровообращения (возможны функциональные расстройства, относящиеся к классам F и G)	Консультация педиатра, по показаниям – кардиолога
40	Сердцебиение, перебои		Консультация педиатра, по показаниям кардиолога
Боли и/или ощущение тяжести, в том числе:			
41	- в мышцах ног	XIII Класс M Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Консультация педиатра, по показаниям – травматолога-ортопеда
42	- в мышцах шеи и спины		Консультация педиатра, по показаниям – невролога, травматолога-ортопеда
43	Боли в спине при длительной ходьбе и сидении, наклоне туловища		Консультация педиатра, по показаниям – невролога, травматолога-ортопеда
Боли в суставах, в том числе:			
44	-тазобедренном	XIII Класс M Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Обследование у травматолога-ортопеда, рентгеновское обследование
45	-коленном		Обследование у травматолога-ортопеда, ревматолога, рентгеновское обследование
46	-других суставах		Обследование у травматолога-ортопеда, ревматолога, рентгеновское обследование
47	Боли в стопах		Обследование у травматолога-ортопеда, ревматолога, рентгеновское обследование
48	Боли в пяточной области		Обследование у травматолога-ортопеда, рентгеновское обследование
49	Появление кариозных зубов	X Класс K Болезни органов пищеварения	Лечение у стоматолога

Таблица 1 (продолжение)

1	2	3	4
	Ухудшение состояния кожи и ее придатков (волос, ногтей), в том числе:		
50	-покраснения отдельных участков кожи, появление эрозий, трещин, расчесов, корочек	XII Класс L Болезни кожи и подкожной клетчатки (возможны нарушения, относящиеся к IV классу E-болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ)	Консультация дерматолога (КВД), аллерголога-иммунолога
51	- сухость и шелушение кожи		Консультация педиатра, по показаниям – дерматолога (КВД), по показаниям витаминотерапия
52	- «заеды» (трещины) в углах губ		Консультация педиатра, по показаниям – витаминотерапия
53	постоянные трещины на коже губ		Консультация педиатра, по показаниям – стоматолога, витаминотерапия
54	- усиление выпадения волос		Консультация педиатра, по показаниям – дерматолога (КВД)
55	- ломкость и другие изменения ногтей		Консультация педиатра
56	Ухудшение зрения	VII Класс H (H00-H59) Болезни глаза и его придаточного аппарата	Обследование и лечение у офтальмолога
57	Ухудшение слуха	VIII Класс H (H60-H95) Болезни уха и сосцевидного отростка	Обследование и лечение у оториноларинголога, по показаниям – у сурдолога
58	Приступы удушья, кашля, приступообразное появление свистящих хрипов в груди	X Класс J Болезни органов дыхания	Безотлагательное обследование у педиатра, пульмонолога, аллерголога-иммунолога
59	Частые простудные заболевания (4 и более раз в год)	X Класс J Болезни органов дыхания (болезни верхних дыхательных путей в сочетании с нарушениями, относящимися к III классу D-болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, в частности иммунодефицитные состояния)	Консультация педиатра, по показаниям –оториноларинголога, аллерголог-иммунолога
60	Часто насморк (4 и более раз в году)		Консультация педиатра, по показаниям –оториноларинголога, аллерголог-иммунолога
61	Часто кашель (4 и более раз в году)		Консультация педиатра, по показаниям – пульмонолога, оториноларинголога. Консультативно-диагностического центра или фтизиатра ПТД
62	Часто потеря голоса (4 и более раз в году)		Консультация педиатра, по показаниям –оториноларинголога

Таблица 2

Процент детей и подростков, предъявлявших жалобы, среди несовершеннолетних, прошедших скрининг-обследование в школе (дошкольной образовательной организации, колледже) № _____ в 20__ году
(по данным анкетного опроса, направленного на выявления жалоб)

№	Направленность вопросов на выявление возможных нарушений:	Номера вопросов в анкете для выявления жалоб ребенка	Количество детей, предъявлявших жалобы соответствующей направленности	Количество респондентов (опрошенных родителей/ детей)	% детей, предъявлявших жалобы, к числу респондентов
1	функциональных расстройств и болезней органов пищеварения	1–12			
2	пищевой аллергии	13–15			
3	синдрома головных болей	16–21			
4	астено-невротических реакций, неврозов	22–25			
5	нарушения сна	26–29			
6	вегетативно-сосудистых реакций	30–32			
7	гиперкинетических расстройств	33–34			
8	болезней почек и системы мочевыведения, в т. ч. уролитиаза	35–36			
9	синдрома вегетативной дисфункции по кардиальному типу	37–38			
10	миалгий, остеохондропатий, артритов	39–44			

№	Направленность вопросов на выявление возможных нарушений:	Номера вопросов в анкете для выявления жалоб ребенка	Количество детей, предъявлявших жалобы соответствующей направленности	Количество респондентов (опрошенных родителей/детей)	% детей, предъявлявших жалобы, к числу респондентов
11	Кариеса	45			
12	заболеваний кожи	46–49			
13	нарушений кожи и ее придатков, обусловленных гипо- и авитаминозом и другой микронутриентной недостаточностью	50–51			
14	нарушений зрения	52			
15	бронхиальной астмы, обструктивного бронхита	53			
16	нарушений иммунологической устойчивости к респираторным инфекциям	54–57			

Приложение 8

Распространенность болезней органов пищеварения, выявленных у обучающихся в образовательной организации на основании профилактических осмотров в 2014–2016 гг.

год	Патология ЖКТ	Количество обследованных детей при профилактических осмотрах	Абсолютное количество детей с патологией ЖКТ		Относительное количество детей с патологией ЖКТ (в % к числу обследованных)	
			Выявленной впервые	Всего	Выявленной впервые	Всего
2014	Функциональные нарушения органов пищеварения					
	Хронические болезни органов пищеварения					
2015	Функциональные нарушения органов пищеварения					
	Хронические болезни органов пищеварения					
2016	Функциональные нарушения органов пищеварения					
	Хронические болезни органов пищеварения					

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
14 февраля 2015 г.
Протокол № 4

УТВЕРЖДЕНЫ
на XVIII Конгрессе
педиатров России
Москва,
14 февраля 2015 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ (МКБ-10: КЛАСС IX (I00-I99)
У ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-19-2015

(версия 1.0)

РАЗРАБОТЧИКИ: *Звездина И.В., Кучма В.Р., Степанова М.И., Храмцов П.И.,
Александрова И.Э., Седова А.С., Иванова Е.И.*

Федеральные рекомендации «Профилактика болезней системы кровообращения (класс IX МКБ-10) обучающихся» содержат программу профилактики в образовательных организациях, которая предусматривает популяционный, групповой и индивидуальный уровни. Особое внимание уделяется контролю за оптимизацией двигательной активности, профилактике факторов риска, формирование которых обусловлено неблагоприятными условиями учебного процесса.

Федеральные рекомендации по профилактике болезней системы кровообращения (класс IX МКБ-10) предназначены для врачей и среднего медицинского персонала отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях и врачей по гигиене детей и подростков детских поликлиник.

Федеральные рекомендации «Профилактика болезней системы кровообращения (класс IX МКБ-10) обучающихся» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 8 от 30.01.2015 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 21 от 30.01.2015 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Кучма В.Р., Храмов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.
- Российские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте, Комитет экспертов Российского кардиологического общества, Российского медицинского общества по артериальной гипертонии, Ассоциации детских кардиологов России, Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики, 2012.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Профилактика болезней системы кровообращения существенно снижает трудовые и материальные затраты на проведение лечебных и реабилитационных мероприятий.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

В Российской Федерации сохраняется тенденция высокой распространенности среди взрослого населения болезней органов кровообращения, особенно артериальной гипертонии и связанных с ней осложнений. В структуре общей смертности взрослых на долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится 56%. Установлено, что истоки кардиоваскулярной патологии лежат в детском и подростковом возрасте. Распространенность повышенного артериального давления среди школьников в зависимости от пола, возраста, региона составляет от 2,6% до 26%. За период с 2000 по 2012 гг. в Российской Федерации среди детского населения (от 0 до 14 лет) увеличилось число детей с болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением (на 85,9%), с ожирением (на 119,1%), что определяет высокий риск сердечно-сосудистой патологии. Значимым фактором, влияющим на состояние здоровья подрастающего поколения, является обучение в образовательных организациях, которое совпадает с периодом интенсивного роста и развития ребенка, когда организм наиболее чувствителен к воздействию условий окружающей среды. Актуальной медико-социальной проблемой является высокая распространенность среди обучающихся факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний – низкая двигательная активность, нездоровое питание, курение, употребление алкоголя, хроническое психо-эмоциональное напряжение. В современных условиях обучение нередко носит характер «информационного стресса» и может обуславливать развитие гипертензивных реакций. Факторы, связанные с образом жизни и условиями обучения, являются управляемыми. В этой связи возрастает актуальность профилактики болезней системы кровообращения среди детей и подростков, что наиболее полно возможно реализовать в организованных коллективах.

3. Программа профилактики

Программа профилактики системы кровообращения среди обучающихся предусматривает различные уровни и направления действий:

Популяционный уровень. Популяционная стратегия направлена на предупреждение формирования факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, непосредственно связанных с условиями обучения и образом жизни школьников.

- контроль за условиями обучения, организацией учебного процесса в профилактике болезней системы кровообращения.
- контроль за организацией физического воспитания обучающихся в профилактике болезней системы кровообращения.
- мониторинг поведенческих факторов риска здоровью среди обучающихся.

Проведение профилактики на популяционном уровне предусматривает специальную подготовку учителей, активное вовлечение в профилактику родителей, обучение и привлечение старшеклассников для работы, как среди сверстников, так и среди младших школьников, что улучшает ее эффективность.

Профилактика в школе проводится как в виде отдельных уроков, так и как составная часть уроков биологии, физической культуры, ОБЖ, в рамках классных часов. Кроме целенаправленных занятий по профилактике основных факторов риска, в школе должны проводиться общешкольные мероприятия: организация викторин, конкурсов рисунков, дней здоровья и т. д. Эффективное образование в области здорового образа жизни может привести к переоценке жизненных ценностей, появлению необходимых навыков и, в результате, изменению поведения и стиля жизни школьников.

2. Групповой уровень. Этот уровень предусматривает проведение профилактики в группах обучающихся высокого риска по возникновению сердечно-сосудистых заболеваний:

- обучающиеся с функциональными отклонениями сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, артериальная гипотензия и другие функциональные нарушения).
- обучающиеся, имеющие факторы риска (курение, употребление алкоголя, избыточная масса тела, ожирение, гиподинамия), а также их сочетание.
- обучающиеся с функциональными отклонениями сердечно-сосудистой системы при наличии факторов риска.

Стратегия высокого риска направлена на своевременное выявление функциональных отклонений сердечно-сосудистой системы, факторов риска и их целенаправленную коррекцию. Профилактика проводится в отдельных группах в зависимости от фактора и вида функциональных нарушений.

3. Индивидуальный (семейный) уровень

Этот уровень предусматривает индивидуальный подход к профилактике, при котором учитываются особенности состояния сердечно-сосудистой системы школьника, наличие у него тех или иных факторов риска, особенности питания, режима дня и т. д. Этот уровень профилактики направлен на повышение мотивации в выработке рационального общесемейного образа жизни.

3.1 Контроль за условиями обучения, организацией учебного процесса в профилактике болезней системы кровообращения

Организация образовательного процесса является важнейшим фактором школьной среды, который в зависимости от степени его гигиенической рациональности, может обладать как здоровьесберегающим потенциалом,

так и высоким уровнем стрессогенности и утомительности для организма обучающегося.

Переход современной школы на образовательные стандарты второго поколения наряду с высокими требованиями к результатам освоения основной образовательной программы основного общего образования предполагает возможность определения форм организации образовательного процесса самой образовательной организацией. Как правило, на практике это выражается в высокой учебной нагрузке, введением факультативных занятий, дополнительных уроков, расширении спектра изучаемых предметов, нерационально организованном расписании уроков, интенсификации процесса обучения на уроке, насыщении его использованием электронными образовательными ресурсами и т. п. Большой объем информации, необходимый для освоения обучающимися, обуславливает увеличение времени подготовки домашних заданий, что в совокупности с дополнительной образовательной нагрузкой (кружки, дополнительные занятия, курсы и т. п.) существенно нарушает гигиенически обоснованную продолжительность основных компонентов режима дня (ночного сна, прогулки). Усугубляет ситуацию возрастающее использование школьниками электронных устройств, как в школе, так во внеучебной деятельности.

Оптимальная организация образовательного процесса базируется на: «Санитарно-эпидемиологических требованиях к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» (СанПиН 2.4.2.2821-10), «Гигиенических требованиях к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы» (СанПин 2.2.2./2.4.1.1340-03) и должна учитывать гигиенические требования к максимальным величинам недельной образовательной нагрузки, гигиенические принципы составления учебного расписания, гигиенические принципы построения урока (Приложения 1–3).

Для профилактики переутомления и его последствий рекомендуется не менее 1 раза в четверть (семестр, триместр и т. п. в зависимости от структуры учебного года) проводить оценку организации учебного процесса общеобразовательной организации. Оценка проводится медицинским работником или специально обученным педагогическим работником согласно приведенному ниже Протоколу. По каждому показателю в зависимости от фактических данных организации выставляется 1 или 2 балла.

Подсчитывается суммарное количество баллов. Количество баллов менее 32 свидетельствует о недостаточно оптимальных с позиций гигиены условий организации учебного процесса. Обучение школьника в таких условиях, вызывающих хроническое переутомление, психоэмоциональное напряжение, может быть фактором риска нарушения здоровья.

Оценка учебного процесса с помощью представленного протокола дает возможность определения «слабых мест» в его организации в плане здоровьесбережения обучающихся и помогает определить приоритетность проведения профилактических мероприятий.

3.2. Контроль за организацией физического воспитания обучающихся в профилактике болезней системы кровообращения

Одним из основных факторов сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, увеличения функциональных резервов их организма является физическая активность (ФА). ФА является биологической потребностью растущего организма, которая сложилась в процессе эволюционного развития.

Характерной особенностью жизнедеятельности современных детей и подростков является малоподвижный, «сидячий» образ жизни. Физическая инактивность растет во многих странах, что приводит к росту неинфекционных заболеваний и ухудшению здоровья населения в мире. По оценкам ВОЗ малоподвижный образ жизни находится на четвертом месте в ряду ведущих факторов риска смертности в странах с высоким уровнем дохода.

В связи с этим в последнее время в качестве приоритета общественного здравоохранения признается стимулирование физической активности, особенно среди детей и подростков.

Нормирование физической активности

Учитывая тот факт, что имеются предельные нагрузки, превышение которых вызывает ряд патологических изменений в различных органах и системах, важное значение имеет гигиеническое нормирование ФА.

Гигиенической нормой физической активности является такая величина ФА, которая полностью удовлетворяет биологическую потребность в движениях, соответствует функциональным возможностям организма, способствует укреплению здоровья, благоприятному и гармоничному развитию организма.

По рекомендациям ВОЗ детям и подросткам необходимы ежедневные физические нагрузки от умеренной до высокой интенсивности, в общей сложности не менее 60 минут не менее 5 раз в неделю. Рекомендованная ежедневная продолжительность может суммироваться в течение дня, однако продолжительность одного занятия не должна быть менее 10 минут. ФА, в зависимости от её частоты, продолжительности и интенсивности подразделяется на 3 категории – низкая, умеренная и высокая (Приложение 4). Малоподвижные занятия не должны продолжаться непрерывно более 2-х часов. Физические нагрузки высокой интенсивности должны включаться в этот час и выполняться не менее трех раз в неделю. ФА продолжительностью более 60 минут в день принесет дополнительную пользу для здоровья.

Оптимальный двигательный режим в школе создается при реализации не только уроков физической культуры, но и физкультурно-оздоровительных занятий в режиме учебного и продленного дня (гимнастика до уроков, физкультурные минутки на уроках, подвижные игры на переменах), организации внеклассной работы двигательной направленности (секции по видам спорта, кружки, группы ОФП и ЛФК), проведении физкультурно-массовых и спортивных мероприятий.

Однако существующий двигательный режим в школе не обеспечивает полностью физиологической потребности растущего организма в движении. Сдерживающим фактором в решении этой проблемы является традиционная структура урока, при которой динамическая составляющая не превышает 5–10%. Вместе с тем, имеется возможность повышения ФА на уроке через оптимизацию самого урока. Прежде всего, это проведение уроков в нетрадиционной форме: (урок – утренник, урок – путешествие, урок – диспут, урок – деловая игра). Другой формой являются традиционные общеобразовательные уроки с динамическим компонентом. За время «динамического» урока ФА возрастает в 2,5–3 раза по сравнению с традиционным. Еще одно направление повышения уровня ФА в школе – разработка и внедрение проекта «Спортивная рекреация». Основная цель этого проекта – обеспечить организованный активный отдых обучающихся на перемене за счет использования различного физкультурно-спортивного оборудования.

В последние годы в образовательные организации активно внедряются программы физического воспитания, разработанные ведущими спортивными федерациями (футбол, регби, фитнес-аэробика, художественная гимнастика, бадминтон, гольф, регби и др.). Проведение уроков физической культуры на основе различных видов спорта повышает мотивацию подростков к этим занятиям. Для тех, у кого атмосфера состязательности является препятствием к участию в занятиях физической активностью, благоприятные условия для подобных занятий могут быть созданы в спортивных клубах. Особенно заслуживает внимания создание спортивных клубов на базе образовательных организаций, одной из задач работы которых является активизация физкультурно-спортивной работы и участие всех обучающихся в спортивной жизни школы.

Комплектование медицинских групп для занятий физической культурой.

Одной из причин негативного отношения школьников к урокам физической культуры является трудность выполнения физических упражнений. Самыми трудными для обучающихся всех возрастов оказались нормативы, оценивающие силовую подготовку и выносливость. Несоответствие физической нагрузки функциональным возможностям организма является одной из причин снижения мотивации у детей к занятиям физической культурой.

При организации физического воспитания в школе, в первую очередь, необходимо учитывать состояние здоровья ребенка, функциональные возможности его организма.

Для занятий физической культурой обучающиеся распределяются на 4 медицинские группы: основная, подготовительная, специальная «А» (оздоровительная) и специальная «Б» (реабилитационная).

К *основной медицинской группе* для занятий физической культурой относят обучающихся без отклонений или с незначительными отклонениями в состоянии здоровья, благоприятным типом реакции кардиореспираторной системы на дозированную физическую нагрузку.

Отнесенным к основной медицинской группе 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* для занятий физической культурой относят обучающихся: без отклонений или с незначительными отклонениями в состоянии здоровья, благоприятным типом кардиореспираторной системы на дозированную физическую нагрузку; с незначительными отклонениями в состоянии здоровья, удовлетворительным или неблагоприятным типом реакции кардиореспираторной системы на дозированную физическую нагрузку; часто болеющих (3 и более раз в год); реконвалесцентов из основной медицинской группы после перенесенных заболеваний, травм и окончания сроков освобождения от занятий физической культурой на период, определяемый индивидуально медицинским учреждением.

Отнесенным к этой группе детям разрешаются занятия по учебным программам физического воспитания 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 разрешаются без дополнительного медицинского осмотра. К участию в спортивных соревнованиях эти дети не допускаются.

К специальной медицинской группе «А» (оздоровительной группе) для занятий физической культурой относят обучающихся с выраженными отклонениями в состоянии здоровья функционального и органического генеза в стадии компенсации.

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

К специальной медицинской группе «Б» (реабилитационной группе) для занятий физической культурой относят обучающихся с выраженными отклонениями в состоянии здоровья в стадии субкомпенсации.

Отнесенным к этой группе рекомендуется в занятия лечебной физкультурой в медицинской организации.

Комплектование медицинских групп обучающихся для занятий физической культурой проводится врачом-педиатром (фельдшером) на основании заключений о состоянии здоровья по результатам медицинского осмотра.

При комплектовании медицинских групп обучающихся для занятий физической культурой следует руководствоваться Рекомендациями по оказанию медицинской помощи обучающимся ФР РОШУМЗ-7-2014 «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях». Обучающимся, отнесенным по состоянию здоровья к основной медицинской группе, дополнительно проводят оценку функциональных возможностей организма.

Обучающихся, имеющих удовлетворительную либо неблагоприятную реакцию на дозированную физическую нагрузку, переводят из основной в подготовительную медицинскую группы.

Комплектование медицинских групп для занятий физической культурой проводится в течение одного месяца после проведения предварительного медицинского осмотра. Уточнение медицинских групп для занятий физической культурой проводится ежегодно в течение одного месяца после проведения профилактического (периодического) медицинского осмотра.

При организации занятий обучающихся специальной медицинской группы «А» следует учитывать их возраст и нозологические формы заболевания. Рекомендуется выделять следующие подгруппы: обучающиеся с заболеваниями органов кровообращения, дыхания, нервной и эндокринной системы; заболеваниями органов пищеварения и мочевыделительной системы; заболеваниями костно-мышечной системы и органов зрения.

Медицинские группы комплектуются по классам (I–II, III–IV, V–VIII, IX–XI). При недостаточном количестве обучающихся рекомендуется объединять учеников трех-четырех классов (I–IV, V–VIII, IX–XI). Наполняемость специальной медицинской группы «А» не должна превышать 15 детей.

Обучающиеся, не прошедшие медицинское обследование, к занятиям физической культурой не допускаются.

Дополнительные занятия двигательной направленности.

Поскольку двигательный режим образовательной организации не может полностью восполнить потребность ребенка в движении, необходимо организовать доста-

точную дополнительную ФА. В настоящее время перечень предлагаемых дополнительных услуг в сфере физического воспитания и спорта достаточно широк. Можно посещать спортивную секцию или клуб, спортивные сооружения (бассейны, катки, стадионы, роллердромы, велотрассы и др.) и даже арендовать зал для групповых занятий, либо заниматься с индивидуальным тренером или инструктором.

Если в качестве занятий ФА выбраны спортивная секция, необходимо помнить, что такие занятия являются высоко интенсивными. Для того чтобы занятия спортом не вредили здоровью, в первую очередь, необходимо получить допуск к посещению секции в отделениях (кабинетах) спортивной медицины, врачебно-физкультурных диспансерах (центрах лечебной физкультуры и спортивной медицины).

Допуск к занятиям спортом оформляется на основании данных о заключении состояния здоровья, выполнения нагрузочных проб. Кроме того, должны проводиться периодические медицинские осмотры, а также соблюдаться сроки возобновления занятий после перенесенного острого заболевания.

Важной составляющей ФА является участие в соревнованиях. Следует помнить, что к участию в соревнованиях необходим отдельный медицинский допуск.

Если соревнования являются массовыми, в том числе школьные, межшкольные соревнования, к ним также необходим допуск врача. При допуске детей к массовым соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях следует руководствоваться Рекомендациями по оказанию медицинской помощи обучающимся «Медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях».

Если ребенок ведет малоподвижный образ жизни, необходимо всячески побуждать его к разнообразной ФА, соответствующей возрасту и доставляющей ему удовольствие.

Для детей, ведущих пассивный образ жизни, рекомендуется постепенное повышение ФА. Следует помнить, что небольшая ФА лучше, чем ее полное отсутствие. Начинать заниматься ФА необходимо с небольших объемов ФА (30 минут ежедневно), постепенно увеличивая продолжительность и интенсивность.

При выборе любого дополнительного занятия для ребенка, в том числе и занятия ФА, необходимо понять, нравится ли данный выбор ребенку. Исследования НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей свидетельствуют о том, что треть детей, занимающихся в спортивных секциях, любят вид спорта, не совпадающий с их занятиями.

И, конечно же, лучшим примером для ребенка будет его семья. В семьях, где взрослые ведут активный образ жизни, значительно больше детей имеют необходимый уровень ФА. В связи с этим очень важным является повышение ФА и среди взрослых.

3.3. Критерии оценки основных показателей сердечно-сосудистой системы у детей школьного возраста

1. Регистрация и оценка частоты сердечных сокращений и артериального давления в покое.

Для оценки ЧСС и АД необходимо определить точный календарный возраст обучающихся с точностью до 6 месяцев. Например, к 9-летним относят детей от 8 лет 6 мес. до 9 лет 5 мес. 29 дней. Определить возраст ребенка можно, пользуясь таблицей 1.

Таблица 1

Месяц рожд.	Месяц обследования											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
I	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10	+11
II	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10
III	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9
IV	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8
V	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7
VI	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
VII	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
VIII	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
IX	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
X	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
XI	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1
XII	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	0

Для определения возраста ребенка следует из года, когда проводится обследование, вычесть год рождения ребенка, а затем из полученного числа вычесть или к нему прибавить (см. знак) число месяцев, указанное на пересечении горизонтальной (месяц обследования) и вертикальной (месяц рождения) строк.

Пример: ребенок родился 14 июля 2000г., обследовался 14 февраля 2014 г. Вычитая год его рождения из года обследования, получаем 14 лет; на пересечении горизонтальной (VII месяц) и вертикальной (II месяц) строк таблицы находим цифру «-5», то есть до 14 лет не достает пяти месяцев – возраст ребенка на момент осмотра 12 лет 7 месяцев.

Регистрация ЧСС проводится общепринятым способом и оценивается в соответствии с данными, представленными в таблице 2. Дети с ЧСС меньше 5-го или более 90-го перцентилля (установлено при повторных измерениях) к выполнению пробы с дозированной физической нагрузкой не допускаются и направляются на консультацию к врачу.

Таблица 2

Значения ЧСС (уд/мин) у детей 5–18 лет*

Возраст, годы	Выраженная бради- кардия	Умеренная бради- кардия	норма	Умеренная тахикардия	Выраженная тахикардия
5–7	<71	71–79	80–105	106–129	>129
8–11	<66	66–74	75–95	96–114	>114
12–15	<51	51–69	70–90	91–109	>109
16–18	<51	51–64	65–80	81–109	>109
> 18	<46	46–59	60–80	81–109	>109

*Национальные рекомендации по допуску спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу, Всероссийское научное общество кардиологов, Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, Российское общество холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии, Ассоциация детских кардиологов России, 2011

Процедура измерения и оценка артериального давления¹

Для измерения АД можно использовать автоматические или полуавтоматические осциллометрические тонометры с манжетой на плечо, сертифицированные согласно международным протоколам.

Во время измерения АД ребенок должен сидеть, опираясь на прямую спинку стула, с расслабленными, не скрещенными ногами (ноги должны опираться на пол), не менять положения и не разговаривать на протяжении всей процедуры измерения. Для детей используют специальные детские манжеты (Приложение 5). Окружность измеряется сантиметровой лентой с точностью до 0,5 см на середине расстояния между локтевым и акромиальным отростком лопатки.

Перед измерением АД обследуемый должен сидеть спокойно не менее 5 минут. Рука должна удобно лежать на столе, ладонью вверх, примерно на уровне сердца. Манжета накладывается на плечо, при этом ее нижний край – примерно на 2 см выше внутренней складки локтевого сгиба. Резиновая трубка, соединяющая манжету с аппаратом, должна располагаться с наружной стороны, а трубка, соединяющая манжету с резиновой грушей, – с внутренней стороны по отношению к обследуемому.

Измерение АД проводится три раза. Повторные измерения проводятся не ранее, чем через 2 минуты после полного выпуска воздуха из манжеты.

Регистрируются значения всех трех измерений. Для оценки АД используются средние значения САД и ДАД. Необходимость трехкратного измерения АД продиктована высокой лабильностью АД в ответ на внешние раздражители. В связи с тревожной реакцией ребенка на проведение медицинского осмотра и сам процесс измерения АД может выявляться однократное повышение АД, так называемый феномен «гипертонии на белый халат».

Оценка артериального давления

Для оценки АД используют процентильное распределение показателей САД и ДАД детей в популяции с учетом возраста, пола и роста (Приложение 6) Оценка проводится в соответствии с процентилем роста по отрезным точкам процентильного распределения САД и ДАД. Если уровни САД и ДАД попадают в разные категории, то оценка АД устанавливается по более высокому значению одного из этих показателей.

У детей и подростков выделяют нормальное АД, высокое нормальное АД и артериальную гипертензию (АГ) 1-й и 2-й степени.

САД и/или ДАД, уровень которого ≥ 90 го и < 95 го процентиля кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста или $\geq 120/80$ мм рт.ст. (даже если это значение < 90 го процентиля), расценивается как высокое нормальное АД.

У детей и подростков выделяют 2 степени АГ: 1-я степень – средние уровни САД и/или ДАД из трех измерений, равные или превышающие значения 95 го процентиля, установленные для данной возрастной группы, при условии, что они превышают 99 й百分иль не более чем на 5 мм рт. ст.; 2-я степень (тяжелая) – средние уровни САД и ДАД из трех измерений, превышающие значения 99-го процентиля более чем на 5 мм рт. ст., значения 99 го процентиля – более чем на 5 мм рт. ст., установленные для данной возрастной группы.

¹Российские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте, Комитет экспертов Российского кардиологического общества, Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, Ассоциации детских кардиологов России, Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики, 2012.

3.4. Профилактика болезней органов кровообращения среди обучающихся на групповом и индивидуальном уровнях

Дети и подростки, у которых выявлено отклонение в уровнях АД, должны быть взяты под динамическое наблюдение педиатром, а также врачом образовательной организации. Повторно они должны быть осмотрены дважды в течение месяца с интервалом 10–14 дней. Необходимо осторожно подходить к трактовке артериальной гипертензии и гипотензии. Следует учитывать, что при повторных осмотрах у многих детей и подростков отмечаются нормальные показатели АД. Низкие уровни АД при отсутствии жалоб, обострений сопутствующих хронических заболеваний, изменений на ЭКГ, могут выявляться у подростков с физиологической гипотонией.

Медицинской сестре образовательной организации рекомендуется детям и подросткам с артериальной гипо- и гипертензией измерять АД два раза в год (в конце и начале учебного года с интервалом 6 месяцев). Лица с устойчивыми отклонениями в уровнях АД, а также с сопутствующим ожирением, с жалобами на головную боль, быструю утомляемость, раздражительность (особенно к концу учебного года) с целью установления диагноза должны быть обследованы в условиях поликлиники или в консультативном центре.

При динамическом наблюдении за подростками с отклонениями в уровнях АД необходим контроль за уровнем их физического развития и полового созревания, который должен осуществляться медицинской сестрой образовательной организации.

Медицинский персонал школы обязательно должен иметь информацию о курении, употреблении алкоголя, уровне физической активности на каждого обучающегося. У подростков необходимо уточнять частоту курения, количество выкуриваемых сигарет в день, употребление алкоголя в течение месяца (недели). Информация о факторах риска позволяет более точно диагностировать функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы у детей и подростков и определять объем профилактического вмешательства не только на индивидуальном (семейном) уровне и групповом, но и на уровне общеобразовательной организации.

Для артериальной гипотензии курильщиков наряду с диастолическим типом характерна более высокая частота формирования систоло-диастолической гипотензии. У юношей с высокими темпами роста (высокорослостью), избыточной массой тела интенсивное курение способствует формированию пограничной артериальной гипертензии. Такие подростки представляют группу риска по развитию гипертонической болезни. У юношей с замедленным половым созреванием и/или дефицитом массы тела курение влияет на формирование выраженной гипотонии. Этим подросткам отличает ранний возраст приобщения к курению: каждый третий подросток начинает курить в 11 лет и раньше. Эта группа требует пристального медицинского внимания, так как среди них в большем проценте случаев отмечаются функциональные изменения на ЭКГ, сниженные адаптационные возможности, высокая распространенность хронической патологии.

У курящих подростков с выраженной гиподинамией наиболее часто выявляется артериальная гипотензия. В то же время заслуживают внимание подростки, которые имеют высокий уровень ФА (10–22 часов в неделю) на фоне интенсивного курения (10–20 сигарет в день и больше). Как среди юношей, так и среди девушек в этом случае отмечаются изменения на ЭКГ (гипертрофия миокарда

левого желудочка, нарушение его проводимости, возбудимости), стабильность отклонений уровней АД.

Усилия медицинского персонала должны быть направлены на устранение вредных привычек у подростков. Медицинский персонал (врач, медицинская сестра) образовательной организации совместно с учителем физической культуры обязан осуществлять контроль за уровнем ФА учащихся. Необходимо также осуществлять коррекцию спортивной гиперкинезии подростков на основе строгого контроля за занятиями спортом учащихся групп риска.

4. Показания и противопоказания к использованию метода

Показания: профилактика болезней системы кровообращения обучающихся в образовательных организациях.

Противопоказаний нет.

5. Материально-техническое обеспечение

Медицинский персонал образовательных организаций имеет основные материально-технические средства (тонометр, секундомер) для проведения профилактических мероприятий.

6. Форма учета результатов профилактики болезней системы кровообращения

Протокол оценки организации учебного процесса
в профилактике болезней системы кровообращения

Показатели (компоненты) организации учебного процесса		Оптимально-допустимые значения показателей (нормативы)	Условия, создающие риск развития нарушений здоровья (в т. ч. гипертонии)	Фактические данные (в баллах)
Баллы		2 балла	1 балл	
1		2	3	4
1.	Время начала обучения	Не ранее 8.00 часов. Проведение нулевых уроков не допускается	Ранее 8.00 часов, проведение нулевых уроков	
2.	Сменность обучения	В одну (первую) смену	Обучение в две (три) смены	
3.	Максимально допустимый объем учебной нагрузки в течение недели (включая факультативные занятия), в часах (Приложение 1)	Не превышает гигиенические требования к максимальным величинам образовательной нагрузки	Превышает гигиенические требования к максимальным величинам образовательной нагрузки	
4.	Количество уроков в день: - для 5–6 классов	Не более 6 уроков	Более 6 уроков	
	- для 7–11 классов	Не более 7 уроков	Более 7 уроков в день	

1		2	3	4
5.	Продолжительность перемен:	Не менее 10 минут	Менее 10 минут	
		Большая перемена (после 2 или 3 урока) не менее 20 минут	Большая перемена (после 2 или 3 урока) менее 20 минут	
6.	Соблюдение гигиенических принципов составления учебного расписания (Приложение 2)	Гигиенические принципы соблюдаются	Гигиенические принципы не соблюдаются	
7.	Соблюдение гигиенических принципов построения урока (Приложение 3)	Гигиенические принципы соблюдаются	Гигиенические принципы не соблюдаются	
8.	Время выполнения общего объема домашних заданий -для учащихся 5-х классов;	Не более 2-х часов в день	Более 2-х часов	
	-для учащихся 6–8-х классов;	Не более 2,5 часов	Более 2,5 часов	
	-для учащихся 9–11 классов	Не более 3,5 часов	Более 3,5 часов	
9.	Соблюдение гигиенических принципов проведения итоговой аттестации	Не более 1 экзамена в день	Более одного экзамена в день	
		Перерыв между проведением экзаменов не менее 2-х дней	Перерыв между проведением экзаменов - менее 2-х дней	
10.	Обеспечение достаточной физической активности обучающихся	Проведение не менее 3-х уроков физической культуры в неделю	Проведение менее 3-х уроков физической культуры в неделю	
		Организация малых форм двигательной активности (подвижные игры на переменах, спортивный час для групп продленного дня, включение в учебные планы ритмики, хореографии и т. п., организация общешкольных спортивных мероприятий, дней здоровья)	Отсутствует организация малых форм двигательной активности	

7. Список нормативных и методических документов

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
4. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».
5. СанПиН 2.2.2./2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»[#].
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях».
9. Методические рекомендации «Проведение мониторинга состояния здоровья детей и подростков и организация их оздоровления» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 7 декабря 2005 г.).
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
11. Методические рекомендации «Медицинская профилактика в общеобразовательных школах» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 23 декабря 2004 г.).
12. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях. (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 г. № 206-ВС).
13. Федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся. ФР-РОШУМЗ-7-2014 «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях». Available et: <http://niigd.ru/okazanie-meditsinskoj-pomoshhi-v-obrazovatelnyx-organizacijax/protokoly-okazaniya-pmsp-nesovershennoletnim-obuchayushhimsya-v-obrazovatelnyx-organizacijax.html>

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

14. Федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся. ФР-РОШУМЗ-13-2014 «Медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях». Available et: <http://niigd.ru/okazanie-meditsinskoj-pomoshhi-v-obrazovatelnykh-organizatsiyax/protokoly-okazaniya-pmsp-nesovershennoletnim-obuchayushhimsya-v-obrazovatelnykh-organizatsiyax.html>

15. Национальные рекомендации по допуску спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу, Всероссийское научное общество кардиологов, Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, Российское общество холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии, Ассоциация детских кардиологов России, 2011.

16. Российские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте, Комитет экспертов Российского кардиологического общества, Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, Ассоциации детских кардиологов России, Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики, 2012.

8. Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2008. 432 с.

2. Кучма В.Р., ред. Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.

3. Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

Приложение 1

Гигиенические требования к максимальным величинам недельной образовательной нагрузки

Классы	Максимально допустимая недельная нагрузка в академических часах	
	При 6-дневной неделе, не более	При 5-дневной неделе, не более
5	32	29
6	33	30
7	35	32
8–9	36	33
10–11	37	34

Приложение 2

Гигиенические принципы составления учебного расписания:

- чередование предметов естественно-математического профиля с гуманитарными;
- размещение наиболее трудных предметов на 2-4-х уроках;
- наличие «облегченного» учебного дня в четверг или пятницу;
- учет дневной и недельной динамики умственной работоспособности, использование шкалы трудности учебных предметов.

Шкала трудности учебных предметов для средней и старшей школы

Общеобразовательные предметы	Количество баллов (ранг трудности)					
	5-й класс	6-й Класс	7-й класс	8-й Класс	9-й класс	10–11-й классы
Химия	–	–	13	10	12	11
Геометрия	–	–	12	10	8	11
Физика	–	–	8	9	13	12
Алгебра	–	–	10	9	7	10
Экономика	–	–	–	–	11	6
Черчение	–	–	–	5	4	–
Мировая художественная культура (МХК)	–	–	10	5	5	5
Обществознание	–	–	–	–	–	5
Биология	10	8	7	7	7	7
Математика	10	13	–	–	–	–
Иностранный язык	9	11	10	8	9	8
Русский язык	8	12	11	7	6	9
Природоведение	7	8	–	–	–	–
География	–	7	6	6	5	3
История	5	8	6	8	10	5
Труд	4	3	2	1	4	–
Литература	4	6	4	4	7	8
ИЗО	3	3	1	3	–	–
Физкультура	3	4	2	2	2	1
Экология	3	3	3	6	1	3
Музыка	2	1	1	1	–	–
Информатика	2	10	4	7	7	6
ОБЖ	1	2	3	3	3	2

Приложение 3

Гигиенические принципы построения урока

- общая продолжительность урока – 45 минут;
- плотность учебной работы (время урока, затрачиваемое непосредственно на учебную работу) – 60–80%;
- чередование различных видов учебной деятельности (чтение с бумажного носителя, письмо, слушание, опрос и т. д.) – через 10–15 мин;
- продолжительность непрерывного использования технических средств обучения (ТСО) (табл.);
- проведение физкультминуток и гимнастики для глаз
- (после использования ТСО, в середине урока, в конце урока).

Таблица

Продолжительность непрерывного применения технических средств обучения на уроках

Классы	Непрерывная длительность (мин), не более					
	Просмотр статических изображений на учебных досках и экранах отраженного свечения	Просмотр телепередач	Просмотр динамических изображений на учебных досках и экранах отраженного свечения	Работа с изображением на индивидуальном мониторе компьютера и клавиатурой	Прослушивание аудио записи	Прослушивание аудио записи
5–7	20	25	25	20	25	20
8–11	25	30	30	25	25	25

Приложение 4Классификация физической активности (ФА)
(Rangul V, Holmen TL, Kurtze N, Cuypers K, Midthjell K., 2008)

Категория ФА	Частота, раз в неделю	Продолжительность, час в неделю	Интенсивность, MET*
Низкая	<3	<3	<3
Умеренная	3	3	3–6
Высокая	>3	>3	>6

Характеристика физической активности (ФА)

Категория ФА	Характеристика	Пример
Легкая	Во время такой физической нагрузки человек может петь и поддерживать непринужденный разговор	Ходьба прогулочным шагом, 3–4 км/час; Уборка, чистка
Умеренная	Во время этой физической нагрузки человек в состоянии вести разговор с партнером, но с некоторым затруднением	Ходьба, бег, 4–9 км/час; Езда на велосипеде, 16–19 км/час; Катание на роликовых коньках, скейтборде, самокате; Игра в бадминтон; Игра в теннис (парная игра); Игра в баскетбол; Работа по дому, в саду.
Интенсивная	При выполнении интенсивной физической нагрузки человек задыхается и отвечает на вопросы односложными словами	Активные игры, включающие бег, преследование; Аэробика; Бег > 9 км/час; Езда на велосипеде, 19–22 км/час; Прыжки через скакалку; Плавание – медленный кроль, 45 м/мин; Игра в теннис (одиночная игра); Катание на лыжах; Занятия в спортивной секции (единоборства, футбол, хоккей); Энергичные танцы.

Приложение 5

Рекомендуемые размеры манжет в зависимости от величины окружности плеча

Предназначение манжеты	Ширина внутренней камеры манжеты, см	Длина внутренней камеры манжеты, см	Окружность, см *	
			плеча	Бедра
Новорожденные дети	4	8	10	
Дети грудного возраста	6	12	15	
Дети	9	18	22	
Крупные дети, подростки и худощавые взрослые	10	24	26	

Примечание:

* Длина резиновой камеры манжеты должна покрывать не менее 80% окружности плеча.

Приложение 6

Таблица 1

Значения перцентилей роста (см) у детей в возрасте от 1 до 17 лет*

Возраст, годы	Перцентили						
	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й
	Мальчики						
6	107,7	109,6	112,5	116,1	119,2	121,9	123,5
7	113,0	115,0	118,0	121,7	125,0	127,9	129,7
8	118,1	120,2	123,2	127,0	130,5	133,6	135,7
9	122,9	125,2	128,2	132,2	136,0	139,4	141,8
10	127,7	130,1	133,4	137,5	141,6	145,5	148,1
11	132,6	135,1	138,7	143,3	147,8	152,1	154,9
12	137,6	140,3	144,4	149,7	154,6	159,4	162,3
13	142,9	145,8	150,5	156,5	161,8	167,0	169,8
14	148,8	151,8	156,9	163,1	168,5	173,8	176,7
15	155,2	158,2	163,3	169,0	174,1	178,9	181,9
16	161,1	163,9	168,7	173,5	178,1	182,4	185,4
17	164,9	167,7	171,9	176,2	180,5	184,4	187,3
	Девочки						
6	106,6	108,4	111,3	114,6	118,1	120,8	122,7
7	111,8	113,6	116,8	120,6	124,4	127,6	129,5
8	116,9	118,7	122,2	126,4	130,6	134,2	136,2
9	122,1	123,9	127,7	132,2	136,7	140,7	142,9
10	127,5	129,5	133,6	138,3	142,9	147,2	149,5
11	133,5	135,6	140,0	144,8	149,3	153,7	156,2
12	139,8	142,3	147,0	151,5	155,8	160,0	162,7
13	145,2	148,0	152,8	157,1	161,3	165,3	168,1
14	148,7	151,5	155,9	160,4	164,6	168,7	171,3
15	150,5	153,2	157,2	161,8	166,3	170,5	172,8
16	151,6	154,1	157,8	162,4	166,9	171,1	173,3
17	152,7	155,1	158,7	163,1	167,3	171,2	173,5

Таблица 2

Уровни систолического и диастолического артериального давления у мальчиков в возрасте от 1 до 17 лет в зависимости от процентильного распределения роста*

Возраст (годы)	Процентиль АД	Систолическое АД (мм рт. ст.)										Диастолическое АД (мм рт. ст.)											
		процентиль роста					процентиль роста					процентиль роста					процентиль роста						
		5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й	
6	50th	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57
	90th	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72	72	72	72	72	72	72	72	72
	95th	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	99th	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
	50th	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
7	90th	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
	95th	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
	99th	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86
	50th	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61	61	61	61	61	61	61	61	61
	90th	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76	76	76	76	76	76	76	76	76
8	95th	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80	80	80	80	80	80	80	80	80
	99th	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
	50th	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	90th	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77
	95th	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81	81	81	81	81	81	81	81	81
9	99th	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
	50th	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63	63	63	63	63	63	63	63	63
	90th	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78	78	78	78	78	78	78	78	78
	95th	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82
	99th	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	87	88	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
10	50th	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63	63	63	63	63	63	63	63	63
	90th	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78	78	78	78	78	78	78	78	78
	95th	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	82	82	82	82	82	82	82	82	82	82
	99th	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	87	88	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89
	50th	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63	63	63	63	63	63	63	63	63

11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
	50th	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
12	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
	50th	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
13	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
14	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
15	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
16	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97
	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
17	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

Уровни систолического и диастолического артериального давления у девочек в возрасте от 1 до 17 лет в зависимости от процентильного распределения роста*

Возраст (годы)	Процентиль АД	Систолическое АД (мм рт. ст.)										Диастолическое АД (мм рт. ст.)											
		процентиль роста					процентиль роста					процентиль роста					процентиль роста						
		5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й	5-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	95-й	
6	50th	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58	58	58	58	58	58	58	58	58
	90th	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72	72	72	72	72	72	72	72	72
	95th	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	99th	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83	83	83	83	83	83	83	83	83
	50th	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59	59	59	59	59	59	59	59	59
7	90th	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73	73	73	73	73	73	73	73	73
	95th	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77	77	77	77	77	77	77	77	77
	99th	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84	84	84	84	84	84	84	84	84
	50th	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	59	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	90th	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
8	95th	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78
	99th	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86	86	86	86	86	86	86	86	86
	50th	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61	61	61	61	61	61	61	61	61
	90th	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
	95th	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
9	99th	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87	87	87	87	87	87	87	87	87
	50th	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	90th	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	95th	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
	99th	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88	88	88	88	88	88	88	88	88
10	90th	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
	95th	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87	87	87	87	87	87	87	87	87
	50th	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
	90th	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76	76	76	76	76	76	76	76	76
	95th	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
99th	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88	88	88	88	88	88	88	88	88	

11	50th	100	101	102	103	105	106	107	60	60	61	62	63	63
	90th	114	114	116	117	118	119	120	74	74	75	76	77	77
	95th	118	118	119	121	122	123	124	78	78	79	80	81	81
	99th	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	88	89
	50th	102	103	104	105	107	108	109	61	61	62	63	64	64
12	90th	116	116	117	119	120	121	122	75	75	76	77	78	78
	95th	119	120	121	123	124	125	126	79	79	80	81	82	82
	99th	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	89	90
	50th	104	105	106	107	109	110	110	62	62	63	64	65	65
	90th	117	118	119	121	122	123	124	76	76	77	78	79	79
13	95th	121	122	123	124	126	127	128	80	80	81	82	83	83
	99th	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	90	91
	50th	106	106	107	109	110	111	112	63	63	64	65	66	66
	90th	119	120	121	122	124	125	125	77	77	78	79	80	80
	95th	123	123	125	126	127	129	129	81	81	82	83	84	84
14	99th	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	91	92
	50th	107	108	109	110	111	113	113	64	64	65	66	67	67
	90th	120	121	122	123	125	126	127	78	78	79	80	81	81
	95th	124	125	126	127	129	130	131	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	92	93
15	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	67	68
	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	92	93
	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	67	68
16	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	91	92	93	93
	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	66	67	68	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	80	81	81	82
17	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	82	83	84	85	86
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	91	92	93	93
	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	66	67	68	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	82	83	84	85	86
18	99th	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	92	93	93

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
14 февраля 2015 г.
Протокол № 4

УТВЕРЖДЕНЫ
на XVIII Конгрессе
педиатров России
Москва,
15 февраля 2015 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ И ОСНОВЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

ФР РОШУМЗ-21-2015

(версия 1.1)

РАЗРАБОТЧИКИ: Чубаровский В.В., Кучма В.Р., Рапопорт И.К., Соколова С.Б.,
Катенко С.В.

Федеральные рекомендации «Невротические расстройства и расстройства поведения и основы их профилактики» содержат алгоритм ранней диагностики и критерии выявления психических нарушений, включая «предболезненные состояния», у обучающихся детского и подросткового возраста.

Федеральные рекомендации предназначены для врачей, среднего медицинского персонала, работающего в образовательных организациях и в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинских организаций, педагогам и возрастным психологам.

Федеральные рекомендации «Невротические расстройства и расстройства поведения и основы их профилактики» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 7 от 19.12.2014 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 20 от 19.12.2014 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.
- *Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. М.: Издательство «Речь»; 2009. 256 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Ранняя диагностика психической патологии различной существенно снижает трудовые и материальные затраты на проведение профилактических мероприятий.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

Проблема сохранения и укрепления психического здоровья детей и подростков приобрела в последние десятилетия в России исключительное значение. В первую очередь это обусловлено критическим ростом различных форм пограничной психической патологии, расстройств поведения, зависимости от психоактивных веществ, алкоголя, табака, эмоциональных нарушений. В связи с критическим увеличением информационной нагрузки отмечаются новые формы расстройств, получивших название «информационная зависимость» (компьютерная, интернет-зависимость, информационно-коммуникативные патологические реакции и прочее). В младших классах отмечается широкое распространение синдрома дефицита внимания и гиперактивности, различные формы задержки психического развития, астенические состояния, обусловленные хроническим переутомлением. По данным многолетних клинико-эпидемиологических исследований частота встречаемости нозологически очерченных состояний у учащихся подростков достигает 10–12%, а более чем у 60% отмечаются так называемые «предболезненные» состояния. Однако на практике выявляемость психической патологии, особенно субклинической степени выраженности, крайне низкая. Настоящие рекомендации унифицируют диагностический подход к выделению групп риска в отношении формирования психической патологии на различных этапах обследования, включая информацию, полученную от специалистов смежных дисциплин на доврачебном этапе обследования.

Первичная психопрофилактика включает мероприятия по предупреждению возникновения психических расстройств. При осуществлении данной формы психопрофилактики особое значение имеет психогигиена и широкие социальные мероприятия.

Вторичная психопрофилактика включает комплекс мероприятий по предупреждению неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний, уменьшение патологических проявлений, по облегчению течения болезни и улучшению исхода, а также раннюю диагностику, своевременное и безопасное лечение.

Третичная психопрофилактика направлена на предупреждение социальных последствий заболеваний.

Настоящие рекомендации касаются преимущественно вторичной профилактики пограничной психической патологии различной степени выраженности.

3. Ранняя диагностика невротических расстройств и расстройств поведения.

Основы профилактики

Профилактика невротических расстройств и расстройств поведения у детей медицинским персоналом отделений медицинской помощи обучающимся складывается из:

- ранней диагностики этих состояний;
- направлении нуждающихся детей на консультацию к врачам-специалистам;
- формирование групп риска в отношении наличия различных форм психической дезадаптации обучающегося;
- собственно профилактических мероприятий (первичная и вторичная профилактика).

Медицинские работники отделений медицинской помощи обучающимся осуществляют лишь формирование групп риска в отношении наличия различных форм психической дезадаптации обучающегося в соответствии с алгоритмом ранней диагностики психических расстройств у обучающихся.

3.1. Алгоритм ранней диагностики психических расстройств у обучающихся

Ранней диагностике невротических расстройств и расстройств поведения способствует трехэтапное обследование детей, включающее доврачебный, врачебный и специализированный этапы (табл. 1).

Таблица 1

Этапы	Наименование	Специалисты
I	Доврачебный (предварительное формирование группы риска)	Медицинская сестра (фельдшер) ОМПО Психолог Педагог
II	Врачебный (профилактический мед осмотр)	Педиатр ОМПО Невролог МО
III	Специализированной помощи (ПНД, медико-психолого-педагогические комиссии разного уровня)	Психиатр Психотерапевт Психиатр-нарколог

3.2. Доврачебный этап

На I этапе сбор объективных данных осуществляется средним медицинским персоналом при координирующей роли школьного психолога. При диагностике преморбидных свойств личности рекомендуется использовать психометрическую методику – «Усовершенствованный метод патохарактерологического исследования подростков» (Иванов Н.Я., Личко А.Е. 1985), позволяющую получить данные о выраженности и типе акцентированных характерологических особенностей, наличии признаков, указывающих на вероятность психопатизации и склонности к делинквентному и аддиктивному поведению, вероятности органического поражения ЦНС. На основании анализа полученных данных формируется группа риска в отношении наличия психических расстройств личности у учащегося.

Помимо нарушений формирования личности, проявляющиеся преимущественно различными формами отклоняющегося поведения (F91.0–F91.99), определяются факторы риска психических расстройств невротического круга (F48.0–F48.9). Они представлены следующими формами: неврастения, обсессивно-фобический невроз, истерический и депрессивный. В зависимости от этиопатогенеза выделяют собственно неврозы – психогенно обусловленные расстройства, и неврозоподобные состояния, в основе которых лежат преимущественно экзогенные воздействия (последствия черепно-мозговых травм, нейроинфекций, хронические соматические заболевания и пр.). Разделение по этиопатогенетическому принципу имеет исключительное значение для организации вторичной и третичной профилактики, поскольку выделяет специфические факторы риска и позволяет разграничить компетенции различных специалистов при организации междисциплинарных коррекционных мероприятий.

Для определения «патохарактерологической» или «невротической» реакции необходимо, чтобы моносимптомная форма нарушений беспокоила ребенка или подростка более 1 раза в неделю, так как в норме семидневный цикл чередования труда и отдыха должен позволять восстановиться в плане психической адаптации. При предболезненных субклинических состояниях ребенок или подросток должен быть отнесен ко II группе здоровья.

3.2.1. Оценка учебной дезадаптации обучающегося

Ведущим критерием ранней диагностики психических расстройств любого генеза является выраженность социальной дезадаптации обучающегося. При этом она достаточно объективно может быть определена педагогом и возрастным психологом. Фиксируется учебная дезадаптация (полная, частичная и относительная) в сочетании с внутрисемейной и общей социальной дезадаптацией. Для определения учебной дезадаптации фиксируются следующие признаки:

- низкая успеваемость;
- конфликтные отношения с педагогами;
- конфликтные отношения с соучениками.

Степень дезадаптации определяется по следующим критериям: полная дезадаптация – наличие всех трех признаков – 3 балла, частичная – любых двух (2 балла) и относительная – одного (1 балл). Информацию предоставляет педагог и школьный психолог. Основанием для включения подростка в группу риска и необходимости консультации невролога, а затем психотерапевта является наличие полной учебной дезадаптации обучающегося в течение 6 и более месяцев (3 балла), наличие частичной учебной дезадаптации более года – повышающий коэффициент 1,5 (3 балла). Информация фиксируется в Итоговом протоколе доврачебного этапа обследования с указанием баллов (табл. 1).

3.2.2. Оценка общей и внутрисемейной дезадаптации

Общая социальная и внутрисемейная дезадаптации определяются сочетанием комплекса признаков: а) наличие различных форм отклоняющегося поведения (криминальное, делинквентное, аддиктивное, «обусловленные формирующимся половым влечением», аутоагрессивное); б) конфликтные отношения с близкими первой и второй линии родства и сиблингами, побеги и уходы из дома, хронические внутрисемейные психогении; в) аномальные формы воспитания («ежовые рукавицы, эмоционального отвержения «золушка», гипоопека и безнадзорность, «кумир семьи», альтернативных педагогических установок и пр.); г) частичная и полная учебная дезадаптация. Эти данные можно получить у педагогов, школьных

психологов, инспекторов по делам несовершеннолетних и пр. Информация фиксируется в Итоговом протоколе доврачебного этапа обследования с указанием баллов (табл. 1).

3.2.3. Специфические детские и подростковые реакции

Сильно выраженные специфические детские и подростковые реакции: протеста, оппозиции, эмансипации, группирования со сверстниками, «обусловленных формирующимся половым влечением», увлечения (проявляющиеся рискованными формами поведения). Их выраженность определяет школьный психолог. Информация фиксируется в Итоговом протоколе доврачебного этапа обследования с указанием баллов (табл. 1).

Таблица 1

Итоговый протокол доврачебного этапа обследования

Ф.И.О. _____
 Возраст _____
 Учебное заведение, класс _____

Факторы риска	Баллы или тип нарушений	Примечания
Оценка учебной дезадаптации учащегося.		
Оценка общей и внутрисемейной дезадаптации		
Специфические детские и подростковые реакции		
Длительность нарушений		

3.2.4. Длительность нарушений

Динамическая характеристика нарушений по следующим градациям: а) время проявления первых признаков (с рождения, младший школьный возраст, препубертат, пубертат); б) длительность (от 1-го до 6-и месяцев, от 6-и месяцев до 1-го года, свыше 1-го года); в) особенности течения (улучшение, ухудшение, отсутствие динамики (стационарное, стабильное течение). Информация фиксируется в Итоговом протоколе доврачебного этапа обследования с указанием баллов (табл. 1).

3.2.5. Оценка поведенческих факторов риска

Общая социальная дезадаптация обучающегося проявляется преимущественно возникновением различных форм отклоняющегося поведения. В МКБ-10 отдельные формы девиантного поведения представлены в категориях F91.0–F91.9. На практике широкое использование данных категорий обуславливает риск психиатрической стигматизации значительных групп учащихся и крайне затрудняет проведение психопрофилактических мероприятий, поскольку не учитывает этиопатогенез поведенческих феноменов. Соотношение отечественных систематик и МКБ-10 в этом разделе представлено в Приложениях 1 и 2.

Оценка значимости отдельных форм девиантного поведения для формирования групп риска производится по балльной методике в соответствии с

Протоколом оценки поведенческих факторов риска психических расстройств у обучающихся (табл. 2).

Таблица 2

Протокол оценки поведенческих факторов риска
Психических расстройств у обучающихся

Формы девиантного поведения	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	В течение 1 года (баллы)	Возникли до 12 лет (баллы)
Делинквентное поведение*	2	3	4
Асоциальное (криминальное поведение)	4	5	5
Побеги и уходы из дома	2	3	4
Ранняя алкоголизация	1	2	4
Курение	0	1	2
Признаки употребления наркотических и других психоактивных средств	4	5	5
Девиации сексуального поведения**	1	2	4
Суицидальное поведение	4	5	5
Участие в неформальных подростковых группах (фанаты, готы, эмо, асоциальные компании)	1	2	3
Сумма баллов по столбцам			
ВСЕГО (баллы)			

* *Делинквентное поведение* – цепь проступков, провинностей, мелких правонарушений (от лат. delinquo – совершить проступок, провиниться), отличающихся от криминала, то есть наказуемых согласно Уголовному Кодексу серьезных правонарушений и преступлений (Личко А.Е., 1983). Сюда относятся частые драки, сквернословие в общественных местах, издевательства над младшими и слабыми, домашние кражи, угон велосипедов и скутеров с целью «покататься», отнимание мелких карманных денег у малышей и пр.

** *Девиации сексуального поведения* – ранняя половая жизнь (до 16 лет), промискуитет (беспорядочные половые связи), транзиторный подростковый гомосексуализм.

Показанием для консультации школьного психолога является сумма баллов по первому столбцу 1–3 балла, по второму столбцу 3–4, по третьему – 3–4 балла.

Показанием для консультации школьного психолога является сумма баллов по первому столбцу 1-3 балла, по второму столбцу 3-4, по третьему – 3-4 балла.

Показанием для консультации психотерапевта является: первому столбцу 4 и более баллов, по второму столбцу 5 и более баллов, по третьему – 5 и более баллов.

Протокол представляется в качестве самостоятельного документа к итоговому заключению.

3.2.6. Расстройства невротического круга

Расстройства невротического круга на доврачебном этапе исследования могут быть зафиксирована в форме жалоб ребенка, отмечаемых родителями, педагогами и средним медицинским персоналом образовательной организации.

Для формирования групп риска в отношении расстройств невротического круга на доврачебном этапе используется Протокол оценки выраженности отдельных наиболее часто встречающихся симптомов и длительности их проявления (табл. 3).

Показанием для консультации школьного психолога и социального педагога является по первому столбцу 3 и более баллов, по второму столбцу 2 балла.

Показанием для консультации психотерапевта или психиатра является: по первому столбцу 4 и более баллов, по второму 3 и более баллов; по третьему столбцу – 5 и более баллов.

Таблица 3

Протокол оценки наиболее частых жалоб невротического круга

ЖАЛОБЫ	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	Частота – 1 раз в неделю и более	Интенсивные, постоянные
Головные боли	1	3	5
Утомляемость	1	3	5
Раздражительность, плаксивость	1	3	4
Расстройства сна	1	3	5
Страхи (фобии)	1	3	4
Снижение настроения	1	3	5
Заикание	1	3	4
Эмоциональные вспышки (истерики)	2	5	5
Робость, тревожность, ранимость	1	2	3
Приступы сердцебиения, легко краснеет, бледнеет, потливость	1	2	3
Повышенная двигательная активность	0	2	5
Отвлекаемость, трудность концентрации внимания	0	2	5
Сумма баллов по столбцам			
ВСЕГО (баллы)			

3.3. Врачебный этап

Предварительный диагноз ставится врачом-педиатром или невропатологом при профилактических осмотрах на II этапе обследования на основании: 1. Клинической оценки состояния подростка на момент обследования и 2. Оценки представленных критериев и факторов риска психических расстройств.

При проведении профилактического осмотра и оценке психоневрологического компонента личности ребенка врач-педиатр должен опираться на: 1) результаты изучения анамнеза развития пациента – перинатальная патология, наличие экзогенных воздействий (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и т. д.), задержки развития моторики, речи, явления невропатии в раннем возрасте (ночной энурез, заикание, яктация, эпилептиформные расстройства и т. д.); 2) изучение данных доврачебного этапа обследования; 3) получение объективных сведений о поведении и особенностях социальной адаптации обследуемого от родителей, педагогов, школьного психолога, среднего медицинского персонала учебного заведения; 4) использования унифицированных систематик оценки психического состояния на момент осмотра.

При оценке психического состояния особое внимание следует уделить эмоциональной и волевой сфере обследуемого. Эмоциональная сфера: настроение – устойчивое, колебания в течение суток, ранимость, агрессивность, злобность, конфликтность, наличие патохарактерологических реакции (возбудимого, истероидного, психастенического, эмоционально-лабильного типов), выраженность специфических подростковых реакций – эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, реакций, обусловленных формирующимся половым влечением; воля, влечения – гиперсексуальность (демонстративность во внешнем виде с акцентом на подчеркивании вторичных половых признаков (пирсинг, татуировки, чрезмерное использование косметики и т. д.), слабоволие, подчиняемость, лидерские тенденции.

Обращается внимание на наличие следов инъекций или порезов на тыльных поверхностях плечей и предплечий; интеллект – соответствует физиологическому возрасту или нет; на нарушения поведения – делинквентные (асоциальные, криминальные), аутоагрессивные, девиации сексуального поведения; аддиктивные расстройства включая информационные – компьютерная и игровая зависимости.

При наличии отклонений даже в одной сфере показана консультация психотерапевта или психиатра. При наличии криминальных форм поведения, аддиктивных расстройств, суицидальных тенденций или действий и отказе подростков, их родителей или опекунов от консультации врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом специализированная помощь, оказывается при содействии правоохранительных органов, через ПНД или медико-психолого-педагогические консультации и комиссии (ст. 23 Закона РФ от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»).

На врачебный этап подаются документы доврачебного этапа обследования. Предположительный диагноз ставится с использованием основных форм психически нарушений и расстройств поведения, представленных в Приложениях 1 и 2.

3.4. Этап специализированной помощи

На этап специализированной медицинской помощи подаются документы доврачебного этапа обследования, заключение невропатолога с оценкой состояния соматической, неврологической, психической сфер и предварительным диагнозом.

На III этапе осуществляется постановка психиатрического диагноза, как субклинической степени выраженности, так и синдромально и нозологически

очерченных состояний. Диагноз ставится врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом при направлении в психоневрологический диспансер (ПНД) или в рамках медико-психолого-педагогических консультаций и комиссий, организованных по региональному принципу.

В настоящее время врач-психиатр включен в перечень врачей, осуществляющих профилактические осмотры. Дети должны быть осмотрены врачом-психиатром шесть раз[#].

3.5. Профилактика психических расстройств

С целью профилактики невротических расстройств и расстройств поведения, укрепления психического здоровья обучающихся используются следующие Стратегии профилактического воздействия:

- Профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских и медико-социальных учреждениях. Создание так называемой сети социально-поддерживающих учреждений.
- Профилактика, основанная на работе в школе, создание сети школ здоровья или включение программы обучения здоровью во всех школах.
- Профилактика, основанная на работе с семьей.
- Профилактика в организованных общественных группах молодежи.
- Профилактика с помощью средств массовой информации.
- Профилактика, направленная на группы риска в неорганизованных коллективах – на территориях, улицах, с безнадзорными, беспризорными детьми.
- Систематическая подготовка специалистов в области профилактики.
- Массовая мотивационная профилактическая активность.
- Краткосрочные или долговременные профилактические акции среди детей, подростков и других групп населения, направленные на формирование мотивации продвижения к здоровью или изменение дезадаптивных форм поведения на адаптивные.

4. Показания и противопоказания

Ранняя диагностика невротических расстройств и расстройств поведения, формирование на их основе групп риска и разработка мер профилактики показаны во всех образовательных организациях.

Противопоказанием к использованию настоящих рекомендаций может явиться не согласие обучающихся и/или их родителей (законных представителей).

5. Материально-техническое обеспечение

Для ранней диагностики невротических расстройств и расстройств поведения, формирования на их основе групп риска и разработки мер профилактики достаточно стандартного оснащения медицинского блока (кабинета) образовательной организации и опросников и форм протоколов, представленных в настоящих рекомендациях.

6. Формы учета

Диагностика невротических расстройств и расстройств поведения, формирование на их основе групп риска фиксируются в итоговом протоколе доврачебного этапа обследования обучающихся (табл. 1)

[#]Внесены изменения в раздел в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н

К протоколу доврачебного этапа обследования отдельно прикладываются Протокол оценки поведенческих факторов риска психических расстройств обучающихся (табл. 2) и Протокол оценки наиболее частых жалоб невротического круга (табл. 3).

7. Список нормативных и методических документов

1. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании от 2 июля 1992 г. № 3185-1.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 621 от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
3. 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»[#].

8. Список литературы

1. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. М.: Издательство «Литерра»; 2010. 272 с.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. Руководство для врачей. М.: Издательский Дом «Династия»; 2005. 168 с.
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Чубаровский В.В. Вторичная профилактика аддиктивных форм поведения у подростков. Пособие для врачей. М.: НЦЗД РАМН; 2012. с.
4. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Вторичная профилактика аддиктивных форм поведения у подростков. Пособие для врачей. М.: НЦЗД РАМН; 2004. 64 с.
5. Шевченко Ю.С., ред. Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов. М.: Медицинское информационное агентство; 2011. с.
6. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. СПб: Издательство «Речь»; 2009. с.
7. Циркин С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Л.: Издательство «Питер»; 1999. 752 с.
8. Чубаровский В.В., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Бережков Л.Ф., Бирюкова Е.Г. Критерии оценки и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом уровне) при проведении профилактических осмотров лиц старшего подросткового возраста. В кн.: Кучма В.Р., ред. Гигиена детей и подростков. Сборник нормативно-методических документов. М.: Научный центр здоровья детей РАМН; 2013: 83–92.
Казаковцева Б.А., Голланд В.Б., 1998

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

9. Приложения

Приложение 1

СООТНОШЕНИЕ ФОРМ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ РАБОЧЕЙ СИСТЕМАТИКИ
С РУБРИКАМИ МКБ-10 V И ДРУГИХ КЛАССОВ

РАБОЧАЯ СИСТЕМАТИКА	СООТНОШЕНИЕ С РУБРИКАМИ МКБ-10
РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО КРУГА	
невротические реакции	F43.2 – расстройство приспособительных реакций; Z73.3 – стрессовые состояния, не классифицируемые в других рубриках; R53 – недомогание и утомляемость.
Неврозы	
астенический синдром	F48.0 – неврастения
обсессивно-фобический синдром	F42-F42.8 – обсессивно-компульсивное расстройство
депрессивный синдром	F43.21 – пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации
истерический синдром	F44 – диссоциативные конверсионные расстройства (исключая истерический психоз)
Прочие	F48.9 – невротическое расстройство неуточненное
неврозоподобные состояния	(на фоне органического поражения ЦНС или соматогении)
астенический синдром	F06.6 – органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство
обсессивно-фобический синдром	F42-F42.8 – обсессивно-компульсивное расстройство; F06.6 – органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство
депрессивный синдром	F06.36-37 – непсихотическое депрессивное расстройство, непсихотическое смешенное расстройство органической природы
истерический синдром	F06.5 – органическое диссоциативное расстройство
прочие	F06.82;92;927 – другие непсихотические расстройства обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью
РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ	
патохарактерологические реакции	F90.1 – гиперкинетическое расстройство; F91 – расстройства поведения; F92 – смешенные расстройства поведения
психопатии	F60-F62 – специфические, смешанные и другие личностные расстройства, а также продолжительные изменения личности.
истероидного типа	F60.4 – истерическое расстройство личности
эпилептоидного типа (эксплозивный вариант)	F60.2 – диссоциальное расстройство личности

РАБОЧАЯ СИСТЕМАТИКА	СООТНОШЕНИЕ С РУКБРИКАМИ МКБ-10
психастенического типа	F60.5 – ананкастное расстройство личности; F60.6 – тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности.
шизоидного типа	F60.1 – шизоидное расстройство личности
прочие	F60.9 – расстройство личности неуточненное; F61 – смешенное и другие расстройства личности
психопатоподобные состояния	F07 – расстройство личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга
истероидного типа	F07 – расстройство личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга; F60.4 – истерическое расстройство личности
эпилептоидного типа	F07.2 – постконтузионный (посткоммоционный) синдром
психастенического типа	F07 – расстройство личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга; F60.5 – ананкастное расстройство личности; F60.6 – тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности
шизоидного типа	F07 – расстройство личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга; F60.1 – шизоидное расстройство личности
прочие	F07 – расстройство личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга; F60.9 – расстройство личности неуточненное; F61 – смешенные и другие расстройства личности

Разделы F80–F89 (расстройства психологического (психического) развития) и F90–F98 (эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте) охватывают лишь те расстройства, которые являются специфичными для детского и подросткового возраста. Ряд расстройств помещенных в других разделах могут возникать почти в любом возрасте и при необходимости их коды могут быть использованы у детей и подростков. Убедительно рекомендуется использование других классов МКБ-10 в дополнение к классу V(F). Допускается возможность кодировки нескольких диагнозов. (Казаковцева Б.А., Голланд В.Б., 1998). В ряде наблюдений, особенно в последние годы все чаще использовались рубрики F68.0 (преувеличение соматической психопатологии по психологическим причинам) и F68.1 (умышленное вызывание или симулирование симптомов) вместе с симуляцией (Z76.5) эти три диагностические рубрики часто должны рассматриваться вместе. Это особенно актуально для лиц юношеского (призывного возраста).

