

**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 I**

**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 I. М.: НМИЦ здоровья детей Минздрава России; 2019. 491с.

ISBN 978-5-94302-041-4 (т. 1)

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 978-5-94302-041-4 (т. 1)**

**ISBN 978-5-94302-040-7**

© Коллектив авторов, 2014–2019

© ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России, 2019

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Предисловие</b> .....	6
<b>Введение</b> .....	8
<b>Глава 1. Современная модель организации медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях</b> ( <i>Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храмцов П.И., Рапопорт И.К., Звездина И.В., Соколова С.Б.</i> ) .....	11
1.1. Основные направления профилактики заболеваний обучающихся и состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей .....	13
1.2. Алгоритм работы отделения медицинской помощи обучающимся ...	14
1.3. Система формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков .....	16
1.4. Взаимодействие образовательных организаций с центрами здоровья для детей .....	18
1.5. Критерии эффективности работы отделений медицинской помощи обучающимся .....	23
1.6. Нормативно-правовая, информационно-методическая и кадровая база оказания медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях .....	24
1.7. Межведомственное взаимодействие в сфере профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни детей и подростков .....	28
1.8. Оценка качества оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях ( <i>Кучма В.Р., Соколова С.Б., Рапопорт И.К., Сухарева Л.М., Храмцов П.И., Скоблина Н.А., Вирабова А.Р., Макарова А.Ю., Седова А.С., Трофименко Е.В., Сапунова Н.О., Ануфриева Е.В.</i> ) .....	31
<b>Глава 2. Диагностика состояний</b> .....	53
2.1. Скрининг-обследование обучающихся в образовательных организациях ( <i>Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Звездина И.В., Храмцов П.И., Горелова Ж.Ю., Скоблина Н.А., Милушкина О.Ю., Бокарева Н.А., Гуменюк О.И.</i> ) ..	55
2.2. Оценка функциональной готовности несовершеннолетних к обучению в школе, полноты медицинского обследования детей, поступающих в первый класс ( <i>Рапопорт И.К., Степанова М.И.</i> ) .....	107
2.3. Оценка функциональной готовности несовершеннолетнего при переводе обучающегося в класс компенсирующего обучения, при переводе в организацию с повышенным уровнем образования ( <i>Рапопорт И.К., Степанова М.И.</i> ) .....	119
2.4. Критерии оценки и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом) уровне при проведении профилак-	

тических осмотров несовершеннолетних обучающихся ( <i>Чубаровский В.В., Кучма В.Р.</i> ).....	131
2.5. Алгоритм оценки качества жизни подростков, связанного со здоровьем: критерии оценки, выделение групп риска ( <i>Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Блинова Е.Г., Новикова И.И., Ибрагимова Е.М., Иванов В.Ю., Янушанец О.И., Шестакова В.Н., Алексеева Е.А.</i> ).....	153
2.6. Организация работы в образовательных организациях по выявлению и коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, ограничивающих возможности подготовки к военной службе ( <i>Порецкова Г.Ю., Печкуров Д.В., Рапопорт И.К., В.Р. Кучма</i> ).....	171
<b>Глава 3. Медицинский допуск к соревнованиям и пребыванию в организациях отдыха</b> .....	207
3.1. Медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях ( <i>Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храмов П.И., Седова А.С., Березина Н.О., Звездина И.В., Макарова А.Ю.</i> ) .....	209
3.2. Медицинский допуск несовершеннолетних к пребыванию в организациях отдыха ( <i>Кучма В.Р., Седова А.С., Рапопорт И.К., Чубаровский В.В., Звездина И.В., Жданова Л.А., Шишова А.В.</i> ) .....	223
<b>Глава 4. Контроль за условиями обучения, питания, физического воспитания, напряженности учебной деятельности. Противоэпидемические мероприятия в образовательных организациях</b> .....	233
4.1. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям воспитания и обучения в образовательных организациях ( <i>Кучма В.Р., Степанова М.И., Шубочкина Е.И., Молдованов В.В.</i> ) .....	235
4.2. Гигиеническая оценка напряженности учебной деятельности обучающихся ( <i>Кучма В.Р., Ткачук Е.А., Ефимова Н.В., Мыльникова И.В.</i> ).....	253
4.3. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации питания обучающихся в образовательных организациях ( <i>Хизгиев В.И., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Шубочкина Е.И., Шумкова Т.В., Звездина И.В., Александрова И.Э., Седова А.С., Ибрагимова Е.М., Омариев З.М., Горелова Ж.Ю., Митрофанова О.Е.</i> ).....	273
4.4. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях ( <i>Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храмов П.И., Седова А.С., Березина Н.О., Звездина И.В., Макарова А.Ю.</i> ).....	307
4.5. Противоэпидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболе-	

ваний в образовательных организациях (Иваненко А.В., Хизгияев В.И., Брико Н.И., Кучма В.Р., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Омариев З.М., Гололобова Т.В., Миндлина А.Я., Скоблина Н.А., Ямщикова Н.Л.) .....	341
4.6. Алгоритм взаимодействия врача по гигиене детей и подростков медицинской организации с территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и другими учреждениями по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних (Кучма В.Р., Иваненко А.В., Хизгияев В.И., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Шубочкина Е.И., Ибрагимова Е.М.).....	357
4.7. Алгоритм визуального контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям воспитания и обучения в образовательных организациях (Ибрагимова Е.М., Иваненко А.В., Кучма В.Р., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г., Хизгияев В.И., Шубочкина Е.И.) .....	363
4.8. Алгоритм лабораторного контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям воспитания и обучения в образовательных организациях (Ибрагимова Е.М., Иваненко А.В., Кучма В.Р., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г., Хизгияев В.И., Шубочкина Е.И.).....	375
4.9. Алгоритм определения уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации (Кучма В.Р., Степанова М.И., Шумкова Т.В., Александрова И.Э., Седова А.С., Шубочкина Е.И., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г.) .....	399
4.10. Алгоритм взаимодействия отделений медицинской помощи обучающимся с органами и учреждениями Роспотребнадзора и другими организациями по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних (Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Ибрагимова Е.М.) .....	467
4.11. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации занятий с использованием электронных средств обучения в образовательных организациях (Кучма В.Р., Степанова М.И., Александрова И.Э., Лапонова Е.Д.) .....	479
<b>Перечень изменений нормативно-правовой документации.....</b>	<b>490</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Одной из приоритетных государственных задач является сохранение и повышение уровня здоровья детей и подростков. От успешного решения этих проблем во многом зависит будущее нашей страны, ее экономическое, социальное и демографическое благополучие, обеспечение обороноспособности и безопасности, и самое главное – физическое и нравственное здоровье всего общества.

Анализ официальной статистической отчетности заболеваемости по обращаемости детей и подростков показывает рост как общей заболеваемости, так и заболеваемости по ведущим нозологическим формам. Наиболее высокие уровни функциональных нарушений и хронических болезней костно-мышечной системы, хронических болезней органов пищеварения и функциональных нервно-психических расстройств, а также функциональных нарушений и болезней органа зрения, отмечаются у учащихся 8–9-х классов (13–15 лет) и старшеклассников (16–18 лет). К концу обучения в школе нарушения зрения, в основном миопию разной степени тяжести, имеет каждый второй обучающийся.

На этапах школьного онтогенеза – в период активного роста, физического и психического развития, полового созревания, организм ребенка особенно уязвимым к стресс-факторам – чрезмерной учебной нагрузке, авторитарного стиля преподавания, неблагоприятных семейных ситуаций, нарушениям режима дня, недосыпанию, недостатку макро- и микронутриентов в питании, а также поведению детей, опасного для здоровья.

Обучающиеся многих школ в стране лишены должного и эффективного медицинского обеспечения в образовательных организациях прежде всего в силу низкой укомплектованности врачами-педиатрами и медицинскими сестрами отделений медицинской помощи обучающимся при весьма ограниченном количестве врачей по гигиене детей и подростков в детских поликлиниках. Слабым местом в работе отделения медицинской помощи обучающимся является недостаточный уровень подготовки кадров, низкая вооруженность персонала современными технологиями школьной медицины, отсутствие доступа медицинских работников школ к современной нормативно-правовой и методической базе оказания медицинской помощи обучающимся, в том числе и через Интернет.

Установлена связь формирования школьно-обусловленных заболеваний с уровнем санитарно-эпидемиологического благополучия образовательных организаций, структурой и эффективностью производственного контроля. Даже организации второй группы санитарно-эпидемиологического благополучия, не полностью отвечающие требованиям СанПиН и составляющие, например, половину всех организаций г. Москвы, несут потенциально более высокий риск появления вспышек инфекционных заболеваний детей и подростков по сравнению с организациями первой группы СЭБ, отвечающими требованиям санитарного законодательства. Это относится и к школьно-обусловленным заболеваниям костно-мышечной системы, органа зрения, желудочно-кишечного тракта и др.

Этими обстоятельствами и обусловлено переиздание настоящего руководства. Коллеги на всех последних Конгрессах и Конференциях обращались с просьбой выпустить дополненное руководство по гигиене детей и подростков, медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных организациях. Это и сделали сотрудники НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России совместно с коллегами – членами РОШУМЗ в преддверии 60-летия НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России.

В руководстве представлены результаты исследований сотрудников НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России и коллег из вузов и НИИ страны, позволившие подготовить в 2016–2018 гг. новые нормативно-методические документы и рекомендации в сфере медицинского обеспечения обучающихся и санитарно-эпидемиологического благополучия детей и подростков.

Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» наделяет медицинские профессиональные некоммерческие организации правом разрабатывать и утверждать клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (статья 76). В соответствии с законодательством и рекомендациями Министерства здравоохранения РФ о подготовке, утверждении и внедрении в практику клинических рекомендаций (протоколов) и были разработаны 39 федеральных рекомендаций по оказанию медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях.

Федеральные рекомендации, вошедшие в руководство, широко обсуждались и одобрены научным сообществом гигиенистов и врачей-педиатров, работающих в отделениях медицинской помощи обучающимся, были рассмотрены и утверждены на национальных Конгрессах педиатров России и Конгрессах по школьной и университетской медицине в 2014–2018 гг.

Авторы будут чрезвычайно признательны за справедливую критику, замечания и предложения.

Руководство адресовано широкому кругу специалистов: гигиенистам, школьным врачам, руководителям и педагогам образовательных организаций, сотрудникам органов управления здравоохранением и образованием, а также студентам, ординаторам и аспирантам высших медицинских и педагогических учебных заведений.

Выражаю глубочайшую благодарность всем коллегам – членам РОШУМЗ за участие в разработке федеральных рекомендаций и подготовку руководства.

*15 мая 2019 г.*

*В.Р. Кучма,  
член-корреспондент РАН,  
Президент РОШУМЗ*

## ВВЕДЕНИЕ

Образовательная деятельность относится к потенциально-опасной для здоровья детей и подростков и нуждается в постоянном внимании со стороны медицинских работников отделений медицинской помощи обучающимся, а также администрации образовательных организаций и специалистов учреждений и организаций Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Динамика состояния здоровья детского населения, распространенность среди него факторов риска развития неинфекционных заболеваний и образ жизни подрастающего поколения требуют внедрения современной модели организации медицинской помощи в образовательных организациях.

Формирование здорового образа жизни, профилактика неинфекционных заболеваний среди детей и подростков – основные государственные задачи, поставленные практически перед всеми министерствами и ведомствами на всех уровнях: федеральном, региональном и местном, выполнение которых в частности возможно в восстанавливаемых медицинских кабинетах школ.

Основополагающими принципами профилактики заболеваний обучающихся, состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей в условиях современного российского общества, являются:

- комплексность использования профилактических и оздоровительных технологий с учетом состояния здоровья обучающихся, структуры учебного года, экологических и климатических условий и др.

- определение у каждого ребенка индивидуальных медицинских показаний и противопоказаний к проведению конкретной оздоровительной технологии;

- максимальная интеграция в естественную жизнедеятельность детей и осуществление профилактических мероприятий в образовательных организациях. Интеграция программы профилактики и оздоровления по возможности в образовательный процесс;

- преимущественное использование немедикаментозных средств оздоровления;

- использование простых и доступных технологий;

- формирование положительной мотивации у обучающихся, медицинского персонала и педагогов к проведению профилактических и оздоровительных мероприятий;

- доступность профилактических воздействий всем обучающимся образовательных организаций;

- постоянное научно-обоснованное методическое обеспечение профилактических технологий;

- межсекторальное взаимодействие при осуществлении профилактических мероприятий в образовательных организациях.

Медицинское обеспечение обучающихся в образовательных организациях должно осуществляться в полном соответствии с действующими нормативно-правовыми документами Минздрава России и государственной стратегией в сфере профилактики и охраны здоровья детей и подростков.



В борьбе с неинфекционными заболеваниями Минздрав России выделяет два принципиальных направления<sup>1</sup>.

Первое – это формирование здорового образа жизни населения.

Второе – адекватный ответ системы здравоохранения в плане своевременного выявления факторов риска и развивающихся неинфекционных заболеваний, взятие под контроль течения этих болезней с помощью эффективных лекарств и технологий.

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 программно-целевая стратегия по борьбе с неинфекционными заболеваниями.

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.

Реализуемый в настоящее время Национальный проект «Здравоохранение» направлен на улучшение качества, доступности и комфортности медицинской помощи, а в сфере детского здравоохранения – на создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям, включая медицинское обеспечение обучающихся.

---

<sup>1</sup> Скворцова В.И. Общественное здоровье: новые вызовы. Медицинская газета № 18 от 18.03.2016. С. 5



## **ГЛАВА 1**

# **СОВРЕМЕННАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**



## **1.1. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ И СОСТОЯНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ДЕТЕЙ**

Основными направлениями профилактики заболеваний обучающихся и состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей в условиях современного российского общества, являются следующие.

1. Формирование единой профилактической среды для обучающихся и воспитанников образовательных организаций.

2. Проведение ежегодных скрининг-обследований и организация периодических профилактических осмотров детей.

3. Разработка (на основании комплексного заключения о состоянии здоровья ребенка) индивидуального плана профилактических и оздоровительных мероприятий.

4. Проведение (совместно с педагогическим персоналом) в образовательных организациях и контроль эффективности мероприятий по формированию у детей (на групповом и индивидуальном уровнях) устойчивых стереотипов здорового образа жизни, в том числе по профилактике алкоголизма, наркоманий, токсикоманий.

5. Проведение профилактической работы в образовательных организациях по предупреждению раннего начала половой жизни, заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИДа. Проведение (совместно с медико-социальным отделением) медико-психологических образовательных программ подготовки детей к созданию семьи, правильному репродуктивному поведению.

6. Определение функциональной готовности ребенка при поступлении в школу, функциональных возможностей при переводе в класс компенсирующего обучения, при переходе в организацию с повышенным уровнем образования.

7. Организация рационального питания детей, воспитывающихся и обучающихся в образовательных организациях. Контроль за организацией и качеством питания.

8. Контроль за организацией физического воспитания. Наблюдение за детьми, занимающимися физической культурой.

9. Контроль за организацией трудового обучения, производственной практики и трудовой деятельности детей в свободное от учебы время. Проведение профилактических осмотров обучающихся перед началом и в период прохождения практики в организациях, работники которых подлежат предварительным и периодическим медицинским осмотрам.

10. Проведение медицинской профессиональной ориентации и врачебного консультирования детей.

11. Проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявлению ранних и скрытых форм заболеваний, заболеваний, обусловленных условиями обучения и воспитания. Проведение в образовательных организациях работы по коррекции нарушений здоровья детей, снижающих возможности их социальной адаптации и интеграции, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, подготовки к военной службе (патология органов зрения, пищеварения, костно-мышечной, нервной систем и др.).

12. Выявление факторов риска хронических заболеваний (повышенное артериальное давление, избыточная масса тела, курение, употребление психоактивных веществ), заболеваний, обусловленных условиями обучения, травматизма и

смертности детей. Формирование среди обучающихся групп риска с целью проведения дифференцированного медицинского наблюдения и реализации профилактических, лечебно-оздоровительных, коррекционных и реабилитационных программ на индивидуальном и групповом уровнях.

13. Организация и проведение мероприятий по вакцинопрофилактике, противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях.

14. Санитарно-просветительная работа с детьми и родителями по вопросам своевременного выявления и лечения детских болезней и формирования здорового образа жизни.

15. Оценка безопасности используемых архитектурно-планировочных решений, внутренней среды образовательной организации (микроклимат, антропогенное загрязнение воздуха, освещенность, шум, вибрация, электромагнитные поля) и текущего санитарного состояния образовательной организации. Оценка состояния окружающей территории, пищеблока, учебных помещений, мест отдыха детей, санитарно-гигиенических комнат и др.

16. Оценка безопасности условий, программ, методик и технологий обучения, соблюдения санитарно-гигиенических норм учебной деятельности (участие в составлении учебного расписания, установлении режима дня, контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм обучения, труда и отдыха детей).

17. Оценка безопасности используемых средств обучения (игры и игрушки, мебель, ранцы, сумки и портфели, книги и учебники, учебные пособия, принадлежности, спортивный инвентарь, персональные компьютеры, информационно-коммуникационные средства и др.).

18. Оценка производственного контроля за обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации.

19. Планирование мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, устранение вредного влияния на здоровье детей условий обучения в образовательной организации.

20. Формирование социального заказа местным органам власти на создание оптимальных условий жизнедеятельности несовершеннолетних в период обучения и воспитания в образовательных организациях, межсекторальных программ профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни детей и подростков.

## **1.2. АЛГОРИТМ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

Вследствие сложности процессов роста и развития детей, формирования их здоровья, возникновения и распространения заболеваний, формирования здорового образа жизни и особенностей профилактики неинфекционных заболеваний среди детей и подростков в образовательных организациях модель оказания медицинской помощи обучающимся является многокомпонентной, многоуровневой и иерархичной.

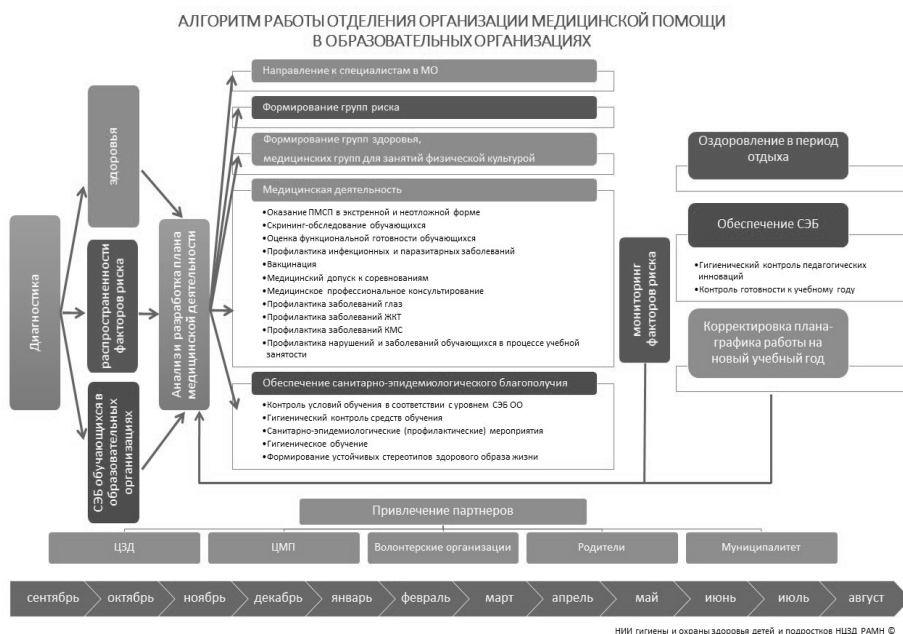
Оказание медицинской помощи обучающимся должно базироваться на реальной оценке здоровья детей с учетом их поведения в области здоровья, распространенности основных факторов риска развития неинфекционных и школьно-

обусловленных заболеваний, травматизма. Эти процессы динамичны, зависят от условий жизнедеятельности детей и требуют постоянной оценки. Диагностика состояния здоровья обучающихся – старт деятельности отделения медицинской помощи обучающимся и должна быть приурочена к началу учебного года (рис. 1).

Распространенность факторов риска здоровью детей должна оцениваться постоянно (2 раза в год – в сентябре и мае). Это является одним из обязательных элементов работы по коррекции факторов риска.

Чрезвычайно значим для реформирования школьного здравоохранения 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». Впервые в отечественной истории в штаты медицинских организаций, обеспечивающих помощь несовершеннолетним обучающимся, включена должность врача по гигиене детей и подростков. Он призван обеспечить санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся в образовательных организациях и, прежде всего, в сфере условий и организации образовательного процесса, питания, двигательной активности.

В настоящее время «школьная медицина», гигиена детей и подростков располагают технологиями скрининг-обследования, мониторинга, оценки распространенности факторов риска здоровью в детской популяции, в том числе с использованием современных аппаратно-программных комплексов и компьютерных технологий.



НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН ©

Рис. 1. Алгоритм работы отделения медицинской помощи обучающимся

Блок «Диагностика» включает и оценку уровня санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся в конкретной образовательной организации.

Анализ собранных данных должен позволить уже в октябре иметь конкретный план медицинской деятельности.

При необходимости дети должны быть направлены к врачам-специалистам в медицинские организации, должны быть сформированы группы риска в связи с поведением детей в области здоровья, медицинские группы для занятий физической культурой, а также спланирована собственно медицинская деятельность, включающая:

- оценку функциональной готовности к различным видам учебной деятельности, в том числе в коррекционных классах и организациях с повышенным уровнем образования;
- профилактику инфекционных и паразитарных заболеваний, включая вакцинацию;
- медицинский допуск к соревнованиям;
- медицинское профессиональное консультирование;
- профилактику заболеваний глаз;
- профилактику заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- профилактику заболеваний костно-мышечной системы;
- профилактику нарушений и заболеваний обучающихся в процессе учебной занятости.

К медицинской деятельности относится и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, которое включает:

- гигиенический контроль условий обучения в соответствии с уровнем санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации;
- гигиенический контроль средств обучения;
- контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации питания в образовательной организации;
- контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательной организации;
- санитарно-эпидемиологические (профилактические) мероприятия;
- гигиеническое обучение;
- формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни.

### **1.3. СИСТЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ И ШКОЛЬНО-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Система формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний детей и подростков включает: объекты воздействия; условия (прежде всего, «внутришкольные» и вне образовательных организаций, макроусловия); технологии (воспитание и обучение, пропаганда, массовые коммуникации), вовлечение детей и подростков в профилактику (волонтерство, работа по принципу «равный – равному» и др.); партнеров, обеспечивающих синергизм эффектов формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний у детей (центры здоровья для детей, центры меди-



цинской профилактики, учреждения Роспотребнадзора, ДОСААФ, спортивные, общественные организации и др.).

Основные виды деятельности отделения медицинской помощи обучающимся могут и должны осуществляться в партнерстве с центрами здоровья для детей, центрами медицинской профилактики, родителями, волонтерскими организациями, муниципалитетами.

Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний среди детей и подростков предполагает воздействие, взаимодействие следующих субъектов: обучающиеся; их семьи; педагоги; медицинские работники; управленцы. Воздействие на последние три группы касается развития и совершенствования их компетенций в сфере формирования здорового образа жизни детей и способов профилактики.

Семья ребенка в системе формирования здорового образа жизни может быть как партнером, так и оппонентом (особенно в асоциальных семьях, семьях, находящихся в трудных жизненных обстоятельствах), но в любом случае она – объект воздействия. В работе с семьей партнерами могут и должны выступать центры медицинской профилактики, центры здоровья.

Наиболее эффективно и органично воспитывать, формировать и прививать здоровый образ жизни можно в процессе обучения и воспитания в образовательных организациях. Основные компоненты формирования здорового образа жизни достаточно легко укладываются как в урочную, так и внеурочную, а также в проектную деятельность обучающихся.

В настоящее время образовательные организации в сфере формирования здорового образа жизни детей, профилактики заболеваний располагают современными пособиями, учебниками, в том числе электронными, в технологиях 3D, развивающими и интерактивными, ролевыми играми, информационно-коммуникационными технологиями, интернет-ресурсами. Дети с большим интересом и эффектом используют эти современные материалы, но по законам диалектики современные технологии таят в себе и угрозы, новые риски здоровью детей. Гигиенисты вынуждены разрабатывать принципы и технологии обеспечения гигиенической безопасности цифровой среды, окружающей ребенка в процессе жизнедеятельности. Однако сложившейся ситуацией должны быть озабочены не только гигиенисты и школьные врачи, но и Министерство просвещения РФ, РАН, Фонды научных исследований, планирующие научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы.

Современные технологии обучения и воспитания детей, в том числе в сфере формирования здорового образа жизни, требуют адекватных условий. Занятия в две и три смены, один спортзал, неработающие крошечные душевые, отсутствие современных раздевалок, питание только буфетной (фаст-фудной) продукцией, неправильно организованное рабочее место обучающегося, отсутствие вентиляции и проветривания, современного спортивного оборудования и инвентаря, конечно же, не способствуют формированию здорового образа жизни. Это требует постоянного внимания врача по гигиене детей и подростков, администрации школ, руководителей органов управления образованием. В этой сфере необходимо тесное взаимодействие с Управлениями Роспотребнадзора и Центрами гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации.

Повышению двигательной активности обучающихся способствует возможность добраться до школы пешком, на велосипеде, скайте, соответствующая инфраструктура микрорайона в шаговой досуговой доступности ребенка

(в районе школы, дома). При этом родителей интересует безопасность пребывания детей на этих объектах. Эти вопросы решаются с участием лиц, принимающих решения на соответствующем уровне (муниципалитет, район и т. п.). От этих лиц также зависит и то, что находится рядом со школой, что видит ребенок рядом со школой или домом. Если во время перемены ребенок может вне школы купить чипсы, энергетические напитки, то организованное рациональное, здоровое питание в школьной столовой останется для части ребят не востребовавшимся.

При формировании здорового образа жизни детей и подростков высокоэффективны массовые коммуникации. Однако эти технологии требуют соответствующего мониторинга интересов, ожиданий, проблем, наиболее эффективных каналов коммуникаций для городских и сельских детей и подростков разных возрастных групп, постоянной оценки воздействия, непрерывности этих коммуникаций, так как при прекращении этой работы информированность, знания и навыки быстро угасают.

В технологиях формирования здорового образа жизни используется привлечение детей к этой деятельности (передача сведений, опыта в системе «старший – младшему», «равный – равному»). Волонтерство в этой сфере хорошо себя зарекомендовало и может широко использоваться везде.

Клиники, дружественные подросткам и молодежи, – также важные партнеры.

Партнерами в сфере формирования здорового образа жизни детей и подростков, требующими постоянного внимания и взаимодействия, являются спортивные и военно-спортивные организации. Особенности физического развития современных детей, наличие различных морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний у них требуют адекватного медицинского обеспечения детей, занимающихся физической культурой, спортом, участвующих в спортивных соревнованиях, сдающих нормы ГТО, в том числе медицинского допуска к этим мероприятиям. Ближе всего к этим мероприятиям, к ребенку и его проблемам, знанию его морфофункционального состояния и здоровья находятся медицинские работники отделений медицинской помощи обучающимся.

Цикличность работы отделений медицинской помощи обучающимся предполагает оценку (в мае) достигнутой в учебном году информированности и сформированности навыков здорового образа жизни обучающихся, подготовку предложений и организацию оздоровления детей в период летнего отдыха (рис. 1). В период каникул и подготовки к новому учебному году медицинские работники должны осуществить гигиенический контроль педагогических инноваций и оценить готовность образовательной организации к учебному году.

Анализ материалов этого этапа работы отделения медицинской помощи обучающимся позволяет осуществить корректировку плана-графика работы на новый учебный год.

#### **1.4. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ С ЦЕНТРАМИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ**

Важным компонентом системы формирования здорового образа жизни детей и подростков являются партнеры формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний у детей. Прежде всего, это Центры здоровья для детей, которые могут обеспечить как мониторинг распространенности факторов риска, так и гигиеническое обучение, воспитание детей, пропаганду здорового образа жизни.

Формирование здорового образа жизни обучающихся требует объединения и координации усилий как медицинских работников, так и учителей, психологов, социальных педагогов. При этом роль работников учреждений здравоохранения и образования различна, что определяется их функциональными обязанностями. Для повышения эффективности реализуемых мероприятий по формированию здорового образа жизни актуальным является взаимодействие образовательных организаций и центров здоровья для детей.

*Цель взаимодействия* – сохранение и укрепление здоровья обучающихся путем снижения уровня распространенности негативных факторов, обусловленных образом жизни (табакокурения, употребления алкоголя, нерационального питания, низкой двигательной активности), формирования устойчивых навыков здорового образа жизни у детей и подростков.

Взаимодействие образовательных организаций и центров здоровья для детей предусматривает решение совместных задач в сферах образовательной, профилактической, консультативной, аналитической деятельности.

Центры здоровья для детей осуществляют координацию деятельности образовательных организаций по формированию здорового образа жизни, которая включает:

- разработку программ по формированию здорового образа жизни в образовательных организациях;
- определение приоритетных направлений профилактики заболеваний, в том числе школьно-обусловленных, среди обучающихся;
- разработку механизмов реализации программ в условиях конкретной образовательной организации;
- методическое сопровождение программы в процессе ее реализации;
- области взаимодействия образовательных организаций с центрами здоровья для детей по формированию здорового образа жизни обучающихся.

#### *1.4.1. Образовательная деятельность*

Взаимодействие в сфере образовательной деятельности предусматривает:

- повышение уровня информированности детей, их родителей, учителей в отношении основных факторов риска неинфекционных заболеваний – курение, употребление алкоголя и других психоактивных веществ, рискованные формы поведения, представляющие угрозу репродуктивной функции; низкая двигательная активность; нерациональное (нездоровое) питание;
- повышение уровня здоровьесберегающей компетентности обучающихся, их родителей, учителей по проблемам профилактики школьно-обусловленных заболеваний, травматизма, вакцинации (профилактика нарушений костно-мышечной системы, органа зрения, нервно-психического здоровья, инфекционных заболеваний и др.).

Центры здоровья в плановом порядке организуют выездные акции, направленные на пропаганду здорового образа жизни для детей в зоне ответственности центра.

В центрах здоровья осуществляются: информирование родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах и привычках; работа по формированию у населения принципов «ответственного родительства»; обучение родителей и детей гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь по отказу от потребления алкоголя и табака;

обучение сотрудников образовательных организаций методам взаимодействия с детьми и подростками, направленным на борьбу с вредными привычками, навыкам сохранения и укрепления здоровья, противостоянию отрицательному влиянию окружающей среды, сознательному предпочтению здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни связан с выбором позитивного в отношении здоровья стиля жизнедеятельности, что предполагает высокий уровень гигиенической культуры. В связи с этим важное значение имеет гигиеническое обучение и воспитание детей, которое осуществляют образовательные организации.

Гигиеническое обучение складывается из учебной, внеучебной и внешкольной работы, осуществляемой педагогическим и медицинским персоналом. Учебная работа ведется в соответствии с образовательными стандартами, учебными программами, методическими рекомендациями. Проводится в виде отдельных уроков, а также как составная часть уроков биологии, физической культуры, ОБЖ и т. д., в рамках классных часов. Внеучебная и внешкольная работа включает занятия на факультативах, в кружках, проведение бесед, лекций, индивидуальных консультаций, просмотр тематических кино- и видеополфильмов, проведение общешкольных мероприятий, организацию викторин, конкурсов рисунков, дней здоровья и т. д. Эффективно обучение старшеклассников для работы среди сверстников и младших школьников, активное вовлечение родителей к проведению школьных мероприятий.

Гигиеническое воспитание родителей проводится в виде лекций, бесед на родительских собраниях, индивидуальных бесед и консультаций с использованием научно-популярной литературы, памяток, рекомендаций для родителей. Необходимо информировать родителей о центре здоровья для детей, где они могут получить консультации по различным аспектам профилактики заболеваний

Центры здоровья совместно с образовательными организациями:

- разрабатывают оптимальные способы реализации технологий формирования здорового образа жизни обучающихся;
- разрабатывают график проведения мероприятий по информированию обучающихся;
- инициируют внедрение инновационных методов и средств по формированию устойчивых навыков здорового образа жизни обучающихся в зависимости от возраста и типа образовательной организации (деловые игры, медиа-грамотность и др.);
- организуют виртуальный родительский клуб по вопросам здоровьесбережения детей с использованием IT-технологий с целью формирования у них здоровьесформирующих компетенций.

Повышение уровня здоровьесберегающей компетентности детей, их родителей, учителей является наиболее перспективным подходом к профилактике неинфекционных заболеваний с позиции укрепления здоровья и включает в себя формирование компетентности здорового жизненного стиля.

Образовательная деятельность должна сочетать различные обучающие стили, подходы и методики профилактической работы. Это позволит обучающимся освоить необходимые знания, развить полезные социально-психологические навыки и отработать поведенческие модели и схемы.

Доказана эффективность активного участия обучающихся в различных моделируемых ситуациях, когда формулируются личные позиции в отношении здорового образа жизни.

Повышение информированности в отношении факторов риска, формирование стойких установок на здоровый образ жизни будут способствовать снижению распространенности негативных факторов, обусловленных образом жизни, среди обучающихся.

#### *1.4.2. Профилактическая деятельность*

Взаимодействие в области профилактической деятельности направлено на своевременное выявление, коррекцию и устранение негативных факторов, определяющих высокий риск формирования отклонений в состоянии здоровья, в том числе социально значимых и школьно-обусловленных заболеваний у обучающихся.

Профилактическая деятельность включает:

- выявление факторов риска у детей и подростков и профилактику их негативного влияния на здоровье;
- профилактику ранних отклонений в состоянии здоровья обучающихся, в том числе, социально-значимых и школьно-обусловленных заболеваний;
- раннее выявление и профилактику аддитивных нарушений у школьников (табакокурение, донозологические формы ранней алкоголизации, наркотической зависимости, интернет-зависимости, компьютерной зависимости);
- выявление и коррекцию донозологических форм психической патологии (невротических и поведенческих нарушений) у школьников;
- психопрофилактику семейной и учебной дезадаптации детей и подростков;
- выявление и профилактику отклонений в физическом развитии, в том числе избыточной массы тела, ожирения у школьников;
- раннюю диагностику и профилактику нарушений сердечно-сосудистой системы у детей и подростков, в том числе артериальной гипертензии;
- диагностику и контроль коррекции нарушений костно-мышечной системы;
- раннее выявление и профилактику нарушений зрения.

Формирование групп высокого риска среди обучающихся осуществляется на основе результатов профилактических медицинских осмотров.

К группе высокого риска относятся:

- обучающиеся, при наличии негативных факторов, обусловленных образом жизни (курение, употребление алкоголя, нездоровое питание и т. д.);
- обучающиеся I и II группы здоровья с риском развития хронической патологии и функциональными нарушениями.

Выявление факторов риска, обусловленных образом жизни, проводится на доврачебном этапе профилактического осмотра путем непосредственного опроса или анкетирования. Медицинская сестра передает анкеты школьному врачу или врачу-педиатру, возглавляющему бригаду врачей-специалистов для дальнейшего анализа информации на врачебном этапе осмотра.

При анализе результатов опроса следует учитывать, что любое нарушение здорового образа жизни обучающихся является риском здоровью, так как может привести к закреплению вредных привычек, которые сохранятся во взрослой жизни.

Выявление лиц высокого риска возникновения хронической патологии и с функциональными нарушениями осуществляется по результатам профилактического осмотра.

Использование скрининг-тестов на доврачебном этапе профилактического медицинского осмотра обеспечивает предварительное выделение обучающихся, у которых наиболее вероятны функциональные нарушения физического

развития, заболевания и/или функциональные расстройства костно-мышечной системы, органа зрения, органа слуха, нервной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, пищеварительной систем, ЛОР-органов. Базовая скрининг-программа осуществляется средним медицинским персоналом. Окончательный диагноз устанавливается педиатром и врачами-специалистами.

Уровень достигнутого психического развития устанавливается при профилактическом осмотре детским неврологом с учетом данных психологов, основанных на результатах использования соответствующего набора тестов и анкет. Анкетирование обучающихся, родителей и педагогов, психофизиологическая диагностика с помощью скрининг- и экспресс-методов проводится психологом образовательной организации на доврачебном этапе профилактического осмотра. Проведение профилактического медицинского осмотра обучающихся позволяет выявлять детей с высоким риском формирования заболеваний, в том числе, школьно-обусловленных и социально значимых, таких как сахарный диабет, артериальная гипертензия, ранний атеросклероз, психическая патология.

Обучающиеся, имеющие факторы риска, обусловленные образом жизни (курение, употребление алкоголя, нездоровое питание и т. д.), а также дети I и II группы здоровья с риском развития хронической патологии и функциональными нарушениями, направляются врачом образовательной организации в центр здоровья для детей, находящийся в зоне ответственности.

Центры здоровья совместно с образовательными организациями осуществляют:

- составление графиков обследования обучающихся в соответствии с реализуемыми центрами здоровья методами обследования;
- проведение функциональной диагностики и раннее выявление нарушений физического развития, состояния сердечно-сосудистой системы, органов зрения, костно-мышечной системы;
- динамическое наблюдение детей группы риска по формированию функциональных нарушений и заболеваний;
- организацию реабилитационных мероприятий в условиях образовательной организации;
- обучение детей способам самоконтроля состояния организма на основе объективной оценки состояния сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, нервно-мышечной системы;
- реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни обучающихся на групповом и индивидуальном уровнях.

#### *1.4.3. Консультативная деятельность*

Взаимодействие образовательных организаций с центрами здоровья в области консультативной деятельности предусматривает организацию:

- консультирования обучающихся по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда и отдыха с учетом возрастных особенностей;
- консультирования обучающихся и их родителей по различным аспектам профилактики отклонений в состоянии здоровья, в том числе информирование их в отношении факторов риска неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний в детском и подростковом возрасте;



- групповых и индивидуальных консультаций для обучающихся и родителей в зависимости от выявленных отклонений в состоянии здоровья;
- консультирования учителей по педагогическому сопровождению детей группы риска по соматическому статусу;
- консультативной помощи обучающимся и их родителям по отказу от потребления алкоголя и табака;
- консультирования медицинского персонала образовательных организаций по вопросам профилактики и формирования здорового образа жизни обучающихся.

#### *1.4.4. Аналитическая деятельность*

Образовательные организации совместно с центрами здоровья осуществляют оценку эффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни обучающихся по показателям состояния здоровья, распространенности основных факторов риска, уровню информированности обучающихся в отношении негативных факторов, обусловленных образом жизни; сформированности у школьников стойких установок на здоровый образ жизни.

Эффективное образование в области здорового образа жизни должно привести к переоценке жизненных ценностей, появлению необходимых навыков, изменению поведения и стиля жизни детей и подростков и, в результате, снижению риска формирования заболеваний подрастающего поколения.

### **1.5. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

Современным требованием является постоянная оценка эффективности медицинской профилактики заболеваний обучающихся, состояний, обусловленных жизнедеятельностью детей.