Акцентированные характерологические особенности в большей мере соответствуют рубрикам – Z 73.1 – Акцентированные личностные черты и Z73.4 – Неадекватные социальные навыки, не квалифицируемые в других рубриках

Приложение 2

Психические расстройства и расстройства поведения,
возникающие преимущественно в детском возрасте

Группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	F45.3-F45.38	II-III	при компенсации – II; при субкомпенсации – III
Фобические тревожные расстройства	F40	II-III	слабо выраженные – II; выраженные – III
Неврастения	F48.0	III	при доминирующем психогенном факторе
Невротические реакции, связанные со стрессом	F43.2	II	
Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство	F07	III	синдромально очерченное состояние
Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга	F06.6	II-III	слабо выраженные – II; выраженные – III
Эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (тики, энурез, логоневроз и др.)	F90-F98	II-III	слабо выраженные – II; выраженные – III
Специфические расстройства личности (психопатии)	F60-F62	II-III	слабо выраженные – II; выраженные – III
Шизотипическое расстройство	F21	III	
Гиперкинетические расстройства	F90	II, III	при компенсации – II; при субкомпенсации – III
Расстройства поведения	F91	II, III, IV	ограниченные рамками семьи – I; несоциализированные расстройства – III; социализированные расстройства – III-IV
Задержка психического развития / умственная отсталость легкой степени	F70	II	
Специфические расстройства развития речи и языка	F80	II	
Гиперкинетическое расстройство (синдром дефицита внимания и гиперактивности)	F90-99	II, III	при субкомпенсации – II; при декомпенсации – III
Неуточненное психическое расстройство		III, IV	

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
14 февраля 2016 г.
Протокол № 5

УТВЕРЖДЕНЫ
на XIX Конгрессе
педиатров России
Москва,
14 февраля 2016 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

ФР РОШУМЗ-23-2016

(версия 1.1)

РАЗРАБОТЧИКИ: *Храмцов П.И., Седова А.С., Березина Н.О., Шестакова В.Н.,
Марченкова Ю.В.*

Федеральные рекомендации «Профилактика травматизма, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в образовательных организациях» содержат материалы по организации и содержанию контроля за условиями обучения и воспитания в образовательных организациях с целью предупреждения травмоопасных ситуаций, сохранения здоровья обучающихся.

Рекомендации «Профилактика травматизма, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в образовательных организациях» предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинских организаций.

Федеральные рекомендации «Профилактика травматизма, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в образовательных организациях» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 10 от 22.01.2016 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 23 от 22.01.2016 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств

Поиск в электронных базах данных.

Анализ материалов Практического семинара «Создание потенциала на муниципальном уровне по предупреждению травм и насилия среди детей и подростков» на основе курса TEACH-VIP (Москва, 17–18 ноября 2015 г.).

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008 [1].

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ. Анализ стоимости не проводился, однако профилактика травматизма, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в образовательных организациях предупреждает потерю трудового потенциала страны, а также снижает материальные затраты на проведение лечения и реабилитацию детей и подростков.

Метод валидации рекомендаций

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена, участковых педиатров и врачей по гигиене детей и подростков в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка.

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола

Рабочая группа.

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведён к минимуму.

2. Введение.

Травматизм представляет серьезную угрозу для здоровья и жизни взрослых и детей. Особую тревогу вызывает детский травматизм. Травматизм и насилие являются третьей ведущей причиной смертности в Европейском регионе [2]. Около 830 000 детей моложе 18 лет ежегодно погибают в результате неумышленной травмы [1]. Ежедневно во всем мире в результате травмы или несчастного случая, которые можно было предотвратить, погибает более 2000 детей. Неумышленные травмы являются главной причиной смертности среди детей старше 9 лет. Большинство смертельных травм – результат дорожно-транспортных происшествий, утоплений, ожогов, падений с высоты и отравлений.

Охрана здоровья обучающихся в образовательных организациях в соответствии со статьей 41 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» включает в себя: обеспечение безопасности обучающихся во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность (п.8); профилактику несчастных случаев с обучающимися во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность (п. 9).

По всем категориям неумышленного травматизма, за исключением ожогов, мальчики погибают чаще, чем девочки. Разница в распространенности травматизма между мальчиками и девочками неуклонно повышается с 5-летнего возраста. Самую распространенную категорию неумышленных травм, требующих госпитализации детей в возрасте до 15 лет, составляют переломы рук и ног. Среди небольших травм, которым подвергаются дети, чаще встречаются порезы и ушибы.

В общей структуре детского травматизма травмы, полученные в школе, составляют около 15–20% [3, 4]. При этом в половине случаев диагностируют травмы мягких тканей, в 40% случаев – черепно-мозговые травмы, на третьем месте – переломы конечностей [5].

Анализ особенностей школьного травматизма позволил установить, что 80% травм, полученных детьми в школе, происходят во время перемен, причем 70% из них – во время падения и бега; на долю травм, произошедших на уроках физической культуры, приходится 15–37% [3–5].

К основным причинам школьного травматизма следует отнести несоблюдение санитарно-гигиенических требований к образовательным организациям; нарушение дисциплины детьми во время перемены; недостаточный контроль за детьми со стороны взрослых; нарушение техники безопасности на уроках физической культуры, химии и физики при выполнении лабораторных работ, технологии; недооценка детьми реальной ситуации, связанной с возможностью получения травмы; несоответствие нагрузки функциональным возможностям организма детей на уроках физической культуры.

Группу риска составляют гиперактивные дети с дефицитом внимания; эмоционально неустойчивые, импульсивные, недисциплинированные; склонные к рискованному поведению и необдуманным поступкам; с особенностями развития (со снижением интеллекта); с недостаточным уровнем развития координации движений; нетренированные, с низким уровнем физической подготовленности; часто болеющие дети; перетренированные из-за высоких спортивных нагрузок дети; с нарушениями зрения; реконвалесценты после перенесенных тяжелых болезней и травм.

Информация справочного характера о причинах школьного травматизма, характере травм и соответствующих профилактических мероприятиях представлена в Приложении № 1.

3. Программа и алгоритм профилактики травматизма в образовательных организациях

3.1. Контроль состояния территории

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации осуществляет контроль за состоянием территории перед началом учебного года и после завершения осенних, зимних и весенних каникул. По итогам контроля фиксируются замечания и даются рекомендации по их устранению. Контроль за исправлением недостатков, выявленных при обследовании, проводится в течение 2 недель с момента установления этих нарушений.

Результаты обследования состояния территории регистрируют в Протоколе № 1 (Приложение 2).

3.2. Контроль состояния здания и условий организации образовательного процесса

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации осуществляет контроль за состоянием здания перед началом учебного года и после завершения осенних, зимних и весенних каникул и за условиями организации образовательного процесса не менее 1 раза в течение каждой четверти учебного года. По итогам контроля фиксируются замечания и даются рекомендации по их устранению. Контроль за исправлением недостатков, выявленных при обследовании, проводится в течение 2 недель с момента установления этих нарушений.

Результаты обследования состояния здания и условий организации образовательного процесса регистрируют в Протоколе № 2 (Приложение 3).

3.3. Контроль организации уроков физической культуры

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации осуществляет контроль за организацией урока физической культуры не менее 1 раза в течение каждой четверти в одном из классов начальной, средней и старшей школы на уроках в спортивном зале и на улице. По итогам контроля фиксируются замечания и даются рекомендации по их устранению. Контроль за исправлением недостатков, выявленных при обследовании, проводится в течение 2 недель с момента установления этих нарушений.

Результаты обследования наблюдений регистрируют в Протоколе № 3 и Протоколе № 4 (Приложение 4 и Приложение 5).

В процессе контроля медицинский работник обращает внимание на использование потенциально опасных физических упражнений на уроках физической культуры (Приложение 6).

3.4. Контроль проведения инструктажа по технике безопасности обучающихся педагогами начальных классов, физики, химии, физической культуры и технологии

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации осуществляет контроль за наличием документации по технике безопасности (ТБ), наглядных материалов по предупреждению травм и личное присутствие на одном из занятий с проведением педагогом инструктажа по ТБ.

3.5. Гигиеническое обучение педагогов и обучающихся по предупреждению травматизма в образовательных организациях

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации проводит мероприятия по гигиеническому обучению педагогов и обучающихся с использованием различных форм пропаганды с учетом восприятия их детьми, реализуя дифференцированный подход с учетом возраста. Осуществляется обучение правилам безопасного поведения и формирование профилактических навыков элементов самострахования.

3.6. Контроль соответствия организации питания и двигательной активности обучающихся гигиеническим требованиям

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации осуществляет контроль соответствия организации питания и двигательной активности гигиеническим требованиям.

3.7. Учет травм у обучающихся в образовательных организациях

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации проводит учет травм путем их регистрации в «Журнале регистрации травм у обучающихся» (Приложение 7).

4. Показания и противопоказания

Показания: Профилактика травматизма в образовательных организациях.

Противопоказаний нет.

5. Материально-техническое обеспечение

Рабочее место медицинского работника и оргтехника.

6. Форма учета результатов

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации осуществляет учет результатов работы по профилактике травматизма у обучающихся, внося в конце текущего учебного года соответствующие данные в Протокол № 6 (Приложение 8).

По результатам учета результатов работы определяется эффективность с учетом объектов контроля как отношение разности количества выявленных и устраненных замечаний в течение учебного года к количеству выявленных замечаний, выраженное в процентах.

7. Оценка эффективности профилактики травматизма у обучающихся в образовательных организациях

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации осуществляет учет результатов работы по профилактике травматизма у обучающихся, внося в конце текущего учебного года соответствующие данные в Протокол № 7 (Приложение 9).

По результатам учета результатов работы определяется характер динамики количества травм в зависимости от структуры травм и объекта контроля как разность количества травм в предыдущем и истекшем учебном году.

8. Список нормативно-методических документов

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об образовании в Российской Федерации».

3. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ, с изменениями.

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.04 г. № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

5. Постановления Правительства РФ от 02.02.2006 г. № 60, утв. Положение о проведении социально-гигиенического мониторинга.

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2010 года № 189 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».

7. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 28 декабря 2010 г. № 2106 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников».

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

9. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы» (с изменениями от 25 апреля 2007 г., 30 апреля 2010 г., 3 сентября 2010 г.).

10. СанПиН 2.4.7.960-00. «Гигиенические требования к изданиям книжным и журнальным для детей и подростков» (с изм. от 28.10.2010 г.).

11. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях: Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (СанПиН 2.4.2.2821-10). М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2011. 58 с.

9. Список литературы.

1. Доклад ВОЗ «Предупреждение травматизма в Европе». Copenhagen Ø, Denmark, 2009. ISBN 978 92 890 4301 4.
2. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2008.
3. Родионов В.А., Ступницкая М.А. Профилактика школьного травматизма. Справочник классного руководителя. 2009; 12: 12–21.
4. Степанова М.И. Профилактика школьного травматизма в летний период. Народное образование. 2014; 2: 111–16.
5. Гребенникова В.А. Гигиеническое обоснование комплекса мероприятий по профилактике травматизма школьников. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2010. 24 с.

10. Приложения

Приложение 1

Характер травм, причины травматизма и профилактические мероприятия

Место получения травмы	Характер травмы	Причины травматизма	Профилактические мероприятия
На территории школы	<ul style="list-style-type: none"> - ранения мягких тканей конечностей; - ушибы; - растяжения; - переломы; - черепно-мозговая травма; - обморожение 	<ul style="list-style-type: none"> - недостаточная освещенность; - неисправное состояние уличных покрытий, гололед; - несоответствие одежды погодным условиям 	<ul style="list-style-type: none"> - контроль за освещенностью территории; - применение песка во время гололеда; - надзор за детьми и их досугом
В здании школы и учебных помещениях	<ul style="list-style-type: none"> - ранения мягких тканей конечностей; - ушибы; - растяжения; - переломы; - черепно-мозговая травма; - ожоги 	<ul style="list-style-type: none"> - нарушение учащимися правил поведения на перемене (в коридорах, рекреациях), на уроках, при проведении внеклассных мероприятий; - нарушение требований техники безопасности на уроках физики, химии, биологии, труда, информатики; - нарушение требований техники безопасности в столовой; - ношение обуви на высоком каблуке 	<ul style="list-style-type: none"> - обучение детей правилам поведения в школе; - организация дежурства старшеклассников во внеурочное время; - (не допускать катания на перилах, единоборств, беготни в рекреациях, на лестницах и др.); - соблюдение правил техники безопасности во время работы в кабинетах и лабораториях, во время трудовых практикумов; - обучение детей правилам поведения в столовой и буфете; - разъяснительная работа с детьми и родителями

Приложение 1 (продолжение)

Место получения травмы	Характер травмы	Причины травматизма	Профилактические мероприятия
На уроках физкультуры в спортивном зале и на спортивной площадке	<ul style="list-style-type: none"> - повреждения мягких тканей с повреждением ссадин и потертостей; - ранения мягких тканей конечностей; - ушибы; - растяжения; - переломы; - черепно-мозговая травма 	<ul style="list-style-type: none"> - неудовлетворительное состояние спортивного инвентаря и оборудования - незнание педагогом состояния здоровья учащихся - нарушения в организации учебно-тренировочных занятий, соревнований; - слабая физическая подготовленность учащихся (в результате длительного отсутствия на занятиях); - нарушение дисциплины во время учебного процесса; - невыполнение требований безопасности на уроках физической культуры. 	<ul style="list-style-type: none"> - технический и санитарно-гигиенический надзор за состоянием спортивного зала, спортивного инвентаря; - медицинский работник должен своевременно информировать преподавателя физической культуры о состоянии здоровья учащихся и их медицинской группе для занятий физической культурой; - проведение вводного инструктажа, инструктажа на рабочем месте; - соблюдение требований к условиям проведения занятий и соревнований на воздухе; контроль организации учебно-тренировочных занятий - соблюдение правил техники безопасности на спортивных снарядах; - выполнение технически сложных упражнений только в присутствии учителя, тренера при наличии страховки; - обучение правилам приземления при выполнении прыжков; - обязательное выполнение разминки перед сдачей контрольных заданий и соревнованиями - обучение правилам переноски спортивного инвентаря; - обучение правилам безопасности катания на велосипеде, самокате, качелях, на лыжах и санках

Приложение 2

Протокол № 1
 Контроль территории общеобразовательной организации

№	Показатели	Соответствие/ несоответствие
1.	Ограждение территории устойчивое без дефектов Вход на территорию снабжен предохранительными механизмами для придерживания дверей Наличие отвода паводковых и ливневых вод	
2.	Пешеходные дорожки очищены не скользят; отсутствие дефектов покрытия; достаточная освещенность	
3.	Озеленение: - отсутствие деревьев представляющих угрозу жизни и здоровью; - отсутствие колючих деревьев и кустарников и ядовитых растений	
4.	Физкультурно-спортивная зона и зона отдыха: - покрытие с хорошим дренажем; не скользит; отсутствуют дефекты и посторонние предметы; - оборудование надежно закреплено; отсутствуют дефекты поверхностей; выступающие болты; - достаточный уровень освещенности	
<p style="text-align: center;"><i>Заключение. Рекомендации по устранению замечаний</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____</p>		
<p>Контроль за устранением замечаний</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____</p>		

Приложение 3

Протокол № 2
Контроль состояния здания и условий организации
образовательного процесса

№	Показатели	Соответствие/ несоответствие
1.	<p><i>Вход в здание:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ступеньки: очищены, не скользят; отсутствие дефектов покрытия; достаточная освещенность; - крыша и козырек очищены от снега и сосулек; - входные двери снабжены предохранительными механизмами для придерживания дверей; 	
2.	<p><i>Коридоры, рекреации, лестничные пролеты:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - покрытие: нескользкое, отсутствие дефектов; - отсутствие дефектов поверхностей на подоконниках, перилах; - потолки и стены без дефектов покрытия; - безопасность дверей (наличие ограждений на стеклах; предохранительные механизмы открытия и закрытия); - достаточная освещенность; 	
3.	<p><i>Учебные помещения и кабинеты:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - потолки и стены без дефектов покрытия; - безопасность дверей (наличие ограждений на стеклах; предохранительные механизмы открытия и закрытия); - отсутствие дефектов мебели (трещин, сколов на столах, стульях, партах, конторках); - шкафы вытяжной вентиляции в кабинете химии, лаборантской и мастерских для трудового обучения работают исправно; - в кабинете физики и химии демонстрационный стол расположен на подиуме; - в кабинете химии наличие специального покрытия учебных столов для защиты от агрессивных химических реактивов; - химические вещества в кабинете химии и лаборантской хранятся в соответствии с требованиями хранения; - электрооборудование в учебных кабинетах работает исправно (особое внимание обратить на кабинеты физики, домоводства и мастерские); - достаточная освещенность; (особое внимание обратить на кабинеты химии, физики, домоводства и мастерские); - температурный режим соблюдается (особое внимание обратить на кабинет домоводства и мастерские); - станки в мастерских для трудового обучения оснащены предохранительными сетками и стеклами; - отсутствие колючих и ядовитых растений; - кашпо с цветами находятся только на специальных подставках (отсутствие кашпо на полках и на шкафах)¹. 	

Приложение 3 (продолжение)

4.	Контроль условий организации учебного процесса и за нахождением детей внутри здания: - фактическая вместимость соответствует проектной; - не допускается ремонт оборудования здания в присутствии детей; - соблюдение требований к переноске и передвижению тяжестей обучающимися ('общественно-полезный труд' в спортивном зале и др.); - соблюдение требований к весу ранцев; - наличие защитных очков во время работы на станках в мастерских для трудового обучения; - наличие рациональной сменной обуви ('без высокого каблучка с закрытым носком' на нескользящей подошве); - наличие аптек первой медицинской помощи в спортивном зале, кабинетах химии и физики, кабинетах домоводства и мастерских.	
<p><i>Заключение. Рекомендации по устранению замечаний</i></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____</p>		
<p>Контроль за устранением замечаний</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____</p>		

Приложение № 4

Протокол № 3
Контроль организации уроков физической культурой
в спортивном зале

№	Показатели	Соответствие/ несоответствие
1.	<i>Наличие у преподавателя физической культуры журнала с данными:</i> <ul style="list-style-type: none"> - распределение детей на медицинские группы для занятий физической культурой; - индивидуальные рекомендации для детей с отклонениями в состоянии здоровья; - посещаемость уроков физической культуры; - справки об освобождении от уроков физической культуры после перенесенных заболеваний и травм; - журнал по технике безопасности. 	
2.	<i>Санитарное состояние спортивного зала:</i> <ul style="list-style-type: none"> - соблюдается режим проветривания; - ежедневно проводится уборка зала; - температура воздуха соответствует норме (¹⁷-²⁰°С); - достаточный уровень освещенности; - физкультурно-спортивное оборудование надежно закреплено; - наличие спортивных матов при гимнастическом оборудовании и в зонах для прыжков. 	
3.	<i>Контроль за внешним видом детей перед началом занятий:</i> <ul style="list-style-type: none"> - все дети занимаются в спортивной одежде и обуви; - отсутствие цепочек на шее, браслетов и др. 	
4.	Контроль за поведением детей во время урока.	
5.	Контроль за самочувствием детей перед началом занятий.	
6.	Реализация дифференцированного подхода к организации физического воспитания с учетом состояния здоровья и развития детей.	
7.	Оценка соответствия физических нагрузок возрастным-половым функциональным возможностям детского организма.	
8.	Наличие разминки перед тестированием физической подготовленности.	
9.	Физиологически правильное распределение физических нагрузок в течение урока (постепенность повышения нагрузок, наличие разминки, снижение нагрузок в заключительной части).	
10.	Наличие у детей в течение урока признаков утомления только незначительной степени.	
11.	Обеспечение страховки при выполнении технически сложных физических упражнений.	
12.	Контроль использования тренажеров в соответствии с функциональными возможностями детского организма.	
<i>Заключение. Рекомендации по устранению замечаний</i>		
Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____		
Контроль за устранением замечаний		
Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____		

Протокол № 4
Контроль организации физического воспитания
и двигательной активности обучающихся на территории
образовательной организации в спортивном зале

№	Показатели	Соответствие/ несоответствие
1.	Занятия физическими упражнениями и подвижные игры проводятся при благоприятных погодных условиях	
2.	Контроль за внешним видом детей перед началом занятий: · все дети занимаются в спортивной одежде и обуви; · отсутствие цепочек на шее браслетов и др.	
3.	Контроль за поведением детей во время урока	
4.	Контроль за самочувствием детей перед началом занятий	
5.	Реализация дифференцированного подхода к организации физического воспитания с учетом состояния здоровья и развития детей	
6.	Оценка соответствия физических нагрузок возрастным половым функциональным возможностям детского организма	
7.	Наличие разминки перед тестированием физической подготовленности	
8.	Физиологически правильное распределение физических нагрузок в течение урока (постепенность повышения нагрузок, наличие разминки, снижение нагрузок в заключительной части)	
9.	Наличие у детей в течение урока признаков утомления только незначительной степени	
10.	Обеспечение страховки при выполнении технически сложных физических упражнений	
11.	Контроль использования тренажеров в соответствии с функциональными возможностями детского организма	
12.	Наличие индивидуальных средств защиты при катании на роликах, роликовых досках и коньках	

Заключение. Рекомендации по устранению замечаний

Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____

Контроль за устранением замечаний

Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____

Приложение 6

Физические упражнения, выполнение которых оказывает потенциально-опасное воздействие на здоровье детей

Физические упражнения	Потенциально-опасное воздействие на организм ребенка
Кувырки через голову вперед и назад.	Избыточное давление на шейный отдел позвоночника: компрессия межпозвонковых дисков, нервов и сосудов шеи; повышение внутричерепного давления. Высокий риск травмы шейного отдела позвоночника.
Упражнение «мостик».	Переразгибание в шейном и поясничном отделе позвоночника с патологическим раздражением рецепторов; повышение внутричерепного давления. Высокий риск компрессии корешков спинномозговых нервов и сосудистых нарушений.
Стойка на голове, на руках. Упражнения «березка», «плуг» из и. п. лежа на спине поднимание выпрямленных ног и опускание их за голову).	Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника, повышение артериального и внутричерепного давления. Риск нарушения кровообращения, травмы шейного отдела позвоночника и возникновения грыжи.
Высокоамплитудные и (или) резкие движения головой: круговые движения, повороты в стороны, наклоны, особенно запрокидывание головы назад.	Переразгибание в шейном отделе позвоночника с патологическим раздражением рецепторов. Высокий риск компрессии корешков спинномозговых нервов и сосудов шеи с последующими неврологическими и сосудистыми нарушениями.
Высокоамплитудные и (или) резкие движения туловища (круговые, наклоны), особенно с отягощением (утяжеленный мяч, гантели).	Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника, повышение внутрибрюшного давления, особенно при резком глубоком наклоне вперед с выпрямленными ногами. Риск смещения межпозвонковых дисков и возникновения грыжи.
Глубокий прогиб туловища назад, в т. ч. из и. п. лежа на животе: упражнения «качалка», «лодочка», «лук».	Разгибательная перегрузка шейного и поясничного отдела позвоночника, компрессия корешков спинномозговых нервов. Риск травмы связочно-мышечного аппарата позвоночника, возникновения неврологических и сосудистых нарушений.
Висы без опоры, подтягивание на перекладине и др. спортивных снарядах. Лазание по канату.	Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника и верхних конечностей, повышение внутрибрюшного давления, большая нагрузка на сердечно-сосудистую систему. Риск травмы плеча, возникновения грыжи, опущения внутренних органов.
Высокоамплитудные и (или) резкие маховые движения ног, особенно махи назад с прогибом туловища из и. п. сидя с опорой на голени и кисти.	Избыточная нагрузка на поясничный отдел позвоночника: значительное растяжение связочно-мышечного аппарата позвоночника, сдавливание межпозвонковых дисков; повышение внутрибрюшного давления. Риск травмы связочно-мышечного аппарата позвоночника, возникновения грыжи.

Приложение 6 (продолжение)

Физические упражнения	Потенциально-опасное воздействие на организм ребенка
Множественно повторяющееся в быстром темпе одновременное поднятие выпрямленных ног из и. п. лежа на спине.	Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат нижней половины туловища и нижних конечностей, повышение внутрибрюшного давления. Риск возникновения грыжи и патологической подвижности почек.
Множественно повторяющийся в быстром темпе подъем туловища из положения лежа на спине в положение сидя, особенно при фиксации выпрямленных ног, и из и. п. сидя на скамейке опускание и поднятие туловища с глубоким прогибом назад.	Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат шейного и поясничного отдела позвоночника, повышение артериального и внутрибрюшного давления. Риск травмы связочно-мышечного аппарата позвоночника, возникновения грыжи и патологической подвижности почек.
Высокоамплитудные и (или) резкие повороты туловища (скручивающие) из разных и. п., в т. ч. из и. п. лежа на спине опускание согнутых ног вправо-влево до касания пола.	Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника, повышение внутрибрюшного давления. Риск травмы связочно-мышечного аппарата позвоночника, смещения межпозвонковых дисков, ущемления спинномозговых нервов, возникновения грыжи.
Глубокий выпад с сильным сгибанием в коленном суставе, сед в «полушагат».	Риск повреждения связок в паховой области. Риск повреждения связок коленного сустава, смещения надколенника.
Прыжки в быстром темпе продолжительное время (особенно асимметричные, с поворотами); спрыгивание на твердую поверхность.	Значительная нагрузка на опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистую систему, повышение внутричерепного давления. Риск травмы мышечно-связочного аппарата нижних конечностей, прогрессирования отклонений костно-мышечной системы, обострения хронических заболеваний.
Прыжки через спортивные снаряды (через коня, козла).	Избыточная нагрузка на мышечно-связочный аппарат позвоночника и конечностей, повышение внутрибрюшного давления. Риск травмы позвоночника (особенно копчика), повреждения связок в паховой области, возникновения грыжи.

Приложение 7**Журнал регистрации травм у обучающихся**

№ п/п	Фамилия, имя и дата рождения	Класс	Дата и время получения травмы	Место получения травмы	Обстоятельства и причины травмы	Медицинское заключение медработника школы

Диагноз по справке из медицинской организации	Освобождение от посещения образовательной организации с ___ по ___	Колво пропущенных дней	Исход травмы ('выздоровление', 'инвалидность')	Принятые меры по устранению причин травмы

Приложение № 8**Протокол № 6****Учет результатов работы по профилактике травматизма у обучающихся в 20___ – 20___ учебном году**

№ п/п	Объект контроля	Колво проверок	Колво замечаний	Колво нестандартных замечаний	Эффективность, %
1.	Территория общеобразовательной организации				
2.	Здание и условия организации образовательного процесса				
3.	Организация урока физической культурой в спортивном зале				
4.	Организация физического воспитания и двигательной активности на территории образовательной организации				

Заключение

Приложение № 9

Протокол № 7
Оценка эффективности профилактики травматизма у обучающихся
в образовательной организации в 20__ – 20__ учебном году

№ п/п	Объект контроля	Структура травм	Кол-во травм в предшествующем учебном году	Кол-во травм в истекшем учебном году	Динамика ('положит.'-отриц.'без изменен.')
1.	Территория общеобразовательной организации	<ul style="list-style-type: none">• поверхностные травмы и раны;• ЧМТ*;• переломы			
2.	Здание и условия организации образовательного процесса	<ul style="list-style-type: none">• поверхностные травмы и раны;• ЧМТ;• переломы			
3.	Организация урока физической культуры в спортивном зале	<ul style="list-style-type: none">• поверхностные травмы и раны;• ЧМТ;• переломы			
4.	Организация физического воспитания и двигательной активности на территории образовательной организации	<ul style="list-style-type: none">• поверхностные травмы и раны;• ЧМТ;• переломы			
Заключение					

* ЧМТ – черепно-мозговая травма

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
14 ФЕВРАЛЯ 2016 г.
Протокол № 3

УТВЕРЖДЕНЫ
на XIX Конгрессе
педиатров России
Москва,
14 февраля 2016 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ФР РОШУМЗ-25-2016

(версия 1.0)

РАЗРАБОТЧИКИ: *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Поленова М.А., Скоблина Н.А.,
Уварова Е.В., Тарусин Д.И., Яцык С.П., Соколова С.Б.,
Лапонова Е.Д., Муравьева В.Н., Зенин В.В., Гуменюк О.И.,
Черненко Ю.В.*

Федеральные рекомендации «Профилактика нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков» содержат алгоритм раннего выявления, своевременной диагностики и профилактики нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков.

Рекомендации «Профилактика нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков» предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям, а также руководителей, педагогов и психологов образовательных организаций, сотрудников органов управления здравоохранением и образованием.

Федеральные рекомендации «Профилактика нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 10 от 22.01.2016 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 23 от 22.01.2016 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Баранов А.А., Кучма В.Р. Сухарева Л.М.* Медико-социальные проблемы воспитания подростков. М.: Издательство «ПедиатрЪ»; 2014. 388 с.
- *Уварова Е.В.* Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006; 4: 10–15.
- *Уварова Е.В.* Контрацепция у активно стартовых сексуально активных девочек и молодых женщин (мнение эксперта). Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 3:
- *Тарусин Д.И., Румянцев А.Г., Омаров М.Г. и др.* Предикторы репродуктивных расстройств в современной популяции мальчиков. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 2: 10–39.

Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Проведение мероприятий по профилактике нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков в образовательных организациях снижает трудовые и материальные затраты, связанные с лечением и охраной репродуктивного здоровья.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена, участковых педиатров и врачей по гигиене детей и подростков в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

Патология органов репродуктивной системы подростков и молодежи в последние годы становится популяционно значимым явлением, определяя важность системы мер профилактической направленности, включая санитарно-гигиеническое просвещение школьников по вопросам профилактики нарушений репродуктивного здоровья на этапе его формирования.

Для объективной характеристики репродуктивного здоровья подростков принято оценивать распространенность у них общесоматических заболеваний и нарушений репродуктивной системы, состояние физического и полового развития, выявлять по данным опроса репродуктивные установки и наличие медико-социальных факторов риска формированию патологии репродуктивной системы [1, 2].

В целом основными показателями репродуктивного здоровья подростков и молодежи являются: частота инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем (ИППП), доля родов и аборт у девочек-подростков и молодых женщин, распространенность использования контрацептивов (в первую очередь презервативов), качество услуг репродуктивного здравоохранения (то есть консультация, диагностика и лечение, выполненные согласно принятым протоколам-стандартам) [2].

По данным профилактических осмотров в последние годы отмечается неуклонный рост гинекологической патологии у девочек-подростков: если у 15-летних девочек частота гинекологических заболеваний составляет 77,6%, то у 17-летних – уже достигает 92,5% [3]. Основной причиной этого является отрицательное воздействие внешних факторов и сопутствующей хронической соматической патологии. У девочек с заболеваниями репродуктивной системы в 75% случаев имеются 2-3 хронических экстрагенитальных заболевания [4, 5]. Снижают качество репродуктивного здоровья девушек неблагоприятные сдвиги в физическом развитии. Отставание физического развития отмечается более чем у 20% обследованных несовершеннолетних [6].

Несмотря на высокую распространенность гинекологической патологии девочки-подростки редко обращаются к врачу. Несвоевременность выявления патологии на ранней стадии и отсутствие лечения увеличивают риск развития заболеваний репродуктивной сферы, осложнений в течении беременности и родов, во многом определяя существенные потери репродуктивного потенциала будущих матерей. Так, у 30% женщин, страдающих бесплодием, и у 40% – с невынашиванием и патологией беременности – отмечалась гинекологическая патология в подростковом возрасте.

За последние 20 лет отмечается рост патологии органов репродуктивной системы мальчиков, юношей и мужчин. По итогам массовых осмотров андрологические состояния и заболевания, определяющие их репродуктивное здоровье, выявлены у 46,9% детей и подростков [7]. Раннее выявление нарушений репродуктивного аппарата значительно затрудняет отсутствие жалоб у большинства мальчиков или неумение их корректно сформулировать при более поздних сроках клинических проявлений патологии. Примерно 60% патологических состояний, приводящих к репродуктивной несостоятельности лиц мужского пола, имеют «точку отсчета» в детском и подростковом возрасте и формируются из-за несвоевременной диагностики или неадекватных лечебных мероприятий [8].

Чтобы не пропустить формирующуюся патологию, специалисты указывают на необходимость «репродуктивной настороженности» врачей (педиатров, детских хирургов, эндокринологов, гинекологов и урологов-андрологов) при первичном осмотре и оценке фонового состояния репродуктивного состояния детей и подростков в ходе профилактических осмотров [9, 10].

Особую тревогу и озабоченность вызывает высокая распространенность поведенческих рисков в подростковой среде. Раннее начало половых отношений, частая смена партнеров, низкая сформированность контрацептивных установок, употребление алкоголя и психоактивных веществ непосредственно перед половым контактом – характерные черты современных подростков. Особенности сексуального поведения подростков определяют рост числа инфекций, передаваемых половым путем, а также аборт и родов у юных матерей, что снижает их репродуктивный потенциал и качество жизни в последующие годы. Первая беременность заканчивается аборт у 94% подростков моложе 14 лет и у половины подростков 15–19 лет, при этом более чем 50% аборт влекут за собой ранние или поздние осложнения [4, 11, 12]. Особую значимость также приобретает проблема юного материнства: ежегодно около 1,5 тыс. детей рождаются у 15-летних матерей, 9 тыс. – у 16-летних, 30 тыс. – у 17-летних [11, 12].

В подростковой среде отмечается высокая распространенность ИППП, при этом уровень заболеваемости гонореей, сифилисом практически не отлича-

ется от такового у взрослого населения, а в некоторых субъектах Российской Федерации – его превосходит. Это свидетельствует о недостаточной информированности большинства подростков о заболеваниях, передающихся половым путем, их профилактике и последствиях для репродуктивного здоровья.

Современных подростков характеризуют низкие репродуктивные установки (допустимость добрачных связей, положительное отношение к незарегистрированным бракам, желание иметь в будущем не более одного или двоих детей) [13], что во многом определяет неблагоприятный прогноз в отношении рождаемости в ближайшие годы.

На этапе общего образования элементы профилактического образования, в том числе по вопросам профилактики СПИДА/ВИЧ и сексуального и репродуктивного здоровья, интегрированы в обязательные предметы и содержание факультативных курсов, направленных на пропаганду здорового образа жизни и профилактику вредных привычек среди детей и подростков. Вместе с тем, согласно отчетным данным по организации профилактического образования в Восточной Европе и Центральной Азии в 2007 г. и 2009–2011 гг. в РФ отмечается несоответствие между достаточно высокой степенью охвата школ программами просвещения по вопросам ВИЧ и уровня знаний молодежи о путях передачи ВИЧ и его профилактики (92,4%) и результатами этой работы. Не более 37% лиц в возрасте 15–24 лет правильно указывают способы передачи и меры профилактики ВИЧ. Эти данные свидетельствуют о необходимости усиления просветительской деятельности среди детей и подростков в образовательных организациях.

3. Алгоритм работы по профилактике нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков

Профилактика нарушений репродуктивного здоровья обучающихся в образовательных организациях складывается из:

- ранней диагностики нарушений развития и функционирования репродуктивной системы, а также воспалительных заболеваний половой сферы мальчиков и девочек;

- гигиенического воспитания и обучения детей и подростков, привития навыков в сфере формирования репродуктивного здоровья;

- санитарно-просветительной работы с родителями обучающихся образовательных организаций по вопросам охраны репродуктивного здоровья.

3.1. Ранняя диагностика нарушений развития и функционирования репродуктивной системы, а также воспалительных заболеваний половой сферы мальчиков и девочек.

Для раннего выявления и своевременной диагностики нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков школьным врачам при проведении медицинских осмотров и при самообращении ребенка необходимо уточнять у него наличие жалоб гинекологического и уроandroлогического характера.

У девочек должны настораживать:

- боли внизу живота и области влагалища, жжение и зуд, усиливающиеся при мочеиспускании, выделения из половых путей;

- нарушения менструального цикла (отсутствие регулярного менструального цикла в течение 1,5–2 лет после менархе, болезненные, продолжительные (более 10 дней), обильные менструации (крупные сгустки крови или кровь выделяется струей), редкие, а также короткие (1–2 дня) и скудные менструации);

- выраженные проявления предменструального синдрома;
- проявления гиперандрогении (гирсутизм, акне, андрогенная алопеция);
- отсутствие или недоразвитие вторичных половых признаков, а также отсутствие или редкие нерегулярные менструации у девочек в возрасте 15 лет и старше;
- увеличение молочных желез (или появление лобкового оволосения) до 8 лет или менархе до 9–10 лет;
- нарушение процессов роста и развития.

У мальчиков должны настораживать:

- болезненность в области мошонки;
- болезненность, жжение и зуд при мочеиспускании;
- выделения из половых путей;
- гинекомастия;
- ожирение;
- появление признаков полового созревания до 10 лет и их отсутствие в возрасте 13,5 лет и старше;
- нарушение процессов роста и развития.

При наличии указанных жалоб и признаков ребенок должен быть направлен на консультацию к детскому или подростковому гинекологу или к детскому или подростковому урологу-андрологу, а при необходимости – к эндокринологу.

Следует информировать подростков, что при необходимости они могут получить консультационную медико-психолого-педагогическую помощь по вопросам репродуктивного здоровья в клиниках, дружественных к молодежи.

3.2. Гигиеническое воспитание и обучение детей и подростков, привитие навыков в сфере формирования репродуктивного здоровья

Информирование и обучение детей и подростков позволяет сформировать:

1. Правильные навыки личной гигиены в сфере репродуктивного здоровья.

2. Правильные представления:

- об особенностях процесса полового созревания;
- о наиболее распространенных нарушениях репродуктивного здоровья в детском и подростковом возрасте;
- о последствиях раннего начала половой жизни, инфекциях, передаваемых половым путем, использовании средств контрацепции.

Незнание основ интимной гигиены наносит большой вред репродуктивному здоровью детей и подростков, поэтому привитие гигиенических навыков должно осуществляться начиная с детского возраста. Изучение информированности молодых людей по вопросам личной гигиены свидетельствует, что четверть девушек в возрасте 14–24 лет принимают душ раз в несколько дней; от 30% до 50% – проводят туалет наружных половых органов менее, чем два раза в день, а 10% – реже, чем раз в сутки, и меняют нижнее белье через день. На этом фоне отмечается высокая частота использования ежедневных прокладок и нефизиологичного белья, создающего барьерный эффект, что препятствует потоотделению, способствует повышению температуры и стимулирует рост микроорганизмов.

Работа по гигиеническому воспитанию и обучению детей и подростков с целью своевременного формирования необходимых навыков личной гигиены должна проводиться с учетом их возрастнo-половых особенностей, а также в соответствии с рекомендациями специалистов (гинекологов, урологов, гигие-

нистов детства). Основные правила интимной гигиены мальчиков и девочек представлены в Приложении 1.

В период формирования и становления репродуктивной функции для подростков особую актуальность приобретает информация об особенностях роста, физического и полового развития, а также факторах, определяющих состояние репродуктивного здоровья (Приложение 2). Более раннее начало полового созревания современных подростков определяют более ранние сроки их гигиенического воспитания и обучения.

Высокая распространенность гинекологических и уроandroлогических заболеваний в детско-подростковой популяции повышает значимость сведений о наиболее распространенных нарушениях репродуктивного здоровья на этапе его формирования и способах их профилактики (Приложение 3).

Рост поведенческих рисков в подростковой среде определяет необходимость регулярного просвещения обучающихся о возможных последствиях раннего начала половой жизни, об инфекциях, передаваемых половым путем, а также о методах и средствах контрацепции, правилах их выбора и использования (Приложение 4).

Работа по гигиеническому обучению и воспитанию в сфере репродуктивного здоровья должна проводиться систематически, последовательно с использованием достоверной и своевременной информации с учетом пола и возраста детей (соответственно для учащихся 1–4-х классов, 5–9-х и 10–11-х классов).

3.3. Санитарно-просветительная работа с родителями обучающихся образовательных организаций по вопросам охраны репродуктивного здоровья.

При проведении этой работы особое внимание родителей следует обратить на гинекологические и уроandroлогические проблемы детского и подросткового возраста, требующие определенной настороженности и своевременного обращения к специалистам для раннего выявления заболеваний репродуктивной системы на этапе ее формирования.

Гинекологические проблемы:

- позднее начало менструации или отсутствие менструации в 15–16 лет;
- отсутствие устойчивого регулярного менструального цикла в течение 1,5–2 лет после менархе;
- болезненные менструации, в том числе с нарушением общего самочувствия;
- продолжительные (более десяти дней) и очень обильные менструации (выделения в виде крупных сгустков крови или кровь выделяется струей), при этом может отмечаться бледность склер, голубоватый оттенок ногтей, слабость, головокружение;
- выраженные проявления предменструального синдрома;
- жалобы на жжение, зуд или необычные выделения из половых органов;
- жалобы на дискомфорт и боли при мочеиспускании;
- боли внизу живота и в области влагалища, с иррадиацией в крестцово-поясничную область;
- проявления гиперандрогении (гирсутизм, акне и андрогенная алопеция);
- перенесенные инфекционные заболевания (эпидемический паротит, краснуха, частые ангины и др.);
- травмы в области половых органов и промежности;

Уроandroлогические проблемы:

- травмы в области половых органов и промежности;
- жалобы на периодические боли в яичке, усиливающиеся при ходьбе;

- покраснение участка мошонки с появлением температуры и болей в яичке;
- невозможность ввести головку полового члена обратно в узкую крайнюю плоть после ее ущемления в момент эрекции;
- перенесенный инфекционный паротит.

Одним из элементов работы с детьми и подростками по гигиеническому воспитанию, обучению и формированию навыков в сфере репродуктивного здоровья, а также санитарно-просветительной работы с их родителями, является активное использование дополнительных информационных материалов (брошюр, памяток, листовок и др), содержащих различные практические советы, рекомендации и необходимые справочные материалы.

4. Показания и противопоказания профилактики нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков

Алгоритм работы по профилактике нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков показан к использованию у всех обучающихся образовательных организаций с учетом онтогенетических периодов формирования репродуктивной системы, а также с учетом более ранних сроков начала полового созревания и высокой распространенности нарушений репродуктивного здоровья у современных детей и подростков.

Противопоказаний не имеет.

5. Материально-техническое обеспечение профилактики нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков.

Для реализации алгоритма профилактики нарушений репродуктивного здоровья обучающихся образовательных организаций не требуется специальное оснащение, не предусмотренное нормативно-правовыми актами Минздрава России.

6. Форма учета результатов профилактики нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков.

Для учета результатов работы по профилактике нарушений репродуктивного здоровья обучающихся образовательных организаций рекомендуется регистрировать количество:

- обучающихся, получивших индивидуальную консультацию при самообращении и при медицинских осмотрах;
- обучающихся, направленных на консультацию к врачам специалистам (гинекологу, урологу-андрологу, эндокринологу).
- обучающихся, прошедших консультирование и получивших заключение врачей специалистов (гинеколога, уролога-андролога, эндокринолога);

Кроме этого, рекомендуется вести учет количества занятий с обучающимися по гигиеническому воспитанию и обучению в сфере репродуктивного здоровья и количества слушателей, а также количества бесед с родителями и количества слушателей-родителей.

7. Список нормативно-методических документов

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.
2. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «Об образовании в Российской Федерации».

3. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ, с изменениями.

4. Федеральный закон от 30.03.1995 №38-ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 28 декабря 2010 г. № 2106 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников».

6. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18.01.2006 № 28 «Об организации деятельности врача-педиатра участкового».

7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.10.2012 № 516н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология».

8. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»[#].

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

10. СанПиН 2.4.2.2821-10 Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях.

8. Список литературы

1. Буралкина Н.Е., Уварова Е.В. Современные представления о репродуктивном здоровье девочек (обзор литературы). Репродуктивное здоровье. 2010; 2: 12–21.

2. Леценко О.Я. Репродуктивный потенциал современного человека (аналитический обзор). Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 5: 11–22.

3. Радзинский В.Е. Контрацепция у подростков. Гинекология. 2002; 6: 255–61.

4. Уварова Е.В., Веселова Н.М. Маточные кровотечения пубертатного периода. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 3: 30–38.

5. Намазова Л.С., Савельева Л.Г., Симонова Н.С. Репродуктивное и соматическое здоровье девочек-старшеклассниц (данные профосмотра Юго-Западного административного округа г. Москвы). Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 3: 59–61.

6. Сухарева Л.М., Куинджи Н.Н., Ямпольская Ю.А. Гигиенические аспекты физического развития и формирования репродуктивного здоровья девочек школьного возраста. Вестник Российской академии медицинских наук. 2009; 5: 11–14.

7. Тарусин Д.И., Румянцев А.Г., Омаров М.Г. и др. Предикторы репродуктивных расстройств в современной популяции мальчиков. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 2: 10–39.

8. Загарских Е.Ю., Колесникова Л.И., Курашова Н.А., Долгих М.И. Определение риска развития репродуктивных нарушений у мальчиков подросткового возраста. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 6: 10–16.

9. Долженко И.С., Богданова Е.А., Уварова Е.В. К вопросу об оценке репродуктивного здоровья девочек по данным профилактических осмотров. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006; 3: 6–8.

10. Тарусин Д.И., Казанская И.В., Окулов А.Б., Румянцев А.Г., Курило Л.Ф., Ахмина Н.И. Развитие андрологической помощи детям в Российской Федерации. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 1: 16–21.

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

11. Радзинский В.Е. Репродуктивный потенциал России – грани проблемы, перспективы коррекции. В кн.: Материалы Всероссийского Конгресса «Амбулаторно-поликлиническая практика – новые горизонты». М., 2010: 280–82.
12. Уварова Е.В. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья современных девочек России. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2006; 4: 10–15.
13. Лещенко О.Я., Сатурина Л.В., Колесникова Л.И. Формирование семейно-ориентированных установок и профилактика репродуктивных нарушений у девочек подростков. Новосибирск: Наука, 2009. 109 с.
14. Абрамова С.В., Самошкина Е.С. Роль средств интимной гигиены в профилактике воспалительных заболеваний у девочек. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2014; 4: 71–80.
15. Кондратеева Т.В. Консультирование по интимной гигиене и опыт ведения юных пациенток с жалобами на выделения из половых путей. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015; 1: 67–71.
16. Кучма В.Р., Милушкина О.Ю., Скоблина Н.А. Современные тенденции физического развития детей и подростков. Здоровье населения и среда обитания. 2013; 8 (245): 9–12.
17. Ящук Л.Г., Даутова Л.А., Иванова К.Н. Формирование репродуктивной системы девочек-подростков в современных условиях. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2012; 6: 30–42.
18. Miranda A.E., Gadelha A.M., Swarcwald C.L. Behavior pattern related to sexual practices and drug use among female adolescents in Virginia, Espirito Santo, Brazil, 2002. CadSaudePublica. 2005; 21(1): 207–16.
19. Баранов А.А., Щеплягина Л.А., ред. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). М.: НЦЗД РАМН, 2000. 584 с.
20. Korkmaz Z., Baser M., Mucuk S. Dysmenorrhea is decreasing school performance. Europ. J. Contraception & Reproductive Health Care. 2008; 13 (2): 67.
21. Gavin L., MacKay A.P., Brown K. et al. Sexual and reproductive health of persons aged 10–24 years, United States, 2002–2007. MMWR SurveillSumm. 2009; 6 (58): 1–58.
22. Palmer R.H., Young S.E., Hopfer C.J. et al. Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood: Evidence of generalized risk. Drug Alcohol Depend. 2009; 102 (1–3): 78–87.
23. Vissers D., Devoogdt N., Gebruers N. Overweight adolescents: differences per type of education. Does one size fit all? J. Nutr. Education. 2010; 40 (2): 65–71.
24. Шаранова О.В., ред. Здоровье подростков: руководство для врачей. СПб; 2011. 436 с.
25. Falk G., Brynhildsen J., Ivarsson A. Teenagers, unplanned pregnancies and contraceptive use. Ibid. 2008; 3 (2): 61.
26. Линде В.А., Татарова Н.А. Предменструальный синдром. СПб.: Гиппократ, 2005. 216 с.
27. Кузнецова И.В. Предменструальный синдром подростков и молодых женщин. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 4: 125–36.
28. Адамян Л.В., Макиян З.Н., Глыбина Т.М., Сибирская Е.В., Плошкина А.А. Особенности диагностики и лечения синдрома поликистозных яичников у девочек-подростков (аналитический обзор). Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2014; 3: 16–22.
29. Уварова Е.В., Хашченко Е.П. Синдром поликистозных яичников с позиций современных данных патогенеза. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 5: 54–60.
30. Уварова Е.В. Патогенетические аспекты и современные возможности коррекции гиперандрогенных проявлений у девочек-подростков. Лечащий врач. 2008; 3: 75–89.
31. Коколина В.Ф. Гинекология детского возраста. М.: Медпрактика, 2006. 368 с.

32. Уварова Е.В., Веселова Н.М. Маточные кровотечения пубертатного периода. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 3: 30–38.
33. Адамян Л.В., Богданова Е.А., Сибирская Е.В. Этиология, патогенез, клиника маточных кровотечений пубертатного периода. Проблемы репродукции. 2011; 5: 33–37.
34. Исмаилов А.Ш., Захарова С.Ю. Итоги углубленной диспансеризации мальчиков-подростков 14 лет. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015; 3: 6–25.
35. Тарусин Д.И., Садчиков С.С., Румянцев А.Г. Заболевания и патологические состояния крайней плоти у детей. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 1: 58–66.
36. Муравьева В.Н., Зенин В.В., Амлаев К.Р., Букша Е.П. Консультирование мальчиков-подростков по вопросам репродуктивного здоровья: методические рекомендации для школьных врачей, педагогов, педагогов-психологов города Ставрополя и Ставропольского края. Ставрополь: СтГМУ, 2014. 22 с.
37. Муравьева В.Н., Зенин В.В., Панченко И.А., Тимофеева Л.В. Профилактика репродуктивной патологии у детей: методические рекомендации для участковых педиатров, врачей общей практики и школьных врачей города Ставрополя и Ставропольского края. Ставрополь: СтГМУ, 2014. 32с.
38. Лопаткин Н.А, ред. Урология: Учебник. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2002. 520 с.
39. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. Особенности репродуктивного поведения молодежи. Акушерство и гинекология. 2013; 12: 96–101.
40. Белова О.Г. Социологические характеристики репродуктивного поведения молодежи. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 2: 59–66.
41. Шашкова А.А. Рахматулина М.Р. Поведенческие и социальные факторы риска у подростков Астраханской области и меры профилактики распространения передаваемых половым путем инфекций. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015; 4: 84–92.
42. Рахматулина М.Р., Шашкова А.А. Сравнительный анализ структуры и динамики заболеваемости подростками инфекциями, передаваемыми половым путем в Астраханской области, Южном Федеральном округе и Российской Федерации за период 2006–2011 гг. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 2: 12–20.
43. Васильева М.Ю., Рахматулина М.Р. Динамика заболеваемости детей в возрасте 15–17 лет гонококковой и сифилитическими инфекциями в субъектах Российской Федерации в период с 1999 по 2009 гг. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2011; 3: 9–21.
44. Немченко О.И., Уварова Е.В. Урогенитальный хламидиоз у девочек. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 3: 12–28.
45. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. М.: Издательство ПедиатрЪ, 2014. 388 с.
46. Уварова Е.В., Савельева И.С. Благоприятные свойства комбинированных оральных контрацептивов как основа современной стратегии охраны репродуктивного здоровья сексуально активных подростков и молодежи. Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2005; 1: 66–73
47. Уварова Е.В. Контрацепция у активно стартующих сексуально активных девочек и молодых женщин (мнение эксперта). Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2013; 3: 95–96.

9. Приложения

Приложение 1

Основы интимной гигиены подростков

В отношении личной гигиены мальчиков школьного возраста оптимальной рекомендацией является использование мягкого моющего средства с нейтральным рН в течение недели с обязательным водным туалетом головки полового члена и крайней плоти – в ежедневном режиме.

Для девочек основными правилами являются следующие:

1. Кожа промежности и наружные половые органы всегда должны быть чистыми.
2. Принимать душ следует не реже 2 раз в сутки, подмываться нужно теплой водой чистыми руками, сверху вниз, используя аптечные средства (жидкое мыло) для интимной гигиены.
3. Влагу после мытья следует промокать, а не вытирать, чтобы не повредить слизистую оболочку половых органов.
4. Полотенце должно быть чистым, мягким и строго индивидуальным.

Особую роль играют знания девочек о средствах гигиены в период менструации. Первым средством менструальной гигиены, которым девочки обычно начинают пользоваться с момента менархе, являются гигиенические прокладки, однако вскоре большинство из них пробуют применять тампоны. При отсутствии навыков использования тампона поначалу следует выбирать тампоны с аппликатором, облегчающим его введение. Важно, чтобы девочки помнили о необходимости смены тампонов через 4–8 часов, выбирали тампоны с минимальной впитывающей способностью, соответствующей интенсивности менструальных выделений, применяли их только в период менструации, соблюдали гигиену рук при пользовании средствами интимной гигиены.

В условиях изобилия и доступности средств интимной гигиены не менее важен вопрос их правильного выбора подростками [14, 15]. Как показали данные опроса, для ежедневной интимной гигиены подавляющее большинство девушек (64,5%) применяют твердое мыло или гель для душа, 17,3% – не используют никаких средств, просто подмываются водой, а специальные средства из аптеки применяют 8,2% девушек. Согласно рекомендациям специалистов наиболее пригодны для пубертатного периода именно аптечные средства интимной гигиены, обеспечивающие максимальный защитный эффект. Лучшими являются гигиенические продукты, содержащие эфирные масла растений. Совершенно недопустимо использование у детей и подростков спиртосодержащих косметических салфеток, косметического и детского мыла для подмывания, так как эти средства нарушают уровень влажностного рН, приводя к росту патогенной и условно-патогенной флоры и развитию воспаления. Использование влажных салфеток возможно только в экстренных случаях при отсутствии проточной воды.

Приложение 2

Половое созревание

Наступление полового созревания совпадает с подростковым возрастом. Процесс становления репродуктивной системы у юношей и девушек находится под прямым контролем нейроэндокринных механизмов. Параметры полового созревания являются достаточно объективными критериями изменения гормонального гомеостаза и формирования репродуктивной функции. У современных московских школьников установлены более ранние сроки начала полового созревания и завершение процесса полового созревания к 17 годам, что свидетельствует о необходимости более раннего начала гигиенического обучения и воспитания подрастающего поколения в плане сохранения репродуктивного потенциала страны [16].

Характеристика полового развития девочек.

Процесс полового созревания женского организма, исходя из анатомо-функциональных особенностей репродуктивной системы, целесообразно разделять на 3 временных периода: препубертатный (от 7 лет до года появления менархе), пубертатный (от менархе до 16 лет), подростковый (от 16 до 18 лет) [17].

В препубертатный период усиление активности надпочечников происходит раньше, чем гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, что проявляется в виде адренархе (усиленная секреция андрогенов). Происходят ациклические выбросы гонадотропинов, отмечается скачок роста и физиологические изменения: увеличение и перераспределение жировой ткани, начинается формирование женского таза [18].

Пубертатный период физиологически характеризуется появлением телархе (рост молочных желез), пубархе (лобковое и подмышечное оволосение) и менархе (первая менструация, как правило, через 2 года после телархе). Возраст наступления менархе колеблется от 12 до 14 лет и в среднем составляет – 12 лет 7 месяцев у школьниц г. Москвы [16]. В течение первого года после менархе у большинства девочек формируются правильные овуляторные циклы [19, 20]. Кроме этого, в период пубертата замедляется и прекращается рост тела в длину, в целом заканчивается формирование телосложения и роста костей таза, закрываются зоны роста трубчатых костей скелета. Наряду с физическим развитием происходит перестройка психического статуса, уровня сознания.

В силу того, что механизм регуляции репродуктивной системы в этот период не окончательно сформирован, система характеризуется повышенной чувствительностью к действию неблагоприятных факторов внешней среды [12]. В пубертатном периоде можно выделить два критических периода: первый – возраст 12–13 лет, когда появляется менархе, и второй – процесс становления овуляторных циклов, происходящий через 1,5–2 года после менархе.

Подростковый возраст – период окончательного формирования «зрелого» типа функционирования репродуктивной системы. Происходит остановка роста, окончательное формирование женского таза. Устанавливаются прочные корреляционные связи между различными структурами головного мозга и отдельными звеньями репродуктивной системы. Завершается физическое и половое развитие.

Возрастная последовательность пубертатных изменений у девочек:

9–10 лет – гиперемия и гиперпигментация ареолы, рост костей таза;

- 10–11 лет – нагрубание молочных желез, начальное оволосение лобка;
- 11–12 лет – рост внутренних и наружных гениталий, рост молочных желез, появление подмышечного оволосения;
- 12–13 лет – пигментация сосков, менархе;
- 13–14 лет – овуляция;
- 14–15 лет – возможно появление акне, снижение тембра голоса;
- 15–16 лет – прекращение роста скелета.

Особую роль в правильном становлении репродуктивной системы девочек-подростков играют:

- правильное соотношение жирового слоя и массы тела [21–23]. Так, менархе возникает при наличии массы тела 45,5–46,5 кг и достижении подкожно-жировой клетчатки 22% от общей массы. При дефиците массы тела менархе запаздывают почти на год, а период становления регулярных менструальных циклов значительно удлиняется. Кроме того, снижение жирового слоя до 10–15% способствует прекращению менструальной функции. Такие особенности связывают с внегормональной продукцией эстрогенов в подкожно-жировом слое, а также с общим нарушением энергетического баланса. В противовес этому у девочек с ожирением наблюдается ускорение полового развития, а менархе наступает на 1–1,5 года раньше, чем в популяции;

- низкокалорийное, обедненное белком питание, дефицит витаминов и минеральных веществ, оказывающие отрицательное влияние на становление и функцию репродуктивной системы. Недостаточность витаминов А, С, В приводит к нарушению процессов инактивации эстрогенов в печени, а дефицит витамина увеличивает проницаемость стенки сосудов, нарушает регуляцию функции гипоталамо-гипофизарной области. Дефицит фолиевой кислоты нарушает обмен стероидных гормонов. Уменьшение количества микроэлементов оказывает неблагоприятное влияние на метаболизм эстрогенов, процессы овуляции и функцию желтого тела [24];

- тип конституции. Раннее наступление менархе отмечается у девочек гиперстенического типа телосложения, а у девочек с астеноидными конституциональными особенностями отмечается тенденция к более позднему началу менархе [25];

- характер физических и умственных нагрузок. Значительные спортивные тренировки, умственное переутомление оказывают тормозящее влияние на процесс полового созревания.

Таким образом, созревание репродуктивной системы – сложный, длительный и постепенный процесс. Именно в период полового созревания, который по времени занимает около 10 лет, заканчивается физическое и половое развитие женского организма, происходит перестройка психического статуса.

Характеристика менструального цикла.

Менструальный цикл – ритмически повторяющиеся физиологические изменения в организме женщины, регулируемые 5-звеневой системой (кора головного мозга – гипоталамус – гипофиз – яичники – матка), заканчивающиеся приходом менструации.

Продолжительность менструального цикла определяют от первого дня последней менструации до первого дня последующей менструации, то есть дни менструации учитывают при определении продолжительности менструального цикла. Первая менструация (menarche) может появиться в 10–14 и даже в 16 лет. Широкие колебания указанного срока в известной степени связаны с генетиче-

скими и социальными факторами, но когда бы ни появилось менархе, должно пройти от 6 мес. до 1 года, прежде чем установятся регулярные овуляторные менструальные циклы. Обычно продолжительность менструального цикла составляет 21–35 (в среднем 28) дней. Нормальная продолжительность менструации составляет 3–7 (в среднем 3–5) дней, кровопотеря – 50–150 мл. Для регистрации регулярности и других критериев менструального цикла девочкам следует регулярно вести календарь менструации.

К нарушениям менструального цикла относятся:

1. Аменорея – отсутствие менструации в течение 3 месяцев и более.
2. Циклические нарушения менструации:
 - гиперменорея – увеличение количества крови во время наступившей в срок менструации при ее нормальной продолжительности;
 - меноррагия – значительное увеличение количества крови во время менструации продолжительностью до 12 дней. Если при менструации за 1 час полностью промокает одна прокладка или тампон, то это меноррагия (менструация, перешедшая в кровотечение);
 - гипоменорея – скудная менструация, наступающая в срок;
 - полименорея – менструация длительностью более 7 дней с умеренным количеством крови;
 - олигоменорея – короткая (1–2 дня), регулярно возникающая менструация с умеренным количеством крови;
 - опсоменорея – редкая менструация с промежутками от 36 дней до 3 месяцев продолжительностью 3–5 дней с умеренным количеством крови;
 - пройоменорея – укорочение длительности менструального цикла (менее 21 дня).
3. Маточные кровотечения (метроррагии).
4. Дисменорея.

Профилактика нарушения процессов роста и развития молочных желез у девочки-подростка.

1. Соблюдать правила подбора бюстгалтера.

Начало роста молочных желез (телархе) приходится на 10–13 лет. С медицинской точки зрения уже в этом возрасте для профилактики нарушения процессов роста и развития молочных желез девочки-подростки должны ориентироваться в основных правилах подбора правильного бюстгалтера:

- первый бюстгалтер необходимо носить при появлении у девочки дискомфорта (ощущении «подпрыгивания») в молочных железах при ходьбе, выполнении физических упражнений;
- при подборе размер бюстгалтера должен совпадать с объемом молочных желез и объемом (обхватом) грудной клетки (1-й размер – обхват под грудью измеряется на вдохе без подъема рук и 2-й размер – обхват измеряется на выдохе без подъема рук);
- при отсутствии бюстгалтера нулевого размера рекомендуется носить топы, маечки или бюсты с мягкой чашкой («бюстье»);
- ношение бюстгалтера с медицинской точки добровольное – при наличии первого или второго размера груди. По медицинским показаниям необходимо носить бюстгалтер начиная с третьего размера (для профилактики «отвисания»);
- не рекомендуется носить: арматурные, каркасные (с «косточками») модели бюстгалтера с близко расположенными чашечками, с наполнителями (предназначенные для визуального увеличения груди «пуш-ап») и без бретелек, постоянное ношение которых приводит к микротравмам молочных желез;

– рекомендуются модели из натуральных тканей (например, хлопка) или с натуральным внутренним слоем (прилегающим к коже) и с гладкими чашечками (бесшовные);

– для спорта и активных занятий обязательно ношение специального белья;

– время ношения бюстгалтера в течение дня – не более 8 часов (для всех возрастов), обязательное отсутствие бюстгалтера во время сна (ночного и дневного).

2. Рекомендуется приобрести бюстгалтер даже в случае отсутствия анатомической необходимости (очень маленький размер молочных желез) для формирования положительных эмоций.

3. Рекомендуется соблюдать комплекс упражнений для здоровья и красоты молочных желез.

Характеристика полового развития мальчиков.

Все соматические изменения, происходящие у организме мальчиков и обозначаемые как период полового созревания, начинаются в 10 и заканчиваются в 18 лет, однако у большинства подростков этот процесс занимает 3–4 года. В пубертатном периоде у мальчиков принято выделять три этапа: препубертатный, пубертатный и постпубертатный [19].

В препубертатной фазе (8–9 лет) у мальчиков отмечается детский тип телосложения, отсутствуют пигментированные остистые волоски на лобке и в подмышечных областях. Диаметр яичек не превышает 2,5 см.

Пубертатный период. Наиболее ранним признаком этого этапа является увеличение диаметра яичек, обычно в возрасте 10–12 лет. В этот период в яичках начинается усиленное размножение сперматогоний. Через год от начала роста яичек появляются вторичные половые признаки: увеличиваются длина и диаметр полового члена, отмечается оволосение на лобке (пигментированные остистые волосы), происходит изменение тембра голоса. В последующем продолжают увеличиваться размеры яичек, оволосение на лобке становится более обильным, распространяется вверх по средней линии живота, появляются признаки оволосения над верхней губой, угревая сыпь на лице. Возможна физиологическая гинекомастия. Темпы роста тела в длину достигают своего максимума, нарастает мышечная масса.

О завершении полового созревания у юношей свидетельствует появление поллюций. К 14–15 годам они имеются у половины подростков, к 16 годам – у большинства. Половая зрелость у лиц мужского пола наступает в 18–20 лет. К этому времени диаметр яичек – более 4,5 см, оволосение на лобке, животе и туловище приближается к своему максимуму, наблюдается рост волос на подбородке и нижней части лица. Рост волос на лице начинается обычно через 3 года после появления оволосения на лобке. Рост волос на груди и туловище, увеличение окружности грудной клетки, мышечной массы у мужчин продолжают в и постпубертатном периоде.

Средние сроки появления вторичных половых признаков у мальчиков:

- 11–12 лет – начальное увеличение яичек;
- 12–13 лет – начальное оволосение лобка, начало роста полового члена;
- 12,5–13,5 лет – мутация голоса;
- 14–15 лет – появление подмышечного оволосения; первые поллюции;
- 14–16 лет – оволосение на лице.

Приложение 3

Нарушения развития и функций репродуктивной системы, воспалительные заболевания половых органов девочек-подростков

В структуре гинекологических заболеваний девочек 0–18 лет основное место занимают воспалительные процессы половых органов (52%) и нарушения менструального цикла (41–63%), в том числе в возрастной группе школьниц 14–17 лет наиболее часто наблюдаются дисменорея и дисфункция яичников [1, 5].

Нарушения функций репродуктивной системы у девочек-подростков.

Предменструальный синдром (ПМС) – комплекс патологических психоэмоциональных и соматических симптомов, появляющихся перед менструацией и исчезающих с ее началом. ПМС может проявляться уже в пубертатном периоде. Распространенность ПМС среди женщин репродуктивного возраста составляет 13–26%, чаще наблюдается у лиц умственного труда, у жительниц городов. Несмотря на то, что клинические проявления синдрома разнообразны, общепринята следующая систематизация симптомов [26]:

- нервно-психические нарушения (раздражительность, слабость, депрессия, агрессивность, плаксивость, нарушение сна);
- вегетососудистые нарушения (головная боль, головокружения, парестезии, повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, одышка, тошнота, рвота);
- обменно-эндокринные нарушения (прибавка массы тела, акне, нагрубание молочных желез, отеки, жажда, полиурия, метеоризм, боли в животе, диарея);
- трофические нарушения (зуд, сыпь, экзема, потливость, боли в суставах, запоры, изменение аппетита, повышенная чувствительность к запахам);
- смешанная форма нарушений.

Существенное значение в лечении ПМС у девочек-подростков, наряду с гормональной терапией и симптоматическим лечением, отводится использованию фитопрепаратов и коррекции образа жизни (соблюдение режима труда и отдыха, соблюдение диеты с ограничением кофе, чая, поваренной соли, жидкости, животных жиров и т. д.) [27].

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – гиперандрогенное расстройство, связанное с хронической олиго- и ановуляцией и поликистозной трансформацией яичников. Наблюдается у 5–10% женщин репродуктивного возраста, первые проявления синдрома часто начинаются в подростковом возрасте, когда репродуктивная система обладает значительной лабильностью и высокой чувствительностью к воздействию любых неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов [28, 29].

Основные признаки СПКЯ в подростковом возрасте:

- *расстройства менструаций*. Под действием различных патогенетических факторов нарушаются созревание и рост фолликулов, развиваются ановуляции и расстройства менструаций. Одним из важных клинических проявлений СПКЯ является олигоменорея или аменорея. Отсутствие тенденции к формированию устойчивого регулярного менструального цикла в течение 1,5–2 лет после менархе у девочек-подростков является поводом для настороженности в отношении репродуктивного здоровья и обязательной консультации с гинекологом;
- *гиперандрогения*, основными клиническими проявлениями которой при СПКЯ являются различные варианты андрогензависимой дермопатии:

гирсутизм, акне и андрогенная алопеция. Поскольку распространенность акне среди подростков достаточно велика и зачастую является транзиторным явлением, то более значимым признаком ГА в этом возрасте является гирсутизм;

– *метаболические нарушения*. Первые признаки метаболических нарушений позволяют выявить традиционные физикальные методы с определением индекса массы тела, оценкой соотношения объема талии и бедер, определением толщины кожной складки. Девочки-подростки, имеющие те или иные проявления метаболического синдрома, могут представлять собой группу риска по формированию поликистозных яичников [30].

Синдром гиперандрогении (ГА) – патологический процесс, связанный с избыточной продукцией андрогенов в женском организме и являющийся частой причиной дисфункции женской репродуктивной системы. Частота гиперандрогенных состояний в структуре гинекологических заболеваний колеблется от 1,4% до 3%, характерно, что у большинства женщин первые симптомы появляются в период пубертата [30]. Понятие «гиперандрогения» является собирательным, так как включает в себя разные по патогенезу состояния, в конечном итоге проявляющиеся сходной клинической картиной.

Доминирующим симптомом, возникающим с менархе или после относительно небольшого периода регулярных менструаций, является нарушение менструального цикла, проявляющееся олигоменореей, реже – аменореей или ациклическими маточными кровотечениями. Характерны симптомы дермопатии (акне, алопеция, жирная себорея) и избыточный рост терминальных волос в андрогензависимых областях кожного покрова (или гирсутизм). На начальных стадиях формирования синдрома гирсутизм минимален или совсем отсутствует, в то время как кожные проявления (акне, жирная себорея) наблюдаются в большинстве случаев. Поскольку ГА является наиболее частой причиной хронической ановуляции и бесплодия, для сохранения репродуктивных возможностей женщины и ее соматического здоровья основные усилия должны быть направлены на раннее выявление и лечение данного нарушения в подростковом возрасте.

Маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП) – патологические кровотечения, обусловленные отклонениями процесса отторжения эндометрия у девушек с момента первой менструации до 18 лет, которые возникают с частотой менее 1 раза в 21 день, продолжаются более 7 дней и сопровождаются общей потерей крови в объеме более 80 мл. При значительной кровопотере развиваются слабость, бледность, головная боль, утомляемость, отсутствие аппетита. Частота МКПП, как правило, составляет 22,5–37,0% [31, 32].

Основными факторами риска возникновения МКПП являются заболевания крови, нарушения функции щитовидной железы, а также тяжелые острые инфекции и хронические воспалительные заболевания (грипп, пневмония, ангина, хронический тонзиллит, эпидемический паротит, краснуха и др.). Несомненную роль в развитии МКПП играют особенности реагирования девушки на стресс и перегрузки, недостаточное и несбалансированное питание, а также отсутствие режима дня у подростков. Поскольку женщины, имевшие маточные кровотечения в пубертатном возрасте, в последующем представляют собой группу риска по нарушению менструального цикла и генеративной функции, гормонально обусловленным заболеваниям, – обязательным компонентом комплексного лечения маточных кровотечений в период пубертата является нормализация ритма менструаций. Также важна коррекция вегетативного статуса и

других соматических нарушений [33]. Основные меры профилактики рецидивов МКПП должны быть направлены на коррекцию системы гомеостаза, соблюдение режима сна и бодрствования, регулярный прием пищи, применение комплекса витаминов и минералов, нормализацию массо-ростовых соотношений, восстановление психо-эмоционального статуса, коррекцию обменных и эндокринных нарушений, лечение хронических соматических заболеваний [32].

Дисменорея (альгодисменорея) – нарушения менструального цикла, выражающиеся в схваткообразных, реже ноющих болях в области крестца, поясницы во время менструации и сопровождающиеся общим недомоганием. В подростковом возрасте, как правило, встречается первичная или функциональная аменорея. Боли появляются через 1–1,5 года после менархе и начинаются за несколько часов или в первый день менструации. Помимо болей могут отмечаться тошнота, рвота, слабость, потливость, мигренеподобная головная боль, жидкий стул (чаще отмечается у эмоционально лабильных, легко возбудимых девочек астенического телосложения с пониженной массой тела). Следует исключить бесконтрольный прием с раннего возраста сильных и небезопасных препаратов для снятия болевого синдрома, сказывающихся на репродуктивном здоровье девушек. При неуточненном диагнозе недопустимо длительное применение анальгетиков и транквилизаторов. Повторяющаяся, интенсивная и продолжительная дисменорея требует обязательного обращения к гинекологу-специалисту по подростковому возрасту для выяснения причин и назначения терапии.

Воспалительные заболевания половых органов у девочек-подростков.

Вульвит и вульвовагинит – воспалительные заболевания половых органов – занимают первое место среди поражений урогенитального тракта у девочек и девочек-подростков. В последующем могут стать причиной серьезных нарушений основных функций женского организма (менструальной, репродуктивной, половой). Согласно принятой классификации у детей и подростков выделяют урогенитальные инфекции:

1. Инфекционные: неспецифические (неспецифический бактериальный вульвовагинит, бактериальный вагиноз) и специфические (гонорея, трихомоноз, хламидиоз, кандидозный и вирусный вульвовагинит и др.).

2. Первично-неинфекционные, вызванные инородным телом во влагалище, глистной инвазией (энтеробиоз), онанизмом, изменением реактивности организма (нарушение обмена веществ, дисбактериоз кишечника, детские инфекции и др.).

Вульвовагинит может возникать остро, но нередко наблюдается хроническое течение. Основные жалобы при остром вульвовагините: боли внизу живота и в области влагалища, иррадиирующие в крестцово-поясничную область, а также зуд и жжение, усиливающиеся при мочеиспускании. При хроническом течении преобладают жалобы на гнойные выделения из половых путей и ощущение зуда. Заболевание требует своевременной диагностики и лечения (применения антибактериальных препаратов, эффективных в отношении наиболее распространенных возбудителей ИППП, а также средств, нормализующих вагинальную экосистему).

Сальпингоофорит – процесс воспаления яичников (оофорит), который сочетается с воспалением маточных труб (сальпингит). К основным факторам, способствующим возникновению заболевания, относят: переохлаждения организма, хронические инфекции, заболевания эндокринного характера, заболевания

мочеполовой системы, стрессовые ситуации и переутомление, ведущие к снижению защитных свойств иммунной системы, отсутствие постоянного полового партнера, незащищенные половые акты.

Симптомы и течение данного заболевания зависят от его стадии. При остром воспалении отмечаются: резкие боли внизу живота, поясничной области, в паху, высокая температура тела, озноб, головные и мышечно-суставные боли, затрудненное (иногда болезненное) мочеиспускание, возможно появление выделений из влагалища, носящих гнойный характер и др. При хроническом течении наиболее частой жалобой являются болевые ощущения, усиливающиеся при охлаждении, перед и во время менструации. В большинстве случаев отмечаются нарушения менструальной функции, половой функции. Учитывая высокую частоту рецидивов заболевания в результате переутомлений, переохлаждения организма, инфекционных заболеваний, для диагностики и лечения девочкам-подросткам необходимо своевременно обратиться к подростковому гинекологу.

Нарушения развития репродуктивной системы.

Раннее начало полового развития – увеличение молочных желез (или появление лобкового оволосения) до 8 лет или менархе до 9–10 лет.

Задержка полового развития – отсутствие или недоразвитие вторичных половых признаков, а также отсутствие или редкие нерегулярные менструации у девочек в возрасте 15 лет и старше. Частые причины задержки полового развития – церебральные нарушения органического характера: травматические, токсические, инфекционные поражения (энцефалиты, эпилепсия и др.), а также стрессовые состояния, вызванные конфликтами в семье, в школе, эмоциональными перегрузками, резким снижением массы тела на фоне диет.

Нарушения развития и функций репродуктивной системы, заболевания половых органов мальчиков-подростков.

По данным массовых специализированных осмотров, андрологические заболевания и состояния, определяющие будущее репродуктивное здоровье, обнаружены у 47% детей и подростков. В младшем школьном возрасте преобладают заболевания крайней плоти (42,9%). У подростков на первом месте находятся нарушения трофики яичка (36,8%) и воспалительные заболевания (3,1%). Установлена прямая зависимость развития и прогрессии ряда приобретенных андрологических заболеваний от периодов полового созревания. Если препубертатному периоду соответствуют нарушения кровообращения яичка (гипотрофия/гипоплазия яичка – 1,3%), то в период раннего пубертата выявляется варикоцеле (1,5%), значительно прогрессирующее в период развернутого пубертата (17,1%) [7, 34].

Заболевания и патологические состояния крайней плоти у мальчиков.

Нормальное развитие крайней плоти встречается у 53,5% мальчиков, дегенеративные изменения – у 37,2%, воспалительные изменения без признаков дегенерации – у 8,8% мальчиков. Частота этих заболеваний существенно снижается с возрастом: от 43,4% у детей 6–7 лет до 5,3% у мальчиков 15–17 лет [35]. Вместе с тем заболевания крайней плоти являются лидирующими в группе причин, вызывающих беспокойство родителей подростков. Поскольку указанные состояния возникают вследствие нарушения гигиены мальчиков, большее внимание следует уделять санитарно-просветительной работе с родителями и подростками.

Заболевания крайней плоти можно разделить на:

- воспалительные (баланопостит – диссанационный, острый и хронический);
- дегенеративные (синехии крайней плоти, функционально узкая крайняя

плоть, фимоз гипертрофический и атрофический, специфические поражения крайней плоти) [36, 37].

Баланопостит – воспаление головки (баланит), как правило, сочетается с воспалением крайней плоти (постит) и связано со скоплением и инфицированием содержимого препуциального мешка. Чаще всего возникает при нарушении правил интимной гигиены у мальчиков и подростков. Основные жалобы: отечность, зуд и жжение в области головки полового члена, гнойные выделения из половых путей. Течение острое или хроническое [38].

Фимоз – невозможность обнажения головки полового члена, вызванная узостью отверстия крайней плоти. В возрасте до года головка полового члена открывается у очень немногих мальчиков, а в возрасте 3 лет крайняя плоть хорошо смещается и позволяет открыть головку полового члена у 20% мальчиков. Основные жалобы: невозможность выведения головки полового члена из-за узости крайней плоти, нарушение мочеиспускания (с натуживанием и тонкой струей), наполнение конечного отдела крайней плоти и его увеличение в момент мочеиспускания. Часто присоединяются жалобы на выделения из крайней плоти, боли над лоном и в поясничном отделе, повышение температуры, учащенное и болезненное мочеиспускание, что указывает на развитие осложнений – цистит или пиелонефрит и чаще отмечается при рубцовом фимозе. Срок лечения неосложненного фимоза показан в возрасте до 2,5–3 лет, при осложненной форме – по показаниям уролога-андролога.

Синехии крайней плоти полового члена – патология, обусловленная наличием спаек между внутренним листком крайней плоти и головкой полового члена. Клинически выделяют синехии неосложненные и осложненные: часто рецидивирующий баланопостит, дизурия, уретрит, затруднение мочеиспускания и др. Срок лечения неосложненных синехий показан в возрасте до 2,5–3 лет, при осложненной форме – по показаниям уролога-андролога.

Короткая уздечка полового члена – патология, которая может встречаться самостоятельно или сопутствовать фимозу и синехиям. Этот анатомический дефект не беспокоит, если не препятствует выходу головки полового члена из препуциального мешка. Однако при эрекции и начале половой жизни короткая уздечка приводит к искривлению полового члена и появлению болей. У подростков в момент сильной спонтанной эрекции и бурного полового акта может произойти ее надрыв с кровотечением. Важно своевременно выявить дефект, правильно информировать родителей и ребенка о возможных осложнениях. Сроки устранения патологии – до полового созревания и начала половой жизни.

Заболевания, связанные с нарушением трофики яичка.

Варикоцеле – варикозное расширение вен семенного канатика, преимущественно слева. Его распространенность резко возрастает в периоде развернутого пубертата. По данным ВОЗ варикоцеле занимает первое место среди причин мужского бесплодия. Основные проявления варикоцеле: наличие расширенных вен в мошонке, возможно уменьшение яичка в размерах на стороне варикоцеле. При расслаблении (отсутствии напряжения нижнего отдела брюшной стенки) варикоцеле пропадает. Поскольку заболевание неуклонно прогрессирует и приводит к нарушению репродуктивной функции и сексуальным расстройствам, необходим своевременная консультация и оперативное лечение у детского или подросткового уролога-андролога [36–38].

Заболевания при аномалиях положения и/или количества яичек.

Крипторхизм – отсутствие одного или обоих яичек в мошонке. Крипторхизм может быть односторонним и двусторонним [36–38]. Выделяют крипторхизм:

- обусловленный ретенцией (задержкой) яичка, может быть брюшной, паховый и комбинированный крипторхизм;
- ложный («мигрирующее яичко»), когда при воздействии холодových или физических нагрузок яичко может мигрировать в паховый канал или брюшную полость, а при согревании или расслаблении мышц – возвращаться в мошонку;
- обусловленный эктопией (необычным местом расположения опустившегося яичка; эктопия может быть промежностной, лобковой, бедренной, пенальной и др.);
- приобретенный, когда после травмы яичко может уходить в брюшную полость или паховый канал.

Основные симптомы крипторхизма: недоразвитие или асимметрия мошонки, отсутствие одного или обоих яичек в мошонке, жалобы на ноющие боли в паховой области и животе. При крипторхизме, обусловленном паховой ретенцией, боли могут появляться уже в раннем детстве из-за частой травматизации, ущемления или перекрута яичка. При брюшной ретенции яичка боль проявляется в период полового созревания, может усиливаться при физической нагрузке, запорах, половом возбуждении. Прогноз при крипторхизме, обусловленном ретенцией яичка, улучшается после оперативного лечения. Положительный результат отмечается у большинства детей, оперированных по поводу одностороннего крипторхизма, и лишь у 30% – при двустороннем крипторхизме. Согласно рекомендациям урологов-андрологов сроки оперативного лечения – не позднее возраста 1,5–2 года.

Заболевания, связанные с аномалиями вагинального отростка брюшины.

Паховые и пахово-мошоночные грыжи занимают среди них лидирующее место. В связи с возможностью ущемления, определяют высокую степень репродуктивного и витального риска. Максимальная степень распространенности указанных заболеваний наблюдается в 14–16 лет [35].

Гидроцеле (водянка оболочек яичка) характеризуется скоплением серозной жидкости между листками оболочки яичка, бывает врожденной или приобретенной (чаще при воспалительных заболеваниях и травмах мошонки). Симптомы: увеличение размеров и формы мошонки, как правило, при отсутствии болевых и других неприятных ощущений [38].

Заболевания, связанные с пороками развития полового члена.

Гипоспадия – врожденное недоразвитие мочеиспускательного канала с формированием в нем соединительнотканного рубца, приводящего к искривлению полового члена. Формы гипоспадии определяются различным патологическим расположением наружного отверстия мочеиспускательного канала (в области мошонки, промежности, сбоку головки или на теле полового члена) [38].

Экзогенно-конституциональное ожирение, гипоталамический синдром пубертатного периода и проявления гиподисфункции яичек при подозрении на развитие гипогонадизма – также входят в группу репродуктивного риска [7, 8].

Гипогонадизм – недоразвитие половых и репродуктивных мужских органов, вызванное недостаточностью гормонального уровня и приводящее к нарушениям репродуктивной и эректильной функции.

Преждевременное половое развитие мальчиков – если его признаки появляются до десятилетнего возраста, позднее, если у подростка в возрасте 13,5 года и старше нет никаких внешних признаков пубертата.

Гинекомастия – увеличение молочных желез у мальчиков на фоне гормонального дисбаланса, может формироваться при генетических, эндокринных заболеваниях, а также за счет отложения жира.

Приложение 4

Рискованное половое поведение подростков как фактор риска их репродуктивному здоровью.

В течение последних десятилетий происходит увеличение доли подростков, приобретающих опыт сексуальной жизни во все более раннем возрасте. Согласно исследованиям, проведенным в различных регионах РФ, к 18 годам около 70% юношей и девушек уже имеют опыт сексуальной жизни. Установлено, что ранний сексуальный дебют у подростков сопряжен с частой сменой и увеличением числа половых партнеров, различными формами небезопасного сексуального поведения и, соответственно, ухудшением репродуктивного здоровья, увеличением риска заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), а также нежеланных беременностей, заканчивающихся абортom или юным материнством [39]. Данная ситуация усугубляется отсутствием элементарных знаний и информированности подростков и молодежи о физиологии и патологии репродуктивной системы, об основах профилактики ее нарушений.

Поведенческие факторы риска репродуктивному здоровью подростков:

- раннее начало половых отношений. Более 70% подростков начинают сексуальные отношения в возрасте 16–18 лет, 20% – в возрасте 15 лет и младше [40];
- частая смена половых партнеров. При анализе особенностей сексуального поведения несовершеннолетних установлено: более четверти подростков параллельно имели двух сексуальных партнеров и более, а среди подростков, больных ИППП, – 10,7% имели половые контакты с четырьмя половыми партнерами и более, и у половины из них были регулярные сексуальные контакты с малознакомыми партнерами [41];
- употребление алкоголя и психоактивных веществ непосредственно перед половым актом является одной из характерных особенностей сексуального поведения несовершеннолетних;
- недостаточная сформированность контрацептивных установок. Несмотря на активную половую жизнь, около 25% молодых людей не используют методы контрацепции. К наиболее употребляемым контрацептивным методам у подростков относятся презерватив (его используют 50–65% подростков 16–18 лет и старше), прерванный половой акт (26%) – методы, лежащие в мужской зоне ответственности, что существенно снижает их эффективность. Менее распространено в подростковой среде употребление средств оральной контрацепции. Одним из результатов рискованного полового поведения подростков является незапланированная беременность, которую отмечают в анамнезе не менее 6% девочек-подростков, а также аборты и роды у юных матерей [40]. При том, что в последние годы число абортов снизилось именно в подростковой популяции, частота абортов среди девочек 15–17 лет составляет не менее 7%;
- низкие репродуктивные установки у современных подростков: более 90% старшеклассников считают допустимыми добрачные связи, 16% – положительно относятся к незарегистрированным бракам, при этом 22,5% из них в будущем хотели бы иметь одного ребенка, 54,0% – двоих и лишь 8,3% – троих детей [13]. Такая несформированность установок на деторождение в подростково-молодежной среде во многом определяет неблагоприятный прогноз в отношении рождаемости в ближайшие годы;
- недостатки медицинского обслуживания подростков и молодежи определяют высокий уровень не только распространенности ИППП, но и хронической соматической патологии, снижая качество их репродуктивного здоровья.

Во многом способствует увеличению рискованных форм полового поведения в подростковой среде *отсутствие действенных образовательных программ по охране репродуктивного здоровья молодежи*, способствующих снижению распространенности ИППП, частоты нежелательных беременностей и т. д. Так, в Нидерландах, где налажена система полового воспитания школьников, доля беременных в возрасте 15–19 лет составляет 4,6 на 1000 девушек, тогда как в России – 25,9 (для сравнения – в Африке, где репродуктивным просвещением не занимаются в силу социального уклада и предрассудков, данный показатель составляет 37,0). Подавляющее большинство (88%) опрошенных российских девушек и женщин в возрасте 15–44 лет поддерживают необходимость такого образования в школе, при этом половина из них полагает, что обучение по вопросам, связанным с деторождением, следует начинать до достижения подростками 14 лет.

Инфекции, передаваемые половым путем.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) – группа заболеваний, наиболее частым путем заражения которыми является половой путь.

Сравнение показателей заболеваемости ИППП среди подростков 15–17 лет в Российской Федерации в 2006 и 2011 гг. свидетельствует, что при определенном снижении заболеваемости сифилисом, гонореей и трихомониазом и сохранении достаточно устойчивого уровня заболеваемости урогенитальным хламидиозом и аногенитальными бородавками отмечается существенный рост (на 30%) показателей заболеваемости генитальной герпетической инфекцией [42]. При этом в возрастной группе подростков 15–17 лет на протяжении ряда лет сохраняется уровень заболеваемости гонореей и сифилисом, практически не отличающийся от такового у взрослого населения, а в некоторых субъектах РФ – превосходящий его [43]. Подростки подвержены более высокому риску передачи ИППП/ВИЧ, поскольку при частой смене половых партнеров и незапланированных (спонтанных) половых контактах нерегулярно и зачастую неправильно используются барьерными методами контрацепции. Усугубляет эту ситуацию недостаточный уровень информированности большинства подростков по вопросам репродуктивного здоровья и сексуального поведения, а также низкая доступность медицинского обслуживания у врачей-специалистов.

Хламидийная урогенитальная инфекция – заболевание, вызываемое хламидиями (*Chlamydia trachomatis*), является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем. Заболевание встречается в 2–4 раза чаще, чем гонорея, и в 7,5 раза чаще, чем сифилис. Основной путь передачи – половые контакты. При заражении половым путем инкубационный период составляет от 7 до 21 дня (в среднем 10–15 дней). Бытовой путь передачи инфекции (через постельное белье, предметы туалета) встречается очень редко, вместе с тем может способствовать внутрисемейному распространению инфекции. Основные проявления: зуд в области наружных половых органов, незначительные слизисто-гнойные выделения, возможно учащенное болезненное мочеиспускание. Хламидиоз в подростковом возрасте часто протекает бессимптомно или под маской других заболеваний. При хроническом течении заболевания возбудитель может распространяться в организме, поражая органы половой системы, суставы и легкие [44].

Гонококковая инфекция (гонорея) – инфекционное заболевание, вызываемое гонококком (*Neisseria gonorrhoeae*), в основном передаваемое половым путем

и характеризующееся поражением слизистых оболочек мочеполовых органов. При гонорее также могут поражаться слизистая прямая кишка, ротовой полости, конъюнктив (бленнорея). Заболевание проявляется через 3–7 дней после заражения, может протекать в острой или хронической форме. Основные симптомы при острой гонорее: зуд в области уретры и половых органов, болезненность, рези и жжение при частых позывах к мочеиспусканию, слизисто-гнойные выделения из половых путей. Зачастую протекает бессимптомно.

Урогенитальный уреоплазмоз – заболевание, вызываемое специфическим микроорганизмом (*Ureaplasma urealyticum*), занимающим промежуточное положение между одноклеточными организмами и вирусами. Пути передачи: половой контакт, а также от больной матери к ребенку (во время родов микробы попадают в половые пути ребенка и сохраняются там в неактивном состоянии). Очень часто протекает бессимптомно или же характеризуется слабыми болевыми ощущениями при мочеиспускании и скудными прозрачными выделениями. У лиц мужского пола помимо уретритов и циститов часто приводит к развитию простатита.

Трихомоноз – заболевание, вызываемое микроорганизмом «влагалищная трихомонада» (*Trichomonas vaginalis*). Заражение происходит половым путем при контакте с больным или носителем инфекции. Инкубационный период: 5–15 дней. У женщин основным местом обитания является влагалище, у мужчин – уретра, предстательная железа и семенные пузырьки. У женщин основные жалобы – обильные бели, зуд и жжение в области половых органов, дизурические явления, у мужчин заболевание в большинстве случаев протекает бессимптомно или же отмечаются светло-желтые выделения из уретры, болезненность при мочеиспускании. При отсутствии лечения могут возникнуть осложнения, приводящие к развитию бесплодия.

Сифилис – системное инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек, внутренних органов, костей, нервной системы, вызываемое бактериями вида *Treponema pallidum* (бледная трепонема).

Основной путь передачи – половой, но возможна передача инфекции через кровь (от зараженного донора, через инфицированный инструментарий, в быту – через зубные щетки, бритвы и др.), а также в редких случаях – бытовым путем (при тесном контакте с больным, имеющим открытые сифилические язвы).

Клинические проявления различны в зависимости от стадии болезни: через 3–4 недели после заражения на месте проникновения возбудителя возникает язвочка (твердый шанкр – небольшая безболезненная поверхностная язва на твердом основании), далее через 6–7 недель появляется специфическая сыпь на коже и слизистых и, как правило, увеличиваются регионарные лимфатические узлы с формированием бубона; на поздних стадиях развивается поражение таких органов, как головной мозг, печень, почки, костная система.

СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита человека) – инфекционное заболевание, которое вызывает вирус, поражающий иммунную систему. У больного человека возбудитель СПИДа – ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) находится во всех биологических средах: крови, слюне, слезной жидкости, грудном молоке, сперме, влагалищном секрете, но для заражения вирус должен попасть в кровь. Основной путь передачи инфекции – инъекционный, чаще всего при потреблении инъекционных наркотиков (на сегодняшний день в России зарегистрировано свыше 1,8 млн потребителей инъекционных наркотиков), однако все большее значение в последние годы приобретает половой путь передачи инфекции – при

незащищенном половом контакте. Также возможна внутриутробная передача инфекции от зараженной матери к плоду. При рукопожатии, поцелуях, объятиях, укусе насекомых, пользовании предметами домашнего обихода, общим душем, туалетом, бассейном – инфекция не передается. Заболевание проявляется легко возникающими и длительно, тяжело протекающими инфекционными и опухолевыми процессами. Такие симптомы, как быстрая утомляемость, слабость, ночная потливость, увеличение лимфоузлов, повышение температуры, внезапная и быстрая потеря веса, диарея, упорный кашель, – могут появиться через несколько месяцев или лет после заражения.

Папилломавирусная инфекция – заболевание, которое вызывает вирус папилломы человека (ВПЧ), поражающий эпителий кожных покровов и слизистых оболочек. Среди пациентов с ИППП доля инфицированных ВПЧ достигает 45%. Источником заражения является больной человек или носитель инфекции. Основной путь передачи возбудителя – половой, однако возможна передача при непосредственно кожном контакте, а также при родах от инфицированной матери к ребенку. Большинство случаев инфицирования ВПЧ протекает бессимптомно, и через 9–15 месяцев наблюдается самопроизвольное излечение. В ряде случаев ВПЧ может приводить к развитию остроконечной кондиломы у мужчин и женщин. Рост заболеваемости папилломавирусной инфекцией определяет значительное увеличение числа случаев рака шейки матки, наружных половых органов, полового члена у мужчин, анального рака и др. у подростков и лиц молодого возраста [45].

Аногенитальные бородавки (кондиломы) являются клиническим проявлением скрытого инфицирования ВПЧ. Кондиломатоз развивается через 2–3 месяца после заражения, в 20–30% случаев наступает самоизлечение, в 30% случаев – наблюдаются рецидивы. Аногенитальные кондиломы наносят существенный вред здоровью, снижают качество жизни и требуют длительного лечения. Эффективным способом первичной профилактики заболеваний, ассоциированных с ВПЧ-инфекциями, является вакцинация, которая проводится лицам обоего пола в возрасте от 9 до 17 лет (женщинам до 26 лет). Для достижения наибольшего эффекта полный курс вакцинации необходимо провести до первого сексуального контакта. Серьезным обоснованием вакцинации для мужчин является тот факт, что они не только сами могут иметь заболевания, связанные с ВПЧ, но и передавать инфекцию при половых контактах [46].

Кандидоз (молочница) – инфекционное заболевание, вызываемое дрожжеподобным грибком (*Candida albicans*). Воспалительный процесс возникает на фоне снижения иммунитета, что способствует проявлению патогенных свойств грибов. Заболевание часто возникает при обострении хронических заболеваний пищеварительной системы, при анемии и аллергиях. Важную роль в профилактике рецидивов молочницы у женщин играет восстановление нормальной среды и флоры влагалища.

Важным условием профилактики рецидивов, реинфекции и осложнений ИППП является обследование и лечение половых партнеров, повторное обследование их через полгода и ежегодное обследование сексуально активных подростков, особенно при частой смене половых партнеров и нерегулярном использовании барьерных методов контрацепции [5].

Контрацепция.

Несмотря на раннюю сексуальную активность, многие подростки недостаточно осведомлены по вопросам контрацепции. Более чем у 25% девушек не

сформированы контрацептивные установки, а половина девушек, имеющих опыт половой жизни, не использует контрацептивы [46].

Наиболее значимые факторы при выборе метода контрацепции:

- его надежность и эффективность;
- отсутствие нежелательных побочных эффектов;
- простота использования;
- возможность предупреждения ИППП.

Гормональная контрацепция.

Гормональная контрацепция имеет несомненные преимущества для подростков: при правильном использовании она по надежности приближается к 100%, кроме того современные гормональные контрацептивы в большинстве случаев мало влияют на липидный профиль, углеводный обмен, но обладают выраженными неконтрацептивными (лечебными) свойствами [46].

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) содержат минимальные дозы женских половых гормонов, эффективно препятствуют созреванию яйцеклетки и ее оплодотворению, поэтому их можно считать препаратами первого выбора для предохранения от нежелательной беременности у сексуально активных подростков. Преимущества современных КОК: хорошо переносятся, что особенно важно у подростков, которые психологически менее терпимы к побочным эффектам, чем взрослые, широко используются для лечения расстройств менструаций, мастопатии, андрогенных дермопатий и др. [47].

Необходимость правильного подбора КОК (с учетом возраста, состояния здоровья, привычек, образа жизни) и наличие ряда противопоказаний к их применению (тяжелые соматические патологии, острый гепатит и др.) определяют необходимость персонифицированного консультирования у гинеколога. КОК не защищают от ИППП, включая СПИД/ВИЧ.

Инъекционные контрацептивы содержат женский половой гормон (прогестерон) для предупреждения беременности и являются одним из наиболее надежных методов контрацепции. Действие препарата основано на предотвращении овуляции и сгущении слизи шейки матки, что затрудняет прохождение сперматозоидов. Инъекции делают в медицинском учреждении (вводят в предплечье или ягодицу каждые три месяца по назначению врача).

Инъекционные контрацептивы не защищают от ИППП, включая СПИД/ВИЧ.

Экстренная контрацепция – позволяет на 85–99% снизить риск нежелательной беременности при незащищенном половом акте. Основные правила экстренной контрацепции: прием контрацептива в течение первых 72 часов после полового акта. Для подбора средств экстренной контрацепции необходима своевременная консультация с гинекологом. Для регулярной контрацепции данные средства применять не рекомендуется.

Внутриматочные средства (ВМС).

ВМС (или спираль) устанавливается внутри полости матки с целью предупреждения беременности. Существует несколько разновидностей ВМС, но наиболее распространенными являются медьсодержащие и гормонсодержащие ВМС. Внутриматочные средства – один из самых эффективных методов контрацепции, который можно использовать длительное время. Введение и удаление ВМС производит только врач акушер-гинеколог. Использование ВМС не рекомендуется девушкам, имеющим более чем одного полового партнера, что увеличивает риск передачи инфекции. ВМС не защищают от ИППП, включая СПИД/ВИЧ.

Барьерные методы.

Презерватив при регулярном и правильном применении представляет эффективный метод защиты от нежелательной беременности, а также от ИППП, включая СПИД/ВИЧ. Основные правила использования презерватива:

- одевается на половой член в состоянии эрекции, при этом необходимо убедиться, что на конце презерватива остается свободное пространство (накопитель) и презерватив не поврежден;
- при каждом половом акте используется новый презерватив;
- нельзя использовать для дополнительной смазки масла и кремы;
- нельзя использовать презервативы с просроченным сроком годности;
- при разрыве презерватива в течение 72 часов необходимо использовать экстренную контрацепцию.

Эффективность презерватива увеличивается при его использовании со спермицидами.

Спермициды – препараты в виде желе, крема, свечей, пленки, пены и пенообразующих таблеток. Спермициды содержат компоненты, разрушающие наружную оболочку сперматозоидов и нарушающие их подвижность и способность проникать через оболочку яйцеклетки при оплодотворении. Таким образом, оплодотворение яйцеклетки не происходит. При правильном и регулярном использовании спермициды являются достаточно эффективным методом контрацепции, кроме того спермициды предоставляют некоторую защиту от ИППП.

Естественные методы (использование календарного метода, измерение базальной температуры, изучение характеристик цервикальной слизи). Каждый месяц существуют дни (период овуляции), когда есть возможность забеременеть. Естественные методы помогают определить эти дни. В этот период рекомендуется воздерживаться от половой жизни или использовать барьерные методы контрацепции. Данные методы являются наименее эффективными способами предупреждения беременности и не защищают от ИППП, включая СПИД/ВИЧ.

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
14 февраля 2016 г.
Протокол № 5

УТВЕРЖДЕНЫ
на XIX Конгрессе
педиатров России
Москва,
14 февраля 2016 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

ПРОФИЛАКТИКА НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ РАННЕЙ ТРУДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ

ФР РОШУМЗ-27-2016

(версия 1.1)

РАЗРАБОТЧИКИ: *Иванов В.Ю., Шубочкина Е.И., Рапопорт И.К., Ибрагимова Е.М.*

Рекомендации «Профилактика негативных последствий ранней трудовой занятости» содержат основные профилактические мероприятия, направленные на охрану здоровья работающих подростков: требования к состоянию здоровья и организации медицинских осмотров, разработке профилактических образовательных программ в учреждениях общего и профессионального образования. Представлена информация о безопасных для подростков видах трудовой деятельности; требования к организации рабочих мест для обучающихся; перечень возможных вредных и опасных производственных факторов, характерных для работ, наиболее распространенных среди работников, не достигших 18-летнего возраста.

Рекомендации «Профилактика негативных последствий ранней трудовой занятости» предназначены для врачей отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях и поликлиниках, педагогов.

Федеральные рекомендации «Профилактика негативных последствий ранней трудовой занятости» одобрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 5 12.02.2016 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 23 от 12.02.2016 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Шубочкина Е.И., Иванов В.Ю.* О новых подходах к определению безопасных условий труда несовершеннолетних работников. В кн.: Материалы IX Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». Москва, 2010: 300–02.
- *Иванов В.Ю.* Медико-социальные особенности подростков, работающих в свободное от учебы время. Здравоохранение Российской Федерации. 2011; 5: 59–60.
- *Иванов В.Ю.* Гигиенические аспекты трудовой занятости подростков. Здоровье населения среда обитания. 2013; 12: 35–37;
- *Шубочкина Е.И., Иванов В.Ю., Ибрагимова Е.М.* Медико-социальные аспекты трудовой занятости подростков. В кн.: А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. Монография. М.: Издательство «ПедиатрЪ», 2014: 231–52.

Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе рекомендаций

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

Условия труда, которые безопасны и безвредны для взрослых работников, нередко являются вредными и опасными для здоровья подростков, находящихся в периоде биологического роста и развития.

Выполнение работы, которая не вредит здоровью и развитию, не наносит ущерба процессу обучения, является позитивным явлением для общества и самого подростка. Трудовая деятельность позволяет получить начальные профессиональные и социальные навыки, накопить трудовой опыт и опыт общения, способствует более адекватному профессиональному выбору. Труд рассматривается как важное профилактическое и воспитательное средство борьбы с детской безнадзорностью и правонарушениями, а в ряде случаев как важный источник удовлетворения материальных потребностей подростка [1, 7, 8].

Подростковый возраст характеризуется продолжающимся развитием, становлением основных систем организма и, в связи с этим, психо-эмоциональной неустойчивостью, повышенной чувствительностью к воздействию профессионально-производственных факторов, социальной незрелостью. Установлена повышенная уязвимость организма подростков к действию химических веществ, к шуму, вибрации, охлаждающему и нагревающему микроклимату [3, 7, 8]. Все это определило особые требования к условиям применения труда этой группы работников, которые отражены в нормативных правовых актах международного и Российского законодательства.

В современных условиях трудовая занятость в подростковом возрасте стала распространенным явлением в России [1, 2, 6, 7]. Увеличивается временная трудовая занятость обучающихся в свободное от учебы время: число работающих колледжей – до 60%. В структуре занятости преобладает индивидуальное трудоустройство. Организованные формы труда составляют около 5% в структуре занятости городских подростков [5–7].

У работающих подростков отмечается более высокая распространенность поведенческих факторов риска по сравнению с лицами, которые только учатся (курение, употребление алкогольных напитков, наркотических средств) [1, 5, 7–9].

Подростки, совмещающие учебу и работу, чаще имеют дефицит сна и болеют простудными заболеваниями. Лица с хроническими заболеваниями являются особенно уязвимыми. Эта категория временных работников характеризуется более высоким уровнем травматизма по сравнению со взрослыми [7, 10, 11].

Результаты исследований, проведенных в России и зарубежных странах, показывают, что подростки часто работают нелегально, без официального трудоустройства и, следовательно, без медицинского освидетельствования, предусмотренного законодательством при заключении трудового договора. При неформальной занятости подростки социально не защищены, их права, предусмотренные Трудовым Кодексом РФ, нарушаются чаще, ухудшаются условия труда подростков, режим работы, оплата труда [4, 6, 7, 9, 10].

В современных условиях наиболее перспективными в отношении обеспечения оптимальных для подростков условий и режима труда являются организованные формы трудовой занятости (молодежные предприятия, лагеря труда и отдыха в каникулы и др.) [5, 6, 7].

3. Основные направления работы по профилактике негативных последствий ранней трудовой занятости.

Работа врача по профилактике негативных последствий трудовой занятости подростков в свободное от учебы время состоит из следующих направлений:

1. Профилактическая работа врача в учреждениях общего и профессионального образования;

2. Организация и проведение медицинских осмотров, выдача заключения о возможности трудоустройства.

3.1. Профилактическая работа врача в учреждениях общего и профессионального образования включает:

1. Получение путем опроса информации о подростках, работающих в свободное от учебы время, планирующих работать, в том числе в лагерях труда и отдыха;

2. Участие в гигиеническом воспитании и обучении подростков основам охраны здоровья и безопасности труда работников, не достигших 18-летнего возраста; знаниям о профессиях и видах работ, безопасных для подростков на рынке труда; требованиям к состоянию здоровья и медицинским осмотрам перед приемом на работу;

3. Медико-профессиональное консультирование подростков.

4. Консультирование педагогов и родителей по вопросам охраны здоровья подростков при трудоустройстве и трудовой занятости.

5. Для оценки необходимого объема профилактической работы врачу следует провести опрос (анкетирование) обучающихся по вопросу трудовой занятости.

Опрос может проводиться совместно с педагогами путем анкетирования всех подростков, достигших 14-летнего возраста, а также в индивидуальном порядке (примерная форма анкеты приведена в Приложении 1).

Рекомендуется проводить анкетирование при проведении медицинских осмотров, обращении подростка за медицинской помощью. По результатам индивидуального анкетирования в случае потребности в подработке следует предоставить подростку индивидуальную медико-профессиональную консультацию.

В целях охраны здоровья и успешной трудовой адаптации подростка необходимо проводить целенаправленную профориентационную работу в образовательном учреждении, гигиеническое воспитание и обучение подростков основам охраны здоровья и безопасности труда работников, не достигших 18-летнего возраста. Эту работу необходимо начинать в школе до достижения возраста 14 лет, то есть возраста, разрешенного для начала трудовой деятельности в свободное от учебы время.

Подростки в рамках общеобразовательных и специальных предметов, циклов занятий, групповых бесед и лекций должны получить необходимые сведения о мире профессий, в том числе доступных для работы лиц младше 18 лет, порядке и правилах приема на работу, правах и обязанностях работающих. Знание положений трудового законодательства, которые непосредственно касаются труда подростков (возраст приема на работу, льготы по времени занятости, запрещение вредных и тяжелых работ, медицинские осмотры и т. п.) будет способствовать сохранению здоровья, социальной защищенности и выбору более оптимальных условий работы. Основные положения трудового законодательства по охране здоровья работающих подростков, режим их труда, минимальный возраст для приема на работу, требования к состоянию здоровья и проведению обязательных медосмотров приведены в Приложениях 2 и 3.

В образовательные программы важно включать вопросы о потребностях рынка труда в тех или иных профессиях, деятельности служб занятости, молодежных бирж труда, способах и возможностях реального трудоустройства по конкретным профессиям.

Гигиеническое воспитание и обучение в школах и профессиональных образовательных организациях врач проводит совместно с педагогами. Оно включает представления о профессиях с точки зрения требований, предъявляемых к организму работающих, к состоянию здоровья, понятия о вредных производственных факторах. Лица, имеющие хронические заболевания, информируются о том, какие нагрузки и производственные факторы являются для них противопоказанными при выборе работы для временного трудоустройства. Необходимая информация о вредных и опасных производственных факторах, которые могут присутствовать при выполнении отдельных видов работ, наиболее характерных для использования труда подростков, изложена в Приложении 4.

Гигиеническое обучение учащихся 5–11-х классов осуществляется по специальным образовательным программам подготовки к трудовой деятельности. К разработке программ привлекаются специалисты служб занятости, медицинские работники, специалисты по охране труда (примерная тематика занятий представлена в Приложении 5).

Врач-педиатр консультирует как в индивидуальном порядке, так и в коллективных формах педагогов образовательных учреждений, а также родителей обучающихся по вопросам охраны здоровья работающих подростков.

3.2. Алгоритм действий врача-педиатра при оформлении заключения о возможности работы подростка

1. При обращении подростка к врачу за медицинским заключением о возможности работы врач получает информацию о профессии (виде работ) от работодателя (направление на медицинский осмотр).

2. В случае если профессия (вид работ) запрещена для подростка Трудовым кодексом РФ (статья 265) или включена в «Перечень тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда лиц моложе 18 лет» (утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2000 г. № 163), врач оформляет отказ в проведении медицинского осмотра и выдаче заключения.

3. Если профессия (вид работ) не входит в перечень запрещенных, для оформления заключения врач может использовать результаты медицинского осмотра, проведенного в соответствии с Приказом Минздрава России и имеющего давность не более 3 месяцев (или направить подростка на медицинский осмотр в объеме, предусмотренном указанным приказом).

4. По результатам медицинского осмотра врачом устанавливаются хронические заболевания и функциональные отклонения, которые являются противопоказаниями для контакта с профессионально-производственными факторами, характерными для выбранного вида работ (профессии). Для определения профессионально-производственных факторов, которые могут привести к прогрессированию патологии той или иной системы организма, рекомендуется использовать приложение.

5. Если подросток страдает хронической патологией определенной системы организма, то профессионально-производственные факторы, воздействующие на эту систему организма, могут являться медицинскими противопоказаниями к работе в данной профессии. Особенности воздействия профессионально-производственных факторов, характерных для наиболее распространенных видов работ, представлены в Приложениях 6 и 7.

6. По результатам медицинского осмотра подростку выдается Заключение (п. 12, п. 13 Приложения № 3 к Приказу Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н), в котором указывается: медицинские противопоказания выявлены (или не выявлены).

7. В случае выявления противопоказаний врач проводит рассмотрение совместно с подростком вариантов работы по профессиям (видам работ), соответствующим состоянию здоровья подростка (по результатам медицинского осмотра).

Схематично алгоритм действий врача при оформлении заключения о возможности работы подростка представлен в Приложении 8.

4. Показания и противопоказания профилактики негативных последствий ранней трудовой занятости.

Работа по профилактике негативных последствий ранней трудовой занятости обучающихся с учетом влияния профессионально-производственных факторов на здоровье детей и подростков показана во всех образовательных организациях.

Противопоказаний не имеется.

5. Материально-техническое обеспечение профилактики негативных последствий ранней трудовой занятости.

Для профилактики негативных последствий ранней трудовой занятости обучающихся образовательных организаций не требуется специальное оснащение, не предусмотренное нормативно-правовыми актами Минздрава России.

6. Формы учета результатов работ.

Для учета результатов работы по профилактике негативных последствий ранней трудовой занятости обучающихся образовательных организаций рекомендуется регистрировать количество:

- проанкетированных обучающихся;
- работающих во внеучебное время;
- желающих работать во внеучебное время;
- обучающихся, получивших индивидуальную консультацию при самообращении и при медицинских осмотрах;
- направленных на консультацию к врачу педиатру-участковому;
- прошедших консультирование по вопросам раннего трудоустройства.

Рекомендуется также вести учет количества занятий с обучающимися по гигиеническому воспитанию и обучению по вопросам трудоустройства и влияния профессиональных факторов на состояние здоровья и количества слушателей, а также количества бесед с родителями и количество слушателей-родителей.

7. Список нормативных и методических документов

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
3. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ.
4. Конвенция № 138 Международной организации труда «О минимальном возрасте приема на работу» от 06 июня 1973 г.
5. Конвенция МОТ № 182. Конвенция о запрещении и немедленных мерах по искоренению наихудших форм детского труда от 1 июня 1999 года.
6. Конвенция о правах ребенка Организации объединенных наций от 20 ноября 1989 г.
7. Перечень тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда лиц моложе 18 лет (утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2000 г. № 163). Постановление Минтруда России от 07.04.1999 г. № 7 «Об утверждении Норм предельно допустимых нагрузок для лиц моложе 18 лет при подъеме и перемещении тяжестей вручную».
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

9. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»[#].

10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.6.2553-09 «Санитарно-эпидемиологические требования к безопасности условий труда работников, не достигших 18-летнего возраста» (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 30 сентября 2009 г. № 58).

11. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.2.2842-11 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы лагерей труда и отдыха для подростков» (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 марта 2011 г. № 22).

8. Список литературы

1. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Иванов В.Ю., Молчанова С.С., Куликова А.В. Актуальные аспекты охраны здоровья работающих подростков. Бюллетень Научного Совета Медико-экологические проблемы работающих. 2005; 1: 14–18.

2. Дети в России. 2009: Стат. сб. ЮНИСЕФ, Росстат. М.: ИИЦ «Статистика. России», 2009. 121 с.

3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Руководства по врачебному профессиональному консультированию подростков. М.: Издательский дом «Династия», 2004. 200 с.

4. Шубочкина Е.И., Иванов В.Ю. Право детей на безопасный труд – законодательство и реальная практика. Права ребенка. 2009; 1: 12–15.

5. Иванов В.Ю. Медико-социальная характеристика трудовой занятости подростков, работающих в свободное от учебы время. Вестник РГМУ. 2013; 5-6: 83–86.

6. Иванов В.Ю. Гигиенические аспекты трудовой занятости подростков. Здоровье населения и среда обитания. 2013; 12: 35–37.

7. Шубочкина Е.И., Иванов В.Ю., Ибрагимова Е.М. Медико-социальные аспекты трудовой занятости подростков. в кн.: А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. Монография. М.: Издательство «ПедиатрЪ», 2014: 231–52.

8. Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Сахаров В.Г., Павлович К.Э. Информационное обеспечение медицинской и психофизиологической профессиональной ориентации подростков (информационные матрицы). В кн.: А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. Монография. М.: Издательство «ПедиатрЪ», 2014: 191–230.

9. Runyan C.W., Vladutiu C.J., Schulman M.D., Rauscher K.J. Parental involvement with their working teens. Journal of Adolescent Health. 2011; 49(1): 84–86.

10. Zierold K.M., Appana S., Anderson H.A. Working for mom and dad: are teens more likely to get injured working in family-owned businesses? Journal of Community Health. 2012; 37(1): 186–94.

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

9. Приложения

Приложение 1

Примерная форма анкеты

Инструкция: при заполнении анкеты необходимо точно ответить на вопросы для получения более полной информации о твоем досуге 'выбери или впиши необходимый ответ':

Школа № _____ Класс _____

Колледж № _____ Группа № _____

Фамилия· имя _____

Дата рождения (ДД·ММ·ГГГГ) « ____ » _____ 20__ г.

Пол (подчеркни): МУЖ· ЖЕН·

Планируешь ли ты работать в свободное от учебы время?

ДА	НЕТ	УЖЕ РАБОТАЮ
Укажи· кем бы ты хотел работать: _____	–	Укажи· кем ты сейчас работаешь: _____
Работа будет выполняться: а) на постоянной основе; б) на временной основе·	–	Укажи· сколько часов ты работаешь: а) в будние дни после уроков: _____ б) в выходные дни: _____

Приложение 2**Основные требования к охране здоровья работающих подростков**

Трудовым кодексом Российской Федерации установлены основные льготы, гарантии и ограничения при применении труда работников, не достигших 18-летнего возраста.

Виды трудовой деятельности, которыми могут заниматься подростки, не должны входить в число запрещенных законодательством для лиц моложе 18 лет.

Среди них – тяжелые работы и работы с вредными или опасными условиями труда, подземные работы, а также работы, выполнение которых может причинить вред здоровью и нравственному развитию подростков: в игорном бизнесе, ночных кабаре и клубах, в производстве, перевозке и торговле спиртными напитками, табачными изделиями, наркотическими и токсическими препаратами (в статье 265 Трудового кодекса РФ перечислены работы, на которых запрещается применение труда лиц до 18 лет).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2000 г. № 163 утвержден Перечень тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда лиц моложе 18 лет. Следует обратить внимание на раздел XLIII «Работы, выполняемые в различных отраслях экономики», где представлены профессии, общие для всех отраслей, и перечислены в том числе отдельные запрещенные виды и условия выполнения работ.

Подростки не должны использоваться постоянно на подсобных работах, связанных с подъемом и перемещением тяжестей. Такие работы не должны занимать более трети рабочего времени и на них не должны превышать предельные величины нагрузок, предусмотренные соответствующими нормами для их подросткового возраста и пола. (Постановление Минтруда РФ от 07.04.1999 г. № 7 «Об утверждении Норм предельно допустимых нагрузок для лиц моложе 18 лет при подъеме и перемещении тяжестей вручную»).

Рабочие места для подростков должны выбираться с учетом требований, предъявляемых установленными санитарными правилами и нормами для этой категории работающих, то есть соответствовать безопасным условиям труда.

Работа для подростков в свободное от учебы время не должна наносить вреда здоровью и препятствовать получению образования.

Принципами определения безопасных для подростков видов деятельности являются:

- соответствие возрастным и функциональным возможностям;
- отсутствие неблагоприятного влияния на рост, развитие и состояние здоровья;
- исключение повышенной опасности травматизма для себя и окружающих;
- учет повышенной чувствительности (уязвимости) организма подростков к действию факторов производственной среды и трудового процесса.

Рабочие места для подростков должны выбираться с таким расчетом, чтобы при наличии вредных и опасных факторов производственной среды – пыли, газов, паров, шума, вибрации, излучений и факторов трудового процесса уровень их не превышал установленных предельнодопустимых значений. Требования к условиям труда подростков определены в СанПиН 2.4.6.2553-09 «Санитарно-эпидемиологические требования к

безопасности условий труда работников, не достигших 18-летнего возраста» (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 30 сентября 2009 г. № 58).

Для предупреждения травматизма подростков, не имеющих достаточного опыта работы и сформированных навыков, необходимо обучение их безопасным методам и правилам работы, представленным в инструкциях по охране труда. Производственное оборудование, инструменты, рычаги управления, рабочая мебель по своим параметрам должны соответствовать эргономическим требованиям с учетом физического развития подростка.

Временные рабочие места целесообразно организовывать в каникулярном периоде, главным образом в период летних каникул, когда возрастает потребность в подработке. Организованными формами трудовой деятельности при этом могут быть лагеря труда и отдыха, ученические бригады, учебные предприятия образовательных учреждений. При этом предпочтение должно быть отдано видам и нагрузкам с увеличенным объемом двигательной активности, которые могут дать оздоровительный эффект, – работа в загородной местности, на открытом воздухе. Режим и особенности организации труда в лагерях труда и отдыха регламентируется СанПиН 2.4.2.2842-11 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы лагерей труда и отдыха для подростков» (утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 18 марта 2011 г. № 22).

Режим работы в свободное от учебы время

Режим работы лиц моложе 18 лет должен соответствовать установленным трудовым законодательством требованиям, а также учитывать индивидуальные возможности и интенсивность учебной нагрузки. Режим работы установлен дифференцированно для младшей возрастной группы (от 14 до 16 лет) и для старшей возрастной группы (от 16 до 18 лет).

При трудоустройстве в каникулярное время работники младше 16 лет могут работать не более 24 часов в неделю; в возрасте от 16 до 18 лет – не более 35 часов в неделю. Продолжительность ежедневной работы (смены) в период каникул не должна превышать для лиц в возрасте от 15 до 16 лет 5 часов, в возрасте от 16 до 18 лет – 7 часов. Для работников 14-летнего возраста в каникулы ежедневное рабочее время составляет не более 2,5 часа.

Для подростков, совмещающих в течение года учебную работу, продолжительность рабочего дня не должна превышать для лиц от 14 до 16 лет – 2,5 часа, и для лиц от 16 до 18 лет – 4 часов. Недельная нагрузка в период учебы не должна превышать 12 часов для подростков младшей группы и 17,5 часа – для старшей.

Ежедневная работа подростков в дни учебы (с понедельника по пятницу) является нежелательной, так как увеличенная продолжительность фактического рабочего дня (учеба и работа) способствует накоплению утомления, росту заболеваемости, снижению успеваемости. При выборе места работы предпочтительным будет трудоустройство на работу с возможностью гибкого графика с учетом расписания учебных занятий в образовательном учреждении. График работы подростков, работающих в учебном году, не должен совпадать с временем учебных занятий и ночным временем (период от 22 часов до 6 часов).

Наиболее предпочтительной является работа в каникулы. Работа в летние месяцы не должна занимать все каникулярное время. Рекомендуется оставлять не менее трех недель для отдыха перед началом нового учебного года в целях снятия накопившегося утомления.

Минимальный возраст для приема на работу

Трудовой кодекс РФ в статье 63 устанавливает минимальный возраст для приема на работу, то есть возраст, с которого допускается заключение трудового договора. Трудовой договор может заключаться с лицами, достигшими возраста 16 лет. Предусмотрена возможность заключать трудовой договор с лицами, достигшими возраста согласия одного из родителей (опекуна) и разрешения органа опеки и попечительства заключение трудового договора с лицами, не достигшими возраста 14 лет, для участия в создании и (или) исполнении (экспонировании) произведений без ущерба здоровью и нравственному развитию. 15 лет, для выполнения легкого труда, не причиняющего вреда здоровью, в случаях получения общего образования, либо продолжения освоения основной общеобразовательной программы общего образования по иной, чем очная, форме обучения, либо оставления в соответствии с федеральным законом общеобразовательного учреждения.

Также допускается с согласия одного из родителей (попечителя) и органа опеки и попечительства заключение трудового договора с учащимся, достигшим возраста 14 лет, для выполнения в свободное от учебы время легкого труда, не причиняющего вреда его здоровью и не нарушающего процесса обучения.

Прием на временную работу (в свободное от учебы время) оформляется приказом (распоряжением) работодателя, изданным на основании заключенного трудового договора.

Для отдельных видов работ – в организациях кинематографии, театрах, театральных и концертных организациях, цирках допускается с согласия одного из родителей (опекуна) и разрешения органа опеки и попечительства заключение трудового договора с лицами, не достигшими возраста 14 лет, для участия в создании и (или) исполнении (экспонировании) произведений без ущерба здоровью и нравственному развитию.

Приложение 3

Требования к состоянию здоровья и организации медицинских осмотров работников, не достигших 18-летнего возраста

Согласно статье 69 Трудового кодекса РФ, лица, не достигшие возраста 18 лет, подлежат обязательному предварительному медицинскому осмотру (обследованию) при заключении трудового договора. В последующем работники в возрасте до 18 лет подлежат ежегодному периодическому медицинскому осмотру.

Для приема подростка на работу должно быть оформлено медицинское заключение. Такое заключение может быть выдано на основании данных ежегодных профилактических осмотров, проведенных в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и периодических в период обучения в них». Допускается использование результатов таких медицинских осмотров, имеющие давность не более 3 (трех) месяцев.

Целью медицинского осмотра является определение возможностей подростка выполнять работу без нарушения процессов роста и развития, ухудшения состояния здоровья, а также для определения соответствия функциональных возможностей требованиям, предъявляемым к профессиям по определенным видам деятельности. Врачи, обслуживающие подростков в образовательных учреждениях или по месту жительства, при подготовке медицинского заключения должны учитывать целесообразность дополнительной нагрузки для обучающихся, имеющих выраженные нарушения здоровья, дать рекомендации по предпочтительному виду деятельности, выбору времени работы, ее продолжительности, режиму работы.

Порядок проведения медицинских осмотров работников в Российской Федерации определен Приказом Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Перед трудоустройством работодатель направляет подростка (выдает направление) на медицинский осмотр с указанием выполняемой работы (профессии) в порядке, установленном Приказом Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н.

По результатам предварительного медосмотра в соответствии с требованиями указанного приказа оформляется Заключение, которое подписывается и заверяется печатью медицинской организации, проводившей медицинский осмотр.

В Заключении указывается:

- дата выдачи Заключения;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол лица, поступающего на работу (работника);
- наименование работодателя;
- наименование структурного подразделения работодателя (при наличии), должности (профессии) или вида работы;
- наименование вида работы;
- результат медицинского осмотра (медицинские противопоказания выявлены, не выявлены).

Ответственность за прохождение предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работников несет работодатель. Лица, не прошедшие периодического медицинского осмотра к работе не допускаются.

Подростки, поступающие на работу на объекты пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводные сооружения, лечебно-профилактические и детские учреждения, а также на работы, связанные с коммунально-бытовым обслуживанием населения, проходят медицинские осмотры в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний (порядок проведения таких медосмотров определен Приказом Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. № 302н). В этом случае на каждого работника оформляется личная медицинская книжка установленного образца, в которую вносятся результаты медицинских обследований и лабораторных исследований, сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, профилактических прививках, отметка о прохождении гигиенической аттестации. Выдача личных

медицинских книжек для подростков, проведение гигиенической подготовки и аттестации осуществляются Федеральными бюджетными учреждениями здравоохранения «Центрами гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации, муниципальных образованиях, на транспорте.

Приложение 4

Возможные вредные и опасные факторы при выполнении отдельных видов работ

1. Продавец (помощник продавца) непродовольственных (промышленных) товаров.

Подростки могут работать в качестве продавца (помощника продавца) непродовольственных товаров после соответствующей подготовки за исключением продажи сложных технических товаров, электротоваров, сильнодействующих и ядовитых веществ, бытовой и автохимии, огнестрельного и холодного оружия, пиротехнических изделий. Подростки также не могут работать в магазинах по продаже предметов интимного ассортимента и другой продукции, предназначенной для взрослых.

Не допускается самостоятельная работа подростков при отсутствии взрослых работников.

Основными вредными и опасными производственными факторами при работе продавцом непродовольственных товаров могут быть:

- перемещаемые товары, тара, оборудование;
- острые кромки, неровности и шероховатости на поверхностях инструмента, оборудования, инвентаря, товаров и тары;
- повышенное значение напряжения в электрической цепи;
- повышенный уровень шума на рабочем месте;
- повышенный уровень электромагнитных излучений;
- недостаточная освещенность рабочей зоны;
- пониженная контрастность;
- вредные вещества в воздухе рабочей зоны (при торговле товарами бытовой химии и др.);
- неблагоприятные метеорологические (при работе на открытом воздухе) и микроклиматические условия (в помещении);
- физические перегрузки (при подъеме и переносе тяжестей);
- психоэмоциональные перегрузки.

2. Продавец (помощник продавца) продовольственных товаров.

Подростки не допускаются к работам, связанным с хранением, приемом, отпуском вина, спирта, ликеро-водочной продукции, пива и табачно-махорочной продукции. Подростки не должны привлекаться к работам, связанным с разделкой мяса, рыбы, птицы, нарезкой колбасных и иных изделий, изготовлению фарша, а также заниматься реализацией замороженной продукции, не имеющей стандартной картонной или пластиковой упаковки.

Для подростков, не достигших 16 лет, рекомендуемыми видами работ в торговле являются - продажа мелких фасованных (кондитерских и хлебобулочных изделий) изделий, книжной и канцелярской продукции, игрушек и сувениров.

Не допускается самостоятельная работа подростков при отсутствии взрослых работников.

На работника, выполняющего обязанности продавца (помощника) продовольственных товаров, могут воздействовать опасные и вредные производственные факторы:

- подвижные части механического оборудования;
- перемещаемые товары и тара;
- повышенное значение напряжения в электрической цепи;
- пониженная температура поверхностей холодильного оборудования, товаров;
- неблагоприятные метеорологические (при работе на открытом воздухе) и микроклиматические условия (в помещении);
- недостаточная освещенность рабочей зоны;
- острые кромки, неровности и шероховатости на поверхностях инструмента, оборудования, инвентаря, тары, товаров;
- физические перегрузки (при подъеме и переносе тяжестей);
- психоэмоциональные перегрузки.

3. Официант (бармен).

Подростки могут работать в качестве официантов на предприятиях общественного питания, кроме предприятий, где реализуются алкогольные напитки и пиво. Предпочтение следует отдавать предприятиям быстрого питания, летним кафе и закусочным, где используется одноразовая посуда.

При выполнении работы официантом на работника могут воздействовать опасные и вредные производственные факторы:

- перемещаемые продукты питания, в том числе с высокой температурой (чай, кофе и др.);
- неблагоприятные условия микроклимата (в том числе при работе на открытом воздухе);
- недостаточная освещенность рабочей зоны;
- острые кромки, неровности и шероховатости на поверхностях инструмента, оборудования, инвентаря, тары, товаров;
- физические перегрузки (при подъеме и переносе тяжестей, длительное нахождение в позе стоя);
- психоэмоциональные перегрузки.

4. Дворник (уборщик территории).

К работе дворником не должны допускаться лица, не достигшие 15 лет. Подростки не должны привлекаться к уборке проезжих частей улиц, территорий, непосредственно прилегающих к транспортным магистралям (имеющим более 4 полос движения транспорта), парковок (стоянок) автотранспорта вместимостью более 50 машиномест, территорий дорожно-ремонтных баз, предприятий по перевозке отходов производства и потребления, автобусных и троллейбусных парков, предприятий по ремонту и обслуживанию грузовых автомобилей, железнодорожных путей и депо, метрополитена, аэродромов и аэропортов и др.

Основными опасными вредными и опасными производственными факторами при работах по уборке территорий могут быть:

- движущиеся транспортные средства;
- неудовлетворительное состояние территории (ямы, траншеи, выбоины, канализационные люки и др.);
- воздействие погодных условий (атмосферные осадки, высокие и низкие температуры атмосферного воздуха, сосульки, наледь на крышах и др.);
- недостаточная освещенность рабочей зоны;

- повышенная загазованность и запыленность, повышенный уровень шума вблизи транспортных магистралей;
- физические перегрузки;
- вредные химические вещества (противогололедные реагенты).

5. Уборщик производственных и служебных помещений.

Подростки могут использоваться в качестве уборщиков производственных и служебных помещений, кроме занятых в производствах, цехах и участках с вредными условиями труда.

Подростки не допускаются к работе на высоте, мытью окон, уборке помещений электроустановок и общественных туалетов.

Основными опасными вредными и опасными производственными факторами при работах по уборке помещений могут быть:

- острые кромки, неровности и шероховатости на убираемых поверхностях, на уборочном инвентаре;
- наличие люков, проемов, колодцев и т.п.;
- наличие электрооборудования;
- недостаточная освещенность рабочей зоны;
- вредные химические вещества (моющие и дезинфицирующие средства);
- повышенная запыленность;
- микроорганизмы (бактерии, грибы, и др.);
- физические перегрузки.

6. Пользователь и оператор персональных компьютеров.

При работе с персональными компьютерами возможны воздействия следующих опасных и вредных производственных факторов:

- повышенный уровень электромагнитных излучений;
- недостаточный (избыточный) уровень освещенности, повышенная яркость, блеск; пониженная контрастность;
- длительное напряжение органа зрения;
- повышенная информационная нагрузка;
- статические нагрузки (вынужденная рабочая поза);
- локальные мышечные нагрузки.

7. Курьер, промоутер, почтальон, распространитель листовок, расклейщик объявлений.

Основными опасными вредными и опасными производственными факторами при доставке корреспонденции, товаров и распространении рекламных объявлений могут быть:

- движущиеся транспортные средства;
- неудовлетворительное состояние дорог, территории, лестничных подъемов и т. п.;
- воздействие погодных условий (атмосферные осадки, высокие и низкие температуры атмосферного воздуха и др.);
- недостаточная освещенность улиц;
- нападение животных;
- повышенная загазованность и запыленность на транспортных магистралях;
- повышенный уровень шума на транспортных магистралях;
- физические перегрузки (перенос тяжестей).

8. Фасовщик и упаковщик продукции (товаров).

Подростки могут работать в качестве фасовщиков и упаковщиков, кроме занятых на работах с сыпучими едкими веществами и на укладке рыбы в тару, на упаковке шрифтовой продукции и типографского сплава.

Подростки не должны привлекаться к фасовке и упаковке продукции, содержащей сильнодействующие и ядовитые вещества, бытовую и автохимию, взрывоопасных, легковоспламеняющихся, других опасных и вредных веществ.

Не допускается выполнять ручную фасовку товаров на конвейере, механизированных линиях (с использованием дозаторов, сшиванием и упаковкой пакетов), на проволокошвейной машине, а также работы по сварке полимерной пленки (пакетов).

На работающего в зависимости от вида изделий и материалов, с которыми он работает, могут воздействовать следующие опасные и вредные производственные факторы:

- подвижные части технологического, фасовочного оборудования, перемещаемая продукция, товары, тара;
- вредные вещества в воздухе рабочей зоны, повышенная запыленность;
- недостаточная освещенность рабочей зоны, пониженная контрастность;
- острые кромки, неровности и шероховатости на поверхностях оборудования, инструмента, тары, товаров;
- физические перегрузки;
- напряжение зрения;
- монотонность труда;
- физические перегрузки.

9. Сельскохозяйственный рабочий, садовод, садовник, овощевод (плодоовощевод), рабочий зеленого строительства.

Подростки не должны привлекаться к работам, связанным с управлением самоходными механизмами, ремонтом и техническим обслуживанием сельскохозяйственной техники, пестицидами и другими ядохимикатами, к работам, проводимым в теплицах. Неблагоприятны для подростков работы в животноводстве, в хлопководстве, табаководстве, работы по сбору чая.

При работе в сельском хозяйстве могут воздействовать следующие опасные и вредные производственные факторы:

- движущиеся транспортные средства, машины и механизмы, перемещаемые грузы, подвижные части производственного оборудования и инструмента;
- неудовлетворительное состояние дорог и производственной территории (ямы, траншеи, и др.);
- погодные условия (атмосферные осадки, высокие и низкие температуры атмосферного воздуха и др.);
- пониженная (повышенная) температура воздуха рабочей зоны;
- острые кромки, неровности и шероховатости на поверхностях инструмента, инвентаря, тары;
- повышенная запыленность воздуха;
- вредные химические вещества (пестициды и другие средства защиты растений);
- ядовитые растения;
- нападение сельскохозяйственных животных;
- производственный шум;
- физические перегрузки;
- вынужденная рабочая поза.

Приложение 5**Примерные темы занятий в рамках образовательных программ**

1. Мир профессий – я собираюсь работать.
2. Рынок труда – какую работу я могу выбрать.
3. Здоровье и выбор профессии.
4. Трудовое законодательство – что нужно знать подростку.
5. Я собираюсь работать – готов ли я выбрать работу.
6. Как нужно устраиваться на работу.
7. Работа в свободное от учебы время – плюсы и минусы.
8. Вредные и опасные условия труда – что это такое.
9. Работа и учеба – как правильно совмещать.
10. Получить рекомендации врача и работать.
11. Режим работы подростков, если они учатся и работают.
12. Медицинская профессиональная консультация для тех, кто выбирает работу.

Приложение 6**Профессионально-производственные факторы и системы организма, наиболее чувствительные к их воздействию**

Профессионально-производственный фактор	Наиболее чувствительные системы организма при воздействии профессионально-производственного фактора
Производственная пыль (аэрозоли преимущественно фиброгенного действия)	Органы дыхания, включая верхние дыхательные пути; сердечно-сосудистая система (вторично); передний отрезок глаза (веки, конъюнктивы, роговица, слезовыводящие пути); кожные покровы; иммунная система (аллергические реакции).
Производственная вибрация (локальная, общая)	Периферическая нервная система; периферические отделы системы кровообращения (капиллярное кровообращение); центральная нервная система (диэнцефальные отделы мозга); костно-мышечная система и соединительная ткань; кожа и подкожная клетчатка; женские тазовые органы; вестибулярный аппарат; эндокринная система (вторично).
Производственный шум	Слуховой анализатор (рецепторный аппарат внутреннего уха; слуховой нерв; центральные отделы нервной системы); вестибулярный аппарат; вегетативные отделы нервной системы (вторично); сердечно-сосудистая система (вторично); эндокринная система (вторично).
Производственный инфразвук	Кожа; нервная система (периферические, центральные и вегетативные отделы); сердечно-сосудистая система (вторично).
Контактный ультразвук	Центральная нервная система (кора головного мозга, гипоталамус, ретикулярная формация); вегетативные отделы нервной системы; периферические нервы (вторично); сердечно-сосудистая система (вторично); эндокринная система (вторично); слуховой анализатор (вторично); вестибулярный аппарат (вторично).

Приложение 6 (Продолжение)

Профессионально-производственный фактор	Наиболее чувствительные системы организма при воздействии профессионально-производственного фактора
Электромагнитные излучения (постоянное магнитное поле, электростатическое поле, электрические поля промышленной частоты и др.)	Центральная нервная система (в том числе психическая сфера); вегетативные отделы нервной системы; хрусталик глаза; сердечно-сосудистая система (в том числе миокард); эндокринная система; половая система (семенники, менструально-овариальные функции); периферическая кровь; желудочно-кишечный тракт, печень (вторично).
Электромагнитные излучения оптического диапазона – лазерное излучение	Зрительный анализатор, в особенности передний отрезок глаза и сетчатка; кожа и подкожная клетчатка; центральная нервная система (в том числе психическая сфера); вегетативные отделы нервной системы; сердечно-сосудистая система (вторично); периферическая кровь.
Пониженная и повышенная температура воздуха	Кожа и подкожная клетчатка; центральные и вегетативные отделы нервной системы; мочеполовая система; сердечно-сосудистая система (в том числе капиллярное кровообращение и венозная сеть); эндокринная система (вторично); передний отрезок глаза и хрусталик.
Пониженное и повышенное атмосферное давление	Сердечно-сосудистая система; центральные и вегетативные отделы нервной системы; эндокринная система (вторично); система пищеварения (вторично); органы дыхания (вторично); периферическая кровь (вторично).
Химические факторы (токсические вещества)	Органы дыхания; кожа и подкожная клетчатка; мочеполовая система; центральные, периферические и вегетативные отделы нервной системы; кровь и органы кроветворения; желудочно-кишечный тракт; печень; поджелудочная железа; эндокринная система; костная система.
Биологические факторы	Органы дыхания, включая верхние дыхательные пути; кожа; передний отрезок глаза; иммунная система (аллергические реакции); центральные, периферические и вегетативные отделы нервной системы (вторично); желудочно-кишечный тракт (вторично); система мочеиспускания (вторично); слуховой анализатор (вторично).
Факторы тяжести трудового процесса	Костно-мышечная система; периферические отделы нервной системы; сердечно-сосудистая система, включая периферическое артериальное и венозное кровообращение; женские тазовые органы.
Факторы напряженности трудового процесса	Центральная нервная система, включая психическую сферу; вегетативные отделы нервной системы; зрительный анализатор; сердечно-сосудистая система; желудочно-кишечный тракт; эндокринная система; половая система (вторично); костно-мышечная система; слуховой анализатор.
Зрительно-напряженные работы	Центральная нервная система, включая психическую сферу; вегетативные отделы нервной системы; зрительный анализатор; система кровообращения; отдельные мышцы.