Для этих целей в качестве индикативных показателей можно использовать:

- процент охвата обучающихся скрининг-обследованиями;
- процент охвата обучающихся профилактическими медицинскими осмотрами;
- процент охвата обучающихся предварительными медицинскими осмотрами;
- процент охвата обучающихся периодическими медицинскими осмотрами;
- процент охвата обучающихся вакцинопрофилактикой в соответствии с национальным календарем прививок и по эпидемическим показаниям;
- распространенность (в %) среди несовершеннолетних факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (потребление табака, повышенное артериальное давление, нездоровое питание, потребление алкоголя, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение);
- распространенность (в %) среди несовершеннолетних школьно-обусловленных заболеваний (миопия, нарушения осанки, невротические реакции, заболевания органов пищеварения),
- частоту (в расчете на 100 детей) и среднюю продолжительность случаев ОРВИ,
- процент обучающихся, часто (4 и более раз) болевших ОРВИ за год,
- процент обучающихся, охваченных систематическим (4 и более раз в год) гигиеническим обучением и воспитанием (лекции, беседы и др.),

- физическое, соматическое и психическое здоровье, в том числе резервные возможности детей,
- показатели групповой инфекционной заболеваемости в образовательных организациях,
- уровень информированности детей об основных факторах риска здоровью,
- сформированность навыков здорового образа жизни обучающихся,
- уровень санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации.

Оценка качества оказания медицинской помощи обучающимся должна осуществляться на основе разработанных РОШУМЗ Стандартов качества и компетенций специалистов, гармонизированных с общеевропейскими подходами. Алгоритм оценки качества медицинской помощи детям в образовательных организациях представлен в настоящем руководстве.

## **1.6. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ, ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ И КАДРОВАЯ БАЗА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

Современная школьная медицина располагает актуальной подзаконной нормативно-правовой и информационно-методической базой оказания медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, обеспечения их санитарно-эпидемиологического благополучия:

- 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»;
- 39 рекомендаций оказания медицинской помощи обучающимся, подготовленных Российским обществом развития школьной и университетской медицины и здоровья<sup>1</sup>;
- Санитарно-эпидемиологические требования к условиям обучения в образовательных организациях;
- Руководства для медицинских и педагогических работников, подготовленные Научным центром здоровья детей, коллегами из других научных и образовательных организаций.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н медицинская организация может сформировать работоспособное отделение. Например, при численности обучающихся в 2500 отделение будет насчитывать: врачей-педиатров – 2,5 ставки; врача по гигиене детей и подростков – 1 ставка; медицинских сестер – 5 ставок (итого – 8,5 ставок).

Штатные единицы будут варьировать в зависимости от численности детей дошкольного и школьного возраста, посещающих образовательные организации, и от включения врачей стоматологов и гигиениста-стоматолога (рис. 2).

Отделение должно располагать соответствующими помещениями в медицинской организации, образовательных организациях и оснащением.

Оснащение медицинского кабинета врача-педиатра образовательной организации должно соответствовать рекомендациям Минздрава России (Приказ

<sup>1</sup> <http://niigd.ru/okazanie-meditsinskoj-pomoshhi-v-obrazovatelnyx-organizacijax/protokoly-okazaniya-pm-sp-nesovershennoletnim-obuchayushhimsya-v-obrazovatelnyx-organizacijax.html>



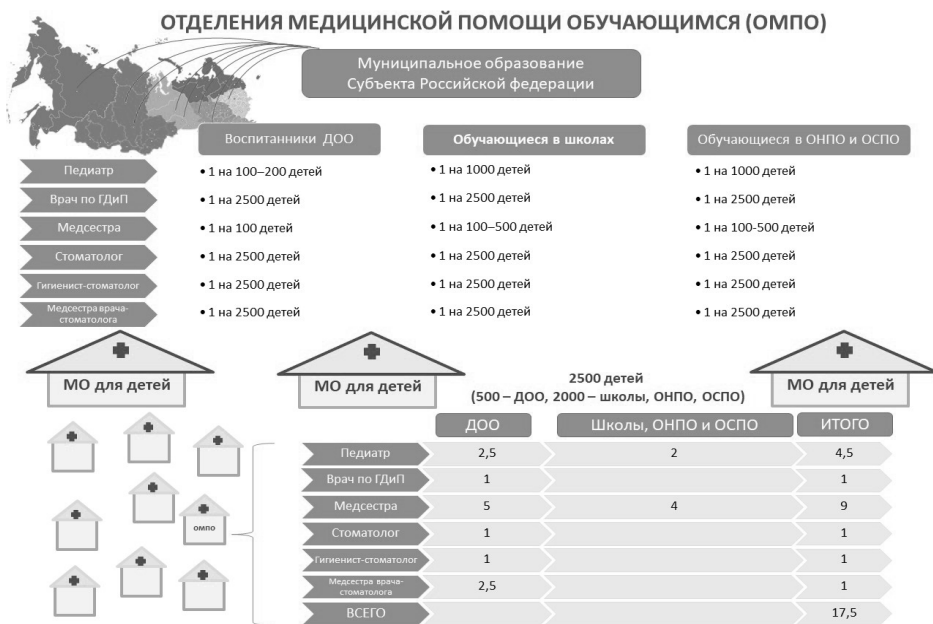


Рис. 2. Медицинский персонал ОМПО

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»), базирующимся на мнении профессионального сообщества педиатров и школьных врачей.

В настоящее время в медицинском кабинете образовательной организации должны быть специальное оборудование и оснащение (табл. 1).

Таблица 1

**Стандарт оснащения медицинского кабинета врача-педиатра  
 образовательного учреждения**

№ п/п	Наименование	Количество
1.	Весы медицинские	1 шт.
2.	Ростомер или антропометр	1 шт.
3.	Тонومتر	2 шт.
4.	Манжета к тонометру детская (для детей дошкольного и младшего школьного возраста) (ширина 8 см, длина 21 см)	2 шт.
5.	Стетофонендоскоп	2 шт.
6.	Секундомер	2 шт.
7.	Сантиметровая лента	по требованию

Таблица 1 (продолжение)

№ п/п	Наименование	Количество
8.	Динамометр кистевой двух видов (для детей разных возрастных групп)	4 шт.
9.	Плантограф	1 шт.
10.	Шагомер	10
11.	Термометр медицинский	по требованию
12.	Оториноскоп	1 шт.
13.	Наборы одноразовых воронок к оториноскопу	по требованию
14.	Шпатель металлический	10 шт.
15.	Шпатель одноразовый	по требованию
16.	Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (смокелайзер)	1 комплект
17.	Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма	1 комплект
18.	Холодильник	2 шт.
19.	Бактерицидный облучатель воздуха, в том числе переносной	рассчитывается с учетом площади помещения и типа облучателя
20.	Аппарат Рота с таблицей Сивцева-Орловой	1
21.	Набор очковых линз для точного определения остроты зрения и проведения теста Малиновского	1
22.	Лоток медицинский почкообразный	2
23.	Шприц одноразовый с иглами (комплект 100 шт.) на 1 мл на 2 мл на 5 мл на 10 мл	1 5 5 1
24.	Кружка Эсмарха с набором наконечников	1
25.	Перчатки медицинские резиновые	100
26.	Пипетки	10
27.	Комплект воздуховодов для искусственного дыхания «рот в рот»	1
28.	Грелка медицинская	2 шт.
29.	Пузырь для льда	2 шт.
30.	Перчатки медицинские резиновые	по требованию
31.	Жгут кровоостанавливающий резиновый	2 шт.
32.	Носилки	2 шт.
33.	Травматологическая укладка, включающая:	1 комплект
	шины пневматические (детские и взрослые)	
	вакуумный матрас	
	косынку	
	фиксатор ключицы	

Таблица 1 (продолжение)

№ п/п	Наименование	Количество
	воротник Шанца (2 размера)	
	жгут кровоостанавливающий	
	бинт стерильный	
	салфетки стерильные	
	гелевый охлаждающе-согревающий пакет	
	ножницы	
	лейкопластырь 2 см – 1 шт., 5 см – 1 шт.	
34.	Зонды желудочные разных размеров	4 шт.
35.	Аптечка скорой помощи в физкультурном зале	1
36.	Аптечка скорой помощи на пищеблоке	1
37.	Аптечка скорой помощи в мастерских	1
38.	Спирт этиловый	0,5 мл на инъекцию
39.	Емкость для сбора бытовых и медицинских отходов	2
40.	Емкость для дезинфицирующих средств	по требованию
41.	Емкость – непрокальываемый контейнер с крышкой для дезинфекции отработанных шприцев, тампонов, использованных вакцин	по требованию
42.	Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных материалов для оказания неотложной медицинской помощи <sup>&lt;?&gt;</sup>	1 комплект
43.	Стол рабочий	2 шт.
44.	Стул	6 шт.
45.	Кушетка	2 шт.
46.	Ширма медицинская	2 шт.
47.	Шкаф медицинский для хранения лекарственных средств	1 шт.
48.	Шкаф для хранения медицинской документации	1 шт.
49.	Стол медицинский	1 шт.
50.	Столик инструментальный	1 шт.
51.	Столик манипуляционный	1 шт.
52.	Лампа настольная	2 шт.
53.	Бикс большой	2 шт.
54.	Бикс малый	2 шт.
55.	Корцанг	4 шт.
56.	Ножницы	2 шт.
57.	Персональный компьютер	1 комплект
58.	Принтер	1 комплект
59.	Калькулятор	2
60.	Лейкопластырь, полотенца, пелёнки, простыни	по требованию
61.	Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни (пирамида питания, объемы двигательной активности, работа за столом, компьютером и т.п.)	по числу учебных классов

## 1.7. МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Многокомпонентность системы формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков, межсекторальность взаимодействия требуют соответствующей координации работы. Она должна быть возложена на Межведомственную (административную) Комиссию по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний среди детей и подростков. При необходимости Комиссия может привлекать к работе родительские, пациентские, профессиональные некоммерческие организации региона, субъекта (рис. 3).

Для реализации межведомственного взаимодействия по формированию здорового образа жизни детей секторам здравоохранения и образования необходимо:

- обеспечить внедрение регулярного 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.



Рис. 3. Система формирования здорового образа жизни детей

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, лицензирование медицинской деятельности в образовательных организациях, 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 неинфекционных 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 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 Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н.



УТВЕРЖДЕНЫ  
Президиумом  
РОШУМЗ  
20 сентября 2018 г.  
Протокол № 26

УТВЕРЖДЕНЫ  
на VI Конгрессе  
РОШУМЗ  
10 октября 2018 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

ФР РОШУМЗ-39-2018

(версия 1.0)

***Кодирование рассматриваемого заболевания/состояния/синдрома по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10):***  
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 «Научный центр здоровья детей» Минздрава России
- ФГАО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
- ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», Екатеринбург, Российская Федерация

***РАЗРАБОТЧИКИ:*** Кучма В.Р., Соколова С.Б., Рапопорт И.К., Сухарева Л.М., Храпцов П.И., Скоблина Н.А., Вирабова А.Р., Макарова А.Ю., Седова А.С., Трофименко Е.В., Сапунова Н.О., Ануфриева Е.В.

Федеральные рекомендации «Оценка качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях» включают подходы к оценке качества медицинской помощи детям, разработанные на основе гармонизации европейских и российских подходов: «Европейской концепции стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения» (ВОЗ) и Российской Концепции оценки качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Разработаны для школьных врачей, педиатров, врачей по гигиене детей и подростков детских поликлиник и содержат алгоритм оценки качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях.

Использование данных рекомендаций в практике работы школьного врача (фельдшера), медицинской сестры позволит в образовательной организации поддержать качество медицинских услуг, которые отвечают потребностям детей и подростков в отношении здоровья.

Федеральные рекомендации предназначены для работающих в отделениях организации медицинской помощи детям в образовательных организациях, школьных администраторов образовательных организаций.

Федеральные рекомендации «Оценка качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях» 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**

Оценка качества медицинской помощи в школе; школьные службы здравоохранения; алгоритм оценки качества медицинской помощи обучающимся, критерий качества.

## **2. Список сокращений**

ОО – образовательные организации;

ОМПО – отделения медицинской помощи обучающимся;

ШСЗ – школьные службы здравоохранения.

## **3. Термины и определения**

Критерии качества медицинской помощи обучающимся – это показатели, определяющие желаемый или требуемый уровень качества (эффективности) медицинской помощи.

## **4. Краткая информация**

Системный подход к укреплению здоровья обучающихся обеспечивают школьные службы здравоохранения (school health services (ШСЗ)), обладающие



широкими возможностями в плане воздействия на многие показатели здоровья и развития детей и подростков [1, 2].

Доклад (2010 год) о результатах опроса, проведенного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), подтвердил доступность услуг ШСЗ в европейском регионе ВОЗ и выявил общие проблемы, с которыми сталкиваются европейские ШСЗ: нехватка персонала, неадекватность его обучения; отсутствие четкого разделения профессиональных обязанностей и задач между школьной медсестрой, школьным врачом и семейными врачами; структура и содержание ШСЗ не соизмеримы с потребностями школьников в отношении здоровья [3].

В 2014–2016 гг. Всероссийским обществом развития школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ) были гармонизированы европейские и российские подходы к теории и практике оценки оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях, разработаны национальная концепция оценки качества медицинской помощи обучающимся, а также алгоритм оценки качества организации медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях [4, 5].

Российская концепция стала основой для разработки алгоритма оценки качества оказания медицинской помощи обучающимся. Алгоритм оценки качества могут использовать, как медицинские организации и учреждения, так и образовательные организации.

Система оценки качества медицинской помощи обучающимся была апробирована в образовательных организациях разных регионов Российской Федерации.

В целом система оказания медицинской помощи обучающимся в обследованных образовательных организациях оценивается как удовлетворительная и позволяет в плановом порядке работать над повышением качества оказываемой медицинской помощи обучающимся. Во всех обследованных ОО регионов выявлены идентичные проблемы, определяющие недостаточное качество оказания медицинской помощи детям в школах. К ним относятся отсутствие современной региональной нормативно-правовой базы; дефицит кадров, недостаточное оснащение медицинских блоков школ; неадекватный потребностям детей и общества перечень медицинских услуг, оказываемых в школах; низкая информатизация школьных служб здравоохранения [6, 7].

Оценка качества медицинской помощи обучающимся в школе является важным этапом в работе по её совершенствованию, разработке дорожных карт медицинских организаций по медицинскому обеспечению детей в образовательных организациях.

## **5. Алгоритм оценки качества медицинского обеспечения обучающихся в образовательных организациях**

Критерии качества медицинской помощи обучающимся для измерения эффективности работы отделения медицинской помощи обучающимся (ОМПО):

*Критерий качества 1.* Наличие региональной нормативной базы в сфере здравоохранения и образования, основанной на правах ребенка и определяющей содержание и условия предоставления медицинской помощи обучающимся в ОО.

*Критерий качества 2.* ОМПО благожелательны по отношению к детям и подросткам: обеспечивают социальную справедливость, доступность, доброжелательность, адекватность и эффективность медицинской помощи. Во взаимодействии с родителями ОМПО также благожелательны и доступны.

*Критерий качества 3.* ОМПО располагают помещениями, оснащением, кадрами на уровне не ниже рекомендованного Минздравом России. Организация и управление работой ОМПО позволяют достигать поставленных целей.

*Критерий качества 4.* Сотрудничество ОМПО с учителями, администрацией школы, родителями и детьми, медицинскими организациями по месту жительства детей, а также с членами местных общественных организаций и отдельными заинтересованными лицами, территориальными отделениями РОШУМЗ на основе четко определенных соответствующих полномочий.

*Критерий качества 5.* Работники ОМПО имеют четко обозначенные должностные обязанности, адекватные знания и умения, а также приверженность обеспечению качества оказания медицинской помощи обучающимся.

*Критерий качества 6.* Определен перечень услуг ОМПО, основанный на приоритетных задачах общественного здравоохранения, подкрепленный научными знаниями, охватывающий как популяционные, так и индивидуальные потребности обучающихся.

*Критерий качества 7.* Существует система безопасного хранения, управления и использования индивидуальных медицинских данных, мониторинга тенденций в состоянии здоровья детей, оценки качества работы ОМПО, в том числе структуры отделения, и возможность исследовательской (научной) деятельности.

Для оценки качества медицинской помощи в образовательной организации проводится аудит, предполагающий работу врача (специалиста-эксперта) в школе в течение не менее 1 дня. При этом представителям администрации школы и медицинской организации, всем заинтересованным сотрудникам (заведующие ОМПО, завучи школ, классные руководители и т. д.) необходимо разъяснить цели предстоящей работы, а также отсутствие каких-либо административных последствий по результатам аудита. Проведение аудита подразумевает оценку следующих сфер деятельности ОМПО (Приложение Б1):

- Наличие региональной нормативной база в сфере здравоохранения и образования (1 показатель).
- ОМПО благожелательны по отношению к детям и подросткам: обеспечивают социальную справедливость, доступность, доброжелательность, адекватность и эффективность медицинской помощи. Во взаимодействии с родителями ОМПО также благожелательны и доступны (23 показателя).
- ОМПО располагают помещениями, оснащением, кадрами на уровне не ниже рекомендованного Минздравом России. Организация и управление работой ОМПО позволяют достигать поставленных целей (62 показателя). По Алгоритму оценки качества медицинской помощи врач (специалист-эксперт) оценивает наличие и использование необходимого оборудования в медицинском блоке школы
- Сотрудничество ОМПО с учителями, администрацией школы, родителями и детьми, медицинскими организациями по месту жительства детей, а также с

членами местных общественных организаций и отдельными заинтересованными лицами, территориальными отделениями РОШУМЗ на основе четко определенных соответствующих полномочий (18 показателей).

- Работники ОМПО имеют четко обозначенные должностные обязанности, адекватные знания и умения, а также приверженность обеспечению качества оказания медицинской помощи обучающимся (17 показателей).

- Определен перечень услуг ОМПО, основанный на приоритетных задачах общественного здравоохранения, подкрепленный научными знаниями, охватывающий как популяционные, так и индивидуальные потребности обучающихся (24 показателя).

- Существует система безопасного хранения, управления и использования индивидуальных медицинских данных, мониторинга тенденций в состоянии здоровья детей, оценки качества работы ОМПО, в том числе структуры отделения, и возможность исследовательской (научной) деятельности (6 показателей).

По результатам аудита заполняется Протокол оценки качества медицинской помощи с последующим расчетом среднего балла по обследованной образовательной организации (Приложение Б1).

При заполнении протокола необходимо отметить наличие или отсутствие конкретного показателя знаком 0 (отсутствие) или 1 (наличие). Затем для каждого критерия определяется балл (0, 1, 2, 3) в зависимости от количества показателей, содержащихся в критерии: 0 – полное отсутствие соответствующих показателей; 1 – установлено наличие менее  $\frac{1}{4}$  показателей, содержащихся в критерии; 2 балла – установлено наличие от  $\frac{1}{4}$  показателей до  $\frac{3}{4}$  показателей, содержащихся в критерии; 3 – установлено наличие  $\frac{3}{4}$  и более показателей, содержащихся в критерии.

Баллы по 7 критериям качества суммируются (Приложение Б2), и вычисляется средний балл по обследованной образовательной организации. Средний балл менее единицы свидетельствует практически об отсутствии системы оказания медицинской помощи обучающимся в образовательной организации. Средний балл от 1 до 1,5 требует оперативного вмешательства и устранения выявленных отрицательных показателей качества медицинской помощи обучающимся. 2 и более балла позволяют в плановом порядке работать над повышением качества медицинской помощи обучающимся в образовательной организации.

Бальная оценка позволяет в каждой школе оценить систему оказания медицинской помощи и обосновать вмешательства для совершенствования качества медицинской помощи обучающимся.

## **6. Форма учета результатов контроля**

Аудит образовательных организаций по вопросам качества оказания медицинской помощи может повысить эффективность взаимодействия медицинских работников ОМПО с администрацией школы и педагогическим персоналом, преемственность в работе по обмену информацией о здоровье несовершеннолетних с участковыми врачами педиатрами, обеспечить приверженность обеспечению качества оказания медицинской помощи обучающимся работников ОМПО.

Результаты оценки качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях могут быть представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты оценки качества медицинской помощи обучающимся  
в образовательных организациях

Критерии качества медицинской помощи	Регион 3, n=10			Средний балл по региону
	ОО1	...	ОО10	
Наличие региональной нормативной база в сфере здравоохранения и образования, основанной на правах ребенка и определяющей содержание и условия предоставления медицинской помощи обучающимся в ОО.				
ОМПО благожелательны по отношению к детям и подросткам: обеспечивают социальную справедливость, доступность, доброжелательность, адекватность и эффективность медицинской помощи. Во взаимодействии с родителями ОМПО также благожелательны и доступны.				
ОМПО располагают помещениями, оснащением, кадрами на уровне не ниже рекомендованного Минздравом России. Организация и управление работой ОМПО позволяют достигать поставленных целей.				
Сотрудничество ОМПО с учителями, администрацией школы, родителями и детьми, медицинскими организациями по месту жительства детей, а также с членами местных общественных организаций и отдельными заинтересованными лицами.				
Работники ОМПО имеют четко обозначенные должностные обязанности, адекватные знания и умения, а также приверженность обеспечению качества оказания медицинской помощи обучающимся.				
Определен перечень услуг ОМПО, основанный на приоритетных задачах общественного здравоохранения, подкрепленный научными знаниями, охватывающий как популяционные, так и индивидуальные потребности обучающихся.				
Существует система безопасного хранения, управления и использования индивидуальных медицинских данных, мониторинга тенденций в состоянии здоровья детей, оценки качества работы ОМПО, в том числе структуры отделения, и возможность исследовательской (научной) деятельности				
<b>Средний балл</b>				

## 7. Показания для применения

Рекомендуется использовать Федеральные рекомендации «Оценка качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях» для оценки качества оказания медицинской помощи обучающимся как самими медицинскими организациями и учреждениями, так и в форме независимого аудита качества оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях<sup>1</sup>.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1в).

Комментарии: *противопоказаний – нет.*

## 8. Материально-техническое обеспечение профилактики

Рабочее место, оборудованное офисной мебелью, ПК/ЭМ, доступом в сеть интернет. Материально-техническое обеспечение 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.

## 9. Список литературы

1. Кучма В.Р. Модель организации медицинской помощи обучающимся. Российский педиатрический журнал; 2014. Т. 17; 6: 40–44.
2. Кучма В.Р. Роль гигиенической науки в профилактике болезней и состояний детей, обусловленных обучением и воспитанием. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2015; 3: 4–9.
3. Соколова С.Б. Европейские школьные службы здравоохранения. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2016; 1: 53–60.
4. Соколова С.Б., Кучма В.Р. Концепция оценки качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Здоровье населения и среда обитания. 2016; 8: 8–12.
5. Кучма В.Р., ред. Гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике оценки качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Концепция оценки качества медицинской помощи обучающимся: Руководство. М.: НЦЗД Минздрава России; 2016. 85 с.
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. Том 72; 3: 180–95.
7. Кучма В.Р., Макарова А.Ю., Рапопорт И.К. Состояние медицинского обеспечения детей в образовательных организациях. Вопросы школьной и университетской медицины. 2017; 2: 37– 45.

---

<sup>1</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 мая 2018 г. № 221 «Об организации работ по независимой оценке качества условий оказания услуг медицинскими организациями»

## **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.
- Гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике оценки качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Концепция оценки качества медицинской помощи обучающимся: Руководство (Кучма В.Р., ред.) М.: НЦЗД Минздрава России; 2016. 85 с.
- Соколова С.Б., Кучма В.Р. Концепция оценки качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Здоровье населения и среда обитания. 2016; 8: 8–12.
- Баранов А.А., Кучма В.Р., Ануфриева Е.В., Соколова С.Б., Скоблина Н.А, Вирабова А.Р., Макарова А.Ю., Трофименко Е.В., Квилинский П.Н., Сапунова Н.О. Оценка качества медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Вестник РАМН. 2017. Т. 72; 3: 180–94.

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

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

### **Экономический анализ:**

Наличие общей стратегии для преодоления проблем по обеспечению оказания медицинской помощи обучающимся в ОО, которая должна включать образование медицинских работников, определение основных видов медицинской помощи, оказываемых в школах, развитие материально технической базы медицинских блоков школ и усиление экспертно-аналитической работы в медицинских и педагогических организациях, существенно снизит 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 рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же 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 рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которые дали комментарии, прежде всего, о доходчивости и точности 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***

1. Указ Президента Российской Федерации от 1.06.1992 г. № 543 «О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е гг.»
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 мая 2018 г. № 221 «Об организации работ по независимой оценке качества условий оказания услуг медицинскими организациями».
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 медицинской помощи обучающимся. Available et: <http://niigd.ru/okazanie-medicinskoj-pomoshhi-v-obrazovatelnyx-organizaciyax/protokoly-okazaniya-pmsp-nesovershennoletnim-obuchayushhimsya-v-obrazovatelnyx-organizaciyax.html>



### **Приложение Б1. Алгоритм оценки качества оказания медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях**

Целесообразно перед заполнением протокола оценки качества медицинской помощи обучающимся в ходе визуального осмотра образовательной организации выяснить мнения обучающихся, сотрудников ОО, медицинских работников и родителей по следующим вопросам:

#### **к обучающимся**

Вы знаете, какую помощь можете получить в медицинском кабинете школы?

Вам приходится долго ожидать получения медицинской помощи, когда Вы приходите в медицинский кабинет школы?

Медики относятся к Вам и другим детям с заботой и уважением?

Они не распространяют посторонним медицинскую информацию о Вас?

Медики сотрудничают с Вами по вопросам планирования мероприятий по укреплению здоровья обучающихся?

#### **к сотрудникам ОО**

Медицинские работники дают Вам рекомендации, консультации для подготовки занятий по вопросам сохранения и укрепления здоровья?

Медицинские работники сами проводят занятия по вопросам сохранения и укрепления здоровья?

Время работы медицинского кабинета удобно для Вас?

Медики сотрудничают с Вами по вопросам планирования мероприятий по укреплению здоровья обучающихся?

к медицинским работникам

Вы даёте рекомендации, консультации учителям для подготовки занятий по вопросам сохранения и укрепления здоровья?

Вы сами проводите занятия по вопросам сохранения и укрепления здоровья?

Вам доступно постдипломное (включая последующую медицинскую специализацию) профессиональное обучение в области охраны здоровья обучающихся? Когда, где и сколько часов Вы последний раз обучались?

Вы имеете доступ к новейшей информации? Приведите примеры, пожалуйста.

#### **к родителям**

Вы информированы медицинскими работниками о медицинской помощи обучающимся в ОО?

Удобное ли время работы медицинского кабинета школы?

Медики сотрудничают с Вами по вопросам планирования мероприятий по укреплению здоровья обучающихся?

При заполнении протокола в таблице необходимо отметить наличие или отсутствие конкретного показателя знаком: 0 (отсутствие) или 1 (наличие).

Затем для каждого критерия определяется балл: 0, 1, 3. 0 – полное отсутствие соответствующих показателей; 1 – установлено наличие менее  $\frac{1}{4}$  показателей, содержащихся в критерии; 2 балла – установлено наличие от  $\frac{1}{4}$  показателей до  $\frac{3}{4}$  показателей, содержащихся в критерии; 3 – установлено наличие  $\frac{3}{4}$  и более показателей, содержащихся в критерии. Баллы по 7 критериям суммируются и вычисляется средний балл по обследованной образовательной организации.

Средний балл менее единицы свидетельствует практически об отсутствии системы оказания медицинской помощи обучающимся в образовательной орга



низации. Средний балл от 1 до 1,5 требует оперативного вмешательства и устранения выявленных отрицательных показателей качества медицинской помощи обучающимся. 2 и более балла позволяют в плановом порядке работать над повышением качества медицинской помощи обучающимся в образовательной организации.

## ПРОТОКОЛ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

Образовательная организация \_\_\_\_\_

Адрес ОО \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

ФИО (полностью) директора \_\_\_\_\_

Общее количество обучающихся в ОО \_\_\_\_\_

Общее количество классов \_\_\_\_\_ и классных комнат \_\_\_\_\_

Медицинская организация, закреплённая за ОО \_\_\_\_\_

ФИО (полностью) главного врача МО \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

ФИО (полностью) заведующего ОМПО \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

ФИО (полностью) школьного врача \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

№	Критерий качества	Отметка
1.1	<b>Критерий качества 1</b> Наличие региональной нормативной база в сфере здравоохранения и образования, основанной на правах ребенка и определяющей содержание и условия предоставления медицинской помощи обучающимся в ОО.	
	<b>Критерий качества 2</b> ОМПО благожелательны по отношению к детям и подросткам: обеспечивают социальную справедливость, доступность, доброжелательность, адекватность и эффективность медицинской помощи. Во взаимодействии с родителями ОМПО также благожелательны и доступны.	
2.1	<b>Социальная справедливость</b> Медицинская помощь, предоставляемая ОМПО, оказывается всем обучающимся вне зависимости от их социального статуса	
	Медицинская помощь, предоставляемая ОМПО, оказывается всем обучающимся вне зависимости от их социального статуса.	

№	Критерий качества	Отметка
2.2	Медицинский персонал ОМПО относится ко всем детям и подросткам с одинаковой заботой и уважением, независимо от их социального положения <sup>2</sup> .	
2.3	Другой персонал ОМПО относится ко всем детям и подросткам с одинаковой заботой и уважением, независимо от их социального положения.	
	<b>Доступность</b> Медицинская помощь, оказываемая персоналом ОМПО бесплатно	
2.5	ОМПО предлагают удобные часы работы <sup>2</sup> .	
2.6	Обеспечено ежедневное присутствие медицинского персонала в ОО.	
2.7	Обучающиеся хорошо информированы о медицинских услугах, доступных для них, и процедурах доступа к ним <sup>2</sup> .	
2.8	Родители осведомлены о тех преимуществах, которые дети и подростки получают, имея доступ к школьным медицинским услугам, и поддерживают оказание этих услуг <sup>2</sup> .	
2.9	Медицинская помощь обучающимся может оказываться выездными бригадами медицинских работников.	
2.10	<b>Доброжелательность</b> ОМПО декларирует и обеспечивает конфиденциальность <sup>2</sup>	
2.11	ОМПО обеспечивают проведение медицинских осмотров и процедур в специально отведенном для этого помещении.	
2.12	Медицинские работники ОМПО относятся к обучающимся без осуждения, деликатно, доброжелательно, с должным вниманием; способны с ними легко установить контакт.	
2.13	Работники ОМПО обеспечивают краткий период ожидания консультации медицинского работника по предварительной записи <sup>2</sup> .	
2.14	Работники ОМПО обеспечивают краткий период ожидания консультации медицинского работника при непосредственном обращении учащихся <sup>2</sup> .	
2.15	Работники ОМПО обеспечивают оперативное направление на оказание специализированной медицинской помощи в случае необходимости <sup>2</sup> .	
2.16	Помещения медицинского блока ОО соответствуют установленным санитарно-эпидемиологическим нормам и правилам и установленным требованиям для осуществления медицинской деятельности.	

<sup>2</sup> Здесь и далее – показатель, о котором необходимо спросить обучающихся, их родителей и медицинских работников.

№	Критерий качества	Отметка
2.17	ОМПО имеет и использует различные пути и средства для проведения просветительской работы, гигиенического воспитания обучающихся.	
2.18	Обучающиеся подростки активно привлекаются к разработке и оценке медицинских услуг в ОО <sup>2</sup> .	
2.19	<b>Адекватность медицинских услуг</b> Медицинская помощь обучающимся удовлетворяет потребности всех обучающихся либо в ОМПО, либо врачами-специалистами, к которым учащиеся направляются.	
2.20	<b>Эффективность</b> Медицинский персонал ОМПО обладает необходимой компетентностью для работы с детьми, подростками и их семьями, а также для предоставления им медицинской помощи, в которой они реально нуждаются.	
2.21	ОМПО использует рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся, разработанные и утвержденные в соответствии с Российским законодательством и приказами Минздрава России <sup>3</sup> .	
2.22	Персонал ОМПО способен уделять достаточно времени для эффективной работы с детьми и подростками <sup>2</sup> .	
2.23	ОМПО располагают необходимым оснащением, расходными материалами и основными ресурсами для оказания необходимых услуг	
	<b>Критерий качества 3</b> ОМПО располагают помещениями, оснащением, кадрами на уровне не ниже рекомендованного Минздравом России. Организация и управление работой ОМПО позволяют достигать поставленных целей.	
	<b>Помещения и оснащение</b> Медицинский блок соответствует требованиям СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения, содержания в общеобразовательных организациях» <sup>4</sup> :	
3.1	Помещения медицинского назначения размещены на первом этаже	
3.2	Кабинет врача длиной 7 м, площадью не менее 21 м <sup>2</sup> . размещены на первом этаже	
3.3	Процедурный кабинет, площадью не менее 14 м <sup>2</sup>	
3.4	Прививочный кабинет, площадью не менее 14 м <sup>2</sup>	
3.5	Помещение для приготовления дезинфицирующих растворов и хранения уборочного инвентаря, площадью не менее 4 м <sup>2</sup>	
3.6	Туалет	
3.7	При оборудовании стоматологического кабинета его площадь не менее 12 м <sup>2</sup>	

<sup>3</sup> Указать сколько ФР РОШУМЗ есть и используются в ОМПО

<sup>4</sup> Ранее построенные ОО эксплуатируются в соответствии с проектом

№	Критерий качества	Отметка
3.8	Кабинет педагога-психолога	
3.9	Кабинет учителя-логопеда	
	<b>Оснащение медицинского кабинета</b> соответствует «Стандарту оснащения медицинского блока отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в ОО» (Приложение № 3 к Порядку оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в ОО, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 05.11.2013 № 822н):	
3.10	Весы медицинские, 1 шт.	
3.11	Ростомер или антропометр, 1 шт.	
3.12	Тонометр с возрастными манжетами, 2 шт.	
3.13	Стетофонендоскоп, 2 шт.	
3.14	Секундомер, 2 шт.	
3.15	Динамометр кистевой 2-х видов (для детей разных возрастных групп), 4 шт.	
3.16	Плантограф, 1 шт.	
3.17	Оториноскоп с набором воронок, 1 шт.	
3.18	Смокелайзер, 1 комплект	
3.19	Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, 1 комплект	
3.20	Холодильник, 2 шт.	
3.21	Бактерицидный облучатель воздуха	
3.22	Бактерицидный облучатель воздуха (переносной), 1 шт.	
3.23	Аппарат рота с таблицей Сивцева-Орловой, 1 шт.	
3.24	Комплект воздухопроводов для искусственного дыхания «рот в рот», 1 шт.	
3.25	Аппарат искусственной вентиляции легких Амбу (мешок Амбу), 1 шт.	
3.26	Жгут кровоостанавливающий резиновый, 2 шт.	
3.27	Носилки, 2 шт.	
3.28	Травматологическая укладка, 1 комплект	
3.29	Зонды желудочные разных размеров, 4 шт.	
3.30	Термоконтeйнер для транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов, 1 шт.	
3.31	Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных материалов для оказания неотложной медицинской помощи, 1 комплект	
3.32	Стол рабочий, 2 шт.	
3.33	Стул, 6 шт.	

№	Критерий качества	Отметка
3.34	Кушетка, 2 шт.	
3.35	Ширма медицинская, 2 шт.	
3.36	Шкаф медицинский для хранения лекарств, 1 шт.	
3.37	Шкаф для хранения медицинской документации, 1 шт.	
3.38	Стол медицинский, 1 шт.	
3.39	Столик инструментальный, 1 шт.	
3.40	Столик манипуляционный, 1 шт.	
3.41	Лампа настольная, 2 шт.	
3.42	Бикс большой, 2 шт.	
3.43	Бикс малый, 2 шт.	
3.44	Пинцет, 4 шт.	
3.45	Корцанг, 4 шт.	
3.46	Ножницы, 2 шт.	
3.47	Персональный компьютер, 1 шт.	
3.48	Доступ у ПК к Интернету	
3.49	Принтер, 1 комплект	
3.50	Калькулятор, 2 шт.	
3.51	Сейф для хранения медикаментов, 1 шт.	
3.52	Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни (по числу классов)	
3.53	Комнаты медицинского блока расположены таким образом, чтобы обеспечить право учащихся на личное пространство и конфиденциальность.	
3.54	Лекарственные средства экстренного назначения хранятся и расходуются надлежащим образом.	
3.55	Другое оборудование (указать какое и сколько единиц).	
3.56	<b>Укомплектованность кадрами</b> Укомплектование кадрами ОМПО происходит в соответствии с числом несовершеннолетних обучающихся во всех образовательных организация и объемом работы, обозначенным в перечне услуг медицинской помощи обучающимся в ОО.	
3.57	Приём на работу персонала производится непосредственно для предоставления услуг, обозначенных в перечне услуг медицинской помощи обучающимся в ОО.	
3.58	Персоналу предоставляется время для собственного профессионального развития, клинического наблюдения и исследовательской (научной) работы.	
3.59	Персонал ОМПО обеспечивается адекватной оплатой труда.	
3.60	<b>Система управления данными</b> на базе персонального компьютера с обязательным подключением к Интернету имеются легко доступные, удобные в обращении электронные средства для ведения и хранения медицинских записей, способствующие эффективной коммуникации.	