Приложение 7

Профессионально-производственные факторы, характерные для отдельных видов работ *

№ п/п	Профессия (вид работ)	ХФ	БФ	МК	АПФД	ШУМ	ОВ	ЛВ	ЭМИ	ТТ	НТ	ЗН
1	Продавец (помощник продавца) непродовольственных (промышленных) товаров	+ -	-	+ -	-	+ -	-	-	-	+ -	+ -	+ -
2	Продавец (помощник продавца) продовольственных товаров	-	-	+ -	-	+ -	-	-	-	+ -	+ -	+ -
3	Официант (бармен)	-	-	+ -	-	+ -	-	-	-	+	+ -	+ -
4	Дворник (уборщик территории)	+ -	+ -	+ -	+ -	+ -	-	-	-	+	-	-
5	Уборщик производственных и служебных помещений	+ -	+ -	-	+ -	+ -	-	-	-	+	-	-
6	Пользователь и оператор персональных компьютеров	-	-	-	-	-	-	-	+ -	+ -	-	+
7	Курьер, промоутер, почтальон, распространитель листовок, расклейщик объявлений	+ -	-	+ -	-	+ -	-	-	-	+	+ -	-
8	Фасовщик и упаковщик продукции (товаров)	+ -	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+ -

* – условные обозначения:

«-» – фактор отсутствует или находится в оптимальных по гигиеническим нормативам пределах;

«+ -» – фактор может отсутствовать или присутствовать в допустимых по гигиеническим нормативам пределах (в зависимости от конкретных условий);

«+» – фактор присутствует на рабочем месте в допустимых по гигиеническим нормативам пределах;

ХФ – присутствие химического фактора (токсических веществ) в воздухе рабочей зоны;

БФ – биологический фактор (возможность контакта с микроорганизмами способными вызвать инфекционные и аллергические заболевания);

МК – возможные неблагоприятные метеорологические при работе на открытом воздухе или микроклиматические условия при работе в помещениях (температура влажность скорость движения воздуха);

АПФД – аэрозоли (пыли) преимущественно фиброгенного действия;

ШУМ – производственный шум; ОВ – общая вибрация; ЛВ – локальная вибрация;

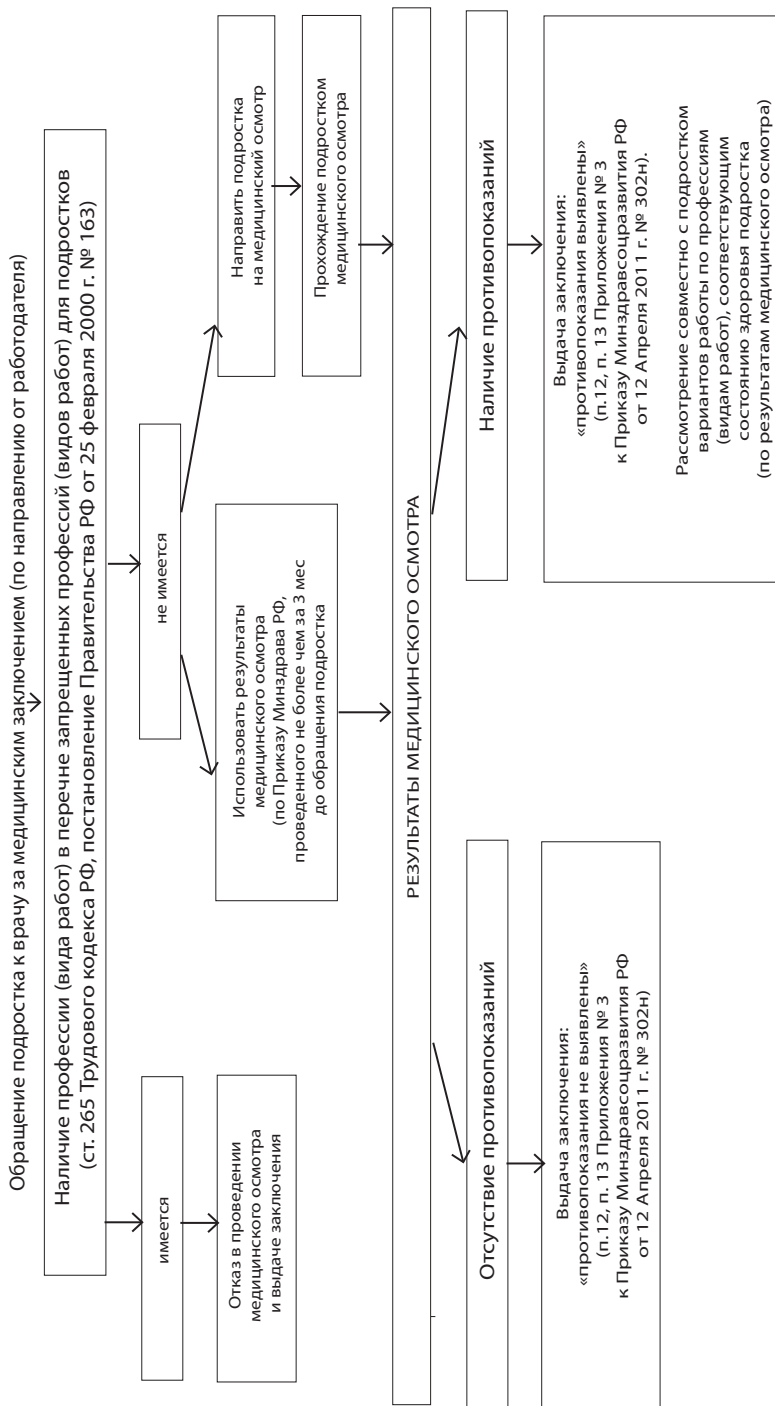
ЭМИ – электромагнитные излучения (постоянное магнитное поле электростатическое поле электрические поля промышленной частоты и др.);

ТТ – тяжесть трудового процесса (подъем и перенос тяжестей: статические и динамические нагрузки; вынужденная рабочая поза и др.);

НТ – напряженность труда; ЗН – зрительно напряженные работы;

Приложение 8

Алгоритм действий врача при оформлении заключения о возможности работы подростка



УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
10 октября 2016 г.
Протокол № 6

УТВЕРЖДЕНЫ
на V Конгрессе
РОШУМЗ
10 октября 2016 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ: ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

ФР-РОШУМЗ-28-2016

(версия 1.1)

***Кодирование рассматриваемого заболевания/состояния/синдрома по
Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10):***
2016 год (пересмотр каждые 5 лет)

Профессиональные ассоциации:

- Всероссийское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ)
- НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России

РАЗРАБОТЧИКИ: Рапопорт И.К., Трофименко Е.В., Соколова С.Б., Чубаровский В.В.,
Данова А.В.

Федеральные рекомендации «Оценка динамики показателей состояния здоровья обучающихся по результатам профилактических медицинских осмотров» включают сведения, необходимые для сравнительного анализа показателей состояния здоровья несовершеннолетних, полученных при профилактических медицинских осмотрах. Сравнительный анализ проводится с целью определения приоритетных направлений и технологий профилактической и оздоровительной работы в образовательных организациях. Федеральные рекомендации содержат алгоритм, методы статистической обработки данных и шаблоны таблиц, включающие классы, группы заболеваний и функциональных отклонений, а также отдельные нозологические формы, наиболее часто выявляемые при профилактических медицинских осмотрах.

Федеральные рекомендации «Оценка динамики показателей состояния здоровья обучающихся по результатам профилактических медицинских осмотров» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Минздрава России по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 11 от 23.09.2016 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 24 от 23.09.2016 г.).

1. Ключевые слова

Профилактические медицинские осмотры обучающихся, показатели состояния здоровья, алгоритм распределения обучающихся по группам здоровья, алгоритм оценки динамики заболеваемости несовершеннолетних, направления и технологии профилактической и оздоровительной работы в образовательных организациях.

2. Список сокращений

ЕМИАС – Единая медицинская информационно-аналитическая система.
МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

3. Термины и определения

Профилактические медицинские осмотры представляют собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на раннее (своевременное) выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Алгоритм – последовательность действий при оценке динамики распределения обучающихся по группам здоровья / динамики заболеваемости обучающихся.

4. Краткая информация

Охрана и укрепление здоровья обучающихся в значительной степени зависят от организации и качества медицинской помощи, систематичности наблюдения за здоровьем детей и подростков, целенаправленности профилактической и оздоровительной работы. Эффективность профилактики и оздоровления детей и подростков тесно связана с получением объективной и надежной информации о здоровье каждого ребенка, а также о состоянии здоровья организованных детских коллективов. Объективные данные о здоровье обучающихся на основании комплексной оценки состояния здоровья, изменении показателей заболеваемости и физического развития могут быть получены при анализе результатов регулярно проводимых профилактических медицинских осмотров.

4.1. Определение профилактического осмотра

В соответствии со статьей 46 Федерального закона ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

4.2. Порядок прохождения медицинских осмотров[#]

В настоящее время организация профилактических медицинских осмотров детского населения России регламентирована приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних» (регистрация в Министерстве юстиции РФ от 18 августа 2017 г. № 47855).

В приказе № 514н «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних» подробно прописан порядок прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, указан «Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров», а также «Правила комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних» и «Правила определения медицинской группы для занятий несовершеннолетними физической культурой»; приводится документация, которая ведется в процессе осмотров: учетная форма № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» и отчетная форма № 030-ПО/о-17 «Сведения о профилактических осмотрах несовершеннолетних».

4.3. Регистрация данных медицинских осмотров

Данные о прохождении профилактического осмотра вносятся в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка). Медицинская организация на основании результатов профилактического осмотра, внесенных в историю развития ребенка, оформляет, в том числе в электронном виде, учетную форму № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего». Указанная карта утверждена приказом № 514н и образец ее приведен в приказе.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 514н «врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, направляет информацию о результатах профилактического осмотра медицинским работникам медицинского блока образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний. Копия карты профилактического осмотра (форма № 030-ПО/у-17) медицинской организацией, проводившей профилактический осмотр, выдается на руки несовершеннолетнему (его родителям или иному законному представителю), в том числе для передачи в образовательную организацию».

Медицинская организация на основании карт осмотра осуществляет ведение системы электронного мониторинга профилактических осмотров.

В образовательных организациях рекомендуется вести учет данных результатов профилактических осмотров, занося (подшивая) копии карт профилактического осмотра (форма № 030-ПО/у-17) в Медицинскую карту для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000).

[#]Внесены изменения в разделы 4.2-4.3 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н

В настоящее время в России проводятся активные мероприятия по внедрению Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС), которая должна охватить все медицинские организации страны и обеспечить документооборот в электронном виде. ЕМИАС даст возможность реализовать электронный мониторинг состояния здоровья каждого ребенка, а также позволит статистически обрабатывать большие базы данных, проводить экспертную оценку динамики показателей состояния здоровья обучающихся. Каждый медицинский работник с высшим и средним профессиональным образованием должен иметь доступ в ЕМИАС при соответствующей защите персональной медицинской информации пациента.

В обязанности врачей и среднего медицинского персонала – сотрудников детских медицинских организаций, работающих в образовательных организациях, входит такая функция как анализ данных, полученных по результатам профилактических медицинских осмотров, с целью контроля за состоянием здоровья несовершеннолетних и разработка рекомендаций по профилактике заболеваний и оздоровлению обучающихся.

Выполнение этой функции регламентировано приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 года № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» и возложено на сотрудников отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (Приложение № 1 п. 12), в частности на врача-педиатра (фельдшера) (Приложение 4 п. 4.) и врача по гигиене детей и подростков этого же отделения (Приложение 5 п. 3).

5. Алгоритм оценки динамики распределения обучающихся по группам здоровья на основании результатов профилактических медицинских осмотров

Алгоритм – последовательность действий при оценке динамики распределения обучающихся по группам здоровья (комплексной оценке состояния здоровья) заключается в следующем.

5.1. Этапы оценки динамики распределения обучающихся по группам здоровья.

1 этап. Составляется поименный список всех обучающихся в образовательной организации, прошедших профилактический осмотр, с указанием домашнего адреса.

2 этап. Из системы ЕМИАС¹ по фамилии и имени ребенка и его домашнему адресу выкопировываются данные о комплексной оценке состояния здоровья каждого обследованного несовершеннолетнего, то есть данные о том, к какой группе здоровья он отнесен, и сведения заносятся в столбцы «абсолютные значения» таблицы 1 (таблицы целесообразно построить в программе Excel Microsoft Office).

3 этап. С помощью программы Excel проводится статистическая обработка данных для получения относительных показателей по каждому учебному классу, по параллелям учебных классов и образовательной организации в целом, причем

¹ Если результаты медицинского осмотра обучающихся внесены в Медицинскую карту для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000), то можно провести выкопировку данных о группе здоровья обучающегося из этого медицинского документа.

раздельно для мальчиков и девочек и для лиц обоего пола вместе. Для расчета относительных показателей абсолютные показатели необходимо разделить на соответствующее количество детей (количество мальчиков (n_m); количество девочек (n_d) и количество детей обоего пола вместе ($n_{оп}$) и умножить на 100%.

4 этап. Данные о распределении обследованных обучающихся по группам здоровья в текущем учебном году сохраняются и сопоставляются с данным предыдущих 3–5 лет (табл. 2).

Таблица 1

Распределение учащихся ___ класса(ов), посещающих образовательную организацию (школу № _____) города/села _____ по группам здоровья на основании результатов профилактического осмотра в 20 __ году (%)

Группы здоровья	Мальчики количество осмотренных $n_m =$		Девочки количество осмотренных $n_d =$		Оба пола вместе количество осмотренных $n_{оп} =$	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
I						
II						
III						
IV						
V						
Всего						

Таблица 2

Распределение учащихся ___ класса(ов), посещающих образовательную организацию (школу № _____) города/села _____ по группам здоровья на основании результатов профилактических осмотров, проведенных в 2016-2018 годах (%)

Группы здоровья	2016 г.			2017 г.			2018 г.		
	Мал.	Дев.	Оба пола	Мал.	Дев.	Оба пола	Мал.	Дев.	Оба пола
	$n_m =$	$n_d =$	$n_{оп} =$	$n_m =$	$n_d =$	$n_{оп} =$	$n_m =$	$n_d =$	$n_{оп} =$
I									
II									
III									
IV									
V									
Всего									

5.2. Оценка динамики показателей распределения обучающихся по группам здоровья

Увеличение в динамике наблюдения относительных показателей наполняемости III, IV и V групп здоровья свидетельствует о неблагоприятных тенденциях в состоянии здоровья наблюдаемых детей и подростков – возрастании количества обучающихся, страдающих хроническими заболеваниями. Увеличение наполняемости I группы здоровья свидетельствует о благоприятных тенденциях – возрастании количества обучающихся, абсолютно здоровых.

Трактовка изменений наполняемости II группы здоровья зависит от динамики наполняемости других групп здоровья: если возрастает процент детей со II группы здоровья при снижении числа обучающихся, отнесенных к III и IV группам здоровья, – это благоприятная тенденция – уменьшение количества детей, страдающих хроническими заболеваниями, за счет перехода в функциональные нарушения (например, переход плоскостопия в уплощение стоп при постепенном правильном формировании свода). Если, наоборот, увеличивается процент детей, отнесенных ко II, III и IV группам здоровья, – то это неблагоприятная тенденция в состоянии здоровья обучающихся (возрастание количества детей с функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями). Такая ситуация требует активного проведения профилактической и оздоровительной работы в образовательной организации.

6. Алгоритм оценки динамики заболеваемости обучающихся по результатам профилактических медицинских осмотров

Алгоритм – последовательность действий при оценке динамики заболеваемости обучающихся по результатам профилактических медицинских осмотров заключается в следующем.

1 этап. Составляется поименный список всех обучающихся в образовательной организации, прошедших профилактический осмотр, с указанием домашнего адреса.

2 этап. Из системы ЕМИАС² по фамилии и имени ребенка и его домашнему адресу выкопировываются все выявленные у каждого обучающегося нарушения здоровья – функциональные отклонения (включая отклонения в физическом развитии) и хронические заболевания и заносятся в столбцы «абсолютные значения» таблиц (табл. 3 и 4) целесообразно построить в программе Excel Microsoft Office).

3 этап. С помощью программы Excel проводится статистическая обработка данных для получения относительных показателей по каждому классу, по параллелям учебных классов и образовательной организации в целом, причем раздельно для мальчиков и девочек и для лиц обоего пола вместе.

4 этап. Определяются классы заболеваний в соответствии с МКБ-10 и группы функциональных отклонений и хронических заболеваний, наиболее распространенные (занимающие ведущие ранговые места) в классных параллелях и образовательной организации в целом, что позволяет определить приоритетные направления профилактической и оздоровительной работы в конкретной образовательной организации и с конкретными группами детей на ближайшие 2–3 года.

5 этап. Данные о заболеваемости обучающихся в текущем учебном году сохраняются и сопоставляются с данным предыдущих 3–5 лет.

² Если результаты медицинского осмотра обучающихся внесены в Медицинскую карту для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000), то можно провести выкопировку данных о выявленных у обучающегося хронических заболеваниях и функциональных отклонениях из этого медицинского документа.

6 этап. Оценка динамики показателей заболеваемости по результатам профилактических медицинских осмотров.

Увеличение относительных показателей заболеваемости обучающихся по отдельным классам МКБ-10 и группам заболеваний и функциональных отклонений свидетельствует о неблагоприятных тенденциях и требует целенаправленного проведения профилактической и оздоровительной работы с подбором адекватных технологий. Снижение показателей заболеваемости свидетельствует об успешном проведении профилактической и оздоровительной работы и адекватности выбранных медицинских, педагогических, психологических, физкультурно-оздоровительных и других технологий.

7. Метод оценки динамики заболеваемости обучающихся по результатам профилактических медицинских осмотров

В процессе выкопировки данных о функциональных отклонениях и хронических заболеваниях в таблицы 3 и 4 заносятся отдельно все случаи функциональных отклонений, при наличии которых обучающиеся относятся к II группе здоровья, и все случаи хронические заболеваний, при наличии которых обучающиеся относятся к III–V группам здоровья. Для правильного отнесения того или иного нарушения здоровья к функциональным отклонениям или к хроническим заболеваниям следует воспользоваться «Алгоритмом определения групп здоровья детей в возрасте от 3 лет до 17 лет включительно (по результатам профилактических медицинских осмотров)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей» (см. приложение к данным Федеральным рекомендациям).

В таблицах 3 и 4 функциональные отклонения и хронические заболевания сгруппированы на основе этиопатогенетических подходов к анализу заболеваемости, что позволяет выделять не только хронические заболевания, но и функциональные отклонения, чрезвычайно характерные для детского и подросткового возрастов, и разрабатывать научно обоснованные профилактические мероприятия и оздоровительные программы. В таблицах часто встречающиеся функциональные отклонения и хронические заболевания расположены по классам болезней (по системам организма) в соответствии со структурой Международной классификации болезней (МКБ-10).

Учитывая половые особенности уровней и структуры заболеваемости целесообразно проводить анализ показателей отдельно для мальчиков и девочек, а затем объединять результаты для сравнения показателей между отдельными детскими коллективами: классами, параллелями классов, образовательными организациями и т. д. Для проведения такой работы в таблицах предусмотрены столбцы для внесения абсолютных данных (Абс.). При этом указывается только количество случаев, выявленных у детей данного коллектива при проведенном профилактическом осмотре. Кроме того, предусмотрены параллельные столбцы для внесения относительных (расчетных) показателей (Отн.). В таблицах предусмотрены столбцы для мальчиков (столбцы 2 и 3), для девочек (столбцы 4 и 5) и общих (оба пола вместе) показателей (столбцы 6 и 7).

В таблице обязательно указывается количество осмотренных мальчиков (n_m), девочек (n_d) и количество обучающихся обоего пола вместе ($n_{оп}$).

Последняя строка «Итого» в таблицах предназначена для расчета распространенности всех функциональных отклонений (табл. 3) и хронических заболеваний

(табл. 4). При этом суммируются абсолютные данные о распространенности функциональных отклонений (отдельно) и хронических заболеваний (отдельно) по классам МКБ, они в таблицах выделены жирным шрифтом. Затем делается перерасчет на 1000 обследованных детей. (Методику расчета на 1000 обследованных см. ниже).

Крайний правый столбец в таблицах 3 и 4 предназначен для обозначения рангового места, занимаемого классом болезней (по системам организма) в структуре заболеваемости (по функциональным отклонениям и хроническим заболеваниям отдельно). I ранговое место всегда принадлежит классу болезней (функциональных отклонений), наиболее распространенных среди детей обследуемого контингента.

Последующие ранговые места – II, III, IV и т. д., занимают классы болезней (функциональных отклонений) по мере уменьшения их распространенности.

«Относительный показатель» (в промилле (‰)) рассчитывается путем деления абсолютного числа рассматриваемых диагнозов на количество обследованных обучающихся (данного учебного класса (классов) или группы) и последующего умножения на 1000. Например, при осмотре 46 детей-учащихся 1 «а» и 1 «б» классов школы у 6 мальчиков и 8 девочек были выявлены нарушения осанки. В обоих классах вместе обучаются 24 мальчика и 22 девочки. Распространенность нарушений осанки рассчитывается для мальчиков: $6:24 \times 1000 = 250(\text{‰})$. Распространенность нарушений осанки рассчитывается для девочек: $8:22 \times 1000 = 363,6(\text{‰})$.

Распространенность нарушений осанки рассчитывается для всех учащихся данных классов $(6+8):46 \times 1000 = 304,3(\text{‰})$.

Итоговые показатели вносят в таблицу 5, предназначенную для общих показателей распространенности функциональных отклонений, хронических заболеваний и общей патологической пораженности – сумме показателей распространенности функциональных отклонений и хронических заболеваний.

8. Форма учета результатов профилактических медицинских осмотров для динамической оценки заболеваемости по годам

Для динамической оценки заболеваемости на протяжении нескольких лет наблюдения данные о заболеваемости обучающихся в отчетном учебном году сопоставляются с данными предыдущих 3–5 лет. Для удобства сравнительного анализа данные заносятся в таблицы 6 и 7 и сопоставляются по классам хронических заболеваний и функциональных отклонений, а также по показателям общей патологической пораженности (табл. 8).

Анализ данных о распределении детей по группам здоровья, а также об уровнях, структуре, ранговом распределении функциональных отклонений и хронических заболеваний и динамике показателей дает возможность формировать группы риска прогрессирования патологии. Это позволяет целенаправленно осуществлять профилактические, лечебно-оздоровительные и коррекционные мероприятия на индивидуальном и групповом уровнях.

8.1. Протоколы для сравнительного анализа заболеваемости обучающихся по результатам профилактических осмотров

Таблица 3

Распространенность функциональных отклонений
 среди обучающихся ___ класса(ов), посещающих
 образовательную организацию (школу № ___)
 города/села _____ в 20 __ году

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ	Мальчики количество осмотренных $n_m =$		Девочки количество осмотренных $n_d =$		Оба пола вместе количество осмотренных $n_{оп} =$		Ранговое место
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	
1	2	3	4	5	6	7	8
системы кровообращения							
в т. ч. функц. кардиопатия, функциональные изменения ССС, нейроциркуляторная астения							
пролапс митрального клапана, функциональные сердечные шумы неуточненные							
малые аномалии развития сердца, аномал. располо- жение хорды							
другие функциональные нарушения							
органов пищеварения							
в т. ч. множественный кариес							
функциональная диспепсия (функцион. нарушения желудка)							
дискинезия желчевыво- дящих путей							
пищевая аллергия							
функцион. нарушения кишечника							
другие функциональные нарушения							
почек и системы мочевыделения							
в т. ч. дисметаболическая нефропатия							
нейрогенная дисфункция мочевого пузыря							
другие функциональные нарушения							

1	2	3	4	5	6	7	8
бронхо-легочной системы							
ротоносоглотки							
в т. ч. рецидивирующие носовые кровотечения							
искривление носовой перегородки без нарушения дыхания							
гипертрофия миндалин I, I-II и II ст.							
аденоидные разрастания I, I-II и II ст.							
аллергический ринит, легкое течение,							
поллиноз легкое течение							
другие функциональные нарушения							
кожи и подкожной клетчатки							
т. ч. аллергические кожные реакции							
другие функциональные нарушения							
хирургической сферы							
в т. ч. расширение пахового кольца, расширение пупочного кольца, расхождение прямых мышц живота							
другие функциональные нарушения							
костно-мышечной системы и соединительной ткани							
в т. ч. нарушение осанки							
деформация грудной клетки							
уплощение свода стоп							
другие функциональные нарушения							
психические расстройства							
в т. ч. дислалия, задержка речевого развития							
гиперкинетические расстройства							
невротические реакции,							
астенические реакции,							

1	2	3	4	5	6	7	8
минимальная мозговая дисфункция							
нарушения сна неорганической этиологии							
другие функциональные нарушения							
нервной системы							
в т. ч. вегетативная лабильность, синдром вегетативной дисфункции легкое течение							
цефалгия напряжения							
другие функциональные нарушения							
органа зрения							
в т. ч. гиперметропия слабой ст.							
миопия слабой ст.							
угроза миопии, предмиопия, спазм аккомодации							
астигматизм слабой степени							
косоглазие							
другие функциональные нарушения							
эндокринно-обменные							
в т. ч. диффузный нетоксический зоб (струма) I, I-II, II ст.							
дефицит массы тела							
избыток массы тела							
гинекомастия							
другие функциональные нарушения							
нарушения менструальной функции							
нарушения иммунитета (часто болеющие дети и подростки)							
прочие							
ИТОГО							

Таблица 4

Распространенность хронических заболеваний среди обучающихся ____ класса(ов), посещающих образовательную организацию (школу № ____)
города/села _____ в 20__ году

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ	Мальчики количество осмотренных $n_m =$		Девочки количество осмотренных $n_d =$		Оба пола вместе количество осмотренных $n_{оп} =$		Ранговое место
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	
1	2	3	4	5	6	7	8
системы кровообращения							
в т. ч. функц. кардиопатия, функциональные измене- ния ССС, нейроциркуля- торная астения							
пролапс митрального клапана, функциональные сердечные шумы неуточненные							
малые аномалии развития сердца, аномал. располо- жение хорды							
другие функциональные нарушения							
органов пищеварения							
в т. ч. множественный кариес							
функциональная дис- пепсия (функцион. нару- шения желудка)							
дискинезия желчевыво- дящих путей							
пищевая аллергия							
функцион. нарушения кишечника							
другие функциональные нарушения							
почек и системы мочевыделения							
в т. ч. дисметаболическая нефропатия							
нейрогенная дисфункция мочевого пузыря							
другие функциональные нарушения							

1	2	3	4	5	6	7	8
bronхо-легочной системы							
ротоносоглотки							
в т. ч. рецидивирующие носовые кровотечения							
искривление носовой перегородки без нарушения дыхания							
гипертрофия миндалин I, I-II и II ст.							
аденоидные разрастания I, I-II и II ст.							
аллергический ринит, легкое течение,							
поллиноз легкое течение							
другие функциональные нарушения							
кожи и подкожной клетчатки							
т. ч. аллергические кожные реакции							
другие функциональные нарушения							
хирургической сферы							
в т. ч. расширение пахового кольца, расширение пупочного кольца, расхождение прямых мышц живота							
другие функциональные нарушения							
костно-мышечной системы и соединительной ткани							
в т. ч. нарушение осанки							
деформация грудной клетки							
уплощение свода стоп							
другие функциональные нарушения							

1	2	3	4	5	6	7	8
психические расстройства							
в т. ч. дислалия, задержка речевого развития							
гиперкинетические расстройства							
невротические реакции,							
астенические реакции,							
минимальная мозговая дисфункция							
нарушения сна неорганической этиологии							
другие функциональные нарушения							
нервной системы							
в т. ч. вегетативная лабильность, синдром вегетативной дисфункции легкое течение							
цефалгия напряжения							
другие функциональные нарушения							
органа зрения							
в т. ч. гиперметропия слабой ст.							
миопия слабой ст.							
угроза миопии, предмиопия, спазм аккомодации							
астигматизм слабой степени							
косоглазие							
другие функциональные нарушения							
эндокринно-обменные							
в т. ч. диффузный нетоксический зоб (струма) I, I-II, II ст.							
дефицит массы тела							

избыток массы тела							
гинекомастия							
другие функциональные нарушения							
нарушения менструальной функции							
нарушения иммунитета (часто болеющие дети и подростки)							
прочие							
ИТОГО							

Таблица 5

Распространенность функциональных отклонений,
 хронических заболеваний и общая патологическая пораженность детей,
 посещающих образовательную организацию
 (школу №...) города/села _____ в 201__ году

	Мальчики $n_m =$	Девочки $n_d =$	Оба пола вместе $n_{оп} =$
Функциональные отклонения			
Хронические заболевания			
Общая патологическая пораженность			

Таблица 6

Распространенность функциональных отклонений среди обучающихся _____
 класса(ов) образовательной организации (школы № _____)
 города/села _____ в 201__ – 201__ годах (%)

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ	2016 г.			2017 г.			2018 г.		
	М	Д	ОП	М	Д	ОП	М	Д	ОП
	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=
системы кровообращения									
органов пищеварения									
почек и системы мочевого выделения									
бронхо-легочной системы									
ротоносоглотки									
кожи и подкожной клетчатки									
хирургической сферы									
костно-мышечной системы и соединительной ткани									
психические расстройства									
нервной системы									
органа зрения									
эндокринно-обменные									
нарушения менструального цикла									
нарушения иммунитета (часто болеющих, дети)									
полиаллергия									
прочие									
ИТОГО									

Таблица 7

Распространенность хронических заболеваний среди обучающихся _____
 класса(ов) образовательной организации (школы № _____)
 города/села _____ в 201__ – 201__ годах (‰)

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОТКЛОНЕНИЯ	2016 г.			2017 г.			2018 г.		
	М	Д	ОП	М	Д	ОП	М	Д	ОП
	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=
системы кровообращения									
органов пищеварения									
почек и системы мочевыделения									
бронхо-легочной системы									
ротоносоглотки									
кожи и подкожной клетчатки									
хирургической сферы									
костно- мышечной системы и соеди- нительной ткани									
психические расстройства									
нервной системы									
органа зрения									
эндокринно- обменные									
нарушения мен- струального цикла									
нарушения иммуни- тета (часто болеющ. дети)									
полиаллергия									
прочие									
ИТОГО									

Таблица 8

Распространенность функциональных отклонений, хронических заболеваний и общая патологическая пораженность обучающихся ____ класса(ов) образовательной организации (школы № ____) города/села _____ в 201__ – 201__ годах (%)

	2016 г.			2017 г.			2018 г.		
	М	Д	ОП	М	Д	ОП	М	Д	ОП
	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=	n=
Функциональные отклонения									
Хронические заболевания									
Общая патологическая пораженность									

9. Показания для анализа результатов профилактических осмотров

Рекомендуется использовать распределение обучающихся по группам здоровья и метод оценки динамики состояния здоровья обучающихся, используя формы учета результатов профилактических осмотров, при необходимости целенаправленного проведения профилактической и оздоровительной работы в конкретных образовательных организациях, а также для подбора адекватных технологий в зависимости от особенностей состояния здоровья обучающихся.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1в).

Комментарии: противопоказаний – нет.

10. Материально-техническое обеспечение

Персональные компьютеры, подключенные к Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС), в медицинских кабинетах каждой образовательной организации.

11. Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2008. 432 с.

2. Баранов А.А., Рапопорт И.К., Сухарева Л.М. и др. Состояние здоровья современных подростков. В кн.: Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. Монография. М.: Издательство «ПедиатрЪ»; 2014: 15–41.

3. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. и др. Рост и развитие детей. Контроль за состоянием здоровья детей в образовательных учреждениях. В кн.: Баранов А.А., ред. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2007: 1–40.

4. Рапопорт И.К. Показатели заболеваемости детей и подростков. В кн.: Кучма В.Р., ред. Гигиена детей и подростков. Руководство к практическим занятиям. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2007: 44–55.

5. Рапопорт И.К. Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков. Глава 1.4. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2007: 55–60.

6. Кучма В.Р., ред. Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.

7. Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

8. Кучма В.Р., ред. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях: модель организации, федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся М.: НЦЗД Минздрава России; 2016. 610 с.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Приложение А1. Состав рабочей группы Профильной комиссии МЗ РФ по гигиене детей и подростков

Кучма Владислав Ремирович	директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» Минздрава России, заведующий кафедрой гигиены детей и подростков Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России, главный специалист Минздрава России – председатель профильной комиссии (Москва)
Рапопорт Ирина Калмановна	зав. лабораторией научно-методических основ школ здоровья НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» Минздрава России, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России– заместитель председателя (Москва)
Макарова Анна Юрьевна	доцент кафедры гигиены детей и подростков Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России– ответственный секретарь профильной комиссии (Москва)
Акиншин Владимир Иванович	зам. главного врача по организационно-методической работе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», главный внештатный специалист (Белгородская область)
Жамлиханов Надир Хусяинович	главный врач БУ «Городская детская больница № 4», главный внештатный специалист (Чувашская республика)
Корягина Татьяна Николаевна	заместитель главного врача по поликлинике ГУЗ «Детская городская больница № 3 г. Тулы», главный внештатный специалист (Тульская область)

Мингазова Эльмира Нурисламовна	профессор кафедры гигиены и медицины труда ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный специалист (республика Татарстан)
Мисюрлова Наталья Александровна	заведующая ДШО БУЗ Орловской обл., «Городская больница им. С.П. Боткина», главный специалист (Орловская область)
Митрофанова Ольга Евгеньевна	Консультант Управления организации медицинской помощи матерям и детям Минздрава Московской области, главный специалист (Московская область)
Прошина Наталья Ивановна	заведующая отделением ГУЗ ЯО Детской поликлиники № 5, главный специалист (Ярославская область)
Сазанова Элла Григорьевна	заведующая отделением ДШО ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 7», главный внештатный специалист (Рязанская область)

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Федеральные рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Рапорт И.К.* Показатели заболеваемости детей и подростков. В кн.: Кучма В.Р., ред. Гигиена детей и подростков. Руководство к практическим занятиям. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2010. 44-55.
- *Кучма В.Р., ред.* Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке протокола.

Экономический анализ: Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации:

Настоящие Федеральные рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендациях регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе рекомендаций.

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведён к минимуму.

Приложение А3. Связанные документы

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».
4. 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»[#].
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

6. Методические рекомендации «Проведение мониторинга состояния здоровья детей и подростков и организация их оздоровления» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 7 декабря 2005 г.).

7. Методические рекомендации «Медицинская профилактика в общеобразовательных школах» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 23 декабря 2004 г.).

8. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях. (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 г. № 206-ВС).

9. Методические рекомендации по организации деятельности медицинских работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в общеобразовательных учреждениях (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 № 207-ВС).

Приложение Г

Приказ Минздрава России от 30 декабря 2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей» (Приложение 2)

АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ (ГЗ) У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 3 ДО 17 ЛЕТ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ)

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	ГЗ	Примечания
1	2	3	4
пороки сердца: врожденные приобретенные	Q20-Q28 I34-I38 I05-I09	III, IV, V	В зависимости от компенсации (степени недостаточности кровообращения) - при отсутствии недостаточности кровообращения – III; - при недостаточности кровообращения 1 ст. – IV; - при недостаточности кровообращения в ст. более 1 – V.
миокардит неревматической этиологии	I40-I41	III, IV, V	при полной клинической ремиссии – III, при неполной клинической ремиссии – IV, V
ревматическая лихорадка	I00-I02	III, IV	без порока сердца - при отсутствии признаков активности ревматического процесса, от 1 года до 5 лет после атаки – III, - в период стихания активности ревматического процесса (от 6 мес. до 1 года после атаки) – IV

1	2	3	4
малые аномалии сердца: - открытое овальное окно; - двустворчатый клапан аорты; - аномально расположенная хорда;	Q21,1 Q23,1 Q24,8	II	
пролапс митрального клапана	I 34.1	I, II, III, IV	- без регургитации – I; - с регургитацией 1 ст – II; - с регургитацией в ст. более 1 – III-IV.
блокады сердца: -предсердно-желудочковые блокады Iст. -предсердно-желудочковые блокады II-IIIст; -внутрижелудочковые блокады	I44.0 I44.1- I44.3 I44.4- I45.	II, III, IV, V	- II; - при наличии синкопе III-V - III-V
синдром вегетативной дистонии по ваготоническому типу		II, III	- средние уровни САД и/или ДАД в пределах 10–5-го перцентиля для данного пола, возраста и роста – II; - при наличии вегетативной дисфункции: потливость, повышенная утомляемость, головные боли и др. – III.
синдром вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу		II, III	- средние уровни САД и/или ДАД в пределах 90–95-го перцентиля для данного пола, возраста и роста – II; - при наличии вегетативной дисфункции: тахикардия, субфебрилитет и отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ – III.
артериальная гипертензия	I10 – I15	III, IV, V	- средние уровни САД и или ДАД равные или превышают значение 95-го перцентиля для данного пола, возраста и роста – III, IV, - при появлении сердечной недостаточности – V.
варикозное расширение вен н/конечностей, флебит и тромбофлебит поверхностных и глубоких вен н/конечностей	I 83, I80,0-I80,3	III, IV	при отсутствии венозной недостаточности – III; при наличии венозной недостаточности – IV
варикозное расширение вен мошонки	I86,1	III, IV	при отсутствии венозной недостаточности – III; при венозной недостаточности – IV
органы пищеварения			
кариес (декомпен.)	K02	II	множественный (4-5 и более зубов)
функциональные расстройства желудка	K31	II	при отсутствии эндоскопических признаков хронического процесса
функциональные кишечные нарушения	K59	II	
хронический гастрит	K29.4, K29.5, K 29.7	III	при наличии эндоскопических признаков

1	2	3	4
хронический дуоденит, гастродуоденит	K29.8-K29.9	III	при наличии эндоскопических признаков
эрозивный гастродуоденит, язва желудка, язва 12-п. кишки (язвенная болезнь)	K25, K26	III, IV	в стадии ремиссии – III; при осложнениях – IV.
болезнь Крона, неспецифический язвенный колит	K 50 - K 52	III, IV	в стадии ремиссии – III, при обострении – IV.
синдром нарушения кишечного всасывания	K 90.0	II, III, IV, V л	вторичного характера – II; первичного характера в зависимости от тяжести течения – III, IV, V
хронический панкреатит	K 86	III	
хронический гепатит	K 73	III, IV, V	вне обострения – III, при обострении в зависимости от тяжести – IV, V
хронический холецистит	K 81.1	III	
дискинезия пузырного протока и желчного пузыря	K 82.8	II	
другие болезни желчевыводящих путей	K83	III	
гельминтоз	B 65-B 83	II, III	без признаков интоксикации – II, при наличии признаков интоксикации – III
грыжи	K40-K46	I, III	После проведенного оперативного лечения при отсутствии осложнений – I.
кровь и кроветворные органы			
анемии, связанные с питанием (железодефицитная и др.)	D50, D51, D52, D53	II, III	при легком течении – II при среднетяжелом – III
органы дыхания			
хронический бронхит, простой, слизисто-гнойный, обструктивный, эмфизематозный, неуточненный	J40-J42, J44	III, IV, V	в зависимости от компенсации (степени дыхательной недостаточности) и частоты обострений: -1-4 раза в г. – III; -5-6 раз в г. – IV
астма бронхиальная	J45	III, IV, V	при полной клинической ремиссии – III; при неполной клин. ремиссии – IV В зависимости от компенсации (по клиническим и функциональным показателям, данным аллергологического обследования): -при легком течении – III, -при среднетяжелом течении – IV; при тяжелом течении – IV или V; при гормональной зависимости – V.
бронхоэктатическая болезнь	J47	III, IV, V	в зависимости от компенсации (степени дыхательной недостаточности)
аллергический ринит	J30	II, III, IV,	при легком течении – II; при среднетяжелом – III; при тяжелом течении – IV
хронический ринит	J31.0	III	

1	2	3	4
хронические болезни миндалин и аденоидов	J35	II, III	при гипертрофии миндалин и аденоидов 2, 2-3 ст., отсутствии лакунарных наложений и признаков интоксикации – II; при гипертрофии 3 ст. – III
хронический синусит	J32	III	
искривление носовой перегородки без нарушения дыхания		II	при отсутствии ночного храпа и ночных апноэ
хронический назофарингит, хронический фарингит	J 31.1, J 31.2	II, III	без клинических проявлений – II
носовые кровотечения	R 04.0	II	при отсутствии тяжелой органической патологии, их обуславливающих
поллиноз		II, III, IV	в ремиссии – II, при обострении – III, IV в зависим. от тяжести течения
ухо и сосцевидный отросток			
хронический отит	H65-H75	III, IV	при обострениях до 4 раз в г. – III; при обострениях свыше 4 раз в год и отчетливом снижении слуха – IV
отосклероз, кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха (в том числе кохлеарный неврит и др.) потеря слуха неуточненная (в т.ч. глухота на оба уха)	H80; H90; H91.9; H93-H95	III, IV, V	в зависимости от степени потери слуха: -шепотная речь слышна на расстоянии более 3 метров – III; -шепотная речь слышна на расстоянии от 1 до 3 метров – IV; шепотная речь не слышна – V
нарушения вестибулярной функции, вестибулярные синдромы	H81 –H83	II, III, IV	в зависимости от выраженности вестибулярных нарушений II, III, IV
психические расстройства и расстройства поведения			
соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, нейроциркуляторная астенция:			
НЦА (по гипертензивному типу)	F45.3	II	
НЦА (по гипотензивному типу)	F45.3	II	
НЦА (по смешанному типу)	F45.3	II	
фобические тревожные расстройства	F 40	II, III	слабо выраженные – II выраженные – III
неврастения	F48.0	II	
невротические и/или астенические реакции		II	слабо выраженные – II выраженные – III
невротические реакции, связанные со стрессом	F 43.2	II, III	

1	2	3	4
расстройство сна неорганической этиологии	F 51	II	
органическое эмоционально-лабильное (астен.) расстройство	F06.6	III	
расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга	F07	II, III	слабо выраженные – II выраженные – III
эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (тики, энурез, логоневроз, др.)	F90-F98	II, III	слабо выраженные – II выраженные – III
специфические расстройства личности (психопатии)	F60- F62	II, III	слабо выраженные – II выраженные – III
шизотипическое расстройство	F 21	III	при компенсации – II при субкомпенсации – III
гиперкинетические расстройства	F 90	II, III	ограничен. рамками семьи – II; несоциализированные расстройства – III; социализированные расстройства – III-IV
расстройства поведения	F 91	II, III, IV	
задержка псих.развития / умств. отсталость легкой степени	F70	II	
специфические расстройства развития речи и языка	F 80	II	
нервная система			
эпилепсия	G40	III	на фоне резидуально-органических поражений головного мозга, в стадии компенсации (без постоянной терапии) – III в стадии субкомпенсации (с постоянной терапией) – IV
мигрень	G43		
другие синдромы головной боли (в т.ч. неясной этиологии)	G 44	III	
расстройства вегетативной (автономной) нервной системы	G90	II, III	без ангиоспазмов с частотой менее 1 раза в неделю – II с ангиоспазмами – III
гидроцефалия	G 91	III, IV	при компенсации – III, при клинических проявлениях – IV
детский церебральный паралич	G80	III, IV,V	в зависимости от выраженности симптоматики и степени компенсации III, IV,V

1	2	3	4
полиневропатии	G62	III, IV	двигательные, чувствительные и координационные нарушения: - без снижения функциональных возможностей – III - при снижении – IV
демиелинизирующая болезнь центральной нервной системы	G37.9	III, IV	вне обострения – III, в период обострения – IV
глаз и его придаточный аппарат			
аккомодационное косоглазие	H50	II	без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1,0 без нарушений бинокулярного зрения
паралитическое и неаккомодационное косоглазие	H49	III, IV	с учетом степени аномалии рефракции
гиперметропия сл. степени	H52.0	II	
гиперметропия средней и высокой степеней	H52.0	III	
спазм аккомодации, предмиопия		II	
миопия слабой степени	H52.1	II	
миопия средней и высокой степеней	H52.1	III	
амблиопия	H53.0	III	
анизометропия	H52.3	II, III	до 5 диоптрий – II свыше 5 диоптрий – III
хронические аллергические и воспалительные заболевания защитного аппарата и переднего отрезка глаз	H01, H13.2	III	
аллергический конъюнктивит	H10	II, III	в зависимости от течения и осложнений
мочеполовая система			
доброкачественная протеинурия (физиологическая, ортостатическая)		II	при отсутствии заболеваний почек
Кристаллурии при отсутствии мочевого синдрома		II	при присоединении мочевого синдрома или снижении функции почек – смотри интерстициальный нефрит обменного генеза
малые аномалии почек и мочевыводящих путей (ротация почек, дистопия почек, небольшая пиэлоэктазия, подвижность почек) при отсутствии мочевого синдрома	Q60- Q64	II, III, IV	при отсутствии мочевого синдрома – II; при присоединении мочевого синдрома – III; при снижении функции почек – IV

1	2	3	4
гломерулярные болезни (гломерулонефрит)	N00-N08	III, IV, V	при полной ремиссии – III; при активности и снижении функции почек – IV; в стадии хронической почечной недостаточности – V
тубулоинтерстициальные болезни (пиелонефрит хронический – первичный, вторичный, интерстициальный нефрит обменного генеза и др.)	N10-N16	III, IV, V	при полной ремиссии – III; при активности и при снижении функции почек – IV; в стадии хронической почечной недостаточности – V
нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (нарушение ритма мочеиспускания)	F98.0, N39.4	II	
энурез		III	
врожденные пороки развития почек и мочевыводящих путей	Q60- Q64	III, IV, V	при сохранных функциях почек – III; при снижении функции почек – IV; в стадии хронической почечной недостаточности – V
инфекции мочевыводящих путей, цистит	N30.1	III, IV, V	
вторичная артериальная гипертензия (ренальная)		III	при нормальной функции почек и отсутствии осложнений со стороны др. органов и систем – III; при снижении функции почек и наличии осложнений со стороны др. органов и систем – IV
мочекаменная болезнь	N 20- N 23		при сохранных функциях почек – III; при снижении функции почек – IV; в стадии хронической почечной недостаточности – V
крипторхизм (неопущение яичка)	Q53	II, III	
расстройства менструального цикла (отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации, обильные, частые и нерегулярные менструации, скудные и редкие менструации); аномальные кровотечения из матки и влагалища; болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом	N91, N92 N93 N94		в период становления менструального цикла в течение 1,5-2 лет после первой менструации – II; при установившемся менструальном цикле и при других заболеваниях – III
хронические болезни женских тазовых органов	N70, N73, N75, N76	III	
гидроцеле	N43,0-43,3	II, III	

1	2	3	4
эндокринная система, питание, обмен веществ			
увеличение щитовидной железы	E00.1-E04.0	II, III	- увеличение I, II ст. без нарушения функции – II; - увеличение III, IV ст. без нарушения функции – III; - увеличение I – IV ст. с гипо- или гипертиреозом - III
недостаточность питания (дефицит массы тела)	E43-E46	II	масса тела меньше значений минимального предела «нормы» относительно длины тела (M-1δR)
избыток массы тела		II	масса тела больше значений максимального предела «нормы» относительно длины тела (M+2δR) (на 15-19,9% от должной)
низкий рост	E34.3	III, IV	варианты роста меньше минимального предела «нормы» относительно возраста и при отсутствии эндокринных нарушений
низкий рост (нанизм)	E 34.3	III, IV	
ожирение экзогенно-конституциональное I -IVст.	E66	II	превышение массы тела на 20% и более за счет жировотложения. При отсутствии изменений сердечно-сосудистой, половой, нервной и др. систем – III, при их наличии – IV
юношеская гинекомастия	N62	II	при исключении эндокринной патологии
гиповитаминоз, гипервитаминоз, дефицит или избыток минералов	E50-E56, E64	II	
нарушения толерантности к глюкозе	R 73.0	III, IV	
инсулинзависимый сахарный диабет (I типа)	E10.0	III, IV	в зависимости от степени компенсации
сахарный диабет (II типа)	E11	II, III, IV	в зависимости от степени компенсации
задержка полового созревания	E30.0	II, III, IV	без сопутствующих эндо-кринных заболеваний – II, при их наличии и в зависимости от тяжести III или IV
Раннее или преждевременное половое созревание			без сопутствующих эндокринных заболеваний – II, при их наличии и в зависимости от тяжести III или IV

1	2	3	4
кожа и подкожная клетчатка			
атопический дерматит, экзема, нейродермит, аллергический дерматит	L20, L23	III, IV	в зависимости от локализации процесса, распространенности, интенсивности кожного процесса. при ограниченной локализации, или невыраженной степени пролиферации и лихенизации, умеренном зуде, без нарушений сна – III; при распространенных высыпаниях или выраженной пролиферации и лихенизации, значительном зуде и нарушениях сна – IV.
крапивница	L50	II, III, IV	локализованная – II; генерализованная, рецидивирующая – III; генерализованная, рецидивирующая с отёком Квинке или анафилактич. шоком (в анамнезе) – IV
зуд	L29	II	
папулосквамозные нарушения (псориаз, парапсориаз и др.)	L40 – L45	III, IV	в зависимости от степени компенсации
костно-мышечная система и соединительная ткань			
кифоз, лордоз	M40	II	при отсутствии рентгенологических признаков других изменений позвоночника
сколиоз	M41	III, IV	рентгенологически и клинически не более 2 ст. искривления – III; искривление более 2 ст. или наличие нарушений функции внутренних органов – IV
юношеский остеохондроз	M42	III, IV	без выраженных клинических проявлений – III; с выраженным локальным и/или корешковым болевым синдромом, парестезиями и др. клин. проявлениями – IV
нарушения осанки		II	при отсутствии рентгенологических признаков других изменений позвоночника
уплощение стоп		II	по результатам плантографии
плоская стопа (плоскостопие)	M21.4	III	по результатам плантографии
вальгусная деформация стопы	M21.0	III	
врожденные и рахитические деформации грудной клетки	Q67.5-Q67.7	II	

1	2	3	4
дорсопатии (в т.ч. спондилопатии), врожденные деформации позвоночника	M40-M54	III, IV	в зависимости от компенсации анатомического дефекта и состояния функции внутренних органов
деформации голени, бедра	M21,7- M21,9	III, IV	в зависимости от компенсации анатомического дефекта
артропатии, остеопатии и хондропатии	M00-M25, M80-M94	III, IV	в зависимости от компенсации процесса
юношеский (ювенильный) артрит	M08	III, IV	в зависимости от компенсации процесса
юношеский ревматоидный артрит	M08.0	III, IV	в зависимости от компенсации процесса
поражение мышц, поражение синовиальных оболочек и сухожилий, поражение мягких тканей	M60-M63, M65-M68, M70-M79	III, IV	в зависимости от компенсации процесса и состояния функции
хронический остеомиелит	M86,3-M86,6		в зависимости от частоты обострений и состояния функции анатомического образования
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, не классифицированные в других рубриках			
аллергические реакции (на пищевые продукты, лекарства, вакцины и др.)		II	

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
10 октября 2016 г.
Протокол № 6

УТВЕРЖДЕНЫ
на V Конгрессе
РОШУМЗ
10 октября 2016 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ: АЛГОРИТМ РАЗРАБОТКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

ФР-РОШУМЗ-29-2016

(версия 1.1)

***Кодирование рассматриваемого заболевания/состояния/синдрома по
Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10):***

2016 год (пересмотр каждые 5 лет)

Профессиональные ассоциации:

- Всероссийское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья РОШУМЗ
- НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАОУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России

РАЗРАБОТЧИКИ: Рапопорт И.К., Трофименко Е.В., Соколова С.Б., Чубаровский В.В., Данова А.В.,
Катенко С.В.

Федеральные рекомендации «Алгоритм разработки профилактических и оздоровительных мероприятий, реализуемых в образовательных организациях, по результатам профилактических медицинских осмотров» включают сведения, необходимые для подбора технологий с целью улучшения здоровья обучающихся в дошкольных, общеобразовательных организациях и учебных заведениях среднего профессионального образования. Выбор профилактических и оздоровительных технологий должен основываться на анализе данных о распространенности функциональных и хронических заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах обучающихся, уровнях, структуре и динамике показателей заболеваемости детей и подростков в конкретной образовательной организации.

Федеральные рекомендации содержат общие принципы проведения профилактической и оздоровительной работы в образовательных организациях, алгоритм выбора технологий в зависимости от показателей заболеваемости обучающихся, перечень наиболее широко реализуемых в образовательных организациях медицинских, педагогических, медико-педагогических и оздоровительных технологий, а также показатели, необходимые для мониторинга и оценки эффективности проводимой работы. Используя алгоритм выбора технологий и перечень технологий, администрация и медицинский персонал может разработать и внедрить комплекс профилактических и оздоровительных технологий в деятельность образовательной организации и оценить эффективность проделанной работы по динамике показателей заболеваемости обучающихся.

Федеральные рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинских организаций.

Федеральные рекомендации «Результаты профилактических медицинских осмотров: алгоритм разработки профилактических и оздоровительных мероприятий, реализуемых в образовательных организациях, по результатам профилактических медицинских осмотров» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Минздрава России по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 11 от 10.10.09.2016 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 24 от 10.10.09.2016 г.).

1. Ключевые слова

Профилактические медицинские осмотры обучающихся; профилактические и оздоровительные мероприятия, направления и технологии профилактической и оздоровительной работы в образовательных организациях.

2. Список сокращений

ЕМИАС – Единая медицинская информационно-аналитическая система.

ЗОЖ – здоровый образ жизни.

3. Термины и определения

Профилактические медицинские осмотры представляют собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на раннее (своевременное) выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Алгоритм – последовательность действий при разработке профилактических и оздоровительных мероприятий на индивидуальном и групповом уровнях, реализуемых в образовательных организациях.

Профилактические мероприятия в образовательных организациях – это система медицинских, психофизиологических, педагогических и социальных мер, реализуемых в образовательных организациях и направленных на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, а также на повышение устойчивости растущего организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды и патогенных микроорганизмов и вирусов.

Оздоровительные мероприятия в образовательных организациях – это система медицинских, психофизиологических, педагогических и социальных мер, реализуемых в образовательных организациях и направленных на улучшение физического и психического здоровья, функциональных возможностей и самочувствия обучающихся, их иммунобиологической резистентности, повышение работоспособности и качества жизни.

4. Краткая информация

В настоящее время в школах и учреждениях начального и среднего профессионального образования реализуется большое количество технологий, касающихся организации педагогического процесса, психолого-педагогического сопровождения учебной деятельности, формирования культуры здоровья (здорового образа жизни – ЗОЖ), физкультурной и спортивной работы, организации питания учащихся и использования биологически-активных добавок. Для оздоровления детей в школах и детских садах используются технологии, относящиеся к восстановительной медицине (физио- и фитотерапевтические процедуры, различные виды гимнастики и массажа), широко применяются спортивные тренажеры, используются бассейны, внедрены различные системы мониторинга состояния здоровья несовершеннолетних.

Профилактические и оздоровительные технологии разработаны и разрабатываются как специалистами в области гигиены детей и подростков, так и специалистами различных медицинских и биологических направлений, педагогами, психологами, воспитателями детских садов, спортивными тренерами, менеджерами и др. Однако реализация технологий происходит без анализа данных об уровнях, структуре и динамике показателей состояния здоровья обучающихся, должной гигиенической экспертизы условий и оценки безопасности используемых технологий, без определения медицинской, социальной и экономической эффективности профилактической и оздоровительной работы. Критерии безопасности, методы гигиенической экспертизы и оценки эффективности разработаны только в отношении небольшого числа применяемых технологий.

4.1. Регламентация проведения профилактических и оздоровительных технологий.

Проведение профилактической и оздоровительной работы регламентировано Приказом Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»,

который вступил в силу 23 февраля 2014 г. В то же время остается в силе Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 апреля 2003 г. № 139 «Об утверждении Инструкции по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений».

В обязанности врачей и среднего медицинского персонала – сотрудников детских медицинских организаций, работающих в образовательных организациях, входит такая функция как разработка рекомендаций по профилактике заболеваний и оздоровлению обучающихся на основании анализа результатов профилактических медицинских осмотров. Выполнение этой функции регламентировано приказом Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 года № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» и возложено на сотрудников отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (Приложение № 1 п. 12), в частности на врача-педиатра (фельдшера) (Приложение 4 п. 4.) и врача по гигиене детей и подростков этого же отделения (Приложение 5 п. 3).

4.2. Использование профилактических и оздоровительных технологий в образовательных организациях

Использование различных профилактических и оздоровительных технологий в деятельности образовательных организаций основывается на результатах профилактических осмотров несовершеннолетних, данных о состоянии здоровья каждого ребенка и результатах динамического наблюдения за здоровьем обучающихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Осуществление оздоровительных технологий в образовательной организации предполагает совместную деятельность медицинского персонала, работающего в данной организации, администрации и педагогов и воспитателей, специалистов детских амбулаторно-поликлинических организаций, участие родителей.

5. Алгоритм выбора технологий в зависимости от показателей заболеваемости, полученных на основании результатов профилактических медицинских осмотров

5.1. Перечень профилактических и оздоровительных технологий, наиболее часто реализуемых в общеобразовательных организациях

Для выбора профилактических и оздоровительных технологий, которые можно реализовать в образовательных организациях, составлен соответствующий Перечень, представленный в Приложении В.

В Перечне технологии сгруппированы по своему основному предназначению:

1. Создание благоприятной образовательной среды и рациональная организация учебного процесса в образовательной организации.
2. Профилактика и коррекция нарушений зрения.
3. Профилактика нарушений костно-мышечной системы.
4. Двигательная активность на уроках.
5. Двигательная активность оздоровительного характера, реализуемая на уроках и во внеурочное время.
6. Рациональное питание в образовательной организации.
7. Коррекционно-оздоровительная программа, реализуемая в школе для

детей с гастроэнтерологической патологией (авторы: Е.Н. Сотникова, Е.В. Котомина).

8. Здоровьесберегающие медицинские и оздоровительные технологии для снижения частоты инфекционных заболеваний.
9. Гигиеническое просвещение и воспитание, формирование здорового образа жизни.
10. Психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса, повышение умственной и физической работоспособности учащихся.

По каждой технологии имеется ее название (признанное или условное), указано на каком этапе профилактики она проводится (первичная, вторичная, третичная) и на каком уровне профилактики она осуществляется (популяционный, групповой, индивидуальный или на нескольких уровнях одновременно); является ли она здоровьесберегающей или оздоровительной, на какие системы организма ребенка она воздействует и по каким показателям можно вести мониторинг и оценить эффективность каждой технологии.

В Перечне технологий приводятся основные показатели, которые должны использоваться для мониторинга состояния здоровья обучающихся и оценки эффективности реализуемых технологий.

В Перечне технологий проведено деление здоровьесберегающих (профилактических) технологий на педагогические, медицинские и медико-педагогические в зависимости от того, кто реализует технологию. Если технологию реализует педагог, то технология педагогическая; если медицинский работник – то технология медицинская; если технология разработана специалистами медицинского профиля, обучение педагогов (воспитателей) в образовательной организации проводят медицинские работники, но непосредственно осуществляют технологию педагогические работники под контролем медицинского персонала – тогда технология медико-педагогическая.

5.2. Алгоритм выбора комплексов профилактических и оздоровительных технологий в зависимости от показателей заболеваемости

В таблице 1 представлен алгоритм выбора комплексов профилактических и оздоровительных технологий в зависимости от показателей заболеваемости, полученных на основании результатов профилактических медицинских осмотров обучающихся.

Используя алгоритм выбора технологий и Перечень технологий, администрация и медицинский персонал может разработать и внедрить комплекс профилактических и оздоровительных технологий в деятельность образовательной организации и оценить эффективность проделанной работы по динамике показателей заболеваемости обучающихся.

Таблица 1

Алгоритм выбора технологий в зависимости от показателей заболеваемости, полученных на основании результатов профилактических медицинских осмотров обучающихся

Высокая распространенность функциональных отклонений и заболеваний следующих систем организма:	Комплексы профилактических и оздоровительных технологий, необходимых для снижения распространенности нарушений здоровья
системы кровообращения	<ul style="list-style-type: none"> - создание благоприятного психологического климата в образовательной организации; - рациональная организация учебного процесса, внеурочной деятельности и дополнительного образования; - медико-психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса; - гигиеническое просвещение детей, их родителей, педагогов по вопросам профилактики вегетативно-сосудистых расстройств
органов пищеварения	<ul style="list-style-type: none"> - организация рационального питания в образовательной организации; - контроль за санитарным состоянием пищеблока, рационом питания и качеством блюд; - коррекционно-оздоровительная программа для детей с гастроэнтерологической патологией (Е.Н. Сотникова, Е.В. Котомина); - гигиеническое просвещение детей и их родителей по основам здорового питания
ротоносоглотки	<ul style="list-style-type: none"> - реализация здоровьесберегающих медицинских и оздоровительных технологий для снижения частоты острых респираторных инфекций; - организация рационального питания в образовательной организации с использованием продуктов, обогащенных витаминами; - гигиеническое просвещение детей, их родителей, педагогов и технического персонала по основам профилактики респираторных и других инфекционных заболеваний
костно-мышечной системы и соединительной ткани	<ul style="list-style-type: none"> - реализация технологий по профилактике нарушений костно-мышечной системы; - повышение двигательной активности обучающихся на уроках; - повышение двигательной активности обучающихся во внеурочное время; - организация рационального питания в образовательной организации для предотвращения макро- и микронутриентной недостаточности; - гигиеническое просвещение детей и их родителей по основам рациональной организации режима дня ребенка, двигательной активности, здорового питания, проведению специальной гимнастики в домашних условиях

Высокая распространенность функциональных отклонений и заболеваний следующих систем организма:	Комплексы профилактических и оздоровительных технологий, необходимых для снижения распространенности нарушений здоровья
психической сферы и нервной системы	<ul style="list-style-type: none"> - медико-психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса; - индивидуальная психологическая помощь обучающимся и их родителям; - создание благоприятного психологического климата в образовательной организации; - рациональная организация учебного процесса, внеурочной деятельности и дополнительного образования; - гигиеническое просвещение детей, их родителей, педагогов по вопросам профилактики пограничных психических расстройств
органа зрения	<ul style="list-style-type: none"> - реализация технологий по профилактике и коррекции нарушений зрения; - систематическое проведение гимнастики для глаз в образовательной организации и в домашних условиях; - организация рационального питания в образовательной организации с использованием продуктов, обогащенных витаминами; - гигиеническое просвещение детей, их родителей, педагогов по вопросам профилактики нарушений зрения
эндокринной системы и обмена веществ	<ul style="list-style-type: none"> - организация рационального питания в образовательной организации для предотвращения макро- и микронутриентной недостаточности; - повышение двигательной активности обучающихся на уроках; - повышение двигательной активности обучающихся во внеурочное время; - гигиеническое просвещение детей и их родителей по основам профилактики нарушений обмена веществ (профилактика ожирения, избытка и дефицита массы тела, йодной недостаточности)
нарушений иммунитета (часто болеющие дети)	<ul style="list-style-type: none"> - реализация здоровьесберегающих медицинских и оздоровительных технологий для снижения частоты острых респираторных инфекций; - проведение закаливающих мероприятий в образовательной организации; - организация рационального питания в образовательной организации с использованием продуктов, обогащенных витаминами; - повышение двигательной активности обучающихся во внеурочное время; - гигиеническое просвещение детей, их родителей по основам профилактики респираторных заболеваний и проведению закаливающих процедур в домашних условиях

6. Форма учета эффективности внедрения профилактических и оздоровительных технологий в деятельность образовательной организации по изменению заболеваемости обучающихся (по данным профилактических медицинских осмотров)

Для динамической оценки эффективности внедрения профилактических и оздоровительных технологий в деятельность образовательной организации необходимо данные о заболеваемости обучающихся (по результатам профилактических медицинских осмотров) в отчетном учебном году сопоставить с данными предыдущих 3–5 лет. Для удобства сравнительного анализа данные заносятся по годам в соответствующие Протоколы – в таблицу 2 (распространенность функциональных отклонений) и таблицу 3 (распространенность хронических заболеваний) и сопоставляются по системам организма. Целесообразно провести анализ динамики показателей для мальчиков и девочек отдельно, а потом для детей обоего пола вместе. В таблице обязательно указывается количество осмотренных мальчиков (n_m), девочек (n_d) и количество обучающихся обоего пола вместе ($n_{оп}$).

Снижение показателей заболеваемости свидетельствует об успешном проведении профилактической и оздоровительной работы и адекватности выбранных медицинских, педагогических, психологических, физкультурно-оздоровительных, просветительских и других технологий. Отсутствие изменений или увеличение относительных показателей заболеваемости обучающихся по отдельным системам организма требует более целенаправленного проведения профилактической и оздоровительной работы с подбором более эффективных технологий.

Протоколы для сравнительного анализа заболеваемости обучающихся для оценки эффективности профилактической и оздоровительной работы в образовательной организации

7. Показания для использования «Алгоритма разработки профилактических и оздоровительных мероприятий, реализуемых в образовательных организациях»

Необходимость целенаправленного проведения профилактической и оздоровительной работы в конкретных образовательных организациях и подбора адекватных технологий в зависимости от особенностей состояния здоровья обучающихся.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1В).

Комментарии: противопоказаний – нет.

8. Материально-техническое обеспечение

Персональные компьютеры, подключенные к Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС), в медицинских кабинетах каждой образовательной организации.

Таблица 2

Распространенность функциональных отклонений у обучающихся
 образовательной организации (школы № ____)
 города/села _____ в 20__ – 20__ годах (‰)

Функциональные отклонения	2016 г.			2017 г.			2018 г.		
	М	Д	Оба пола	М	Д	Оба пола	М	Д	Оба пола
	n _м =	n _д =	n _{оп} =	n _м =	n _д =	n _{оп} =	n _м =	n _д =	n _{оп} =
системы кровообращения									
органов пищеварения									
ротоносоглотки									
костно-мышечной системы и соединительной ткани									
психической сферы и нервной системы									
органа зрения									
эндокринной системы и обмена веществ									
нарушений иммунитета (часто болеющие дети)									

Таблица 3

Распространенность хронических заболеваний у обучающихся
 образовательной организации (школы № ____)
 города/села _____ в 20__ – 20__ годах (‰)

Функциональные отклонения	2016 г.			2017 г.			2018 г.		
	М	Д	Оба пола	М	Д	Оба пола	М	Д	Оба пола
	n _м =	n _д =	n _{оп} =	n _м =	n _д =	n _{оп} =	n _м =	n _д =	n _{оп} =
системы кровообращения									
органов пищеварения									
ротоносоглотки									
костно-мышечной системы и соединительной ткани									
психической сферы и нервной системы									
органа зрения									
эндокринной системы и обмена веществ									
нарушений иммунитета (часто болеющие дети)									

9. Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2008. 432 с.
2. Кучма В.Р., ред. Руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях: модель организации, федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся М.: НЦЗД Минздрава России; 2016. 610 с.
3. Кучма В.Р., ред. Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.
4. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. и др. Рост и развитие детей. Контроль за состоянием здоровья детей в образовательных учреждениях. В кн.: Баранов А.А., ред. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2007: 1–40.
5. Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.
6. Оганов Р.Г., Хальфин Р.А., ред. Руководство по медицинской профилактике. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2007. 451 с.
7. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). Издание третье, исправленное и дополненное. М.: Издательство «ПедиатрЪ»; 2014. 111 с.
8. Сухарев А.Г. Образовательная среда и здоровье учащихся. Научно-методическое пособие. М.: МИОО; 2009. 256 с.

Приложение А1. Состав рабочей группы Профильной комиссии МЗ РФ по гигиене детей и подростков

Кучма Владислав Ремирович	директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» Минздрава России, заведующий кафедрой гигиены детей и подростков Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России, главный специалист Минздрава России – председатель профильной комиссии (Москва)
Рапопорт Ирина Калмановна	зав. лабораторией научно-методических основ школ здоровья НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» Минздрава России, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России– заместитель председателя (Москва)
Макарова Анна Юрьевна	доцент кафедры гигиены детей и подростков Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России– ответственный секретарь профильной комиссии (Москва)
Акиншин Владимир Иванович	зам. главного врача по организационно-методической работе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», главный внештатный специалист (Белгородская область)
Жамлиханов Надир Хусяинович	главный врач БУ «Городская детская больница № 4», главный внештатный специалист (Чувашская республика)
Корягина Татьяна Николаевна	заместитель главного врача по поликлинике ГУЗ «Детская городская больница № 3 г. Тулы», главный внештатный специалист (Тульская область)
Мингазова Эльмира Нурисламовна	профессор кафедры гигиены и медицины труда ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный специалист (республика Татарстан)
Мисюрова Наталья Александровна	заведующая ДШО БУЗ Орловской обл., «Городская больница им. С.П. Боткина», главный специалист (Орловская область)
Митрофанова Ольга Евгеньевна	Консультант Управления организации медицинской помощи матерям и детям Минздрава Московской области, главный специалист (Московская область)
Прошина Наталья Ивановна	заведующая отделением ГУЗ ЯО Детской поликлиники № 5, главный специалист (Ярославская область)
Сазанова Элла Григорьевна	заведующая отделением ДШО ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 7», главный внештатный специалист (Рязанская область)

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Федеральные рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов.
- *Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др.* Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2008. 432 с.
- *Кучма В.Р., ред.* Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.
- *Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.
- Методические рекомендации «Медицинская профилактика в общеобразовательных школах» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 23 декабря 2004 г.).
- Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях. (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 г. № 206-ВС).

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке протокола.

Экономический анализ: Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации:

Настоящие Федеральные рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев, с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе рекомендаций.

Приложение А3. Связанные документы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 апреля 2003 г. № 139 «Об утверждении Инструкции по внедрению оздоровительных технологий в деятельность образовательных учреждений».

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»[#].

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях».

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

7. Методические рекомендации «Проведение мониторинга состояния здоровья детей и подростков и организация их оздоровления» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 7 декабря 2005 г.).

8. Методические рекомендации «Медицинская профилактика в общеобразовательных школах» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 23 декабря 2004 г.).

9. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях. (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 г. № 206-ВС).

10. Методические рекомендации по организации деятельности медицинских работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в общеобразовательных учреждениях (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 № 207-ВС).

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

Приложение В

ПЕРЕЧЕНЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РЕАЛИЗУЕМЫХ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

№	Название технологии	Этапы профилактики	Уровни профилактики	Здоровьесберегающая технология (педагогическая, медицинская, двуединая)	Оздоровительная технология	Системы организма, на которые преимущественно воздействует технология	Показатели, необходимые для мониторинга и оценки эффективности технологии
1	2	3	4	5	6	7	8
Образовательная среда и организация учебного процесса общеобразовательной организации							
1	Обеспечение оптимальной разовой среды в соответствии с требованиями СанПиНов (соответствие нормируемым показателям микроклимата, освещенности, должное количество обучающихся в классах, соответствующий подбор мебели, рациональное составление уроков и других занятий, соблюдение норм времени использования электронных средств обучения и др.)*	Первичная	Популяционный (должен быть во всех школах) и групповой (должен быть обеспечен в каждом классе)	Медицинская (контроль осуществляет медицинский персонал)		ЦНС, органы зрения, дыхания, костно-мышечная, сердечно-сосудистая, иммунная система, терморегуляция	Надзор со стороны органов Роспотребнадзора и контроль по показателям санитарно-эпидемиологического благополучия со стороны медперсонала школы

1	2	3	4	5	6	7	8
2	Модель организации учебного года с равномерным чередованием периодов учебы и каникул (триместровая модель организации учебного года)*	Первичная	Групповой	Педагогическая (организация учебного процесса)		ЦНС	Оценка умственной работоспособности, невротизма, показателей психологического тестирования, уровня и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, анкетирование детей, родителей, педагогов, оценка успеваемости.
3	Биместровая модель организации учебного года	Первичная	Групповой	Педагогическая (организация учебного процесса)		ЦНС	Оценка умственной работоспособности, невротизма, показателей психологического тестирования, уровня и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, анкетирование детей, родителей, педагогов, оценка успеваемости.
4	Модульная технология (Левитас Г.Г.)*	Первичная	Групповой, индивидуальный	Педагогическая		ЦНС	Оценка умственной работоспособности, невротизма, показателей психологического тестирования уровня и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, анкетирование детей, родителей, педагогов, оценка успеваемости.

* здесь и далее – Научно доказана эффективность технологии

1	2	3	4	5	6	7	8
5	Технология раз- ноуровневого обучения (Левитас Г.Г.)*	Первичная	Групповой, индивидуальный	Педагогическая		ЦНС	Оценка умственной работоспособности, невротизма, показа- телей психологического тестирования уровней и структуры заболеева- емости по результатам про- филактических осмотров, анкетирование детей, родителей, педагогов, оценка успеваемости.
6	Сенсорно- развивающая среда (Уланова С.А., Башканова Г.Л.)*	Первичная	Групповой	Педагогическая		ЦНС, сер- дечно- сосудистая система (ССС), иммунная система	Оценка умственной работоспособности, невротизма, показа- телей психологического тестирования, уровней и структуры заболеева- емости по результатам про- филактических осмотров, острой заболееваемости, функциональные пробы ССС, анкетирование детей, родителей, педагогов, оценка успеваемости.
7	Личностно- ориентиро- ванная технология с уве- личением двига- тельной активности (Вирабова А.Р.)*	Первичная	Групповой, индивидуальный	Педагогическая		ЦНС, сер- дечно-сосуди- стая система (ССС), костно- мышечная система, иммунная система	Оценка умственной работоспособности, невротизма; показателей психологического тести- рования, уровней и струк- туры заболееваемости по результатам профилакти- ческих осмотров, острой заболееваемости, функцио- нальные пробы ССС, физи- ческая подготовленность, анкетирование детей, родителей, педагогов, оценка успеваемости.

1	2	3	4	5	6	7	8
8	Составление расписания в соответствии с новой школой трудности предметов (Степанова М.И., Александрова И.Э., Седова А.С.)*	Первичный	Популяционный, групповой	Педагогическая (организация учебного процесса)		ЦНС, вегетативный отдел нервной системы	Оценка умственной работоспособности, функционального состояния организма (АД), невротизма, показателей психологического тестирования, уровней и структуры заблываемости по результатам про-филактических осмотров, анкетирование детей, родителей, педагогов, оценка успеваемости.
Профилактика и коррекция нарушений зрения							
9.	Педагогическая (организация учебного процесса)	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения, осанки)	Групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		ЦНС, вегетативный отдел нервной системы	Оценка умственной работоспособности, функционального состояния организма (АД), невротизма, показателей психологического тестирования, уровней и структуры заблываемости по результатам про-филактических осмотров, анкетирование детей, родителей, педагогов, оценка успеваемости.
10	Использование настенных офтальмотренажеров («ОО»)»	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения, осанки)	Групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		Зрительный анализатор	Оценка состояния зрительного анализатора, умственной работоспособности, невротизма; показателей психологического тестирования.

1	2	3	4	5	6	7	8
11	Контроль за рабочим местом (столом и стулом) при работе с видеодисплейными терминалами*	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения, осанки)	Групповой, индивидуальный (для детей с нарушениями зрения)	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		Зрительный анализатор, костно-мышечная система, ЦНС	Оценка состояния зрительного анализатора (остроты зрения, выявление компьютерно-зрительного синдрома), распространённости нарушений осанки
12	Контроль за длительностью работы с электронными гаджетами (компьютером, планшетом, электронной книгой и т.п.)*	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения)	Групповой, индивидуальный (для детей с нарушениями зрения)	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		Зрительный анализатор, ЦНС	Оценка состояния зрительного анализатора (остроты зрения, выявление компьютерно-зрительного синдрома), распространённости нарушений осанки
13	Использование оптико-физиологических методов коррекции зрения (лечебный конвейер)*.	Вторичная	Групповой, индивидуальный		Оздоровительная	Зрительный анализатор, ЦНС	Офтальмологическое обследование (определение частоты встречаемости нарушений зрения и эффективности проведения лечения)
Профилактика нарушений костно-мышечной системы							
14	Контроль за позой учащегося на уроке (сидя за партой и стоя за конторкой)	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения, осанки)	Популяционный (должен быть во всех школах), групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		Костно-мышечная система, зрительный анализатор, органы дыхания	Оценка состояния костно-мышечной системы и зрительного анализатора у детей при профилактических осмотрах.
15	Контроль за правильностью рассаживания за партами	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения, слуха, внимания, часто болеющих ОРВИ)	Популяционный (должен быть во всех школах), групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		Зрительный анализатор, слуховой анализатор, иммунная система, кожа и система терморегуляции	Оценка состояния костно-мышечной системы, зрительного анализатора, слуха, оценка острой заболеваемости ОРВИ, оценка успеваемости.

1	2	3	4	5	6	7	8
16	Чередование поз на уроках сидя и стоя за конторками (Базарный В.Ф. и др.)	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения, осанки)	Популяци-онный, групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		ЦНС, костно-мышечная система, зрительный анализатор, органы дыхания и ССС	Оценка умственной работоспособности, невротизма, показателей психологического тестирования, уровней и структуры заболеваемости, состояния костно-мышечной системы и зрительного анализатора по результатам профилактических осмотров.
17	Использование массажных ковриков при работе за конторками	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения, осанки)	Популяци-онный, групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		ЦНС, кожа (тактильное воздействие) костно-мышечная система, зрительный анализатор, органы дыхания	Оценка умственной работоспособности, невротизма; показателей психологического тестирования, уровней и структуры заболеваемости, состояния костно-мышечной системы и зрительного анализатора по результатам профилактических осмотров
18	Контроль за сменной обувью учащихся и воспитанников (Храмцов П.И.)*	Первичная; вторичная (для обучающихся с уплощением свода стоп и плоскостопием)	Популяци-онный (должен быть введен во всех образовательных учреждениях для несовершеннолетних) Групповой (проводит-ся в конкретных образовательных организациях)	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)			

1	2	3	4	5	6	7	8
19	Контроль за весом, конструкцией и укладкой школьных ранцев (Храмцов П.И.)*	Первичная, вторичная (для обучающихся с нарушениями осанки и другими дорсопатиями)	Популяционный (должен быть введен во все образовательных организациях для детей) Групповой (проводится в конкретных образовательных организациях)	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		Костно-мышечная система, вестибулярный аппарат, ССС и органы дыхания	Определение динамики показателей частоты встречаемости нарушений осанки, сколиоза, кифоза, лордоза оценка количества жалоб на быструю утомляемость, головную боль, боли в спине, поясничной области, мышцах нижних конечностей
Двигательная активность на уроках							
20	Гимнастика до учебных занятий	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения, осанки)	Популяционный (во всех школах), групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		ЦНС, костно-мышечная система, зрительный анализатор, органы дыхания и ССС	Оценка умственной работоспособности, невротизма, показателей психологического тестирования, уровня и структуры заболеваемости, состояния костно-мышечной системы и зрительного анализатора по результатам профилактических осмотров.
21	Физкультминутки на уроках	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями зрения, осанки)	Популяционный (во всех школах), групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		ЦНС, костно-мышечная система, зрительный анализатор, органы дыхания и ССС	Оценка умственной работоспособности, невротизма; показателей психологического тестирования, уровня и структуры заболеваемости, состояния костно-мышечной системы и зрительного анализатора по результатам профилактических осмотров

1	2	3	4	5	6	7	8
22	Прогулки в сочелтании с играми в первой половине дня для учащихся начальных классов	Первичная	Групповой	Педагогическая		ЦНС, костно-мышечная, органы дыхания, ССС, иммунная система	Оценка физической подготовленности, умственной работоспособности, невротизма, показателей психологического тестирования, острой заболеваемости.
23	Активное проведение перемен (активная рекреация, Храмовцев П.И.)*	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями костно-мышечной системы, гиперкинетическими реакциями и др.)	Групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)	Оздоровительная (при включении упражнений коррекционной гимнастики и ЛФК)	Костно-мышечная система, ЦНС, органы дыхания и ССС	Оценка состояния костно-мышечной системы, зрительного анализатора, заболеваемости по результатам профилактических осмотров, оценка физической подготовленности, психологическое тестирование
24	Активные уроки на природе (Гаркуша Н.С., Белгородская область)	Первичная	Групповой	Педагогическая		Костно-мышечная система, ЦНС, органы дыхания и ССС, зрительный анализатор, иммунная система	Оценка физической подготовленности, умственной работоспособности, невротизма, показателей психологического тестирования, острой заболеваемости, результатам профилактических осмотров, анкетирование детей, родители, педагогов, оценка успеваемости
25	Дыхательно-звуковая гимнастика на уроках музыки (Кузнецова В.В., Вязьма-Брянская шк.)	Первичная	Групповой	Педагогическая	Оздоровительная (с включением элементов коррекционной гимнастики)	Органы дыхания, ЦНС (эмоциональная нагрузка)	Оценка результатов проведения функциональных проб для органов дыхания (показатели функции внешнего дыхания, проба Штанге), психологическое тестирование

1	2	3	4	5	6	7	8
26	Ежедневный урок физкультуры («спортивный час») (Вирабова А.Р.)*	Первичная	Групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)	Оздоровительная (с включением элементов коррекционной гимнастики и ЛФК)	Костно-мышечная система, ЦНС, органы дыхания и ССС	Оценка физической подготовленности, умственной работоспособности, невротизма; показатели психологического тестирования, уровня и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, острой заболеваемости, функциональные пробы ССС, анкетирование детей, родителей, педагогов, оценка успеваемости
Двигательная активность оздоровительного характера, реализуемая на уроках и во внеурочное время							
27	Физическое воспитание учащихся, относящихся к <i>подготовительной медицинской группе</i> для занятий физической культурой	Вторичная	Групповой	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)		ССС, органы дыхания костно-мышечная система, обмен веществ	Оценка физической подготовленности, состояния ССС (ЧСС, АД, определение типа реакции на дозированную физическую нагрузку, степени утомления), оценка случаев травматизма на уроках
28	Физическое воспитание учащихся, относящихся к <i>специальной медицинской группе А</i> для занятий физической культурой	Вторичная	Групповой с индивидуальным подходом	Педагогическая, медицинская (контроль врачом школы и медсестрой)	Оздоровительная	ССС, органы дыхания костно-мышечная система, обмен веществ	Оценка физической работоспособности и подготовленности, состояния ССС (ЧСС, АД, определение типа реакции на дозированную физическую нагрузку, степени утомления), оценка случаев травматизма на уроках

	2	3	4	5	6	7	8
29	Физическое воспитание учащихся, относящихся к специальной медицинской группе Б для занятий физической культурой	Вторичная или третичная (для детей с патологией в субкомпенсированной стадии)	Групповой (малыми группами) и индивидуальный		Оздоровительная (проводится в медицинском учреждении: детская поликлиника, врачебно-физкультурный диспансер)	ССС, органы дыхания костно-мышечная система, обмен веществ	Индивидуальная оценка динамики медицинских показателей
30	Корригирующие упражнения для нормализации осанки	Вторичная	Групповой	Педагогическая (при проведении учителем физкультуры под контролем врача/медсестры школы)	Оздоровительная (проводится инструктором по ЛФК)	Костно-мышечная система, органы дыхания, ССС	Оценка опорно-двигательного аппарата, физической подготовленности, функциональные пробы для оценки состояния вестибулярного аппарата, ССС и органов дыхания, психологическое тестирование
31	Корригирующие упражнения для учащихся с плоскостопием и уплощением стоп	Вторичная	Групповой	Педагогическая (при проведении учителем физкультуры под контролем врача/медсестры школы)	Оздоровительная (проводится инструктором по ЛФК)	Костно-мышечная	Оценка опорно-двигательного аппарата, вестибулярного аппарата
32	Массаж	Вторичная	Индивидуальный		Оздоровительная	Костно-мышечная система, органы дыхания, ССС	Оценка уровней и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, острой заболеваемости, функциональные пробы для оценки ССС, органов дыхания

1	2	3	4	5	6	7	8
33	Кинезотерапия, интегрированная с уроками физического воспитания (Бобошко И.Е., Жданова Л.А., Нежкина Н.Н., Салова М.Н.)*	Вторичная	Групповой с учетом индивидуальной психосома-тической конституции	Педагогическая (при проведении учителем физической культуры под контролем врача школы)	Оздоровительная (при проведении подготовленным специалистом по ЛФК)	Костно-мышечная, ЦНС, психическая сфера, включающая эмоциональную сферу, вегетативные отделы нервной системы ССС, вестибулярный аппарат, обмен веществ	Оценка мышечной силы, гибкости, ловкости, быстроты движений, координации движений. Оценка состояния ССС по АД и показателям ЭКГ
34	Корригирующая гимнастика с биологической обратной связью	Вторичная	Индивидуальный		Оздоровительная	Костно-мышечная система, органы дыхания, ССС, вестибулярный аппарат	Оценка опорно-двигательного аппарата, функциональные пробы для оценки состояния вестибулярного аппарата, ССС и органов дыхания, психологическое тестирование
35	Корригирующая гимнастика в бассейне	Вторичная	Индивидуальный		Оздоровительная	Костно-мышечная система, органы дыхания, ССС, кожные покровы и терморегуляция, иммунная система	Оценки уровня и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, острой заболеваемости, оценка опорно-двигательного аппарата функциональные пробы для оценки ССС, органов дыхания.

1	2	3	4	5	6	7	8
36	Рисование пальцами для развития моторики мелких мышц	Первичная, вторичная	Групповой, индивидуальный	Педагогическая (для развития мелкой моторики рук у дошкольников и младших школьников)	Оздоровительная (для детей с отставанием в развитии мелкой моторики)	ЦНС, периферические отделы нервной системы, костно-мышечная система	Тест Керна-Ирасека, моторические тесты и психологическое тестирование
37	Рисование пальцами на песке для развития моторики мелких мышц	Вторичная	Групповой, индивидуальный		Оздоровительная для детей с отклонениями в психическом здоровье	ЦНС, психическая сфера, периферические отделы нервной системы, костно-мышечная система, зрительный анализатор	Мотометрические тесты и психологическое тестирование
38	Лепка (с использованием пластилина, глины, соленого теста и др.)	Первичная, вторичная	Групповой, индивидуальный	Педагогическая (для развития мелкой моторики у дошкольников и младших школьников)	оздоровительная (для детей с отставанием в развитии мелкой моторики)	ЦНС, психическая сфера, периферические отделы нервной системы, костно-мышечная система	Тест Керна-Ирасека, моторические тесты и психологическое тестирование
39	Ритмическая гимнастика	Первичная, вторичная	Групповой	Педагогическая (для здоровых детей), медицинская (при контроле за проведением занятий врачом и медицинской сестрой школы)	оздоровительная	Костно-мышечная система, органы дыхания, ССС, обмена веществ	Оценка уровней и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, острой заболеваемости, функциональные пробы для оценки ССС, органов дыхания, физической подготовленности

1	2	3	4	5	6	7	8
Рациональное питание в образовательной организации							
40	Обеспечение на переменах питьевого режима с использованием бутилированной (или кипяченой) воды*	Первичная	Групповой, индивидуальный	Медицинская		Обмен веществ, терморегуляция	Заболееваемость по результатам профилактических осмотров
41	Использование продуктов, обогащенных йодом*	Первичная	Групповой	Медицинская		Обмен веществ, ЦНС (когнитивные функции), вегетативные отделы нервной системы, физическое развитие	Оценка физического развития, вегетативных показателей, ЭКГ, психологического тестирования для оценки когнитивных функций, УЗИ щитовидной железы и определение йодурии при профилактических медицинских осмотрах.
42	Использование продуктов, обогащенных витаминами*	Первичная	Групповой	Медицинская		Обмен веществ, ЦНС, зрительный анализатор, иммунная система	Оценка уровня и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, физического развития, острой заболеваемости
43	Использование высокобелковых продуктов*	Первичная	Групповой	Медицинская		Обмен веществ, костно-мышечная система, иммунная система	Оценка уровня и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, физического развития, острой заболеваемости, физической подготовленности
44	Использование специализированных кисломолочных продуктов, обогащенных полезной микрофлорой*	Первичная	Групповой	Медицинская		Органы пищеварения, иммунная система, обмен веществ	Оценка уровня и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, физического развития, острой заболеваемости.

1	2	3	4	5	6	7	8
45	Применение диетического питания*	Вторичная	Групповой, индивидуальный			Органы пищеварения, ССС, почки, кожа и подкожная клетчатка, иммунная система	Оценка уровней и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, определение частоты обострений заболеваний, функциональных отклонений со стороны ЖКТ, пищевых аллергических реакций у детей с заболеваниями органов пищеварения, оценка физического развития, острой заболеваемости
46	Применение «шведского стола»	Первичная	Групповой	Организационно-педагогическая, медицинская (под контролем мед. работника)		Органы пищеварения, ССС, почки, кожа и подкожная клетчатка, иммунная система	Оценка уровней и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, оценка физического развития, острой заболеваемости
47	Использование этно-национальных продуктов питания и приемов кулинарной обработки	Первичная	Групповой	Медицинская, педагогическая (при обучении кулинарии)		Органы пищеварения, ССС, почки, кожа и подкожная клетчатка, иммунная система	Оценка уровней и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, оценка физического развития, острой заболеваемости.

1	48	Усиленное (дополнительное) питание для детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	3	Первичная	4	Индивидуальный, групповой (для целевой группы со схожими нарушениями здоровья – дефицитом массы тела, анемией)	5	Медицинская	6	Оздоровительная для детей с отклонениями в состоянии здоровья	7	Физическое развитие (дефицит массы тела), органы пищеварения, костно-мышечная система, ССС, почки, кожа и подкожная клетчатка, иммунная система	8	Оценка уровней и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, оценка физического развития, острой заболеваемости, физической подготовленности.
49		Использование фитотерапии (фиточаев, травяных коктейлей)		Вторичная		Индивидуальный, групповой (для целевой группы со схожими нарушениями здоровья)				Оздоровительная		Иммунная система, органы пищеварения, органы дыхания (например, отхаркивающие средства)		Оценка острой заболеваемости, частоты обострений болезней и нарушений системы пищеварения, обострений бронхообструктивных состояний.
50		Обучение культуре питания (рациональному питанию), этикету, кулинарии		Первичная		Групповой, индивидуальный		педагогическая, медицинская (при участии школьного врача, медицинской сестры)				Органы пищеварения, иммунная система, физическое развитие, ЦНС, орган зрения		Оценка уровней и структуры заболеваемости по результатам профилактических осмотров, оценка физического развития, острой заболеваемости, физической подготовленности.

1	2	3	4	5	6	7	8
51	Обучение гигиене ротовой полости и правильной чистке зубов*	Первичная	Групповой, индивидуальный	Медицинская (при участии гигиениста стоматологического, школьного врача, медицинской сестры)		Органы пищеварения	Определение частоты встречаемости множественного кариеса, оценка (по результатам профилактических осмотров) распространенности функциональных отклонений и хронических заболеваний органов пищеварения
52	Профилактические осмотры гигиенистом стоматологическим*	Первичная, вторичная (выявление детей с кариесом, аномалиями зубочелюстного аппарата)	Индивидуальный, групповой	Медицинская (при участии гигиениста стоматологического, школьного врача, медицинской сестры)		Органы пищеварения	Определение частоты встречаемости множественного кариеса, оценка (по результатам профилактических осмотров) распространенности функциональных отклонений и хронических заболеваний органов пищеварения
Коррекционно-оздоровительная программа, реализуемая в школе для детей с гастроэнтерологической патологией (Сотникова Е.Н., Котомина Е.В.)*							
53	Регулярное трехразовое сбалансированное по основным составляющим питание, обогащенное естественными источниками витаминов и микроэлементов	Вторичная	Групповой		Оздоровительная	Органы пищеварения, иммунная система	Выявление детей с функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями при медицинских осмотрах, опросы детей с заболеваниями ЖКТ и их родителей для выявления жалоб, оценка частоты обращаемости в медицинские организации с обострениями заболеваний органов пищеварения (обследования в медицинских организациях)

1	2	3	4	5	6	7	8
54	Ежедневное включение в пищевую рацию биологически активных добавок как дополнительных источников микронутентов, витаминов, антиоксидантных и иммуностабилизирующих комплексов	Вторичная	Групповой		Оздоровительная	Органы пищеварения, иммунная система	Выявление детей с функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями при медицинских осмотрах, опросы детей с заболеваниями ЖКТ и их родителей для выявления жалоб, оценка частоты обращаемости в медицинские организации с обострениями заболеваний органов пищеварения (обследования в медицинских организациях)
55	Индивидуальная фитотерапия (фиточаев, травяных коктейлей)	Вторичная	Групповой		Оздоровительная	Органы пищеварения, иммунная система	Выявление детей с функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями при медицинских осмотрах, опросы детей с заболеваниями ЖКТ и их родителей для выявления жалоб, оценка частоты обращаемости в медицинские организации с обострениями заболеваний органов пищеварения (обследования в медицинских организациях)

1	2	3	4	5	6	7	8
56	Физиотерапевтические комплексы (магнитотерапия и лазеротерапия)	Вторичная	Групповой		Оздоровительная	Органы пищеварения, иммунная система	Выявление детей с функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями при медицинских осмотрах, опросы детей с заболеваниями ЖКТ и их родителей для выявления жалоб, оценка частоты обращаемости в медицинские организации с обострениями заболеваний органов пищеварения (обследования в медицинских организациях)
57	Лечебная физкультура для детей с патологией органов пищеварения	Вторичная	Групповой		Оздоровительная	Органы пищеварения, иммунная система	Выявление детей с функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями при медицинских осмотрах, опросы детей с заболеваниями ЖКТ и их родителей для выявления жалоб, оценка частоты обращаемости в медицинские организации с обострениями заболеваний органов пищеварения (обследования в медицинских организациях)
Здоровьесберегающие медицинские и оздоровительные технологии для снижения частоты инфекционных заболеваний							
58	Вакцинопрофилактика*	Первичная	Популяционный	Медицинская		Иммунная система	Определение процента детей, охваченных профилактическими прививками, определение процента случаев осложнений при проведении вакцинопрофилактики

1	2	3	4	5	6	7	8
59	Облучатель – рециркулятор бактерицидного закрытого типа с безозоновой бактерицидной лампой, который предназначен для обеззараживания воздуха помещений*	Первичная	Групповой (классы, группы)	Медицинская		Иммунная система (уменьшение нагрузки на систему в связи с гибелью патогенных микроорганизмов и вирусов)	Сравнительный анализ показателей острой заболеваемости ОРВИ и частоты обострений болезней ротоносоглотки у детей, занимающихся в классах (группах), использующих облучатель – рециркулятор и не использующих прибор
60	Профилактика ОРВИ с использованием спреев с морской водой*	Первичная; вторичная (для детей с патологией ротоносоглотки и часто болеющих ОРВИ)	Групповой	Медико-педагогическая	оздоровительная (для детей с патологией ротоносоглотки и часто болеющих ОРВИ)	Иммунная система, ротоносоглотка	Сравнительный анализ показателей острой заболеваемости ОРВИ и частоты обострений болезней ротоносоглотки у детей до и после реализации технологии
61	Использование кислородных коктейлей как витаминотерапии	Первичная	Групповой, индивидуальный	Медицинская		Обмен веществ	Оценка результатов профилактических осмотров и острой заболеваемости
62	Использование фитомодулей в классных и рекреационных помещениях	Первичная	Групповой	Медико-педагогическая		Иммунная система, ЦНС	Отечественные и международные программы, в т. ч. программа «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HPSC)
Гигиеническое просвещение и воспитание, формирование здорового образа жизни							
63	Оценка распространенности факторов риска поведенческого характера для последующей разработки профилактических программ	Первичная	Популяционный, групповой	Медико-педагогическая (психолого-педагогическая)		Все системы организма	Отечественные и международные программы, в т. ч. программа «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HPSC)

1	2	3	4	5	6	7	8
64	Просвещение детей по проблемам здорового образа жизни*	Первичная	Групповой, индивидуальный	Педагогическая и медицинская (при совместной работе педагогов и медицинских работников)		Все системы организма	Оценка информированности детей и сформированности у них навыков здорового образа жизни
65	Проектная деятельность детей по проблемам здорового образа жизни (презентации, диспуты, викторины, спектакли, конкурсы рисунков и др.)	Первичная	Групповой, индивидуальный	Педагогическая и медицинская (при совместной работе педагогов и медицинских работников)		Все системы организма	Оценка информированности детей о факторах риска и сформированности у них навыков здорового образа жизни
66	Просвещение родителей по проблемам здорового образа жизни, половым и возрастным особенностям формирования физического и психического здоровья детей	Первичная	Групповой, индивидуальный	Педагогическая и медицинская (при совместной работе педагогов и медицинских работников)		Все системы организма	Оценка информированности детей и их родителей о факторах риска и определении сформированности у них навыков здорового образа жизни
67	Просвещение педагогов по проблемам здорового образа жизни, половым и возрастным особенностям формирования физического и психического здоровья детей	Первичная	Групповой, индивидуальный	Педагогическая и медицинская (при совместной работе педагогов и медицинских работников)		Все системы организма	Оценка информированности детей и педагогов факторов риска определение сформированности у них навыков здорового образа жизни

1	2	3	4	5	6	7	8
68	Просвещение персонала образовательных организаций по проблемам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия (СЭБ)	Первичная (обеспечение СЭБ образовательной организации)	Групповой, индивидуальный	Медицинская		Органы пищеварения, иммунная система, терморегуляция, зрительный анализатор, органы дыхания, ЦНС	Оценка информированности о факторах риска развития нарушений здоровья в результате неудовлетворительного уровня СЭБ в образовательной организации
Психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса, повышение умственной и физической работоспособности учащихся							
69	Групповые релаксационные мероприятия	Первичная, вторичная (для детей с отклонениями в психич. здоровье)	Групповой	Психолого-педагогическая		ЦНС	Психологическое тестирование
70	Индивидуальные релаксационные мероприятия	Первичная, вторичная (для детей с отклонениями в психическом здоровье)	Индивидуальный	Психолого-педагогическая		ЦНС	Психологическое тестирование
71	Музыкотерапия	Вторичная (для детей с отклонениями в психическом здоровье)	Индивидуальный, групповой	Психолого-педагогическая (специально подготовленный учитель музыки)		ЦНС	Психологическое тестирование (выявление релаксирующего и тонизирующего эффектов по показаниям)
72	Ароматерапия	Вторичная (для детей с отклонениями в психическом здоровье)	Групповой, индивидуальный	Оздоровительная		ЦНС	Психологическое тестирование (выявление релаксирующего эффекта)

1	2	3	4	5	6	7	8
73	Занятия в «сухом бассейне»	Первичная, вторичная (для детей с неврологическими и гиперкинетическими расстройствами, нарушениями костно-мышечной системы и вестибулярного аппарата)	Индивидуальный, групповой	Психолого-педагогическая, медицинская	Оздоровительная	ЦНС, костно-мышечная система, вестибулярный аппарат	Психологическое тестирование, оценка состояния костно-мышечной системы, в особенности осанки, оценка состояния вестибулярного аппарата
74	Психолого-медико-педагогический консилиум	Вторичная (для детей с нарушениями психического здоровья и психосоциальной адаптации)	Индивидуальный	Психолого-педагогическая, медицинская, принятие организационных решений		ЦНС, когнитивная и эмоциональная сфера	Психологическое тестирование, результаты профилактических осмотров с участием невролога и детского (подросткового) психиатра
75	Психологическое консультирование педагогов по вопросам общения с детьми, имеющими нарушения психического здоровья	Вторичная (для детей с нарушениями психического здоровья и психосоциальной адаптации)	Индивидуальный	Психолого-педагогическая, медицинская,		ЦНС, когнитивная и эмоциональная	Психологическое тестирование ребенка, результаты профилактических осмотров с участием невролога и детского (подросткового) психиатра

1	2	3	4	5	6	7	8
76	Психологическое консультирование родителей по вопросам воспитания детей, имеющих нарушения психического здоровья	Вторичная (для детей с нарушениями психического здоровья и психосоциальной адаптации)	Индивидуальный	Психолого-педагогическая, медицинская		ЦНС, когнитивная и эмоциональная сфера	Психологическое тестирование ребенка, результаты профилак-тических осмотров с участием невролога и детского (подросткового) психиатра
77	Социально-психолого-педагогический патронаж детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и безнадзорных детей (при длительных отъездах родителей)	Первичная, вторичная (для детей с нарушениями психического здоровья и психосоциальной адаптации)	Индивидуальный	Психолого-педагогическая		ЦНС, когнитивная и эмоциональная сфера	Психологическое тестирование ребенка, результаты профилак-тических осмотров с участием невролога и детского (подросткового) психиатра
78	Использование аминокислоты глицин*	Первичная (в период напряженной умственной деятельности), вторичная для детей с астеническими реакциями	Индивидуальный, групповой	Медицинская (при первичной профилактике)		ЦНС, когнитивная и эмоциональная сфера	Данные неврологического обследования при профилак-тических осмотрах, психологическое тестирование
79	Психофизическая тренировка (Нежжина Н.Н.)*	Первичная, вторичная (для детей с невротическими реакциями, вегетативной эмоционолабильностью)	Групповой, (индивидуальный в зависимости от типологии случаев особенностей)	Психолого-педагогическая, медицинская (под контролем подгруппового врача, инструктора ЛФК)		ЦНС	Данные неврологического обследования при профилак-тических осмотрах, психологическое тестирование

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
19 февраля 2017 г.
Протокол № 7

УТВЕРЖДЕНЫ
на XVIII Съезде
педиатров России,
Москва
19 февраля 2017 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

АЛГОРИТМ АКТИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ И ОБУЧАЮЩИХСЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

ФР РОШУМЗ-35-2017

(версия 1.1)

***Кодирование рассматриваемого заболевания / состояния / синдрома
по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10):***

2017 год (пересмотр каждые 5 лет)

Профессиональные ассоциации:

- ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново
- Всероссийское общество развития школьной и университетской медицины
и здоровья (РОШУМЗ)

РАЗРАБОТЧИКИ: Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Шишова А.В., Молькова Л.К.,
Нуждина Г.Н., Мандров С.И., Селезнева Е.В., Копышева Е.Н.

Федеральные рекомендации «Алгоритм активной иммунизации воспитанников и обучающихся образовательных организаций» включают сведения по активной иммунизации воспитанников и обучающихся образовательных организаций. Описывается алгоритм активной иммунизации детей в условиях образовательной организации.

Федеральные рекомендации «Алгоритм активной иммунизации воспитанников и обучающихся образовательных организаций» предназначены для врачей-педиатров и медицинских сестер, работающих в отделениях организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, а также руководителей, сотрудников органов управления здравоохранением и образованием.

Федеральные рекомендации «Алгоритм активной иммунизации воспитанников и обучающихся образовательных организаций» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 12 от 10.02.2017 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 25 от 10.02.2017 г.).

1. Ключевые слова: вакцинопрофилактика; национальный календарь профилактических прививок; иммунизация в образовательных организациях.

2. Список сокращений

АД – анатоксин дифтерийный.

АДС – анатоксин дифтерийно-столбнячный.

АДС-м – анатоксин дифтерийно-столбнячный с уменьшенным содержанием антигена.

АКДС – анатоксин коклюшно-дифтерийно-столбнячный.

АС – анатоксин столбнячный.

БЦЖ – живая лиофилизированная туберкулезная вакцина.

БЦЖ-м – живая лиофилизированная туберкулезная вакцина с уменьшенным содержанием антигена.

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

ЖКВ – живая коревая вакцина.

ЖПВ – живая полиомиелитная вакцина.

ИПВ – инактивированная полиомиелитная вакцина.

ЛПО – лечебно-профилактическая организация.

МИБП – медицинские иммунобиологические препараты.

ОБТК – отделения биологического и технологического контроля.

ОПВ – оральная полиомиелитная вакцина.

ПВО – поствакцинальные осложнения.

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт.

GAVI – Глобальный Альянс по Вакцинам и Иммунизации

3. Термины и определения

Вакцинопрофилактика является наиболее массовым медицинским профилактическим методом предупреждения инфекционных болезней, ограничения их распространения и ликвидации.

Календарь профилактических прививок – основной механизм реализации программ иммунизации, рациональная схема, определяющая число доз и сроки введения каждой вакцины, совместимость различных препаратов.

4. Краткая информация

4.1. Общие вопросы иммунизации в образовательных организациях.

Вакцины являются самым эффективным средством предупреждения инфекций, что доказала иммунизация населения, которая стала проводиться с середины 60-х годов. За прошедшие годы в мире была реализована Расширенная программа Иммунизации (RPI) ВОЗ, а в настоящее время сформирован Глобальный Альянс по Вакцинам и Иммунизации (GAVI). На данный период развития общества иммунопрофилактика внесла большой вклад в снижение уровня заболеваемости инфекционной патологией. Посредством проведения вакцинаций у детей дошкольного и школьного возраста обеспечивается контроль заболеваемости инфекционной патологией, что ведет к снижению частоты их заболеваний и уменьшению числа случаев осложнений. В России прививки проводят в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Вакцинопрофилактику проводят в рамках Национального календаря профилактических прививок (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 125н. «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»).

Иммунизацию в рамках национального календаря профилактических прививок проводят вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению.

4.2. Документы, регламентирующие вопросы проведения вакцинопрофилактики, вынесены в раздел «Связанные документы» (Приложение АЗ).

5. Описание метода

5.1. Планирование профилактических прививок в детской поликлинике ежегодно проводят на основании:

1) *учета детского населения по педиатрическим участкам на основании поквартирной переписи, проводимой 2 раза в год (весна, осень). Учет детей между переписями постоянно корректируется внесением сведений о новорожденных, вновь прибывших и выбывших детях. Учет организованных детей проводится непосредственно в образовательных учреждениях после формирования коллективов – с 15 сентября по 1 октября. Списки, заверенные руководителями и медицинскими работниками детских образовательных организаций, представляют в поликлиники и передают в прививочную картотеку. По окончании переписи списки сверяют с картами профилактических прививок (форма № 063/у), историями развития детей (форма № 112/у), для организованных детей – медицинскими картами ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у), уточняют расхождения и на неучтенных детей заполняют соответствующую документацию. Прибывших детей ставят на учет при первичном обращении в поликлинику, после поступления сигнального сообщения из других ЛПУ о выбытии детей или при активном выявлении медицинским персоналом. При отсутствии медицинской документации у вновь прибывшего ребенка участковый врач посылает запрос в детскую поликлинику по прежнему месту жительства ребенка;*

2) *анализа состояния иммунизации по каждой нозологической форме (против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, кори, эпидемического паротита,*

краснухи, туберкулеза, вирусного гепатита В, гриппа). В план включают как непривитых детей, так и подлежащих вакцинации или ревакцинации;

3) *сведений о длительных медицинских отводах от прививок*. Планирование профилактических прививок проводят в соответствии с действующим календарем прививок и предыдущим прививочным анамнезом детей от 0 до 18 лет, регистрируемым в следующих учетных формах:

- карте профилактических прививок (форма № 063/у);
- медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у).

По завершении планирования производится подсчет общего числа детей, подлежащих вакцинации в будущем году (организованных и не посещающих детские учреждения), составляется сводный план, который направляется в учреждение Роспотребнадзора. В настоящее время разработаны и используются специальные компьютерные программы, помогающие осуществлять планирование профилактических прививок.

В детской поликлинике создают месячный запас всех заявленных медицинских иммуно-биологических препаратов с переходящим остатком не более 30% от потребности на следующий месяц. Ведут учет поступления, расходования и списания в журналах установленной формы. Отчет о движении вакцин представляют ежеквартально на склад, откуда они получены, а также в территориальные органы управления здравоохранением, органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

На все имеющиеся МИБП необходимы следующие документы:

- годовая заказ-заявка на МИБП;
- объяснительная записка (обоснование) по составлению годовой заявки;
- копии требований на получение МИБП со склада;
- журнал анализа движения МИБП в поликлинике;
- журнал учета поступления и выдачи МИБП в организации на территории обслуживания поликлиники;
- копии отчетов о движении МИБП в вышестоящие организации;
- акты списания МИБП;
- накладные на полученные препараты с указанием количества каждой серии, срока годности, организации-изготовителя;
- график отпуска препаратов на территории обслуживания поликлиники;
- инструкции по применению препаратов.

Отечественные МИБП сопровождаются:

- копией лицензии на право производства и реализации МИБП или лицензии на фармацевтическую деятельность;
- копией сертификата производства МИБП установленного образца;
- копией паспорта отделения биологического и технологического контроля (ОБТК) организации-изготовителя на реализуемую серию МИБП.

МИБП зарубежного производства сопровождаются:

- копией лицензии на фармацевтическую деятельность дистрибьютора медицинских иммунобиологических препаратов;
- копией регистрационного удостоверения установленного образца на МИБП;
- копией сертификата соответствия на реализуемую серию препарата;
- инструкцией по применению препарата на русском языке.

Прививочная картотека детской поликлиники формируется из карт профилактических прививок (ф. № 063/у), которые заполняют на каждого ребенка,

находящегося на учете в данном учреждении. Учетные формы № 063/у должны быть заведены на всех детей в возрасте до 18 лет, проживающих в районе обслуживания детской поликлиники, а также на всех детей независимо от места их проживания, посещающих образовательные организации (ДДУ, школы, организации начального и среднего профессионального образования), обслуживаемые данной детской поликлиникой. В централизованной картотеке формы № 063/у размещают по группам: педиатрические участки и образовательные организации.

Картотека образовательных организаций содержит формы № 063/у детей, посещающих эти организации, обслуживаемые данной поликлиникой; формы раскладывают внутри картотеки по отделам: детские дошкольные организации, школы, организации профессионального образования, а внутри отделов по каждой организации отдельно. В картотеках формы 063/у раскладывают по месяцам календарного года в соответствии со сроками проведения ближайшей вакцинации. Отдельно выделяют карты детей, не подлежащих прививкам в календарном году, и карты детей, имеющих постоянные и длительные медицинские освобождения от прививок. На очередной планируемый месяц карты раскладывают по видам прививок.

Годовой план профилактических прививок утверждается руководителями лечебно-профилактических учреждений и согласовывается со специалистами территориальных органов Госсанэпиднадзора, затем представляется в территориальный орган управления здравоохранением. С целью выполнения годового плана прививок формируется персонифицированный план прививок на текущий месяц, который фиксируется в рабочем журнале участковой медицинской сестры, медицинской сестры детской образовательной организации, а при наличии в детской поликлинике программного средства по иммунизации – ежемесячно выдается сестрой-картотетчицей в распечатанном виде.

Для формирования отчета о профилактических прививках сведения о выполненных прививках в детских организациях пофамильно в конце каждого месяца представляются в прививочную картотеку по графику медицинскими сестрами организаций.

На основании записи в рабочем журнале медсестры или в плане-распечатке сведения вносятся в учетные формы профилактических прививок. Сведения о выполненных прививках в прививочных кабинетах детских поликлиник в течение месяца передаются по мере их выполнения в прививочную картотеку через запись в истории развития ребенка.

Ответственное в поликлинике за проведение иммунопрофилактики лицо организует формирование сводного отчета о прививках. Обязательна отчетность месячная, квартальная, годовая.

5.2. Организация прививочной работы.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего или иного законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме образовательная организация оказывает содействие несовершеннолетним или их родителям (законным представителям) в оформлении информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство или их отказов от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства.

Медицинская сестра (фельдшер) отделения медицинской помощи обучающимся осуществляет проведение мероприятий по иммунопрофилактике инфекционных болезней (в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям), участвует в проведении, совместно с врачом по гигиене детей и подростков, противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях.

Обязанности медицинской сестры (фельдшера) отделения медицинской помощи:

- проводит иммунизацию детей по назначению врача;
- регистрирует прививку в медицинской документации (форма № 026/у-2000, форма № 063/у, форма № 156/у-93);
- передает сведения медицинской сестре-картотетчице для регистрации прививки в форма № 112/у, форма № 063/у;
- регистрирует в учетных документах немедленные постпрививочные общие и местные реакции и осложнения;
- по назначению и под контролем врача в случае необходимости оказывает неотложную медицинскую помощь вакцинированным детям;
- заказывает и получает необходимые вакцины, медикаменты и инструментарий, соблюдает режим хранения МИБП, ведет учет движения каждого МИБП, используемого в процедурном кабинете (поступление, расход, остаток, списание), а также учет выполненных ею прививок (ежемесячный, ежегодный отчеты);
- наблюдает за детьми после прививки.

Организация работы прививочной бригады.

Состав и количество бригад, необходимых для иммунизации вне лечебно-профилактического учреждения, материально-техническое и медицинское обеспечение бригад определяют в соответствии с местными условиями, объемом и видом работ. Состав бригады утверждает руководитель ЛПО.

Общее руководство по организации и работе прививочных бригад возлагается руководителем ЛПО на заместителя главного врача поликлиники, или заведующего поликлиническим отделением, или на заместителя главного врача центральной районной больницы, который осуществляет ежедневный контроль за работой прививочных бригад.

В прививочную бригаду входят врач (фельдшер) и медицинская сестра.

5.3. Функциональные обязанности членов прививочной бригады по обеспечению безопасности иммунизации.

Врач (фельдшер) обеспечивает работу прививочной бригады:

- проверяет оснащение и готовность к работе прививочной бригады;
- проводит опрос, осмотр и оформляет медицинский отвод или допуск к прививке, осуществляет медицинское наблюдение за привитым в течение 30 мин;
- оказывает медицинскую помощь в случае осложнения на введение вакцины, регистрирует поствакцинальное осложнение, при необходимости госпитализирует больного или направляет на консультацию в городскую консультативную поликлинику или центральную районную больницу;
- осуществляет контроль за работой медицинской сестры, обеспечивает правильность проведения прививки и ведения документов.

Медицинская сестра (вакцинатор):

- получает вакцину, шприцы и все материалы на один день работы бригады;
- обеспечивает правильное хранение вакцины в течение рабочего дня;
- получает и следит за своевременным пополнением противошоковых средств и сроками их годности;
- проводит прививку в соответствии с инструкцией по применению вакцины;
- участвует в оказании медицинской помощи в случае возникновения поствакцинальных осложнений;
- обеспечивает обеззараживание и уничтожение остатков вакцины, использованных ампул, шприцев;
- возвращает остатки вакцины и другие материалы в поликлинику в тот же день.

Прививочную бригаду оснащают всем необходимым в соответствии с перечнем (Приложение В1).

Прививочная бригада работает в полном составе, при полном оснащении, подготовленная для проведения прививок и оказания неотложной помощи.

При проведении прививок прививочными бригадами в организациях, в том числе подростковых, а также в дошкольных образовательных и общеобразовательных учреждениях руководители организаций обеспечивают предоставление списков работающих, посещающих или обучающихся в указанных организациях. При проведении вакцинации прививочными бригадами в сельских населенных пунктах предоставление списков населения, подлежащего прививкам, обеспечивают руководители территориальных учреждений здравоохранения на основании данных ежегодной переписи.

Лиц, подлежащих вакцинации, предварительно оповещают о месте и времени проведения прививок через руководителей организаций, администрацию населенных пунктов.

Места проведения прививок организуют в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями, обеспечивая условия для соблюдения асептики.

Бригаду обеспечивают вакциной на одну смену работы. Медицинский работник, осуществляющий прививки, получает вакцину только в день работы. По окончании работы остатки невскрытой вакцины в тот же день сдают в прививочный кабинет поликлиники. Вакцину в часы работы бригады хранят в условиях холода при температуре 2–8°C.

Всех лиц, подлежащих прививкам, опрашивают о состоянии здоровья, контакте с инфекционными больными, осматривают, измеряют температуру, оформляют допуск к вакцинации или медицинский отвод. За привитыми устанавливают медицинское наблюдение в течение не менее 30 мин.

Сведения о привитых регистрируют в журнале профилактических прививок (форма № 064/у) и передают в ЛПО врачу прививочного кабинета для внесения в индивидуальные учетные формы и в прививочный сертификат (форма № 156/у-93).

6. Общие правила проведения прививок.

Профилактические прививки должны проводиться в процедурных кабинетах медицинского блока образовательных организаций при строгом соблюдении санитарно-гигиенических требований. В процедурном кабинете соблюдают режим уборки, проветривания, обеззараживания УФ-излучением.

6.1. Оснащение процедурного кабинета.

Холодильник для хранения вакцин должен быть с маркированными полками с двумя термометрами; количество хладоэлементов, находящихся постоянно в морозильном отделении холодильника, должно быть не менее указанного в инструкции по применению термоконтейнера или сумки-холодильника, имеющихся в наличии в процедурном кабинете).

В кабинете должны быть:

- инструкции по применению всех препаратов, которые используются для проведения прививок, на русском языке (в отдельной папке);
- утвержденный органами управления здравоохранением посиндромный перечень медикаментов для противошоковой терапии с инструкциями по применению (с указанием возрастных дозировок, способов введения);
- лекарственные средства для экстренной профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов;
- ориентировочная основа действий при возникновении поствакцинальных реакций и осложнений (Приложение В2).

Прививки против туберкулеза и туберкулинодиагностика должны проводиться на специально выделенном столе, отдельными инструментами, которые используют только для этих целей. Для размещения шприцев и игл, применяемых для БЦЖ-вакцины и туберкулина, используют отдельный шкаф. Запрещается применение для других целей инструментов, предназначенных для проведения прививок против туберкулеза. Все необходимые для вакцинации (ревакцинации) БЦЖ предметы (столы, биксы, лотки, шкафы и т. д.) должны быть промаркированы. В день вакцинации БЦЖ все другие манипуляции не проводятся. Для проведения вакцинации БЦЖ и туберкулиновых проб выделяют определенный день.

Процедурный кабинет, в котором проводят прививки, перед началом работы и после вакцинации должен подвергаться влажной уборке с применением дезинфицирующих средств. Его следует регулярно проветривать, так как духота наряду с определенным психологическим стрессом может спровоцировать развитие обморочных состояний. Необходимо иметь письменные инструкции о порядке проведения уборки и дезинфекции этого помещения.

Для проведения профилактических прививок в нашей стране используются отечественные и импортные вакцины, зарегистрированные в Российской Федерации и имеющие сертификат Национального органа контроля медицинских иммунобиологических препаратов – ГИСК им. Л.А. Тарасевича. В случае использования импортного препарата он должен иметь оригинальное наименование на русском языке.

Транспортировка и хранение вакцин должны проводиться при соблюдении специальной системы «холодовой цепи» согласно СП 3.3.2.1248-03 и СП 3.3.2.1248-08. «Холодовая цепь» – это бесперебойно функционирующая система, обеспечивающая оптимальный температурный режим хранения и транспортировки вакцин и других иммунобиологических препаратов на всех этапах их следования от предприятия-изготовителя до вакцинируемого.

6.2. Система «холодовой цепи» включает:

- специально обученный персонал, обеспечивающий эксплуатацию холодильного оборудования, хранение и транспортирование вакцин;
- холодильное оборудование, предназначенное для хранения и транспортирования вакцин в оптимальных температурных условиях;
- механизм контроля за соблюдением требуемых температурных условий.

Оборудование для «холодовой цепи».

- *Холодильники*, которые устанавливают на расстоянии не менее 10 см от стены, вдали от источников тепла. На холодильник готовят заключение специалиста о техническом состоянии и возможности поддержания необходимой для хранения вакцин температуры (+2–8°C), среднем проценте износа, годе выпуска, дате и характере ремонта.
- *Термометры* (2 в каждом холодильнике) размещают на верхней и нижней полках, температуру фиксируют 2 раза в день в журнале.
- *Хладоэлементы*, заполненные водой, хранят в морозильной камере холодильника на случай их экстренного использования, например, при отключении света. При аварийном или плановом (на мойку) отключении холодильника вакцины хранятся в термоконтейнерах с хладоэлементами.

Факты аварийного или планового отключения холодильника фиксируются в журнале регистрации температурного режима холодильника. При загрузке хладоэлементов в морозильную камеру обеспечивают свободную циркуляцию воздуха между ними.

Замороженные хладоэлементы по извлечении их из морозильной камеры необходимо предварительно довести до температуры 0°C. Для этого хладоэлементы должны быть выложены на стол в один слой, не более чем в 2 ряда, вокруг каждого хладоэлемента свободное пространство не менее 5 см. Необходимо подождать, пока внутри хладоэлементов не появится небольшое количество воды (при встряхивании лед может передвигаться внутри него), после чего их можно закладывать в сумку-холодильник.

При транспортировании в термоконтейнерах вакцин, содержащих адъювант (вакцины против гепатита А и В, АКДС, АДС, АД, АС, АДС-М и т. д.), особенно важно применять охлажденные (до температуры от +2 до +8°C), но не замороженные хладоэлементы.

- *Термоконтейнеры или сумки-холодильники многоразовые.* Для термоконтейнера должны быть паспорт, инструкция по применению, необходимое количество хладоэлементов, санитарно-эпидемиологическое заключение на хладоэлементы. Сумка-холодильник должна обеспечивать температурный режим от +2 до +8°C не менее 24 часов.
- *Термоиндикаторы* для объективного контроля температурного режима. Контроль показаний термоиндикаторов осуществляется 2 раза в сутки – утром и вечером. Порядок их применения представлен в Методических указаниях МЗ и СР РФ 3.3.3.2437-09.

Медицинские иммунобиологические препараты хранят на маркированных полках холодильника: жидкие сорбированные вакцины и растворители – в удалении от морозильной камеры, жидкие лиофилизированные и оральную живую полиомиелитную вакцину – под морозильником (табл. 1).

Таблица 1

Полки холодильника	Прививочные препараты, растворители
Верхняя полка	ОПВ, ИПВ «Имовакс Полио», ЖКВ, ЖПВ, «Тримовакс», «Рудивакс»
Средняя полка	ЖПВ, БЦЖ, БЦЖ-М (отдельно в контейнере под замком)
Нижняя полка	АКДС, АКДС-М, АДС, АДС-М, АД-М, «Энджерикс-В», растворители

МИБП хранятся в промышленной упаковке и располагаются таким образом, чтобы к каждой упаковке был обеспечен доступ охлажденного воздуха, а препараты одного наименования хранятся по сериям, с учетом срока годности. МИБП, хранившиеся в условиях нарушения «холодовой цепи», не могут быть использованы и подлежат уничтожению.

Вакцины в лечебно-профилактических учреждениях должны храниться в холодильной камере при температуре +2–8°C. Растворитель для вакцин должен храниться также в холодильнике, чтобы при подготовке вакцины к применению не вызвать повышение температуры последней. В морозильном отделении должен быть запас замороженных холодоэлементов. Холодильник должен быть предназначен только для хранения вакцин и других иммунобиологических препаратов. Хранение в нем иных препаратов или предметов не допускается. Длительность хранения МИБП не должна превышать одного месяца.

Не допускается хранить вакцины на дверце холодильника. Вакцины, транспортированные или хранящиеся с нарушением холодовой цепи, применению не подлежат.

7. Проведение профилактических прививок

Прививки должны осуществляться медицинским персоналом, обученным правилам организации и технике проведения прививок, а также приемам неотложной помощи в случае развития поствакцинальных реакций и осложнений.

Иммунизация должна проводиться здоровым медицинским персоналом.

Состояние здоровья среднего медицинского персонала, проводящего иммунизацию, контролируется врачом-педиатром. Лица, болеющие острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых оболочек, независимо от их локализации, от проведения прививок должны быть отстранены.

Профилактические прививки проводятся с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными, с обязательным оформлением бланка «Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок или отказ от них» (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 января 2009 г. № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них»).

В оформлении указанного документа участвуют родители (если ребенок до 15 лет), подростки с 15 лет, врач-педиатр.

За своевременность вакцинации детей, посещающих образовательные организации отвечает педиатр данной организации.

При подготовке ребенка к поступлению в ДДУ желательнее провести вакцинацию не позднее, чем за месяц до начала посещения организованного коллектива.

Для обеспечения своевременной вакцинации медицинская сестра предварительно информирует родителей детей, подлежащих профилактической прививке.

Факт отказа от прививок с отметкой о том, что медицинским работником даны разъяснения о последствиях такого отказа (угроза развития тяжелой формы заболевания, летального исхода, опасности больного для окружающих и др.), оформляется в медицинских документах (бланк «Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок или отказ от них», форма № 026/у, форма № 063/у, форма № 156/у-93) и подписывается родителями (опекунами) ребенка

или самим совершеннолетним гражданином, а также медицинским работником. Переоформление отказа необходимо осуществлять не реже 1 раза в год.

Перед проведением профилактической прививки врачом-педиатром (фельдшером) проводится тщательный сбор анамнеза с целью выявления предшествующих заболеваний, в том числе хронических, реакций или осложнений на предыдущее введение препарата, аллергических реакций на лекарственные препараты, продукты, выявления индивидуальных особенностей ребенка, контактов с инфекционным больным, уточняются сроки предшествующих прививок. Выявляются лица с повышенным риском развития сильных реакций на введение препарата или осложнений.

Непосредственно перед прививкой проводится термометрия.

Результаты осмотра ребенка, термометрии, проведенных обследований, особенности прививочного анамнеза, а также разрешение на введение конкретной вакцины с указанием вида прививки или отвод от иммунизации по медицинским показаниям фиксируются врачом (фельдшером) в медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000).

Профилактические прививки проводят детям, не имеющим медицинских противопоказаний (Приложение ВЗ), в строгом соответствии с показаниями к применению той или иной вакцины согласно инструкции, прилагаемой к препарату. Ответственность за правильность отбора на вакцинацию несет врач-педиатр (фельдшер ФАП).

Целесообразно вакцинировать детей в утренние часы, так как во второй половине дня меняются биоритмы организма, функциональное состояние органов и систем, что может повлиять на частоту возникновения побочных реакций в поствакцинальном периоде.

Медицинская сестра перед проведением прививки:

- проверяет наличие заключения врача о допуске к прививке;
- сверяет наименование препарата на ампуле с назначением врача, проверяет маркировку, срок годности МИБП, целостность ампулы;
- визуально оценивает качество препарата (путем встряхивания сорбированных вакцин и после растворения лиофилизированных вакцин).

Если препарат выпускается в сухом виде, то контролируются время его растворения и физические свойства растворенного препарата (цвет, наличие посторонних включений, осадка или не разбивающихся при встряхивании хлопьев).

Растворитель должен быть прозрачным, бесцветным и не иметь посторонних примесей.

Медсестра проводит подготовку препарата (встряхивание сорбированной вакцины, обработку и вскрытие ампул с соблюдением правил антисептики, растворение лиофилизированного препарата и др.).

Вакцина из многодозовых флаконов может использоваться в соответствии с инструкцией по ее применению при соблюдении следующих правил:

- забор каждой дозы вакцины из флакона с соблюдением правил асептики,
- вакцина хранится при температуре от +2°C до +8°C,
- восстановленные вакцины используют немедленно и хранению не подлежат.

Для забора каждой дозы вакцины из многодозового флакона используется стерильный шприц со стерильной иглой. Оставлять иглу в крышке флакона для взятия последующих доз вакцины запрещается. Для забора вакцины из флакона используется только тот шприц, который будет использован для инъекции. Открытые флаконы с вакциной в конце рабочего дня уничтожают. Не допуска-

ется смешивание вакцин и растворителей из неполных открытых флаконов, повторное использование шприца и иглы, уже использованных для смешивания растворителя и вакцины, заблаговременный набор вакцины в шприцы и последующее хранение вакцины в шприцах.

Все манипуляции с вакцинами проводятся только на специально отведенных промаркированных столах.

При проведении иммунизации необходима правильная обработка места введения препарата (при подкожной и внутримышечной инъекции – стерильным тампоном, смоченным 70%-ным раствором спирта или другим кожным антисептиком, рекомендованным для обеззараживания инъекционного поля, при скарификационном методе иммунизации – смесью спирта с эфиром).

Медицинская сестра проводит иммунизацию с обеспечением всех правил асептики и антисептики только одноразовыми стерильными шприцами и иглами, используя соответствующие дозу, метод и место введения, предусмотренные наставлением к МИБП.

При вакцинации необходимо организовать поток пациентов так, чтобы одновременно в помещении процедурного кабинета находился только один пациент.

При проведении прививки медицинский работник должен находиться между пациентом и столом с острыми инструментами. Медицинский работник, осуществляющий иммунизацию, не должен удерживать ребенка.

При одновременном проведении одному ребенку нескольких прививок каждую вакцину вводят отдельным шприцом и иглой в разные участки тела в соответствии с инструкцией к препарату.

После вакцинации желательно приводить шприц и иглу в негодность в присутствии прививаемого.

С целью профилактики профессиональных заражений медсестра должно быть вакцинирована против гепатита В, а также дифтерии, столбняка, кори.

Медицинский персонал должен осуществлять иммунизацию в специальной медицинской одежде (халате и шапочке) и хирургических перчатках.

При проведении массовой иммунизации допускается не менять перчатки после каждого пациента. В этом случае после каждого пациента поверхность перчаток (нитриловых, неопреновых и других устойчивых к дезинфицирующим средствам, в том числе к спиртам), надетых на руки, обеззараживают любым кожным спиртосодержащим антисептиком, зарегистрированным в Российской Федерации и разрешенным к применению для гигиенической обработки рук, путем их тщательного протирания тампоном, обильно смоченным антисептиком (при норме расхода не менее 3 мл и времени обработки не менее 1 мин).

При наличии видимых загрязнений кровью перчатки после обработки антисептиком следует заменить.

Прививку следует проводить в положении ребенка лежа или сидя во избежание падения при обморочных состояниях.

Медицинская сестра делает запись о проведенной прививке в медицинской карте ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у).

При этом указываются дата введения, название препарата, доза, серия, контрольный номер, предприятие-изготовитель, срок годности. В случае использования импортного препарата вносится его оригинальное название на русском языке.

После проведения прививки наблюдение за детьми осуществляется в течение первых 30 мин непосредственно врачом (фельдшером), так как в это время возможно

развитие немедленных реакций анафилактического типа. Необходимо информировать привитого (его родителей) о соблюдении режима в поствакцинальном периоде.

Сбор, временное хранение, транспортирование, уничтожение (утилизацию) медицинских отходов, образующихся при иммунизации, осуществляют в соответствии с установленными требованиями. Без предварительного обеззараживания разрешаются сбор, временное хранение и транспортирование медицинских отходов, образующихся при иммунизации, при условии обеспечения всех необходимых требований безопасности в процессе их сбора, временного хранения, транспортирования к месту уничтожения с обязательным применением термических методов.

Для безопасного сбора необеззараженных медицинских отходов следует применять одноразовые герметичные емкости, с соответствующей классу отходов Б и В цветовой и текстовой маркировкой. Конструкция емкостей должна обеспечивать их герметизацию и невозможность вскрытия при транспортировке. В этом случае шприц с иглой сразу после использования в неразобранном виде должен быть помещен в герметичную емкость для сбора медицинских отходов.

Для сбора предварительно обеззараженных медицинских отходов, образующихся при иммунизации, применяют полимерные пластиковые пакеты разной цветовой маркировки однократного применения для сбора пластиковых частей шприцев и специальные герметичные непрокальваемые пластиковые емкости однократного применения для сбора игл.

Для обеззараживания медицинских отходов, образующихся при иммунизации, применяют физический и химический методы.

Физические методы обеззараживания применяют при наличии специально выделенного оборудования для обеззараживания медицинских отходов в соответствии с инструкциями по его использованию.

Для обеззараживания медицинских отходов химическим методом используют зарегистрированные и разрешенные к применению в медицинской практике в установленном порядке дезинфектанты в соответствии с инструкциями по их применению.

Для уменьшения риска травматизма медицинским работникам следует: избегать ручных манипуляций с необеззараженными шприцами; применять специальные приспособления для снятия иглы – иглосъемники, устройства для отсечения игл – иглоотсекатели, устройства для сжигания игл – деструкторы игл, запрещается снимать вручную иглу со шприца после его использования и надевать колпачок на иглу после инъекции.

Медицинские отходы в герметично упакованных одноразовых емкостях помещают в специальные контейнеры и хранят перед транспортированием в помещении для временного хранения медицинских отходов детской поликлиники.

Открытое хранение отходов, образующихся при иммунизации, не допускается. Контакт населения с отходами, образующимися при иммунизации, не допускается.

По окончании вакцинации подлежат уничтожению ампулы и другие емкости, содержащие неиспользованные остатки вакцин, а также вакцины и растворители с истекшим сроком годности или хранившиеся с нарушением холодовой цепи, с видимыми изменениями, не обозначенными в инструкции (наличие хлопьев, изменение цветности, прозрачности и т. п.).

Ампулы и флаконы с инактивированными и рекомбинантными вакцинами, иммуноглобулинами, гетерологичными сыворотками вскрывают, содержимое выливают в раковину, стекло выбрасывают в емкость для мусора без дополни-

тельного обеззараживания и удаляют с твердыми бытовыми отходами без какой-либо дополнительной обработки.

Ампулы и флаконы с остатками живых бактериальных или вирусных вакцин, а также использованные одноразовые иглы, шприцы, скарификаторы, ватные тампоны, салфетки, перчатки после инъекции сбрасывают в контейнеры с дезинфицирующим раствором, приготовленным в соответствии с инструкцией по его применению. Уничтожение непригодных к использованию вакцин и анатоксинов следует проводить согласно Методическим указаниям 3.3.3.1761-03.

Для обеззараживания живых вакцин и загрязненных ими поверхностей используются дезинфекционные средства в соответствии с инструкцией по применению.

После БЦЖ- или БЦЖ-М-вакцинации шприц с иглой и ватные тампоны, ампулы с неиспользованными остатками вакцины замачивают в 5%-ном растворе хлорамина на 60 минут.

Все неиспользованные серии препаратов с истекшим сроком годности, а также не подлежащие применению по другим причинам, следует направлять на уничтожение в районный (городской) центр Роспотребнадзора. Физическому уничтожению подлежат использованные одноразовые шприцы и скарификаторы.

В случае получения медицинским работником при проведении иммунизации травмы, потенциально опасной в плане инфицирования (укол, порез с нарушением целостности кожных покровов и/или слизистых), необходимо принять меры экстренной профилактики. На рабочем месте персонала должна быть аптечка первой медицинской помощи при травмах.

При попадании вакцинного материала на слизистые оболочки глаз их промывают большим количеством воды. В случае повреждения кожных покровов рану обрабатывают настойкой йода.

Мебель или участки пола, загрязненные вакцинным препаратом, обрабатываются 3%-ным раствором хлорамина или другими дезинфектантами в соответствии с инструкцией по применению. При уборке осколков стекла необходимо пользоваться щетками, пинцетом и совком.

7.1. Сроки и длительность медицинского наблюдения после прививки.

Сроки и длительность медицинского наблюдения после прививки определяются сроками наиболее вероятного развития поствакцинальных реакций и осложнений (Приложение В4), указанными в инструкции по применению препарата.

Привитой ребенок наблюдается медицинской сестрой:

- первые 3 дня после введения инактивированных вакцин,
- на 5–6-й и 10–11-й день после введения живых вакцин,
- после введения БЦЖ или БЦЖ-М – через 1, 3, 6, 9, 12 месяцев.

7.2. Учетно-отчетная документация.

Для организации и проведения прививок в детской поликлинике должны быть следующие документы:

- сводные переписи детей в целом по детской поликлинике;
- списки детей, посещающих образовательные организации: ДОУ, школы, ПТУ, лицеи, техникумы и т. п. (по группам или классам);
- картотека учетных прививочных форм организованных (по организациям) детей, а также организованных детей, проживающих на территории поликлиники и посещающих детские образовательные организации на территории других поликлиник (по участкам);

- журнал миграции населения;
- журнал работы иммунологической комиссии;
- журнал учета длительных медицинских отводов от прививок (по образовательным организациям);
- списки детей, отказывающихся от прививок (по образовательным организациям);
- журнал учета профилактических прививок;
- журналы поступления и расходования МИБП;
- журналы контроля температурного режима работы холодильников для хранения вакцины;
- журнал регистрации и учета сильных (необычных) реакций на прививки и поствакцинальных осложнений;
- экстренное извещение об инфекционном или паразитарном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, поствакцинальном осложнении № 058/у.
- *Индивидуальные учетные формы:*
 - медицинская карта ребенка для образовательных организаций (форма № 026/у);
 - учетная карта профилактических прививок (форма № 063/у);
 - сертификат профилактических прививок (форма № 156/у-93).

7.3. Отчетные формы:

- ежемесячные отчеты о выполненных профилактических прививках в образовательных учреждениях на территории обслуживания поликлиники;
- № 5 (квартальная, месячная) форма федерального государственного статистического наблюдения «Сведения о профилактических прививках»;
- № 6 (годовая) форма Федерального государственного статистического наблюдения «Сведения о контингентах детей, подростков, взрослых, привитых против инфекционных болезней на 31 декабря отчетного года».

Журнал учета поступления и расходования МИБП в образовательной организации

Наименование препарата											
Приход						Расход				Возврат	Остаток
Дата	Количество доз	Серия, контрольный номер	Срок годности	Поставщик	Условия транспортировки, показания термомониторинга	Дата вакцинации	Количество прививок	Количество доз израсходованной вакцины	Серия, срок годности		

Оценка качества работы детской поликлиники по иммунопрофилактике изложена в СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных заболеваний». Для оценки эффективности данной работы используются показатели:

- уровень охвата прививками и своевременность иммунизации;

- показатели заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики среди привитых и не привитых;
- удельный вес не привитых в каждом декретированном возрасте, а также структура причин непривитости по каждому виду прививки и их обоснованность;
- регистрация поствакцинальных осложнений, анализ причин их возникновения.

Анализ своевременности иммунизации необходимо проводить не реже 1 раза в квартал. На основании анализа причин неполного охвата прививками разрабатывают план мероприятий по их устранению.

Вакцинация детей, привитых не в рамках национального календаря, изложена в Приложении В5.