№	Критерий качества	Отметка
3.61	<p><b>Прочее</b> В распоряжении учащихся имеются современные печатные учебные материалы по сохранению и укреплению здоровья.</p>	
3.62	<p>В распоряжении родителей имеются современные печатные учебные материалы по сохранению и укреплению здоровья.</p>	
	<p><b>Критерий качества 4</b> Сотрудничество ОМПО с учителями, администрацией школы, родителями и детьми, медицинскими организациями по месту жительства детей, а также с членами местных общественных организаций и отдельными заинтересованными лицами, территориальными отделениями РОШУМЗ на основе четко определенных соответствующих полномочий.</p>	
4.1	<p><b>Сотрудничество с учителями, администрацией школы</b> Руководство школы и педагогический персонал оказывают поддержку в работе персонала ОМПО: - выделяет в школьном расписании время для предоставления услуг ОМПО</p>	
4.2	<p>- проводят информационную работу с родителями и обучающимися по вопросам сохранения и укрепления здоровья и медицинской помощи обучающимся.</p>	
4.3	<p>Информация о персонале ОМПО размещена на доске объявлений школы.</p>	
4.4	<p>При организации медицинских осмотров (скринингов) и оказании обучающимся медицинской помощи в плановом порядке оказывает содействие в информировании несовершеннолетних или их родителей (законных представителей) в оформлении информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство или их отказов от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства.</p>	
4.5	<p>Работники ОМПО участвуют в разработке учебных планов для учащихся с медицинскими проблемами, оказывающими влияние на их школьную успеваемость<sup>2</sup>.</p>	
4.6	<p>Работники ОМПО принимают участие в разработке мер политики школы в сфере охраны здоровья и мероприятий, направленных на укрепление здоровья детей<sup>2</sup>.</p>	
4.7	<p>Медицинские работники ОМПО дают рекомендации, консультации для учителей, которые в рамках школьной программы проводят с обучающимися занятия по вопросам сохранения и укрепления здоровья<sup>2</sup>.</p>	
4.8	<p>Медицинские работники ОМПО сами проводят занятия с обучающимися по вопросам сохранения и укрепления здоровья<sup>2</sup>.</p>	
4.9	<p>Работники ОМПО привлекаются к участию в решении санитарно-гигиенических вопросов в школе.</p>	

№	Критерий качества	Отметка
4.10	<b>Сотрудничество с родителями и детьми</b> Работники ОМПО информируют родителей о медицинской помощи обучающимся в ОО <sup>2</sup> .	
4.11	Работники ОМПО информируют детей о медицинской помощи обучающимся в ОО <sup>2</sup> .	
4.12	Работники ОМПО разрабатывают и имеют планы мероприятий по укреплению здоровья обучающихся.	
4.13	Работники ОМПО при сотрудничестве с родителями разрабатывают планы мероприятий по укреплению здоровья обучающихся <sup>2</sup> .	
4.14	Работники ОМПО при сотрудничестве с детьми разрабатывают планы мероприятий по укреплению здоровья обучающихся <sup>2</sup> .	
4.15	Работники ОМПО при сотрудничестве с администрацией школы разрабатывают планы мероприятий по укреплению здоровья обучающихся <sup>2</sup> .	
4.16	<b>Сотрудничество с местными организациями</b> Медицинские работники ОМПО проводят работу по определению партнеров (медицинские, образовательные, спортивные, общественные организации, в том числе отделения РОШУМЗ, волонтерские организации, органы надзора, некоммерческие и частные организации, фонды), оказывающие влияние на здоровье и благополучие детей.	
4.17	Работники ОМПО разрабатывают планы сотрудничества с партнерами с обозначением круга полномочий там, где это необходимо.	
4.18	Медицинские сотрудники ОМПО при наличии показаний, обеспечивая преемственность оказания медицинской помощи, направляют обучающегося в медицинскую организацию, на медицинском обслуживании которой находится несовершеннолетний.	
5.1	<b>Критерий качества 5</b> Работники ОМПО имеют четко обозначенные должностные обязанности по обеспечению качества оказания медицинской помощи обучающимся.	
5.2	Работники ОМПО имеют адекватные знания и умения по обеспечению качества оказания медицинской помощи обучающимся.	
5.3	Работники ОМПО имеют приверженность обеспечению качества оказания медицинской помощи обучающимся.	
5.4	<b>Механизмы, ресурсы и возможности</b> Имеются регламенты приема на работу в ОМПО обученного персонала, компетентного в сфере предоставления качественной медицинской помощи обучающимся	
5.5	Наличие механизмов для привлечения медицинских кадров к работе в ОМПО.	

№	Критерий качества	Отметка
5.6	Наличие механизмов для сохранения и повышения мотивации медицинских кадров к работе в ОМПО.	
5.7	Наличие сопоставимой с оплатой труда участковых педиатров.	
5.8	Наличие сопоставимой с оплатой труда медицинских сестер педиатрических участков.	
5.9	Организовано постдипломное (включая последующую медицинскую специализацию) и непрерывное профессиональное обучение в области охраны здоровья обучающихся.	
5.10	Доступно постдипломное (включая последующую медицинскую специализацию) и непрерывное профессиональное обучение в области охраны здоровья обучающихся.	
5.11	Разработаны и внедряются учебные планы и программы последипломного профессионального образования медицинских работников ОМПО.	
5.12	Регулярно обновляются учебные планы и программы последипломного профессионального образования медицинских работников ОМПО.	
5.13	Разработаны и внедряются специализированные учебные планы и программы последипломного профессионального образования медицинских работников ОМПО в связи с изменяющимися потребностями обучающихся, приоритетов региона, муниципалитета.	
5.14	Регулярно обновляются специализированные учебные планы и программы последипломного профессионального образования медицинских работников ОМПО в связи с изменяющимися потребностями обучающихся, приоритетов региона, муниципалитета.	
5.15	Работники ОМПО имеют доступ к новейшей информации.	
5.16	Осуществляется курация деятельности персонала ОМПО.	
5.17	Персонал ОМПО информируется о результатах наблюдения (курации) деятельности ОМПО.	
	<b>Критерий качества 6</b> Определен перечень услуг ОМПО, основанный на приоритетных задачах общественного здравоохранения, подкрепленный научными знаниями, охватывающий как популяционные, так и индивидуальные потребности обучающихся.	
	<b>Медицинское обеспечение обучающихся включает, как минимум следующие аспекты:</b> укрепление здоровья на индивидуальном и групповом/ популяционном уровнях в таких областях, как:	
6.1	- вопросы физического развития детей и подростков	
6.2	- вопросы социального развития детей и подростков	



№	Критерий качества	Отметка
6.3	- вопросы психо-эмоционального развития детей и подростков	
6.4	- питание детей	
6.5	- физическая активность детей	
6.6	- гигиена полости рта	
6.7	- употребление алкоголя	
6.8	- табакокурение	
6.9	- употребление наркотиков	
6.10	- сексуальное и репродуктивное здоровье	
6.11	- психическое здоровье и благополучие	
6.12	- профилактика травматизма и насилия;	
6.13	защита ребенка, в том числе от противоправных действий в отношении ребёнка;	
6.14	деятельность, направленная на повышение уровня санитарно-эпидемиологического благополучия ОО, в том числе связанного с состоянием внутри школьной среды, гигиены, санитарии, питания, вентиляции, освещения и состояния школьных помещений;	
	противоинфекционные мероприятия, в том числе	
6.15	допуск к занятиям после перенесённого заболевания при наличии справки врача-педиатра;	
6.16	регулярное выявление педикулеза (4 раза в год после каждых каникул и ежемесячно) <sup>5</sup> ;	
6.17	текущая дезинфекция при выявлении чесотки;	
6.18	контроль за индивидуальной и массовой иммунизацией;	
6.19	профессиональная гигиеническая подготовка и аттестация педагогических работников при трудоустройстве;	
6.20	медицинские книжки работников ОО установленного образца;	
6.21	раннее выявление медицинских и социальных проблем, в том числе состояний, которые оказывают влияние на обучение;	
6.22	услуги для детей с хроническими состояниями и особыми медицинскими потребностями с предоставлением консультирования на индивидуальном и школьном уровнях;	
6.23	осведомленность о потребностях наиболее уязвимых детей;	
6.24	раннее выявление проблем с гигиеной ротовой полости и своевременное направление к специалистам.	

<sup>5</sup> проводится выборочно (четыре-пять классов)

№	Критерий качества	Отметка
	<p><b>Критерий качества 7</b>                      Существует система безопасного хранения, управления и использования индивидуальных медицинских данных, мониторинга тенденций в состоянии здоровья детей, оценки качества работы ОМПО, в том числе структуры отделения, и возможность исследовательской (научной) деятельности.</p>	
7.1	<p><b>Система управления данными:</b>                      находится в соответствии с нормами защиты данных;</p>	
7.2	<p>позволяет осуществлять регулярный доступ к амбулаторным картам учащихся, в том числе электронным;</p>	
7.3	<p>обеспечивает доступ к информации, которая необходима в экстренном порядке, в том числе относительно иммунизации;</p>	
7.4	<p>способствует функционированию системы направления и преемственности оказания медицинской помощи, в том числе совместима с системами, используемыми в системе регионального здравоохранения;</p>	
7.5	<p>способствует на национальном, региональном и местном уровнях, определению того, по каким именно индикаторам необходимо направлять отчетность для содействия процессу принятия решений в сфере медицинской обеспечения обучающихся;</p>	
7.6	<p>способствует вкладу ОМПО в национальные и региональные научные исследования в сфере общественного здравоохранения.</p>	

**ПРОТОКОЛ**  
**Итоговой (интегральной) оценки качества**  
**оказания медицинской помощи обучающимся**

Критерии качества медицинской помощи	Общее по критерию	Факти-ческое в ОО	Балл по критерию	Примечания
Наличие региональной нормативной базы в сфере здравоохранения и образования, основанной на правах ребенка и определяющей содержание и условия предоставления медицинской помощи обучающимся в ОО				
ОМПО благожелательны по отношению к детям и подросткам: обеспечивают социальную справедливость, доступность, доброжелательность, адекватность и эффективность медицинской помощи. Во взаимодействии с родителями ОМПО также благожелательны и доступны				
ОМПО располагают помещениями, оснащением, кадрами на уровне не ниже рекомендованного Минздравом России. Организация и управление работой ОМПО позволяют достигать поставленных целей				
Сотрудничество ОМПО с учителями, администрацией школы, родителями и детьми, медицинскими организациями по месту жительства детей, а также с членами местных общественных организаций и отдельными заинтересованными лицами				
Работники ОМПО имеют четко обозначенные должностные обязанности, адекватные знания и умения, а также приверженность обеспечению качества оказания медицинской помощи обучающимся				
Определен перечень услуг ОМПО, основанный на приоритетных задачах общественного здравоохранения, подкрепленный научными знаниями, охватывающий как популяционные, так и индивидуальные потребности обучающихся				
Существует система безопасного хранения, управления и использования индивидуальных медицинских данных, мониторинга тенденций в состоянии здоровья детей, оценки качества работы ОМПО, в том числе структуры отделения, и возможность исследовательской (научной) деятельности				
<b>Сумма баллов по всем критериям</b>				
<b>Средний балл по всем критериям</b>				

**Заключение** \_\_\_\_\_

**Аудитор (подпись, расшифровка)** \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_



## **ГЛАВА 2**

### **ДИАГНОСТКА СОСТОЯНИЙ**



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

## **СКРИНИНГ-ОБСЛЕДОВАНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-1-2014

(версия 1.2)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Звездина И.В.,  
Храмцов П.И., Горелова Ж.Ю., Скоблина Н.А., Милушкина О.Ю.,  
Бокарева Н.А., Гуменюк О.И.*

Рекомендации «Скрининг-обследование обучающихся в образовательных организациях» содержат конкретные действия при оказании медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях в соответствии с Приказом Минздрава России от 05.11.2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» и включают необходимые сведения по скрининг-обследованию несовершеннолетних с целью раннего выявления отклонений в состоянии здоровья на доврачебном этапе профилактического осмотра, рациональной организации наблюдения за здоровьем, ростом и развитием детей и подростков, осуществления систематических профилактических и оздоровительных мероприятий, формирования здорового образа жизни.

Рекомендации «Скрининг-обследование обучающихся в образовательных организациях» предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинских организаций.

Рекомендации «Скрининг-обследование обучающихся в образовательных организациях» 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.
- Методическое пособие «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы». М.: Промедэк; 1993. 163 с.
- *Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях (ДиаПроф НИИГД). 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:**

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 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**

За прошедшие десятилетия повсеместно отмечено ухудшение здоровья несовершеннолетних, что подтверждается данными официальной статистики, результатами профилактических осмотров и научных исследований. 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, о состоянии здоровья организованных детских коллективов.

Проведение скрининг-обследований детей и подростков возлагается на сотрудников отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях – структурных подразделений детских медицинских организаций.

Скрининг-обследование несовершеннолетних в условиях образовательной организации осуществляется 1 раз в год средним медицинским персоналом перед проведением первого этапа профилактического медицинского осмотра.

Программа скрининг-обследования обучающихся направлена на выявление жалоб детей на расстройства со стороны различных систем организма, нарушений физического развития, а также на выявление начальных стадий формирования отклонений в состоянии костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем, зрительного и слухового анализаторов, репродуктивной системы.

Использование скрининг-обследования обеспечивает предварительное выделение детей и подростков, у которых наличие искомого тестом отклонения наиболее вероятно. Окончательный диагноз устанавливается педиатром и/или врачами-специалистами в результате первого и второго этапов профилактических медицинских осмотров в условиях медицинской организации.

### **3. Программа скрининг-обследования**

#### **Программа скрининг-обследования включает:**

1. Анкетный тест-опрос родителей детей в возрасте от 3 до 10 лет включительно и анкетный тест-опрос самих обучающихся в возрасте старше 10 лет. Опрос по формализованной анкете направлен на выявление жалоб детей и подростков, посещающих дошкольные и общеобразовательные организации и лиц, обучающихся в организациях начального и среднего профессионального образования. Опрос нацелен на выявление жалоб, характерных для нарушений со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой систем, а также типичных заболеваний ротоносоглотки и аллергических реакций и заболеваний.

2. Индивидуальную оценку физического развития детей и подростков, позволяющую выделить основные отклонения в развитии.

3. Измерение артериального давления для выявления гипертонических и гипотонических состояний.

4. Выявление нарушений осанки с помощью визуального исследования.

5. Выявление уплощения стоп и плоскостопия с помощью плантографии.

6. Исследование остроты зрения.

7. Выявление предмиопии (склонности к близорукости) с помощью теста Малиновского.

8. Выявление нарушений бинокулярного зрения с помощью теста Рейнеке.

9. Выявление скрытого косоглазия.

10. Выявление нарушений слуха с помощью шепотной речи.

#### **3.1. Анкетирование детей и их родителей**

Для повышения качества комплексных профилактических осмотров, более быстрого получения врачом анамнестических сведений и данных о возможных у ребенка жалобах и факторах риска необходимо на доврачебном этапе осмотра проводить анкетирование. Используются следующие анкеты:

1. Анкета для выявления жалоб детей в возрасте до 10 лет включительно заполняется родителями (Приложение 1). Эту же анкету для выявления жалоб подростки старше 10 лет заполняют самостоятельно (Приложение 2).

2. Анкеты раздает и собирает средний медицинский работник образовательной организации за несколько дней до проведения скрининг-обследования и передает их врачу, работающему в образовательной организации. Анкеты вкладываются в Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений

(форма № 26/у-2000) с тем, чтобы все врачи, участвующие в профилактическом осмотре, могли проанализировать имеющуюся информацию.

3. Анкета для оценки состояния менструальной функции у девушек-подростков представлена в Приложении 3.

4. Анкета для девочек-подростков для оценки состояния молочных желез представлена в Приложении 4.

5. В Приложении 5 «Алгоритмы направления к врачам-специалистам в зависимости от указанных в анкете жалоб ребенка» представлены рекомендации родителям по дальнейшему обследованию ребенка в зависимости от предъявляемых им жалоб. В большинстве случаев обследованию врачами-специалистами должно предшествовать обследование педиатром – школьным врачом или педиатром, ответственным за проведение профилактического осмотра. В отдельных случаях родители могут проконсультировать ребенка у врача-специалиста без предварительного обследования педиатром, например, у офтальмолога – при ухудшении зрения у ребенка, у травматолога-ортопеда – при болях в суставах, у акушера-гинеколога – при нарушениях менструальной функции или при возможной патологии молочных желез.

6. В Приложении 6 «Алгоритмы направления к врачам-специалистам в зависимости от жалоб девушек, указанных в анкете для оценки состояния менструальной функции и в анкете для оценки состояния молочных желез», представлены рекомендации родителям и самим девушкам по дальнейшему обследованию.

7. Анкеты для родителей для уточнения анамнеза заболеваний каждого ребенка и способствующие диагностике (Приложение 7) также раздаются родителям за несколько дней до скрининг-обследования и затем собираются средним медицинским работником. Указанные анкеты вкладываются в Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (формы № 26/у-2000) и передаются врачам перед началом профилактического осмотра.

8. Анкета для родителей детей в возрасте от 3 до 10 лет включительно, направленная на выявление факторов риска развития нарушений здоровья (нарушения режима дня, питания, чрезмерные дополнительные учебные нагрузки и др.), представлена в Приложении 8.

9. Анкета для учащихся, старше 10 лет, направленная на выявление факторов риска нарушений здоровья (нарушения режима дня, питания, курение, употребление алкоголя и др.), представлена в Приложении 9.

### **3.2. Индивидуальная оценка физического развития детей и подростков**

Систематическое наблюдение за ростом и развитием является важным звеном в системе контроля за состоянием здоровья подрастающего поколения. Физическое развитие детей и подростков – это состояние морфологических и функциональных свойств и качеств организма, а также уровень его биологического развития

Физическое развитие – это два взаимосвязанных процесса: роста и развития. Развитие – это морфологические и функциональные изменения, рост – увеличение длины и массы тела.

Подчиняясь биологическим закономерностям, физическое развитие зависит как от наследственной предрасположенности (включая морфо-функциональные особенности этноса), так и от климато-географических факторов и социально-экономических условий.

Ведущие показатели, отражающие состояние физического развития детей – длина и масса тела. Длина тела характеризует ростовые процессы, масса тела – развитие костно-мышечного аппарата, подкожно-жировой клетчатки, внутренних органов.

Использование комплексной методики оценки физического развития, которая определяет уровень биологического развития ребенка и оценивает гармоничность физического развития (морфофункциональное развитие), способствует ранней диагностике и профилактике функциональных отклонений и хронических заболеваний.

Обследование каждого ребенка начинается с установления его календарного возраста на момент обследования так, как это принято в медицинской практике. Например, к 8-летним относят детей в возрасте от 7 лет 6 мес. до 8 лет 5 мес. 29 дней и т. д.

Среди школьников одного класса могут встречаться лица двух, а то и трех различных возрастов. Оценивать их физическое развитие нужно по разным нормативам.

Длина тела измеряется при помощи ростомера: ребенок становится спиной к стойке ростомера, касаясь ее пятками, ягодицами и межлопаточной областью, голова ребенка находится в положении, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха расположены в одной горизонтальной плоскости, горизонтальная линейка подводится к наиболее высокой точке головы, точность измерения до 0,5 см. Необходимо соблюдать следующие требования: измерения проводятся на раздетом ребенке, который стоит по «стойке смиренно»; медицинский работник находится справа или спереди от ребенка; исследования проводятся в первую половину дня в теплом, светлом помещении; антропометрический инструментарий должен быть стандартизованным, метрологически поверенным, легко подвергаться обработке дезсредствами.

Масса тела измеряется путем взвешивания на медицинских весах: ребенок стоит на середине весовой площадки, лицом к медицинскому работнику, точность измерения до 100 г.

Соматоскопическое обследование включает визуальную оценку стадии полового развития.

Стадии развития волосяного покрова на лобке:  $P_0$  – отсутствие волос;  $P_1$  – единичные короткие волосы;  $P_2$  – волосы в центре лобка, густые, длинные;  $P_3$  – волосы на всем треугольнике лобка, густые, длинные;  $P_4$  – волосы на всем треугольнике лобка, густые, длинные, распространяются на внутреннюю поверхность бедер и вверх по белой линии живота (мужской тип оволосения).

Стадии развития волосяного покрова в подмышечной впадине:  $Ax_0$  – отсутствие волос;  $Ax_1$  – единичные волосы;  $Ax_2$  – волосы в центре впадины, хорошо выражены;  $Ax_3$  – волосы по всей подмышечной области, густые.

Стадии развития молочных желез:  $Ma_0$  – детская стадия;  $Ma_1$  – железы не выделяются, сосок приподнят над околососковым кружком;  $Ma_2$  – околососковый кружок увеличен, вместе с соском образует конус, железы несколько выделяются;  $Ma_3$  – железы поднимаются на большом участке, сосок и околососковый кружок сохраняют форму конуса;  $Ma_4$  – женская стадия, сосок приподнимается над околососковым кружком, железы принимают размеры и форму, свойственные взрослой женщине.

Возраст *menarche* определяется по результатам опроса *status quo*. Стадия полового развития обозначается общей формулой (например,  $Ax_1P_1$  для мальчиков и  $Ma_1Ax_1P_1$  для девочек). У девочек с 10 лет к формуле добавляются данные о наличии или отсутствии менструаций ( $Me+$ ,  $Me-$ ).

Для младших школьников проводится осмотр зубов и составление зубной формулы. К 12–13 годам все молочные зубы выпадают, в прикусе остаются постоянные зубы. Прорезывание постоянных зубов начинается в 5–6 лет и заканчивается к 15–18 годам, 8-е зубы могут прорезываться в более старшем возрасте или отсутствовать вообще. Вначале прорезываются первые моляры, затем резцы, первые премоляры, клыки, вторые премоляры, вторые моляры, а затем 8-е зубы «мудрости», общее количество постоянных зубов 32. На верхней и нижней челюсти справа и слева соответственно по 2 резца, 1 клыку, 2 малых коренных, 2 больших коренных и 1 большой коренной зуб «мудрости». Соответствующие молочные и постоянные зубы по форме не отличаются друг от друга, но молочные зубы меньше по размерам и к моменту завершения рассасывания их корней имеют стертые резцовые края и жевательные поверхности. Прорезавшиеся постоянные зубы характеризуются наличием зубчиков по краю резцов и выраженными бугорками на поверхности малых и больших коренных зубов. При осмотре определяется количество молочных и постоянных зубов.

Мышечную силу кисти определяют при помощи ручного динамометра. Ребенок стоит прямо, отведя правую руку немного вперед и в сторону, кистью руки обхватывает динамометр и максимально сжимает его по команде. Измерение проводят три раза, регистрируется максимальный результат в килограммах (кг).

Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) определяется при помощи сухого спирометра. Ребенок берет спирометр с «разовым» (или многоразовым продезинфицированным) мундштуком в правую руку, делает глубокий вдох и, плотно захватывая губами мундштук, выдыхает в него воздух. Измерение проводят три раза, регистрируется максимальный результат в литрах (мл).

### **Методика комплексной оценки физического развития.**

Оценка физического развития ребенка проводится путем сравнения его показателей с региональными возрастными-половыми нормативами, разрабатываемыми на основании модифицированных шкал регрессии массы тела по длине тела. Сроки пересмотра нормативов, учитывая трудоемкость сбора первичного материала, могут составлять 15–20 лет. Субъекты Российской Федерации, не имеющие собственных нормативов, могут использовать разработки регионов, схожих по климато-географическим, социально-экономическим условиям, особенностям этноса.

### **Оценка физического развития школьников проводится по схеме 1.**

Оценка начинается с определения уровня биологического развития ребенка (Приложение 10). У младших школьников биологическое развитие оценивают по длине тела и количеству постоянных зубов, у детей среднего школьного возраста – по длине тела, показателям полового созревания и годовых прибавок длины тела, у старших школьников – по показателям полового созревания. Наибольшее внимание следует уделять развитию молочной железы (Ma) и оволосению лобка (P). Оволосение подмышечных впадин (Ax) – наиболее вариабельный и менее надежный показатель. Показатели оценивают в комплексе, отставание или опережение обосновано по большинству показателей.

### **Варианты оценки уровня биологического развития:**

1. Соответствует календарному (паспортному) возрасту ( $b=p$ ).
2. Отстает от календарного (паспортного) возраста ( $b < p$ ).

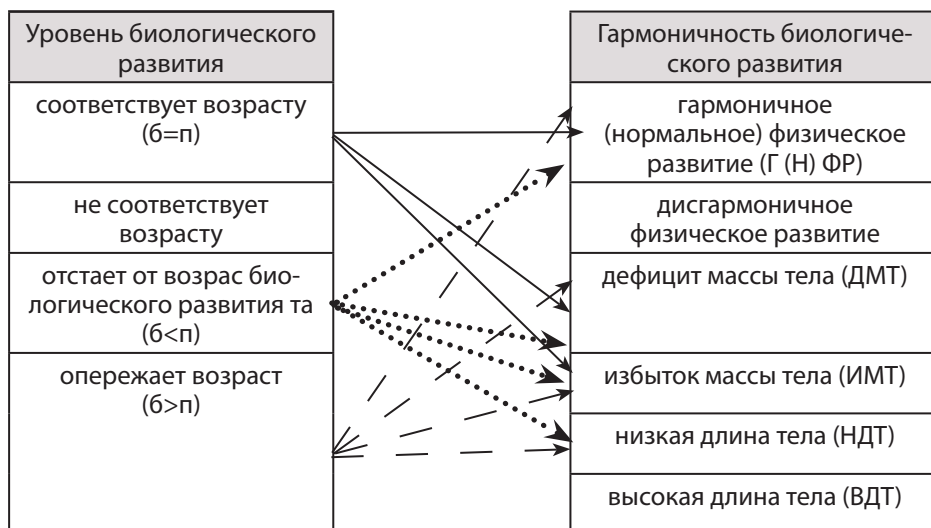


Схема 1. Оценка физического развития

3. Опережает календарный (паспортный) возраст (б>п).

Далее оценивается гармоничность физического развития ребенка. Региональные возрастно-половые нормативы включают диапазон нормальных колебаний массы тела с учетом типа телосложения для конкретных вариантов длины тела.

#### Варианты оценки гармоничности физического развития:

1. Гармоничное (нормальное) физическое развитие (Г(Н)ФР) – масса тела в пределах от  $M-1\sigma R$  до  $M+2\sigma R$  относительно длины тела.

2. Дисгармоничное физическое развитие за счет дефицита массы тела (ДМТ) – масса тела ниже  $M-1,1\sigma R$  относительно длины тела.

3. Дисгармоничное физическое развитие за счет избытка массы тела (ИМТ) – масса тела выше  $M+2,1\sigma R$  относительно длины тела.

4. Дисгармоничное физическое развитие за счет низкой длины тела (НДТ) – при длине тела меньше минимальных значений, указанных в таблице (при  $M \leq M-2,1\sigma$ ).

5. Дисгармоничное физическое развитие за счет высокой длины тела (ВДТ) – длина тела больше максимальных значений, указанных в таблице (при  $M \geq M+2,1\sigma$ ).

Значения функциональных показателей (мышечная сила кисти, ЖЕЛ) оцениваются с помощью возрастно-половых нормативов (Приложение 11). Варианты оценки функциональных показателей:

1. Средние.
2. Ниже среднего.
3. Выше среднего.

Общее заключение о физическом развитии ребенка складывается из оценки уровня биологического развития и оценки гармоничности физического развития. Оцениваются так же функциональные показатели.

При выявленном дисгармоничном физическом развитии за счет низкой длины тела, высокой длины тела, избытка массы тела ребенку необходима консультация эндокринолога. Детей с дефицитом массы тела должен наблюдать педиатр, по показаниям – обследовать гастроэнтеролог, при подозрении на нервную анорексию – психиатр.

В соответствии с Приказом 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»<sup>#</sup> в зависимости от показателей физического развития дети могут быть отнесены к следующим группам:

1. I группа здоровья – здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений;

2. II группа здоровья – несовершеннолетние:

- у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения: дефицит массы тела или избыток массы тела до стадии ожирения;
- с общей задержкой физического развития при отсутствии заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития).

### **3.3. Измерение артериального давления для выявления гипертонических и гипотонических состояний**

Для получения объективной оценки артериального давления необходимо строгое соблюдение требований к процедуре и условиям измерения артериального давления (АД). Артериальное давление измеряют с помощью тонометра. Точность измерения АД необходимо сверять с показаниями ртутного прибора. При измерении АД у подростков 12 лет и старше используют взрослую манжету (13x26 см). У дошкольников и младших школьников артериальное давление измеряется с помощью детских возрастных манжет. В случае отсутствия детских манжеток возможно использование взрослой манжеты у детей 8–11 лет с учетом поправок (по специальной таблице) на возраст и физическое развитие (табл. 1).

**Процедура измерения артериального давления.** Перед измерением АД обследуемый должен сидеть спокойно не менее 5 минут. Измерение всегда проводится на правой руке. Рука должна удобно лежать на столе, ладонью вверх, примерно на уровне сердца. Манжета накладывается на правое плечо, при этом ее нижний край – примерно на 2 см выше внутренней складки локтевого сгиба. Центр резинового мешка должен находиться над плечевой артерией. Резиновая трубка, соединяющая манжету с аппаратом, должна располагаться латерально, а трубка, соединяющая манжету с резиновой грушей – медиально по отношению к обследуемому ребенку. Затем манжета соединяется с тонометром. Воздух накачивается в манжету, при этом измеряющий пальпирует пульс обследуемого на правой радиальной артерии. При определенном давлении в манжете пульс исчезает. После этого давление поднимают еще на 20 мм рт. ст. – это будет «максимальное давление» в манжете. После этого воздух из манжеты быстро выпускается. При последующих измерениях АД у того же обследуемого давление в манжете предварительно доводится до «максимального» уровня.

---

<sup>#</sup>См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года



Таблица 1

Величины поправок к показателям систолического артериального давления, полученным при использовании стандартной манжеты (мм. рт. ст.)\*

Возраст, годы	Оценка физического развития		
	Нормальное	Дефицит массы тела	Избыток массы тела
8	+10	+15	+5
9	+10	+15	+5
10	+10	+15	0
11	+5	+10	0

\*Показатели диастолического артериального давления корректировке не подлежат

При измерении АД обычным фонендоскопом во время выпуска воздуха из манометра проводится аускультация тонов Короткова с соответствующей регистрацией уровней давления манометром. Первая фаза (появление) тонов Короткова отмечается как систолическое, четвертая (изменение тембра и звука) – как первое диастолическое и пятая (исчезновение) – как второе диастолическое. Регистрируются I и V фазы. При измерении АД у подростков может регистрироваться феномен «бесконечного тона», когда тоны прослушиваются до 0 мм рт. ст. В этом случае оценка диастолического АД должна осуществляться по IV фазе тонов Короткова.

Измерение АД производится с точностью до 2 мм рт. ст. Если при измерении АД его значение оказывается между двумя отметками шкалы, то отмечается ближайшая верхняя четная цифра.

Детальная процедура измерения АД после наложения манжеты и соединения ее с аппаратом состоит из следующих этапов:

- 1) выждать 30 секунд;
- 2) вставить ушные муфты металлических трубок фонендоскопа в уши;
- 3) приставить диафрагму фонендоскопа к месту проекции плечевой артерии, непосредственно ниже манжеты, не касаясь ее и соединительной трубки;
- 4) закрыв запирающий винт и сжимая грушу быстрыми, но ровными движениями накачать воздух в манжету до предварительно определенного «максимального» уровня;
- 5) слегка открыв запирающий винт и поддерживая постоянную скорость выпуска воздуха, примерно 2 мм в секунду, выслушивают артерию, продолжая делать это, пока стрелка в тонометре не опустится на 20 мм рт. ст. ниже уровня диастолического АД;
- 6) после этого, открыв запирающий винт, полностью выпустить воздух из манжеты, вынуть муфты металлических трубок фонендоскопа из ушей, записать в карту обследования цифры систолического и диастолического АД;
- 7) если звуки не отчетливы или какая-нибудь случайность серьезно нарушила качество измерения АД, то такие цифры не учитывают, а повторяют все этапы измерения от 1 до 6 заново, как если бы измерение вообще не проводилось;
- 8) если проводятся дополнительные измерения АД этим аппаратом, то необходимо повторять все этапы от 1 до 6 каждый раз;
- 9) следует стремиться к тому, чтобы точность измерения была 2 мм рт. ст.



**Условия измерения артериального давления.** Измерение следует проводить в стандартных условиях: первая половина дня, не ранее чем через 1 час после уроков физкультуры или контрольных работ. При мониторинге состояния здоровья целесообразно повторные измерения осуществлять в одно и то же время года, как и при первичном обследовании.

1. Юноши-подростки и девушки-подростки должны проходить процедуру измерения АД отдельно.

2. Перед измерением АД детям и подросткам объясняют цель осмотра, что в определенной степени снижает психоэмоциональное напряжение, вызванное процедурой обследования.

3. Присутствие посторонних лиц в кабинете (педагогов, школьников из других классов, родителей и т. п.) недопустимо.

4. АД измеряется три раза на правой руке с интервалом 2–3 мин. Регистрируются значения всех трех измерений, которые заносятся в карту обследования. Для оценки АД используются средние значения, а также значения отдельных измерений.

Необходимость трехкратного измерения АД продиктована высокой лабильностью АД в ответ на внешние раздражители. Феномен «гипертония на белый халат» часто обусловлен тревожной реакцией на проведение медицинского осмотра и на сам процесс измерения АД.

Автоматические тонометры могут быть использованы как составная часть аппаратно-программных комплексов для скрининг-обследования детей и подростков.

**Оценка артериального давления.** Для оценки АД используется процентильное распределение показателей систолического и диастолического АД. Оценка проводится по отрезным точкам процентильного распределения уровней систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления с учетом пола и возраста (Приложение 12).

За **нормальное** АД принимают значения систолического и диастолического АД, которые находятся в пределах 10–89-го перцентиля.

За **«высокое нормальное»** АД или пограничную артериальную гипертензию принимают значения АД, находящиеся в пределах 90-95-го перцентилей. Определение «высокого нормального АД», предложенное ВОЗ и Международным обществом гипертонии (1999), необходимо для выделения группы риска возникновения артериальной гипертонии.

**Повышенным АД** (артериальная гипертензия) считается в том случае, когда значения САД и/или ДАД превышают значения 95-го перцентиля.

За нижний предел нормального АД принимается значение 5-го перцентиля САД и ДАД (5% «отрезные точки»).

**Пониженным АД** (артериальная гипотензия) считается в том случае, когда значения САД и ДАД находятся ниже 5-го перцентиля.

### **3.4. Выявление нарушений и заболеваний костно-мышечной системы у обучающихся: диагностика нарушений осанки, деформаций позвоночника, уплощения стоп и плоскостопия.**

#### **Визуальные методы исследования осанки и позвоночника**

Осмотр детей проводится в медицинском кабинете образовательной организации при достаточном естественном или искусственном освещении.

Обследование проводится средним медицинским работником, работающим в образовательной организации. Перед началом осмотра рекомендуется ознакомиться с Медицинскими картами обучающихся и воспитанников. Осмотр одного ребенка, как правило, занимает не более 5 минут.

Нарушения осанки выявляются визуальным методом с использованием модифицированного теста Е. Рутковской. При выявлении нарушений осанки необходимо принимать во внимание типичные возрастные особенности физиологической осанки у детей и подростков. Оценка состояния опорно-двигательного аппарата у детей и подростков требует не только статического, но и динамического исследования (стоя и при ходьбе).

Оценка состояния осанки проводится с учетом особенностей нормальной осанки детей и подростков. Обследование проводится следующим образом: зная особенности нормальной осанки детей обследуемого возраста, медсестра отвечает на 10 вопросов, подчеркивая «ДА» или «НЕТ» в тестовой карте каждого ребенка (табл. 2).

Обследование ребенка проводится в положении стоя (ребенок раздет до трусов), в естественной, привычной для ребенка позе (не следует заставлять ребенка стоять прямо).

Таблица 2

### Тестовая карта для выявления нарушений осанки у школьников

Школа № \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_ Дата обследования \_\_\_\_\_  
 Фамилия, имя учащегося \_\_\_\_\_

№ п/п	Характеристика осанки	Оценка
1.	Явное повреждение органов движения, вызванное врожденными пороками развития, травмой, болезнью	Да, нет
2	Голова, шея отклонены от средней линии; плеч, лопатки, таз установлены несимметрично	Да, нет
3	Выраженная деформация грудной клетки – воронкообразная деформация – грудь «сапожника», впалая, килевидная деформация – «куриная» грудь.	Да, нет
4	Выраженное увеличение или уменьшение физиологической кривизны позвоночника: шейного лордоза, грудного кифоза, поясничного лордоза	Да, нет
5	Сильной отставание лопаток («крыловидные» лопатки)	Да, нет
6	Сильное выступание живота (более 2-х см от линии грудной клетки)	Да, нет
7	Нарушение осей нижних конечностей (О-образные или Х-образные)	Да, нет
8	Неравенство треугольников талии	Да, нет
9	Вальгусное положение пяток или пятки (ось пятки отклонена наружу)	Да, нет
10	Явные отклонения в походке: похрамывание, «утиная» походка и др.	Да, нет

### Порядок осмотра:

1. Осмотр в фас, руки вдоль туловища – определяется форма ног (нормальная, Х- и О-образная), положение головы, шеи, симметрия плеч, равенство треугольников талии (просвет треугольной формы между внутренней поверхностью рук и туловищем, с вершиной треугольника на уровне талии; в норме треугольники талии должны быть одинаковыми по форме и равными по величине).

2. Осмотр сбоку, поза как при осмотре в фас – определяется форма грудной клетки, живота, выступание лопаток, форма спины.

3. Осмотр спины (поза сохраняется) – определяется симметрия углов лопаток, равенство треугольников талии, форма позвоночника, форма ног (нормальная, Х- и О-образная), ось пяток (вальгусная или нет).

4. В конце обследования ребенку предлагается сделать несколько шагов для выявления нарушений походки.

**С помощью данного теста оценка осанки проводится по следующим градациям:**

1) нормальная осанка – отрицательные ответы на все вопросы,

2) незначительные нарушения осанки – положительные ответы на один или несколько вопросов 3, 5, 6 и 7.

3) выраженные нарушения осанки – положительные ответы на вопросы 1, 2, 4, 8, 9, 10.

### Оценка состояния позвоночника

Для оценки состояния позвоночника используется тест для визуального выявления истинного сколиоза. Основным приемом для выявления истинного структурного сколиоза является осмотр при наклоне туловища вперед (рис. 1.)

Следует помнить, что истинными сколиозами можно считать только те, которые сопровождаются торсией (torsia) – поворотом позвоночника относительно собственной вертикальной оси, при котором остистые отростки позвоночника отклоняются вправо или влево от срединной плоскости. Наклон туловища проводится медленно, при этом руки фиксируются между колен ладонями вместе, ноги выпрямлены.

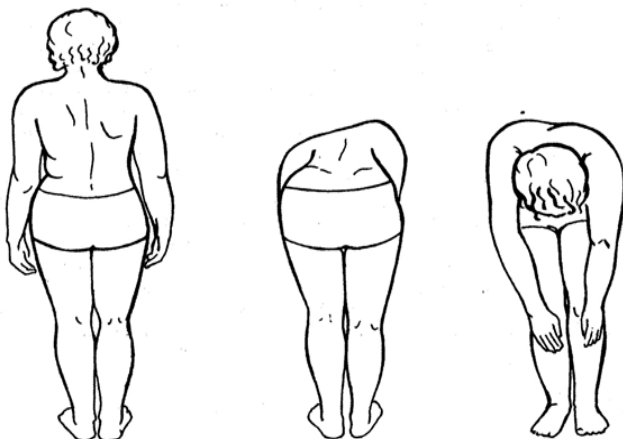


Рис.1. Выявление сколиоза.

При произвольной позе (левая часть рисунка) определяется асимметрия плеч, лопаток, сглаженность треугольника талии. Для более точного выявления торсии позвоночника осмотр следует проводить в двух положениях: сзади и спереди.

При осмотре сзади, наклоняя туловище ребенка от себя, врач или медсестра могут обнаружить торсию груднопоясничного и поясничного отделов. Наклон туловища ребенка проводится медленно, при этом руки свободно свисают вниз, ноги выпрямлены. При наличии сколиоза (центральная часть рисунка) определяется асимметричное реберное выпукание в грудном отделе и мышечный валик в поясничном отделе. При осмотре спереди, наклоняя ребенка к себе, врач или медсестра могут обнаружить торсию верхнегрудного и грудного отделов позвоночника (правая часть рисунка). Все дети и подростки с подозрением на сколиоз должны быть направлены к ортопеду.

### **Диагностика нарушений и деформаций стоп**

Для оценки состояния поперечных и продольных сводов стоп у школьников проводят плантографию.

Выявление продольного плоскостопия проводится по методу В.А. Яралова-Яралянца при использовании плантографа по специальной оценке отпечатка стоп – плантограммы. Плантограф представляет собой деревянную рамку (высотой 2 см и размером 40x40 см), на которую натянута полотно и поверх него полиэтиленовая пленка.

Полотно снизу смачивается чернилами или штемпельной краской. На пол под окрашенную сторону плантографа кладется чистый лист бумаги. Обследуемый становится обеими ногами или поочередно, то одной, то другой ногой на середину рамки, обтянутой полиэтиленовой пленкой. Окрашенная чернилами ткань прогибается, соприкасаясь в местах давления с бумагой, и оставляет на ней отпечатки стоп – плантограмму.

При получении плантограммы необходимо следить, чтобы обследуемый ребенок стоял на рамке на двух ногах с равномерной нагрузкой. При отдельном получении отпечатков (у старших школьников при больших размерах стопы) одна нога ставится на середину плантографа, другая – рядом с плантографом на пол.

**Оценка плантограммы.** Заключение о состоянии опорного свода стопы делается на основании анализа положения двух линий, проведенных на отпечатке (рис. 2)

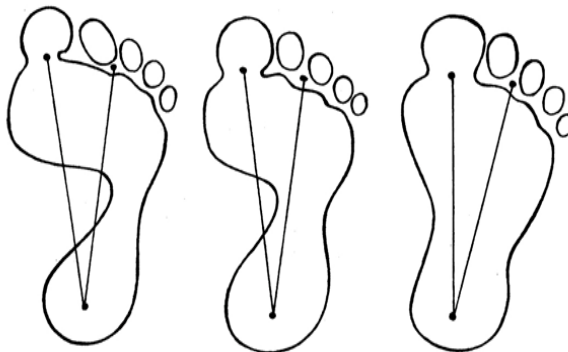


Рис. 2. Оценка плантограммы: А – нормальная стопа, Б – уплощенная стопа, В – плоская стопа.

На отпечатке проводятся две прямые линии с общей исходной точкой в центре пятки. Первая прямая проводится к основанию большого пальца, вторая – к межпальцевому промежутку между 2-м и 3-м пальцами стопы. Если внутренний контур отпечатка стопы пересекает обе линии, то это правильно сформированная стопа. Если внутренний контур отпечатка стопы пересекает только линию, проведенную от центра пятки к основанию большого пальца, то стопа уплощена. Если внутренний контур отпечатка стопы не пересекает обе линии, то это указывает на плоскостопие.

### **3.5. Исследование остроты зрения. Исследование остроты зрения вдаль**

Для исследования остроты зрения у дошкольников используют таблицы с детскими картинками, у школьников – таблицы в различных приборах для исследования остроты зрения. Аппарат Ротта – с таблицами Сивцева-Орловой, – это специальный прибор с зеркальными стенками и осветителем, только при таких условиях обеспечивается постоянная и равномерная освещенность знаков таблицы, от которой зависит точность результатов исследования. Кроме того, можно использовать другие приборы, содержащие таблицы с кольцами Ландольта. Кольца Ландольта считаются самыми объективными тестами, поскольку имеют одинаковую узнаваемость и одинаковый угловой размер.

Таблицу следует поместить на такую высоту, чтобы нижний край знаков был на уровне глаз ребенка. Ребенок должен сидеть прямо, не наклоняя головы и не поворачивая ее в сторону. Расстояние до таблиц должно составлять 5 метров. Глаз, который не исследуется в данный момент, выключается из акта зрения с помощью заслонки, внутренний край которой должен находиться на середине носа, при этом глаз должен быть открыт.

Во время исследования ребенок не должен прищуриваться. При отсутствии у ребенка жалоб исследование начинают с 10-й строчки, знаки показываются вразбивку без лишней поспешности. При нарушениях зрения исследование начинают с верхней строчки, указывая в каждой строчке по одному знаку. Если ребенок не может его назвать, то предъявляют все знаки в этом ряду и т.д. пока не будут названы все знаки строчки. Результат исследования записывается следующим образом: Vis без/коррекции (OD=,OS=). Например, : Vis без/коррекции OD = 0,9; OS = 0,8. Если острота зрения меньше десятой строки, то есть острота зрения менее OD = 1,0; OS = 1,0 (меньше 100%), то ребенок нуждается в консультации врача-офтальмолога.

Для проверки остроты зрения, особенно у детей дошкольного возраста, очень удобен тест (оптотип) Захсенвегера – «Черная рука» (рис. 3).

При проверке остроты зрения с помощью данного теста исследуется каждый глаз отдельно, другой закрывается «язычком» из картона или пластмассы. Расстояние между ребенком и таблицей должно составлять 3 метра. Таблица устанавливается на уровне глаз ребенка. Помещение, в котором проводится исследование, должно быть достаточно светлым, но специального освещения таблицы не требуется. Проверка начинается с трех самых больших «черных рук». Ребенок должен указать направление руки. Дети 2-х лет должны опознавать знаки 1-го ряда. Дети 3-х лет – II ряда, старше 3-х лет – III ряда.

#### **Исследование остроты зрения вблизи**

Для исследования остроты зрения вблизи, на расстоянии 33 см, используют книгу или учебник. Предъявляются текст каждому глазу в отдельности, а затем обоим глазам. Если ребенок не может прочесть текст одним из глаз, то ребенок нуждается в консультации врача-офтальмолога.

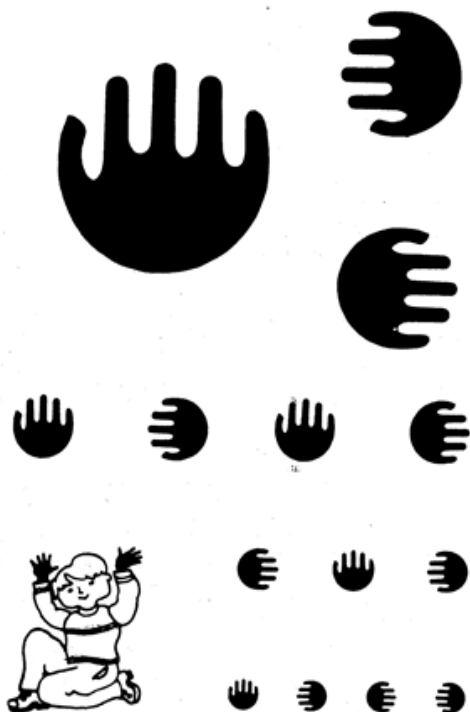


Рис. 3. Определение остроты зрения с оптоотипом «Черная рука»

### 3.6. Выявление предмиопии с помощью теста Малиновского

Тест позволяет выявить среди детей с нормальной остротой зрения группу риска по миопии: тех, кто имеет спазм аккомодации, предмиопию, более сильную рефракцию, чем средние возрастные нормы (табл. 3, 4).

После исследования остроты зрения вдаль ребенку с нормальной остротой зрения предъявляют плюсовую линзу: для младших школьников +1,0 Д, для подростков среднего и старшего школьного возраста +0,5 Д (рис. 4). Для исследования можно использовать детскую оправу с  $d_{pp} = 56-58$  мм. Если при данном исследовании острота зрения снижается на 10–40%, то ребенок относится к «группе риска».

Результат исследования записывается следующим образом. Если с плюсовой линзой (+1,0) острота зрения правого глаза 1,0 ( $Vis\ OD = 1,0$ ) и острота зрения левого глаза 1,0 ( $Vis\ OS = 1,0$ ) – тест Малиновского считается отрицательным. Если при тесте Малиновского с линзой +1,0 острота зрения падает, например, правого глаза до 0,8 ( $Vis\ OD=0,8$ ) и острота зрения левого глаза до 0,7 ( $Vis\ OS = 0,7$ ), тест считается положительным и ребенок нуждается в консультации врача-офтальмолога.

Таблица 3

### Возрастные нормы рефракции по А.И. Дашевскому

Возраст	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7-8 лет	9-15 лет
Д	+3,5	+3,0	+2,5	+2,0	+1,5	+1,0	+0,75	+0,5

Таблица 4

### Visus по Е.И. Ковалевскому

Возраст	1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет	6-7 лет	8-15 лет
Vis	0,3-0,6	0,4-0,7	0,6-1,0	0,7-1,0	0,8-1,0	0,9-1,0	0,9-1,0



Рис. 4. Определение предмиопии с помощью теста Малиновского

### 3.7. Выявление нарушений бинокулярного зрения с помощью теста Рейнеке

Бинокулярное зрение – это сложная функция высших отделов ЦНС, в результате которой зрительные образы каждого глаза преобразуются в одно объемное зрительное ощущение. Нарушение бинокулярного зрения наблюдается при косоглазии, амблиопии, анизометропии, анизокории и т. д. Экспресс-исследование проводится с помощью теста Рейнеке «Два карандаша» (рис. 5). Тест используется при оценке бинокулярного зрения у детей 6 лет и старше.

Ребенка просят, смотря двумя глазами и держа карандаш (авторучку) вертикально пишущим концом вниз, опустить сверху вниз кончик карандаша на заточенный кончик другого карандаша (авторучки), которую держит горизонтально медицинская сестра. При наличии бинокулярного зрения тест легко выполняется ребенком, и кончики карандашей соприкасаются, что свидетельствует о нормальном бинокулярном зрении (верхняя часть рисунка). При нарушении бинокулярного зрения совместить концы карандашей ребенку не удастся (нижние

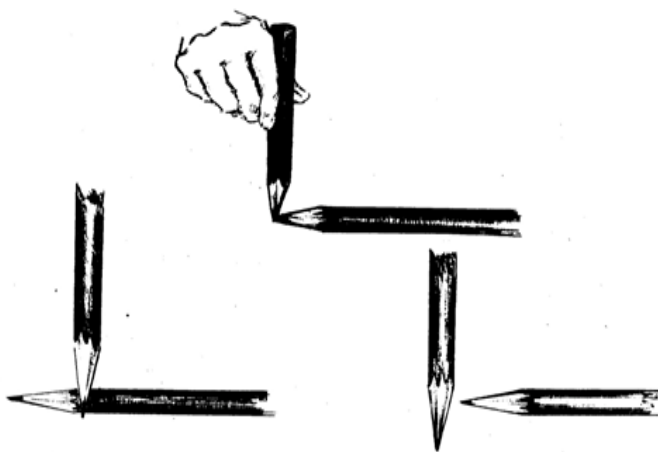


Рис. 5. Тест Рейнеке «Два карандаша» для оценки бинокулярного зрения.

части рисунка). Проверку бинокулярного зрения следует проводить у детей старшей и подготовительной групп в дошкольной образовательной организации и у младших школьников. Повторные исследования проводятся по показаниям.

Результат исследования записывается следующим образом: «характер зрения–бинокулярное», или «бинокулярное зрение отсутствует» и ребенок нуждается в консультации врача – офтальмолога.

### 3.8. Выявление скрытого косоглазия

При обследовании несовершеннолетнего для выявления скрытого косоглазия медицинская сестра и ребенок сидят друг против друга. Медицинская сестра прикрывает попеременно левый и правый глаз ребенка рукой. При наличии скрытого косоглазия закрытый глаз отклоняется в ту или другую сторону, соответствующую виду патологии. Когда руку убирают, глаз делает установочное движение в сторону, противоположную той, в которую был отклонен. Установка может быть по сходящемуся типу косоглазия, когда глаз отклоняется кнутри и по расходящемуся типу, когда глаз отклоняется кнаружи. Результат исследования записывается следующим образом: «установки нет (N)», или «есть установка по сходящемуся (расходящемуся) типу косоглазия» и ребенок нуждается в консультации врача-офтальмолога. В результате скрининг-обследования все дети с выявленной патологией направляются на консультацию к врачу-офтальмологу для углубленного обследования и лечения.

### 3.9. Выявление нарушений слуха с помощью шепотной речи

При проведении тестирования медицинская сестра располагается на расстоянии 6 метров от ребенка и шепотом произносит слова, содержащие звуки низкой частоты (кукла, молот, ухо, пол, урок, окно, два, двадцать два, три, тридцать



три и др.) и слова, содержащие звуки высокой частоты (час, чай, чаща, щи, сажа, чиж, яма, шесть, шестнадцать, шестьдесят шесть и др.). Исследование проводится в полной тишине. Ребенок не должен видеть артикуляцию.

Сначала определяется острота слуха одного уха (другое ребенок закрывает ладонью), затем второго. Если ребенок правильно повторяет слова, то острота слуха нормальная, если различает слова с меньшего расстояния – острота слуха снижена, и ребенок должен быть направлен на обследование к отоларингологу.

#### **4. Показания к скрининг-обследованию: выявление отклонений в состоянии здоровья у обучающихся в возрасте от 3-х до 18-ти лет в условиях образовательных организаций.**

Противопоказаний нет.

#### **4.1. Эффективность скрининг-обследования несовершеннолетних в образовательных организациях**

Предлагаемая в данном протоколе система скрининг-обследования и подростков основана на уже существующей системе профилактических осмотров детских контингентов, но оптимизация используемых технологий позволяет получать более регулярную, объективную и стандартизованную информацию, которая способствует повышению качества профилактической работы и первичной медико-санитарной помощи детскому населению России.

#### **5. Материально-техническое обеспечение скрининг-обследования**

Материально-техническое обеспечение скрининг-обследования 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 (табл. 5).

#### **6. Формы учета результатов скрининг-обследования**

Индивидуальные данные проведенного скрининг-обследования каждого обучающегося заносятся в Медицинскую карту для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000). Целесообразно использовать сведения, содержащиеся в форме № 026/у-2000, на врачебных этапах профилактического осмотра для диагностики заболеваний и функциональных отклонений у детей и подростков в условиях медицинской организации и дальнейшем диспансерном наблюдении за больными.

При оказании первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним следует учитывать показатели работы медицинского персонала в образовательной организации по скрининг-обследованию обучающихся (табл. 6).

Необходимо систематически проводить анализ данных о распространенности нарушений здоровья (или подозрений на нарушения), выявленных у обучающихся в образовательной организации на основании скрининг-обследования в текущем году и последующих годах (табл. 7). Сравнительный анализ показателей, представленных в таблице 7, позволит установить влияние неблагоприятных факторов на здоровье детей и/или эффективность проводимой профилактической и оздоровительной работы в образовательной организации.

На основании анкетного опроса могут быть определены жалобы, имеющие наибольшую распространенность среди обследованного контингента, что позволяет предположить высокую частоту нарушений определенных систем организма, определить наиболее приоритетные направления дальнейшей диагностической, профилактической и оздоровительной работы (табл. 8).

Таблица 5

Перечень оборудования и оснащения для проведения скрининг-обследования

№ п/п	Наименование	Количество
1	Стол рабочий	2 шт.
2	Стул	6 шт.
3	Ширма медицинская	2 шт.
4	Шкаф для хранения медицинской документации	1 шт.
5	Весы медицинские	1 шт.
6	Ростомер или антропометр	1 шт.
7	Сантиметровая лента	по требованию
8	Плантограф и бумага для него	1 шт.
9	Динамометр кистевой 2-х видов (для детей разных возрастных групп)	4 шт.
10	Тонометр	3 шт.
11	Манжета к тонометру детская (для детей дошкольного и младшего школьного возраста) (ширина 8 см, длина 21 см)	2 шт.
12	Манжета к тонометру детская для детей 9-11 лет (ширина 10 см, длина 24 см)	2 шт.
13	Манжета к тонометру взрослая (для детей 12 лет и старше) (ширина 13 см, длина 26 см)	2 шт.
14	Стетофонендоскоп	2 шт.
15	Шпатель одноразовый	по требованию
16	Аппарат для крепления и освещения таблиц при проверке остроты зрения (аппарат Рота)	1 шт.
17	Таблица для проверки остроты зрения у дошкольников	1 шт.
18	Таблица для проверки остроты зрения у школьников и взрослых	1 шт.
19	Набор пробных линз с пробными оправками и принадлежностями или скиаскопическая офтальмологическая линейка	1 шт.
20	Спирометр с набором мундштуков	2 шт.
21	Умывальная раковина (умывальник)	2 шт.
22	Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма	1 комплект

Таблица 6

Показатели работы медицинского персонала  
в образовательной организации № \_\_\_\_\_  
по скрининг-обследованию обучающихся в 2014–2016 гг.

год	Количество обучающихся в образовательной организации	Количество обучающихся, подлежащих скрининг-обследованию	Количество обследованных	% выполнения плана обследования
2014				
2015				
2016				

Таблица 7

Распространенность нарушений, выявленных у обучающихся  
в образовательной организации на основании скрининг-обследования  
в 2014–2016 гг. (в %)

Год	Выявленные нарушения или подозрения на возможные нарушения	Количество обследованных	Абсолютное количество выявленных нарушений	Относительное количество выявленных нарушений (в % к числу обследованных)
1	2	3	4	5
2014	<i>Физическое развитие</i>			
	Дефицит массы тела			
	Избыток массы тела			
	Низкая длина тела			
	Высокая длина тела			
	Мышечная сила кисти ниже среднего уровня			
	ЖЕЛ ниже среднего уровня			
	<i>Артериальное давление</i>			
	Артериальная гипертензия			
	Высокое нормальное АД			
	Артериальная гипотензия			

Таблица 7 (продолжение)

1	2	3	4	5
2014	<i>Осанка</i>			
	Незначительные нарушения осанки			
	Выраженные нарушения осанки			
	Подозрение на сколиоз			
	Сколиоз			
	<i>Стопа</i>			
	Уплотнение стоп			
	Плоскостопие			
	<i>Зрение</i>			
	Нарушение остроты зрения вдаль			
	Нарушение остроты зрения вблизи			
	Предмиопия по тесту Малиновского			
	Нарушение бинокулярного зрения по тесту Рейнеке			
	Скрытое косоглазие			
	<i>Слух</i>			
Нарушение слуха (по шепотной речи)				
2015	Выявленные нарушения или подозрения на возможные нарушения			
	Физическое развитие			
	и т. д.			
2016	Выявленные нарушения или подозрения на возможные нарушения			
	Физическое развитие			
	и т. д.			

Таблица 8

Количество детей, предъявлявших жалобы,  
 среди прошедших скрининг-обследование  
 в образовательной организации № \_\_\_\_\_  
 в 20\_\_ году

(по данным анкетного опроса, направленного на выявления жалоб)

№ п/п	Направленность вопросов на выявление возможных нарушений:	Номера вопросов в анкете для выявления жалоб ребенка	Количество детей, предъявлявших жалобы соответствующей направленности	Количество респондентов (опрошенных родителей или 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	астеноневротических реакций, невротозов	22–24			
5	фобий (страхов)	25–26			
6	нарушения сна	27–30			
7	вегетативно-сосудистых реакций	31–33			
8	гиперкинетических расстройств	34–35			
9	ночного энуреза	36			
10	болезней почек и системы мочевого выведения	37–38			
11	синдрома вегетативной дисфункции по кардинальному типу	39–40			
12	миалгий, остеохондропатий, ювенильного артрита, ювенильного ревматоидного (поли) артрита	41–48			
13	кариеса	49			
14	заболеваний кожи, в том числе атопического дерматита	50–51			

Таблица 8 (продолжение)

№ п/п	Направленность вопросов на выявление возможных нарушений:	Номера вопросов в анкете для выявления жалоб ребенка	Количество детей, предъявлявших жалобы соответствующей направленности	Количество респондентов (опрошенных родителей или детей)	% детей, предъявлявших жалобы, к числу респондентов
15	нарушений кожи и ее придатков, обусловленных гипо- и авитаминозом и другой микронутриентной недостаточностью	52-55			
16	нарушений зрения	56			
17	нарушений слуха	57			
18	бронхиальной астмы, обструктивного бронхита	58			
19	нарушений иммунологической устойчивости к респираторным инфекциям	59-62			
20	нарушений менструального цикла	67-87-94 69, 71,72, 74-75, 76, 82,85,86			
21	нарушений в структуре молочных желез у девушек	87-94			

## 7. Список нормативно-методических документов

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 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 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»<sup>#</sup>.

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».

<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

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).

## **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. 437 с.

2. Баранов А.А., ред. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. 2-е издание, исправленное и дополненное. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2009. 592 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., Скоблина Н.А., Платонова А.Г. Физическое развитие детей Украины и России в начале XXI столетия. Киев: Издательство «Генеза»; 2013. 128 с.

5. Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях (ДиаПроф НИИГД). М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

## 9. Приложения

## Приложение 1

### 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 ребенка 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 у ребенка 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 у ребенка 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)	

## Приложение 2

### Анкетный опрос учащихся в возрасте старше 10 лет для выявления жалоб на состояние здоровья

*Уважаемый учащийся!*

*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 у себя неоднократно отмечали. Эти сведения необходимы врачу для оценки состояния Вашего здоровья и своевременного врачебного совета.*

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Школа (колледж) \_\_\_\_\_

Класс (группа) \_\_\_\_\_ Дата заполнения анкеты \_\_\_\_\_

Отмечали ли Вы у ребенка 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	
15	- затрудненное дыхание	

Отмечали ли Вы у ребенка в течение последнего года:		
	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	
43	Боли в спине при длительной ходьбе и сидении, наклоне туловища	

Отмечали ли Вы у ребенка в течение последнего года:		
	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)	

## Приложение 3

## Анкета для оценки состояния менструальной функции у девушек

Милая девушка!

У Вас и Ваших подруг менструация начинается в разном возрасте: у одних в 10 лет, у других в 13 и даже в 16 лет, потому что у каждой девушки созревание происходит по своим биологическим часам. Вместе с тем, к моменту окончания школы менструальный цикл у девушек должен быть сформирован, так как от этого во многом зависит возможность стать матерью.

Вопросы анкеты помогут врачам оценить состояние менструальной функции и позволят своевременно дать рекомендации при выявлении нарушений этой функции. Отметьте, пожалуйста, «галочкой» или «крестиком» выбранный ответ.

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
 Школа (колледж) \_\_\_\_\_  
 Класс (группа) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Дата заполнения анкеты \_\_\_\_\_

	Менструаций нет	
	Менструации есть	
63	В каком возрасте менструации наступили	
	Вписать месяц и год первой менструации	
	Регулярный цикл установился:	
64	сразу	
65	через 2-6 месяцев	
66	через 7-12 месяцев	
67	через 13-18 месяцев	
68	через 19-24 месяца	
69	еще не установился	
	Длительность менструации (кровяных выделений)	
70	3-4; 4-5; 5-6 дней	
71	1-2 дня	
72	7 и более дней	
	Количество теряемой крови	
73	умеренные выделения (когда первые 1-2 дня выделения умеренные, а последующие 2-3 дня выделения становятся более обильными)	
74	обильные выделения (теряю много крови, менструация сопровождается выраженной слабостью, головокружением, обморочными состояниями, бледностью кожных покровов)	

75	скудные выделения (мажущиеся кровянистые выделения)	
	Продолжительность менструального цикла	
76	менее 21 дня	
77	21-23 дня	
78	24-26 дней	
79	27-29 дней	
80	30-31 день	
81	32-34 дня	
82	32-34 дня	
	Болезненность менструаций:	
83	безболезненные	
84	умеренно болезненные	
85	болезненные	
86	болезненность резко выражена, с обмороками	

#### Приложение 4

#### Анкета для оценки состояния молочных желез у девушек

*Милая девушка!*

Вопросы анкеты помогут врачам оценить состояние Ваших молочных желез и позволят своевременно дать рекомендации при выявлении нарушений. Ответьте, пожалуйста, на вопросы, отметив «галочкой» или «крестиком» выбранный положительный ответ или несколько ответов.

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
 Школа (колледж) \_\_\_\_\_  
 Класс (группа) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_  
 Дата заполнения анкеты \_\_\_\_\_

№	Вопрос	Да
87	Состоишь ли Вы на учете у гинеколога по поводу заболеваний (киста/кисты яичников, воспаление яичников, маточных труб)?	
88	Были ли у Вас травмы, ушибы молочных желез?	
89	Бывают ли у Вас боли в молочных железах, не связанные с началом менструаций?	
90	Бывают ли у Вас выделения из соска?	
91	Болели ли у Вас молочные железы, когда росли, развивались?	
92	Бывают ли у Вас боли в молочных железах перед менструацией?	
93	Есть ли или были ли заболевания молочных желез у Вашей мамы, бабушки, сестры, тети?	
94	Есть ли у Вас заболевания щитовидной железы (диффузный зоб, тиреоидит или другие) ?	

## Приложение 6

**Алгоритмы направления к врачам-специалистам  
в зависимости от жалоб, указанных в  
«АНКЕТЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ  
МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ДЕВУШЕК»  
и в «АНКЕТЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ДЕВУШЕК»**

Все нарушения относятся к невоспалительным болезням  
женских половых органов

**XIV Класс N** Болезни мочеполовой системы

№ вопроса	Содержание вопроса	Рекомендации, консультации специалистов детской поликлиники
1	2	3
	Менструаций нет <sup>3</sup>	
	Менструации есть	
63	В каком возрасте менструации наступили	
	Вписать месяц и год первой менструации	
	Месяц и год первой менструации (вписать)	
	Регулярный цикл установился после первой менструации:	
64	сразу	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
65	через 2–6 месяцев	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
66	через 7–12 месяцев	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
67	через 13–18 месяцев	К о н с у л ь т а ц и я акушера-гинеколога
68	через 19–24 месяца	К о н с у л ь т а ц и я акушера-гинеколога
69	через 24 месяца еще не установился	Безотлагательное обследование у акушера-гинеколога, по показаниям у эндокринолога
	Укажите длительность менструации (кровяных выделений):	
70	3–4; 4–5; 5–6 дней	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год

<sup>3</sup> При отсутствии менструаций у девочки в возрасте 15 лет и старше необходимо обязательное обследование у акушера-гинеколога и эндокринолога.



1	2	3
71	1–2 дня	Обследование у акушера-гинеколога
72	7 и более дней	Обследование у акушера-гинеколога
Укажите количество теряемой крови:		
73	умеренные выделения (когда первые 1–2 дня выделения умеренные, а последующие 2-3 дня выделения становятся более обильными)	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
74	обильные выделения (теряет много крови, менструация сопровождается выраженной слабостью, головокружением, обморочными состояниями, бледностью кожных покровов)	Обследование у акушера-гинеколога
75	скудные выделения (мажущиеся кровянистые выделения)	Обследование у акушера-гинеколога
Укажите продолжительность менструального цикла		
76	менее 21 дня	Обследование у акушера-гинеколога
77	21–23 дня	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
78	24–26 дней	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
79	27–29 дней	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
80	30–31 день	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
81	32–34 дня	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
82	35 и более дней	Обследование у акушера-гинеколога
Укажите степень болезненности менструаций:		
83	безболезненные	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
84	умеренно болезненные	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
85	болезненные	Консультация акушера-гинеколога
86	болезненность резко выражена, с обмороками	Безотлагательное обследование у акушера-гинеколога

1	2	3
87	Укажите, состоите ли Вы на учете у гинеколога по поводу заболеваний (киста/кисты яичников, воспаление яичников, маточных труб)?	Наблюдение у акушера-гинеколога 1 раз в год
88	были ли у Вас травмы, ушибы молочных желез?	Консультация акушера-гинеколога с последующем обследованием молочных желез
89	бывают ли у Вас боли в молочных железах, не связанные с началом менструаций?	Консультация акушера-гинеколога с последующем обследованием молочных желез
90	бывают ли у Вас выделения из соска?	Консультация акушера-гинеколога с последующем обследованием молочных желез
91	были ли боли в молочных железах в процессе их роста и развития?	Консультация акушера-гинеколога с последующем обследованием молочных желез
92	бывают ли у Вас боли в молочных железах перед менструацией?	Консультация акушера-гинеколога с последующем обследованием молочных желез
93	Укажите, есть ли или были ли заболевания молочных желез у Вашей мамы, бабушки, сестры, тети?	Консультация акушера-гинеколога с последующем обследованием молочных желез
94	Укажите, есть ли у Вас заболевания щитовидной железы (диффузный зоб, тиреоидит или другие) ?	Консультация акушера-гинеколога с последующем обследованием молочных желез

## АНКЕТА ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ АНАМНЕЗА вопросы к родителям

*Уважаемые родители!*

*В образовательной организации проводится углубленное медицинское обследование обучающихся. Для получения более объективной информации о состоянии здоровья Вашего ребенка Вам необходимо ответить на следующие вопросы, подчеркнув или вписав необходимые сведения.*

### Общие сведения

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_  
Номер школы (ДОО, колледжа) \_\_\_\_\_  
Класс (группа ДОО, колледжа) \_\_\_\_\_  
Дата заполнения опросника 20 \_\_\_\_ год \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ число \_\_\_\_  
Ф.И.О. отца \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. матери \_\_\_\_\_

### Личный анамнез ребенка

Вес ребенка при рождении (кг) \_\_\_\_\_ Длина тела при рождении (см) \_\_\_\_\_  
Доношенный ребенок (срочные роды):           нет       да  
Была ли во время беременности у матери нефропатия, артериальная гипер-  
тония и другие осложнения беременности       да       нет  
Травма при рождении, асфиксия в родах:       да       нет  
Имела ли мать до и (или) во время беременности контакты с вредными произ-  
водственно-профессиональными факторами?   да       нет  
Если «да», то с какими \_\_\_\_\_

**Заболевания, выявленные у ребенка с момента рождения до настоящего времени** (нужное подчеркнуть): корь; коклюш; скарлатина; ветряная оспа; эпидемический паротит (свинка); краснуха; болезнь Боткина (желтуха); дизентерия; брюшной тиф; опухоль; диабет; ожирение; заболевание крови; сотрясение или ушиб мозга; повышенное внутричерепное давление, ночное недержание мочи; менингит; приступы судорог; глазные заболевания; заболевания ушей; ревматизм; ревматоидный полиартрит; врожденные пороки сердца; повышенное артериальное давление; пониженное артериальное давление; хронический тонзиллит; хронический бронхит; воспаление легких; бронхиальная астма; хронический гастрит; хронический холецистит; острый аппендицит; грыжа; заболевания почек, мочевого пузыря; нарушение осанки; сколиоз; плоскостопие; косолапость; кривошея; у мальчиков – крипторхизм, фимоз.

Прочие заболевания (вписать) \_\_\_\_\_

Госпитализировался ли ребенок? Если «да», то когда и по какому поводу? \_\_\_\_\_

Оперировался ли ребенок? Если «да», то когда и по какому поводу? \_\_\_\_\_

Лечился ли ребенок в санатории? Если «да», то когда и почему? \_\_\_\_\_

Находился ли ребенок на диспансерном наблюдении? Если «да», то до какого возраста \_\_\_\_\_

у какого специалиста и по какому поводу? \_\_\_\_\_

Находится ли на диспансерном наблюдении в настоящее время (у какого специалиста и по какому поводу)? \_\_\_\_\_

Сколько раз за последний год (12 месяцев) Ваш ребенок болел простудными заболеваниями (ОРВИ, грипп, ангина) \_\_\_\_\_

Какова средняя продолжительность этих заболеваний? \_\_\_\_\_ дней

На что жалуется Ваш ребенок в настоящее время? \_\_\_\_\_

## Приложение 8

### АНКЕТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА У МЛАДШЕГО ШКОЛЬНИКА

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Номер школы \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

Дата опроса число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Дата рождения число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

Пол: 1 – мальчик 2 – девочка

**Просим ответить на вопросы, подчеркнуть или вписать подходящий вариант ответа**

**1. Сколько раз в день принимаешь пищу?**

• 5 раз в день (завтрак дома, завтрак в школе, обед, полдник, ужин)  
(подчеркнуть)

- 4 раза в день
- 3 раза в день
- 2 раза в день и реже

**2. Где питаешься?**

- только дома
- дома и в школьной столовой
- в школу приношу еду из дома
- другие варианты \_\_\_\_\_

**3. Сколько раз в день принимаешь горячую пищу (не считая чай, кофе, какао и другие горячие напитки)?** \_\_\_\_\_

- 5 раз в день (завтрак дома, завтрак в школе, обед, полдник, ужин)
- 4 раза в день
- 3 раза в день
- 2 раза в день
- 1 раз в день

**4. Бывают ли у тебя перерывы в приеме пищи 5-6 часов и более?**

нет да

**5. Когда ты ужинаешь?**

- за 2 часа до сна
- за 1 час 30 мин. до сна
- за 1 час до сна
- за 30 мин. до сна
- перед тем как идешь в постель

**11. Считаешь ли ты, что питаешься регулярно?**

да нет

**12. Какие блюда ты часто употребляешь (3 раза в неделю и чаще)?**

- а) острые, соленые, жирные нет да  
б) копчености, консервы (3 раза в неделю и чаще) нет да  
в) указанные блюда не люблю нет да

**13. Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, соки?**

- несколько раз в день
- 1 раз в день
- через день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в неделю и реже
- не употребляю

**14. Как часто ты употребляешь молочные продукты (молоко, творог, кефир, йогурт, ряженка, сметана, сыр и т. д.)?**

- несколько раз в день
- 1 раз в день
- через день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в неделю и реже
- не употребляю

**15. Как часто ты употребляешь мясные продукты (говядина, курятина, свинина, индейка, колбаса, сосиски, котлеты и т. д.)?**

- несколько раз в день
- 1 раз в день
- через день
- 2-3 раза в неделю
- 1 раз в неделю и реже
- не употребляю

**16. В какое время ты обычно ложишься спать в будние дни?** \_\_\_\_\_ (час)

**17. В какое время ты обычно встаешь в будние дни?** \_\_\_\_\_ (час)

**18. Спишь ли ты днем?**

нет да изредка

**19. Если регулярно спишь днем, то сколько часов \_\_\_\_\_ (час)**

**20. Делаешь ли ты утреннюю зарядку?** нет да изредка

**21. Сколько времени в будние дни ты проводишь на свежем воздухе (гуляешь)?**

1 час и менее 2 часа 3 часа 4 часа и более не гуляю

**22. Сколько времени в выходные дни ты проводишь на свежем воздухе (гуляешь)?**

1 час и менее 2 часа 3 часа 4 часа и более не гуляю

**23. Сколько времени ты делаешь домашние уроки в будние дни?** \_\_\_\_\_ (час)

**24. Занимаешься ли ты дополнительно?**

нет да

**25. Чем ты занимаешься дополнительно? (нужное подчеркнуть, вписать время)**

- Спортом в спортивной школе Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_ час
- Спортом, общей физподготовкой в кружке

- Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_ час
- Спортивными танцами, хореографией Сколько часов в неделю? \_\_\_ час
  - Музыкой в музыкальной школе Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_ час
  - Музыкой в музыкальной студии, кружке Сколько часов в неделю? \_\_\_ час
  - Изобразительным искусством в изостудии  
Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_ час
  - Иностранном языком \_\_\_\_\_ (в кружке) Сколько часов в неделю? \_\_\_ час
  - Шаматами в кружке Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_ час
  - В других кружках, студиях, секция (вписать каких) \_\_\_\_\_  
Сколько часов в неделю? \_\_\_\_\_ час

## 26. Выполняешь ли ты ежедневно какую-нибудь работу по дому?

нет да  
Какую (вписать) \_\_\_\_\_

## Приложение 9

### АНКЕТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА У ПОДРОСТКА

**Просим ответить на вопросы, подчеркнуть или вписать подходящий вариант ответа**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Номер школы (учреждения начального или среднего профессионального образования) \_\_\_\_\_

Класс (Группа) \_\_\_\_\_

Дата осмотра 20\_\_ год \_\_ месяц \_\_ число

Дата рождения \_\_ \_\_ год \_\_ \_\_ месяц \_\_ \_\_ число

Пол: 1 – юноша 2 – девушка

#### 1. Сколько раз в день принимаете пищу?

- 3 раза в день и чаще
- 2 раза в день
- реже 2-х раз в день

#### 2. Где Вы питаетесь?

- только дома
- дома и в школьной столовой
- в школу приношу еду из дома

#### 3. Сколько раз в день Вы принимаете горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?

2 раза и чаще 1 раз не принимаю

#### 9. Бывают ли у Вас перерывы в приеме пищи 5-6 часов и более?

нет да

#### 10. Ужинаете ли Вы за 2 часа и менее до начала сна?

нет да

#### 11. Вы питаетесь регулярно?

нет да

**12. Какие блюда Вы часто употребляете?**

а) острые, соленые, жирные (3 раза в неделю и чаще)

нет да

б) копчености, консервы (3 раза в неделю и чаще)

нет да

**13. Употребляете ли Вы в пищу свежие овощи, фрукты, свежие соки?**

ежедневно 2-3 раза в неделю 1 раз в неделю и реже

не употребляю

**14. Как часто Вы употребляете в пищу молочные продукты (молоко, творог, кефир, ряженка, сметана и т.д.)?**

1 раз в день и чаще 3-4 раза в неделю 1 раз в неделю и чаще

не употребляю

**15. Как часто Вы употребляете в пищу мясные продукты (говядина, курятина, свинина, колбаса, сосиски и т.д.)?**

1 раз в день и чаще 3-4 раза в неделю 1 раз в неделю и чаще

не употребляю

**16. В какое время суток Вы отмечаете лучшую (максимальную, наибольшую) работоспособность?**

утром днем вечером не имеет значения

**17. В какое время Вы обычно ложитесь спать?** \_\_\_\_\_ (час)

**18. Продолжительность ночного сна** \_\_\_\_\_ (час)

**19. Пробовали ли Вы когда-нибудь курить?**

нет да

**20. Если «да», то в каком возрасте?** \_\_\_\_\_ лет

**21. Продолжаете ли Вы курить?**

нет да бросил(а)

**22. Если «да», то как часто?**

- ежедневно (хотя бы одну сигарету в день)
- 1-2 раза в неделю
- 1-2 раза в месяц
- хотя бы 1 раз за последние 3 месяца

**23. Сколько приблизительно сигарет Вы выкуриваете в день?**

до 5 сигарет 5-10 сигарет половина пачки пачка и более

**24. Как Вы считаете, будете ли Вы курить в дальнейшем?**

нет да не знаю

**25. Часто ли в Вашей семье бывают конфликтные ситуации, ссоры?**

часто редко не бывают

**26. Употребляете ли Вы алкоголь (пиво, вино, крепкие напитки)?**

- 1 раз в месяц и реже
- 2-3 раза в месяц
- 4 раза в месяц
- 5 и более раз в месяц
- совсем не употребляю

**27. Занимаетесь ли Вы регулярно спортом (в том числе танцами), помимо уроков физкультуры в школе?**

нет да

**28. Если «да», то сколько часов в неделю?** \_\_\_\_\_ (час)

Каким видом спорта? \_\_\_\_\_

**Приложение 10****Показатели уровня биологического развития**

Региональные возрастно-половые нормативы для девочек 6–16 лет

Возраст в годах	Длина тела, см	Погодовая прибавка, см	Количество постоянных зубов, шт.	Показатели полового созревания, баллы
6	113,0–121,0	5,0 – 6,0	0 – 9	Ах0, Р0, Ма0, Ме-
7	118,5 – 130,9	4,0 – 6,0	6 – 12	Ах0, Р0, Ма0, Ме-
8	123,3 – 134,5	4,0 – 6,0	10 – 15	Ах0, Р0, Ма0, Ме-
9	128,7 – 139,9	4,0 – 7,0	13 – 18	Ах0, Р0, Ма0, Ме-
10	134,1 – 146,1	4,0 – 7,0	16 – 22	Ах0, Р0, Ма0-1, Ме-
11	138,9 – 153,3	5,0 – 8,0	19 – 25	Ах0-1, Р0-1, Ма1, Ме-
12	146,3 – 159,9	5,0 - 8,0	23 – 28	Ах1-2, Р1-2, Ма1-2, Ме±
13	152,8 – 165,6	3,0 – 7,0	-	Ах2-3, Р2-3, Ма2-3, Ме+
14	156,8 – 168,4	2,0 – 6,0	-	Ах3, Р3, Ма3, Ме+
15	158,5 – 169,9	0,5 – 4,0	-	Ах3, Р3, Ма3, Ме+
16	158,5 – 169,9	0,5 – 2,0	-	Ах3, Р3, Ма3-4, Ме+