8. Показания для применения алгоритма активной иммунизации воспитанников и обучающихся в образовательных организациях:

- Рекомендуется использовать активную иммунизацию воспитанников и обучающихся в образовательных организациях при необходимости целенаправленного проведения профилактической и оздоровительной работы в конкретных образовательных организациях и подбора адекватных технологий в зависимости от особенностей состояния здоровья обучающихся.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – А).

Комментарии: противопоказаний к использованию алгоритма – нет.

9. Список литературы

- *Брико Н.И.* Вакцинация – решающая мера снижения бремени, связанного с инфекционными болезнями среди взрослых лиц Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2013; 4: 10 –15.
- *Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Фёдоров А.М.* Иммунопрофилактика-2014. Справочник, 12-е изд., доп. М.: Издательство «ПедиатрЪ»; 2014. 198 с.
- *Шаханина И.Л., Ясинский А.А.* Концепция определения экономической эффективности вакцинопрофилактики. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2010; 4: 74 –79.

Приложение А1. Состав рабочей группы Профильной комиссии МЗ РФ по гигиене детей и подростков

Кучма Владислав Ремирович	директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» Минздрава России, заведующий кафедрой гигиены детей и подростков Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России, главный специалист Минздрава России – председатель профильной комиссии (Москва)
Рапопорт Ирина Калмановна	зав. лабораторией научно-методических основ школ здоровья НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» Минздрава России, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России– заместитель председателя (Москва)
Макарова Анна Юрьевна	доцент кафедры гигиены детей и подростков Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России– ответственный секретарь профильной комиссии (Москва)
Акиншин Владимир Иванович	зам. главного врача по организационно-методической работе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», главный внештатный специалист (Белгородская область)
Жамлиханов Надир Хусяинович	главный врач БУ «Городская детская больница № 4», главный внештатный специалист (Чувашская республика)
Корягина Татьяна Николаевна	заместитель главного врача по поликлинике ГУЗ «Детская городская больница № 3 г. Тулы», главный внештатный специалист (Тульская область)
Мингазова Эльмира Нурисламовна	профессор кафедры гигиены и медицины труда ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный специалист (республика Татарстан)
Мисюрова Наталья Александровна	заведующая ДШО БУЗ Орловской обл., «Городская больница им. С.П. Боткина», главный специалист (Орловская область)
Митрофанова Ольга Евгеньевна	Консультант Управления организации медицинской помощи матерям и детям Минздрава Московской области, главный специалист (Московская область)
Прошина Наталья Ивановна	заведующая отделением ГУЗ ЯО Детской поликлиники № 5, главный специалист (Ярославская область)
Сазанова Элла Григорьевна	заведующая отделением ДШО ГБУ РО «Городская детская поликлиника № 7», главный внештатный специалист (Рязанская область)

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Федеральные рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям. Данный алгоритм предназначен для федеральных и региональных органов здравоохранения и образования, специалистов в области охраны здоровья детей врачей-педиатров образовательных организаций.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов:
- *Брико Н.И.* Вакцинация – решающая мера снижения бремени, связанного с инфекционными болезнями среди взрослых лиц Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2013; 4: 10 –15.
- *Таточенко В.К., Озерецковский Н.А., Фёдоров А.М.* Иммунопрофилактика-2014. Справочник, 12-е изд., доп. М.: Издательство «ПедиатрЪ»; 2014. 198 с.
- *Шаханина И.Л., Ясинский А.А.* Концепция определения экономической эффективности вакцинопрофилактики. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2010; 4: 74 –79.
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке протокола.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе протокола доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения протокола и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждениях и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирова́н также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе рекомендаций.

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

Приложение А3. Связанные документы

Конвенции о правах ребенка от 20 ноября 1989г.

1. Методические рекомендации «Порядок использования, сбора, хранения, транспортирования, уничтожения, утилизации (переработки) самоблокирующихся (саморазрушающихся) СР-шприцев и игл инъекционных одноразового применения» (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 11 ноября 2005 г. № 0100/9856-05-34).

2. Методические рекомендации 08.02.2008 № 01/816-8-34 «Иммунизация полисахаридной поливалентной вакциной для профилактики пневмококковой инфекции».

3. Методические рекомендации для врачей «Анафилактический шок. Этиология. Клиника. Неотложная терапия. Профилактика».

4. Методические рекомендации МР 3.3.1.0001-10 «Эпидемиология и вакцинопрофилактика инфекции, вызываемой *Haemophilus influenzae* типа b».

5. Методические рекомендации МР 3.3.1.0027-11 «Эпидемиология и вакцинопрофилактика инфекций вызываемой *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*».

6. Методические рекомендации МР 3.3.1.2131-06 «Иммунизация детей инактивированной полиомиелитной вакциной ИПВ».

7. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях (утв. Минздравом России РФ 15 января 2008 г. № 206-ВС).

8. Методические рекомендации МР «Основные требования и критерии оценки качества работы детских лечебно-профилактических учреждений по иммунопрофилактике» (утв. Минздравом России 01.03.2000 № 99/222).

9. Методические рекомендации МР 3.3.1.0001-10 «Эпидемиология и вакцинопрофилактика инфекции, вызываемой *Haemophilus influenzae* типа b».

10. Методические указания 3.1.2313-08 «Требования к обеззараживанию, уничтожению и утилизации шприцев одноразового применения».

11. Методические указания МУ 3.1.2436-09 «Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиологический надзор за столбняком».

12. Методические указания МУ 3.1.2792-10 «Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиологический надзор за гепатитом В».

13. Методические указания МУ 3.1.2837-11 «Профилактика инфекционных болезней. Кишечные инфекции. Эпидемиологический надзор и профилактика вирусного гепатита А».

14. Методические указания МУ 3.1.2943-11 «Профилактика инфекционных болезней. Организация и проведение серологического мониторинга состояния коллективного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики (дифтерия, столбняк, коклюш, корь, краснуха, эпидемический паротит, полиомиелит, гепатит В)».

15. Методические указания МУ 3.3.1.1123-02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика».

16. Методические указания МУ 3.3.1.2044-06 «Проведение вакцинопрофилактики натуральной оспы».

17. Методические указания МУ 3.3.1252-03 «Тактика вакцинации взрослого населения против дифтерии».

18. Методические указания МУ 3.3.1878-04 «Экономическая эффективность вакцинопрофилактики».

19. Методические указания МУ 3.3.1879-04. 3.3 «Расследование поствакцинальных осложнений».

20. Методические указания МУ 3.3.1889-04 «Порядок проведения профилактических прививок».

21. Методические указания МУ 3.3.1891-04 «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад».

22. Методические указания МУ 3.3.2.1121-02 «Организация контроля за соблюдением правил хранения и транспортирования медицинских иммунобиологических препаратов».

23. Методические указания МУ 3.3.2.1172-02 «Порядок обеспечения государственных муниципальных организаций здравоохранения медицинскими иммунобиологическими препаратами в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

24. Методические указания МУ 3.3.2.2437-09 «Медицинские иммунобиологические препараты. Применение термоиндикаторов для контроля температурного режима хранения и транспортирования медицинских иммунобиологических препаратов в системе "холодовой цепи"».

25. Методические указания МУ 3.3.2400-08 «Контроль за работой лечебно-профилактических организаций по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней».

26. Методические указания МУ 3.3.2.1761-03 «О порядке уничтожения непригодных к использованию вакцин и анатоксинов».

27. МР 3.3.1.0058-12. 3.3.1. Вакцинопрофилактика. Профилактическая иммунизация лиц, принимающих участие в массовых международных спортивных мероприятиях на территории Российской Федерации.

28. МУ 3.1.2792-10. 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Эпидемиологический надзор за гепатитом В.

29. МУ 3.3.1.1095-02 «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок».

30. Перечень вакцин для профилактики инфекционных заболеваний, зарегистрированных и разрешенных к применению в Российской Федерации.

31. Постановление Госкомстата РФ от 5 мая 1999 г. № 30 «Об утверждении форм федерального государственного статистического наблюдения за заболеваемо-

стью населения инфекционными и паразитарными болезнями, профилактическими прививками».

32. Постановление Правительства РФ от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок».

33. Постановление Правительства РФ от 2 августа 1999 г. № 885 «Об утверждении перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий».

34. Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2000 г. № 1013 «О порядке выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций гражданам при возникновении у них поствакцинальных осложнений».

35. Приказ № 241 Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений» от 3.07.00 г.

36. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.07.2003 № 307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним» (вместе с «Порядком проведения вакцинопрофилактики беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних»).

37. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 сентября 1993 г. № 220 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации».

38. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».

39. Приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 15.01.2015 № 18 «О совершенствовании работы по вакцинопрофилактике в Республике Татарстан».

40. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 1999 г. № 174 «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка».

41. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1346н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»[#].

42. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 125н. «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

43. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.01.2009 № 19н «О рекомендуемом образце добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них».

44. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

45. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 ноября 2012 г. № 792н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при местной аллергической реакции после вакцинации».

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

46. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2.1120-02 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям транспортировки, хранению и отпуску гражданам медицинских иммунобиологических препаратов, используемых для иммунопрофилактики аптечными учреждениями и учреждениями здравоохранения».
47. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации».
48. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней».
49. Санитарные правила СП 3.1.2951-11 «Профилактика полиомиелита».
50. Санитарные правила СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии».
51. Санитарные правила СП 3.1.2.3113-13 «Профилактика столбняка».
52. Санитарные правила СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза».
53. Санитарные правила СП 3.1.2.3117-13 «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций».
54. Санитарные правила СП 3.1.2.3162-14 «Профилактика коклюша».
55. Санитарные правила СП 3.1.2825-10 «Профилактика вирусного гепатита А».
56. Санитарные правила СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита».
57. Санитарные правила СП 3.1.7.2627-10 «Профилактика бешенства среди людей».
58. Санитарные правила СП 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».
59. Санитарные правила СП 3.3.2.1248-03 «Медицинские иммунобиологические препараты. Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов».
60. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
61. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике ротавирусной инфекции у детей. Москва. 2015 год.
62. Федеральные клинические рекомендации. 2015. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции.
63. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 № 157-ФЗ (действующая редакция, 2016).
64. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
65. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
66. Федеральный закон от 18.06.2001 № 77-ФЗ (ред. от 02.05.2015) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».
67. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
68. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
69. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 13.07.2015) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
70. Постановление Правительства РФ № 1013 2000 г. «О порядке выплаты государственных ежемесячных денежных компенсаций гражданам при поствакцинальных осложнениях».

71. Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» СанПиН 2.1.3.2630-10.

72. Санитарно-эпидемиологические правила «Организация иммунопрофилактики инфекционных заболеваний» СП 3.3.2367-08.

73. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям транспортировки, хранению и отпуску граждан медицинских иммунобиологических препаратов, используемых для иммунопрофилактики, аптечными учреждениями здравоохранения» СП 3.3.2.1120-02.

74. Санитарно-эпидемиологические правила «Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов» СП 3.3.2.1248-03.

75. Методические указания «Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок» МУ 3.3.1.1095-02. 11

76. Методические указания «Контроль за работой лечебно-профилактических организаций по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней» МУ 3.3.2400-08.

77. Методические указания «Порядок проведения профилактических прививок» МУ 3.3.1889-04.

78. Методические указания «Организация работы прививочного кабинета детской поликлиники, кабинета иммунопрофилактики и прививочных бригад» МУ 3.3.1891-04.

79. Методические указания «Расследование поствакцинальных осложнений» МУ 3.3.1879-04.

80. Методические указания «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика» МУ 3.3.1.1123-02.

81. Постановление Правительства Российской Федерации от 02 августа 1999 г. № 885 «Об утверждении перечня поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий».

Приложение В1. Материально-техническое обеспечение и оснащение прививочных бригад:

- медицинские иммунобиологические препараты;
- халаты медицинские – 3;
- стерильные салфетки (простыни) – 2;
- полотенца – 3;
- бинты – 5;
- аппарат для измерения давления – 1;
- ножницы – 1;
- пинцеты – 2;
- термометры – 3;
- бикс со стерильным материалом;
- спирт 70% (0,5 мл на одну прививку);
- шприцы одноразовые с иглами на каждого прививаемого;
- емкость для отработанных шприцев, тампонов, флаконов и ампул из-под медицинских иммунобиологических препаратов;
- набор противошоковых средств;
- термоконтейнер или сумка-холодильник для транспортирования вакцины;
- список лиц, подлежащих вакцинации;
- журнал учета профилактических прививок (форма № 64/у);
- бланки прививочных сертификатов (форма №156/у-93);
- автомашина – при необходимости;
- дезинфицирующие средства с инструкциями по их применению, утвержденными в установленном порядке;
- формы учета (форма № 112/у; форма № 026/у; форма № 025/у и т. д.).

Приложение В2. Ориентировочная основа действий при возникновении поствакцинальных реакций и осложнений

Ориентировочная основа действий при анафилактическом шоке

№ п/п	Действия
1.	Сделал вывод о наличии шока, его природе и степени тяжести
2.	Срочно вызвал реанимационную бригаду!!! Провел мероприятия по устранению или ослаблению действия фактора, вызвавшего шок: <ul style="list-style-type: none">• прекратил введение препарата• наложил жгут проксимальнее места инъекции• приложил к месту инъекции пузырь со льдом на 15 мин. Провел мероприятия по оказанию доврачебной помощи <ul style="list-style-type: none">• позиционирование пациента:<ul style="list-style-type: none">• при гипотензии – уложил ребенка в положение Тренделенбурга (лежа на спине, головной конец опускают ниже ног под углом 30°) до тех пор, пока сохраняется эффективное дыхание;• при стабильном состоянии обеспечил удобное для пациента положение в целях уменьшения беспокойства (например, на руках у матери для ребенка младшего возраста);• оксигенотерапия;• сосудистый доступ;• мониторинг (ЧСС, характер пульса, АД, ЧДД и характер дыхания, сатурация крови, сознание);
3.	Провел противошоковые мероприятия <ul style="list-style-type: none">• эпинефрин в/м из расчета 10 мкг/кг (0,01 мл/кг эпинефрина 1:1000), при необходимости повторные введения через 5–15 мин.;• инфузионная терапия: изотонические кристаллоиды болюсно из расчета 20 мл/кг, при необходимости повторные введения;• 2% р-р хлоропирамина в/м или в/в медленно (начальные дозы):<ul style="list-style-type: none">– от 1 до 12 мес – 0,25 мл,– от 1 до 6 лет – 0,5 мл,– от 6 до 14 лет – 0,5–1 мл.повторные дозы могут быть повышены, но не более 2 мг/кг; гидрокортизон в/м или в/в медленно в дозе: <ul style="list-style-type: none">– до 6 мес – 25 мг,– от 6 мес до 6 лет – 50 мг,– от 6 до 12 лет – 100 мг,– старше 12 лет – 200 мг.
4.	Оценил эффект: нормализация АД и ЧСС, ЧДД, характеристик пульса, (отсутствие различий между центральным и периферическим пульсом), время наполнения капилляров – менее 2 с, теплые конечности, восстановление сознания, диурез более 1 мл/(кг × ч); снижение уровня лактата в сыворотке; уменьшение дефицита оснований; насыщение кислородом центральной венозной крови (ScvO ₂) – более 70%.
5.	Дальнейшая тактика. Пациентов с шоком следует госпитализировать в отделение реанимации и интенсивной терапии, минуя СтОСМП.

Ориентировочная основа действий при крапивнице

№ п/п	Действия
1.	<p>Поставил диагноз по классификации, оценил состояние Определил показания к срочной госпитализации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тяжелые формы острой крапивницы (более 50 волдырей за 24 часа или большая поверхность, состоящая из волдырей, сливающиеся волдыри, + сильный зуд, влияющий на повседневную деятельность и/или сон) • крапивница, сопровождающая анафилаксию • крапивница с АО в области гортани (риск асфиксии) <p>Вызвал СМП</p>
2.	<p>Оказал доврачебную помощь</p> <ul style="list-style-type: none"> • успокоил пациента • прекратил поступление причинно-значимого аллергена
3.	<p>Оказал врачебную помощь</p> <ul style="list-style-type: none"> • назначил обильное щелочное питье – минеральная вода из расчета 15–30 мл/кг • назначил очистительную клизму, t воды 20°C, объем воды: у н/р – 30 мл, 1–3 мес – 50–60 мл, 3–12 мес – 100–150 мл, 1–2 года – 200 мл, 2–9 лет – до 400 мл, от 9 лет – 500 мл и более • назначил энтеросорбенты внутрь – диосмектит 1 пакетик в 50 мл воды • выполнил инъекцию антигистаминного препарата – хлорпирамина 2% из расчета 0,05 мл/кг в/м, но не более: с 1 до 12 мес – 0,25 мл, от 1 до 6 лет – 0,5 мл; от 6 до 14 лет – 0,5–1 мл.
4.	<p>Оценил эффективность через 30 минут</p> <ul style="list-style-type: none"> • динамика сыпи, состояние кожных покровов • динамика функциональных показателей: температура, ЧДД, ЧСС, АД • самочувствие, поведение
5.	<p>Определил дальнейшую тактику</p> <ul style="list-style-type: none"> • при положительном эффекте – оставил ребенка дома, сделал назначения по гипоаллергенной диете, медикаментозной терапии (не седативные Н1 антигистаминные средства 2 поколения (у детей до 6 мес диметинден в возрастной дозировке), энтеросорбенты,) актив на следующий день, оформил историю развития ребенка; • при отсутствии эффекта – ввел в/м раствор преднизолона в дозе 1–2 мг/кг, вызвал СМП, написал направление на госпитализацию, госпитализировал ребенка в соматический педиатрический стационар, контролировал факт госпитализации

Ориентировочная основа действий при отеке Квинке

№ п/п	Действия
1.	Поставил диагноз по классификации, оценил состояние. Определил показания к срочной госпитализации: <ul style="list-style-type: none">• возраст до 1 года• наличие тяжелой сопутствующей соматической и неврологической патологии• при локализации отеков в области лица и шеи• наличие признаков обструкции ВДП (асфиксия)
2.	Оказал доврачебную помощь <ul style="list-style-type: none">• успокоил пациента• прекратил поступление причинно-значимого аллергена
3.	Оказал врачебную помощь <ul style="list-style-type: none">• назначил гипоаллергенную диету с исключением причинных продуктов, биологических добавок, гистаминолибераторов При периферических отеках (кроме головы и шеи): <p>назначил неседативные H1-антигистаминные препараты II поколения (дезлоратадин 1–5 лет 1,25 мг в сут., 6–11 лет 2,5 мг в сут., 12 лет и старше 5 мг в сут., или цетиризин 6–12 мес. 2,5 мг в сут., 1–6 лет 5 мг в сут., старше 6 лет 10 мг в сут. или детям от 1 до 12 мес. – демитинден по 3–10 кап 3 раза в день), при отсутствии эффекта в течение 1–2 суток преднизолон 1–2 мг/кг внутрь или в/м</p> При отеке в области головы и шеи: <ul style="list-style-type: none">• назначил раствор эпинефрин в/м или п/к из расчета 0,01 мг/кг веса (в среднем 0,1–0,3 мл) 0,1% раствора, при необходимости повторно каждые 10–15 мин<ul style="list-style-type: none">+ назначил раствор преднизолона в/м из расчета 1–2 мг/кг+ назначил раствор хлорпирамина 2% из расчета 0,05 мл/кг в/м При явлениях обструкции ВДП провел ингаляцию бета-адреномиметиков, при неэффективности – коникотомия (крикотиреотомия)
4.	Оценил эффективность через 30 минут <ul style="list-style-type: none">• динамика отека, состояние кожных покровов и слизистых оболочек• симптомы со стороны других органов и систем• динамика функциональных показателей: температура, ЧДД, ЧСС, АД• самочувствие, поведение
5.	Определил дальнейшую тактику <ul style="list-style-type: none">• при положительном эффекте – оставил ребенка дома, сделал назначения (диета, сорбенты, АГ препараты 2 поколения (у детей 1–12 мес диметинден), актив на следующий день, оформил историю развития• при отсутствии эффекта, появлении отека в области головы и шеи, появлении признаков стеноза гортани вызвал СМП, ввел в/м раствор преднизолона в дозе 1–2 мг/кг, написал направление на госпитализацию, госпитализировал ребенка в реанимационное отделение,<ul style="list-style-type: none">• при наличии абдоминального синдрома (боли в животе, диарея, рвота) госпитализировал в хирургическое отделение• проконтролировал факт госпитализации

Приложение В2. (Продолжение)

Ориентировочная основа действий при розовой лихорадке

№ п/п	Действия
1.	<p>Поставил диагноз по классификации, оценил состояние, определил розовый тип лихорадки Показания к срочной госпитализации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • геморрагическая сыпь на фоне лихорадки, а также нарушение сна, отказ от еды и питья, беспокойство, нарушение сознания, тахикардия, одышка (исключить менингококкцемию); • лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей). <p>Вызов СП До приезда бригады скорой помощи проведение лечебных мероприятий</p>
2.	<p>Оказал доврачебную помощь по купированию розовой лихорадки</p> <ul style="list-style-type: none"> • предложил питье (чай, вода, морс) • снял с пациента одежду, одеяло
3.	<p>Определил показания к жаропонижающей терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • умеренная лихорадка (38°C) у детей; • с эпилепсией, онкологической патологией, повышением внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и др. прогностически неблагоприятными факторами риска; • первых 3 мес. жизни; • до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо - у детей с экстремально низкой массой тела при рождении); • высокая лихорадка (39°C и выше) вне зависимости от возраста ребенка; <p>Оказал врачебную помощь при «розовой» лихорадке:</p> <ul style="list-style-type: none"> • парацетамол в разовой дозе 10–15 мг/кг внутрь или ректально (новорожденным не более 10мг/кг, при желтухе не более 5мг/кг; • или ибупрофен в разовой дозе 5–10 мг/кг детям старше 6 мес.; • физические методы охлаждения (обтирание водой комнатной температуры лица, шеи, подмышечных и паховых областей, пузырь со льдом над головой ребенка) провел сразу после введения жаропонижающих препаратов в течение не более 30–40 мин. <p>Повторное использование парацетамола и ибупрофена возможно не ранее, чем через 4– ч после первого приема.</p> <ul style="list-style-type: none"> • В случае невозможности применения внутрь или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно использовать в/м детям: <ul style="list-style-type: none"> • до 1 года – 50% р-р метамизола натрия из расчета 0,01 мл/кг в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина в дозе 0,01 мл/кг, • старше 1 года – 50% р-р метамизола натрия 0,1 мл/год жизни в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина – 0,1 мл/год жизни, но не более 1 мл • или по показаниям (при обеспечении венозного доступа) – введение парацетамола (внутривенно медленно!) из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше – по 15 мг/кг. <p>При неэффективности проведенной терапии в течение 30 мин неотложные мероприятия проводить как при «белой» лихорадке.</p>
4.	<p>Оценил эффективность через 30 минут</p> <ul style="list-style-type: none"> • снижение аксиллярной температуры тела на 0,5°C за 30 мин • уменьшение /купирование тахипное • уменьшение /купирование тахикардии

Приложение В2. (Продолжение)

№ п/п	Действия
5.	<p>Определил дальнейшую тактику При эффективности проводимых мероприятий и отсутствии показаний к госпитализации оставил ребенка дома, сделал назначения медикаментозной терапии, актив на следующий день, оформил историю развития ребенка</p> <ul style="list-style-type: none">• при отсутствии эффекта – вызов СП и госпитализация <p>Показания к госпитализации:</p> <ul style="list-style-type: none">• неэффективное использование двух схем терапии и более;• сочетание устойчивой лихорадки и прогностически неблагоприятных факторов риска (эпилепсия, артериальная и внутричерепная гипертензия, гидроцефалия, порок сердца и т.д.);• геморрагическая сыпь на фоне лихорадки, а также нарушение сна, отказ от еды и питья, беспокойство, тахикардия, одышка (исключить менингококкцемию);• лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей). <p>Место госпитализации Больные со стойким лихорадочным синдромом (в соответствии с показаниями к доставке) подлежат экстренной доставке в многопрофильный детский (или инфекционный) стационар скорой медицинской помощи</p>

Ориентировочная основа действий при бледной лихорадке

№ п/п	Действия
1.	<p>Поставил диагноз по классификации, оценил состояние, определил белый тип лихорадки Определил показания к срочной госпитализации:</p> <ul style="list-style-type: none">• геморрагическая сыпь на фоне лихорадки, а также нарушение сна, отказ от еды и питья, беспокойство, нарушение сознания, тахикардия, одышка (исключить менингококкцемию);• лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей). <p>Вызвал СП До приезда бригады скорой помощи проводил лечебные мероприятия</p>
2.	<p>Оказал доврачебную помощь по купированию белой лихорадки</p> <ul style="list-style-type: none">• предложил теплое питье (чай, вода, морс)• укутал одеялом, обложил грелками, провел растирание рук и ног
3.	<p>Определил показания к жаропонижающей терапии:</p> <ul style="list-style-type: none">• умеренная лихорадка (38 °С) у детей;• с эпилепсией, онкологической патологией, повышением внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и др. прогностически неблагоприятными факторами риска;• первых 3 мес. жизни;• до 3 лет жизни с последствиями перинатального повреждения ЦНС (особо - у детей с экстремально низкой массой тела при рождении);• высокая лихорадка (39°С и выше) вне зависимости от возраста ребенка;• все случаи «белой» лихорадки.

Приложение В2. (Продолжение)

№ п/п	Действия
3.	<p>Оказал врачебную помощь при «белой» лихорадке:</p> <ul style="list-style-type: none"> • парацетамол в разовой дозе 10–15 мг/кг внутрь или ректально (новорожденным не более 10мг/кг, при желтухе не более 5мг/кг); • или ибупрофен в разовой дозе 5–10 мг/кг детям старше 6 мес.; • + сосудорасширяющий препарат 2 % р-р папаверина детям до 1 года – 0,1-0,2 мл, старше года – 0,1-0,2 мл/год или р-ра дротаверина 0,1 мл/год жизни • + 2% -р-р хлоропирамина 0,1 мл/ год жизни, но не более 1 мл <p>При тяжелом состоянии ребенка и невозможности применения внутрь или отсутствия парацетамола и ибупрофена возможно использовать в/м детям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • до 1 года – 50% р-р метамизола натрия из расчета 0,01 мл/кг в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина в дозе 0,01 мл/кг, 2 % раствора папаверина детям – 0,1–0,2 мл или раствора дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни • старше 1 года – 50% р-р метамизола натрия 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2% р-ром хлоропирамина – 0,1 мл/год жизни, но не более 1 мл. 2 % раствора папаверина детям – 0,1-0,2 мл на год жизни или раствора дротаверина в дозе 0,1 мл на год жизни • или по показаниям (при обеспечении венозного доступа) – введение парацетамола (внутривенно медленно!) из расчета разовой инфузии для детей от 1 года и старше – по 15 мг/кг.
4.	<p>Оценил эффективность через 30 минут</p> <ul style="list-style-type: none"> • снижение аксиллярной температуры тела на 0,5°С за 30 мин • переход «бледной» лихорадки в «розовую» • уменьшение /купирование тахипное • уменьшение /купирование тахикардии
5.	<p>Определил дальнейшую тактику</p> <p>При эффективности проводимых мероприятий и отсутствии показаний к госпитализации оставил ребенка дома, сделал назначения медикаментозной терапии, актив на следующий день, оформил историю развития ребенка</p> <ul style="list-style-type: none"> • при отсутствии эффекта – вызов СП и госпитализация <p>Показания к госпитализации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • неэффективное использование двух схем терапии и более; • неэффективное применение стартовой терапии при «белой» лихорадке у детей 1 года жизни; • сочетание устойчивой лихорадки и прогностически неблагоприятных факторов риска (эпилепсия, артериальная и внутричерепная гипертензия, гидроцефалия, порок сердца и т.д.); • геморрагическая сыпь на фоне лихорадки, а также нарушение сна, отказ от еды и питья, беспокойство, тахикардия, одышка (исключить менингококкцемию); • лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевыводящих путей). <p>Место госпитализации</p> <p>Больные со стойким лихорадочным синдромом (в соответствии с показаниями к доставке) подлежат экстренной доставке в многопрофильный детский (или инфекционный) стационар скорой медицинской помощи</p>

Ориентировочная основа действий при фебрильных судорогах

№ п/п	Действия
1.	<p>Поставил диагноз по классификации (указал основное заболевание), определил тип лихорадки, тип судорог Определил показания к срочной госпитализации:</p> <ul style="list-style-type: none">• дети первого года жизни;• впервые случившиеся судороги;• больные с судорогами неясного генеза;• больные с фебрильными судорогами на фоне неврологических заболеваний (ДЦП, нейродегенеративных заболеваний и др., если имеются медицинские документы или визуальный осмотр позволяет это заподозрить);• дети с судорогами на фоне инфекционного заболевания. <p>Вызов СП и мероприятия по неотложной помощи</p>
2.	<p>Оказал доврачебную помощь по купированию судорог</p> <ul style="list-style-type: none">• обеспечил проходимость дыхательных путей, ингаляцию увлажненным кислородом;• обеспечил профилактику травм головы, конечностей, прикусывания и запрокидывания языка, аспирации рвотными массами (положил пациента головой на мягкую поверхность, повернул голову на бок для предотвращения западения языка или аспирации рвотными массами, использовал языкодержатель при наличии);
3.	<p>Оказал первую врачебную помощь Медикаментозная терапия</p> <ul style="list-style-type: none">• 0,5% раствор диазепама из расчета 0,1 мл/кг массы тела в/в или в/м, но не более 2 мл однократно• при кратковременном эффекте или неполном купировании судорог через 15-20 мин ввести диазепам повторно в дозе, составляющей 2/3 от начальной, суммарная доза диазепама не должна превышать 4 мл;• при продолжительных фебрильных судорогах и невозможности применения жаропонижающих препаратов (парацетамол, ибупрофен) внутрь, в условиях отсутствия других средств возможно введение в/м 50% р-ра метамизола натрия из расчета 0,1 мл/год (10 мг/кг) и 2% р-ра хлоропирамина в дозе 0,1-0,15 мл/год жизни, но не более 0,5 мл детям до года и 1 мл – детям старше 1 года жизни• при бледной лихорадке метамизол + сосудорасширяющие препараты + супрастин• при необходимости – обеспечил венозный доступ
4.	<p>Оценил эффективность через 15 минут</p> <ul style="list-style-type: none">• купирование судорог• снижение аксиллярной температуры тела
5.	<p>Определил дальнейшую тактику Показания к госпитализации:</p> <ul style="list-style-type: none">• дети первого года жизни;• впервые случившиеся судороги;• больные с судорогами неясного генеза;• больные с фебрильными судорогами на фоне неврологических заболеваний (ДЦП, нейродегенеративных заболеваний и др., если имеются медицинские документы или визуальный осмотр позволяет это заподозрить);• дети с судорогами на фоне инфекционного заболевания. <p>Место госпитализации</p> <ul style="list-style-type: none">• госпитализация в детский (или инфекционный) стационар по профилю заболевания

Приложение В3. Противопоказания к вакцинации

Отношение к противопоказаниям к вакцинации постоянно меняется – поводов для «отводов» становится все меньше, перечень заболеваний, освобождающих от прививок, становится все короче. У детей с хроническими заболеваниями инфекции, от которых защищают вакцины, протекают значительно тяжелее и приводят к большему числу осложнений.

Следует учесть, что наличие противопоказания не означает, что в случае проведения прививки у вакцинированного обязательно возникнет осложнение, речь идет лишь о повышении риска неблагоприятной реакции, что, однако, должно рассматриваться как препятствие к проведению вакцинации.

Известно, что риск нежелательных реакций на современные вакцины несоизмеримо ниже, чем риск возникновения осложнений и смертельных исходов при заражении инфекционными заболеваниями.

Нередко принимаются решения о невозможности вакцинации детей с ослабленным здоровьем. Однако по рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения именно ослабленные дети должны прививаться в первую очередь, так как они наиболее тяжело болеют инфекциями. В последнее время перечень заболеваний, считавшихся противопоказаниями для вакцинации, существенно сужен.

Абсолютными противопоказаниями для прививки являются: тяжелая реакция на предшествующее введение данного препарата, злокачественное заболевание, СПИД.

Временными противопоказаниями для прививок всеми вакцинами служат острые лихорадочные заболевания в периоде разгара или обострение хронических болезней.

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок представлен в таблице 1.

Ложные противопоказания к прививкам.

Использование педиатром перечисленных в таблице 2 и иных ложных противопоказаний должно рассматриваться как свидетельство его некомпетентности в вопросах иммунопрофилактики со всеми вытекающими отсюда мерами. Ряд состояний этого списка, однако, ставит перед педиатром определенные диагностические и терапевтические задачи, решение которых вполне возможно до проведения прививок.

Для детей с хроническими заболеваниями, аллергическими состояниями и др. вопрос о вакцинации решается совместно с участковым педиатром, который при необходимости организует медицинское обследование с использованием лабораторных и инструментальных исследований.

Таблица 1

Перечень медицинских противопоказаний к проведению
 профилактических прививок

Вакцина	Противопоказания
1. Все вакцины	сильная реакция и / или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение
2. Все живые вакцины, в т. ч. оральная живая полиомиелитная вакцина (ОПВ)	иммунодефицитное состояние (первичное), иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность
3. БЦЖ	вес ребенка при рождении менее 2000 г, келоидный рубец, в т. ч. после предыдущей дозы
4. АКДС	прогрессирующие заболевания нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе
5. Живые коревая вакцина, паротитная вакцина, краснушная, комбинированные ди- и тривакцины (корь-паротит, корь-краснуха-паротит)	тяжелые формы аллергических реакций на аминокози́ды, анафилактические реакции на яичный белок (кроме краснушной вакцины)
6. Вакцина против вирусного гепатита В	аллергическая реакция на пекарские дрожжи
7. Вакцины АДС, АДС-М, АД-М	постоянных противопоказаний, кроме упомянутых в п.п. 1 и 2, не имеют

Таблица 2

Ложные противопоказания к проведению вакцинации

Состояния	Указания в анамнезе
Перинатальная энцефалопатия	сильная реакция и / или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение
Стабильные неврологические состояния	иммунодефицитное состояние (первичное), иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность
Аллергия, астма, экзема	вес ребенка при рождении менее 2000 г. келоидный рубец, в т. ч. после предыдущей дозы
Анемии	прогрессирующие заболевания нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе
Увеличение тени тимуса	тяжелые формы аллергических реакций на аминокози́ды, анафилактические реакции на яичный белок (кроме краснушной вакцины)
Врожденные пороки	аллергическая реакция на пекарские дрожжи
Дисбактериоз	постоянных противопоказаний, кроме упомянутых в п.п. 1 и 2, не имеют
Поддерживающая терапия	
Стероиды местного применения	гемолитическая болезнь новорожденных

Приложение В4. Варианты поствакцинальных осложнений на профилактические прививки

Название прививки	Варианты поствакцинальных осложнений	Сроки возникновения
Полиомиелит	1. Сыпи. 2. Крапивница. 3. Отек Квинке. 4.Вакцино-ассоциированный полиомиелит.	у привитых (4–30 день), контактировавших с привитыми (до 60 дней после контакта)
Паротит	1. Температура и катаральные явления.	с 4-го по 12-й день
	2. Фебрильные судороги. 3. Боли в животе. 4. Рвота. 5. Аллергические сыпи. 6. Единичные случаи серозного менингита. 7. Кратковременное припухание яичек.	развиваются крайне редко
Краснуха	1. Кратковременный субфебрилитет. 2. Гиперемия в месте введения.	с 5-го по 12-й день
	Специфические реакции: 1. Лимфаденит. 2. Увеличение затылочных, шейных и заушных лимфоузлов. 3. Кратковременные сыпи. 4. Артралгии и артриты. В редких случаях тромбоцитопения с благоприятным течением.	с 17-го по 20-й день
Гепатит В	48.Гиперемия и уплотнение в месте введения. 49.Кратковременное нарушение самочувствия, которое иногда может сопровождаться повышением температуры. Единичные случаи анафилактического шока, других аллергических реакций немедленного типа, артралгии, миалгии, узловой эритемы.	в первые 24 часа от момента введения вакцины
Туберкулез	На месте внутрикожного введения БЦЖ и БЦЖ-М развивается специфическая реакция в виде инфильтрата размером 5–10 мм с небольшим узелком в центре и с образованием корочки по типу оспенной; в ряде случаев отмечается пустуляция.	после ревакцинации – на 7-й день, обратное развитие обычно происходит в течение 2–4 месяцев, иногда дольше

Приложение В4 (Продолжение)

Название прививки	Варианты поствакцинальных осложнений	Сроки возникновения
Туберкулез	Осложнения: 1. Подкожные холодные абсцессы. 2. Язвы величиной 10 мм и более в месте введения. 3. Регионарный инфильтративный или абсцедирующий лимфаденит (чаще подмышечный, реже шейный, над- и подключичный) с последующей кальцинацией. 4. Келоидный рубец величиной более 10 мм.	
АКДС	1. Повышение температуры. 2. Недомогание. 3. Болезненность. 4. Гиперемия и отечность в месте инъекции. В редких случаях могут развиваться эпизоды пронзительного крика, аллергические реакции (отек Квинке, крапивница, полиморфная сыпь), а также обострение хронических заболеваний.	в первые двое суток после введения вакцины
Корь	Специфическая реакция может сопровождаться: 1. Повышением температуры (до 39°С). 2. Катаральными явлениями (кашель, незначительный конъюнктивит, ринит). 3. Необильной бледно-розовой кореподобной сыпью.	в период с 5–6-х по 15-е сутки
	Осложнения: 1. Аллергические сыпи. 2. Крапивница. 3. Отек Квинке. 4. Лимфаденопатия. 5. Синдром геморрагического васкулита. 6. Фебрильные судороги. 7. Подострого склерозирующего панэнцефалита. 8. Тромбоцитопения.	в первые дни после вакцинации
	9. Синдром токсического шока.	Очень редко

УТВЕРЖДЕНЫ
Президиумом
РОШУМЗ
20 сентября 2018 г.
Протокол № 26

УТВЕРЖДЕНЫ
на VI Конгрессе
РОШУМЗ
10 октября 2018 г.

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

ФР РОШУМЗ-38-2018

(версия 1.0)

***Кодирование рассматриваемого заболевания/состояния/синдрома по
Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10):
E00-07, E 10-14, E 40-46, E66 2018 год (пересмотр каждые 5 лет)***

Профессиональные ассоциации:

- Всероссийское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья РОШУМЗ
- НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России
- ФГАО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
- ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» Роспотребнадзора

РАЗРАБОТЧИКИ: Горелова Ж.Ю., Макарова А.Ю., Рапопорт И.К., Скоблина Н.А.,
Жамлиханов Н.Х., Лужецкий К.П., Устинова О.Ю., Валина С.Л., Вандышева А.Ю.

Федеральные рекомендации «Профилактика болезней эндокринной системы обучающихся» одержат перечень обязательных мероприятий по профилактике эндокринных расстройств в образовательных организациях, а также мероприятия, необходимые для своевременной коррекции выявленных патологических изменений со стороны эндокринной системы; определены направления и объем гигиенического воспитания по формированию здорового образа жизни в образовательных организациях. Рекомендации разработаны для школьных врачей, педиатров, врачей по гигиене детей и подростков детских поликлиник и содержат алгоритм выявления факторов риска и диагностики заболеваний эндокринной системы, обмена веществ и расстройств питания на ранних этапах их проявления. Использование данных рекомендаций в практике работы школьного врача (фельдшера), медицинской сестры позволит снизить риск возникновения и распространения эндокринных заболеваний в образовательной организации.

Федеральные рекомендации «Профилактика болезней эндокринной системы обучающихся» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 9 от 17.02.2018 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 25 от 19.02.2017 г.).

Федеральные рекомендации «Профилактика болезней эндокринной системы обучающихся» одобрены и рекомендованы к утверждению Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 26 от 20.09.2018 г.).

1. Ключевые слова

Охрана здоровья несовершеннолетних, медицинские работники, взаимодействие, направления и технологии профилактической и оздоровительной работы в образовательных организациях; эндокринные болезни детей и подростков.

2. Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия
ДА – двигательная активность
ДЛЭ – дислипидемия
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМТ – избыточная масса тела
МС – метаболический синдром
СД – сахарный диабет
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ТГ – триглицериды
ФР – фактор риска
ЛПВП – липопротеины высокой плотности
МС – метаболический синдром

3. Термины и определения

Медицинский осмотр – комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Масса тела – свидетельствует о развитии костно-мышечного аппарата, подкожно-жировой клетчатки, внутренних органов.

Дефицит массы тела – это состояние, которое выражается в снижении массы тела ниже возрастнo-половых нормативов.

Избыток массы тела – это состояние, которое выражается в повышении массы тела выше возрастнo-половых нормативов.

Струма – диффузное или узловое увеличение щитовидной железы.

Юношеская гинекомастия – видимое на глаз или пальпируемое увеличение молочной железы у мальчиков, которое развивается преимущественно в результате гиперплазии железистых ходов и соединительной ткани. Юношеская гинекомастия относится к физиологической.

Ожирение – хроническое прогрессирующее нарушение обмена веществ, характеризующееся избыточным увеличением массы тела ребенка относительно его длины тела и изменением состава тела, присущего данному возрасту.

Аутоиммунный тиреодит – хроническое аутоиммунное заболевание щитовидной железы с постепенным и длительным разрушением тироцитов и развитием гипотиреодного состояния.

4. Краткая информация

В последние годы состояние здоровья детей школьного возраста и подростков характеризуется устойчивыми тенденциями к росту заболеваемости, инвалидности, а также высокими показателями смертности. Частота заболеваний эндокринной системы и обмена веществ увеличилась на 90%. В настоящее время структура патологии детей школьного возраста и подростков претерпела существенные изменения, в которой эндокринная патология занимает большой удельный вес.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2014 г. 41 млн детей в возрасте до 5 лет имели избыток массы тела и ожирение. За последние три десятилетия число людей, страдающих ожирением, возросло в два раза, сахарным диабетом – в четыре раза [ВОЗ, 2016]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2012–2015 гг. произошло снижение числа случаев эндокринной патологии у детей, однако в ряде регионов наблюдается рост общей заболеваемости на 61%, впервые выявленной – на 153%. Более чем в 30 субъектах Российской Федерации распространенность общей эндокринной патологии превысила общероссийские показатели в 1,9 раза, а впервые выявленной – в 2,7 раза. В структуре заболеваний эндокринной системы у детей впервые на первое место вышли ожирение и другие виды избыточности питания (международный классификатор болезней 10-го пересмотра, МКБ: E65–E68), составив 48,5% и опередив патологию щитовидной железы (E00–E07) (46,1 %); третье ранговое место занимал сахарный диабет (E10–E14) – 4,3 %.

Тенденции в питании детского населения имеют негативные последствия. Так, от 13 до 60% детей в раннем возрасте получают продукты питания, не предназначенные для них вовсе: картофель фри, сладкие газированные напитки, поп-корн, чипсы, майонез, сосиски и полуфабрикаты. Подобная ситуация сохраняется и в период посещения детьми образовательных организаций. 84% родителей обучающихся на предшкольной ступени обучения (5–6 лет) считает достаточным для роста и развития ребенка того питания, что он получает в учреждении; 29% детей по тем же причинам не получают завтрак дома в учебные дни. Таким образом,

подавляющее большинство детей имеет нарушенный режим питания, получая только трехразовое питание. Каждый третий родитель 2–3 раза в неделю в качестве поощрения ребенка за успехи заменяет полдник (в образовательной организации) и ужин (дома) посещением ресторанов быстрого питания. При этом калорийность пищи в таком ресторане для детей 5–6 лет составляет 48–54% от максимальной возрастно-половой нормы.

Изучение фактического питания детей, посещающих образовательные организации показало, что их рацион не отвечает принципам сбалансированности и полноценности питания – иногда дети не получают достаточную норму белка, рацион разбалансирован по углеводам, поступлению витаминов и микроэлементов, имеет разбалансированное распределение рациона по приемам пищи (скудные завтраки, превышение калорийности обедов). Все это создает предпосылки для закрепления вредных привычек в питании у детей с младшего возраста и существенно снижает возможности адаптации организма к образовательной организации. Рационы питания детского населения по обеспеченности белками дефицитны на 26%, по жирам избыточны на 25–30%; бедны по количеству углеводов, имеются дефицит по витаминам С, тиамину, рибофлавинолу, отмечается недостаточное поступление кальция и железа. Проблема избытка массы тела становится актуальной у 25% детей уже на первом году жизни и сохраняется у 23% детей на втором году жизни.

В последние годы установлена зависимость распространенности эндокринной патологии и загрязнения селитебных территорий. На основании гигиенической и эпидемиологической оценки регионов Российской Федерации, методами факторного и кластерного анализов, выделены два типа территорий. К первому типу относятся территории с наиболее высоким уровнем эндокринной патологии (болезни щитовидной железы и ожирение), где наблюдается высокий процент проб воды, несоответствующих гигиеническим нормативам по содержанию свинца, марганца, железа, аммония-иона, хлора и нитритов. Ко второму типу относятся территории, имеющие значимый уровень эндокринных заболеваний (болезни щитовидной железы) и неблагоприятные санитарно-гигиенические показатели качества атмосферного воздуха по содержанию органических соединений: бензола, ароматических углеводородов, формальдегида.

5. Распространенность эндокринной патологии у детей

Распространенность всех функциональных эндокринно-обменных нарушений и распространенность отдельных наиболее часто встречающихся функциональных нарушений этой системы по данным лонгитудинального наблюдения за состоянием здоровья школьников с 1-й по 11-й класс (НИИ ГДиОЗД, 2005–2015 гг.) представлена в таблице 1.

Представленные в таблице данные свидетельствуют о том, что изменения частоты встречаемости эндокринно-обменных нарушений (ЭОН) не носит линейный характер. Можно выделить три периода: первый период относительно невысоких показателей (166‰ и 172‰) охватывает этапы обучения школьников в 1 с 3-го по 10-й класс, включительно, 2-м классах. Далее период, продолжающийся с 3-го по 10-й класс (включительно) характеризуется высокой распространенностью ЭОН с диапазоном колебаний от 234‰ до 325‰. Между средними показателями первого и второго периодов различия достоверны ($p < 0,01$). На последнем году обучения показатель снижается, но статистически значимых раз

Таблица 1

Распространенность функциональных эндокринно-обменных нарушений
среди школьников (%)

	классы											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Количество обследованных	М	92	212	199	206	199	189	180	168	155	100	71
	Д	104	180	203	215	227	203	193	164	149	123	82
	ОП	196	392	402	421	426	392	373	332	304	223	153
Функциональные отклонения, в том числе	М	139	197	355	252	290	237	207	287	298	160	181
	Д	197	146	240	261	236	239	260	253	350	325	195
	ОП	166	172	301	258	265	238	234	271	325	251	190
диффузный нетоксический зоб (струма) I, I-II и II ст.	М	11	24	10	9	9	5	-	-	6	-	-
	Д	-	11	19	19	10	20	11	14	88	73	24
	ОП	5	18	15	14	10	12	5	7	47	40	14
дефицит массы тела	М	59	49	65	81	109	114	107	119	193	80	66
	Д	174	135	123	161	170	196	184	135	168	203	171
	ОП	112	92	92	121	140	155	146	127	181	148	123
избыток массы тела	М	69	124	153	109	116	93	58	56	46	60	115
	Д	23	-	98	81	56	23	65	61	94	41	-
	ОП	48	62	125	95	86	58	62	59	70	49	53
юношеская гинекомастия	М	-	-	127	53	56	25	42	75	53	20	
	Д	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	ОП	-	-	69	28	29	13	21	38	27	9	
задержка полового созревания	М	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	
	Д	-	-	-	-	-	-	-	29	-	8	
	ОП	-	-	-	-	-	-	-	27	-	5	
низкий рост	М	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	
	Д	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	
	ОП	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	

личий между частотой ЭОН в 10-м и в 11-м классах нет. Аналогичные тенденции наблюдаются при раздельном рассмотрении показателей в зависимости от пола. Статистические различия между средними показателями первого и второго периодов достоверны ($p < 0,01$).

В структуре функциональных ЭОН наиболее часто встречающимися отклонениями являются избыток и дефицит массы тела. Далее по распространенности находится увеличение щитовидной железы (струма I, I-II и II ст.). Довольно частым нарушением у юношей является юношеская гинекомастия. Низкий рост

и задержка полового созревания выявлена в единичных случаях преимущественно у восьмиклассников.

Дефицит массы тела. Распространенность этого функционального нарушения среди школьников обоего пола вместе взятых колеблется в основном в пределах от 92% до 155%.

Распространенность дефицита массы тела среди девочек по средним показателям достоверно выше, чем среди мальчиков ($p < 0,05$).

Избыток массы тела. Распространенность этого функционального нарушения среди школьников обоего пола вместе взятых колеблется в основном в пределах от 48% до 95%. У мальчиков-третьеклассников частота встречаемости избытка массы тела составила 153%, что связано с препубертатными изменениями обмена веществ. У девочек-третьеклассниц частота встречаемости избытка массы тела составила 98%, что также связано с препубертатными изменениями обмена веществ. Частота встречаемости избытка массы тела у юношей-одинадцатиклассников составляет 115%.

Распространенность избытка массы тела среди девочек по средним показателям достоверно ниже, чем среди мальчиков ($p < 0,05$).

Диффузный нетоксический зоб (струма) I, I-II и II ст. Ювенильная струма диагностирована у мальчиков в единичных случаях, у девочек несколько чаще, но достоверных половых различий по распространенности струмы не выявлено. Исключением является период обучения девушек в 9-м и 10-м классах, когда наблюдался подъем частоты встречаемости этого функционального ЭОН (88% и 73%), что связано с гормональными процессами в период завершения пубертата.

Юношеская гинекомастия. Это ЭОН впервые выявлено у мальчиков в 3-м классе в период препубертата (127%). Далее показатель постепенно снижался, и у юношей-одинадцатиклассников не диагностировано ни одного случая гинекомастии, что объясняется стабилизацией уровня половых гормонов.

Распространенность всех хронических эндокринно-обменных заболеваний (ЭОЗ) и распространенность отдельных наиболее часто встречающихся заболеваний этой системы представлена в таблице 2.

Распространенность этих патологий в группе мальчиков колеблется в пределах 27–115%, но выявить каких-либо тенденций в изменениях показателей не представляется возможным. Частота встречаемости хронических ЭОЗ в группе девочек имеет практически такой же диапазон колебаний 23–110%. Можно отметить некоторое увеличение распространенности хронических ЭОЗ в 10-м и 11-м классах среди девушек (89% и 110%); различие в показателях между 1-м классом (23%) и 11-м классом (110%) достоверно ($p < 0,05$).

Наиболее распространенным хроническим ЭОЗ является ожирение. На втором ранговом месте находятся заболевания щитовидной железы струма II–III, III, IV, V ст., а также аутоиммунный тиреоидит.

Ожирение. Частота встречаемости ожирения, выявленного у школьников обоего пола, колеблется в небольшом диапазоне 29–76% ($p < 0,05$). Распространенность ожирения в группе мальчиков колеблется в пределах 27–115%. Начиная с 4-го класса и вплоть до 10-го класса, показатели в основном выше, чем в 1–3-х классах (средние значения 88,1% против 37,3%) однако достоверного различия нет ($p < 0,05$). Частота встречаемости ожирения в группе девочек несколько ниже, чем в группе мальчиков: средние значения 34,6% против 70,1%, соответственно, но статистически значимой разницы нет

Таблица 2

Распространенность хронических эндокринно-обменных заболеваний
 среди школьников (в %о)

	классы											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Количество обследованных	М	92	212	199	206	199	189	180	168	155	100	71
	Д	104	180	203	215	227	203	193	164	149	123	82
	ОП	196	392	402	421	426	392	373	332	304	223	153
Хронические заболевания, в том числе	М	40	45	27	105	74	85	115	87	115	110	56
	Д	23	51	31	30	49	51	23	28	49	89	110
	ОП	32	49	29	70	62	68	69	58	83	99	85
ожирение	М	40	45	27	105	74	85	115	62	76	100	42
	Д	23	51	31	30	49	51	23	14	14	57	37
	ОП	32	49	29	70	62	68	69	38	45	76	40
сахарный диабет	М	–	–	–	–	–	–	–	13	13	–	–
	Д	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	ОП	–	–	–	–	–	–	–	7	7	–	–
диффузный нетоксический зоб (струма) II–III, III, IV, V ст., аутоиммунный тиреоидит	М	–	–	–	–	–	–	–	12	13	–	14
	Д	–	–	–	–	–	–	–	14	7	32	73
	ОП	–	–	–	–	–	–	–	13	11	18	45
другие хронические ЭОЗ	М	–	–	–	–	–	–	–	–	13	10	–
	Д	–	–	–	–	–	–	–	–	28	–	–
	ОП	–	–	–	–	–	–	–	–	20	5	–

($p < 0,05$). Частота встречаемости ожирения у юношей-одинадцатиклассников составляет 42%, у девушек-одинадцатиклассниц – 37%.

Диффузный нетоксический зоб (струма) II–III, III, IV, V ст., аутоиммунный тиреоидит были выявлены только учащимися 8–11-х классов. Распространенность аутоиммунного тиреоидита несколько выше среди девушек, но достоверных половых отличий не отмечено.

Таким образом, в структуре функциональных ЭОН наиболее часто встречающимися отклонениями являются избыток и дефицит массы тела, а хронических ЭОЗ – ожирение. У мальчиков по сравнению с девочками наблюдается тенденция большей частоты встречаемости избытка массы тела и ожирения, у девочек – дефицита массы тела.

Анализ исследований по проблемам здоровья обучающейся молодежи и факторов, его определяющих, подтверждает необходимость разработки комплексных мер по укреплению здоровья детей школьного возраста и подростков. Ранняя диагностика и своевременная коррекция выявленных патологических изменений со стороны эндокринной системы у детей может стать важнейшим фактором в снижении частоты и тяжести патологии у детей более старшего возраста и взрослых. Все это обуславливает необходимость проведения активной профилактики отклонений со стороны эндокринной системы в образовательных организациях для своевременного выявления факторов риска и диагностики заболеваний эндокринной системы на ранних этапах их проявлений, что чрезвычайно важно для обеспечения их своевременной коррекции.

6. Выделение контингента обучающихся в образовательной организации, имеющих нарушения эндокринной системы

Врач образовательной организации на этапе медицинского осмотра (применение скрининга автоматизированных систем) выявляет обучающихся с высоким риском развития болезней эндокринной системы.

По результатам методики комплексной оценки физического развития для выявления возможных отклонений со стороны эндокринной системы имеют значение следующие варианты оценки физического развития:

Варианты оценки уровня биологического развития:

- Отстает от календарного возраста ($b < p$);
- опережает календарный возраст ($b > p$);

Варианты оценки гармоничности физического развития:

- Дисгармоничное физическое развитие за счет избытка массы тела (ИМТ) – масса тела выше $M + 2,1\sigma$ относительно длины тела.
- Дисгармоничное физическое развитие за счет низкой длины тела (НДТ) – при длине тела меньше минимальных значений (при $M \leq M - 2,1\sigma$).
- Дисгармоничное физическое развитие за счет высокой длины тела (ВДТ) – длина тела больше максимальных значений (при $M \geq M + 2,1\sigma$).

При выявленных нарушениях сроков созревания, дисгармоничном физическом развитии за счет низкой длины тела, высокой длины тела, избытка массы тела ребенку необходима консультация эндокринолога, инструментальное и лабораторное исследование. Ребенок с ИМТ и/или риском ожирения часто нуждается в направлении к диетологу, психологу, специалисту по лечебной физкультуре.

Также имеет значение отягощение семейного анамнеза на наличие отягощенной наследственности по сахарному диабету, ожирению (наличие этих заболеваний у родителей в возрасте до 55 лет), дислипидемии, высокий уровень холестерина у членов семьи.

По результатам оценки отклонений в физическом развитии обучающихся оформляют Протокол № 1.

Участие эндокринолога предусматривается при проведении профилактических осмотров детей в возрасте 10, 15, 16 и 17 лет и учитывается в форме 086/у при поступлении в образовательные организации начального профессионального, среднего и высшего профессионального образования, в специальные образовательные организации для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, в организации обучения для детей-сирот. Поскольку значительная часть эндокринных заболеваний манифестирует в допубертатном возрасте, врач-

ПРОТОКОЛ № 1

регистрации варианта физического развития обучающихся, имеющего значение для развития заболеваний эндокринной системы

№ п/п	Фамилия, имя	Нарушение сроков созревания		Вариант гармоничности физического развития			Имеется ли отягощенный семейный анамнез (да, нет)
		б<п	б>п	ИМТ	НДТ	ВДТ	

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

педиатр, врач образовательной организации играет важную роль в выявлении эндокринной патологии.

Врач образовательной организации для осуществления эффективных подходов к комплексной профилактике обучающихся с эндокринной патологией распределяет показатели заболеваемости, полученные в ходе медицинских осмотров, с уточнением структуры патологии эндокринной системы в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра согласно Протоколу № 2.

В результате выполненного медицинского обследования выделяют детей, угрожаемых (Протокол № 1) и/или имеющих нарушения со стороны эндокринной

ПРОТОКОЛ № 2

регистрации уровня общей заболеваемости эндокринной патологией обучающихся, % на 1000 обследованных (пример)

Класс	Класс болезней				Всего	Ранговое место
	ЩЖ	Ожирение	СД	Другие заболевания ЭС		
1	6,0	1,4	0,6	0,2	8,2	V
2						
...						

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

системы (Протокол № 2), которым проводится верификация диагноза в медицинских организациях.

Заполнение Протокола № 1 и Протокола № 2 проводится с целью стратификации риска и формирования потоков детей с угрозой возникновения и выявленной эндокринной патологией для дальнейшего эффективного выполнения необходимого алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

7. Методы профилактики некоторых факторов риска заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ у школьников

Основными факторами риска заболеваний эндокринной системы являются:

- избыточная масса тела;
- нарушения липидного обмена;
- нарушение углеводного обмена;
- недостаток йода.

В значительной степени врачу образовательной организации при проведении профилактики факторов риска заболеваний эндокринной системы надлежит вовлекать родителей в сотрудничество с образовательной организацией по вопросам изменения стиля жизни ребенка и выполнения действий по здоровому питанию и оптимизации физической активности.

7.1. Избыточная масса тела

Избыточная масса тела у мальчиков-подростков является независимым предиктором АГ и атерогенных дислипидемий (ДЛП) во взрослом возрасте. Критическими периодами для дебюта ожирения являются первый год жизни, возраст 5–6 лет и период полового созревания. Избыточная масса тела влечет за собой повышенный риск ССЗ и СД, риск раннего атеросклероза, ИБС, АГ и репродуктивных нарушений.

Ожирение сопровождается относительным иммунодефицитом, связанным с нарушением функций Т-клеток и фагоцитоза, повышением частоты грибковых и стрептококковых инфекций, а также гирсутизма. У женщин с ожирением сочетаются рак эндометрия, яичников, шейки матки, молочных желез и желчного пузыря. Сходная закономерность прослеживается для рака простаты и рака прямой кишки у мужчин. По данным ВОЗ, излишним весом и ожирением обусловлено 44% случаев диабета, 23% случаев ИБС и от 7% до 41% случаев некоторых видов рака.

Растет частота осложненного ожирения у детей; наиболее частые осложнения ожирения (СД 2-го типа, неалкогольная жировая болезнь печени, АГ) могут быть диагностированы уже в младшем школьном возрасте. Однако диагностика ожирения у детей в настоящее время происходит в возрасте $10,5 \pm 2$ года.

На фоне ожирения развивается метаболический синдром, выражающийся в превышении ТГ, глюкозы, снижение ЛПВП, превышение АДс выше 130 мм рт. ст., АДд – выше 85 мм рт. ст. при увеличении окружности талии выше 90 сантиметра. Развитие метаболического синдрома (МС) на фоне ожирения у детей повышает риск СД 2-го типа и ССЗ у молодых взрослых. При формировании тучности имеет значение темп годовых прибавок массы тела, если прибавка массы тела составляет более 7 кг, то риск ожирения высок. Распространенность избыточной МТ и ожирения среди мальчиков начинает увеличиваться быстрыми темпами уже в конце пубертатного периода (после 15 лет).

При выявлении избыточной массы тела медицинский персонал образовательной организации должен направить ребенка или подростка на консультацию к

специалисту-эндокринологу, который в каждом конкретном случае решает вопрос о наличии (или отсутствии) ожирения с соответствующими рекомендациями по оздоровлению учащегося. Наибольшей эффективности профилактических и оздоровительных мероприятий удается достичь, если они начаты в дошкольном или младшем школьном возрасте, пока у ребенка не развились осложненные формы ожирения. Следует помнить, что наиболее частым осложнением ожирения являются сахарный диабет и заболевания сердечно-сосудистой системы [1–3].

Оценка индекса массы тела

Индекс массы тела – величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной¹.

Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

$$I = \frac{m}{h^2}, \text{ кг/м}^2,$$

где: m – масса тела в килограммах, h – длина тела в метрах.

Индекс массы тела является наиболее удобной мерой оценки уровня ожирения и избыточного веса у населения, однако индекс следует считать приблизительным критерием, так как он может не соответствовать одинаковой степени упитанности у различных индивидуумов, не учитывает процессы роста и развития ребенка, конституциональные особенности, особенности распределения жировой ткани. Индекс массы тела является дополнительной методикой оценки физического развития в соответствии с критериями ВОЗ, может использоваться у мигрантного для данного региона населения.

Согласно современным представлениям о причинах ожирения многие механизмы эндокринной регуляции, а также неправильные поведенческие установки (регулярное переедание, низкая двигательная активность) закладываются в детстве, что приводит к абсолютной или относительной недостаточности гормона адипоцитов лептина. Кроме того, стимулирующее действие эстрогенов, производимых жировыми клетками, имеет значение в развитии тучности в период полового созревания.

В подростковом возрасте усиливается значение факторов пищевого поведения, которые могут приводить к формированию ожирения. Так, недостаток белка в питании, ослабляющий специфическое динамическое действие пищи, изменяет нормальное чувство насыщения (а многие подростки увлекаются диетами и, в стремлении съесть меньше, исключают белок). Увеличение перерывов между приемами пищи и следующее за ними увеличение порций поддерживает гиперинсулинемию, что ведет к удержанию адипоцитами ТГ, постепенному формируя пастозную конституцию с обилием рыхлой соединительной ткани. Никтофагия, то есть максимальный прием пищи ближе к вечернему времени суток ведет к нарушению суточных биоритмов, что еще более увеличивает расстройство гипоталамической функции.

По данным ВОЗ основной причиной эпидемии ожирения в мире стал недостаток двигательной (ДА) активности населения в сочетании с чрезмерным потреблением высококалорийной пищи.

¹Таблицы возрастнo-половых нормативов индекса массы тела см. на сайте <http://www.who.int/childgrowth/standards/ru/>

К основным направлениям профилактики и оздоровления детей с избыточной массой тела относятся: соблюдение правил рационального питания, повышение ДА и закаливание организма, как в организованном коллективе, так и в домашних условиях.

При выявлении избытка массы тела (ИМТ) и ожирения необходимо оптимизировать двигательную активность детей и подростков.

Организованные формы ДА должны быть главной составляющей в обеспечении движений у детей с ИМТ: уроки физической культуры в образовательной организации, игры на переменах, прогулки и игры на свежем воздухе, занятия в секциях физкультурно-оздоровительного направления. Обучающиеся с впервые выявленными ИМТ или ожирением должны быть отнесены к специальной или подготовительной медицинским группам для занятий физической культурой. В процессе совершенствования физических качеств, а также при гармонизации массы тела эти дети могут быть отнесены к основной медицинской группе. Обучающимся с ИМТ важно сохранять мотивационную установку на ДА, учитывать их особенности при подборе упражнений, индивидуально подходить к длительности выполнения упражнений. Необходимо обеспечить индивидуальные занятия физической культурой (лечебной физкультурой) для детей, освобожденных от занятий в основной группе.

Детям и подросткам в возрасте 6–17 лет необходимы ежедневные физические нагрузки от умеренной до высокой интенсивности, в общей сложности не менее 60 минут. Основными формами ДА учащихся с ИМТ являются: утренняя гимнастика (10 мин), подвижные игры на переменах (5 мин), игры и прогулки на свежем воздухе после уроков (до 1,5 ч), спокойная прогулка перед сном (до 30 мин).

Большая часть ежедневной ДА должна приходиться на аэробные физические упражнения (пеший туризм, скейтбординг, катание на роликовых коньках, езда на велосипеде, быстрая ходьба, бег, футбол, хоккей на льду или траве, баскетбол, плавание, теннис, катание на лыжах и т. д.)

Физические нагрузки высокой интенсивности (упражнения, развивающие и поддерживающие мышечную силу и укрепляющие костно-мышечную систему) должны включаться в этот час и выполняться не менее трех раз в неделю.

Рекомендованная ежедневная продолжительность физических нагрузок (60 мин и более) может быть накоплена на протяжении всего дня более короткими периодами ДА (например, 2 раза в день по 30 минут). Минимально эффективной продолжительностью являются 20-минутные периоды ДА – от умеренной до высокой интенсивности.

Необходимо всячески побуждать детей и подростков к разнообразной ДА, соответствующей их возрасту и доставляющей им удовольствие, а значит, поддерживающие мотивацию на активный стиль жизни.

Дети и подростки с ограниченными возможностями (инвалидностью) также должны следовать этим рекомендациям. Однако им необходимо проконсультироваться с соответствующим специалистом для того, чтобы определить виды и объемы ДА, которые подходят им с учетом их особенностей здоровья.

Для детей и подростков, ведущих пассивный образ жизни, рекомендуется постепенное повышение ДА (Приложение В1). Следует начинать с небольших объемов ДА (30 мин ежедневно), постепенно увеличивая продолжительность и интенсивность.

Необходимо сокращать неактивное время, затрачиваемое на ТВ, видео, компьютерные игры и «брожение» по Интернету, начиная уменьшение с 30 мин.

Следует обратить внимание на ограничение избыточного объема домашних заданий с целью предупреждения гиподинамии.

На каждого ребенка с ИМТ и ожирением врач образовательной организации заполняет Протокол № 3, позволяющий определить индивидуальный уровень и режим ДА обучающегося. На основании обобщения данных протоколов врач совместно с администрацией образовательной организации должен разработать стратегию профилактической работы среди обучающихся с патологией эндокринной системы.

ПРОТОКОЛ № 3

регистрации параметров среды ОО (школьной среды), имеющих влияние на ДА
среди обучающихся с эндокринной патологией

ФИО обучающегося _____ Класс _____ Дата заполнения _____

Параметр среды	Оценка (нет – 0; да – 1)	Приоритет обучающегося низкий – 1; средний – 2; высокий – 3)	Определение стратегии инди- видуальной профилактики*
1	2	3	4
Доступность спортивной площадки для занятий физической культурой			
Имеет ли место утренняя зарядка в сетке расписания			
Регулярные занятия физическими упражнениями включены в уроки и школьные перемены			
Динамический час включен в сетку уроков			
Посещение уроков физической культуры согласно расписанию			
Участствует в подвижных играх во второй половине дня			
Посещает дополнительные занятия физкультурно-оздоровительного направления во 2-й половине дня			
Участствует в мероприятиях в сфере ДА (проектные недели, фестивали, соревнования, игры и т. д.)			

* при совпадении оценки «0» из 2-го столбца с оценкой «3» из 3-го столбца параметр образовательной среды требует включения в стратегию профилактики

Рациональное питание обучающихся с избыточной массой тела

Режим питания обучающихся с ИМТ должен отличаться следующими особенностями: калорийность пищи в течение дня распределяется так, чтобы завтрак включал 25–30% калорийности всего суточного рациона, обед – 35–40%, полдник – 10–15%, ужин – 25–20%; частота приема пищи – не менее 4 раз в день и 75–90% всего количества пищи должно приходиться на время до 17–18 часов; после 18 часов употребляются только кисломолочные продукты (кефир, простокваша, ряженка) и овощи, исключая картофель. Воспитанников детских садов и обучающихся следует приучать есть медленно, тщательно пережевывая пищу, не отвлекаться на игры, телефон, компьютер.

В рацион питания включаются в основном молочные продукты, а также овощи и фрукты, которые при относительно большом объеме обладают малой калорийностью. Значительно ограничивается потребление хлеба (особенно белого), сахара, конфет, кондитерских и макаронных изделий, крупы (за исключением гречневой), картофеля; несколько уменьшается количество жиров (особенно животного происхождения) (Приложения В2 и В3). Употребление мяса, рыбы, молока, яиц, творога должно соответствовать нормальным возрастным потребностям. Пища не должна содержать острых приправ, усиливающих секреторную деятельность желудка и повышающих аппетит.

Основные правила, связанные с ограничением питания, заключаются в том, что диетический рацион следует внедрять постепенно – на адаптацию организма к новым условиям питания требуется не менее месяца; и рекомендуемый врачом режим следует неукоснительно соблюдать – даже незначительное отклонение от него (например, в праздничные дни) может свести на нет усилия многих месяцев.

Нормализации массы тела у детей с угрозой ожирения можно достичь и при организации питания, соответствующего его физиологической норме, то есть если исключить переедание и снизить потребление жиров и углеводов.

Во всех образовательных учреждениях для детей и подростков с постоянным пребыванием более 3–4-х часов обязательно должно быть организовано горячее питание.

Для обучающихся общеобразовательных организаций (школьного типа) предусматривается организация двухразового горячего питания, а также реализация (свободная продажа) готовых блюд и буфетной продукции (продуктов, готовых к употреблению, промышленного производства и кулинарных изделий для промежуточного питания учащихся) в достаточном ассортименте. Двухразовое питание предполагает организацию завтрака и обеда, а при организации учебного процесса во 2-ю смену – обеда и полдника. Длительность промежутков между отдельными приемами пищи не должна превышать 4-х часов.