Региональные возрастно-половые нормативы для мальчиков 6–16 лет

Возраст в годах	Длина тела, см	Погодовая прибавка, см	Количество постоянных зубов, шт.	Показатели полового созревания, баллы
6	112,0– 122,0	5,0 – 7,0	0 – 7	Ах0, Р0
7	121,0 – 129,4	4,0 – 6,0	5 – 10	Ах0, Р0
8	125,2 – 135,2	4,0 – 6,0	9 – 14	Ах0, Р0
9	129,4 – 140,8	4,0 – 7,0	12 – 17	Ах0, Р0
10	135,2 – 146,4	4,0 – 7,0	14 – 21	Ах0, Р0
11	138,6 – 151,8	4,0 – 6,0	16 – 24	Ах0, Р0
12	142,5 – 158,9	4,0 - 8,0	21 – 27	Ах0, Р0-1
13	149,2 – 167,4	5,0 – 9,0	28	Ах0-1, Р1, F0
14	157,4 – 173,8	5,0 – 10,0	–	Ах1-2, Р2, F0-1
15	164,0 – 180,4	3,0 – 9,0	–	Ах2-3, Р3, F1-2
16	170,1 – 184,1	2,0 – 4,0	–	Ах3, Р3-4, F2



**Нормативы функциональных показателей**

Нормативы мышечной силы (кг) мальчиков 6–18 лет (процентили)

Возраст в годах	Оценка развития по центильным каналам		
	ниже среднего P1–P25	средние P25–P75	выше среднего P75–P100
6	<5	4-7	>7
7	<6	6-8	>8
8	<7	7-9	>9
9	<8	8-10	>10
10	<9	9-14	>14
11	<13	13-18	>18
12	<14	14-20	>20
13	<15	15-24	>24
14	<20	20-31	>31
15	<28	28-40	>40
16	<30	30-40	>40
17	<31	31-41	>41
18	<35	35-44	>44

Нормативы мышечной силы (кг) девочек 6–18 лет (процентили)

Возраст в годах	Оценка развития по центильным каналам		
	ниже среднего P1–P25	средние P25–P75	выше среднего P75–P100
6	<5	4-7	>7
7	<6	6-8	>8
8	<7	7-9	>9
9	<8	8-10	>10
10	<9	9-14	>14
11	<13	13-18	>18
12	<14	14-20	>20
13	<15	15-24	>24
14	<20	20-31	>31
15	<28	28-40	>40
16	<30	30-40	>40
17	<31	31-41	>41
18	<35	35-44	>44

## Нормативы жизненной емкости легких (мл) мальчиков 6–18 лет (перцентили)

Возраст в годах	Оценка развития по центильным каналам		
	ниже среднего P1–P25	средние P25–P75	выше среднего P75–P100
6	<600	600-900	>900
7	<1100	1100-1500	>1500
8	<1300	1300-1700	>1700
9	<1500	1500-2000	>2000
10	<1600	1600-2100	>2100
11	<1700	1700-2200	>2200
12	<1800	1800-2400	>2400
13	<2000	2000-2900	>2900
14	<2200	2200-3000	>3000
15	<2500	2500-3600	>3600
16	<3000	3000-3900	>3900
17	<3100	3100-4000	>4000
18	<3200	3200-4100	>4100

## Нормативы жизненной емкости легких (мл) девочек 6–18 лет (перцентили)

Возраст в годах	Оценка развития по центильным каналам		
	ниже среднего P1–P25	средние P25–P75	выше среднего P75–P100
6	<600	600-900	>900
7	<1000	1000-1300	>1300
8	<1200	1200-1600	>1600
9	<1300	1300-1800	>1800
10	<1400	1400-1900	>1900
11	<1500	1500-2000	>2000
12	<1600	1600-2100	>2100
13	<1900	1900-2400	>2400
14	<2100	2100-2600	>2600
15	<2200	2200-2800	>2800
16	<2300	2300-2900	>2900
17	<2300	2300-2900	>2900
18	<2300	2300-2900	>2900

**Приложение 12**

**Процентильное распределение артериального давления  
 у детей и подростков**

Процентильное распределение систолического артериального давления  
 у детей и подростков

Возраст (лет)	Пол	Процентильное распределение САД, мм рт. ст.						
		5	10	25	50	75	90	95
6	М	82	85	90	96	100	108	114
	Д	80	84	88	96	101	110	115
7	М	83	86	90	99	105	111	116
	Д	82	85	90	97	102	110	115
8	М	84	86	90	99	107	111	116
	Д	83	85	90	98	104	110	115
9	М	85	89	94	101	107	113	118
	Д	84	85	93	100	105	115	120
10	М	86	90	94	102	110	114	118
	Д	86	90	96	102	110	120	124
11	М	86	90	96	104	112	120	122
	Д	84	88	96	104	112	120	126
12	М	89	93	100	108	116	122	126
	Д	90	94	100	109	116	124	128
13	М	90	94	102	111	116	124	130
	Д	90	98	104	113	118	130	134
14	М	92	100	108	114	122	130	135
	Д	95	99	101	111	114	128	133
15	М	101	103	111	117	125	135	139
	Д	92	99	103	110	117	126	131
16	М	103	105	114	118	127	135	141
	Д	92	99	103	112	118	127	130
17	М	103	107	116	120	126	133	140
	Д	92	96	105	112	117	127	130
18	М	107	110	119	123	129	140	145
	Д	92	94	102	109	115	125	129

Процентильное распределение диастолического артериального давления  
у детей и подростков

Возраст (лет)	Пол	Процентильное распределение САД, мм рт. ст.						
		5	10	25	50	75	90	95
6	М	44	49	53	57	62	65	72
	Д	46	50	55	57	60	66	70
7	М	44	49	53	58	63	71	74
	Д	45	51	55	59	63	69	75
8	М	44	49	55	60	65	72	75
	Д	46	52	58	61	67	71	75
9	М	47	51	57	61	69	74	73
	Д	50	51	57	61	68	73	74
10	М	46	50	54	58	68	68	72
	Д	48	52	54	60	68	68	74
11	М	46	48	54	58	64	72	74
	Д	48	52	54	60	64	70	74
12	М	47	51	55	62	66	72	75
	Д	48	52	56	62	66	72	76
13	М	48	54	58	64	68	76	80
	Д	52	54	58	64	72	76	78
14	М	52	56	62	66	70	76	82
	Д	54	56	59	66	69	75	80
15	М	55	56	66	72	76	82	86
	Д	55	57	60	66	70	76	80
16	М	54	58	65	72	76	80	85
	Д	57	60	64	65	74	79	78
17	М	60	60	66	71	77	81	86
	Д	54	56	61	65	72	79	81
18	М	61	64	69	72	76	83	88
	Д	58	59	62	67	71	77	79



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

**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГОТОВНОСТИ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ,  
ПОЛНОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ,  
ПОСТУПАЩИХ В ПЕРВЫЙ КЛАСС**

ФР РОШУМЗ-3-2014

(версия 1.1)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** Рапопорт И.К., Степанова М.И.

Рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в детских поликлиниках в отделениях организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях и содержит алгоритм определения степени функциональной готовности ребенка при поступлении в школу и перечень хронических заболеваний и функциональных расстройств, при которых рекомендуется отсрочка к поступлению в школу.

Рекомендации одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации 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 (ДиаПроф НИИГД). 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 (если есть сведения, что скрининг обследование сокращает расходы на осмотры детей, целесообразно это указать).

### **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 рекомендаций.

### **Рабочая группа:**

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендаций был повторно проанализирован 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**

Современная система организации обучения в школе все еще недостаточно учитывает закономерности психофизиологического развития и функциональные возможности ребенка. Начало систематического обучения детей в возрасте младше 7 лет ведет к снижению адаптационных возможностей, которое наиболее выражено в первые годы учебы. У детей, возраст которых при поступлении составляет 6,5 лет и младше, при исходно высоком уровне функционального состояния, отмечается значительное снижение функциональных резервов уже на 2-м году обучения, достигая самых низких значений к 4 классу, а показатели состояния здоровья у них на всем протяжении обучения достоверно хуже, чем у их одноклассников, которые начали обучение в школе в 7 лет и старше. Дети, поступившие в 1-й класс ранее 7 лет, отличаются от своих более старших одноклассников не только менее развитыми когнитивными способностями и психометрическими показателями, но и более низким социометрическим статусом. Эти проблемы, осложняя школьную жизнь ребенка, создавая угрозу нарушения его психического самочувствия, прослеживаются практически на протяжении всей школьной жизни. Аналогичная ситуация характерна и для детей (вне зависимости от возраста поступления в школу), если они не достигли к началу школьного обучения необходимого уровня функциональной готовности, то есть необходимого уровня развития школьно-необходимых функций.

Особого внимания требуют дети, испытывающие трудности в освоении основных общеобразовательных программ. Общеобразовательные учреждения обязаны обеспечивать этих детей необходимым объемом коррекционно-развивающей помощи.

В группу риска по развитию школьно-обусловленной патологии попадают учащиеся, поступающие в общеобразовательные учреждения (классы) с повышенным уровнем образования, особенно если они не обладают достаточной подготовкой и уровнем развития школьно-необходимых функций.



### **3. Оценка функциональной готовности детей к школе**

Для детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, первую диагностику функциональной готовности проводят в октябре-ноябре, а повторную - в апреле-мае – при приеме ребенка в школу. Для детей, не посещающих дошкольное учреждение – в апреле-мае. Заключение о готовности производится по результатам второго тестирования. Для этого используют оценку психофизиологических критериев развития – выполнение теста Керна-Ирасека и качество звукопроизношения (Приложение 1).

Не готовыми к поступлению в школу по результатам тестирования считаются дети, выполнившие тест Керна-Ирасека с оценкой 9 баллов и имеющие дефекты звукопроизношения.

Не готовыми к обучению считаются также дети, имеющие такие отклонения в здоровье, степень тяжести которых может серьезно возрасти (заключение педиатра), а также дети, отстающие в биологическом развитии.

Детям, по тем или иным причинам не готовым к школьному обучению, рекомендуется временная отсрочка к поступлению в школу. В случае приема таких детей в школу следует обратить внимание на проведение с ними занятий по развитию школьно-необходимых функций (речи, моторики), предоставлению щадящих условий обучения. Отсрочка к поступлению в школу может быть рекомендована детям, у которых имеется хроническая патология, часто прогрессирующая под воздействием учебных нагрузок (Приложение 2).

### **4. Показания к оценке функциональной готовности несовершеннолетних: выявление готовности несовершеннолетнего к обучению в школе.**

Противопоказаний нет.

### **5. Материально-техническое обеспечение метода.**

Медицинские организации имеют основные материально-технические средства для проведения оценки функциональной готовности несовершеннолетнего к обучению.

### **6. Формы учета результатов оценки функциональной готовности**

Результаты тестирования заносят в таблицу 1.

При оказании первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним следует учитывать показатели работы медицинского персонала в образовательной организации по оценке функциональной готовности несовершеннолетних к обучению в школе (табл. 2).

Необходимо систематически проводить анализ данных о функциональной готовности и распространенности нарушений здоровья, могущих стать причиной отсрочки начала обучения в школе.

Таблица 1

## Индивидуальные результаты оценки готовности детей к школе

Дата тестирования

№	Фамилия, имя ребенка	Возраст лет, мес	Тест Керна-Ирасека	Звукопроизношение	Наличие заболевания для отсрочки начала обучения	Заключение

Таблица 2

Показатели работы медицинского персонала  
в образовательной организации № \_\_\_\_  
по оценке функциональной готовности несовершеннолетних  
к обучению в школе

год	Количество поступающих в образовательную организацию	Количество обучающихся, подлежащих оценке	Количество обследованных	% выполнения плана обследования
2014				
2015				
2016				

**7. Список нормативных и методических документов**

1. Федеральный закон Российской Федерации № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».

**8. Список литературы**

1. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: Учебник. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа»; 2013. 528 с.
2. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И. Медико-профилактические основы работы общеобразовательных школ М.: Издательство «Просвещение»; 2013. 110 с. (Работаем по новым стандартам).
3. Кучма В.Р., Храмцов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях (ДиаПроф НИИГД). М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

## 9. Приложения

### Приложение 1

#### Организация и проведение психофизиологического исследования функциональной готовности ребенка к поступлению в школу

Функциональная готовность к обучению в школе или «школьная зрелость» – это достаточный уровень развития у ребенка школьно-необходимых функций, который позволяет ему без ущерба для здоровья, нормального развития и без чрезмерного напряжения справляться с учебой в школе.

Диагностика степени «школьной зрелости» по тесту Керна-Ирасека проводится индивидуально или в группе из 10–15 детей при наличии информированного согласия от родителей ребенка. Остальные исследования проводят с каждым ребенком отдельно в специально отведенном помещении.

*Тест Керна-Ирасека (ориентировочный тест «школьной зрелости»)*

Ребенку (или группе детей в 10–15 человек) дается чистый лист нелинованной бумаги. В правом верхнем углу листа исследователь указывает имя, фамилию, возраст ребенка и дату исследования. Под рабочий лист подкладывается лист плотной бумаги. Карандаш кладется перед ребенком так, чтобы ему было одинаково удобно взять его правой и левой рукой.

Тест состоит из трех заданий: 1) нарисовать человека; 2) срисовать короткую фразу из трех слов («Он ел суп»); 3) срисовать группу точек.

*1 задание.* Лицевая сторона листа отводится для выполнения первого задания. К 1-му заданию дается следующая инструкция: «Здесь (каждому показывается, где) нарисуй какого-нибудь мужчину (дядю) так, как умеешь».

Дальнейшее объяснение, помощь или предупреждение по поводу ошибок и недостатков рисунка запрещается. На любой встречный вопрос ребенка нужно отвечать: «Рисуй так, как ты умеешь». Если ребенок не может начать работу, тогда разрешается его подбодрить следующим образом:

«Видишь, как хорошо ты начал. Рисуй дальше». На вопрос, можно ли рисовать «тетю», необходимо объяснить, что все дети рисуют «дядю»; поэтому и он (она) должен рисовать «дядю». Если же ребенок начал рисовать женскую фигуру, можно разрешить ему ее дорисовать, а затем попросить, чтобы он нарисовал рядом мужскую фигуру.

После того, как ребенок закончит рисунок, рабочий лист переворачивается. Обратная сторона его делится горизонтальной линией примерно пополам (это можно сделать заранее).

*2 задание.* Для выполнения 2-го задания необходимо приготовить 5–10 карточек (размеры примерно 7–8 см на 13–14 см), на которых пишется рукописная фраза: Он ел суп (вертикальный размер букв – 1 см, заглавной – 1,5 см). (Рис. 1а).

Карточка с фразой кладется перед ребенком чуть выше рабочего листа.

Задание формулируется следующим образом: «Посмотри, здесь что-то написано. Ты еще не умеешь писать, поэтому попробуй это перерисовать. Хорошенько посмотри, как это написано, и в верхней части листа (показать, где) напиши так же».

Если кто-нибудь из детей не рассчитывает длину строки, и третье слово у него не будет помещаться на строке, нужно ребенку подсказать, что его можно написать ниже или выше.

*3 задание.* Карточки указанного выше размера следует приготовить и для выполнения 3-го задания. На карточке изображена группа точек (рис. 1б); расстояние между точками по вертикали и горизонтали – 1 см, диаметр точек – 2 мм.

После выполнения ребенком 2-го задания первая карточка у него отбирается и на ее место кладется вторая (уже упомянутый рис. 16) таким образом, чтобы острый угол пятиугольника, образованного точками, был направлен вниз. К 3-му заданию дается следующая инструкция: «Здесь нарисованы точки. Попробуй, сама (сама) нарисовать такие же в нижней части листа» (показать, где).

# Он ел суп

Рис. 1а

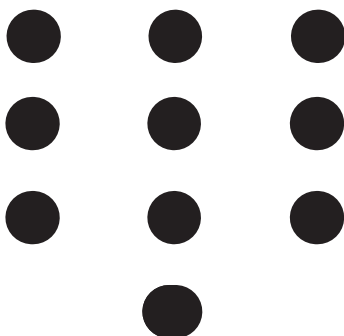


Рис. 16

## Оценка результата

Каждое задание оценивается баллами от 1 (наилучшая оценка) до 5 (наихудшая оценка) (рис. 2).

*Задание 1 (рисунок человека).*

1 балл – у нарисованной фигуры должны быть голова, туловище, конечности. Голову с туловищем соединяет шея (она должна быть не больше, чем туловище). На голове должны быть волосы (возможна шапка или шляпа), уши; на лице – глаза, нос, рот. Верхние конечности заканчиваются рукой с пятью пальцами. Признаки мужской одежды.

2 балла – выполнение всех требований, как при оценке в 1 балл. Возможны три отсутствующие части: шея, волосы, один палец руки, но не должна отсутствовать какая-нибудь часть лица.

3 балла – у фигуры на рисунке должны быть голова, туловище, конечности. Руки, ноги должны быть нарисованы двумя линиями. Отсутствуют шея, уши, волосы, одежда, пальцы на руках.

4 балла – примитивный рисунок головы с конечностями. Конечности (достаточно лишь одной пары) изображены лишь одной линией.

5 баллов – отсутствует ясное изображение туловища и конечностей. Каракули.

*Задание 2 (срисовывание написанного текста) (рис. 1а)*

1 балл – срисованную ребенком фразу можно прочитать. Буквы не более чем в 2 раза больше образца. Буквы образуют три слова. Строка отклонена от прямой линии не более чем на 30 градусов.

2 балла – предложение можно прочитать. Буквы по величине близки к образцу, их стройность – необязательна.

3 балла – буквы должны быть разделены не менее чем на 2 группы. Можно прочитать хотя бы 4 буквы.

4 балла – с образцом схожи хотя бы 2 буквы. Вся группа имеет еще видимость письма.

5 баллов – каракули.

*Задание 3 (срисовывание группы точек) (рис. 1б)*

1 балл – точное воспроизведение образца. Нарисованы точки, а не кружки. Соблюдена симметрия фигуры по горизонтали и вертикали. Может быть любое уменьшение фигуры, увеличение же возможно не больше, чем в половину.

2 балла – возможно незначительное нарушение симметрии: одна точка может выходить за рамки столбца или строчки. Допустимо изображение кружков вместо точек.

3 балла – группа точек грубо похожа на образец. Возможно нарушение симметрии всей фигуры. Сохраняется подобие пятиугольника, повернутого вверх или вниз вершиной. Возможно меньшее или большее количество точек (не менее 7, но не более 20).

4 балла – точки расположены кучно, их группа может напоминать любую геометрическую фигуру. Величина и количество точек несущественны. Другие изображения, например, линии – недопустимы.

5 баллов – каракули.

Сумма баллов по отдельным заданиям представляет общий результат исследования.

На основании результатов психофизиологического обследования ребенок считается неготовым к школьному обучению, если он получает в сумме 9 баллов и более за выполнение теста Керна-Ирасека и имеет дефект звукопроизношения. В этих случаях рекомендуется отсрочка поступления ребенка в школу. Однако следует помнить о том, что, согласно действующему законодательству, «незрелость» ребенка не может быть причиной отказа приема ребенка на обучение в школу.

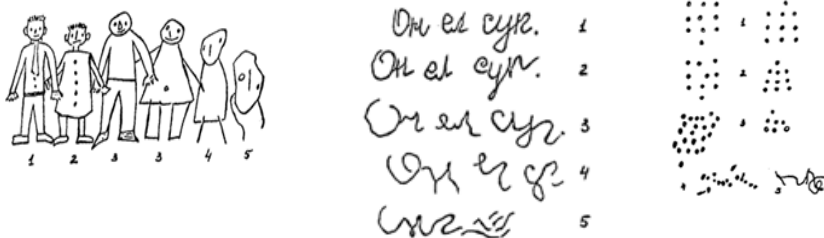


Рис. 2. Оценка результатов выполнения теста Керна-Ирасека

### **Исследование качества звукопроизношения**

Для исследования качества звукопроизношения (чистоты речи) ребенку предлагается по картинкам последовательно вслух перечислить предметы, в названии которых встречаются звуки, относящиеся к группам:

- 1) Сонорных – Р – твердый и мягкий, Л – твердый и мягкий;
- 2) Свистящих – С твердое и мягкое, З – твердое и мягкое;
- 3) Шипящих – Ж, Ш, Ч, Щ

Картинки или рисунки подбираются таким образом, чтобы каждый из перечисленных звуков встречался в начале, в середине и в конце слова, например:

Рак – ведро – топор, река – гриб – фонарь;

Лопата – белка – стул, лейка – олень – сосна;

Заяц – коза – коз, зима – газета – витязь;

Цапля – яйцо – огурец.

Это примерный набор слов. При проведении исследований фиксируют все дефекты произношения звуков, имеющиеся у данного ребенка. Наличие дефектов в произношении хотя бы одного из исследуемых звуков указывает на невыполнение задания.

Для коррекции обнаруженных отклонений в развитии школьно-необходимых функций рекомендуется:

- Упражнения для развития мылких мышц кисти – лепка, рисование, вышивание, занятия с конструктором, состоящим их мелких деталей;
- Занятия по устранению дефектов звукопроизношения – проводятся врачом логопедом.

## **Приложение 2**

### **ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДАЮЩИХ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ОТСРОЧКИ НАЧАЛА СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Приводимые в перечне хронические заболевания и функциональные расстройства являются широко распространенными среди детей в возрастном периоде 6–8 лет и наиболее часто прогрессирующими под воздействием учебных нагрузок. Они представлены в соответствии с МКБ–10, в скобках указаны термины, наиболее принятые в практике отечественного здравоохранения.

При наличии таких нарушений здоровья крайне нежелателен прием детей в первые классы школ ранее 7-летнего возраста, т.к. такое состояние здоровья является неблагоприятным с прогностической точки зрения – крайне высок риск быстрого прогрессирования нарушений под влиянием нервно-эмоциональной нагрузки при обучении в общеобразовательных учреждениях.

### **ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ**

НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ:

- туберкулез (A15–A19);
- хронический вирусный гепатит (B18).

### НОВООБРАЗОВАНИЯ И БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРЕННЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ:

- злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81–C96);
- гемолитические анемии (D55–D59);
- апластические и другие анемии (D60–D64);
- нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния (диатезы геморрагические, обусловленные нарушением тромбоцитопозеза – тромбоцитопатии, нарушением свертываемости крови – коагулопатии, поражением сосудистой стенки – вазопатии) (D65–D69);
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (первичный и другие иммунодефициты (D80–D89).

### БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ:

- болезни щитовидной железы (E00–E07);
- сахарный диабет (E10–E14);
- ожирение (избыток массы тела  $>M+2\delta R$ ) (E66) ;
- недостаточность питания (значительный дефицит массы тела, обусловленный различными причинами, - масса тела  $<M-1\delta R$  и более от должных возрастно-половых показателей по региональным стандартам) (E43–E46).

### БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

#### ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ:

- органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство (F06);
- расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (последствия энцефалита, менингита и других инфекций, травм центральной и периферической нервной системы, состояния после операций на головном мозге) (F07);
- шизофрения (F20–F29);
- острые и преходящие психотические расстройства (психозы различной этиологии, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера) (F23–F44);
- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48), включая неврастению (F48);
- умственная отсталость (F70–79);
- расстройства психологического развития (F80–F89);
- эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90–F98.9), в том числе тики (F95), энурез (F98), заикание (F99.5) и др.;
- системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (G10–G13);
- эпизодические и пароксизмальные расстройства (G40–G47), в т.ч.
- эпилепсия (G40); эпилептический статус (G41), мигрень (G43), головная боль напряженного типа (G44) , выраженные расстройства сна (G47);
- детский церебральный паралич (G80);
- расстройства вегетативной (автономной) нервной системы (G90);
- гидроцефалия (G91);
- другие поражения головного мозга (G93).

#### БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА:

- болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела (в том числе дегенерация роговицы, наследственные дистрофии роговицы, кератоконус, другие деформации роговицы) (H15–H22);
- болезни хрусталика (в том числе афакия, катаракта врожденная, приобретенная) (H25–H28);

- болезни сосудистой оболочки и сетчатки (в том числе болезни сетчатки посттравматические, воспалительные и дистрофические) (H30–H36);
- злокачественная миопия (осложненная близорукость) (H44.2);
- болезни зрительного нерва и зрительных путей (в том числе частичная атрофия, неврит) (H46–H48);
- паралитическое и другие формы косоглазия (в том числе аккомодационное косоглазие и неаккомодационное косоглазие) (H49–H50);
- гиперметропия высокой, средней, легкой степеней (H52.0);
- миопия высокой, средней, слабой степеней (H52.1);
- астигматизм (H52.2);
- амблиопия высокой, средней, легкой степеней (H53.0);
- нарушения бинокулярного зрения (при остроте зрения ниже 0,8–1,0) (H53.3).

#### БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА:

- болезни среднего уха и сосцевидного отростка, болезни внутреннего уха (в том числе хронический гнойный средний отит, отосклероз, адгезивный отит, сопровождающийся тугоухостью III–IV степени) (H65–H80);
- нарушения вестибулярной функции (в том числе лабиринтопатии, болезнь Миньера, состояние после операции на среднем ухе) (H81–H82);
- кондуктивная, нейросенсорная потеря слуха (H90);
- другая потеря слуха (в том числе тугоухость III–IV степени) (H91).

#### БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

- хронические ревматические болезни сердца (I05–I09)
- врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения (Q20–Q28).

#### БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:

- хронические болезни нижних дыхательных путей (хронические неспецифические заболевания бронхо-легочной системы) (J40–J47), в том числе
- астма (бронхиальная астма) (J45);
- гипертрофия небных миндалин и аденоидов (III ст.) (J35,1–J35,3).

#### БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:

- язва желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) (K25, K26);
- хронический атрофический гастрит, другие гастриты (K29.4, K29.5 K29.6);
- дуоденит (хронический дуоденит, хронический гастродуоденит) (K29.8, K29.9);
- неинфекционный энтерит и колит (K50–K52);
- хронический холецистит (K81.1);
- другие хронические панкреатиты (хронический панкреатит) (K86.1).

#### БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ:

- атопический дерматит (диффузный нейродермит) (L20);
- другие атопические дерматиты (экзема) (L20.8);
- псориаз (L40).

#### БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

- кифоз, лордоз (M40);
- сколиоз (M41).





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

**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГОТОВНОСТИ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО  
ПРИ ПЕРЕВОДЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ  
В КЛАСС КОМПЕНСИРУЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ,  
ПРИ ПЕРЕВОДЕ В ОРГАНИЗАЦИЮ  
С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ОБРАЗОВАНИЯ**

ФР РОШУМЗ-4-2014

(версия 1.1)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** Рапопорт И.К., Степанова М.И.

Рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в детских поликлиниках в отделениях организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях и содержит алгоритм определения функциональной готовности несовершеннолетнего при переводе обучающегося в класс компенсирующего обучения, а также при переводе в организацию с повышенным уровнем образования.

Рекомендации одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации 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.
- *Кусельман А.И., Соловьева И.Л., Черданцев А.П.* Состояние здоровья детей, обучающихся по различным школьным программам. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2002; 6: 53–57.
- *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И.* Гигиенические проблемы школьных инноваций. М.: Научный центр здоровья детей РАМН; 2009. 240 с.
- *Псеунок А.А.* Адаптация школьников 5–6 классов компенсирующего обучения. Вестник Адыгейского государственного университета. 2008. серия 4; 4: 108–11.

### **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 (если есть сведения, что скрининг обследование сокращает расходы на осмотры детей, целесообразно это указать).

### **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 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 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**

Дети, испытывающие трудности в освоении основных общеобразовательных программ требуют особого внимания со стороны не только педагогов и психологов, но и врачей. Общеобразовательные учреждения обязаны обеспечивать этих детей необходимым объемом коррекционно-развивающей помощи. Работа компенсирующих классов направлена на коррекцию недостатков дошкольного образования, семейного воспитания детей, устранение нарушений их работоспособности и произвольной регуляции деятельности, охрану и укрепление физического и нервно-психического здоровья указанной категории обучающихся.

Особое медицинское значение приобретает активная и своевременная педагогическая помощь наиболее трудной в воспитательном отношении категории детей, которые, в силу различных причин генетического, биологического и социального свойства, уже приходят в школу психически и соматически ослабленными, социально запущенными, с риском школьной и социальной дезадаптации. Значительно худшее, чем у других сверстников качество адаптационных механизмов делает их уязвимыми по отношению к несбалансированным воздействиям внешней среды, обуславливает предрасположенность этих детей к патологическим реакциям на перегрузки и социально-психологическим срывам. Относительно однородный, с учетом специфики и уровня психического развития, школьной зрелости, состав учащихся в классах компенсирующего обучения дает возможность учителю учесть этот уровень в обучении и тем самым обеспечить большую эффективность учебного процесса, снизить риск нарушений их здоровья.

Работа врача (медицинского работника) в составе психолого-медико-педагогического (ПМПК) консилиума, который функционирует на базе общеобразовательного учреждения, предполагает выявление и раннюю, с первых дней пребывания ребенка в общеобразовательном учреждении, диагностику отклонений в развитии и/или состояний декомпенсации, сопровождение этих учащихся исходя из реальных возможностей образовательного учреждения и в соответствии с их специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья.

### **3. Оценка функциональной готовности детей**

#### **3.1. Медицинское консультирование ребенка при приеме в класс компенсирующего обучения**

С целью профилактики физических, интеллектуальных и эмоционально-личностных перегрузок и срывов адаптации, выявления резервных возможностей развития детей, испытывающих трудности в обучении, (дети «группы риска»), не имеющих выраженных отклонений в развитии (задержки психического развития церебрально-органического генеза, умственной отсталости, выраженных нарушений речи, слуха, зрения, двигательной сферы), принимают или переводят в классы компенсирующего обучения. При нормальном интеллектуальном развитии дети «группы риска» на начальных этапах обучения испытывают трудности в усвоении учебных знаний и умений из-за низкой работоспособности вследствие соматической ослабленности, частичных отставаний в развитии высших психических функций или педагогической запущенности, возникающей в неблагоприятных микросоциальных условиях воспитания и обучения. У этих детей не обнаруживают нарушения памяти, перцептивных и мыслительных процессов, вместе с тем для них характерен низкий уровень выполнения учебных и внеучебных заданий, обусловленный сниженной учебной мотивацией и отсутствием познавательных интересов. При этом наблюдаются: недостаточный самоконтроль, настойчивость и слабая целенаправленность деятельности, повышенная отвлекаемость, импульсивность, гиперактивность. Перечисленные особенности, но в сочетании с нарушениями памяти, восприятия, мышления, характерны для детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза или детей с умственной отсталостью, что является важным критерием в дифференциально-диагностическом плане при решении вопроса о выборе образовательного учреждения для таких детей. Ведущей в характеристике детей «группы риска» является сниженная работоспособность различного генеза: при повышенной утомляемости у соматически ослабленных детей и в связи с расстройствами поведения.

В ходе анализа записей в медицинской карте ребенка и при необходимости дополнительных медицинских освидетельствований врач устанавливает наличие или отсутствие основных показателей для зачисления в класс компенсирующего обучения. Медицинский работник, представляющий интересы ребенка в образовательном учреждении, при наличии показаний и с согласия родителей (законных представителей) направляет ребенка в детскую поликлинику для оформления справки о состоянии здоровья.

*Основными показаниями для зачисления в класс компенсирующего обучения являются:*

- нарушение работоспособности в связи с повышенной утомляемостью (хронические заболевания внутренних органов, аллергические заболевания, нарушение сна, аппетита, вегето-сосудистая дистония);
- нарушение работоспособности в связи с расстройствами поведения (невротические и неврозоподобные состояния, синдром невропатии, импульсивность, гиперактивность).
- педагогическая запущенность детей с нормальным интеллектом, обусловленная воспитанием в неблагополучной среде, трудностями в адаптации

в дошкольных учреждениях (недостаточная степень готовности к обучению, низкий уровень сформированности психологических и психофизических предпосылок образовательной деятельности);

*Для зачисления в классы компенсирующего обучения необходимы:*

- выписка из протокола заседания психолого-медико-педагогического консилиума, заверенная подписью директора школы;
- справка о состоянии здоровья ребенка, заверенная медицинским учреждением (данные из школьной медицинской карты, заверенные врачом);
- заявление родителей на прием (перевод) ребенка в класс компенсирующего обучения;
- характеристика на учащегося, данная классным руководителем;
- решение педагогического совета образовательного учреждения о переводе (зачислении) учащегося в класс компенсирующего обучения.

Для профилактики физических, интеллектуальных и эмоционально-личностных перегрузок и школьной дезадаптации в справку включают медицинские рекомендации для педагогов и психологов по организации учебного процесса с учетом особенностей состояния здоровья ребенка.

Для принятия решения о направлении ребенка в компенсирующий класс следует руководствоваться медицинскими показаниями к отбору детей в эти классы (Приложение 1).

Родители (законные представители) детей имеют право присутствовать при обследовании детей, обсуждении результатов обследования.

Организация обучения в этих классах предполагает предупреждение психофизических перегрузок, эмоциональных срывов, создание климата психологического комфорта, обеспечение успешности учебной деятельности; физическое закаливание, при необходимости общеукрепляющую и лечебно-профилактическую медикаментозную терапию.

Для облегчения и сокращения периода адаптации к образовательному процессу учащихся компенсирующих классов следует обеспечить медико-психологической помощью, осуществляемой педагогами-психологами, врачами-педиатрами, учителями-логопедами, другими специально подготовленными педагогическими работниками.

Одним из критериев эффективности обучения в классе компенсирующего обучения являются позитивные изменения в состоянии здоровья учащегося.

### **3.2. Медицинское консультирование при приеме детей в классы с повышенным уровнем обучения**

Прием детей в 1-е классы с углубленным содержанием обучения осуществляется на основании заключения медико-психолого-педагогической комиссии о готовности ребенка к обучению, установленной по данным тестирования его «школьной зрелости».

Установлено, что повышенный уровень образования является серьезным фактором риска для здоровья детей, особенно имеющих нарушения здоровья.

При осуществлении приема детей с нарушениями в состоянии здоровья в классы с повышенным уровнем образования школьный врач (медицинский работник) должен информировать родителей о риске ухудшения здоровья ребенка в процессе обучения в связи с большими образовательными нагрузками.

Для принятия решения (рекомендации) о возможности поступления ребенка в общеобразовательные школы (классы) с углубленным содержанием обучения можно руководствоваться перечнем хронических заболеваний и функциональных нарушений, наиболее часто встречающихся среди детей 6–18 лет, которые могут являться относительными медицинскими противопоказаниями для обучения детей в школах с повышенным объемом образовательной нагрузки (Приложение 2).

**4. Показания к оценке функциональной готовности несовершеннолетних:**  
выявление готовности несовершеннолетнего к обучению в классах компенсирующего обучения и в классах с повышенным уровнем образования.  
Противопоказаний нет.

#### **5. Материально-техническое обеспечение метода.**

Медицинские организации имеют основные материально-технические средства для проведения оценки функциональной готовности несовершеннолетнего к обучению в классах компенсирующего обучения и в классах с повышенным уровнем образования.

#### **6. Формы учета результатов оценки функциональной готовности**

Регистрация результатов консультирования ребенка различными специалистами, в том числе и медицинскими, участвующими в работе ПМПК, осуществляется по специальным формам (табл. 1, 2).

Таблица 1

Форма учета деятельности специалистов ПМПК  
Журнал записи детей на ПМПК

№ п/п	Дата, время	Ф.И.О. ребенка	Дата рождения (число, месяц, год)	Пол	Инициатор обращения	Повод обращения	График консультирования специалистами

Таблица 2

Журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов и коллегиального заключения и рекомендаций ПМПК

№ п/п	Дата, время	Ф.И.О. ребенка	Дата рождения (число, месяц, год)	Пол	Проблема	Заключение специалиста или коллегиальное заключение ПМПК	Рекомендации	Специалист или состав ПМПК

## Карта (папка) развития ребенка. Основные блоки

### 1. «Вкладыши»:

– педагогическая характеристика;

– выписка из медицинской карты;

при необходимости получения дополнительной медицинской информации о ребенке врач (медицинская сестра) ПМПК направляет запрос в детскую поликлинику по месту жительства ребенка.

### 2. Документация специалистов ПМПК (согласно утвержденным формам):

– заключение специалистов ПМПК;

– коллегиальное заключение ПМПК;

– дневник динамического наблюдения с фиксацией: времени и условий возникновения проблемы; мер, принятых до обращения в ПМПК, и их эффективности, сведений о реализации и эффективности рекомендаций ПМПК.

## 7. Список нормативных и методических документов

1. Федеральный закон Российской Федерации № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

2. Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПК) образовательного учреждения. Письмо Министерства образования РФ от 27 марта 2000 г. № 27/901-6.

4. Приказ Министерства образования и науки РФ от 20 сентября 2013 г. № 1082 г. Москва «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».

5. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных организациях».

## 8. Список литературы

1. *Кусельман А.И., Соловьева И.Л., Черданцев А.П.* Состояние здоровья детей, обучающихся по различным школьным программам. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2002; 6: 53–57.

2. *Кучма В.Р.* Гигиена детей и подростков: Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. 528 с.

3. *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И.* Гигиенические проблемы школьных инноваций. М.: НЦЗД РАМН; 2009. 240 с.

4. *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И.* Медико-профилактические основы работы общеобразовательных школ М.: Издательство «Просвещение»; 2013. 110 с. (Работаем по новым стандартам).

5. *Кучма В.Р., Храмов П.И., ред.* Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях (ДиаПроф НИИГД). М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

6. Медико-организационные подходы к оценке состояния здоровья детей, поступающих в общеобразовательные школы (классы) с углубленным содержанием обучения. Пособие для врачей. М.: Минздрав России; 2000. 15 с.

7. *Псеунок А.А.* Адаптация школьников 5–6 классов компенсирующего обучения. Вестник Адыгейского государственного университета. 2008. серия 4; 4: 108–111.



## 9. Приложения

### Приложение 1

#### **Основными медицинскими показаниями к отбору детей в классы компенсирующего обучения являются**

##### **Нарушение работоспособности в связи с повышенной утомляемостью:**

- 1) астеническое состояние у соматически ослабленного ребенка (например, хронические заболевания внутренних органов, аллергия, хронический тонзиллит, постинфекционная аллергия и др.);
- 2) церебрастенические состояния (компенсирования и субкомпенсирования, гидроцефалия, церебро-эндокринные состояния, постсоматическая и посттравматическая церебрастения) без нарушения интеллектуального развития;
- 3) астено-невротические состояния соматогенной и церебрально-органической природы (нарушение сна, аппетита, вегето-сосудистая (дистония);
- 4) астенические состояния на фоне не резко выраженных сенсорных дефектов.

##### **Нарушение работоспособности в связи с расстройствами поведения:**

- 1) ситуационные реакции с нарушением поведения (патохарактерологические реакции и патохарактерологическое развитие);
- 2) невротические и неврозоподобные состояния (страхи, тики, легкое заикание, не требующее обучения в условиях речевой школы, энурез, энкопрез);
- 3) психогенное патологическое формирование личности;
- 4) синдром истинной невропатии;
- 5) избирательный мутизм на этапе реабилитационных мероприятий;
- 6) синдром гармонического психического (психофизического) инфантилизма;
- 7) синдром раннего детского аутизма (негрубые проявления, нормальный уровень интеллектуального развития);
- 8) психопатические синдромы (по типу аффективной возбудимости, неустойчивости, истероидности, психастении);
- 9) некоторые психические заболевания в стадии ремиссии (шизофрения, эпилепсия);
- 10) легкие проявления двигательной патологии церебрально-органической природы (без нарушений интеллектуального развития), не требующие направления в специальную школу.

##### **Показанием к приему в классы компенсирующего обучения является также педагогическая запущенность детей с нормальным интеллектом, обусловленная воспитанием в неблагоприятной микросоциальной среде, трудностями адаптации в дошкольных учреждениях.**

Противопоказанием для направления детей в классы компенсирующего обучения является наличие следующих клинических форм и состояний:

- 1) задержка психического развития церебрально-органического генеза;
- 2) олигофрения;
- 3) деменция органического, шизофренического и эпилептического генеза;
- 4) наличие выраженных нарушений функций слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата.

Дети, страдающие различными видами слабоумия, задержкой психического развития, могут быть направлены в специальные образовательные учреждения (классы, группы) коррекционного характера

## **Приложение 2**

### **Перечень хронических заболеваний и функциональных нарушений, наиболее часто встречающихся среди детей 6–18 лет, которые могут являться относительными медицинскими противопоказаниями для обучения детей в школах с повышенным объемом образовательной нагрузки**

#### **ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ**

##### **НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ:**

- туберкулез (A15–A19);
- хронический вирусный гепатит (B18).

##### **НОВООБРАЗОВАНИЯ И БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРЕННЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ:**

- злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81–C96);
- гемолитические анемии (D55–D59);
- апластические и другие анемии (D60–D64);
- нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния (диатезы геморрагические, обусловленные нарушением тромбоцитопоза – тромбоцитопатии, нарушением свертываемости крови – коагулопатии, поражением сосудистой стенки – вазопатии) (D65–D69);
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (первичный и другие иммунодефициты (D80–D89).

##### **БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ:**

- болезни щитовидной железы (E00–E07);
- сахарный диабет (E10–E14);
- ожирение (избыток массы тела  $>M+2\delta R$ ) (E66) ;
- недостаточность питания (значительный дефицит массы тела, обусловленный различными причинами, – масса тела  $<M-1\delta R$  и более от должных возрастно-половых показателей по региональным стандартам) (E43–E46);
- задержка полового созревания (E30.0).

##### **БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.**

##### **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ:**

- расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (последствия энцефалита, менингита и других инфекций, травм центральной и периферической нервной системы, состояния после операций на головном мозге) (F07);

- психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (токсикомании и наркомания) ( F10–F19);
- шизофрения (F20–F29);
- острые и преходящие психотические расстройства (психозы различной этиологии, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера) (F23–F44);
- невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48), включая: нейроциркуляторную астению (по гипертоническому, гипотоническому, кардиальному и смешанному типам) (F45.3), а также неврастению (F48);
- расстройства психологического развития (F80–F89);
- эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90–F98);
- системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (G10–G13);
- эпизодические и пароксизмальные расстройства (G40–G47), в том числе эпилепсия (G40); эпилептический статус (G41), мигрень (G43);
- расстройства вегетативной [автономной] нервной системы (G90).

#### БОЛЕЗНИ ГЛАЗА И ЕГО ПРИДАТОЧНОГО АППАРАТА:

- болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела (в том числе дегенерация роговицы, наследственные дистрофии роговицы, кератоконус, другие деформации роговицы) (H15–H22);
- болезни хрусталика (в том числе афакия, катаракта врожденная, приобретенная) (H25–H28);
- болезни сосудистой оболочки и сетчатки (в том числе болезни сетчатки посттравматические, воспалительные и дистрофические) (H30–H36);
- злокачественная миопия (осложненная близорукость) (H44.2);
- болезни зрительного нерва и зрительных путей (в том числе частичная атрофия, неврит) (H46–H48);
- паралитическое и другие формы косоглазия (в том числе аккомодационное косоглазие и неаккомодационное косоглазие) (H49–H50);
- гиперметропия высокой\*, средней\*\*, легкой\*\* степени (H52.0);
- миопия высокой\*, средней\*\*, слабой\*\* степени (H52.1);
- астигматизм (H52.2);
- амблиопия высокой\*, средней \*\*, легкой\*\* степени (H53.0);
- нарушения бинокулярного зрения (при остроте зрения ниже 0,8–1,0) (H53.3).

#### БОЛЕЗНИ УША И СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА:

- болезни среднего уха и сосцевидного отростка, болезни внутреннего уха (в том числе хронический гнойный средний отит, отосклероз, адгезивный отит, сопровождающийся тугоухостью III–IV степени) (H65–H80);
- нарушения вестибулярной функции (в том числе лабиринтопатии, болезнь Миньера, состояние после операции на среднем ухе) (H81–H82);
- кондуктивная, нейросенсорная потеря слуха (в том числе тугоухость III–IV степени) (H90);
- другая потеря слуха (в том числе тугоухость III–IV степени) (H91).

---

\* – противопоказано при поступлении в любой класс школы с углубленным содержанием обучения;

\*\* – противопоказано при поступлении в начальные классы школы с углубленным содержанием обучения.

**БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ:**

- хронические ревматические болезни сердца (I05–I09)
- эссенциальная [первичная] гипертензия (I10);
- гипертензивная болезнь (гипертоническая болезнь) с преимущественным поражением сердца (I11);
- гипертензивная болезнь (гипертоническая болезнь) с преимущественным поражением почек (I12);
- вторичная гипертензия (I15);
- врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения (Q20 том числе Q28).

**БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:**

- хронические болезни нижних дыхательных путей (хронические неспецифические заболевания бронхо-легочной системы) (J40 том числе J47), в том числе
- астма (бронхиальная астма) (J45).

**БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:**

- язва желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) (K25, K26);
- хронический атрофический гастрит, другие гастриты (K29.4, K29.5 K29.6);
- дуоденит (хронический дуоденит, хронический гастродуоденит) (K29.8, K29.9);
- неинфекционный энтерит и колит (K50–K52);
- хронический холецистит (K81.1);
- другие хронические панкреатиты (хронический панкреатит) (K86.1).

**БОЛЕЗНИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ:**

- атопический дерматит (диффузный нейродермит) (L20);
- другие атопические дерматиты (экзема) (L20.8);
- псориаз (L40).

**БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ:**

- кифоз, лордоз (M40)<sup>\*\*\*</sup>;
- сколиоз (M41)<sup>\*\*\*</sup>;
- остеохондроз позвоночника (остеохондропатия) (M42)<sup>\*\*\*</sup>;
- остеохондроз периферических костей остеохондропатия) (M91–M92)<sup>\*\*\*</sup>.

**БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ:**

- гломерулярные болезни (гломерулонефрит) (N00–N08);
- тубулоинтерстициальные болезни (пиелонефрит) (N10–N16);
- интерстициальный (хронический) цистит (N30.1);
- отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации (N91);
- обильные, частые и нерегулярные менструации (N92).

<sup>\*\*\*</sup> – противопоказано при поступлении в средние и старшие классы при условии отсутствия стабилизации хронической патологии.



УТВЕРЖДЕНЫ  
Профильной комиссией  
Минздрава России  
по гигиене детей и подростков  
6 мая 2014 г.  
Протокол № 3

УТВЕРЖДЕНЫ  
на IV Конгрессе  
РОШУМЗ  
Санкт-Петербург  
16 мая 2014 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ И АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ  
РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ  
НА СУБКЛИНИЧЕСКОМ (ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОМ УРОВНЕ)  
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ  
СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

ФР РОШУМЗ-14-2014

(версия 1.2)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** Чубаровский В.В., Кучма В.Р.

Рекомендации «Критерии и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом) уровне при проведении профилактических осмотров лиц старшего подросткового возраста» включают необходимые действия и алгоритм выявления расстройств личности у учащихся подростков при профилактических осмотрах, гарантированно осуществляемые медицинскими организациями в соответствии с Приказом Минздрава России от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Рекомендации «Критерии и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом) уровне при проведении профилактических осмотров лиц старшего подросткового возраста» предназначены для врачей, медицинских сестер учебных заведений, педагогов, психологов и социальных работников муниципальных учреждений.

Рекомендации «Критерии и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом) уровне при проведении профилактических осмотров лиц старшего подросткового возраста» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Минздрава России по гигиене детей и подростков (Протокол № 4 от 6 мая 2014 г.), Президиумом РОШУМЗ (Протокол № 18 от 6 мая 2014 г.), на IV Конгрессе Всероссийского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Санкт-Петербург, 15–16 мая 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.

• 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.: НЦЗД РАМН; 2013: 83-92.

### **Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – 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, школьных психологов, врачей-психиатров, психотерапевтов 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 размещена 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, которые дали комментарии, прежде всего, о доходчивости и точности 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**

Существующие в настоящее время методы оценки состояния психического здоровья учащихся подростков при профилактических осмотрах нацелены в основном на выявление невротических и соматоформных синдромально очерченных состояний. При разработке психогигиенических мероприятий акцент делается на оценке роли условий обучения, значении учебных психоэмоциональных перегрузок и дидактогений. Группы риска в отношении возникновения различных форм психической дезадаптации формируются на основе данных психометрических методик или при наличии различных форм девиантного поведения. При этом определяющим методом диагностики любых психопатологических проявлений является клинический.

В условиях отсутствия единого диагностического подхода, сложности использования V класса МКБ-10 значительное число подростков с предболезненными, субклиническими нарушениями личности (II группа здоровья) остается вне поля зрения специалиста. В связи с крайне низкой обращаемостью подростков к врачу-специалисту раннее выявление личностных нарушений субклинической степени выраженности необходимо осуществлять при проведении профилактических осмотров учащихся в образовательных организациях. В связи с высокой распространенностью соматической патологии в подростковых контингентах актуальным является оценка роли хронической соматогении в формировании личности.



Указанные обстоятельства требуют уточнения дифференциально-диагностических критериев оценки расстройств личности подростков с сопутствующими соматическими заболеваниями в условиях проведения массовых профилактических осмотров.

Данные научных наблюдений показывают, что рост распространенности нервно-психических нарушений в детских и подростковых популяциях происходит в основном за счет, так называемой, малой психиатрии: пограничных невротических и личностных расстройств. При этом, несмотря на огромную потребность в помощи, обращаемость по поводу этих нарушений нервно-психического здоровья к специалистам (неврологу, психиатру, клиническому психологу) явно недостаточная, что свидетельствует об отсутствии должного внимания к невротическим и психическим расстройствам у детей со стороны родителей и большой ответственности за их своевременное выявление и организацию лечебно-профилактической и коррекционной работы, ложащейся на врачей, осуществляющих медицинское обслуживание учащихся.

Выявление функциональных отклонений со стороны нервно-психической сферы и их правильная оценка часто бывает затруднительной, как из-за определенной специфики этих нарушений, так и недостаточной подготовленности врачей-педиатров, первыми сталкивающихся с ними при проведении профилактических осмотров.

Клинические проявления пограничных состояний разнообразны по своему происхождению и выраженности. На начальных этапах развития отклонений они предстают в виде отдельных симптомов и даже микросимптоматики. Относительно некоторых из них часто трудно бывает с определенностью сказать являются ли они патологическими или естественными отклонениями от нормы («абсолютной нормы»). Минимальные нарушения нервно-психического здоровья из-за схожести симптоматики донозологических форм этих расстройств, проблем адаптации и некоторых возрастных и индивидуально-типологических особенностей поведения часто своевременно не распознаются.

Однокораннее выявление у детей таких отклонений абсолютно необходимо, так как именно пограничные состояния, занимающие промежуточное положение между здоровьем и болезнью, содержат в себе истоки нервно-психической неустойчивости, психосоматических расстройств, психопатологии, психосоциальной дезадаптации, злоупотребления алкоголем, наркотиками, дисгармонии личности.

Рассмотрение предпатологических, пограничных состояний в качестве факторов риска тяжелых срывов адаптации и хронических психических заболеваний диктует необходимость выявления этих состояний и получения их характеристик по признакам выраженности, динамики, лабильности или устойчивости, склонности к прогрессированию или исчезновению и т. д.

Непринятие своевременных мер коррекции донозологических отклонений приводит к их отягощению: формируются выраженные формы нарушений нервно-психического здоровья, социального функционирования, непродуктивные и разрушительные формы поведения (аддиктивное, делинквентное, суицидальное).

Важно, кроме того, иметь в виду, что психическое и соматическое здоровье неотделимы друг от друга: больной ребенок всегда страдает психически, а у психического больного ущемлены биологические функции.

Исследование нервно-психического здоровья и факторов его определяющих, нацелена не только на решение задач психогигиены (профилактики расстройств) в детском и подростковом возрасте, но и на более углубленное изучение приспособительных механизмов, осуществляющих адаптацию человека к условиям жизни. Ведущую роль при этом играет нервно-психическая сфера человека. В связи с этим сформулировано представление о *нервно-психическом здоровье, как совокупности характеристик, обеспечивающих динамическое равновесие человека с окружающим миром, и возможность выполнения его социальных функций.*

**Социально-психологическая адаптация** – адекватное взаимодействие личности и социальной среды. Социальная адаптация является одновременно и процессом овладения новыми способами поведения и результатом целенаправленной деятельности, цель которой – приспособление личности к социальной среде.

Учитывая, что для ребенка или подростка основной социальной функцией является выполнение всех требований, предъявляемых в первую очередь образовательным учреждением, основными критериями социально-психологической адаптации являются: эффективность учебной деятельности, соблюдение принятых в обществе, в том числе школьных норм поведения, успешность социальных контактов с ближайшим окружением, эмоциональное благополучие. Именно нарушение социально-психологической адаптации зачастую является первым признаком нарушений в психическом здоровье. С другой стороны, длительно существующая социальная неуспешность вызывает состояние хронического стресса и может приводить к нарушениям в состоянии психического здоровья. Таким образом, внимание специалистов на этом этапе в первую очередь должно быть сосредоточено на оценке успешности социальной адаптации детей и подростков, посещающих образовательные организации.

Без своевременной коррекции имеющихся нарушений психического здоровья и социально-психологической адаптации в школьном возрасте у многих юношей и девушек старшего подросткового возраста в ответственные моменты жизни выявляются медицинские противопоказания и ограничения к выбору профессии, службе в армии и др.

Выявление в процессе регулярных профилактических осмотров детей и подростков, имеющих признаки нарушения нервно-психического здоровья и нуждающихся в специальной поддержке, будет способствовать решению многих не только медицинских, но и социальных проблем.

Одним из критериев здоровья ребенка служит показатель успешности возрастного развития. Это имеет непосредственное отношение и развитию нервно-психической сферы ребенка и подростка. Основой психического здоровья является полноценное, соответствующее возрасту, развитие психофизиологических функций ребенка на всех этапах онтогенеза. Недостаточно сформированные в дошкольном детстве когнитивные функции (произвольное внимание, память, психомоторика и др.) делают ребенка уязвимым в условиях школьного обучения, затрудняют процесс дальнейшего развития. Это, в свою очередь, приводит к нарушению социального функционирования.

Особенно важно своевременное распознавание предболезненных субклинических состояний. Они диагностируются и определяются как невротические и патохарактерологические реакции в отличие от клинически очерченных синдромов (неврозы и неврозоподобные состояния; психопатии и психопатоподобные состояния).

*Предболезненные, субклинические состояния:*

- не достигают степени выраженности синдромально очерченных состояний, возникают от незначительных причин,
- имеют тенденцию к стереотипному повторению,
- нестойки и не сопровождаются выраженной социальной дезадаптацией (Семичов С.Б., 1987, Семке В.Я., 2004, Александровский Ю.А., 2010).

Для постановки диагноза «патохарактерологическая» или «невротическая» реакция 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 «барьеру психической адаптации». При предболезненных субклинических состояниях ребенок или подросток должен быть отнесен ко II группе здоровья.

### **3. Критерии оценки и алгоритм выявления расстройств личности субклинической степени выраженности**

На основе клинических и гигиенических исследований разработаны следующие критерии выявления расстройств личности субклинического (донозологического уровня) у подростков (табл. 1): 1. Учебная дезадаптация (полная, частичная и относительная). 2. Социальная дезадаптация (внутрисемейная, общая) 3. Различные формы отклоняющегося поведения – криминальное, делинквентное, аддиктивное в сочетании с рядом преморбидных личностных свойств: акцентуаций характера возбудимого, истероидного и неустойчивого типа. 4. Сильно выраженные специфические подростковые реакции эмансипации, группирования со сверстниками, «обусловленных формирующимся половым влечением». 5. Динамическая характеристика нарушений по следующим градациям: а) время проявления первых клинических признаков (с рождения, младший школьный возраст, препубертат, пубертат); б) длительность (от 1 до 6 месяцев, от 6 месяцев до 1 года, свыше 1 года); в) особенности клинического течения (улучшение, ухудшение, отсутствие динамики (стационарное, стабильное течение).

#### **3.1. Оценка учебной дезадаптации подростка**

Учебная дезадаптация (полная, частичная и относительная) в сочетании с внутрисемейной и общей социальной дезадаптацией. Следует отметить, что учебная дезадаптация определяется по критериям, предложенным Жариковым Н.М., Логиновой М.С. 1983. Фиксировались 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 учащегося в течении 6 и более месяцев (3 балла), наличие частичной учебной дезадаптации более года – повышающий коэффициент 1,5 (3 балла).

Таблица 1

**Критерии формирования группы риска расстройств личности  
у учащихся подросткового возраста**

№	Критерий	Формы и признаки дезадаптации	Специалист
1	Учебная дезадаптация	Полная, частичная, относительная	Педагог
2	Социальная дезадаптация	Внутрисемейная, общая	Педагог, школьный психолог, социальный педагог
3	Девиантные формы поведения	Криминальное, делинквентное, аддиктивное, аутоагрессивное, сексуальные девиации	Педагог, школьный психолог, социальный педагог, инспектор по делам несовершеннолетних (МВД)
4	Патохарактерологические или сильно выраженные специфические подростковые реакции, акцентуации характера скрытые или явные	Самооценка выраженности подростковых реакций, выраженность истероидных, эпилептоидных, возбудимых и неустойчивых черт, общая социальная дезадаптация	Школьный психолог
5	Динамическая характеристика нарушений	Начало проявлений, длительность, особенности течения	Невролог, школьный врач, школьная медицинская сестра

### **3.2. 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. Данные предоставляются педагогами, школьным психологом, инспекторами по делам несовершеннолетних и пр.;

Сильно выраженные специфические подростковые реакции эмансипации, группирования со сверстниками, «обусловленных формирующимся половым влечением», увлечения (проявляющиеся рискованными формами поведения, Приложение 1). Их выраженность определяет школьный психолог.

Динамическая характеристика нарушений по следующим градациям: а) время проявления первых клинических признаков (с рождения, младший школьный возраст, препубертат, пубертат); б) длительность (от 1 до 6 месяцев, от 6 месяцев до 1 года, свыше 1 года); в) особенности клинического течения (улучшение, ухудшение, отсутствие динамики (стационарное, стабильное течение).

### 3.3. Алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом уровне

Выделяется три этапа с учетом уровня подготовки специалистов смежных профессий (табл. 2): I – доврачебный этап – основная задача формирования групп повышенного риска в отношении возникновения различных форм психической дезадаптации у подростков; II, задачей которого является первичная диагностика психических расстройств школьным врачом и невропатологом при профилактических осмотрах; III этап – окончательная диагностика психических расстройств врачом-специалистом (психиатр, психиатр-нарколог, психотерапевт).

#### 3.3.1. Доврачебный этап

На I этапе сбор объективных данных осуществляется педагогами средним медицинским персоналом при координирующей роли школьного психолога. При диагностике преморбидных свойств личности школьным психологам рекомендуется использовать психометрическую методику – «Усовершенствованный метод патохарактерологического исследования подростков» (Иванов Н.Я., Личко А.Е. 1985; Приложение 2). Предоставляются 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 расстройств личности у подростков.

Оценка значимости отдельных форм девиантного поведения производится по балльной методике, представленной в таблице 3.

На врачебный этап обследования представляется «Карта оценки поведенческих факторов риска формирования расстройств личности», оценка учебной, внутрисемейной и общей социальной дезадаптации, заключение психолога.

#### 3.3.2. Врачебный этап

Предварительный диагноз ставится врачом педиатром или невропатологом при профилактических осмотрах на II этапе исследования на основании:

1. Клинической оценки состояния подростка на момент обследования и
2. Оценки представленных критериев и факторов риска формирования расстройств личности. При проведении профилактического осмотра и оценке психоневрологического компонента личности врач-педиатр должен опираться на:  
1) результаты изучения анамнеза развития пациента - перинатальная патология,

Таблица 2

Алгоритм ранней диагностики расстройств личности  
у учащихся подросткового возраста

Этап	Наименование	Специалисты
I	Доврачебный (предварительное формирование группы риска)	Школьный психолог, педагоги, школьная медицинская сестра
II	Врачебный – при профилактических осмотрах	Школьный врач (педиатр), невролог
III	Специализированной помощи (ПНД, медико-психолого-педагогические комиссии разного уровня)	Психиатр, психотерапевт, психиатр-нарколог

Таблица 3

Карта 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.

наличие экзогенных воздействий (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и т. д.), задержки развития моторики, речи, явления невротии 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;

- наличие следов инъекций или порезов на тыльных поверхностях плечей и предплечий; интеллект – соответствует физиологическому возрасту или нет;
- 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 на основании «Закона о психиатрической помощи и гарантиях граждан при ее оказании».

На этап специализированной медицинской помощи подаются документы доврачебного этапа обследования, заключение невропатолога с оценкой состояния соматической, неврологической, психической сфер и предварительным диагнозом. Основные формы расстройств личности представлены в Приложении 2.

### **3.3.3. Этап специализированной помощи**

На III этапе осуществляется постановка психиатрического диагноза, как субличностной 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 связи с выраженными трудностями диагностики предболезненных состояний (донозологических форм), основанной на выявление особенностей психопатологической симптоматики (то есть качественных признаков), при диагностике патохарактерологических и невротических реакций следует использовать коли-



чественный критерий – частота возникновения предболезненных расстройств. Квалифицировать состояние как невротическая или патохарактерологическая реакция следует в тех случаях, когда они возникают у пациента один или более раз в неделю. Данная частота свидетельствует о перенапряжении «барьера психической адаптации» личности (Александровский Ю.А., 2005, 2011) и свидетельствует о недостаточных адаптационных возможностях оптимального функционирования психических процессов в рамках недельного ритма труда и отдыха. Именно количественный показатель позволяет в значительной степени унифицировать диагностический подход к данной форме нарушений на врачебном этапе, особенно в условиях массовых профилактических осмотров.

В ходе комплексного медико-психолого-педагогического обследования на доврачебном и врачебном этапе формируются группы риска подростков в отношении формирования аномальных личностных свойств. В зависимости от степени выраженности и структуры выявленных нарушений разрабатывается, а затем осуществляется первичная и вторичная психопрофилактика расстройств с использованием, как психотерапевтических, так и биологических методов коррекции на основе принципов междисциплинарности, возрастной преемственности, комплексности. При диагностике синдромально и нозологически очерченных расстройств, координирующая роль в разработке психокоррекционных мероприятий принадлежит врачам-психиатрам, психотерапевтам и психиатрам наркологам.

#### **4. Показания и противопоказания к применению**

Показано использовать при проведении профилактических медицинских осмотров и формировании групп риска в отношении формирования различных форм личностной патологии. Показаны для ранней диагностики, первичной и вторичной профилактики донозологических расстройств личности на доврачебном этапе.

Противопоказаний не имеется.

#### **5. Материально-техническое обеспечение**

Специального оборудования и условий не требуется.

#### **6. Список нормативно-методических документов**

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

#### **7. 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. и др. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. Руководство для врачей. М.: НЦЗД РАМН; 2004.



4. 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.

5. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методическое пособие. 2-е издание. Серия: Выпуск 10. М.: «Фолиум»; 1995, 64 с.

6. Логинова М.С. Особенности адаптации к условиям школы подростков-восьмиклассников с пограничными психическими нарушениями: диссертация кандидата психологических наук. Ленинград; 1983. 136 с.

7. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Ленинград: Медицина; 1987.

8. Семке В.Я. Психическое здоровье подрастающего поколения как показатель социального благополучия общества. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004; 3(33): 7–13.

9. Циркин С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Санкт-Петербург: 1999.

10. 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.

## 8. Приложения

### Приложение 1

#### Краткое описание расстройств личности различной степени выраженности

##### *Расстройства личности.*

Расстройства личности в детском и подростковом возрасте проявляются преимущественно девиантными формами поведения и делятся на *патохарактерологические реакции* (предболезненные состояния), *психопатии* (когда ведущую роль в их развитии играет наследственность или психогении) и *психопатоподобные состояния*, в возникновении которых определяющая роль принадлежит экзогенно-органическим факторам (перинатальная патология, черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и т. п.)

*Психопатические и психопатоподобные синдромы* традиционно диагностируются в соответствии с критериями, признаками и классификацией предложенной П.Б. Ганнушкиным (1964): 1) выраженность аномальных личностных свойств столь значительна, что определяет степень социальной дезадаптации индивидуума; 2) тотальность проявлений дисгармоничности личностного склада (в любых формах деятельности); 3) относительная стойкость аномальных свойств. Особо следует отметить, что именно в этой формулировке данное определение вошло практически во все основные учебные пособия и руководства по детской и подростковой психиатрии последних 10–15 лет. Определенные особенности типологии нарушений даны в руководстве по детской психиатрии В.В. Ковалева (1987) и А.Е. Личко (1985).

В связи с широко принятым в нашей стране разделением детско-подросткового контингента во время профилактических медицинских осмотров на определенные группы здоровья, лиц с психопатическими и психопатоподобными синдромами (в зависимости от степени их выраженности и социальной дезадаптации пациента) следует относить к III–IV группам здоровья. Следует отметить, что чем ранее ребенок обнаруживает аномальные характерологические особенности (в возрасте от 3 до 7 лет), тем менее благоприятен прогноз течения данной формы патологии, поэтому пациентов следует относить к III или IV группе здоровья.

*Типологическая оценка предболезненных состояний* – патохарактерологических реакций осуществлялась также на основе вышеуказанной систематики. Соотношение рабочей систематики основанной на отечественном подходе (применительно к массовым клинико-эпидемиологическим исследованиям) и МКБ-10, V класс дано в Приложении 19 (клинический пример приводится в Приложении 20.).

К разряду *патохарактерологических реакций* относятся специфические подростковые реакции (Приложение 19), такие как реакция эмансипации – стремление высвободиться из-под опеки взрослых, утвердить собственное новое ролевое поощение в сложившейся и распадающейся системе отношений «детского Я» и формирующегося «Я взрослого». Эти реакции отмечаются в группе «прочие» в рабочей систематике.

*Реакция группирования со сверстниками* развивается вследствие выраженной семейной и учебной дезадаптации подростка и стремления к общению с лицами, переживающими аналогичные психобиологические преобразования. Зачастую группирование происходит в асоциальные микрогруппы, в которых ведущим фактором регулятора поведения и восприятия моральных норм и общественных ценностей выступает так называемая «автономная мораль».

«*Хобби-реакции*», или реакции увлечения, в частности реакция подражания кому-либо – известному певцу, актеру, лидеру микрогруппы и т. д. Иногда она лежит в основе формирования подросткового неконформизма и приводит к развитию делинквентных форм поведения (от лат. delinquo – совершить проступок, провиниться), то есть цепи мелких правонарушений, не наказуемых согласно Уголовному кодексу, и асоциальных форм поведения.

Патологические поведенческие реакции могут лежать в основе развития неврозов, алкоголизма и наркоманий. Во всех случаях диагностируются те или иные психические расстройства. Патологические поведенческие реакции могут возникать также на фоне акцентуаций характера. В таких случаях их относят к группе непсихотических реактивных (психогенных) расстройств и ко II группе здоровья (В.В. Ковалев, 1979).

В последние годы специалистами существенное внимание уделяется роли отдельных личностных свойств подростка в процессе патохарактерологического формирования личности. Например, изучается связь самосознания подростка с развитием различных форм девиантного поведения. Цель – раскрытие механизмов отклоняющегося поведения.

Понятию *эпилептоидное психопатическое состояние (эксплозивный вариант)* соответствует также широко используемое в отечественной литературе понятие *психопатия возбудимого типа*. Для детей и подростков с данными расстройствами ключевым признаком является несбалансированность процессов возбуждения и торможения, лежащих в основе психопатических аффективных реакций, проявляющихся преимущественно агрессивным поведением и приводящих к полной социальной дезадаптации. Проявлением особенностей психофизиологического

функционирования выступает крайняя слабость процессов торможения, существенно затрудняющая интериоризацию (восприятие) норм общественного поведения, формирование моральных ценностей и динамического стереотипа поведения, соответствующих требованиям конкретного общества и лежащих в основе социальной адаптации личности. Психопатологические нарушения в детском возрасте представлены преимущественно *гипердинамическим синдромом*. Дети драчливы, конфликтны, воспитатели и педагоги предъявляют жалобы на их «неуправляемость». Дисгармония в сфере воли и влечений зачастую проявляется садистическими наклонностями – мучение животных, стремление к просмотру телевизионных программ, содержащих многочисленные сцены насилия, и фильмов ужасов, крайняя жестокость в многочисленных драках со сверстниками, инициаторами которых они сами являются.

В подростковом возрасте у таких учащихся отмечаются многочисленные девиации поведения, обусловленные формирующимся половым влечением. У возбудимых личностей крайне высок риск возникновения девиантного поведения преимущественно делинквентной, асоциальной (криминальной) и аддиктивной форм. В структуре психического состояния практически всегда отмечаются специфические патохарактерологические подростковые реакции эмансипации и группирования со сверстниками (см. выше). В асоциальных микрогруппах они всегда играют роль неформального лидера. К 13–15 годам подростки, как правило, состоят на учете в детской комнате милиции или имеют приводы.

Перечисленные нарушения с большим трудом поддаются психолого-педагогической коррекции, поэтому после 9-го класса в результате «педагогической сепарации» (отбора в 10-е классы) учащиеся переходят из школы в профессиональные училища, что приводит к высокой распространенности расстройств личности в последней группе, крайне ограничивая возможности социальной реабилитации подростков (Чубаровский В.В., 1987, 2000, 2004 гг.).

*Патохарактерологические реакции эпилептоидного типа* возникают на фоне акцентуации характера аналогичного, гипертимного, истеро-эпилептоидного типов и не приводят к столь выраженной социальной дезадаптации.

Патохарактерологические реакции возникают у лиц с акцентированными особенностями, истероидного, гипертимно-истероидного, истеро-неустойчивого типов и не приводят к выраженной и длительной социальной дезадаптации. Благоприятным может быть их течение, если удастся методами психологической и педагогической коррекции направить их стремление к признанию и восхищению собственной личностью в социально-приемлемые формы деятельности – участие в художественной самодеятельности, при наличии способностей – в спортивные секции, кружки художественного творчества и т. п.

*Психопатические состояния шизоидного типа*. У личностей с психопатическими состояниями такого типа отмечаются особенности, сходные с изменениями, вызванным шизофреническим процессом. Основными являются особенности организации эмоционально-волевой сферы, проявляющиеся эмоциональной уплощенностью, холодностью или парадоксальными аффективными реакциями по типу «дерево и стекло».

Асинхрония развития отдельных сфер психики приводит к опережающему формированию понятийного, абстрактного мышления при одновременной задержке чувственно-образного. Таким детям легко даются точные дисциплины – математика, физика, геометрия, химия, гораздо меньше их успехи в гумани-

тарных предметах. В строении тела отмечается часто астенический или диспластический типы. Вследствие задержки развития моторики такие дети и подростки выглядят угловатыми, неловкими, не могут справиться зачастую даже с примитивными физическими упражнениями. Они малообщительны, замкнуты, имеют ограниченный круг знакомств. Часто отмечается патологическая привязанность к матери. Из-за их чудаковатости, склонности к парадоксальным суждениям, в сочетании с аффективной дисгармонией, отсутствием способности к эмоциональному синтонному реагированию, чувственному восприятию контекста отношений со сверстниками они становятся объектами насмешек, преследования и издевательств со стороны соучеников, в микрогруппе играют роль изгоев, что лежит в основе их выраженной социальной дезадаптации. В период полового созревания вследствие трудностей в установлении межличностных контактов могут отмечаться грубые девиации поведения в сексуальной сфере. Наличие шизоидных черт характера обуславливает повышенный риск развития психотических состояний и развития шизофренического процесса.

*Патохарактерологические реакции* отмечаются у лиц с акцентированными характерологическими особенностями шизоидного, сензитивно-шизоидного, психастенического типов. Диагностируются в соответствии с признаками, изложенными выше.

*Психастенические психопатические состояния.* Для детей и подростков с данными расстройствами личности основными свойствами являются повышенная тревожность, выраженная неуверенность в себе, мнительность, склонность к болезненной рефлексии, постоянному самоанализу. Выраженная несостоятельность обнаруживается во всех ситуациях, требующих принятия самостоятельного решения. Успешно справляясь с письменными заданиями, они практически не могут отвечать у доски, сдавать устные экзамены, отстаивать свою позицию в спорах и конфликтах со сверстниками. Мучительное переживание собственной несостоятельности приводит к выраженной учебной дезадаптации вплоть до отказа посещать учебное учреждение. Родители часто вынуждены переводить их на экстернат. Дети и подростки имеют ограниченный круг знакомств с высокой эмоциональной привязанностью. Комфортно они чувствуют себя лишь в кругу своей семьи или среди лиц, относящихся к ним с явно выраженной симпатией. Специфические подростковые реакции эмансипации, группирования со сверстниками слабо выражены. Психогении приводят к возникновению идей самообвинения, самоуничужения и аффективных нарушений депрессивного и обсессивно-фобического типов. Также легко у них возникают ипохондрические и дисморфоманические нарушения. Затяжные депрессивные состояния могут лежать в основе суицидальных тенденций.

*Патохарактерологические реакции* возникают на фоне психастенической, эмоционально-лабильной и сенситивной акцентуации характера. В отличие от психопатий они откладывают отпечаток на все проявления деятельности личности, но не приводят к стойкой дезадаптации. В структуре психического состояния зачастую отмечается выраженная реакция гиперкомпенсации, когда подросток стремится к самореализации именно в той сфере деятельности, где он испытывает наибольшие трудности, например, начинает заниматься боевыми искусствами, художественной самодеятельностью и т. п. При этом стремление к такой деятельности может занимать доминирующее, сверхценное значение в сознании подростка в ущерб учебе, что может приводить к школьной дезадаптации.

## Приложение 2

*Акцентуации характера* – это крайние варианты нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей или даже повышенной устойчивости к другим (А.Е. Личко, 1985).

Под *акцентуацией характера* понимают, в первую очередь, особенности организации эмоционально-волевой сферы личности, оказывающие определяющее влияние на все формы деятельности, не приводя (в отличие от психопатий) к выраженной социальной дезадаптации. Именно особенности организации эмоционально-волевой сферы подростка в значительной степени определяют степень риска и тип аномального реагирования.

### **Краткое описание диагностируемых типов<sup>1</sup>**

С помощью ПДО могут быть диагностированы следующие типы психопатий и акцентуаций характера, краткое описание которых приводится ниже.

*Гипертимный тип (Г).* Такие подростки отличаются всегда хорошим, даже слегка повышенным настроением, высоким жизненным тонусом, брызжущей энергией, неудержимой активностью, постоянным стремлением к лидерству, притом неформальному. Хорошее чувство нового сочетается с неустойчивостью интересов, а большая общительность – с неразборчивостью в выборе знакомств, в силу чего могут незаметно для себя оказаться в дурной компании, начать выпивать (обычно предпочитая неглубокие степени опьянения), пробовать действие наркотиков и других токсических средств (но пристрастия к ним в подростковом возрасте обычно не возникает). Правонарушения присущи групповые. Легко осваиваются в незнакомой и быстро меняющейся обстановке, но переоценивают свои возможности и строят чрезмерно оптимистические планы на будущее («хорошие тактики и плохие стратеги»). Неразборчивы в выборе приятелей и напарников, отчего нередко бывают преданы ими.

Плохо переносят одиночество, размеренный режим, строгую дисциплину, однообразную обстановку, монотонный и требующий мелочной аккуратности труд, вынужденное безделье. Стремление окружающих подавить их активность и лидерские тенденции нередко ведет к бурным, но коротким вспышкам раздражения. Не злопамятны. Легко мирятся с теми, с кем поссорились.

Разговорчивы, говорят быстро, с живой мимикой и жестами. Высокий биологический тонус проявляется всегда хорошим аппетитом, здоровым, крепким сном – встают бодрыми, отдохнувшими. Сексуальное влечение рано пробуждается и отличается силой. Быстро увлекаются, но и охлаждаются к сексуальным партнерам. Самооценка нередко неплохая, но часто стараются показать себя более конформными, чем это есть на самом деле. Плохо совместимы с подростками эпилептоидного типа, от представителей шизоидного, сенситивного и психастенического типов стараются дистанцироваться. Первые проявления гипертимности нередко бывают с детства: неугомонность, шумливость, стремление командовать сверстниками, чрезмерная самостоятельность.

*Циклоидный тип (Ц).* Встречается только в виде акцентуаций характера. При патологическом уровне развивается одна из форм нервно-психического рас-

---

<sup>1</sup> Подробное описание дано в монографии А.Е. Личко «Психопатии и акцентуации характера у подростков». Изд. 2-е. Л.: Медицина; 1983.

стройства – циклотимия. При циклоидной акцентуации фазы гипертимности и субдепрессии выражены нерезко, обычно кратковременны (1–2 недели) и могут перемежаться длительными интермиссиями. В субдепрессивной фазе падает работоспособность, ко всему утрачивается интерес, подростки становятся вялыми домоседами, избегают компании. Неудачи и мелкие неурядицы тяжело переживаются. Серьезные нарекания, особенно унижающие самолюбие, способны навести на мысли о собственной неполноценности и ненужности и подтолкнуть к суицидальному поведению. В субдепрессивной фазе также плохо переносятся крутая ломка стереотипа жизни (переезд, смена учебного заведения и т. п.). Падает биологический тонус, могут спать больше обычного, но встают вялыми, неотдохнувшими. Даже любимые кушанья не доставляют прежнего удовольствия. Половое влечение обычно снижается. В гипертимной фазе циклоидные подростки не отличаются от гипертимов. Самооценка формируется постепенно, по мере накопления опыта «хороших» и «плохих» периодов. У подростков она нередко бывает еще неточной, так как первые проявления циклоидности начинаются только с половым созреванием. Иногда бывает выражена сезонность фаз: депрессии падают на зиму или на весну, а гипертимные периоды – на осень. В интермиссиях между субдепрессивными и гипертимными фазами никаких особенностей не обнаруживают.