Посещение детьми групп продленного дня допускается только при обязательной организации для них двух-трехразового питания (в зависимости от времени пребывания в образовательной организации).

Для обучающихся образовательных организаций с круглосуточным пребыванием организуется четырех- пятиразовое (в зависимости от возраста и состояния здоровья детей) питание.

Также действенным средством в нормализации обмена веществ, повышении иммунобиологических возможностей организма ребенка, улучшении функций нервной, сердечно-сосудистой систем, органов пищеварения, дыхания, кроветворения, восполнении недостающих микронутриентов является фитотерапия.

Полезными компонентами фитотерапии являются фруктовые и овощные соки, приготовление которых наиболее рационально в домашних условиях. Употреблять соки рекомендуется во вторую половину дня за час до еды, 1–2 раза в день.

В борьбе с ИМТ и ожирением большое значение имеют меры, направленные на повышение энергетического обмена и утилизацию жиров в организме. Особая роль при этом принадлежит ежедневным водным гигиеническим процедурам, закаливанию и правильно организованному режиму ДА.

Родителям обучающихся младших классов следует рекомендовать организацию для детей воздушных ванн, обтирания и обливания водой при температуре от +20°C до +23°C, для подростков – контрастные души с перепадом температур от +35°C до +20°C. Непременным условием, обеспечивающим положительный эффект при проведении процедур закаливания, является постепенность их внедрения в режим дня обучающегося.

Обучающиеся с ИМТ должны заниматься физической культурой (3 раза в неделю). Однако если в младшем школьном возрасте такие дети могут заниматься также, как и их одноклассники с нормальным соотношением длины и массы тела, то в 12–13 лет они начинают отставать по развитию таких качеств, как выносливость, быстрота, прыгучесть. В этих случаях требуется индивидуальный подход: снижение длительности выполнения одних упражнений, учет возможности выполнения других, но ни в коем случае не снижение общего объема двигательной нагрузки.

Для детей и подростков с осложненной формой ожирения устанавливаются ограничения – занятия в подготовительной и специальной группах физической подготовки в соответствии с рекомендациями врача-эндокринолога (и врача по лечебной физкультуре – по показаниям). Основными формами ДА обучающихся с ИМТ являются утренняя гимнастика (до 10 мин), подвижные игры на переменах (до 5 мин), игры и прогулки на воздухе после уроков (до 1,5 час), спокойная прогулка перед сном (до 30 мин). Детям и подросткам с ИМТ следует рекомендовать заниматься такими видами спорта, как коньки, лыжи, плавание, велосипед, пинг-понг, бадминтон, играми, требующими относительно высокой двигательной активности. Полезны также пешие походы, прогулки, игры. Однако степень физической нагрузки при спортивных занятиях определяется эндокринологом строго индивидуально в соответствии с состоянием здоровья и функциональными возможностями учащегося.

7.2. Нарушения углеводного обмена

Заболеваемость и распространенность сахарного диабета (СД) увеличивается в эпидемических масштабах во всем мире. Особую тревогу вызывает «омоложение» СД – за последние 15 лет заболеваемость лиц в возрасте до 30 лет увеличилась на 80%. В настоящее время в России зарегистрировано более 9,5 тыс. подростков, страдающих СД 1-го типа.

СД 1-го типа, когда бета-клетки поджелудочной железы не секретируют инсулин, необходимый для расщепления глюкозы в крови, возникает в детском и молодом возрасте (катализатором служит обычно инфекция, травма). По данным исследований ВОЗ среди больных сахарным диабетом 1-го типа больше детей, которые с рождения находились на искусственном вскармливании, поэтому профилактика этого заболевания сводится к поддержке грудного вскармливания, а также применение препаратов интерферона при инфекционных заболеваниях

у детей. СД 2-го типа в основном проявляется во взрослом возрасте. Однако в последние годы наметилась тенденция к увеличению числа пациентов подросткового возраста. Эпидемиологические данные о СД 2-го типа у детей и подростков значительно различаются, однако большинство исследователей согласны с тем, что в основном СД 2-го типа диагностируется у подростков, начиная с возраста 10 лет.

Диагностика СД 2-го типа у детей и подростков возможно при тщательной оценке физического развития. В целом в группе риска находятся люди, ведущие малоподвижный образ жизни, их рацион перенасыщен углеводами с высоким гликемическим индексом. Такой образ жизни накладывается на изначальную предрасположенность или неустранимые факторы риска (возраст, наследственность, отягощенный семейный анамнез), и в сумме эти два обстоятельства становятся фундаментом заболевания СД 2-го типа. Доказано, что риск заболевания СД уменьшается на 50%, а смертность, связанная с этой болезнью, сокращается на 40% при снижении массы тела всего лишь на 7%. К другим устранимым факторам риска относятся курение и артериальная гипертензия.

Нормализация массы тела значительно облегчает течение СД. Поэтому рационализация питания – важный фактор в профилактике СД.

Обучающимся с СД разрешаются следующие виды физических нагрузок:

- утренняя гигиеническая гимнастика (комплекс из 8–10 упражнений с 4–6-кратным повторением), продолжительность занятий – 10–15 мин;
- дозированная ходьба (по ровной местности 2–3 км со скоростью 80–90 шагов в минуту, по возвышенной местности 1–2 км со скоростью 60–70 шагов в минуту). Если позволяет состояние сердечно-сосудистой системы, можно ходить до 10–12 км в сутки;
- езда на велосипеде (по ровной местности до 10–12 км со скоростью 10 км/ч);
- плавание (в медленном темпе 5–10 мин со скоростью 10–30 м/мин, с отдыхом – через каждые 2–3 мин);
- ходьба на лыжах (по ровной местности при температуре 10°C и скорости ветра не более 5 м/с на расстояние 5–6 км со скоростью до 6 км/ч);
- катание на коньках (со скоростью до 15 км/ч, время непрерывного катания – до 20 мин);
- спортивные игры (бадминтон – 5–30 мин в зависимости от возраста, волейбол – 5–20 мин, теннис – 5–20 мин, городки – 15–40 мин).

При организованных формах занятий физической культурой следует учитывать:

- необходимость регулярных тренировок, лучше каждый день или через день. Время занятий должно быть не менее 30 мин;
- в начале каждого занятия необходима вводная и подготовительная части занятия (5–10 мин);
- сначала включают упражнения малой интенсивности, а затем в течение 20 мин – средней интенсивности;
- в конце занятий снижать нагрузку необходимо постепенно в течение 5–10 мин;

Противопоказаны все виды тяжелой атлетики, силовые виды спорта, особенно при диабетической ретинопатии, альпинизм, марафонский бег. Не рекомендуется участие в спортивных состязаниях, так как они сопровождаются большими физическими и психоэмоциональными нагрузками.

7.3. Йод-дефицитные состояния

Йод-дефицитные патологии относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека и являются серьезной медико-социальной проблемой.

В пубертатный период потребность в гормонах щитовидной железы резко возрастает, следовательно, возрастает и потребность в йоде. Недостаток йода в пубертатном периоде проявляется: 1) задержкой умственного и физического развития, снижением работоспособности, плохой успеваемостью; 2) высокой заболеваемостью и склонностью к хронической заболеваемости; 3) расстройствами ЦНС; 4) нарушением полового развития. В этот период в основном клинически проявляются поздний врожденный гипотиреоз, эндемический зоб и ювенильная струма.

Для преодоления дефицита йода используются следующие методы профилактики:

Массовая профилактика зоба заключается в использовании йодированной соли. Кроме соли йодируют хлеб, молоко, макароны, питьевую воду.

Для декретированных групп населения (дети, подростки, беременные и кормящие женщины, лица детородного возраста) предлагается групповая йодная профилактика, которая осуществляется путем регулярного длительного приема медикаментозных средств, содержащих фиксированную физиологическую дозу йода. Дети в возрасте до года должны получать йод в зависимости от режима вскармливания, на 2–3-м году жизни все дети должны получать йод, а после 3-х лет в группах особого риска (часто болеющие, дети с низкорослостью, с дефицитом массы тела). Обязателен прием препаратов йода в препубертатном и пубертатном периоде не менее 150 мкг в сутки.

Индивидуальная профилактика назначается лицам, которые перенесли операцию на щитовидной железе, временно проживающим в эндемичном по зобу регионе, работающим со струмогенными веществами. Одновременно рекомендуется употребление пищи богатой йодом: морская капуста, морская рыба и морепродукты, грецкие орехи, хурма.

По рекомендации ВОЗ для удовлетворения потребности организма в йоде приняты следующие нормы его ежедневного потребления:

- для детей грудного возраста (0–2 лет) – 50 мкг;
- для детей младшего возраста (2–6 лет) – 90 мкг;
- для детей школьного возраста (7–12 лет) – 120 мкг;
- для детей старшего возраста и взрослых (от 12 лет и старше) – 150 мкг.

Среднее потребление йода жителем России составляет 40–80 мкг в сутки, что значительно меньше необходимого. Учитывая эпидемиологические данные, две трети регионов России имеют легкий или умеренный дефицит йода. В связи с этим каждый житель йододефицитного региона должен получать ежедневно дополнительное количество йода, а также включать в рацион питания продукты, богатые йодом. К таким продуктам питания относятся: морепродукты, морская капуста (ламинария), морская рыба, а именно тунец, лосось, палтус, треска, сельдь, камбала, морской окунь, печень трески.

8. Форма учета результатов контроля

Необходимо систематически проводить анализ данных о распространенности отклонений со стороны эндокринной системы и нарушений обмена веществ (или подозрений на нарушения), выявленных у обучающихся в образовательной

организации на основании обследования в текущем году и последующих годах, что позволит установить влияние неблагоприятных факторов на здоровье детей и/или эффективность проводимой профилактической и оздоровительной работы в образовательной организации.

8.1. Форма учета распространенности нарушений со стороны эндокринной системы, выявленных у обучающихся в образовательной организации на основании обследования

Распространенность нарушений со стороны эндокринной системы, выявленных у обучающихся в образовательной организации на основании обследования в _____ годах (в %)

Год	Выявленные нарушения или подозрения на возможные нарушения со стороны эндокринной системы	Количество обследованных	Относительное количество выявленных нарушений (в % к числу обследованных)	Диагностировано заболевание ЭС (впервые выявлено, учетная форма 30)
2017	Физическое развитие			
	Нарушение сроков созревания			
	Избыток массы тела			
	Низкая длина тела			
	Высокая длина			
	Заболевания ЩЖ			
	Ожирение			
	СД			
Другие				

По данным экспертов ВОЗ, деятельность по укреплению здоровья, ориентированные на ДА и рацион питания являются эффективными в:

- изменении образа жизни в виде повышения ДА и изменение привычек питания;
- улучшении результатов, связанных со здоровьем (оптимизация массы тела);
- содействии изменениям на организационном уровне.

8.2. Форма учета результатов деятельности медицинского работника по профилактике болезней эндокринной системы обучающихся

Эффективность медицинской профилактики болезней эндокринной системы
(количество детей/ кол-во несоответствий)

Год	Показатели эффективности	Классы											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
2017	Количество параметров среды образовательной организации (школьной среды), имеющих влияние на ДА, получивших оценку – 0/3												
	Удельный вес детей с ИМТ, %												
	Количество детей с патологией ЭС, имеющих нормальную массу тела, %												
	Количество пропусков занятий физической культурой без медицинской справки у детей с патологией ЭС												

9. Показания для применения

Рекомендуется использовать Федеральные рекомендации «Профилактика болезней эндокринной системы обучающихся» для выявления и обеспечения мероприятий по охране здоровья несовершеннолетних с эндокринной патологией в образовательных организациях, предупреждению распространения неинфекционных в образовательных организациях, по формированию у обучающихся устойчивых стереотипов здорового образа жизни и поведения, направленного на профилактику эндокринной патологии обучающихся.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1в).

Комментарии: *противопоказаний – нет.*

10. Материально-техническое обеспечение профилактики

Рабочее место, оборудованное офисной мебелью, ПК, доступом в сеть Интернет, весы медицинские, ростомер или антропометр, сантиметровая лента. Материально-техническое обеспечение данного протокола может быть изменено или дополнено с учетом внедрения в практику современной медицинской техники, оборудования и изделий медицинского назначения, в том числе включать аппаратно-программные комплексы.

11. Список литературы

1. Алимбекова П.Р., Павленко О.А., Хлынин С.М. Опыт внедрения программы профилактики эндокринной патологии. Бюллетень сибирской медицины. 2012; 6: 185–90.

2. Баранов А.А., Кучма В.Р., ред. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге. Руководство для врачей. М.: НЦЗД РАМН; 1999: 86–89.
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2008. 432 с.
4. Барановский А.Ю., Ворохобина Н.В., ред. Ожирение (клинические очерки). СПб.: Издательство «Диалект»; 2007: 7–154.
5. Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика, лечение. М.: Издательство «БИНОМ»; 2004. 239 с.
6. Бухарова Е.М. Влияние факторов городской среды на физическое развитие и состояние здоровья детей. Здравоохранение Российской Федерации. 2011; 5: 18.
7. Вирт А. Ожирение и метаболический синдром. Обзоры клинической кардиологии. 2006; 5: 2–10.
8. Генри М., Кроненберг, Шломо Мелмед и др. Ожирение и нарушения липидного обмена. Пер. с англ. под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: ООО «Рид Элсивер»; 2010. 264 с.
9. Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Женева, ВОЗ, 2004.
10. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., ред. Эндокринология. Национальное руководство. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2013. 752 с.
11. Заболеваемость детского населения России (0–14 лет) в 2008–2014 году. М.: ФГБУ «Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ.
12. Картелищев А.В., Румянцева А.Г., Смирнов Н.С. Актуальные проблемы ожирения у детей и подростков. М.: Издательство «Медпрактика»; 2010. 280 с.
13. Касаткина Э.П. Актуальные проблемы тиреологии: профилактика йод-дефицитных заболеваний. Проблемы эндокринологии; 2006. Т. 52; 6: 30–34.
14. Кучма В.Р., Скоблина Н.А., Сухарева Л.М., Бокарева Н.А. и др. Оценка физического развития детей и подростков в образовательных учреждениях. Профилактика ожирения у школьников. Посobie для медицинских работников образовательных учреждений. М.: НЦЗД РАМН; 2013. 44 с.
15. Лужецкий К.П., Устинова О.Ю., Маклакова О.А., Палагина Л.Н. Особенности эндокринных нарушений у детей, проживающих в условиях высокого риска ингаляционного воздействия бензола, фенола и без(а)пирена. Анализ риска здоровью. 2014; 2: 97–103.
16. Малиевский О.А. Выявление эндокринных заболеваний при проведении медицинских осмотров. М.: Издательство «Практика»; 2015. 40 с.
17. Ожирение и избыточный вес. Информационный бюллетень ВОЗ № 311 от 13.03.13. Женева, ВОЗ; 2013. Available et: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>.
18. Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности. Доклад ВОЗ. Библиотечный каталог публикаций ВОЗ; 2008. 47 с.
19. Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Российский кардиологический журнал Российский кардиологический журнал. 2012; 6 (98). Приложение 1.
20. Руденко Н.Н., Мельникова И.Ю. Актуальность оценки физического развития детей. Практическая медицина. 2009; 7(49): 31–34.

21. *Тутельян В.А., Самсонов М.А., ред.* Справочник по диетологии. М.: Издательство «Медицина»; 2002: 280–86.
22. *Устинова О.Ю., Вандышева А.Ю., Аминова А.И.* Особенности антропометрического и морфофункционального статуса детей дошкольного возраста, проживающих на территории с неблагополучным состоянием сети хозяйственно-питьевого водоснабжения. В кн.: Онищенко Г.Г., Зайцева Н.В., ред. Гигиенические и медико-профилактические технологии управления рисками здоровья населения: материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Пермь: Издательство «Книжный формат»; 2011: 45–49.
23. *Кучма В.Р., ред.* Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.
24. *Кучма В.Р., Храмов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.
25. *Храмов П.И., ред.* Руководство по разработке школьной стратегии по здоровому питанию и физической активности. Инструмент NEPS для школ М.: НЦЗД РАМН; 2013. 35 с.
26. *Janssen I.* Physical activity guidelines for children and youth. *Can J Public Health.* 2007; 98 (Suppl 2): 109–21.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

Федеральные рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям.

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности. Доклад ВОЗ. Библиотечный каталог публикаций ВОЗ; 2008. 47 с.
- *Дедов И.И., Мельниченко Г.А., ред.* Эндокринология. Национальное руководство. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2013. 752 с.
- *Малиевский О.А.* Выявление эндокринных заболеваний при проведении медицинских осмотров. М.: Издательство «Практика»; 2015. 40 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке Рекомендаций.

Экономический анализ:

Профилактика эндокринных заболеваний в образовательных организациях существенно снижает трудовые и материальные затраты на проведение профилактических мероприятий и охрану здоровья обучающихся.

Метод валидации:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения протокола и их оценки важности протокола, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была размещена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании протокола.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которые дали комментарии, прежде всего, о доходчивости и точности интерпретации доказательной базы, лежащих в основе рекомендаций.

Приложение А3. Связанные документы

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 года № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях».

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
7. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях. (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 г. № 206-ВС).
8. Методические рекомендации по организации деятельности медицинских работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в общеобразовательных учреждениях (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ 15 января 2008 № 207-ВС).

Приложение В1

Тренировочный план для малоактивных детей и подростков*

Месяцы	Ежедневное количество времени, затрачиваемое на ФА умеренной интенсивности (минуты)		Ежедневное количество времени, затрачиваемое на ФА высокой интенсивности (минуты)		Общее количество времени, ежедневно затрачиваемое на ФА (минуты)	Ежедневное уменьшение неактивного времени (минуты)
1-й	не менее 20	+	10	=	30	30
2-й	не менее 30	+	15	=	45	45
3-й	не менее 40	+	20	=	60	60
4-й	не менее 50	+	25	=	75	75
5-й	не менее 60	+	30	=	90	90

* Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. Can J Public Health. 2007; 98 (Suppl 2): 109–21.

Приложение В2

Ассортимент продуктов и блюд для питания детей с ожирением

Продукты и блюда	Разрешаются	Ограничиваются до 1–2 раз в неделю	Исключаются
Хлеб и хлебобулочные изделия	Хлеб из муки грубого помола, содержащий отруби, хлеб из цельного зерна, хлеб ржаной	Ржано-пшеничный	Сдобные мучные изделия, хлеб пшеничный
Крупы и продукты из них (в первую половину дня)	Гречневая, овсяная, перловая, пшениная каши	Рисовая, бобовые	Макаронные изделия, манная крупа
Супы	Супы вегетарианские на овощных отварах (щи, борщи и т. д.); свекольники.		Бульоны мясные, рыбные, грибные, супы на бульонах, студни, заливные блюда
Мясо и птица	Нежирные сорта говядины, телятина, нежирная свинина, куры, индейка, кролики (в виде котлет, запеканок, отварного, а затем запеченного порционного мяса, тефтелей, фрикаделей, суфле, голубцов и др.)	Копченые колбасы и деликатесы из мяса, ограниченно в праздничные дни	Жирные сорта говядины, телятина, жирная свинина, вареные колбасы, продукты с высоким содержанием соли, консервы
Рыба	Нежирная (отварная, запеченная куском, а также в виде котлет, суфле, рулетов, тефтелей, фрикаделей и др.)	Малосоленая рыба для закусок и бутербродов, икра, деликатесы из рыбы, ограниченно в праздничные дни	Продукты с высоким содержанием соли: пресервы, консервы
Море-продукты	Кальмары, мидии, морской гребешок, креветки, морская капуста (отварные и в виде пловов, котлет, запеканок)	Деликатесы ограниченно в праздничные дни.	Продукты с высоким содержанием соли: пресервы, консервы из морепродуктов

Продукты и блюда	Разрешаются	Ограничиваются до 1–2 раз в неделю	Исключаются
Молоко и молочные продукты с пониженным содержанием жира	Молоко, кисломолочные продукты (кефир, йогурт, бифидокефир и др.), творог и блюда из него с фруктами, морковью и т.д., неострый сыр, сметана 10% (в блюдах)	Сыры твердые и плавленые Продукты с высоким содержанием соли: брынза, сыры в рассолах	Сыры твердые с высоким содержанием жира
Яйца	Для приготовления различных блюд	Всмятку и в виде омлетов (не более 2–3 яиц в неделю)	Яйца жареные
Жиры	Масло сливочное несоленое, растительные масла (подсолнечное, кукурузное, рапсовое, оливковое, оливковое, соевое) в натуральном виде и в блюдах		Жиры животные (говяжий, свиной, бараний), сало
Овощи	Белокочанная капуста, цветная капуста, огурцы, томаты, тыква, салат, зеленый горошек, зеленый лук, петрушка, укроп (свежие и отварные, в виде запеканок, рагу и др.)	Картофель, морковь, свекла	Продукты с высоким содержанием соли: консервы из овощей, квашеные и маринованные овощи
Фрукты, ягоды, орехи	Яблоки, груши, сливы, вишня, клубника, малина, абрикосы, персики и др. (ежедневно в натуральном виде и в блюдах)	Орехи в небольших количествах, виноград, арбуз, дыня	Компоты и цельные фруктовые соки
Сухофрукты	Отвары из сухофруктов	Шиповник	Инжир, курага, изюм, чернослив,
Кондитерские изделия	Несдобное печенье, мед, зефир, пастила	Шоколад и шоколадные конфеты, вафли с фруктовой начинкой, варенье, джемы, мармелад, карамель	Овсяное печенье, галетное печенье, крекеры, сахар для приготовления напитков и блюд

Продукты и блюда	Разрешаются	Ограничиваются до 1–2 раз в неделю	Исключаются
Соусы	На овощном отваре, молочные, сметанные, томатные, фруктовые	Ограниченно в праздничные дни соусы «Кетчуп», «Майонез»	Соусы «Кетчуп», «Майонез»,
Закуски	Салаты из свежих овощей с растительным маслом, винегреты, овощная икра, салаты фруктовые и с отварными морепродуктами		Салаты с майонезом и острыми приправами
Напитки	Некрепкий чай, фруктовые и овощные соки 1:1, отвар шиповника, компот из сухофруктов (кураги, чернослива и т.д.), напитки из злакового кофе (цикорий, ячмень, рожь)	Какао 1–2 раза в неделю	Натуральный кофе, крепкий чай, тонизирующие напитки типа «Кока-кола», «Пепси-кола», «Байкал»
Соль поваренная	5 г в сутки при приготовлении блюд		
Сахар	Ксилит, сорбит	Сахар, фруктоза	

Приложение В3

Среднесуточный набор продуктов для детей с ожирением

Наименование продуктов	Рекомендуемое количество, в граммах (брутто)	
	6–10 лет	11–17 лет
Хлеб ржаной	40	50
Хлеб пшеничный	80	100
Мука пшеничная	5	6
Мука картофельная	2	2
Крупы, бобовые, макаронные изделия	80	90
Картофель	180	180
Овощи, зелень	400	500
Фрукты свежие	150	200
Соки		
Томат-паста		
Фрукты (плоды) свежие	150	200
Фрукты сухие	15	15
Сахар, в том числе мед	30	30
Кондитерские изделия		
Кофейный напиток	3	3
Какао-порошок		
Чай	0,4	0,4
Мясо 1 категории бескостное	80	90
Птица (цыплята 1 категории потр.)	30	40
Рыба-филе, в том числе сельдь (филе)	40	45
Колбасные изделия		
Молоко, кисломолочные продукты 3,5% жирности	400	400
Творог 5-9%	35	35
Сметана 10%	10	10
Сыр	5	5
Масло сливочное	25	25
Масло растительное	10	12
Яйцо диетическое	½ шт.	½ шт.
Соль	4	5
Химический состав набора:		
Белки, г	68,9	78,5
Жиры, г	55,8	62,7
Углеводы, г	202	230
Энергетическая ценность, ккал	1578	1785

ГЛАВА 6

ГИГИЕНИЧЕКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ, ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
15 февраля 2014 г.
Протокол № 2

УТВЕРЖДЕНЫ
на XVII Конгрессе
педиатров России
Москва,
15–16 февраля 2014 г.

**МОНИТОРИНГ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА
ЗДОРОВЬЮ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ОБУЧАЮЩИХСЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-2-2014

(версия 1.0)

РАЗРАБОТЧИКИ: *Кучма В.Р., Звездина И.В., Иванова Е.И.*

Рекомендации содержат методику мониторинга поведенческих факторов риска здоровью обучающихся в образовательных организациях, технологию их выявления, оценку динамики негативных факторов, обусловленных образом жизни, среди подростков на этапах обучения; оценку их информированности в отношении основных факторов риска; оценку сформированности у обучающихся стойких установок на здоровый образ жизни с целью выявления негативных тенденций среди школьных коллективов, определения направлений и объема гигиенического воспитания по формированию здорового образа жизни в образовательных организациях,

Рекомендации одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Минздрава России по гигиене детей и подростков (Протокол № 3 от 07.06.13 г.), Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 16 от 07.06.13 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Кучма В.Р., ред. Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.
- Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Мониторинг факторов риска в образовательных организациях повысит эффективность гигиенического воспитания по формированию здорового образа жизни обучающихся, будет способствовать снижению распространенности негативных факторов, что существенно снизит трудовые и материальные затраты, направленные на коррекцию отклонений в состоянии здоровья обучающихся, обусловленных влиянием поведенческих факторов риска.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. ВВЕДЕНИЕ

Актуальной медико-социальной проблемой является высокая распространенность среди обучающихся неблагоприятных факторов, обусловленных образом жизни – низкая двигательная активность, нерациональное (нездоровое) питание, дефицит ночного сна, курение, употребление алкоголя и других психоактивных веществ [1]. Отмечается низкая информированность подростков в отношении поведенческих факторов, негативно влияющих на здоровье [7].

Наличие поведенческих факторов риска уже в школьном возрасте ведет к напряжению адаптационных механизмов, снижению функциональных возможностей организма, нарушениям вегетативной регуляции различных органов и систем. Наличие двух и более негативных факторов, обусловленных образом жизни, повышает риск формирования функциональных отклонений: сердечно-сосудистой системы в 3,5 раза, глаза и его придаточного аппарата в 3,5 раза, костно-мышечной системы в 4,2 раза, нервной системы в 4,8 раза.

Факторы, обусловленные образом жизни, являются управляемыми. Одним из основных направлений профилактики заболеваний среди обучающихся является формирование у них стереотипов здорового образа жизни. В этой связи возрастает актуальность обучения подростков навыкам сохранения и укрепления здоровья, что наиболее полно возможно реализовать в организованных коллективах в условиях общеобразовательных организаций. Для определения направлений и объема гигиенического воспитания, выявления негативных тенденций среди школьных коллективов актуальным является проведение мониторинга основных поведенческих факторов риска в образовательных организациях.

Мониторинг поведенческих факторов риска – это контроль за динамикой факторов, обусловленных образом жизни, для принятия корректировочных решений. Мониторинг факторов риска позволяет получать информацию о распространенности основных факторов риска среди обучающихся на каждом году обучения,

уровне информированности в отношении поведенческих факторов риска, степени сформированности у них стойких установок на здоровый образ жизни.

Для эффективности профилактических мероприятий необходимо повышение мотивации к здоровому образу жизни не только самих обучающихся, но и их родителей, педагогов. Важным показателем сформированности здорового образа жизни является снижение распространенности основных факторов риска, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья обучающихся.

Мониторинг факторов риска предусматривает применение стандартизованных подходов к выявлению и оценке факторов риска, что повышает надежность сбора и анализа медико-социальной информации [6].

Методические подходы к проведению мониторинга разработаны на основе динамического наблюдения за состоянием здоровья и поведенческими факторами риска обучающихся (с 1-го по 9-й классы и с 9-го по 11-й классы) в 4-х школах г. Москвы, среди обучающихся в учреждениях начального профессионального образования (с 1-го по 3-й курсы), а также результатам одномоментных исследований (5-11-е классы) в 10-и школах г. Москвы [4, 7]. Охват составил 91,2% (3371 чел.) от списочного состава обучающихся. Для проведения мониторинга разработана стандартизованная анкета, одобренная Профильной комиссией по гигиене детей и подростков Экспертного совета в сфере здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития РФ 27 мая 2009 г. (Протокол № 2).

3. Протокол мониторинга

3.1. Описание метода

Мониторинг поведенческих факторов риска предусматривает активное выявление негативных факторов, обусловленных образом жизни, среди обучающихся в образовательных организациях; оценку динамики распространенности факторов риска в образовательных учреждениях, определение информированности обучающихся в отношении основных факторов риска, оценку сформированности у них установок на здоровый образ жизни с целью выявления негативных тенденций среди школьных коллективов, определения направлений и объема гигиенического воспитания по формированию здорового образа жизни.

3.2. Поведенческие факторы риска здоровью обучающихся

В основе планирования и осуществления профилактических программ лежит факторная концепция, согласно которой профилактика и снижение уровней факторов будет способствовать снижению заболеваемости. В связи с этим большое значение имеет выявление факторов риска среди обучающихся для принятия корректировочных решений.

Низкая двигательная активность (НДА) является одним из основных факторов риска отклонений в состоянии здоровья. Распространенность НДА среди старшеклассников достигает 72,1% (среди юношей 66,5%, девушек – 75,7%). Участие во всех видах физической активности заметно снижается с увеличением возраста и класса обучения.

Среди основных причин снижения двигательной активности у современных подростков по сравнению с предшествующими десятилетиями отмечают перегруженность учебных программ, негативное отношение к физической культуре, увеличение времени просмотра телевизора, видео, компьютерные игры, интернет, ограничение игр и физических упражнений на свежем воздухе. Низкая мотивация к занятиям физической культурой объясняется также недостаточными знаниями обу-

чающихся о здоровом образе жизни, пользе для здоровья физической культуры.

Двигательная активность, которая ограничена занятиями физической культурой в рамках обязательной школьной программы, рассматривается как фактор высокого риска.

Согласно рекомендациям ВОЗ необходим 1 час или более двигательной активности в течение пяти или больше дней в неделю.

Адекватная регулярная физическая нагрузка в подростковом возрасте способствует формированию и поддержке здоровой костной и мышечной ткани; ограничению избыточного веса (отложений жировой ткани), уменьшению гипертонии, правильному функционированию сердечно-сосудистой системы и органов дыхания; положительно влияет на общее состояние организма.

Одним из основных направлений в профилактике отклонений в состоянии здоровья обучающихся является обязательное выявление гиподинамии и оптимизация двигательной активности.

Среди современных обучающихся установлена высокая распространенность дефицита ночного сна. Только у 18,5% школьников (21,6% юношей и 16,4% девушек) продолжительность ночного сна соответствует гигиеническим нормам, согласно которым продолжительность ночного сна у детей школьного возраста составляет: в 7–10 лет – 11–10 ч.; в 11–14 лет – 10–9 ч.; в 15–17 лет – 8–9 ч [3].

В среднем 7 часов и меньше спят 48,0% школьников, в том числе 6 часов и менее – 20,1%, ложатся спать в 24 часа и позже – 40,5% подростков. Дефицит ночного сна негативно влияет на состояние здоровья и психофизиологический статус школьников. Уменьшение продолжительности сна у учащихся в среднем на 2 часа приводит к накоплению утомления и снижению резистентности организма в 75,5% случаев. У обучающихся «дневными» последствиями нарушения сна является ухудшение успеваемости, невнимательность, гиперактивность. При длительном существовании данный фактор приводит к развитию ряда психосоматических расстройств (кардиалгического синдрома, функциональных аритмий, сосудистых дистоний, различных абдоминальных расстройств).

Одним из важнейших факторов риска заболеваний и развития многих патологических состояний является нерациональное (нездоровое) питание. В период интенсивного роста и развития необходимо повышенное поступление нутриентов, в том числе витаминов, макро- и микроэлементов. Питание современных подростков характеризуется не только снижением энергетической ценности пищи, но и резким обеднением ее микроэлементами и особенно витаминами, дефицит которых негативно отражается на развитии организма. Снижение употребления молока и молочных продуктов, мяса, овощей и фруктов, привело к тому, что организм современного подростка вынужден работать в режиме недостаточного обеспечения белком, а также кальцием, железом, витаминами С, группы В, каротиноидами и многими другими микронутриентами [9, 10].

Режим питания обучающихся предусматривает: 4–5 приемов пищи в сутки, через 4 часа; прием горячей пищи – 3–4 раза в день. Ежедневно в рационе должны присутствовать: мясо или рыба, молоко и молочные продукты, сливочное и растительное масло, хлеб и хлебобулочные изделия, овощи, фрукты, соки.

Установлена высокая распространенность различных нарушений режима и качества питания среди обучающихся. За период обучения в средней школе возрастает распространенность нерационального питания среди подростков: прием горячей пищи 1 раз в день (особенно, среди девочек с 14,0% до 44,0%), перерывы

между приемами пищи 5-6 часов и более (с 12,2% до 38,8%), редкое употребление рыбы и рыбных продуктов до 60,7% (у девочек до 66,4%). Среди обучающихся 5-9-х классов у 51,6% мальчиков и 33,9% девочек употребление свежих фруктов, овощей, соков не соответствует рекомендациям ВОЗ (не менее 500 г ежедневно).

Отмечено частое потребление подростками острых, жирных блюд, особенно, среди юношей (до 71,2%), консервированных продуктов 3 раза в неделю и чаще (32,7% юношей и 22,8% девушек). Среди подростков отмечается редкое употребление (1 раз в неделю и реже) мясных (13,0%) и молочных продуктов (28,2%). Эти тенденции характерны как для юношей, так и для девушек.

Результаты исследования свидетельствуют о высоком распространении нездорового питания среди обучающихся. Отмечается значительная доля лиц с недостаточным употреблением мясных, молочных продуктов, свежих соков, фруктов, овощей, с нарушениями режима питания, которая за период обучения возрастает.

Важнейшим медико-социальным показателем, характеризующим состояние здоровья подростков, а также характер и стереотипы поведения, является распространенность таких факторов риска, как курение, употребление алкоголя.

Распространенность регулярного курения среди учащихся 8-10-х классов в среднем по регионам России составляет у мальчиков 25,4%, девочек – 20,9%. Более половины школьников уже пробовали курить, причем каждый второй из них в последствие стал курильщиком. В среднем каждый третий подросток начинал курить в возрасте до 10 лет. Среди курящих мальчиков этот показатель достигает 42,4%, среди девочек – 18,6%. Среди регулярно курящих школьников в 10,3% случаев (12,6% мальчиков и 7,4% девочек) выявляется никотиновая зависимость, что является высоким риском развития заболеваний, обусловленных курением. Распространенность регулярного курения к окончанию школы значительно возрастает среди юношей (с 15,5% до 25,6%) и, особенно, среди девушек (с 9,5% в 9-х классах до 24,7% в 11-х классах).

Распространенность употребления алкоголя среди обучающихся 9-х классов составляет среди юношей 56,6%, среди девушек – 72,3%. Употребляют алкоголь 1 раз в неделю и чаще 8,5% юношей и 4,0% девушек. К 11-у классу увеличивается процент подростко, употребляющих алкоголь: среди юношей до 75,2%, девушек – до 82,7%, в том числе 2-3 раза в неделю 15,0% и 17,9% соответственно. В процессе обучения в школе при увеличении числа школьников, употребляющих алкоголь, возрастает процент его злоупотребления. Почти в 3 раза увеличивается количество обучающихся, употребляющих алкоголь 1 раз в неделю и чаще, – среди юношей до 23,1%, среди девушек – до 12,5%.

В подростковом возрасте влияние факторов риска не носит строго специфический характер, а неблагоприятное их воздействие проявляется на уровне реагирования функциональных систем организма. Это подтверждается значительным снижением функциональных резервов, уровня физического здоровья у подростков при наличии нездорового питания, гиподинамии, дефицита ночного сна, курения, употребления алкоголя. Вместе с тем, при наличии выраженных нарушений здорового образа жизни у подростков отмечается достоверная связь факторов риска с отдельными функциональными отклонениями и хроническими болезнями

3.3. Критерии выявления поведенческих факторов риска среди обучающихся

Важным аспектом мониторинга факторов риска является выявление поведенческих факторов риска. Их выявление не требует дорогостоящих клинических и биохимических методов обследования, так как это возможно путем проведения анкетирования. Данные анонимного опроса позволяют оценить распространенность вредных привычек в каждой образовательной организации, что имеет большое значение для проведения профилактических программ и оценки их эффективности на популяционном уровне.

При анализе результатов анкетирования следует учитывать, что любое нарушение здорового образа жизни в подростковом возрасте является риском здоровью, так как может привести к закреплению вредных привычек, которые сохраняются во взрослой жизни. Даже незначительные нарушения в питании, режиме дня, эпизодическое курение, употребление алкоголя оказывает негативное влияние на функциональное состояние организма подростков. В связи с этим, любое проявление нездорового образа жизни следует рассматривать как фактор риска.

В практических целях для оценки тенденций в школьных коллективах и определения объема гигиенического воспитания большое значение имеет выявление числа обучающихся с высоким риском формирования функциональных отклонений и хронических болезней [4]. Особое внимание обращается на значительные нарушения образа жизни обучающихся. К ним относятся:

- прием пищи 2 раза в день и реже; прием горячей пищи 1 раз в день и реже; редкое употребление мясных, молочных продуктов, свежих овощей, фруктов, соков (1 раз в неделю и реже); повышенное употребление острых, консервированных продуктов (3 раза в неделю и чаще). Любое из перечисленных нарушений должно расцениваться как нездоровое питание;

- регулярное курение (выкуривающие 1 сигарету в неделю и чаще). Риск значительно повышается, если возраст начала курения младше 11 лет. Высокий риск имеют подростки курящие ежедневно, а также выкуривающие 10–20 сигарет в неделю.

- употребление алкоголя (2–3 раза в месяц и чаще) определяет высокий риск формирования отклонений в состоянии здоровья;

- недостаточная продолжительность ночного сна (7 часов и менее). Риск увеличивается, если отход к ночному сну в 24 часа и позже;

- низкая двигательная активность – двигательная активность менее 5 часов в неделю помимо уроков физической культуры. Высокий риск имеют подростки, у которых двигательная активность ограничена только уроками физической культуры.

3.4. Методика мониторинга

Мониторинг факторов риска предусматривает применение стандартизованных подходов к выявлению и оценке факторов среди учащихся средней и старшей школы. Использование стандартизованных анкет (Приложения 1 и 2) по мониторингу факторов риска для обучающихся 5–8-х классов и 9–11-х классов позволяет оценить динамику распространенности факторов риска в образовательной организации, определить информированность школьников в отношении основных факторов риска, а также оценить сформированность установок на здоровый образ жизни обучающихся в динамике обучения.

Инструкция к проведению анкетного опроса обучающихся

Анкетный опрос проводится среди обучающихся средней и старшей школы в конце каждого учебного года (в апреле-мае) средним медицинским персоналом образовательной организации, социальным педагогом, классным руководителем, школьным психологом или другими специалистами.

Обучающимся следует объяснить, что опрос не предусматривает проведения каких-либо тестов или проверок. Все вопросы в анкете связаны с отношением обучающихся к различным факторам, которые вредны здоровью. Результаты опроса будут использованы для создания школьных здоровьесберегающих программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья обучающихся. Опрос организован таким образом, что тайна имени ученика сохраняется, и участие в опросе является анонимным. Обучающиеся не должны подписывать анкеты и делать идентифицирующих пометок.

Не следует просматривать анкеты с ответами обучающихся в их присутствии – они должны быть уверены, что конфиденциальность опроса соблюдается. Некоторые подrostки могут испытывать трудности при заполнении анкеты. Необходимо предусмотреть порядок работы с такими обучающимися, чтобы была сохранена конфиденциальность их ответов.

Необходимо свести к минимуму возможность обучающихся видеть ответы друг друга. Не разрешайте учащимся/учителям ходить по классу или разговаривать во время проведения опроса.

Оценка результатов анкетирования обучающихся 5–8-х классов

Распространенность основных поведенческих факторов риска здоровью среди обучающихся

Для оценки распространенности факторов учитываются ответы на следующие вопросы: №№ 2–6, 7, 9–12, 15

Низкая двигательная активность (гипокинезия, гиподинамия) –

1. Двигательная активность ограничена только уроками физической культуры в школе, вопрос № 2, вариант ответа «2» – высокий риск.
2. Уровень двигательной активности школьника составляет менее 5 часов в неделю вопрос № 3, вариант ответа «4» и меньше.

Нерациональное («нездоровое» питание) – вопросы №№ 4–7, варианты ответов «2», «3» расцениваются как «нездоровое питание». Варианты ответов «3» – факторы высокого риска.

Курение – вопрос № 9 (ответ «2»), в том числе регулярное курение – вопрос № 10 (ответ «2» или «3») – высокий риск.

Употребление алкоголя – вопрос № 11 (ответ «2»), в том числе злоупотребление алкоголем – вопрос № 12 (ответ «3») – высокий риск.

Дефицит ночного сна – вопрос № 15, продолжительность ночного сна 7 часов и менее – фактор высокого риска. Для получения точной информации, продолжительность ночного сна следует рассчитать (показатели вопросов №№ 13 и 14).

Кроме того, можно получить информацию о количестве обучающихся, у которых продолжительность ночного сна не соответствует гигиеническим требованиям: для обучающихся 5–7-х классов – не менее 10 часов, 8–9-х классов – не менее 9 часов.

Результаты анкетирования заносятся в Протокол распространенности факторов риска среди обучающихся 5–8-х классов в динамике обучения (табл. 1).

ПРОТОКОЛ

Распространенности факторов риска среди обучающихся 5–8-х классов в динамике обучения
 Школа № _____ город/село, субъект РФ _____

5-й класс « » Дата заполнения _____ (год, месяц, день) 6-й класс « » Дата заполнения _____
 7-й класс « » Дата заполнения _____ 8-й класс « » Дата заполнения _____

Факторы риска ¹	5-й класс		6-й класс		7-й класс		8-й класс	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Низкая двигательная активность								
2. Прием горячей пищи 1 раз в день и реже								
3. Редкое потребление мяса и мясных продуктов (1 раз в неделю и реже)								
4. Редкое потребление молока и молочных продуктов (1 раз в неделю)								
5. Редкое потребление свежих овощей, фруктов, соков								
6. Курение								
в том числе регулярное курение								
7. Употребление пива и других алкогольных напитков								
в том числе злоупотребление алкоголем								
8. Дефицит ночного сна (7 часов и менее)								

*Учитываются факторы высокого риска

Для каждого класса создается свой Протокол. По каждому наблюдаемому классу подсчитывается отдельно абсолютное количество детей, имеющих тот или иной фактор риска.

Для того чтобы получить относительные показатели в процентах (%), необходимо абсолютные показатели разделить на количество анкет, заполненных школьниками. В Протокол вносятся факторы высокого риска. Если учитываются все факторы, то они должны вноситься в Протокол при последующих опросах.

Уменьшение относительных показателей в следующем учебном году по сравнению с показателями предыдущего года свидетельствует о снижении распространенности факторов риска в классе (значение Δ – отрицательное); увеличение относительных показателей свидетельствует о росте распространенности того или иного фактора (значение Δ – положительное).

Информированность учащихся 5–8-х классов в отношении факторов риска

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы №№ 1а, 1б, 1в, 1г, 2б–3з, 35, 36. Оценивается только ответ «1 – да» (1 балл). Чем больше сумма баллов, тем выше информированность школьника. Максимальное число баллов – 14 (100%). Для оценки информированности класса определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени информированности средний балл умножают на 100 и делят на 14. Полученные показатели заносят в Протокол показателей информированности обучающихся 5–8-х классов в отношении факторов риска (табл. 2).

Таблица 2

Протокол показателей информированности обучающихся 5–8-х классов в отношении факторов риска

Школа № _____ город/село _____ субъект РФ _____

Классы	Дата осмотра (год, месяц, число)	Средний балл по информированности в отношении факторов риска	Степень информированности в отношении факторов риска (%)
5-й			
6-й			
7-й			
8-й			

Для оценки динамики показателя информированности школьников в отношении факторов риска в процессе обучения сравнивают показатели, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а также степени (%) свидетельствует о повышении информированности школьников.

Показатели сформированности у школьников 5–8-х классов установок на здоровый образ жизни определяют по результатам анкетного опроса обучающихся.

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы №№ 2, 4–7, 9, 11, 16–25. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше сформированность установок на здоровый образ жизни у школьника. Максимальное число баллов – 17 (100%). Для оценки этого показателя в каждом классе определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем, делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени сформированности установок на здоровый образ жизни у школьников средний балл умножают на 100 и делят на 17. Полученные показатели заносят в Протокол показателей сформированности у обучающихся 5–8-х классов установок на здоровый образ жизни (табл. 3).

Таблица 3

Протокол показателей сформированности у обучающихся 5–8-х классов
установок на здоровый образ жизни

Школа № _____ город/село, _____ субъект РФ _____

Классы	Дата осмотра (год, месяц, число)	Средний балл по информи- рованности в отношении факторов риска	Степень информирован- ности в отношении факторов риска (%)
5-й			
6-й			
7-й			
8-й			

Для оценки динамики этого показателя в процессе обучения сравнивают данные, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а также степени (%) свидетельствует о положительной динамике формирования установок на здоровый образ жизни обучающихся.

Оценка результатов анкетирования обучающихся 9–11-х классов

Распространенность основных поведенческих факторов риска здоровью среди обучающихся 9–11-х классов

Для оценки распространенности факторов учитываются ответы на следующие вопросы: №№ 2–7, 9, 10, 12, 13

Низкая двигательная активность (гипокинезия, гиподинамия) –

1. Двигательная активность ограничена только уроками физической культуры в школе, вопрос № 2, вариант ответа «2» – высокий риск.
2. Уровень двигательной активности школьника составляет менее 5 часов в неделю вопрос № 3, вариант ответа «4» и меньше.

Нерациональное («нездоровое» питание) – вопросы №№ 4–7, варианты ответов «2», «3» расцениваются как «нездоровое питание». Варианты ответов «3» – факторы высокого риска.

Курение – вопрос № 9 (ответ «2»), в том числе регулярное курение – вопрос № 10 (ответ «2» или «3») – высокий риск.

Употребление алкоголя – вопрос 12 (ответ «2»), в том числе злоупотребление алкоголем – вопрос № 13 (ответ «3») – высокий риск.

Дефицит ночного сна – вопрос № 16, продолжительность ночного сна
Продолжительность ночного сна 7 часов и менее – фактор высокого риска.

Для получения точной информации, продолжительность ночного сна следует рассчитать (показатели вопроса №№ 14 и 15)

Кроме того, можно получить информацию о количестве обучающихся, у которых наблюдается недостаточная продолжительность ночного сна, то есть не соответствует гигиеническим требованиям: для обучающихся 9-х классов – не менее 9 часов, 10–11-х классов – 8,5 часов.

Результаты анкетирования заносятся в Протокол распространенности факторов риска среди обучающихся 9–11-х классов в динамике обучения (табл. 4). Для каждого класса создается свой Протокол. По каждому наблюдаемому классу подсчитывается раздельно абсолютное количество детей, имеющих тот или иной фактор риска.

Для того чтобы получить относительные показатели в процентах (%), необходимо абсолютные показатели разделить на количество анкет, заполненных школьниками. В Протокол вносятся факторы высокого риска. Если учитываются все факторы, то они должны вноситься в Протокол при последующих опросах.

Уменьшение относительных показателей в следующем учебном году по сравнению с показателями предыдущего года свидетельствует о снижении распространенности факторов риска в классе (значение Δ – отрицательное); увеличение относительных показателей свидетельствует о росте распространенности того или иного фактора (значение Δ – положительное).

Информированность учащихся 9–11-х классов в отношении факторов риска

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы №№ 1а, 1б, 1в, 1г, 27–37, 39, 40. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше информированность школьника. Максимальное число баллов – 17 (100%). Для оценки информированности класса определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени информированности средний балл умножают на 100 и делят на 17. Полученные показатели заносят в Протокол показателей информированности обучающихся 9–11-х классов в отношении факторов риска (табл. 5).

Для оценки динамики показателя информированности обучающихся в отношении факторов риска в процессе обучения сравнивают показатели, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а также степени (%) свидетельствует о повышении информированности обучающихся.

Показатели сформированности у обучающихся установок на здоровый образ жизни

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы №№ 2, 4–7, 9, 11, 12, 16–26. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше сформированность установок на здоровый образ жизни у школьника. Максимальное число баллов – 19 (100%). Для оценки этого показателя в каждом классе определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

ПРОТОКОЛ

Распространенности факторов риска среди обучающихся 5–8-х классов в динамике обучения

Школа № _____ город/село, субъект РФ _____

9-й класс «» Дата заполнения _____ (год, месяц, день) 10-й класс «» Дата заполнения _____ 11-й класс «» Дата заполнения _____

Факторы риска ¹	9-й класс		10-й класс		11-й класс	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1. Низкая двигательная активность						
2. Прием горячей пищи 1 раз в день и реже						
3. Редкое потребление мяса и мясных продуктов (1 раз в неделю и реже)						
4. Редкое потребление молока и молочных продуктов (1 раз в неделю)						
5. Редкое потребление свежих овощей, фруктов, соков						
6. Курение						
в том числе регулярное курение						
7. Употребление пива и других алкогольных напитков						
в том числе злоупотребление алкоголем						
. Дефицит ночного сна (7 часов и менее)						

*Учитываются факторы высокого риска

Для определения степени сформированности установок на здоровый образ жизни у школьников средний балл умножают на 100 и делят на 19. Полученные показатели заносят в Протокол показателей сформированности у обучающихся 9–11-х классов установок на здоровый образ жизни (табл. 6).

Таблица 5

Протокол показателей информированности обучающихся 9–11-х классов в отношении факторов риска

Школа № _____ город/село, _____ субъект РФ _____

Классы	Дата осмотра (год, месяц, число)	Средний балл по информированности в отношении факторов риска	Степень информированности в отношении факторов риска (%)
9-й			
10-й			
11-й			

Таблица 6

Протокол показателей сформированности обучающихся 9–11-х классов в отношении факторов риска

Школа № _____ город/село, _____ субъект РФ _____

Классы	Дата осмотра (год, месяц, число)	Средний балл по информированности в отношении факторов риска	Степень информированности в отношении факторов риска (%)
9-й			
10-й			
11-й			

Для оценки динамики этого показателя в процессе обучения сравнивают данные, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а также степени (%) свидетельствует о положительной динамике формирования установок на здоровый образ жизни обучающихся.

4. Противопоказаний для использования предлагаемых в настоящей работе методов исследований нет.

5. Материально-техническое обеспечение метода.

Медицинские организации имеют основные материально-технические средства для проведения мониторинга поведенческих факторы риска среди обучающихся в образовательных организациях.

6. Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медико-социальные проблемы воспитания подростков. Монография. М.: Издательство «ПедиатрЪ», 2014. 388 с.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Звездина И.В. Табакокурение детей и пути решения. М.: Издательство «Литтерра»; 2007. 216 с.
3. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: учебник. 2-е изд., испр. и доп. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2013. 528 с.
4. Звездина И.В. Факторы риска формирования отклонений в состоянии здоровья в подростковом возрасте. В кн.: Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И., ред. Гигиенические проблемы школьных инноваций. М.: НЦЗД РАМН; 2009: 106–19.
5. Звездина И.В., Трофименко А.В. Роль нерационального питания в развитии неинфекционных заболеваний у школьников. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2010; 3 (19): 108–09.
6. Звездина И.В. Оценка сформированности здорового образа жизни учащихся в образовательных учреждениях. Школа здоровья. 2010; 2: 38–45.
7. Звездина И.В., Трофименко А.В., Вирабова А.Р., Шамова Т.И. Сформированность здорового образа жизни московских школьников. Школа здоровья. 2010; 3: 16–21.
8. Звездина И.В. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний у детей и подростков в образовательных учреждениях. В кн.: Коробейников А.А., ред. Актуальная проблема внедрения здоровьеразвивающей педагогики. М.: Изд. Совета Федерации; 2011: 264–65.
9. Онищенко Г.Г. Задачи и стратегия школьного питания в современных условиях. Вопросы питания. 2009; 8 (1): 16–22.
10. Баранов А.А., ред. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей. М.: Союз педиатров России; 2012. 692 с.
11. Currie C. et al. (eds). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, N 6)
12. Global recommendations on physical activity for health. Geneva, World Health Organization, 2010. (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/19789241599979/en/index.html>; accessed 23 February 2012).

**АНКЕТА
для обучающихся 5–8-х классов**

Ребята! Просим вас заполнить предложенную анкету. Отвечайте на вопросы самостоятельно, не советуясь с товарищами. Нам важно знать именно ваше личное отношение к этим вопросам.

Школа № _____ Класс _____ Дата опроса _____
Возраст _____ Пол: 1 – мальчик 2 – девочка

1. Как ты думаешь, эти привычки вредны для здоровья?

- а) курение 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
б) нерегулярное употребление пищи (не «по часам») 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
в) низкая двигательная активность 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
г) недосыпание 1 – да 2 – нет 3 – не знаю

2. Занимаешься ли ты регулярно физическими упражнениями (в том числе танцы, посещение бассейна и т.д.) помимо уроков физической культуры в школе? 1 – да 2 – нет

Если «да», то сколько часов в неделю? _____

3. Сколько раз в день ты принимаешь горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?

- 1 – три раза в день и чаще 2 – два раза в день 3 – один раз в день

5. Как часто ты употребляешь в пищу мясо, птицу, рыбу?

- 1 – 1 раз в день и чаще 2 – 3-4 раза в неделю 3 – 1 раз в неделю и реже

6. Как часто ты употребляешь в пищу молоко и молочные продукты?

- 1 – 1 раз в день и чаще 2 – 3-4 раза в неделю 3 – 1 раз в неделю и реже

7. Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, свежие соки?

- 1 – 1 раз в день и чаще 2 – 3-4 раза в неделю 3 – 1 раз в неделю и реже

8. Пробовал ли ты когда-нибудь курить? 1 – нет 2 – да

9. Продолжаешь ли ты курить? 1 – нет 2 – да

- 10. Если «да», то как часто?** 1 – хотя бы один раз за последние 3 месяца
2 – каждую неделю 3 – ежедневно (хотя бы 1 сигарету в день)

11. Употребляешь ли ты пиво и другие алкогольные напитки (шампанское, коктейли, вино, водку, спиртные напитки домашнего изготовления и т. п.)?

- 1 – нет 2 – да

12. Если «да», то, как часто?

- 1 – 1 раз в месяц и реже 2 – 2-3 раза в месяц 3 – 4 и более раз в месяц

13. В какое время ты обычно ложишься спать? _____ (час)

14. Во сколько обычно встаешь утром _____ (час)

15. Продолжительность ночного сна обычно составляет _____ час

16. Как часто ты делаешь утреннюю гимнастику?

- 1 – ежедневно 2 – иногда 3 – никогда

17. Как часто ты моешь руки перед едой в школе?

- 1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда

18. Как часто ты моешь руки после посещения туалета в школе?

- 1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда

19. Как часто ты чистишь зубы?

- 1 – ежедневно 2 – 2 раза в день и чаще 2 – 1 раз в день
3 – 3-4 раза в неделю и реже

20. Как ты считаешь, будешь ли ты курить в дальнейшем?

- 1 – нет 2 – да 3 – не знаю

21. Если бы твои лучшие друзья предложили сигарету, ты согласился бы ее выкурить? 1 – нет 2 – да 3 – не знаю
22. Согласен ли ты с запретом на курение в общественных местах, таких как, автобусы, поезда, школы, рестораны, на игровых площадках, в спортивных залах, на дискотеках и т. п.?
1 – да 2 – нет 3 – не знаю
23. Если бы один из твоих лучших друзей предложил тебе употребить алкоголь, согласился бы ты? 1 – нет 2 – да
24. Как часто ты надеваешь шлем во время езды на велосипеде или другом моторизованном средстве?
1 – каждый раз во время езды 2 – иногда 3 – никогда
25. Как часто ты используешь ремни безопасности во время езды в автомобиле или другом транспортном средстве, управляемом другим человеком?
1 – каждый раз во время езды 2 – иногда 3 – никогда
26. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредные последствия курения? 1 – да 2 – нет
27. Как ты считаешь, когда кто-то начинает курить, ему потом будет трудно бросить эту привычку?
1 – да 2 – нет 3 – не знаю
28. Как ты думаешь, насколько подвергают себя риску (физическому или другому) люди, если они употребляют алкогольные напитки один раз в неделю? 1 – большой риск 2 – риск небольшой 3 – риска нет
29. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредное воздействие алкоголя на здоровье? 1 – да 2 – нет
30. Рассказывали ли вам в течение этого учебного года на каких-либо занятиях об опасности употребления алкоголя? 1 – да 2 – нет
31. Рассказывали ли вам на каких-либо занятиях в течение этого учебного года о преимуществах здорового питания? 1 – да 2 – нет
32. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о преимуществах физической активности? 1 – да 2 – нет
33. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о профилактике травматизма во время занятий физической культурой?
1 – да 2 – нет 3 – не знаю
34. Что, на твой взгляд, в настоящее время является наиболее опасным? (отметь три наиболее важных ответа)
- 1) грубое поведение со стороны старших школьников
 - 2) грубое поведение со стороны взрослых
 - 3) получить травму на автомобильной дороге
 - 4) получить травму во дворе (из-за ремонта или стройки, которые там идут)
 - 5) пострадать от людей, находящихся в нетрезвом виде (пьяных) или под действием наркотиков (наркоманов)
 - 6) пострадать от жестокого обращения родителей
35. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастные случаи, например, пожары или отравления?
1 – да 2 – нет
36. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастный случай в результате дорожного движения?
1 – да 2 – нет 3 – не знаю

**АНКЕТА
для обучающихся 9–11-х классов**

Ребята! Просим вас заполнить предложенную анкету. Отвечайте на вопросы самостоятельно, не советуясь с товарищами. Нам важно знать именно ваше личное отношение к этим вопросам.

Школа № _____ Класс _____ Дата опроса _____
Возраст _____ Пол: 1 – мальчик 2 – девочка

1. Как ты думаешь, эти привычки вредны для здоровья?

- а) курение 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
б) нерегулярное употребление пищи (не «по часам») 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
в) низкая двигательная активность 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
г) недосыпание 1 – да 2 – нет 3 – не знаю

2. Занимаешься ли ты регулярно физическими упражнениями (в том числе танцы, посещение бассейна и т. д.) помимо уроков физической культуры в школе?

1 – да 2 – нет

3. Если «да», то сколько часов в неделю? _____

4. Сколько раз в день ты принимаешь горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?

1 – три раза в день и чаще 2 – два раза в день

3 – один раз в день

5. Как часто ты употребляешь в пищу мясо, птицу, рыбу?

1 – 1 раз в день и чаще 2 – 3-4 раза в неделю 3 – 1 раз в неделю и реже

6. Как часто ты употребляешь в пищу молоко и молочные продукты?

1 – 1 раз в день и чаще 2 – 3-4 раза в неделю 3 – 1 раз в неделю и реже

7. Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, свежие соки?

1 – 1 раз в день и чаще 2 – 3-4 раза в неделю 3 – 1 раз в неделю и реже

8. Пробовал ли ты когда-нибудь курить? 1 – нет 2 – да

9. Продолжаешь ли ты курить? 1 – нет 2 – да

10. Если «да», то как часто?

1 – хотя бы один раз за последние 3 месяца 2 – каждую неделю

3 – ежедневно (хотя бы 1 сигарету в день)

11. Пробовал ли ты какие-либо наркотические (токсикоманические) вещества?

1 – нет 2 – да

12. Употребляешь ли ты пиво и другие алкогольные напитки (шампанское, коктейли, вино, водку, спиртные напитки домашнего изготовления и т. п.)?

1 – нет 2 – да

13. Если «да», то, как часто?

1 – 1 раз в месяц и реже 2 – 2-3 раза в месяц

3 – 4 и более раз в месяц

14. В какое время ты обычно ложишься спать? _____ (час)

15. Во сколько обычно встаешь утром _____ (час)

16. Продолжительность ночного сна обычно составляет _____ час

17. Как часто ты делаешь утреннюю гимнастику?

1 – ежедневно 2 – иногда 3 – никогда

18. Как часто ты моешь руки перед едой в школе?

1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда

19. Как часто ты моешь руки после посещения туалета в школе?

1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда

20. Как часто ты чистишь зубы?

1 – ежедневно 2 – 2 раза в день и чаще 2 – 1 раз в день

3 – 3-4 раза в неделю и реже

21. Как ты считаешь, будешь ли ты курить в дальнейшем?

1 – нет 2 – да 3 – не знаю

22. Если бы твои лучшие друзья предложили сигарету, ты согласился бы ее выкурить? 1 – нет 2 – да 3 – не знаю

23. **Согласен ли ты с запретом на курение в общественных местах, таких как, автобусы, поезда, школы, рестораны, на игровых площадках, в спортивных залах, на дискотеках и т. п.?** 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
24. **Если бы один из твоих лучших друзей предложил тебе употребить алкоголь, согласился бы ты?** 1 – нет 2 – да
25. **Как часто ты надеваешь шлем во время езды на велосипеде или другом моторизованном средстве?**
1 – каждый раз во время езды 2 – иногда 3 – никогда
26. **Как часто ты используешь ремни безопасности во время езды в автомобиле или другом транспортном средстве, управляемом другим человеком?**
1 – каждый раз во время езды 2 – иногда 3 – никогда
27. **Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредные последствия курения?** 1 – да 2 – нет
28. **Как ты считаешь, когда кто-то начинает курить, ему потом будет трудно бросить эту привычку?** 1 – да 2 – нет 3 – не знаю
29. **Как ты думаешь, насколько подвергают себя риску (физическому или другому) люди, если они употребляют алкогольные напитки один раз в неделю?** 1 – большой риск 2 – риск небольшой 3 – риска нет
30. **Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредное воздействие алкоголя на здоровье?** 1 – да 2 – нет
31. **Рассказывали ли вам в течение этого учебного года на каких-либо занятиях об опасностях употребления алкоголя?** 1 – да 2 – нет
32. **Рассказывали ли вам в этом учебном году на занятиях об опасностях употребления наркотических веществ, том числе опасности заражения вирусными гепатитами, ВИЧ инфекцией?** 1 – да 2 – нет
33. **Рассказывали ли вам на каких-либо занятиях в течение этого учебного года о преимуществах здорового питания?** 1 – да 2 – нет
34. **За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о преимуществах физической активности?** 1 – да 2 – нет
35. **За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о профилактике травматизма во время занятий физической культурой?**
1 – да 2 – нет 3 – не знаю
36. **Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вопросы, касающиеся сексуальных отношений?** 1 – да 2 – нет
37. **За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о том, как избежать инфекций, передаваемых половым путем, том числе ВИЧ-инфекции и СПИД?** 1 – да 2 – нет
38. **Что, на твой взгляд, в настоящее время является наиболее опасным? (отметь три наиболее важных ответа)**
1) грубое поведение со стороны старших школьников
2) грубое поведение со стороны взрослых
3) получить травму на автомобильной дороге
4) получить травму во дворе (из-за ремонта или стройки, которые там идут)
5) пострадать от людей, находящихся в нетрезвом виде (пьяных) или под действием наркотиков (наркоманов)
6) пострадать от жестокого обращения родителей
39. **В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастные случаи, например, пожары или отравления?** 1 – да 2 – нет
40. **В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастный случай в результате дорожного движения?** 1 – да 2 – нет 3 – не знаю

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
15 февраля 2014 г.
Протокол № 2

УТВЕРЖДЕНЫ
на XVII Конгрессе
педиатров России
Москва,
15–16 февраля 2014 г.

МЕДИЦИНСКОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

ФР РОШУМ3-5-2014

(версия 1.0)

РАЗРАБОТЧИКИ: Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Шубочкина Е.И.

Рекомендации содержат сведения, необходимые для проведения медицинского профессионального консультирования и профессиональной ориентации подростков, обучающихся в школах и организациях среднего профессионального образования. В рекомендациях даны основные понятия, касающиеся медицинских аспектов профессиональной ориентации, врачебного профессионального консультирования и профессиональной пригодности юношей и девушек, имеющих отклонения в состоянии здоровья. Изложены принципы составления врачебных заключений и рекомендаций, а также приводятся нарушения здоровья, которые должны учитывать педиатры и врачи-специалисты при вынесении заключений о профессиональной пригодности подростка. Представлены этапы проведения профориентационной работы в школах и организациях среднего профессионального образования, а также основные темы лекций, которые должны способствовать осознанному выбору профессий подростками в соответствии с их состоянием здоровья.

Рекомендации предназначены для педиатров и врачей-специалистов детских поликлиниках, а также для руководителей медицинских организаций.

Рекомендации одобрены и рекомендованы к утверждению Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 18 от 06.02.2014 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов;
- *Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К.* Руководство по врачебному профессиональному консультированию подростков. М.: Издательский Дом «Династия»; 2004. 200 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения рекомендаций и их оценки важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуж-

дался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе рекомендаций.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

2. Введение

Формирование профессиональной направленности человека происходит в школьные годы. Выбор профессионального пути, учебного заведения профессионального образования, последующее рациональное трудоустройство являются важными задачами, решаемыми подростками. Помочь в правильном выборе профессиональной деятельности юношам и девушкам, имеющим хронические заболевания и функциональные расстройства, призвана медицинская профессиональная ориентация (МПО), являющаяся частью профессиональной ориентации школьников.

Анализ заболеваемости школьников показывает, что в процессе получения общего образования в подростковом возрасте происходит увеличение распространенности хронических заболеваний. Хронические болезни органов пищеварения и функциональные расстройства, призвана медицинская профессиональная ориентация (МПО), являющаяся частью профессиональной ориентации школьников. Анализ отмечает у каждого третьего-четвертого старшеклассника, а патология костно-мышечной системы – у каждого пятого. Значительная распространенность хронических болезней в большом проценте случаев обуславливает непригодность подростков к получению профессий, связанных с тяжелым физическим трудом, а также к службе в армии [4, 6, 7, 9].

Наиболее высокие уровни функциональных нарушений и хронических нервно-психических расстройств, а также функциональных отклонений и болезней органа зрения, отмечаются у обучающихся 8–9-х классов (13–15 лет) и старшеклассников (16–18 лет). Подростки с нарушениями психического здоровья и пограничными психическими состояниями формируют значительную прослойку населения с определенной социальной недостаточностью. Распространенность психических расстройств за последнее десятилетие увеличилась на 30% и продолжает расти. Пограничные психические расстройства и психические заболевания, болезни зрительного анализатора, а также болезни и травмы центрального и периферического отделов нервной системы, последствия родовых травм являются медицинскими противопоказаниями к выбору многих профессий [1, 8, 9].

Хронические заболевания верхних дыхательных путей, костно-мышечной системы и желудочно-кишечного тракта резко снижают пригодность юношей к военной службе, а также являются для подростков обоего пола медицинскими противопоказаниями к выбору профессий, связанных с неблагоприятным

микроклиматом, запыленностью и загазованностью производственной среды, тяжелым физическим трудом, нарушениями режима питания [1–3, 8, 9].

Таким образом, неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья современных подростков-школьников существенно уменьшают круг доступных для них профессий и специальностей, так как при воздействии неблагоприятных профессионально-производственных факторов ухудшается здоровье работающих, резко возрастает риск рождения нездорового потомства, снижается трудоспособность и производительность труда, что приводит к ухудшению трудового, военного и демографического потенциала государства [6, 7, 9].

Профессиональная ориентация – это система мероприятий, направленных на психологическую подготовку подростка к выбору профессии на основе его интересов, наклонностей, способностей, состояния здоровья, особенностей физического и психического статуса, а также с учетом знаний о характере различных профессий и требованиях, предъявляемых ими к состоянию здоровья и личностным особенностям работающих [1, 2].

Работа по проведению профессиональной ориентации осуществляется врачами-педиатрами, обслуживающими подростков 10–17 лет, совместно с педагогами и психологам. Эту работу могут осуществлять как педиатры, работающие в образовательных организациях, так и участковые специалисты и врачи общей практики (семейные врачи).

Медицинская профессиональная ориентация (МПО) является системой мер, направленных на обеспечение правильного выбора профессии, специальности, формы обучения и места работы подростками, имеющими отклонения в состоянии здоровья, с целью защиты их организма от неблагоприятного воздействия профессионально-производственных факторов, которые могут привести к прогрессированию функциональных нарушений и хронической патологии, длительной утрате трудоспособности, ранней инвалидизации [1–3].

Каждый юноша или девушка имеет право на свободный выбор профессии или специальности в соответствии со своими способностями, склонностями и интересами. Вместе с тем, опросы школьников показывают, что подростки плохо информированы об условиях и характере выбранной деятельности и не знают о возможном неблагоприятном влиянии факторов производства на состояние здоровья. При выборе профессий они не принимают во внимание имеющиеся у них нарушения в состоянии здоровья и возможность его ухудшения в процессе трудовой деятельности. Вместе с тем, в настоящее время более 80% юношей и девушек с отклонениями в состоянии здоровья имеют ограничения в выборе профессий, связанных с вредными условиями труда, к которым может быть отнесено значительное число современных профессий [1, 3, 4].

Современные научные исследования показали, что 12–28% обучающихся, получающих начальное профессиональное образование, имеют прямые медицинские противопоказания к выбранному и осваиваемым профессиям, так как профессионально-производственные факторы в дальнейшем могут значительно ухудшить состояние здоровья молодых рабочих, привести к прогрессированию имеющейся патологии и ранней инвалидизации [1].