*Лабильный тип (Л).* Главная черта этого типа – крайняя изменчивость настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно круто от ничтожных и даже незаметных для окружающих поводов. От настроения момента зависит и сон, и аппетит, и работоспособность, и общительность. Чувства и привязанности искренни и глубоки, особенно к тем лицам, кто сами к ним проявляют любовь, внимание и заботу. Велика потребность в сопереживании. Тонко чувствуют отношение к себе окружающих даже при поверхностном контакте. Всякого рода эксцессов избегают. К лидерству не стремятся. Тяжело переносят утрату или отвержение со стороны значимых лиц. Самооценка отличается искренностью и умением правильно подметить черты своего характера. Чрезмерная эмоциональность обычно сочетается с вегетативной лабильностью: легко краснеют и бледнеют, меняется частота пульса, величина артериального давления. Нередко наблюдается довольно выраженная инфантильность: выглядят моложе своих лет. Лгать и скрывать свои чувства не умеют: настроение всегда написано на лице. Дети почти все наделены эмоциональной лабильностью. Поэтому о данном типе можно судить, если эти черты ярко выражены у подростков.

*Астено-невротический тип (А).* Также встречается только в виде акцентуации характера. Патологический уровень проявляется чаще всего развитием неврастении. Главными чертами являются повышенная утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях и в условиях соревнований. При утомлении аффективные вспышки возникают по ничтожному поводу. Самооценка обычно выражает ипохондрические установки.

*Сенситивный тип (С).* У этого типа две главные черты – большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно во внешности и в области качеств морально-этических и волевых. Замкнутость, робость и застенчивость проявляют среди посторонних и в непривычной обстановке. С незнакомыми бывают трудны даже самые поверхностные формальные контакты, но с теми, к кому привыкли,



бывают достаточно общительны и откровенны. Ни к алкоголизации, ни к делинквентности склонности не обнаруживают. Непосильной оказывается ситуация, где подросток оказывается объектом неблагоприятного внимания со стороны окружения, когда на его репутацию падает тень или он подвергается несправедливым обвинениям или насмешкам. Самооценка отличается высоким уровнем объективности. При этом типе нередко бывает ярко выражена реакция гиперкомпенсации – стремление преуспеть именно в той области, где таится комплекс собственной неполноценности (например, парашютные прыжки, чтобы преодолеть робость; усиленные занятия гимнастикой, чтобы исправить дефекты фигуры; стремление к общественной работе, чтобы преодолеть застенчивость и т. п.). Сенситивные черты начинают выявляться с детства робостью, застенчивостью, боязнью незнакомцев, но критическим является возраст 16–18 лет – вступление в самостоятельную социальную активность после многих лет учебы в привычном окружении сверстников. Некоторые действительные физические дефекты (например, заикание) могут способствовать заострению сенситивных черт или наславлять их на некоторые другие типы акцентуаций (эмоционально-лабильную, психастеническую, шизоидную). Необходимость отвечать не только за себя, но и за других, может, наоборот, сглаживать сенситивные черты.

*Психастенический тип (П).* Главными чертами являются нерешительность, склонность к рассуждательству, тревожная мнительность в виде опасений за будущее – свое и своих близких, склонность к самоанализу и легкость возникновения навязчивостей. Черты характера обычно обнаруживаются в начальных классах школы – при первых требованиях к чувству ответственности. Отвечать за себя и особенно за других бывает самой трудной задачей. Защитой от постоянной тревоги по поводу воображаемых неприятностей и несчастий служат выдуманные предметы и ритуалы. Если их не выполняют, то это крайне усиливает тревогу за будущее, за благополучие свое и близких, за успех дела, которым заняты. Нерешительность усиливается, когда надо сделать самостоятельный выбор и когда решение касается маловажных повседневных проблем. Наоборот, вопросы серьезные, существенно отражающиеся на будущем, могут решаться с удивительной скоропалительной опрометчивостью. Алкоголизация и делинквентность в подростковом возрасте не присущи. Но при повзрослении могут обнаружить, что алкоголь способен снимать тревогу, неуверенность и внутреннее напряжение, и тогда могут к нему пристраститься. В самооценке склонны находить у себя черты разных типов, включая совершенно несвойственные. Из-за чрезмерного педантизма, мелочной принципиальности, доходящей до деспотизма, нередко плохо совмещаются с представителями почти всех типов акцентуаций характера, кроме шизоидов, которые внешне могут никак не реагировать на их поведение. Считается, что мелочный педантизм психастеников также служит для них психологической защитой от опасений и тревоги за будущее.

*Шизоидный тип (Ш).* Главными чертами является замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Трудно устанавливать неформальные, эмоциональные контакты – эта неспособность нередко тяжело переживается. Быстрая истощаемость в контакте побуждает к еще большему уходу в себя. Недостаток интуиции проявляется неумением понять чужие переживания, угадать желания других, догадаться о невысказанном вслух. К этому примыкает недостаток сопереживания. Внутренний мир почти всегда закрыт для других и заполнен увле-

чениями и фантазиями, последние предназначены только для услаждения самого себя, служат утешению честолюбия или носят эротический характер. Увлечения отличаются силой, постоянством и нередко необычностью, изысканностью. Богатые эротические фантазии сочетаются с внешней асексуальностью. Алкоголизация и делинквентное поведение встречаются нечасто. Труднее всего переносятся ситуации, где нужно быстро установить неформальные эмоциональные контакты, а также насильственное вторжение посторонних во внутренний мир. Самооценка обычно неполная: хорошо констатируется замкнутость, трудность контактов, непонимание окружающих, другие особенности подмечаются хуже. В самооценке иногда подчеркивается неконформизм. Замкнутость и сдержанность в проявлении чувств иногда помогают неплохо совмещаться с окружающими, ограничиваясь формальными контактами. Склонны искать нешаблонные решения, предпочитают непринятые формы поведения, способны на неожиданные для других эскапады без учета вреда, который могут нанести ими самим себе. Но иногда обнаруживают недюжинные способности постоять за себя и свои интересы. У близких могут вызывать недовольство своей молчаливостью и сдержанностью, но когда дело заходит о хобби, могут быть даже многоречивы. В своих симпатиях часто тяготеют к эмоционально-лабильным, может быть, чувствуя в их характере то, что им самим недостает.

*Эпилептоидный тип (Э).* Главной чертой является склонность к состояниям злобно-тоскливого настроения с постепенно накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно было бы сорвать зло. С этими состояниями обычно связана аффективная взрывчатость. Аффекты не только сильны, но и продолжительны. Большим напряжением отличается инстинктивная жизнь. Любовь почти всегда окрашена ревностью. Алкогольные опьянения часто протекают тяжело – с гневом и агрессией. Лидерство проявляется в стремлении властвовать над другими. Неплохо адаптируются в условиях строгого дисциплинарного режима, где стараются подольститься к начальству показной исполнительностью и завладеть положением, дающим власть над другими подростками. Инертность, тугоподвижность, вязкость накладывают отпечаток на всю психику – от моторики и эмоций до мышления и личностных ценностей. Говорят медленно, веско, никогда не суетятся. Любят культивировать в себе физическую силу, предпочитают силовые виды спорта. Решения принимают не торопясь, весьма осмотрительно, из-за этого иногда пропускают момент, когда надо быстро действовать. Но в аффекте от медлительности не остается и следа, легко теряют контроль над собой, действуют импульсивно, в неподходящей ситуации могут разразиться потоком брани, нанести побои. Властолюбие сочетается со стремлением наводить «свои порядки», нетерпимостью к инакомыслию. Злопамятны в отношении нанесенных им обид и причиненного ущерба, даже незначительного – очень мстительны и изобретательны в способах мести. Мелочная аккуратность, скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил, даже в ущерб делу, допекающий окружающих педантизм рассматриваются как компенсация собственной инертности. Педантичная аккуратность видна по одежде, причёске, предпочтению порядка во всём. Самооценка обычно однобокая: отмечается приверженность к порядку и аккуратности, нелюбовь к пустым мечтаниям и предпочтение жить реальной жизнью; в остальном обычно представляют себя более конформными, чем есть на самом деле.

*Истерический (гистрионический) тип (И).* Главными чертами являются беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Все остальные особенности питаются этим. Лживость и фантазирование целиком служат приукрашению своей особы.



Внешние проявления эмоциональности на деле оборачиваются отсутствием глубоких чувств при большой выразительности, театральности переживаний, склонности к рисовке и позерству. Неспособность к упорному труду сочетается с высокими притязаниями в отношении будущей профессии. Выдумывая, легко вживаются в роль, искусной игрой вводят в заблуждение доверчивых людей. Неудовлетворенный эгоцентризм часто подталкивает к яростной оппозиционности. Выигрывают в ситуации неразберихи, сумятицы, внезапно возникшей неопределенности, когда крикливость может быть принята за энергию, театральная воинственность – за решительность, умение быть у всех на виду – за организаторские способности. Но лидерский час скоро проходит, так как истероиды не столько лидируют, сколько играют в вожаков, и окружение скоро разбирается, что кроме как на позерство и трескучие фразы они ни на что не способны. Среди сверстников претендуют на первенство или на исключительное положение. Пытаются возвыситься среди них рассказами о своих удачах и похождениях. Товарищи скоро распознают их выдумки, их ненадежность, поэтому они часто меняют компании. Самооценка далека от объективности. Обычно представляют себя такими, какими в данный момент легче всего произвести впечатление.

*Неустойчивый тип (Н).* Главная черта – нежелание трудиться – ни работать, ни учиться, постоянная сильная тяга к развлечениям, удовольствию, праздности. При строгом и непрерывном контроле нехотя подчиняются, но всегда ищут случая отлынивать от любого труда. Полное безволие обнаруживается, когда дело касается исполнения обязанностей, долга, достижения целей, которые ставят перед ними родные, старшие, общество в целом.

С желанием поразвлечься связана ранняя алкоголизация, делинквентность, употребление наркотиков и других дурманных средств. Тянутся к уличным компаниям. Из-за трусости и недостаточной инициативности оказываются там в подчиненном положении. Контакты всегда поверхностны. Романтическая влюбленность несвойственна, сексуальная жизнь служит лишь источником наслаждений. К своему будущему равнодушны, планов не строят, живут настоящими. От любых трудностей и неприятностей стараются убежать и не думать о них. Слабоволие и трусость позволяют удерживать их в условиях строгого дисциплинарного режима. Безнадзорность быстро оказывает пагубное действие. Самооценка обычно неверная – легко приписывают себе гипертимные или конформные черты.

*Конформный тип (К).* Главная черта – постоянная и чрезмерная конформность к привычному окружению, к своей среде. Живут по правилу: думать «как все», поступать «как все», стараться, чтобы всё у них было «как у всех» – от одежды до суждений по животрепещущим вопросам. Становятся целиком продуктом своего окружения: в хороших условиях старательно учатся и работают, в дурной среде – со временем прочно усваивают ее обычаи, привычки, манеру поведения. Поэтому «за компанию» легко спиваются. Конформность сочетается с паразитической некритичностью: истинной считают то, что поступает через привычный канал информации, некритичны ко всему, что черпают от привычного окружения, и склонны к предубежденному неприятию всего, что исходит от людей не своего круга. К этому добавляется консерватизм: новое не любят потому, что не могут к нему быстро приспособиться, трудно осваиваются в непривычной обстановке. Нелюбовь к новому проявляется неприязнью к чужакам, настороженностью к незнакомым. Наиболее успешно работают, когда не требуется личной инициативы. Плохо переносят крутую ломку жизненного стереотипа, лишение привычного общества. Самооценка может быть неплохой.

*Паранойяльный тип* в подростковом возрасте еще не проявляется – его расцвет падает на пик социальной зрелости, то есть на 30–40 лет. Поэтому с помощью ПДО этот тип диагностировать невозможно. В подростковом возрасте будущие представители паранойяльного типа чаще всего обнаруживают эпилептоидную или шизоидную акцентуацию, реже истероидную и еще реже – гипертимную. Однако уже в этом возрасте может обнаруживаться завышенная оценка своей личности – своих способностей, своих талантов и умений, своей мудрости и понимания всего. Отсюда убежденность, что всё, что они делают, всегда правильно, что думают и говорят – всегда истина, на что претендуют – безусловно имеют право. Любые препятствия на пути претворения в жизнь своих намерений пробуждают воинственную готовность отстаивать свои действительные или мнимые права. Рано пробуждается подозрительность, склонность всюду видеть злой умысел и злокозненный сговор против себя.

*Смешанные типы.* Достаточно часто встречаются как при акцентуациях характера, так и при психопатиях. Однако далеко не все сочетания описанных типов возможны.

Практически не сочетаются следующие типы:

*Гипертимный* – с лабильным, астено-невротическим, сенситивным, психастеническим, шизоидным, эпилептоидным.

*Циклоидный* – со всеми типами, кроме гипертимного и лабильного.

*Лабильный* – с гипертимным, психастеническим, шизоидным, эпилептоидным.

*Сенситивный* – с гипертимным, циклоидным, эпилептоидным, истероидным, неустойчивым.

*Психастенический* – с гипертимным, циклоидным, лабильным, эпилептоидным, истероидным, неустойчивым.

*Шизоидный* – с гипертимным, циклоидным, лабильным, астено-невротическим.

*Эпилептоидный* – с гипертимным, циклоидным, лабильным, астено-невротическим, сенситивным, психастеническим.

*Истероидный* – с циклоидным, сенситивным, психастеническим.

*Неустойчивый* – с циклоидным, сенситивным, психастеническим.

Смешанные типы бывают двоякого рода.

*Промежуточные типы.* Эти сочетания обусловлены эндогенными, прежде всего генетическими факторами, а также, возможно, особенностями развития в раннем детстве. К ним относятся лабильно-циклоидный и конформно-гипертимный типы, сочетания лабильного типа с астено-невротическим и сенситивным, последних друг с другом и с психастеническим. Промежуточными могут быть такие типы, как шизоидно-сенситивный, шизоидно-психастенический, шизоидно-эпилептоидный, шизоидно-истероидный, эпилептоидно-истероидный. В силу эндогенных закономерностей с возрастом возможна трансформация гипертимного типа в циклоидный.

*Амальгамные типы.* Эти смешанные типы формируются в течение жизни как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или других длительно действующих неблагоприятных факторов. На гипертимное ядро могут наслаиваться черты неустойчивости и истероидности, к лабильности присоединяются сенситивность и истероидность. Неустойчивость может также наслаиваться на шизоидное, эпилептоидное, истероидное и лабильное ядро. Под действием асоциальной среды из конформного типа может развиться неустойчивый. В условиях жестких взаимоотношений в окружении эпилептоидные черты легко наслаиваются на конформное ядро.



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 ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ,  
СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ: КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ,  
ВЫДЕЛЕНИЕ ГРУПП РИСКА**

ФР РОШУМ3-24-2016

(версия 1.0)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** *Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Блинова Е.Г., Новикова И.И.,  
Ибрагимова Е.М, Иванов В.Ю., Янушанец О.И., Шестакова В.Н.,  
Алексеева Е.А.*

Федеральные рекомендации «Алгоритм оценки качества жизни подростков, связанного со здоровьем, критерии оценки, выделение групп риска» содержат методику сбора и анализа данных, характеризующих качество жизни подростков, оцениваемое на основе общего опросника MOS-SF-36, критерии оценки показателей физического и психологического компонента здоровья, алгоритм выделения групп риска.

Рекомендации предназначены для врачей отделений медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций, специалистов и врачей учреждений и организаций Роспотребнадзора, психологов, научных сотрудников.

Федеральные рекомендации «Алгоритм оценки качества жизни подростков, связанного со здоровьем, критерии оценки, выделение групп риска» 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., Шубочкина Е.И., Иванов В.Ю., Ибрагимова Е.М.* Качество жизни и медико-социальные особенности российских подростков, обучающихся в разных образовательных учреждениях. Бюллетень Восточно-Сибирского Научного центра СО РАМН. 2013; 3 (1 часть, 91): 75-80.

• *Шубочкина Е.И., Молчанова С.С., Ибрагимова Е.М., Иванов В.Ю., Блинова Е.Г., Новикова И.И., Янушанец О.И., Шестакова В.Н., Луценко О.А., Алексеева Е.А.* Гигиеническая оценка и нормативные величины показателей качества жизни подростков, обучающихся в разных типах образовательных учреждений, по данным опросника MOS SF-36. Методические рекомендации. В кн.: Кучма В.Р., ред. Гигиена детей и подростков. Сборник нормативно-методических документов. Москва; 2013: 169-73.

### **Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – GPPs):**

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

### **Экономический анализ:**

Анализ стоимости не проводился.

Использование алгоритма оценки качества жизни подростков, связанного со здоровьем, снижает трудовые и материальные затраты на выделение факторов и групп риска здоровью обучающихся, планирование целенаправленных профилактических мероприятий и оценку их эффективности.

### **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 так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (педагога, психолога), для получения комментариев с точки зрения перспектив пациентов.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателем и членами рабочей группы. Каждый пункт рассматривался, и регистрировались вносимые в результате этого изменения в рекомендации. 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**

Исследования качества жизни опираются на основные составляющие дефиниции здоровья, данные Всемирной организацией здравоохранения. Качество жизни, связанное со здоровьем, рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии.

В Национальной Стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг. (утв. Указом Президента РФ от 01. 2012 № 761) в мерах по развитию политики формирования здорового образа жизни предусматривается необходимость проведения мониторинга по стандартной оценке качества жизни, включая эмоциональный, коммуникативный и психосоматический компоненты.

Оценка качества жизни осуществляется с помощью специальных опросников. Общие опросники направлены на оценку здоровья популяции и отдельных групп населения. Каждый опросник имеет свои критерии и шкалу оценки, с их помощью можно определить условную норму качества жизни и в дальнейшем проводить сравнение с этим показателем. Это позволяет выявить тенденции изменения

качества жизни в той или иной группе, в том числе в связи с наличием факторов риска различной природы.

Международный опросник MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form), является одним из наиболее распространенных общих опросников (J.E.Ware, 1993), находит широкое применение в профилактической и клинической медицине. Использование стандартных опросников имеет безусловное преимущество, так как позволяет получать сопоставимые данные специалистам разных стран в отличие от авторских методик.

Русскоязычная версия опросника была апробирована специалистами Межнационального центра исследования качества жизни при проведении популяционных исследований разных возрастных групп населения Санкт-Петербурга (1998 г.), обладает надежными психометрическими свойствами и рекомендована для проведения популяционных и специальных исследований качества жизни в России (Новик А.А., Ионова Т.И. Гандбек и др., 2001; Новик А.А., Ионова Т.И., 2004).

### **3. Алгоритм оценки качества жизни подростков, связанного со здоровьем, критерии оценки, выделение групп риска**

Показатели качества жизни MOS-SF-36 могут использоваться в качестве одного из инструментов для:

- характеристики и сравнительной оценки качества жизни подростков и молодежи организованных коллективов;
- оценки адаптации обучающихся к учебным, учебно-производственным, трудовым нагрузкам.
- оценки эффективности мероприятий по оптимизации условий обучения и жизнедеятельности;
- дополнительной характеристики функционального состояния обучающихся (интегральная характеристика функционирования) при проведении профилактических осмотров;
- оценки влияния факторов риска различной природы (социальных, учебных, производственных, поведенческих);
- определения ведущих факторов риска по степени их влияния на ухудшение параметров качества жизни, физическое и психическое здоровье обучающихся и выделения факторов и групп риска для разработки профилактических программ;
- оценки эффективности различных программ профилактической и оздоровительной направленности в образовательных учреждениях (режимов расширенной двигательной активности, летних оздоровительных компаний и др.);
- мониторинга показателей качества жизни, связанного со здоровьем, его физического и психического компонента как составляющей социально-гигиенического мониторинга подростков и молодежи на региональном уровне.

#### **3.1. Краткое описание опросника MOS-SF-36 для оценки качества жизни**

Опросник качества жизни MOS-SF-36 содержит 11 пунктов (вопросов), имеющих свои подпункты. Опросник доступен в сети Интернет и представлен в приложении 1. Для удобства заполнения и дальнейшей обработки данных ряд вопросов представлен в табличных вариантах.

Пункты опросника группируются в восемь шкал, отражающих комплексную оценку здоровья и благополучия индивидуума:

1. RE – ФФ – физическое функционирование;
2. RP – РФФ – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;
3. BP – Б – интенсивность боли;
4. GH – ОЗ – общее состояние здоровья;
5. VT – ЖА – жизненная активность;
6. SF – СФ – социальное функционирование;
7. RE – РЭФ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
8. MH – ПЗ – психическое здоровье.

На основе четырех первых шкал (1–4) и четырех последних (5–8) могут определяться суммарные показатели «физического компонента здоровья» и соответственно «психологического компонента здоровья».

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

### **3.2. Порядок проведения исследований по оценке качества жизни подростков, обучающихся в образовательных организациях**

Опросник MOS-SF-36 используется для самостоятельного заполнения подростками от 14 лет и старше. Необходимо получить информированное согласие подростков на проведение анкетирования.

Цели и задачи исследования должны быть отражены в протоколе исследования, так как они определяют характер выборки:

- учебное заведение (общеобразовательная школа, спортивная школа, школа-интернат, колледж профессионального образования и т.п.);
- организация отдыха и оздоровления (стационарный лагерь, палаточный лагерь, лагерь труда и отдыха и др.);
- возрастной состав группы (14 лет – 17 лет 11 мес.);
- разделение по полу;
- критерии исключения.

Получение достоверной информации о параметрах качества жизни возможно при достаточном объеме выборки, объем рассчитывается по общепринятым в статистике формулам.

### **3.3. Обработка результатов исследований и выделение групп риска**

Полученные при опросе данные обрабатываются и перекодируются в соответствии с инструкцией (Приложение 2).

База данных формируется и обрабатывается с использованием программного продукта Microsoft Excel. Протокол введения результатов для обработки дан в Приложении 3. Вводятся перекодированные результаты. Проведение статистической обработки данных возможно с использованием любого статистического программного продукта.



**Алгоритмы направления к врачам-специалистам  
в зависимости от указанных в анкете жалоб ребенка<sup>1</sup>**

№ вопроса	Содержание вопроса	Класс (по МКБ-10) <sup>2</sup> наиболее вероятных заболеваний и функциональных расстройств	Рекомендации, консультации специалистов детской поликлиники
1	2	3	4
<b>Отмечали ли Вы в течение последнего года:</b>			
Боли в животе 1 раз в неделю и чаще в том числе:			
1	- перед школой	<b>X Класс К</b> Болезни органов пищеварения	Консультация педиатра, по показаниям – гастроэнтеролога
2	- после приема пищи		Консультация педиатра педиатр, по показаниям – гастроэнтеролога
3	- натощак (до еды)		Консультация педиатра, по показаниям – гастроэнтеролога
4	- ночью		Безотлагательное обследование у педиатра и гастроэнтеролога
5	Тошноту 1 раз в неделю и чаще		Консультация педиатра, по показаниям – гастроэнтеролога
6	Отрыжку 1 раз в неделю и чаще		Консультация педиатр, по показаниям – гастроэнтеролога
7	Горечь во рту 1 раз в неделю и чаще		Консультация педиатра, по показаниям – гастроэнтеролога
Изменение аппетита, в том числе:			
8	- аппетит стал повышенным	<b>X Класс К</b> (возможны расстройства, относящиеся к классу R – симптомы и признаки неуточненные и к классу E – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ)	Консультация педиатра, по показаниям – гастроэнтеролога, эндокринолога

<sup>1</sup> Наименования врачебных специальностей даны в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».

<sup>2</sup> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Всемирная организация здравоохранения.

## Приложение 5 (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
<b>Нарушение стула 1 раз в неделю и чаще, в том числе:</b>			
11	- запоры	X Класс К Болезни органов пищеварения	Консультация педиатра, по показа- ниям – гастроэнтеролога, хирурга
12	- поносы		Консультация педиатра, по показа- ниям – гастроэнтеролога
<b>Аллергические реакции на какую-либо пищу, в том числе:</b>			
14	- отеки лица, губ, языка	XVIII Класс R- Симптомы и признаки неуточненные	Консультация аллерголога-иммунолога
15	- затрудненное дыхание		Консультация аллерголог-иммунолога
<b>Головные боли (чаще 1 раза в неделю), в том числе:</b>			
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

Приложение 5 (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, полубморочные 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

## Приложение 5 (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
<b>Боли и/или ощущение тяжести, в том числе:</b>			
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
<b>Боли в суставах, в том числе:</b>			
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

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. К о н с у л ь т а т и в н о - диагностического центра или фтизиатра ПТД
62	Часто потеря голоса (4 и более раз в году)		Консультация педиатра, по показаниям –оториноларинголога

При оценке результатов исследования можно ориентироваться на средние величины данных многоцентрового исследования показателей качества жизни подростков, обучающихся в школах и колледжах в 5 регионах (Москва, Санкт-Петербург, Псков, Омск, Смоленск) и представленных в таблицах 1 и 2.

При оценке индивидуальных данных показатели качества жизни ниже 50 баллов по любой шкале оцениваются как плохие. Диапазон от 50 до 70 баллов считается удовлетворительным, выше – хорошим.

Группы сравнения при оценке показателей качества жизни (экспериментальная и контрольная) должны быть сопоставимыми по возрасту и полу. Показатели качества жизни девушек по отдельным шкалам достоверно ниже, чем юношей.

Имеются данные, указывающие на сниженные показатели качества жизни у подростков второй и особенно третьей группы здоровья по сравнению со здоровыми (первая группа здоровья). В связи с этим методика может использоваться как дополнительный и динамичный показатель при наблюдении за подростками с разным уровнем здоровья, в том числе при проведении профилактических осмотров.

В связи с вышесказанным, при оценке эффективности оздоровительных и профилактических программ, оценке процесса адаптации к учебно-производственным нагрузкам сравнение результатов рекомендуется проводить в одной и той же группе наблюдаемых (до и после проведения мероприятий, начале и конце учебного года, пребывания в лагере и т. п.).

При подготовке базы данных целесообразно вводить индивидуальные данные показателей КЖ учащегося и другие его характеристики, полученные по данным специальной анкеты (характеристика семьи, образ жизни, характер питания и

Таблица 1

Средние величины показателей качества жизни юношей 14–17 лет по опроснику SF-36 (n=727)

Показатели	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	ЖА	СФ	РЭФ	ПЗ
Среднее арифм. (M)	92,1	78,8	79,2	73,0	67,1	81,6	75,8	71,2
СКО ( $\sigma$ )	14,9	27,7	21,5	18,2	19,3	19,6	32,8	17,8
Ошибка (m)	0,6	1,0	0,8	0,7	0,7	0,7	1,2	0,7

Таблица 2

Средние величины показателей качества жизни девушек 14-17 лет по опроснику SF-36 (n=596)

Показатели	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	ЖА	СФ	РЭФ	ПЗ
Среднее арифм. (M)	89,0	69,1	72,4	66,1	55,6	75,3	60,2	61,2
СКО ( $\sigma$ )	12,7	30,8	22,8	19,4	20,1	20,9	37,0	19,1
Ошибка (m)	0,5	1,3	0,9	0,8	0,8	0,9	1,5	0,8

др.). Это позволяет при дальнейшей обработке иметь полную информацию и выделять основные и сопутствующие факторы риска, группы повышенного риска ухудшения показателей качества жизни. Примеры специальных анкет даны в Приложениях 4 и 5.

#### **4. Показания и противопоказания**

Метод не имеет противопоказаний. Имеет возрастные ограничения: возраст менее 14 лет.

Рекомендации по использованию (Относительные противопоказания):

- не следует включать в группу учащихся, имеющих на момент проведения опроса признаки острых заболеваний (ОРВИ и т.п.)
- подростки с ограниченными возможностями здоровья, тяжелыми соматическими заболеваниями включаются в исследование в однородных группах;
- подростки с умственной отсталостью опрашиваются с использованием метода включенного интервью (с поддержкой исследователя) в однородных группах.

#### **5. Материально-техническое обеспечение**

Опросники (MOS-SF-36 и специальные) и формы протокола. Рабочее место, оборудованное офисной мебелью, ПК/М.

#### **6. Форма учета результатов**

Заполненные бланки первичных данных, протоколы ввода данных, база данных.

#### **7. Литература**

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Гандбек и др. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2001; 4: 22-31.
2. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследования качества жизни в медицине. Учебное пособие для вузов. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2004. 297 с.
3. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Изучение качества жизни в педиатрии. М.: Союз педиатров России. Серия «Социальная педиатрия». 2010; выпуск 10. 272 с.
4. Паренкова И.А., Коколина В.Ф. Качество жизни в комплексной оценке состояния репродуктивного здоровья. Педиатрия. 2011. Том 90; 4: 141–45.
5. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И. Социальная компонента качества жизни и здоровья подростков. В кн.: Решетников А.В., ред. Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. Сборник докладов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. М.: Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 2013: 28-34.
6. Ильенкова Н.А., Мазур Ю.Е., Шульмин А.В., Пастухова С.Ю., Кабаненко И.В., Резвицкая Г.Г. Качество жизни курящих детей и подростков как критерий оценки состояния здоровья. Доктор.Ру. Кардиология Ревматология. 2014; № 7 (95): 24-26.

7. Шубочкина Е.И., Ибрагимова Е.М., Иванов В.Ю. Оценка качества и образа жизни подростков, обучающихся в колледжах: ведущие факторы риска. Вестник Национального медико-хирургического центра. 2015, Т.10; 3: 86-89.

8. Качество жизни. Available et: [www.http://psylab.info](http://psylab.info). Дата обращения 16.10.2015 г.

9. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1993.

10. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. 1994. Available et: <http://www.rhinology.ru>

## Приложение 1

### Опросник MOS SF-36 (русскаяязычная версия, апробированная рекомендованная МНЦИКЖ)

Заполняя анкету, выберите те варианты ответов, которые наиболее верно отражают Ваше физическое и эмоциональное состояние. Пожалуйста, будьте внимательны, не допускайте пропусков в ответах. Спасибо.

#### 1. Как в целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья?

(обведите одну цифру)

Отличное	1
Очень хорошее	2
Хорошее	3
Посредственное	4
Плохое	5

#### 2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад	1
Несколько лучше, чем год назад	2
Примерно так же, как год назад	3
Несколько хуже, чем год назад	4
Гораздо хуже, чем год назад	5



**3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)**

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

**4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего: (обведите одну цифру в каждой строке)**

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

**5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего?** (обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. Выполнили меньше, чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

**6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение последних 4-х недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?** (обведите одну цифру)

Совсем не мешало	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

**7. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?** (обведите одну цифру)

Совсем не испытывал (а)	1
Очень слабую	2
Слабую	3
Умеренную	4
Сильную	5
Очень сильную	6

**8. В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?** (обведите одну цифру)

Совсем не мешала	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

**9. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали, и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.** (обведите одну цифру в каждой строке)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым(ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным(ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

**10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)? (обведите одну цифру)**

Все время	1
Большую часть времени	2
Иногда	3
Редко	4
Ни разу	5

**11. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)**

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
А. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
В. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
Г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

**Приложение 2****Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника  
MOS-SF-36 для формирования базы данных**

Таблица 1

Оценочные шкалы и определяющие их 35 вопросов

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения в баллах	Возможный диапазон значений в баллах
Физическое функционирование (PF)	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к	10–30	20
Рольевое (физическое) функционирование (RP)	4а, 4б, 4в, 4г	4–8	4
Интенсивность боли (BP)	7, 8	2–12	10
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г	5–25	20
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и	4–24	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10	2–10	8
Эмоциональное функционирование (RE)	5а, 5б, 5в	3–6	3
Психологическое здоровье (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з	5–30	25

**Примечание:**

В пунктах 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 11б, 11г – производится обратный счет значений, которые обозначаются как 6", 9а", 9д", 9г", 9з", 11б", 11г" (табл. 2).

Таблица 2

**Перекодировка вопросов №№ 6, 9а, 9д, 9г, 9з, 11б, 11г**

Баллы вопросов №№ 6, 11б, 11г	1	2	3	4	5	
Пересчетные баллы 6", 11б", 11г"	5	4	3	2	1	
Баллы вопросов №№ 9а, 9д, 9г, 9з	1	2	3	4	5	6
Пересчетные баллы 9а", 9д", 9г", 9з"	6	5	4	3	2	1

Таблица 3

**Перекодировка вопроса № 1**

Баллы вопросов № 1	1	2	3	4	5
Пересчетные баллы 1"	5	4,4	3,4	2	1

Таблица 4

**Перекодировка вопросов №№ 7 и 8**

Если даны ответы на оба вопроса						
Баллы вопроса № 7	1	2	3	4	5	6
Пересчетные баллы 7"	6	5,4	4,2	3,1	2,2	1
Баллы вопроса № 8	1	1	2	3	4	5
Пересчетные баллы 8" Если ВР7=1 и ВР8=1, то ВР8"=6. Если ВР7>1, то ВР8"=5.	6	5	4	3	2	1
Если дан ответ на вопрос № 7 и пропущен ответ на вопрос № 8						
Баллы вопроса № 7	1	2	3	4	5	6
Пересчетные баллы 7"	6	5,4	4,2	3,1	2,2	1
Пересчетные баллы 8" как и 7"	6	5,4	4,2	3,1	2,2	1
Если дан ответ на вопрос № 8 и пропущен ответ на вопрос № 7						
Баллы вопроса № 8	1	2	3	4	5	
Пересчетные баллы 7"	6	4,75	3,5	2,25	1	
Пересчетные баллы 8"	6	4,75	3,5	2,25	1	

**Алгоритм вычисления оценочных показателей шкал**

По каждой шкале (столбец 1 табл.1) суммируются баллы, полученные при ответах на №№ вопросов, которые не нуждаются в перекодировке, и пересчетные баллы перекодированных вопросов (столбец 2 табл.1), образуя для каждой шкалы свой балл суммы XX sum.

Для получения основного оценочного показателя шкалы суммарный балл пересчитывается по следующему ключу:

Разность суммарного балла и минимально возможного значения этого показателя (столбец 3 табл.1) делится на диапазон его значений (столбец 4 табл.1) и умножается на 100.

Результаты даются в виде оценок в баллах по всем 8 шкалам, которые составлены таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Показатели каждой шкалы могут изменяться от 0 до 100, где 100xx представляет полное здоровье.

**Формулы вычисления основных показателей**

1.  $PF = ((PFsum-10)/20) \times 100$ , где

$PFsum = PF3a + PF3b + PF3в + PF3г + PF3д + PF3е + PF3ж + PF3з + PF3и + PF3к$

Низкие показатели по шкале PF свидетельствуют о том, что состояние здоровья подростка ограничивает его физическую активность.

2.  $RP = ((RPsum-4)/4) \times 100$ , где

$RPsum = RP4a + RP4б + RP4в + RP4г$

Низкие показатели по шкале RP говорят о том, что физическое состояние учащегося ограничивает его повседневную деятельность.

$$3. BP = ((BP7'' + BP8'' - 2)/10) \times 100$$

Низкие показатели по шкале BP свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность подростка

$$4. GH = ((GHsum - 5)/20) \times 100, \text{ где} \\ GHsum = GH1'' + GH11a + GH11б'' + GH11в + GH11г''$$

Чем ниже балл по шкале GH, тем ниже оценка состояния здоровья.

$$5. VT = ((VTsum - 4)/20) \times 100, \text{ где} \\ VTsum = VT9a'' + VT9д'' + VT9ж + VT9и$$

Низкие показатели по шкале VT свидетельствуют об утомлении подростка, снижении его жизненной активности.

$$6. SF = ((SFsum - 2)/8) \times 100, \text{ где} \\ SFsum = SF6'' + SF10$$

Низкие баллы по шкале SF говорят о значительном ограничении социальных контактов в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

$$7. RE = ((REsum - 3)/3) \times 100, \text{ где} \\ REsum = RE5a + RE5б + RE5в$$

Низкие показатели по шкале RE рассматриваются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

$$8. MH = ((MHsum - 5)/25) \times 100, \text{ где} \\ MHsum = MH9б + MH9в + MH9г'' + MH9е + MH9з''$$

Низкие показатели по шкале MH свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психологическом неблагополучии.



**Приложение 4**

Динамика показателей качества жизни  
у подростков за время пребывания в лагере труда и отдыха

Средние данные по группе	Начало смены	Конец смены	Достоверность изменений
	Число наблюдений	Число наблюдений	
Параметры оценки			
ФФ физическое функционирование			
РФФ ролевое физическое функционирование			
Б интенсивность боли			
ОЗ общее состояние здоровья			
ЖА жизненная активность			
СФ социальное функционирование			
РЭФ ролевое эмоциональное функционирование			
ПЗ психическое здоровье			



**ДОРОГОЙ ДРУГ !**

Заполняя анкету, обведите варианты ответов, которые Вы считаете правильными, или впишите необходимый ответ (Ваши ответы будет смотреть только врач)

1. Возраст \_\_\_\_\_ лет      2. Пол    **Муж.**                    **Жен.**
3. Семья:            **полная**                    **неполная**
4. Взаимоотношения в семье  
**хорошие**                    **не очень хорошие**                    **плохие**
5. Имеются ли у Вас жалобы повторяющегося характера  
**ДА**                    **НЕТ**  
(подчеркните какие) **слабость, раздражительность, тошнота, изжога, расстройство пищеварения, головные боли, боли в сердце, животе, спине, ногах, другие жалобы**  
(напишите какие) \_\_\_\_\_
6. Есть ли у Вас хроническое заболевание, установленное врачом: **ДА** **НЕТ**  
(напишите какое) \_\_\_\_\_
7. Сколько раз в учебном году Вы болели простудными заболеваниями:  
**не болел**                    **болел 1, 2, 3 и более раз**
8. Как Вы чувствуете себя после занятий:  
**нормально**                    **немного уставшим**                    **очень уставшим**
9. Вы чаще бываете в хорошей физической форме:                    **ДА**                    **НЕТ**
10. Вы чаще бываете в хорошем настроении                    **ДА**                    **НЕТ**
11. Курите ли Вы:                    **ДА**                    **НЕТ**
12. Пробовали ли Вы наркотические вещества                    **ДА**                    **НЕТ**
13. Употребляете ли Вы алкоголь: **не употребляю вообще**  
**редко по торжественным случаям**  
**один раз в месяц,**  
**2-3 раза в месяц,**  
**один раз в неделю,**  
**2 и более раз в неделю**
14. Как Вы оцениваете свое питание:  
**хорошее**                    **удовлетворительное**                    **плохое**
15. Сколько часов Вы обычно спите:  
**6 часов и менее,**  
**7, 8, 9 и более часов**
16. Занимаетесь ли Вы спортом помимо уроков физкультуры:                    **ДА**                    **НЕТ**
- Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_



УТВЕРЖДЕНЫ  
Президиумом  
РОШУМЗ  
20 сентября 2018 г.  
Протокол № 26

УТВЕРЖДЕНЫ  
на VI Конгрессе  
РОШУМЗ  
10 октября 2018 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ  
ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И КОРРЕКЦИИ  
НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ,  
ОГРАНИЧИВАЮЩИХ ВОЗМОЖНОСТИ  
ПОДГОТОВКИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ**

ФР-РОШУМЗ-37-2018

(версия 1.0)

***Кодирование рассматриваемого заболевания/состояния/синдрома по  
Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10):  
2018 год (пересмотр каждые 5 лет)***

**Профессиональные ассоциации:**

- ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Российское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ)
- НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации

***РАЗРАБОТЧИКИ:*** *Порецкова Г.Ю., Печкуров Д.В., Рапопорт И.К., В.Р. Кучма*

Федеральные рекомендации включают направления работы образовательной организации и необходимые действия по выявлению и коррекции нарушений состояния здоровья подростков допризывного и призывного возраста гарантированно осуществляемые медицинскими организациями в соответствии с Приказами 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», от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», Распоряжением Правительства РФ от 3 февраля 2010 г. № 134-р «Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года, Постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 г. № 565 «Положение о военно-врачебной экспертизе»; содержат технологии скрининг обследования на выявление нарушений костно-мышечной системы, психологического состояния, статуса питания, повышенного артериального давления у мальчиков – подростков допризывного и призывного возраста; содержат основные принципы коррекции нарушений нутритивного статуса, уровня повышенного артериального давления.