МПО осуществляется в форме врачебной профессиональной консультации (ВПК) и гигиенического обучения подростков, ознакомления их родителей и педагогов с медицинскими проблемами выбора профессии.

3.1. Врачебная профессиональная консультация

Врачебная профессиональная консультация (ВПК) является ведущей формой проведения МПО, в процессе которой основная задача врача-педиатра состоит в определении степени риска прогрессирования отклонений в состоянии здоровья консультируемого подростка и разработке конкретных рекомендаций по выбору профессии или специальности, формы обучения и рациональному трудоустройству.

Врачебно-профессиональная консультация является необходимым элементом медицинского обеспечения подростков на протяжении всего периода школьного, начального и среднего профессионального образования.

3.1.1. Этапы проведения врачебного профессионального консультирования:

– начальный этап – индивидуальное консультирование школьников 5–8-х классов в процессе формирования профессионального самоопределения; в этот период уделяется особое внимание обучающимся, страдающим тяжелыми нарушениями здоровья и анатомическими дефектами, а также их родителям с целью постепенного формирования выбора профессии или специальности, адекватных состоянию здоровья и функциональным возможностям подростка;

– этап выбора профессии (специальности) при завершении основного общего (9-й класс) или среднего общего образования (10–11-й класс);

– этап выбора специализации при получении начального и среднего профессионального образования и решения вопроса о рациональном трудоустройстве.

В ходе проведения всех этапов ВПК в зависимости от выявленных нарушений состояния здоровья подростка определяются индивидуальные ограничения профессиональной пригодности к воздействию отдельных профессионально-производственных факторов, профессиям и видам деятельности.

Под профессиональной пригодностью (по медицинским показаниям) понимается наиболее полное соответствие функциональных возможностей организма требованиям, предъявляемым профессиями, как в плане охраны функционально неполноценного органа или системы, так и в плане преимущественного использования наиболее развитых функций. Профессионально пригодным следует считать подростка, способного успешно освоить профессию и работать в ней без ущерба для здоровья.

Следует подчеркнуть, что практически нет подростков, не пригодных по состоянию здоровья ни к какой профессии и специальности. При современном развитии информационно-коммуникационных технологий и автоматизации производства даже лица с тяжелыми нарушениями здоровья могут освоить некоторые специальности и профессии и успешно трудиться.

Информация о здоровье обучающегося, необходимая для проведения ВПК, основана на результатах медицинских профилактических осмотров несовершеннолетних. Медицинские осмотры позволяют выявлять ранние отклонения в состоянии здоровья и физическом развитии подростков и своевременно проводить их коррекцию и лечение, а в необходимых случаях устанавливать возможные ограничения по медицинским показаниям для определенных видов трудовой деятельности, то есть устанавливать профессиональную пригодность.

Для полноценного осуществления ВПК врач должен учитывать:

– морфофункциональные особенности подросткового возраста, обуславливающие своеобразие реакций организма подростка на различные профессионально-производственные факторы;

- особенности течения функциональных нарушений и хронических заболеваний в подростковом возрасте;
- объем медицинского освидетельствования подростка, необходимый для вынесения заключения о профессиональной пригодности;
- условия труда и основные профессионально-производственные факторы, характерные для массовых профессий, и их влияние на организм;
- статьи по труду подростков, содержащиеся в Трудовом кодексе РФ;
- основные методические документы по проведению врачебного профессионального консультирования [1, 2].

3.1.2. Принципы составления заключения и рекомендаций при профессиональном консультировании

При проведении профконсультирования врачу-педиатру необходимо составлять заключение и рекомендации, руководствуясь следующими принципами:

1. Минимальное ограничение возможности получения профессионального образования и трудоустройства при максимальной охране здоровья;
2. Обязательный учет анамнестических сведений, данных текущей обращаемости за медицинской помощью, результатов профилактических медицинских осмотров и дополнительных обследований подростка по показаниям;
3. Комплексная оценка функционального состояния всех органов и систем с обязательным использованием функциональных проб при выявлении функциональных расстройств, характерных для подросткового возраста;
4. Уточнение формы, стадии и степени активности процесса и функциональной недостаточности органа или системы при обследовании подростка, страдающего хроническими заболеваниями и функциональными нарушениями;
5. Решение вопросов профессиональной ориентации только по завершении активного патологического процесса и оценки эффективности лечения.

При этом врач-педиатр должен руководствоваться следующими положениями:

– при определении профессиональной пригодности больных с хроническими заболеваниями и анатомическими дефектами решающее значение имеет не столько сам диагноз, сколько особенности течения патологического процесса, функциональное состояние органа или системы, компенсаторные возможности организма, а также должен быть учтен весь комплекс воздействующих профессионально-производственных факторов в период профессионального обучения и последующей работы;

– в тех случаях, когда болезнь склонна к прогрессированию, следует предусмотреть максимальные ограничения воздействия неблагоприятных профессионально-производственных факторов. В случаях, когда патологический процесс закончился, но оставил после себя те или иные последствия, ограничения будут зависеть от степени компенсации функций или дефекта;

– характерные для подросткового возраста функциональные нарушения под влиянием факторов производственной среды и трудового процесса могут приобретать стойкий характер или прогрессировать, переходить в хроническое патологическое состояние;

– необходимо принимать во внимание, что патологический процесс снижает общую резистентность организма, способствует более быстрому и неблагоприятному воздействию производственных факторов, которое, в свою очередь, вызывает ухудшение течения основного заболевания, а также может приводить к развитию других отклонений в состоянии здоровья;

– при тяжелых анатомических дефектах, хронических заболеваниях с выраженными нарушениями функций различных органов и систем организма следует рекомендовать индивидуальное обучение и работу в специально созданных условиях или на дому.

При проведении профессиональной консультации врач-педиатр должен обосновать и разъяснить консультируемому свои рекомендации по выбору профессии и рациональному трудоустройству, а также проинформировать подростка, что при достижении 18 лет при приеме на определенные виды работ на него будут распространяться требования к проведению предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентов допуска к профессии в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 302н от 12 апреля 2011 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Подростку необходимо объяснить, что при поступлении в некоторые учебные заведения (системы Министерства внутренних дел, Министерства обороны, ФСБ, МЧС, гражданской авиации, железнодорожного транспорта, речного и морского транспорта и др.) он будет проходить медицинское освидетельствование с повышенными требованиями к состоянию отдельных органов и систем организма.

Педиатрам и врачам-специалистам для решения экспертных вопросов о профессиональной пригодности (по состоянию здоровья) необходимо опираться на сведения о состоянии здоровья консультируемого, полученные при профилактических осмотрах, проводимых в объемах, предусмотренных приказом 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»[#], а также учитывать результаты обследования, проведенные в стационарах, КДЦ, поликлиниках, и другие анамнестические сведения. При этом необходимо уделять внимание особенностям протекания некоторых функциональных нарушений и хронических заболеваний в подростковом возрасте.

3.1.3. Функциональные отклонения и хронические заболевания, которые необходимо учитывать педиатру и врачам-специалистам при проведении профессионального консультирования:

Педиатру следует обратить особое внимание на нередко встречающиеся у подростков варианты развития и функциональные отклонения сердечно-сосудистой системы и дать им правильную диагностическую оценку, так как они могут быть причиной ограничения профессиональной пригодности. Осмотр педиатра предусматривает раннее выявление, как транзиторных функциональных нарушений органов кровообращения, так и органической патологии, и соответствующую дифференциальную диагностику выявленных изменений. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы целесообразно использование простых функциональных проб с физической нагрузкой (например, пробы с дозированной физической нагрузкой Мартине-Кушелевского), позволяющих в определенной степени прогнозировать возможности освоения профессий, связанных с

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

физической тяжестью трудового процесса. Легкая степень вегетативно-сосудистой лабильности является физиологической для подросткового возраста, поэтому при оценке состояния вегетативной нервной системы необходимо отметить степень выраженности акроцианоза, дермографизма, проксимального и дистального гипергидроза, наличие гипотермии кожи кистей, выраженную лабильность пульса и артериального давления. Для оценки состояния вегетативной нервной системы целесообразно применение соответствующих проб (ортостатической, клиноортостатической, пробы Ашнера). Критерием для отнесения выявленных отклонений к норме или патологии чаще всего служит степень количественной и качественной их выраженности, а также стойкость вегетативных расстройств.

Неврологу необходимо обратить внимание на функциональное состояние центральных и периферических отделов нервной системы, а также вегетативную регуляцию. При анализе анамнестических данных следует учитывать наличие синдромов, указывающих на вегетативно-сосудистую дисфункцию и различные сомато-вегетативные нарушения (головные боли, головокружения, обмороки, склонность к ортостатическим реакциям при перемене положения тела, утомляемость, нарушения настроения и т. д.). При наличии органических заболеваний центральной нервной системы и их последствий, а также остаточных явлений черепно-мозговых травм следует оценить выраженность ликвородинамических нарушений и церебральных проявлений, локализацию, степень и динамику нарушений функций органов движения, состояние интеллекта. Эти показатели являются основными критериями для решения экспертных вопросов при проведении врачебно-профессионального консультирования и определения профессиональной пригодности.

Травматологу-ортопеду следует уделить внимание состоянию костно-мышечной системы: характеру осанки и телосложения, состоянию позвоночника, симметричности частей тела, форме грудной клетки, плечевого пояса, живота, стоп, состоянию мышечного тонуса, оценить объем движений в крупных и мелких суставах, возможное наличие контрактур. Следует также обратить внимание на особенности патологии, характерной для подросткового возраста, – остеохондропатии (юношеский остеохондроз). Необходимо своевременно выявить юношеский остеохондроз бугорка большеберцовой кости (болезнь Осгуда-Шлаттера), первичный юношеский остеохондроз пателлярного центра (болезнь Келера), юношеский остеохондроз ладьевидной кости предплюсны (болезнь Келера), юношеский остеохондроз головки бедренной кости (болезнь Легга-Кальве-Пертеса), юношеский остеохондроз полулунной кости запястья (болезнь Кинбека) и другие хондропатии.

Хирургу следует уделить внимание состоянию мошонки, семенных канатиков, пахового и пупочного колец, сосудистой системы нижних конечностей, так как патология этих органов может явиться причиной ограничений профессиональной пригодности.

Офтальмологу необходимо проверить рефракцию, остроту зрения (вдаль и вблизи), состояние глазного дна, цветоощущения, полей зрения, бинокулярности, наличие косоглазия, нистагма, птоза и другой видимой глазной патологии. При необходимости в зависимости от сложности выявленной патологии и выбираемых профессий и специальностей рекомендуется дополнительное углубленное исследование состояния зрительного анализатора.

Оториноларингологу следует оценить состояние слизистой оболочки носоглотки, носового дыхания, провести оториноскопию, определить остроту слуха

(на каждое ухо в отдельности) с помощью аудиометрии или, в крайнем случае, шепотной речи. При выявлении снижения слуха необходимо детальное обследование с помощью тональной аудиометрии. По показаниям, в частности при жалобах на головокружения, и в зависимости от выбираемой профессии и специальности следует проводить дополнительные исследования вестибулярного аппарата – пробу на кресле Барани.

Акушер-гинеколог должен обратить внимание на характер становления менструальной функции у девушек и наличие заболеваний, характерных для подростковой популяции. Необходимо учитывать выраженные нарушения менструального цикла при решении вопросов о профессиональной пригодности девушек к профессиям, связанным с тяжелым физическим трудом, длительной ходьбой и вынужденной позой, вибрацией, вредными химическими веществами, ионизирующим и неионизирующим излучением, неблагоприятным микроклиматом.

При решении экспертных вопросов о профпригодности подростков в связи с отклонениями в состоянии здоровья при необходимости проводятся дополнительные исследования. В зависимости от показаний юноши и девушки должны быть проконсультированы врачами-специалистами: эндокринологом, дерматологом, урологом-андрологом, кардиологом (ревматологом), фтизиатром, онкологом, гематологом и другими, проведено соответствующее лабораторно-инструментальное обследование.

Экспертное решение – допуск подростка к получению профессионального образования по конкретной профессии или специальности выносится врачом-педиатром (при участии врачей-специалистов) в зависимости от особенностей течения патологического процесса, фазы заболевания, его стадии, степени компенсации функциональных нарушений, а также характера приобретаемой профессии, условий обучения и прохождения производственной практики.

3.2. Организация медицинской профессиональной ориентации и врачебной профессиональной консультации в школах и организациях профессионального образования

Проведение медицинской профессиональной ориентации и врачебной профессиональной консультации в школе осуществляется врачом-педиатром, работающим в образовательной организации, при участии педагогов и психологов. При отсутствии врача в образовательной организации проведение МПО и ВПК возлагается на участковых врачей-педиатров.

Рекомендации врача по вопросам целесообразности освоения подростком той или иной профессии или специальности в связи с состоянием здоровья должны основываться на данных профилактических медицинских осмотров юношей и девушек, проводимых в соответствии с приказом 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»[#]. В объем обязательных обследований включены все необходимые методы, позволяющие решать экспертные вопросы. При оценке результатов проведенных осмотров врачу следует учитывать данные предыдущих обследований и обращений за медицинской помощью, а также результаты дополнительных амбулаторных и стационарных исследований, осуществленных по поводу перенесенных заболеваний, сведения о проведенном лечении и его эффективности.

[#] См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

На начальных этапах ВПК по результатам профилактических медицинских осмотров детей, проводимых в 10–14 лет, задачей врача-педиатра является выявление патологических отклонений и назначение лечебных и коррекционных мероприятий, направленных на их устранение и профилактику прогрессирования. В этом возрасте работа по индивидуальному врачебно-профессиональному консультированию проводится, в первую очередь, с детьми, имеющими выраженные анатомические дефекты, тяжелые хронические заболевания или необратимые расстройства функции. Родители таких детей должны быть проинформированы о состоянии здоровья ребенка и наличии нарушений, обуславливающих существенные ограничения в выборе видов деятельности, профессий и специальностей. Этот факт должен учитываться родителями, педагогами, психологами и школьным врачом-педиатром в процессе формирования профессиональных намерений подростка. Таких обучающихся необходимо своевременно ориентировать на профессии и специальности, не противопоказанные им по состоянию здоровья, тактично отвлекая их внимание от противопоказанных видов трудовой деятельности.

Наиболее ответственными этапами ВПК являются периоды окончательного формирования профессиональной направленности и завершения основного общего среднего образования (9-й класс) и среднего общего образования (10–11-й классы). В эти периоды важно своевременное проведение ВПК и чрезвычайно значима индивидуальная работа врача по подбору профессий и специальностей, отвечающих интересам, желаниям и способностям подростков, что особенно важно для лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

Квалифицированный совет врача и подбор соответствующих профессий или специальностей должен предшествовать окончательному профессиональному выбору подростка. В противном случае у юношей и девушек, страдающих хроническими заболеваниями и выраженными функциональными расстройствами, возникает психологическая травма при необходимости изменения своего решения в связи с медицинскими противопоказаниями.

Результаты врачебной профессиональной консультации, медицинские ограничения и рекомендации заносятся в специальный раздел Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000). В тех случаях, когда профессиональный выбор подростка еще не сформировался, в данном разделе Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений указываются противопоказанные профессионально-производственные факторы, а также факторы, ограничивающие круг выбираемых профессий или специальностей. Рекомендации по трудовому обучению заносятся в Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000) в раздел «Заключение по результатам профилактических осмотров».

По завершении основного общего или среднего общего образования и поступления в организации профессионального образования или на работу на каждого выпускника школы в территориальной поликлинике участковым педиатром (терапевтом) и врачами-специалистами – хирургом, ортопедом, неврологом, офтальмологом, оториноларингологом и др. заполняется Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение – форма № 086/у). В документе указываются перенесенные заболевания и объективные данные о состоянии здоровья на момент обследования, в том числе результаты рентгеновского (флюорографического) и лабораторных обследований, и дается заключение о профессиональной пригодности к выбранной профессии.

Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение – форма № 086/у) не входит в перечень обязательных документов, представляемых в большинство организаций профессионального образования. Однако сведения о состоянии здоровья абитуриента позволяют приемной комиссии рекомендовать поступающему факультет, специальность, специализацию, в наибольшей степени соответствующие состоянию здоровья будущего студента.

При заполнении Медицинской справки (форма № 086/у) допускается использование результатов профилактических осмотров, давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра. В тех же случаях, когда подросток является часто или длительно болеющим или перенес в течение последнего года обучения в школе тяжелые заболевания, травмы и операции, перед заполнением справки (форма № 086/у) он подлежит медицинскому освидетельствованию.

В справку в обязательном порядке вносится наименование организации профессионального образования, а также факультет, отделение или специальность. В справке, представляемой для поступления на работу, указывается место работы, куда представляется данный документ, а также выбранная подростком профессия или специальность. Подписывается Медицинская справка (форма № 086/у) лицами, заполнившими справку, и главным врачом медицинской организации.

Врачебное заключение о профессиональной пригодности подростка к выбранной им профессии или специальности выносится участковым врачом-педиатром и вписывается в соответствующий раздел (п. 12) Медицинской справки (форма № 086/у) и в амбулаторную карту.

В тех случаях, когда устанавливается, что факторы производства, характерные для выбранной подростком профессии или специальности, могут оказать неблагоприятное влияние на течение имеющегося у него заболевания, об этом делается запись в Медицинской справке (форма № 086/у). Врач в обязательном порядке консультирует подростка и ориентирует его на профессии, подходящие ему по состоянию здоровья, которые он может освоить и в дальнейшем успешно работать в них.

В сложных и конфликтных случаях решения о профессиональной пригодности подростка к выбранной профессии или специальности должны приниматься клинико-экспертной комиссией медицинской организации по месту проживания подростка, в состав которой входят главный врач или его заместитель, заведующие отделениями, врачи-специалисты по профилю заболевания. Представляет данные о состоянии здоровья подростка участковый педиатр. В особо сложных случаях по ходатайству клинико-экспертной комиссии к решению вопросов профессиональной пригодности и трудоустройства привлекаются врачи специализированных медицинских организаций, врачи по гигиене труда территориальных структур Роспотребнадзора.

При проведении профессиональной консультации подросток должен быть предупрежден врачом, что по достижении 18 лет при поступлении на профессии, связанные с вредными условиями труда, он будет проходить медицинский отбор.

Зачисление в организации профессионального образования абитуриентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, осуществляется при участии врача, обеспечивающего медицинское обслуживание обучающихся данной образовательной организации. Врач принимает решение на основании заключения, указанного в Медицинской справке (форма № 086/у), выданной в поликлинике по месту жительства абитуриента. В заключении должны быть указаны противопоказанные подростку профессионально-производственные факторы и определена его профес-

сиональная пригодность к выбранной профессии. Врач данной образовательной организации контролирует качество и полноту заполнения Медицинской справки (формы № 086у) и, в необходимых случаях, может настаивать на дообследовании абитуриента для уточнения диагноза и вынесении экспертного решения о его профессиональной пригодности к выбранной профессии.

Вопрос о приеме в организации профессионального образования абитуриентов, страдающих редко встречающимися заболеваниями, решается в индивидуальном порядке с привлечением врачей-специалистов с учетом особенностей течения патологического процесса, функциональных возможностей организма, условий обучения и дальнейшего труда.

Для подростков-инвалидов, поступающих в организации профессионального образования, круг доступных профессий и специальностей может быть расширен в тех случаях, когда обучение будет проводиться в специально созданных условиях, а в дальнейшем возможно рациональное трудоустройство, соответствующее состоянию здоровья.

Проведение врачебной профессиональной консультации подростков в возрасте до 18 лет, обучающихся в организациях начального и среднего профессионального образования, должны осуществлять врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание студентов данной образовательной организации и входящие в штат отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях поликлиник по месту нахождения учебного заведения.

При проведении ВПК основная задача врача, осуществляющего медицинское обслуживание студентов организаций среднего профессионального образования, заключается в подборе для подростка с ограниченной профессиональной пригодностью к осваиваемой профессии или специальности:

- оптимальной специализации,
- места прохождения производственной практики, в соответствии с состоянием здоровья обучающегося.

При врачебном профессиональном консультировании врач должен дать рекомендации по наиболее рациональному дальнейшему трудоустройству молодого рабочего или специалиста, имеющего нарушения здоровья. Эта работа должна проводиться на всех этапах профессиональной подготовки подростка, с учетом возможных изменений в течении заболеваний.

Рекомендации врача, обслуживающего подростков, обучающихся в организациях профессионального образования, должны основываться на данных ежегодных профилактических осмотров студентов, проводимых в учебных заведениях в соответствии с приказом 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»[#].

При профилактических осмотрах врач образовательной организации и врач-специалисты должны направить усилия на раннее выявление признаков неблагоприятного влияния профессионально-производственных факторов, с которыми студенты могут иметь контакт в процессе получения профессионального образования. Ухудшение состояния здоровья подростка в результате воздействия факторов производства может явиться противопоказанием к дальнейшему освоению выбранной профессии или специальности. В таких случаях профессиональный выбор обучающегося нуждается в корректировании. Целесообразность перехода

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

подростка на другую специальность, учебное отделение или в другую организацию профессионального образования решается клинико-экспертной комиссией медицинской организации строго индивидуально.

При медицинском обследовании студентов организаций профессионального образования, направляемых на производственную практику, врачам надлежит руководствоваться действующими в настоящее время требованиями к проведению предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинскими регламентами допуска к профессии в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 302н от 12 апреля 2011 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Изменение условий и характера прохождения студентами производственной практики проводится администрацией на основании заключения врача, работающего в организации профессионального образования, или, в сложных и спорных случаях, на основании заключения клинико-экспертной комиссии медицинской организации по месту постоянного наблюдения подростка.

Врачам, проводящим профессиональное консультирование студентов организации профессионального образования перед окончанием учебного заведения, необходимо учитывать, что период адаптации к последующей профессиональной деятельности продолжается до 5 лет. За это время у молодого рабочего или специалиста может произойти хронизация функциональных расстройств или значительное прогрессирование заболевания. Врачу следует предусмотреть возможность такого течения патологических процессов при составлении рекомендаций по рациональному трудоустройству юношей и девушек.

3.3. Гигиеническое просвещение по медицинской профессиональной ориентации

Гигиеническое просвещение по медицинской профессиональной ориентации врач-педиатр должен проводить в виде групповых бесед со школьниками и их родителями, студентами организаций профессионального образования, привлекая к этой работе психологов и педагогов.

В качестве примерных лекций и бесед с подростками и их родителями могут быть рекомендованы следующие темы:

1. Здоровье и выбор профессии.
2. Профессионально-производственные факторы и их влияние на организм здорового и больного.
3. Значение правильного выбора профессии.
4. О требованиях, предъявляемых профессией к организму.
5. О медицинских противопоказаниях к выбору профессии, специальности, места работы при различных отклонениях в состоянии здоровья и др.
6. Зрительное напряжение как неблагоприятный профессионально-производственный фактор.

В школе медицинскую профессиональную ориентацию следует включить в уроки «Обеспечение безопасной жизнедеятельности» (ОБЖ), анатомии человека, биологии, химии, физики и др. Преподавать этот раздел может школьный врач

и учителя-предметники, пользуясь соответствующими руководствами. При этом преподаватели и школьные психологи должны стремиться к расширению знаний учащихся о «мире профессий», так как представления современных школьников по этому вопросу чрезвычайно ограниченные. В организациях профессионального образования медицинскую профориентацию также целесообразно преподавать в курсе ОБЖ и при изучении вопросов охраны труда и техники безопасности. Проводить эту работу должен врач-педиатр, осуществляющий медицинское обслуживание студентов данного учебного заведения, преподаватели дисциплин по охране труда и технике безопасности, педагоги-предметники.

4. Показания и противопоказания к проведению врачебного профессионального консультирования и медицинской профессиональной ориентации

Проведение врачебного профессионального консультирования и медицинской профессиональной ориентации показано практически всем детям, имеющим II–IV группы здоровья.

Противопоказаний к проведению врачебного профессионального консультирования и медицинской профессиональной ориентации не имеется.

5. Материально техническое обеспечение проведения врачебного профессионального консультирования и медицинской профессиональной ориентации

Для проведения врачебного-профессионального консультирования и медицинской профессиональной ориентации необходимо воспользоваться данными рекомендациями.

6. Форма учета проведения врачебного профессионального консультирования и медицинской профессиональной ориентации

Результаты врачебного профессионального консультирования заносятся педиатром в раздел № 7 Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000. При проведении консультирования в форму № 026-2000 врач-педиатр вписывает индивидуальные для каждого подростка профессиональные ограничения и противопоказания, обусловленные отклонениями в состоянии здоровья, а также указывает рекомендуемые виды профессиональной деятельности, специальности и профессии, не противопоказанные по состоянию здоровья.

Показатели работы врача-педиатра по ВПК следует ежегодно учитывать в

отчетных данных о профилактической работе (табл. 1).

Таблица 1

Показатели работы врача-педиатра
в образовательной организации № _____
по врачебному профессиональному консультированию (ВПК)
несовершеннолетних обучающихся в 20 ____ г.

Этапы ВПК	Обучающиеся, подлежащие ВПК на каждом этапе	Количество обучающихся, подлежащих ВПК	Количество прошедших ВПК	% выполнения плана ВПК
I	Обучающиеся школ 10–14 лет с выраженными анатомическими дефектами, тяжелыми хроническими заболеваниями и необратимыми расстройствами функций			
II	Обучающиеся 9-х классов			
III	Обучающиеся 10–11-х классов			
	Студенты организаций начального и среднего профессионального образования с ограниченной пригодностью к осваиваемой профессии или специальности			

7. Список нормативных и методических документов

1. Трудовой кодекс Российской Федерации (ТК РФ) от 30.12.2001 №197-ФЗ (принят ГД РФ 21.12.2001).
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 апреля 2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».
3. Приказ от Министерства здравоохранения РФ 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»[#].
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03 июля 2000 г. № 241 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений»

8. Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Руководство по врачебному профессиональному консультированию подростков. М.: Издательский Дом «Династия»; 2004: 200.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образова-

[#]См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

- тельных учреждениях. Руководство для врачей. М.: Издательство «ГЭОТАР–Медиа»; 2008: 112–28.
3. *Измеров Н.Ф., Кириллов В.Ф., ред.* Гигиена труда. Учебник для вузов. М.: Издательство «ГЭОТАР–Медиа»; 2009. 600 с.
 4. *Измеров Н.Ф.* Российская энциклопедия по медицине труда. М.: Издательство «Медицина»; 2005. 656 с.
 5. *Кучма В.Р.* Гигиена детей и подростков: Учебник. М.: Издательство «ГЭОТАР–Медиа»; 2013. 480 с.
 6. *Рапопорт И.К.* Состояние здоровья подростков и современные подходы к проведению врачебных профессиональных консультаций. Вестник РАМН. 2003; 5: 19–23.
 7. *Рапопорт И.К.* Состояние здоровья школьников и проблемы выбора профессии. Гигиена и санитария. 2009; 2: 36–39.
 8. *Рапопорт И.К., Бирюкова Е.Г.* Заболеваемость и проблемы медицинского обеспечения учащихся профессиональных училищ. Гигиена и санитария. 2009; 2: 52–55.
 9. *Сухарева Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Рапопорт И.К.* Заболеваемость московских школьников в динамике обучения с первого по девятый класс. Российский педиатрический журнал. 2013; 4: 48–53.

УТВЕРЖДЕНЫ
Профильной комиссией
Минздрава России
по школьной медицине,
гигиене детей и подростков
10 октября 2016 г.
Протокол № 6

УТВЕРЖДЕНЫ
на V Конгрессе
РОШУМЗ
10 октября 2016 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ САНИТАРНО- ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

ФР РОШУМЗ-30-2016

(версия 1.0)

РАЗРАБОТЧИКИ: Мирская Н.Б., Коломенская А.Н., Симкалова Л.М., Дедух Е.Л., Ручкина Н.А.,
Шишкова Т.Н., Вольфсдорф Е.И., Стрижиченко Л.В., Белоусова Л.В.

Федеральные рекомендации «Организация и проведение санитарно-гигиенического просвещения родителей обучающихся в образовательных организациях» включают необходимые сведения по организации и проведению общегигиенического воспитания родителей с целью повышения уровня их санитарной культуры и роли здорового образа жизни семьи в охране и укреплении здоровья обучающихся. Определен объем знаний, необходимый для формирования гигиенических навыков умений и привычек, которыми должны овладеть несовершеннолетние обучающиеся на протяжении всех лет обучения в образовательных организациях.

Рекомендации «Организация и проведение санитарно-гигиенического просвещения родителей обучающихся в образовательных организациях» предназначены врачам-педиатрам и среднему медицинскому персоналу детских поликлиник для работы с родителями и другими членами семьи, участвующими в гигиеническом обучении и воспитании и формировании здорового образа жизни несовершеннолетних в образовательных организациях с целью охраны и укрепления их здоровья.

Федеральные рекомендации «Организация и проведение санитарно-гигиенического просвещения родителей обучающихся в образовательных организациях» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Минздрава России по школьной медицине, гигиене детей и подростков (Протокол № 11 от 23.00.2016 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 24 от 23.00.2016 г.).

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции и анализа доказательств:

- Консенсус экспертов.
- *Мирская Н.Б., Синякина А.Д.* Оптимизация гигиенического воспитания в семье. *Семья в России.* 2003; 3: 88–92.
- *Мирская Н.Б.* Гигиеническое обучение и воспитание учащихся общеобразовательных учреждений. *Гигиена и санитария.* 2009; 3: 78–82.
- *Мирская Н.Б., Коломенская А.Н.* Взаимодействие семьи и школы по формированию здоровья учащихся на основе внедрения в учебный процесс здоровьесберегающих технологий. В кн.: *Здоровьесберегающие технологии в современном образовательном процессе.* Красноярск: Центр информации, ЦНИ «Монография». 2014: 108–52.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на опыте членов рабочей группы по разработке протокола.

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде

всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе протокола доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения протокола и их оценки важности протокола, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была также направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался, и вносимые в результате этого изменения в рекомендации регистрировались. Если же изменения не вносились, регистрировались причины отказа от внесения изменений.

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы у специалистов была возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании протокола.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества протокол был повторно проанализирован членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведен к минимуму.

2. Введение

Санитарное просвещение – это раздел профилактической деятельности органов и учреждений здравоохранения, направленный на гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к активному участию в охране здоровья.

Во многих отношениях семья представляет собой своего рода центр первичной медико-социальной помощи с функциями гигиенического воспитания, профилактики, лечения и реабилитации. Выполнение семьей основных функций (репродуктивной, экономической, просветительной, социальной, медицинской, культурной социализации и др.) зависит от социально-гигиенических особенностей образа жизни семьи [1, 2].

Семье принадлежит приоритетная роль в системе формирования у детей и подростков жизненных ценностных ориентаций. Именно в семье ребенок впервые приобщается к общей культуре, в том числе к гигиенической.

Информированность взрослых членов семьи по вопросам здорового образа жизни (ЗОЖ) является ключевым моментом в воспитании мотивационных установок и гигиенического поведения, коррекции поведения при заболеваниях, нивелировании вредных привычек и различных факторов риска для здоровья детей, своего здоровья и здоровья других членов семьи [3, 4].

В этой связи одним из важнейших факторов формирования ЗОЖ школьников является взаимодействие педиатров и среднего медицинского персонала с родителями, направленное на повышение их медико-гигиенических знаний по актуальным для школьников проблемам.

Цель данной работы состоит в том, чтобы гигиеническое воспитание обучающихся находилось в фокусе внимания семьи во время пребывания детей дома, совместного проведения досуга и осуществлялось permanently и последовательно.

В деле воспитания здорового ребенка очевидна важность единства требований и тесного сотрудничества семьи со школой [5–7].

Гигиенические знания и навыки, которые обучающиеся получают в школе, могут вступить в противоречие с образом жизни, которые ведут их семьи. Для детей из семей, где бытует нездоровый образ жизни, полученные знания становятся абстрактными, оторванными от действительности. Ребенок оказывается перед трудным выбором, так как ему приходится вырабатывать собственную позицию, что в свою очередь может стать мощным фактором невротизации его личности, способствующей нарушению здоровья. Кроме того, исследования подтверждают, что еще до обучения в школе у подавляющей части детей уже сформированы поведенческие стереотипы, свойственные их семьям. Поэтому гигиеническое обучение и воспитание должны быть ориентированы не только на привитие правильного, здорового поведения, но и на коррекцию уже сложившихся привычек, что является более сложной задачей.

Все это ставит перед медицинскими работниками детских медицинских учреждений чрезвычайно ответственную и сложную задачу по их активному участию в формировании ЗОЖ семьи, по оздоровлению той среды, с которой ребенок неразрывно связан с первых дней своей жизни [2, 4].

Санитарное просвещение является неотъемлемой частью всей лечебно-профилактической деятельности детской городской поликлиники и включается в качестве самостоятельного раздела в ее планы и отчеты.

Санитарно-гигиеническую просветительную работу родителей (законных представителей) по вопросам профилактики заболеваний обучающихся и формированию у них здорового образа жизни осуществляют врачи-педиатры, врачи по гигиене детей и подростков и средний медицинский персонал (медицинская сестра, фельдшер) детской поликлиники, в том числе отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях. (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 05 ноября 2013 г. № 822н Положение 1, Приложения 4–6).

Санитарно-гигиеническое просвещение следует рассматривать как инструмент, обеспечивающий получение родителями, а от них обучающимися, систематических знаний и навыков, которые усиливают через мотивацию позитивное стремление к ЗОЖ.

Однако обучение и усвоение материала еще недостаточно, чтобы повлиять на поведение. Не стоит рассчитывать на механическую, прямую зависимость между количеством информации и ее воздействием на взгляды и поведение. С другой стороны, своевременная и достоверная информация по вопросам ЗОЖ облегчает принятие решений, касающихся здоровья, так как дает основания для принятия этих решений. Известно, что всегда наблюдается разрыв между уровнем знаний и поведением. Это становится понятным, если принять во внимание тот факт, что трансформация знаний и норм поведения происходит не сразу, а постепенно, в несколько этапов: 1 – получение какого-либо объема медицинской информации; 2 – формирование интереса к полученной информации; 3 – формирование положительного отношения, мнения, убеждения; 4 – выработка готовности к уставовке; 5 – принятие решения; 6 – изменения поведения [6].

3. Организация и проведение санитарно-гигиенического просвещения родителей обучающихся в образовательных организациях

Медицинский персонал школ:

1. Проводит среди родителей санитарно-просветительную работу, направленную на создание оптимальных условий для осуществления учебного процесса школьников в домашних условиях.
2. Привлекает классные и школьные родительские комитеты для широкого распространения санитарно-гигиенического просвещения среди родителей и обучающихся.
3. Привлекает узких специалистов поликлиники (диетологов, инструкторов ЛФК и медицинской реабилитации, психотерапевтов и др.) к проведению работы с родителями.

Участие психотерапевта в гигиеническом воспитании родителей и других членов семьи имеет особое значение, поскольку у этих групп населения нередко требуется создать психологическую установку на необходимость коррекции поведения и мобилизовать их волевые усилия.

Медицинским работникам, осуществляющим санитарное просвещение родителей, важно доходчиво раскрыть ту большую и ответственную роль, которая принадлежит родителям в деле охраны здоровья собственных детей.

Важно помнить, что медико-гигиеническое воспитание имеет свои специфические подходы и строится на обязательном анализе заболеваемости, с учетом климатогеографических условий, обычаев, традиций, привычек, уровней готовности к выполнению медицинских рекомендаций.

Содержание материалов должно быть дифференцировано:

1. В соответствии: с тремя общепринятыми возрастными группами обучающихся:
 - дети 7–9 лет (I–III классы);
 - дети 10–13 лет (IV–VII классы);
 - подростки 14–17 лет (VIII–XI классы).
2. С учетом состояния здоровья обучающихся:
 - абсолютно здоровые (I группа здоровья),
 - имеющие функциональные отклонения (II группа здоровья)
 - имеющие хронические заболевания (III группа здоровья).

В работе с родителями рекомендуется использовать определенные формы и методы:

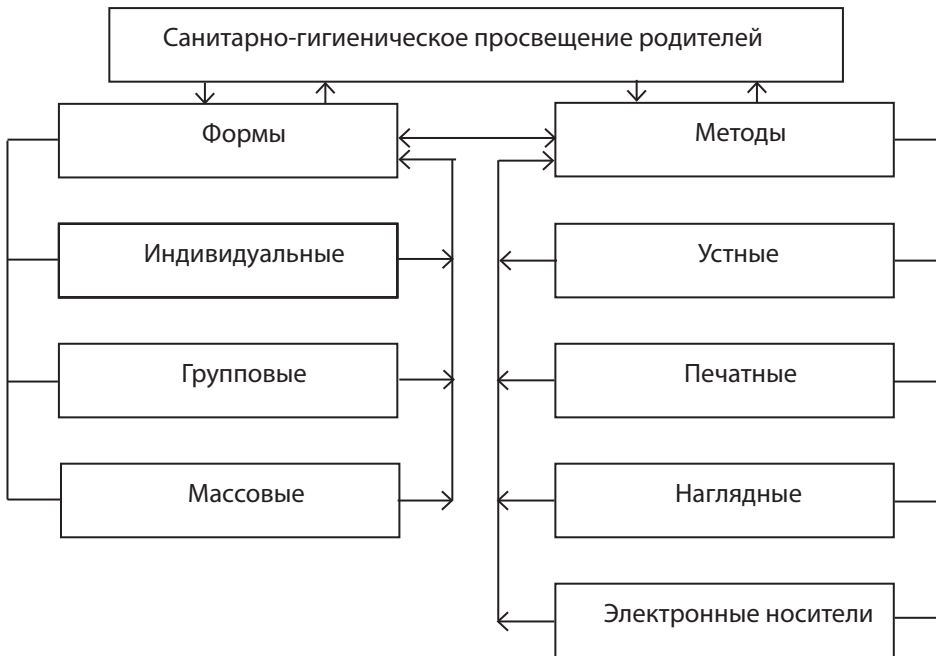
Формы:

- индивидуальные (беседы, консультации);
- групповые (беседы, консультации, лекции, семинары, мастер-классы, классные родительские собрания);
- массовые (лекции, мастер-классы, семинары, общешкольные родительские собрания).

Наряду с беседами и лекциями, по предлагаемой программе, обязательно проведение практических занятий (индивидуальных и групповых) для приобретения различных навыков по уходу за ребенком.

Схема 1

Формы и методы санитарно-гигиенического просвещения родителей обучающихся в образовательных организациях



Число слушателей на практических занятиях не должно превышать 10 человек. На занятия приглашаются родители, имеющие детей приблизительно одного возраста. Длительность занятий должна составлять около 45 минут. Занятия строятся по единому плану, а содержание меняется в зависимости от возраста ребенка. В конце занятия следует предусмотреть время ответов на вопросы. Оно должно составлять не менее 10 мин. Особенно важны ответы на вопросы, которые дают врачи родителям детей с отклонениями в состоянии здоровья.

Методы

В ходе проведения бесед, консультаций, лекций, семинаров, мастер-классов следует знакомить и обеспечивать родителей следующей продукцией:

- печатной (памятки, листовки, буклеты, брошюры);
- наглядной (плакаты, схемы, графики, рисунки, фотографии);
- электронной (слайды, видеofilмы, обучающие компьютерные программы)

Оценка эффективности

Знания родителей и обучающихся оцениваются по результатам их анкетирования до и после проведения с ними санитарно-просветительной деятельности. Повторное анкетирование обычно проводится через 3–5 месяцев.

Планирование санитарно-просветительной работы поликлиники осуществляется на основе годовых и месячных планов-графиков, отражающих формы санитарно-просветительной работы, тематику (Приложения 1, 2), места и сроки проведения, имена исполнителей.

4. Список нормативных и методических документов

1. Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
2. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген, Дания, 15–18 сентября 2014 г. 28 с.
3. Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года».
4. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты и благополучия человека № 248 от 13.02.2009 г. «Об организации деятельности органов и учреждений Роспотребнадзора по формированию здорового образа жизни».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

5. Список литературы

1. *Журавлева И.В.* Подросток в семье. В кн.: Здоровье подростков: социологический анализ. М.: Институт социологии РАН; 2002: 155–62.
2. *Мирская Н.Б., Синякина А.Д.* Оптимизация гигиенического воспитания в семье. Семья в России. 2003; 3: 88–92.
3. Факторы, влияющие на табакокурение учащихся среднего школьного возраста Москвы. Гигиена и санитария. 2011; 3: 58–62.
4. *Мирская Н.Б.* Гигиеническое обучение и воспитание учащихся общеобразовательных учреждений. Гигиена и санитария. 2009; 3: 78–82.
5. *Мирская Н.Б., Коломенская А.Н., Медведь Л.М., Синякин А.Д., Краилина С.И., Росомаха Р.М., Иванова Т.Л.* Партнерство семьи и школы как необходимое условие деятельности по предупреждению нарушений и заболеваний костно-мышечной системы школьников. Проблемы управления здравоохранением. 2009; 3: 81–88.
6. *Медведь Л.М., Мирская Н.Б., Коломенская А.Н.* Взаимодействие семьи и школы по формированию здоровья учащихся на основе внедрения в учебный процесс здоровьесберегающих технологий. В кн.: Здоровьесберегающие технологии в современном образовательном процессе. Красноярск: 2014. 108–152.
7. *Мирская Н.Б., Коломенская А.Н.* Взаимодействие семьи и школы по формированию здоровья учащихся на основе внедрения в учебный процесс здоровьесберегающих технологий. В кн.: Здоровьесберегающие технологии в современном образовательном процессе. Красноярск: Центр информации, ЦНИ «Монография». 2014: 108–52.
8. *Мирская Н.Б.* Гигиеническая обучающая программа для школьников средних и старших классов по профилактике заболеваний опорно-двигательного аппарата, с компьютерным тестированием знаний: сколиоз, лордоз, кифоз, плоскостопие. М.: «Грамотей» 2001. 27 с.

Приложение 1**Санитарно-гигиеническое просвещение родителей обучающихся в образовательных организациях рекомендуется осуществлять по следующим приоритетным направлениям:**

1. Здоровье и здоровый образ жизни.
2. Режим дня, учебы и отдыха.
3. Основы рационального питания.
4. Физическая культура и закаливание.
5. Личная гигиена. Предупреждение инфекционных заболеваний.
6. Гигиенические вопросы трудового обучения.
7. Предупреждение травм и оказание первой помощи.
8. Гигиенические аспекты полового воспитания.
9. Антитабачное и антиалкогольное воспитание. Профилактика наркоманий.

Приложение 2**Тематика лекций и практических занятий в соответствии с рекомендуемыми приоритетными направлениями***1. Понятие о здоровье и факторы на него влияющие*

- 1.1. Здоровый образ жизни и его составляющие, как основа сохранения и укрепления здоровья детей и подростков.
- 1.2. Образ жизни и здоровье школьника.
- 1.3. Самооценка здоровья подростка.
- 1.4. Здоровье и молодежная мода.
- 1.5. Внешность и здоровье.

2. Организация режима дня, учебы и отдыха школьников

- 2.1. Биоритмальные основы рационального режима дня, учебы и отдыха учащихся.
- 2.2. Режим дня младшего школьника.
- 2.3. Режим дня подростка.
- 2.4. Влияние переутомления на жизненно важные функции растущего организма и его профилактика.
- 2.5. Сон и его значение для детей и подростков.
- 2.6. Как правильно организовать учебные занятия в домашних условиях.
- 2.7. Режим учебы и отдыха во время занятий на компьютере.
- 2.8. Гигиенические требования к безопасному использованию компьютерных средств обучения.

3. Понятие и основные принципы рационального питания

- 3.1. Значение рационального питания для растущего организма школьника.
- 3.2. Полезные и вредные для здоровья школьника продукты питания.
- 3.3. Особенности пищевого поведения современных учащихся как фактор риска их здоровью.
- 3.4. В чем разница питания детей и взрослых. Примерный суточный набор продуктов питания школьников.
- 3.5. Питьевой режим, его значение и нормирование.

4. Физическая культура и закаливание для растущего организма школьника

4.1. Виды и значение физической культуры для здоровья детей и подростков.
4.2. Утренняя зарядка и здоровье учащихся (общеукрепляющие и специальные упражнения).

4.3. Общая и специальная физическая подготовка школьника. Виды спорта (показания и противопоказания).

4.4. Необходимость и виды активного отдыха.

4.5. Виды и значение закаливания для укрепления здоровья детского организма.

4.6. Польза и вред для здоровья солнечных лучей.

4.7. Оздоровление часто болеющих детей.

5. Личная гигиена для здоровья и профилактики инфекционных заболеваний школьника

5.1. Правила и навыки личной гигиены в школе и дома.

5.2. Значение гигиены полости рта.

5.3. О профилактике болезней зубов и десен.

5.4. Детские инфекционные заболевания и их предупреждение. Понятие о прививках и их значение.

6. Здоровье и будущая профессия

6.1. Профессиональная пригодность, ориентация и выбор профессии подростком, с учетом его состояния здоровья.

6.2. Возрастные и гендерные ограничения при выборе подростком работы, в свободное от учебы время.

7. Травматизм: его виды и предупреждение

7.1. Понятие и виды травматизма.

7.2. Безопасное поведение в быту, в условиях современного жилища.

7.2. Предупреждение травм и несчастных случаев на улице.

7.3. Правила безопасного поведения в общении с природой и животными.

7.4. Безопасное поведение во время подвижных игр и прогулок.

7.5. Первая медицинская помощь при различных видах травм.

8. Гигиенические аспекты репродуктивного здоровья

8.1. Краткие сведения об анатомо-физиологических особенностях репродуктивной системы мужского и женского организма и факторы на них влияющие.

8.2. Специфическая гигиена в период полового созревания юношей и девушек.

8.3. Заболевания мужской и женской репродуктивной системы и их профилактика.

8.4. Понятие и причины мужского и женского бесплодия.

8.5. ВИЧ/СПИД и другие заболевания, передающиеся половым путем. Их распространенность и меры профилактики.

9. Психоактивные вещества и их опасность

9.1. Влияние курения на растущий организм.

9.2. Особый вред алкоголя для детей и подростком.

9.3. Профилактика табакокурения среди детей и молодежи.

9.4. Алкоголизм и его предупреждение.

9.5. Понятие о наркомании и токсикомании.

9.6. Медико-социальные последствия употребления наркотиков.

9.7. Наркомания и ВИЧ/СПИД.

9.8. Формирование активной жизненной позиции без алкоголя, табака и наркотиков.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Образовательная деятельность относится к потенциально-опасной для здоровья детей и подростков и нуждается в постоянном внимании медицинских работников отделений медицинской помощи обучающимся, администрации образовательных организаций и специалистов учреждений и организаций Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Медицинское обеспечение детей и подростков в образовательных организациях призвано содействовать охране и укреплению здоровья обучающихся, в том числе формированию здорового образа жизни.

Эффективная работа по формированию здорового образа жизни предполагает направление усилий на борьбу с основными факторами риска неинфекционных заболеваний, среди которых лидирующее место занимают потребление табака, алкоголя, неправильное питание. Для детского населения большое значение имеет профилактика негативного влияния школьных факторов риска на здоровье детей и развитие функциональных отклонений у обучающихся.

Работа по указанным направлениям требует межсекторального подхода, объединения усилий государственных и общественных институтов, а также отдельных лиц. Оптимальной организационной формой обеспечения такого межсекторального взаимодействия является принятие национальной стратегии по борьбе с неинфекционными заболеваниями и соответствующего национального плана в отношении детей, подростков и молодежи.

Основой действий по борьбе с неинфекционными заболеваниями в России является Государственная программа развития здравоохранения, которая стартовала в 2011 г. Аналогичные программы работают во всех регионах страны. Координация действий по формированию здорового образа жизни на федеральном уровне осуществляется Правительственной комиссией, куда входят все министры кабинета, а также представители общественных организаций, всех религиозных конфессий.

Во всех этих программах должно быть найдено место вопросам гигиены и охраны здоровья детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся во всех образовательных организациях независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности.

Для реализации межведомственного взаимодействия по формированию здорового образа жизни секторам здравоохранения и образования необходимо:

- обеспечить внедрение регулярного государственного мониторинга основных поведенческих рисков, опасных для здоровья детей и подростков, проведение мониторинга качества жизни детей;
- обеспечить восстановление медицинских кабинетов в общеобразовательных организациях, финансирование (софинансирование) из средств федерального бюджета оснащения медицинских блоков отечественной диагностической техникой и аппаратно-программными комплексами для скрининг-оценки психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма.

Органы государственной исполнительной власти в сфере здравоохранения должны:

- обеспечить дальнейшее развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медико-социальной помощи, поддержку успешно реализуемых в регионах проектов создания клиник, дружественных к детям и молодежи;
- обеспечить переподготовку медицинских кадров по вопросам оказания медицинской помощи обучающимся, использования новых технологий ранней диагностики и профилактики заболеваний, распространенных среди обучающихся, отклонений в их физическом и нервно-психическом развитии, в том числе с использованием дистанционных форм подготовки. Для этого, прежде всего, необходимо по новой современной учебной программе подготовить преподавательский состав кафедр, занятых последипломным профессиональным образованием школьных врачей.

Для развития медицинского обеспечения обучающихся в образовательных организациях необходимо внести изменения как в законодательные акты, так и нормативно-правовые документы Минздрава России. Необходимы: законодательное закрепление оказания медицинской помощи в образовательных организациях и их медицинских блоках, обязанностей образовательных и медицинских организаций, обеспечение доступа образовательных организаций к работе в ЕМИАС, алгоритм взаимодействия медучреждения и врача образовательной организации, введение должностей врача-диетолога, медицинской сестры по физиотерапии, медицинской сестры для занятий в бассейне, нормирование и оплата труда работников отделений медицинской помощи обучающимся.

Руководителям субъектов Российской Федерации целесообразно:

- сформировать Межведомственную (административную) Комиссию по формированию здорового образа жизни и профилактике инфекционных заболеваний среди детей и подростков;
- обеспечить доступность занятий физической культурой, туризмом и спортом для всех категорий детей в соответствии с их потребностями и возможностями в зоне пешеходной доступности от мест проживания для детей и их родителей;
- обеспечить финансирование социальной пропаганды здорового образа жизни детей и подростков средствами массовых коммуникаций;
- содействовать созданию молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медико-социальной помощи, клиник, дружественных к детям и молодежи;
- ликвидировать дефицит медицинских кадров, работающих в образовательных организациях, существенно ограничивающий доступ обучающихся к медицинской профилактической помощи, обеспечить адекватную, сопоставимую с коллегами оплату труда медицинских работников отделений медицинской помощи обучающимся;
- обеспечить восстановление медицинских кабинетов в общеобразовательных организациях и оснащение их оборудованием в соответствии с рекомендациями Приказа Минздрава России № 822н от 5 ноября 2013 г.

Здоровье детей и подростков – огромный потенциал государства и требует постоянного внимания со стороны общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Алексеева Е.Г.* Оценка эффективности массовых коммуникаций как популяционной стратегии медицинской профилактики рискованного сексуального поведения подростков и молодежи. Автореф. дисс. к.м.н. Москва, 2013.
2. *Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю.* Профилактическая педиатрия – новые вызовы. Вопросы современной педиатрии. 2012; 11 (2): 7–10.
3. *Баранов А.А.* Состояние здоровья детей в Российской Федерации. Педиатрия. 2012; 91(3): 9–14.
4. *Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А.* Заболеваемость детского населения России (итоги комплексного медико-статистического исследования). Здравоохранение Российской Федерации. 2012; 5: 21–26.
5. *Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И.* Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению. Вопросы современной педиатрии. 2014. Т. 13; 2: 5–10.
6. *Баранов А.А., Кучма В.Р., Ануфриева Е.В., Соколова С.Б., Скоблина Н.А., Виравова А.Р., Макарова А.Ю., Трофименко Е.В., Квилинский П.Н., Сапунова Н.О.* Оценка качества оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Вестник РАМН. 2017. 2017; 72(3):180–194.
7. *Баранов А.А., Кучма В.Р., Намазова-Баранова Л.С., Сухарева Л.М., Рапопорт Л.М., Скоблина Н.А., Храмцов П.И. и др.* Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). Издание третье, исправленное и дополненное. Монография. М.: Издательство «ПедиатрЪ»; 2014. 112 с.
8. *Баранов А.А., Кучма В.Р., ред.* Руководство по применению автоматизированных технологий скрининг-диагностики нарушений здоровья детей в образовательных учреждениях. М–СПб: РОШУМЗ; 2010. 77 с.
9. *Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А., Милушкина О.Ю., Бокарева Н.А.* Основные закономерности морфофункционального развития детей и подростков в современных условиях. Вестник РАМН. 2012; 12: 35–41.
10. *Баранов А.А., ред.* Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей. М.: Союз педиатров России, 2012. 692 с.
11. *Звездина И.В., Сухарева Л.М., Жигарева Н.С.* Особенности формирования здоровья младших школьников в динамике обучения. Российский педиатрический журнал. 2009; 2: 8–11.
12. *Кондаков А.М., Вавилова А.А., Григорьев С.Г. и др.* Концепция совершенствования (модернизации) единой информационной образовательной среды, обеспечивающей реализацию национальных стратегий развития Российской Федерации. Педагогика. 2018; 4: 98–125.
13. *Корсунский А.А., Кротин П.Н., Куликов А.М. и др.* Клиники, дружественные к подросткам и молодежи, в Российской Федерации: инициатива, опыт, результат, сотрудничество, устремленность в будущее. М.: ЮНИСЕФ, 2010. 207 с.
14. *Кучма В.Р.* Гигиеническая безопасность гиперинформатизации жизнедеятельности детей. Гигиена и санитария. 2017. Т. 96; 11: 1059–63.
15. *Кучма В.Р.* Концепция и система гигиенической безопасности электронного образовательного контента. Российская гигиена – развивая традиции, устремляемся в будущее. В кн.: Материалы XII Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей (Москва, 17–18 ноября 2017). Том 1. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°»; 2017: 502–05.
16. *Кучма В.Р.* Медико-профилактические основы здоровьесбережения обучающихся в Десятилетие детства в России. Российский педиатрический журнал. 2018; 21(1): 31–37.
17. *Кучма В.Р.* Межсекторальное взаимодействие при формировании здорового образа жизни детей и подростков: проблемы и пути решения. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2014; 3: 4–9.

18. Кучма В.Р. Модель организации медицинской помощи обучающимся. Российский педиатрический журнал. 2014; 6: 40–44.
19. Кучма В.Р. Научные основы разработки и внедрения современных моделей охраны здоровья обучающихся в образовательных организациях. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2017; 3:19–29.
20. Кучма В.Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013; 1:4–10.
21. Кучма В.Р. Популяционная и персонализированная гигиена детей и подростков в Национальной технологической инициативе «Хелснет». В кн.: Российская гигиена – развивая традиции, устремляемся в будущее. Материалы XII Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. Москва, 17–18 ноября 2017 г. Том 1. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°»; 2017. 404–07.
22. Кучма В.Р. Риск здоровью обучающихся в современной российской школе. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2018; 4: 11–19.
23. Кучма В.Р. Роль гигиенической науки в профилактике болезней и премоурбидных состояний детей, обусловленных их обучением и воспитанием: декларации, практика и перспективы. Здоровье населения и среда обитания. 2015; 8: 4–8.
24. Кучма В.Р. Совершенствование государственной системы обеспечения детей здоровым питанием. Российский педиатрический журнал. 2015; 18 (1): 40–44.
25. Кучма В.Р. Современная модель деятельности медицинских организаций по профилактике заболеваний воспитанников и обучающихся, состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2014; 1: 4–10.
26. Кучма В.Р., Степанова М.И., Александрова И.Э., Шумкова Т.В., Седова А.С., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г. Новый методический подход к гигиенической оценке уровня санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательных организаций. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2016; 2: 27–32.
27. Кучма В.Р. Формирование здорового образа жизни детей и единого профилактического пространства в образовательных организациях: проблемы и пути решения. Гигиена и санитария. 2015; 6: 20–25.
28. Кучма В.Р., Звездина И.В., Храмов П.И. Методические рекомендации по развитию взаимодействия образовательных учреждений с центрами здоровья для детей по формированию здорового образа жизни среди обучающихся М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2012. 30 с.
29. Кучма В.Р., Куликов А.М., Хмыров А.В. Профилактическая работа волонтеров в школе. М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2013. 64 с.
30. Кучма В.Р., Макарова А.Ю., Рапопорт И.К. Медицинское обеспечение детей в образовательных учреждениях в Российской Федерации: проблемы и пути решения. Здравоохранение Российской Федерации. 2014; 3: 4–9.
31. Кучма В.Р., Макарова А.Ю., Рапопорт И.К. Состояние медицинского обеспечения детей в образовательных организациях. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2017; 2:37–45.
32. Кучма В.Р., Маслов С.В. Современная организация питания детей в общеобразовательных учреждениях. Российский педиатрический журнал. 2012; 5: 42–46.
33. Кучма В.Р., Милушкина О.Ю., Бокарева Н.А., Скоблина Н.А. Современные направления профилактической работы в образовательных организациях. Гигиена и санитария. 2014; 6: 107–11.
34. Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Научно-методические основы охраны и укрепления здоровья подростков России. Гигиена и санитария. 2011; 4: 53–58.
35. Кучма В.Р., ред. Гигиена детей и подростков. Сборник нормативно-методических документов. М.: НЦЗД РАМН; 2013. 379 с.

36. Кучма В.Р., ред. Руководство по школьной медицине. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2012. 215 с.
37. Кучма В.Р., ред. Системная гигиеническая диагностика санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся: Руководство. М.: НЦЗД РАМН; 2014. 304 с.
38. Кучма В.Р., Соколова С.Б. Поведение детей опасное для здоровья: современные тренды и формирование здорового образа жизни. Монография. М.: НЦЗД РАМН; 2014. 160 с.
39. Кучма В.Р., Соколова С.Б. Поведенческие риски, опасные для здоровья школьников XXI века. Монография. М.: ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2017. 170 с.
40. Кучма В.Р., Соколова С.Б. Формирование здорового образа жизни российских школьников. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013; 3: 27–33.
41. Кучма В.Р., Степанова М.И., Александрова И.Э., Шумкова Т.В., Седова А.С., Звездина И.В., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г. Новый методический подход к гигиенической оценке условий обучения и воспитания детей в образовательных организациях. Гигиена и санитария. 2014; 4: 110–15.
42. Кучма В.Р., Степанова М.И., Поленова М.А., Сазанюк З.И., Александрова И.Э., Лашнева И.П., Березина Н.О. Гигиеническое обоснование безопасного использования электронных планшетов на занятиях дошкольников. Российский педиатрический журнал. 2015; 4: 51–55.
43. Кучма В.Р., Степанова М.И., Сазанюк З.И., Александрова И.Э., Поленова М.А., Лашнева И.П., Березина Н.О. Гигиеническая оценка занятий дошкольников с использованием электронных планшетов. Гигиена и санитария. 2016; 95(4): 387–91.
44. Кучма В.Р., Степанова М.И., Шумкова Т.В., Александрова И.Э., Седова А.С., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г. К вопросу о гигиенической оценке уровня СЭБ: апробация нового гигиенического подхода. Здоровье населения и среда обитания. 2016; 5(279): 30–32.
45. Кучма В.Р., Сухарев А.Г. Гигиена детей и подростков как раздел профилактической медицины. Гигиена и санитария. 2015; 6: 66–70.
46. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Барсукова Н.К., Степанова М.И., Поленова М.А., Даданова А.А., Эльскина Е.В. Гигиеническая характеристика электронных образовательных ресурсов для обучающихся 1–9-х классов («Мобильная электронная школа»). Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2018; 2: 4–12.
47. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Текшева Л.М., Степанова М.И., Сазанюк З.И. Гигиенические аспекты применения светодиодных источников света для общего освещения в школах. Гигиена и санитария. 2013; 5: 27–31.
48. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храмов П.И. Медико-профилактические основы безопасной жизнедеятельности детей в гиперинформационном обществе. Российский педиатрический журнал. 2017; 20(3): 161–65.
49. Кучма В.Р., Текшева Л.М. Гигиенические основы использования светодиодов в системах искусственного освещения. М.: НЦЗД РАМН; 2013. 246 с.
50. Кучма В.Р., Текшева Л.М., Курганский А.М., Петренко А.О. Гигиеническая оценка использования ридеров в начальной школе. Гигиена и санитария. 2014; 3: 57–60.
51. Кучма В.Р., Текшева Л.М., Петренко А.О. Оценка индекса безопасности ридера на основе гигиенической квалификации средств обучения. Здоровье населения и среда обитания. 2015; 10: 26–28.
52. Кучма В.Р., Ткачук Е.А. Гигиеническая оценка информатизации обучения и воспитания. Гигиена и санитария. 2015; 7: 16–20.
53. Кучма В.Р., Ткачук Е.А., Ефимова Н.В. Гигиеническая оценка интенсификации учебной деятельности в современных условиях. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2015; 1: 4–11.

54. Кучма В.Р., Уланова С.А. Школа как территориальный центр здоровьесбережения в условиях крайнего севера. Гигиена и санитария. 2015; 7: 58–63.
55. Кучма В.Р., Фисенко А.П. Медико-профилактические направления укрепления здоровья детей в рамках реализации Плана мероприятий Десятилетия детства до 2020 г. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2018; 3: 4–10.
56. Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях (ДиаПроф НИИГД) М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2012. 181 с.
57. Кучма В.Р., Чернигов В.В. Мониторинг модернизации организации питания детей в общеобразовательных учреждениях. Здоровье населения и среда обитания. 2012; 8: 7–10.
58. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И. Прогнозирование, каузация и технологии управления рисками здоровью обучающихся. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2016; 1: 4–13.
59. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г. Ибрагимова Е.М. Уровень санитарно-эпидемиологического благополучия образовательных учреждений и здоровье детей г. Москвы. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2014; 1: 11–22.
60. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 512 с.
61. Молдованов В.В. Методические подходы к проведению санитарно-эпидемиологических экспертиз в образовательных организациях. Здоровье населения и среда обитания. 2015; 8: 53–55.
62. Молдованов В.В. Санитарно-эпидемиологические экспертизы, обследования в образовательных организациях: проблемы и пути решения. Здоровье населения и среда обитания. 2017; 8(293): 18–20.
63. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761.
64. Онищенко Г.Г. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения России. Гигиена и санитария. 2008; 2: 72–77.
65. Покровский В.И., Брико Н.И. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 400 с.
66. Порецкова Г.Ю., Печкуров Д.В., Рапопорт И.К. К вопросу о систематизации школьно обусловленной патологии. Здоровье населения и среда обитания. 2018; 5(302): 30–34.
67. Степанова М.А., Сазанюк З.И., Поленова М.А. и др. Профилактика нарушений здоровья школьников в процессе обучения. Российский педиатрический журнал. 2011; 3: 46–49.
68. Степанова М.И., Александрова И.Э., Сазанюк З.И., Воронова Б.З., Лашнева И.П., Шумкова Т.В., Березина Н.О. Гигиеническая регламентация использования электронных образовательных ресурсов в современной школе. Гигиена и санитария. 2015; 7: 64–68.
69. Степанова М.И., Кучма В.Р. Гигиенические принципы проектирования пространства и архитектурной среды детских садов. Гигиена и санитария. 2017; 96(2): 158–61.
70. Степанова М.И., Сазанюк З.И., Александрова И.Э., Поленова М.А., Лашнева И.П., Березина Н.О., Шумкова Т.В. Гигиеническая оценка использования интерактивной доски на занятиях дошкольников. Здоровье населения и среда обитания. 2017; 8(293): 21–23.
71. Степанова М.И., Сазанюк З.И., Александрова И.Э., Лапонова Е.Д., Лашнева И.П. Гигиенические аспекты использования ноутбука в обучении младших школьников. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2012; 1: 47–50.
72. Степанова М.И., Сазанюк З.И., Поленова М.А., Александрова И.Э., Лашнева И.П., Шумкова Т.В., Березина Н.О. Обоснование безопасных условий использования электронных планшетов на учебных занятиях в школе. Здоровье населения и среда обитания. 2015; 8: 20–23.

73. Сухарев А.Г., Маркелова С.В. Диагностика и профилактика нарушений психического здоровья учащихся в условиях общеобразовательного учреждения. Российский педиатрический журнал. 2011; 6: 33–36.
74. Сухарева Л.М., Надеждин Д.С., Гончарова Г.А., Сахаров В.Г. Особенности нервно-психической сферы учащихся при формировании вредных привычек на среднем этапе школьного онтогенеза. Здоровье населения и среда обитания. 2015; 8: 8–12.
75. Сухарева Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Рапопорт И.К. Заболеваемость московских школьников динамике обучения с 1-го по 9-й класс. Российский педиатрический журнал. 2013; 4: 48–53.
76. Сухарева Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Рапопорт И.К., Звездина И.В. Динамика заболеваемости московских школьников в процессе получения основного общего образования. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013; 3: 18–26.
77. Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Бережков Л.Ф., Ямпольская Ю.А., Звездина И.В. Особенности заболеваемости московских школьников за последние 50 лет. Гигиена и санитария. 2009; 2: 21–26.
78. Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Поленова М.А. Заболеваемость и умственная работоспособность московских школьников. Гигиена и санитария. 2014; 3: 64–67.
79. Храмцов П.И. Физиолого-гигиенические предпосылки повышения здоровьесберегающей эффективности физического воспитания детей в образовательных организациях. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2017; 4: 15–20.
80. Храмцов П.И. Школьные проекты формирования единой профилактической среды на основе системной интеграции двигательной активности в образовательный процесс (научный обзор). Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2016; 3: 34–40.
81. Храмцов П.И., Седова А.С., Березина Н.О., Вятлева О.А. Медико-педагогические и нейрофизиологические предпосылки формирования у обучающихся мотивации к занятиям физической культурой. Гигиена и санитария. 2015; 1: 86–91.
82. Чубаровский В.В. Первичная профилактика рискованных форм поведения подростков. Гигиена и санитария. 2009; 2: 63–66.
83. Чубаровский В.В., Лабутьева И.С., Кучма В.Р. Психическое состояние учащихся подростков: ретроспективный анализ распространенности пограничной психической патологии. Здоровье населения и среда обитаний. 2017; 8(293): 50–53.
84. Шубочкина Е.И. Социальные факторы риска ухудшения здоровья подростков, обучающихся в системе начального профессионального образования. Здоровье населения и среда обитаний. 2008; 2: 32–35.
85. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Альбицкий В.Ю. Механизмы формирования единой профилактической среды в Российской Федерации. Российский педиатрический журнал. 2015; 3: 28–31.
86. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Терлецкая Р.Н. Проблемы формирования здорового образа жизни у детей и учащейся молодежи. Казанский медицинский журнал. 2012; XLIII (5): 792–95.

Перечень изменений нормативно-правовой документации

Документ, утративший силу	Заменяющий документ
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»	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 августа 2010 № 613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физических и спортивных мероприятий»	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 марта 2016 г. № 134н «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 363н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха»	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.06.2018 N 327н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха»
Приказ Росстата от 14 августа 2012 г. № 446 «Об утверждении статистического инструментария для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за санитарно-эпидемиологическим состоянием детских и подростковых летних оздоровительных учреждений»	Приказ Росстата от 20.11.2014 № 673 «Об утверждении статистического инструментария для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за санитарным состоянием территорий и санитарно-эпидемиологическим состоянием организаций отдыха детей»

Перечень изменений нормативно-правовой документации

Документ, утративший силу	Заменяющий документ
Приказ Федеральной службы государственной статистики от 28 января 2014 г. № 52 «Об утверждении статистического инструментария для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения инфекционными и паразитарными болезнями и профилактическими прививками»	Приказ Федеральной службы государственной статистики от 29 декабря 2018 г. N 792 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за санитарным состоянием субъекта Российской»
Типовое положение о детском оздоровительном лагере. Утверждено поручением Правительства РФ от 26 апреля 2011 г. № АЖ-П112-2644	Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 13.07.2017 № 656 «Об утверждении примерных положений об организациях отдыха детей и их оздоровления»
СанПиН 3.5.2.1376-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий против синартропных членистоногих»	СанПиН 3.5.2.3472-17 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий в борьбе с членистоногими, имеющими эпидемиологическое и санитарно-гигиеническое значение»
СанПиН 42-121-4719-88 «Санитарные правила устройства, оборудования и содержания общежитий для рабочих, студентов, обучающихся средних специальных заведений и профтехучилищ»	СП 2.1.2.2844-11 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и содержанию общежитий для работников организаций и обучающихся образовательных учреждений»
СанПиН 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации»	СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации»
СП 3.1.2.2512-09 «Профилактика менингококковой инфекции»	СП 3.1.3542-18 «Профилактика менингококковой инфекции»
ГН 2.1.6.1338-03 Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест	ГН 2.1.6.3492-17 «Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе городских и сельских поселений»
<i>введены впервые</i>	СП 3.1.3525-18 «Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая»

Научно-методическое издание

**под редакцией
члена-корреспондента РАН
В.Р. КУЧМЫ**

**РУКОВОДСТВО
ПО ГИГИЕНЕ ДЕТЕЙ и ПОДРОСТКОВ,
МЕДИЦИНСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОБУЧАЮЩИХСЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

**МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ,
ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

Том II

Компьютерная верстка Павлова А.Л.

Подписано в печать 23.05.2019 г. Формат 60x84/16.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 19. Тираж 500. Заказ № 040519

**Издатель ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

105064, Москва, Малый Казенный переулок, д. 5, стр. 5

Отпечатано в типографии «Artique Print».
117105, Москва, Варшавское шоссе, д. 9 стр. 15, тел.: 8(495)609-52-72