Федеральные рекомендации предназначены для врачей педиатров, фельдшеров, медицинских сестер, работающих в отделениях организации медицинской помощи детям в образовательных организациях, школьных администраторов, педагогов и психологов образовательных организаций.

Федеральные рекомендации «Организация работы в образовательных организациях по выявлению и коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, ограничивающих их возможности подготовки к военной службе» 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**

Оценка состояния здоровья несовершеннолетних, ограничения к подготовке к военной службе, подростки допризывного возраста, направления работы в образовательных организациях по выявлению и коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, направления и технологии профилактической и оздоровительной работы с несовершеннолетними, имеющими ограничения к военной службе.

### **2. Список сокращений**

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

ГБ – гипертоническая болезнь

ИМТ – индекс массы тела

ОО – образовательная организация

ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты

СВД – синдром вегетативных дисфункций

СМАД – суточное мониторирование АД

### 3. Краткая информация

Негативные тенденции в состоянии здоровья детей подросткового возраста, наблюдаемые в последнее время, коснулись и мальчиков допризывного и призывного возраста. У современных подростков 15–17 лет отмечается серьезный рост заболеваемости практически по всем классам болезней. Наибольшие распространена патология костно-мышечной системы (нарушение осанки, плоскостопие, сколиоз), которая диагностируется при осмотрах у 63% подростков. Частота патологии зрения достигает 21–24%, преимущественно за счет миопии. Болезни эндокринной системы выявляются у 7,5% учащихся, заболевания сердечно-сосудистой системы и кровообращения – у 8–10%. Установлена значительная частота нарушений физического развития. Так, ожирение выявляется у 10,5% мальчиков, недостаток питания у 8,5%. Все эти учащиеся нуждаются в коррекции объема, состава и режима питания.

Ежегодно при первичной постановке на воинский учет около 30% юношей признаются негодными к военной службе. Ведущими причинами негодности к службе или ограничений к службе являются болезни костно-мышечной системы, соединительной ткани, эндокринной системы и нарушения питания, заболевания нервной системы и психические расстройства, нарушения сердечно-сосудистой системы.

Проблема здоровья подростков призывного возраста важна не только для военных ведомств, обеспечивающих обороноспособность и безопасность, но и для страны в целом. В том числе и потому, что возрастают требования к качеству подготовки призывников для службы России, когда от призывников требуется способность работать на современной технике, быть выносливыми и психологически устойчивыми и достойно переносить трудности воинской службы. Таким образом, медицинское обеспечение допризывной молодежи и призывников приобретает особую значимость, так как во многом определяет качество Вооруженных Сил России.

Для подростков допризывного возраста характерна комплексная биолого-психологическая, а также социальная перестройка, обусловленная формированием репродуктивных функций, становлением личности, акселерацией, становлением шкалы моральных ценностей. В связи с этим, подготовка к службе в Вооруженных Силах должна начинаться с препубертатного периода, быть непрерывной и продолжаться до первичной поставки призывника на воинский учет и призыва на воинскую службу.

Основные направления работы в образовательных организациях по выявлению и коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, ограничивающих их возможности подготовки к военной службе определяются спектром заболеваний и состояний, которые наиболее часто влияют на решение военно-врачебной комиссии военкомата признания призывника ограниченно, временно или негодным к военной службе (категории Б, В, Г, Д).

В отношении мальчиков-подростков допризывного возраста действуют следующие нормативные документы: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 г. № 134-р «Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года» и Постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 «Положение о военно-врачебной экспертизе», которые определяют кон-

цепцию, сроки и порядок прохождения медицинских осмотров на выявление патологических состояний и заболеваний.

Согласно Приказу № 514н, начиная с 10-летнего возраста, а далее в 14, 15, 16, 17 лет проводятся профилактические осмотры учащихся, одинакового наполнения для лиц обоего пола. На основании Распоряжения Правительства РФ № 134-р разрабатывается и внедряется система ежегодного мониторинга состояния здоровья, физического и психологического развития потенциальных военнослужащих, начиная с 10-летнего возраста, а также предполагается введение электронного паспорта гражданина, подлежащего призыву на военную службу. Постановление Правительства РФ № 565 дополняет объем обследований мальчиков призывного возраста для первичной постановки на воинский учет (исследование крови на антитела к ВИЧ, гепатитам В и С).

#### **4. Выявление нарушений костно-мышечной системы и соединительной ткани у мальчиков-подростков допризывного возраста**

##### **4.1. Выявление факторов риска нарушений костно-мышечной системы и соединительной ткани у мальчиков-подростков допризывного возраста**

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%).

Факторами риска нарушений костно-мышечной системы и соединительной ткани являются: использование школьной мебели несоответствующих размеров, длительная статическая нагрузка, ношение тяжелых школьных сумок или ранцев, ношение неправильной обуви, низкая двигательная активность, недостаточное потребление продуктов, содержащих кальций и фосфор. В подростковом возрасте влияние факторов риска не носит строго специфического характера, их воздействие проявляется на уровне реагирования функциональных систем, что приводит к значительному снижению функционального резерва и развитию разнообразных отклонений. Длительные выраженные нарушения здорового образа жизни у мальчиков-подростков допризывного и призывного возраста, то есть длительное воздействие большого количества факторов риска, приводит не только к значительным функциональным расстройствам, но и к формированию хронических заболеваний костно-мышечной системы.

Для выявления факторов риска нарушений костно-мышечной системы необходимо проведение анкетирования среди учащихся (Приложение В1). Наибольший акцент при анкетировании уделяется поведенческим факторам, они носят управляемый характер и могут быть устранены. Анкета одержит 10 вопросов, направленных на выявление факторов, способствующих нарушениям костно-мышечной системы и соединительной ткани. Особое внимание обращается на значительные нарушения образа жизни, к которым относятся варианты ответа «3» на вопросы анкеты. Полученные результаты заносятся в таблицу (Приложение В4).

#### 4.2. Визуальное выявление нарушений и заболеваний костно-мышечной системы у мальчиков-подростков допризывного возраста: диагностика нарушений осанки, деформаций позвоночника

Осмотр детей проводится в медицинском кабинете образовательной организации перед профилактическим или периодическим осмотром (доврачебный осмотр – проводится медицинской сестрой или фельдшером).

Нарушения осанки выявляются визуальным методом. При выявлении нарушений осанки необходимо принимать во внимание типичные возрастные особенности физиологической осанки у детей и подростков. Оценка состояния опорно-двигательного аппарата у подростков требует не только статического, но и динамического исследования (стоя и при ходьбе).

Обследование проводится медицинским работником, который отвечает на 10 вопросов, подчеркивая «ДА» или «НЕТ» в тестовой карте каждого ребенка (табл. 1).

Таблица 1

Тестовая таблица для выявления нарушений осанки у школьников

ФИО \_\_\_\_\_  
Класс \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Дата обследования \_\_\_\_\_

№	Характеристика состояния костно-мышечной системы	Оценка
1	Явное повреждение органов движения, вызванное врожденными пороками развития, травмой, болезнью	Да, Нет
2	Голова, шея отклонены от средней линии; плеч, лопатки, таз установлены несимметрично	Да, Нет
3	Выраженная деформация грудной клетки – воронкообразная деформация - грудь «сапожника», впалая, килевидная деформация - «куриная» грудь.	Да, Нет
4	Выраженное увеличение или уменьшение физиологической кривизны позвоночника: шейного лордоза, грудного кифоза, поясничного лордоза	Да, Нет
5	Сильной отставание лопаток («крыловидные» лопатки)	Да, Нет
6	Сильное выступание живота (более 2-х см от линии грудной клетки)	Да, Нет
7	Нарушение осей нижних конечностей (О-образные или Х-образные)	Да, Нет
8	Неравенство треугольников талии	Да, Нет
9	Вальгусное положение пяток или пятки (ось пятки отклонена наружу)	Да, Нет
10	Явные отклонения в походке: похрамывание, «утиная» походка и др.	
Результаты осмотра	нормальная осанка – отрицательные ответы на все вопросы незначительные нарушения осанки – положительные ответы на один или несколько вопросов №№ 3, 5, 6 и 7. выраженные нарушения осанки – положительные ответы на вопросы №№ 1, 2, 4, 8, 9,10	

**Порядок осмотра:**

1. Осмотр спереди, руки вдоль туловища – определяется форма ног (нормальная, X- и O-образная), положение головы, шеи, симметрия плеч, равенство треугольников талии (просвет треугольной формы между внутренней поверхностью рук и туловищем, с вершиной треугольника на уровне талии; в норме треугольники талии должны быть одинаковыми по форме и равными по величине).
2. Осмотр сбоку, поза как при осмотре спереди – определяется форма грудной клетки, живота, выступание лопаток, форма спины.
3. Осмотр спины (поза сохраняется) – определяется симметрия углов лопаток, равенство треугольников талии, форма позвоночника, форма ног (нормальная, X- и O-образная), ось пяток (вальгусная или нет).
4. В конце обследования ребенку предлагается сделать несколько шагов для выявления нарушений походки.

**Оценка состояния позвоночника**

Для оценки состояния позвоночника используется тест для визуального выявления истинного сколиоза. Основным приемом для выявления истинного структурного сколиоза является осмотр при наклоне туловища вперед (рис. 1.). Истинными сколиозами можно считать только те, которые сопровождаются торсией (*torsia*) – поворотом позвоночника относительно собственной вертикальной оси, при котором остистые отростки позвоночника отклоняются вправо или влево от срединной плоскости. Наклон туловища проводится медленно, при этом руки фиксируются между колен ладонями вместе, ноги выпрямлены/

При произвольной позе (левая часть рисунка) определяется асимметрия плеч, лопаток, сглаженность треугольника талии. Для более точного выявления торсии позвоночника осмотр следует проводить в двух положениях: сзади и спереди.

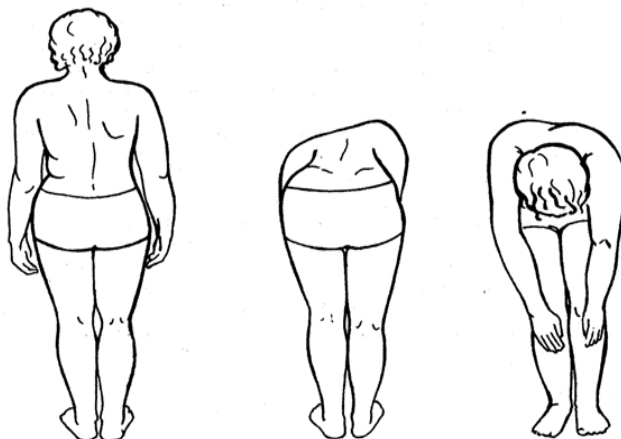


Рис. 1. Выявление сколиоза



При осмотре сзади, наклоняя туловище ребенка от себя, врач или медсестра могут обнаружить торсию груднопоясничного и поясничного отделов. Наклон туловища ребенка проводится медленно, при этом руки свободно свисают вниз, ноги выпрямлены. При наличии сколиоза (центральная часть рисунка) определяется асимметричное реберное выбухание в грудном отделе и мышечный валик в поясничном отделе. При осмотре спереди, наклоняя ребенка к себе, врач или медсестра могут обнаружить торсию верхнегрудного и грудного отделов позвоночника (правая часть рисунка).

При проведении профилактических осмотров в 10, 14, 15, 16, 17 лет опрос на выявление факторов риска нарушений костно-мышечной системы и визуальный осмотр с заполнением тестовой таблицы (выполняет медицинская сестра или фельдшер ОО) проводятся перед осмотром врача – ортопеда.

При организации профилактических осмотров в 11, 12, 13 лет у мальчиков допризывного возраста проводится опрос для выявления факторов риска нарушений костно-мышечной системы и соединительной ткани и визуальный осмотр костно-мышечной системы с заполнением тестовой таблицы (выполняет медицинская сестра или фельдшер ОО), производится осмотр педиатра и, все мальчики допризывного возраста с подозрением на нарушение осанки и сколиоз должны быть направлены на консультацию к врачу-ортопеду для составления индивидуальной коррекционной программы.

### **4.3. Выявление уплощения стопы и плоскостопия у мальчиков-подростков**

Для оценки состояния поперечных и продольных сводов стоп у мальчиков – подростков проводят плантографию или подоскопию по усмотрению врача.

#### **Плантография**

Выявление продольного плоскостопия проводится по методу В.А. Яралова-Яраланца при использовании плантографа по специальной оценке отпечатка стоп – плантограммы. Плантограф представляет собой деревянную рамку (высотой 2 см и размером 40х40 см), на которую натянута полотно и поверх него полиэтиленовая пленка.

Полотно снизу смачивается чернилами или штемпельной краской. На пол под окрашенную сторону плантографа кладется чистый лист бумаги. Обследуемый становится обеими ногами или поочередно, то одной, то другой ногой на середину рамки, обтянутой полиэтиленовой пленкой. Окрашенная чернилами ткань прогибается, соприкасаясь в местах давления с бумагой, и оставляет на ней отпечатки стоп – плантограмму.

При получении плантограммы необходимо следить, чтобы обследуемый ребенок стоял на рамке на двух ногах с равномерной нагрузкой. При раздельном получении отпечатков (у старших школьников при больших размерах стопы) одна нога ставится на середину плантографа, другая – рядом с плантографом на пол.

*Оценка плантограммы.* Заключение о состоянии опорного свода стопы делается на основании анализа положения двух линий, проведенных на отпечатке (рис. 2)

На отпечатке проводятся две прямые линии с общей исходной точкой в центре пятки. Первая прямая проводится к основанию большого пальца, вторая – к межпальцевому промежутку между 2-м и 3-м пальцами стопы. Если внутренний контур отпечатка стопы пересекает обе линии, то это правильно сформированная

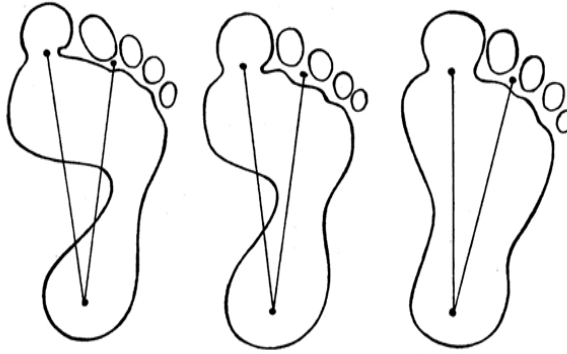


Рис. 2. Оценка плантограммы: левая часть рисунка – нормальная стопа, центральная часть – уплощенная стопа, правая часть – плоская стопа.

стопа. Если внутренний контур отпечатка стопы пересекает только линию, проведенную от центра пятки к основанию большого пальца, то стопа уплощена. Если внутренний контур отпечатка стопы не пересекает обе линии, то это указывает на плоскостопие.

На отпечатке проводятся две прямые линии с общей исходной точкой в центре пятки. Первая прямая проводится к основанию большого пальца, вторая – к межпальцевому промежутку между 2-м и 3-м пальцами стопы. Если внутренний контур отпечатка стопы пересекает обе линии, то это правильно сформированная стопа. Если внутренний контур отпечатка стопы пересекает только линию, проведенную от центра пятки к основанию большого пальца, то стопа уплощена. Если внутренний контур отпечатка стопы не пересекает обе линии, то это указывает на плоскостопие.

При проведении профилактических осмотров в 10, 14, 15, 16, 17 лет опрос на выявление факторов риска нарушений костно-мышечной системы, визуальный осмотр с заполнением тестовой таблицы и плантография (выполняет медицинская сестра или фельдшер ОО) проводятся перед осмотром врача травматолога-ортопеда (в 10 и 15, 16, 17 лет). При выявлении факторов риска нарушений костно-мышечной системы и соединительной ткани в образовательной организации, по возможности, проводится их устранение.

При организации периодических осмотров в 11, 12, 13 лет у мальчиков младшего подросткового возраста проводится опрос для выявления факторов риска нарушений костно-мышечной системы и соединительной ткани, визуальный осмотр костно-мышечной системы с заполнением тестовой таблицы и плантография (выполняет медицинская сестра или фельдшер ОО), осмотр педиатра. Все мальчики-подростки с подозрением на нарушение осанки и сколиоз должны быть направлены на консультацию к врачу травматологу-ортопеду для составления индивидуальной коррекционной программы.

## **5. Выявление нарушений психического здоровья мальчиков-подростков допризывного возраста**

### **5.1. Выявление факторов риска нарушений психологического состояния и психического здоровья мальчиков-подростков допризывного возраста**

Рост распространенности нервно-психических нарушений в подростковом возрасте происходит в основном за счет пограничных невротических и личностных расстройств. Выявление функциональных отклонений со стороны нервно-психической сферы и их правильная оценка часто бывает затруднительной, как из-за определенной специфики этих нарушений и недостаточной подготовленности врачей-педиатров, первыми сталкивающихся с ними при проведении профилактических осмотров.

Начальные нарушения нервно-психического здоровья из-за схожести симптоматики донозологических форм этих расстройств, проблем адаптации, возрастных и индивидуально-типологических особенностей поведения зачастую своевременно не диагностируются. Однако раннее выявление у мальчиков-подростков таких отклонений абсолютно необходимо, так как эти проблемы содержат в себе истоки нервно-психической неустойчивости, психосоматических расстройств, психопатологии, психосоциальной дезадаптации личности подростка. Психические расстройства в 16–17 % случаев признаются причинами негодности к военной службе и нередко являются ограничением к выбору профессии.

Таким образом, необходимы своевременная диагностика и коррекция нарушений психического здоровья мальчиков-подростков допризывного возраста, которая должна начинаться с 10–11-летнего возраста.

**Первым этапом** диагностики нарушений психологического состояния и психического здоровья мальчиков-подростков является выявление факторов риска через анкетирование учащихся (Приложение В2).

Наибольший акцент при проведении анкетирования уделяется поведенческим факторам риска. Анкета для мальчиков допризывного возраста содержит 10 вопросов, которые наиболее важны для выявления факторов, сопровождающих нарушение психического здоровья. Особое внимание обращается на значительные нарушения образа жизни и поведения, к которым относятся ответы «3» на вопросы №№ 2, 5, 9, 10 и ответы «2» на вопросы №№ 1, 3, 4, 6, 7, 8. Результаты тестирования заносятся в таблицу 2.

**Вторым этапом** диагностики нарушений психологического состояния и психического здоровья мальчиков допризывного возраста является оценка поведенческих факторов риска. Оценка значимости отдельных форм девиантного поведения производится по следующей методике, разработанной В.В. Чубаровским с соавт. (2009) и представленной в таблице 2.

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

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

Таблица 2

**Карта оценки поведенческих факторов риска формирования расстройств личности у мальчиков-подростков**

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
<i>Сумма баллов по столбцам</i>			
<i>ВСЕГО (баллы)</i>			

**Примечания:**

\* Делинквентное поведение – цепь проступков, провинностей, мелких правонарушений (от лат. delinquo – совершить проступок, провиниться), отличающихся от криминала, т. е. наказуемых согласно Уголовному Кодексу серьезных правонарушений и преступлений. 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.

## **5.2. Скрининг обследование на выявление психического напряжения и невротических тенденций у мальчиков допризывного возраста**

Для скрининговой оценки психического напряжения и невротических тенденций возможно использовать тест, состоящий из 45 вопросов, характеризующих различные признаки поведения, которые могут быть у больного подростка (Приложение В3).

Полученные высокие значения (3 балла и более) могут служить основанием для углубленной диагностики и коррекции. Высокие значения в строках 1–4 указывают на целесообразность консультации детского психолога, в строках 5–9 – детского психиатра.

Данные полученные на первом и втором этапах выявления факторов риска и результаты скрининг обследования заносятся в таблицу (Приложение В4) и школьную карту (выполняет медицинская сестра или фельдшер ОО) подростка и предоставляются неврологу и детскому психиатру при проведении профилактических осмотров в 14, 15, 16, 17 лет. При проведении периодических осмотров мальчиков допризывного возраста 11, 12, 13 лет с данными выявления факторов риска нарушения психологического состояния (1-й и 2-й этапы) и результатами скрининг-теста на выявление психического напряжения и невротических тенденций знакомится школьный врач-педиатр, и при необходимости ставит вопрос о консультировании подростка психологом или детским психотерапевтом/психиатром.

## **6. Выявление нарушений нутритивного статуса у мальчиков-подростков допризывного возраста**

### **6.1. Выявление факторов риска нарушений нутритивного статуса мальчиков допризывного возраста**

Питание является важным фактором нормального роста и развития организма.

Правильное питание, полностью отвечающее возрастным физиологическим потребностям растущего организма ребенка, обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует профилактике заболеваний, повышению работоспособности и когнитивных функций, создает условия для адаптации к окружающей среде. По мнению экспертов ВОЗ проблема неадекватного питания относится к числу важнейших факторов риска для здоровья. Помимо влияния на показатели здоровья и социальной адаптации в детстве и юности, приверженность принципам здорового питания имеет пролонгированный эффект и сказывается на качестве и продолжительности жизни человека в последующем, таким образом, можно говорить о программирующем влиянии питания.

По данным медицинского освидетельствования среди всех нарушений здоровья юношей-призывников эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ занимают третье-четвертое ранговые места – 7,9%. У 35,3% призывников выявляется недостаточность питания, а нарушения режима и качества питания фиксируется у подавляющего большинства (79,2%).

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 («Положение о военно-врачебной экспертизе») гражда–не призывного возраста с индексом массы тела менее 18,5 (недостаточное питание) призыву на военную службу не подлежат, то есть признаются временно не годными к военной службе на 6 мес (категория «Г»).

При наличии недостаточности питания граждане подлежат обследованию и (или) лечению в стационарных условиях. Если по результатам обследования у граждан не выявлено вызывающих снижение массы тела заболеваний, то они подлежат освидетельствованию по пункту «Д» (не годен до 12 мес). При выявлении у призывника алиментарного ожирения II степени он признается ограниченно годным к военной службе (категория «В»). А при впервые выявленном алиментарном ожирении III степени, граждане признаются временно не годными к военной службе на 6 мес. При необходимости такое же заключение может быть

вынесено повторно, а при безуспешном лечении ожирения призывник признается ограниченно годным к военной службе.

Таким образом, при проведении подготовки мальчиков-подростков к службе в армии следует учитывать требования к состоянию здоровья граждан при первоначальной постановке на воинский учет и разрабатывать на их основе программы коррекции статуса питания и совершенствования физического развития мальчиков допризывного и призывного возраста.

Чаще всего причиной нарушения статуса питания у детей школьного возраста является неадекватность пищевого рациона фактическим энергозатратам, несоблюдение режима питания, плохое переваривание и усвоение пищи. По данным ряда исследований более половины семей призывников (64,2%) питаются нерегулярно, только одна треть подростков ежедневно употребляет мясо и 72,0% молочные продукты. Согласно данным Г.Ю. Порецковой с соавт. (2015) основной проблемой питания детей школьного возраста является дефицит важнейших макроэлементов – полноценного животного белка, полиненасыщенных жиров, клетчатки.

Анализ статуса питания подростков допризывного возраста заключается в рассмотрении подробностей истории питания, проведении физического осмотра и антропометрии (определение веса, длины тела, индекса массы тела) и сравнении полученных сведений со стандартами для данного возраста.

Выявление факторов риска нарушений нутритивного статуса мальчиков-подростков проводится путем анкетирования (Приложение В5). Наибольший акцент при проведении анкетирования уделяется поведенческим факторам риска. Эти факторы носят управляемый характер и могут быть устранены при правильной организации питания, как в образовательной организации, так и дома. Анкета содержит 10 вопросов, которые наиболее важны для выявления факторов, приводящих к нарушению статуса питания и физических показателей.

Особое внимание обращается на значительные нарушения режима и качества питания. К ним относятся ответы «3» на вопросы №№ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 и ответы «2, 3» на вопросы №№ 4, 5. Результаты тестирования заносятся в Карту и используются для разработки индивидуальных рекомендаций для мальчиков-подростков.

## **6.2. Скрининг обследование на выявление нарушений нутритивного статуса у мальчиков допризывного и призывного возраста**

Для скрининг-оценки состояния питания, кроме оценки массы тела и роста используется индекс массы тела (ИМТ), который определяется по формуле:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{длина тела (м}^2\text{)}}$$

При динамическом наблюдении за мальчиками допризывного и призывного возраста следует ежегодно проводить расчет ИМТ, проводить коррекцию статуса питания, чтобы призывник при первичной постановке на воинский учет имел ИМТ соответствующий нормальному соотношению массо-ростовых показателей (табл. 3).

Согласно современным рекомендациям оценку физического развития детей и подростков следует проводить с использованием стандартов, принятые в субъектах Российской Федерации (региональные стандарты). Наиболее удобны для оценки физического развития школьников Карты роста, отражающие динамику

Таблица 3

**Коридоры индекса массы тела при скрининговой оценке состояния  
питания у мальчиков-подростков**

Недостаточность питания	Пониженное питание	Нормальное соотношение роста и массы тела	Повышенное питание	Ожирение I степени	Ожирение II степени	Ожирение III степени
менее 18,5	18,5–19,4	19,5–22,9	23,0–27,4	27,5–29,9	30,0–34,9	более 35

ческие изменения у каждого индивидуума. Карта роста представляет собой графическое отображение динамики развития ребенка с возрастом, может быть использована для отслеживания параметров подростка при ежегодной антропометрии. В приложении В6 настоящих рекомендаций представлены карты роста, разработанные для мальчиков школьного возраста на основе метода сигмальных отклонений.

Отклонения реальных значений массы тела и роста мальчика-подростка от кривой медианы в пределах 2-х  $\sigma$  свидетельствуют о вариантах нормы, если же показатель выходит за пределы 2-х  $\sigma$ , следует обратить внимание на состояние здоровья подростка. При использовании Карт роста наглядным выглядит прирост или снижение длины, или массы тела. Если в определенном возрастном промежутке отмечается уплощение, а затем снижение кривой антропометрических показателей, то это может свидетельствовать о каком-либо функциональном отклонении, хроническом заболевании или социальном неблагополучии ребенка и, возможно, требует более тщательного обследования и наблюдения специалистами (Приложение В6).

При проведении профилактических осмотров в 10, 14, 15, 16, 17 лет опрос на выявление факторов риска нарушений нутритивного статуса и скрининг обследование на выявление нарушений нутритивного статуса и физического развития с отметкой результатов в Карте (Приложение В7) мальчиков допризывного возраста (выполняет медицинская сестра или фельдшер ОО) обязательно проводятся перед осмотром врача – эндокринолога (в 10 и 15, 16, 17 лет), который рекомендует, при необходимости дополнительные обследования и составляет план коррекции выявленных нарушений. Ниже приведены примеры заполнения карт для оценки роста, массы тела (**Карта роста**) для мальчика допризывного возраста (с 10 до 16 лет) (рис. 3).

При проведении профилактических медицинских осмотров в 11, 12, 13 лет опрос на выявление факторов риска нарушений нутритивного статуса и скрининг обследование на выявление нарушений нутритивного статуса и физического развития с отметкой результатов в Карте роста (Приложение В7) мальчиков допризывного возраста (выполняет медицинская сестра или фельдшер ОО) обязательно проводятся перед осмотром врача школьного педиатра. Все мальчики допризывного возраста с выявленными значительными нарушениями нутритивного статуса или физического развития должны быть направлены на консультацию к врачу-эндокринологу для обследования и составления индивидуальной коррекционной программы. Для мальчиков допризывного возраста, у которых выявлены незначительные или умеренные нарушения нутритивного статуса или физического развития программа индивидуальной коррекции составляется врачом педиатром ОО.



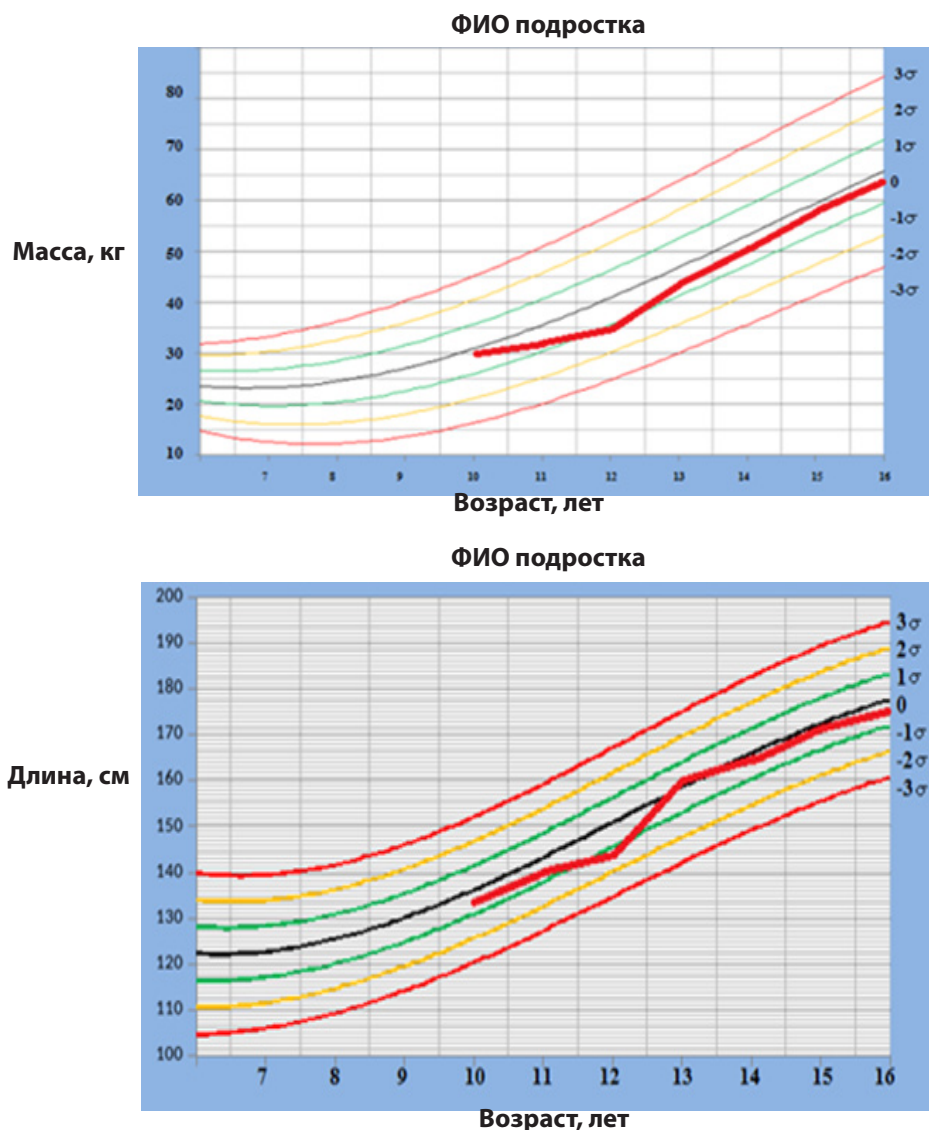


рис. 3. Карта роста

### 6.3. Основные принципы коррекция нутритивных нарушений у мальчиков допризывного возраста в условиях образовательного организации

Принципы организации здорового, горячего, физиологически полноценного, качественного питания школьников отражены в основных нормативных документах, к числу которых относятся СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в обще-



образовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования», а также «Методические рекомендации по организации питания обучающихся (воспитанников) в образовательных учреждениях».

Необходимо соблюдение режима питания – завтрак перед уходом в школу, второй завтрак в школе (в 10–11 ч), обед (дома или в школе) и ужин. Школьное питание должно быть щадящим как по способу приготовления, так и без использования острых приправ, соусов, ограничением добавления соли в блюда.

Мероприятия по коррекции нутритивного статуса и алиментарно-зависимых заболеваний могут осуществляться с помощью рационального построения меню в школьных столовых, обеспечивающих адекватную энергетическую ценность рационов, соответствующую энерготратам детей. Рацион питания в школьных столовых должен быть сбалансированным по всем заменимым и незаменимым пищевым факторам, включая белки и аминокислоты, пищевые жиры и жирные кислоты, различные классы углеводов, витамины, минеральные соли и микроэлементы: максимально разнообразным, с включением в него всех групп продуктов, в том числе специализированных продуктов питания, обогащенных микронутриентами (табл. 4, 5).

Недостаточное и пониженное питание приводит к снижению иммунитета и адаптационных возможностей молодых военнослужащих. Даже после восстановления индекса массы тела иммунитет и адаптационные возможности у них восстанавливаются не ранее чем через 6 месяцев. Согласно мнению экспертов Военно-врачебной комиссии для таких лиц необходимо до призыва на военную службу организовывать бесплатное лечебное питание по месту учебы.

Общим принципом организации питания детей с отклонениями физического развития в образовательных учреждениях должно быть функциональное питание, содержащее достаточное количество животного белка, длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот, соответствующее индивидуальным

Таблица 4

Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для  
детей и подростков Российской Федерации

	Показатели (в сутки)	Возрастные группы	
		мальчики от 11 до 14 лет	юноши от 14 до 18 лет
<b>1</b>	<b>Энергия, ккал</b>	2500	2900
<b>2</b>	<b>Белок, г</b>	75	87
	в том числе животный (%)	60	
<b>3</b>	<b>Жиры, г</b>	83	97
	в том числе животный (%)	5-10	6-10
	Омега-6,% по ккал	4-9	5-8
	Омега-3,% по ккал	0,8-1	1-2
<b>4</b>	<b>Углеводы, г</b>	363	421
	в том числе сахар, % по ккал	< 10	
	Пищевые волокна, г	20	20

потребностям ребенка. Основными направлениями оптимизации рационов питания школьников могут являться: увеличение потребления кальция за счет повышения потребления молока и различных молочных продуктов, а также других продуктов, обогащенных кальцием (например, соков). Оптимизация жирового компонента рациона может быть осуществлена за счет увеличения доли рыбы и соевого масла, а также продуктов, обогащенных  $\omega$ -3 ПНЖК.

Необходима организация правильного возрастного питания подростков дома с учетом вышеизложенных принципов и индивидуального подхода в зависимости от рекомендаций педиатра и эндокринолога.

Подробные рекомендации по организации рационального питания детей подросткового возраста даны в методических рекомендациях «Организация питания детей и подростков при использовании школьно-семейного меню» (Методические рекомендации для родителей по организации питания школьников (в школе и дома) (Кучма В.Р., ред.). М.: НЦЗД Минздрава России; 2017. 44с.), «Методические рекомендации по организации питания обучающихся (воспитанников) образовательных учреждений» (утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ и Министерством образования и науки РФ от 11 марта 2012 г. № 213н/178), СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».

## **7. Выявление мальчиков допризывного возраста с повышенным уровнем артериального давления.**

Увеличение распространенности артериальной гипертензии в популяции школьников связывается с усложнением учебного процесса в школах, увеличением суммарной учебно-воспитательной нагрузки на детей. Модернизация системы образования, связанная с повышением учебных нагрузок, использованием новых педагогических технологий без учета возрастных и психофизиологических особенностей и функциональных возможностей может являться фактором, провоцирующим повышение АД.

По данным военно-врачебных комиссий сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующее положение среди заболеваний терапевтического профиля, определяющих негодность и ограниченную годность к несению военной службы. По данным, поступившим в Центральную врачебно-медицинскую комиссию Министерства обороны РФ, заболевания системы кровообращения составили 48,9%, более половины представлены гипертонической болезнью (50,8±0,8%).

При проведении военно-врачебной экспертизы лиц призывного возраста не годными к службе в армии признаются лица, имеющие гипертоническую болезнь III стадии, которая характеризуется высокими показателями артериального давления (в покое – систолическое давление составляет 180 мм рт. ст. и выше, диастолическое – 110 мм рт. ст. и выше), подтвержденными в том числе результатами суточного мониторинга артериального давления.

Ограниченно годными к строевой службе в рядах армии считаются лица, имеющие гипертоническую болезнь II стадии с артериальной гипертензией II степени (в покое – систолическое давление составляет 160 мм рт. ст. и выше, диастолическое – 100 мм рт. ст. и выше), не достигающей оптимальных показателей без про-

ведения постоянной медикаментозной терапии, подтвержденных, в том числе результатами повторного суточного мониторирования АД и умеренным нарушением функции органов-мишеней. Также, ограниченно годными, признаются лица с гипертонической болезнью II стадии с артериальной гипертензией I–II степени (в покое – систолическое давление составляет от 140 до 179 мм рт. ст., диастолическое – от 90 до 109 мм рт. ст.) с незначительным нарушением функции органов-мишеней (хроническая сердечная недостаточность I ФК, преходящие нарушения ритма сердца и (или) проводимости, дисциркуляторная энцефалопатия I стадии) или без нарушения функции органов-мишеней, а также I стадии АГ с повышенными показателями артериального давления (в покое систолическое давление составляет от 140 до 159 мм рт. ст., диастолическое – от 90 до 99 мм рт. ст.).

При освидетельствовании лиц до призывного и призывного возраста обращают внимание на наличие синдрома повышенного артериального давления, тесно связанного с наличием вегетативных расстройств (гипергидроз кистей рук, «красный» стойкий дермографизм, лабильность пульса и артериального давления при перемене положения тела и др.), освидетельствование проводится, как при нейроциркуляторной астении. Лица с выраженными и умеренно-выраженными нарушениями имеют ограниченную годность и годность с незначительными ограничениями соответственно.

Наблюдение за мальчиками допризывного возраста должно сводиться к раннему выявлению синдрома повышенного артериального давления, обследованию для дифференцирования первичной и симптоматической артериальной гипертензии и коррекции обратимых изменений.

### **7.1. Выявление факторов риска повышения уровня артериального давления у мальчиков-подростков допризывного возраста**

В настоящее время артериальную гипертензию принято рассматривать как полиэтиологическое состояние. Факторы, способствующие ее развитию, условно можно разделить на 2 группы: эндогенные и экзогенные.

1. Эндогенные факторы: наследственность, вес, рост, возраст, пол, личностные характеристики.
2. Экзогенные факторы: питание, низкая физическая активность, психоэмоциональное напряжение, курение, повышенное потребление поваренной соли, нерациональное питание.

Для определения факторов риска АГ, необходимо проводить анкетирование мальчиков-подростков, уделяя особое внимание вопросам социального и био-логического характера (Приложение В8). Факторы, которые носят управляемый характер, могут быть устранены при правильной организации режима дня, питания, досуга подростка.

Прогностическая анкета содержит 14 вопросов с возможными вариантами ответов.

Каждому значимому фактору риска повышения артериального давления (АД) присвоен числовой коэффициент (добавочный фактор риска (Р. Флетчер и соавт., 2004).

МГ – наличие АГ у матери – 0,13

РГ – наличие гипертензии у родственников – 0,02

ОС – наличие осложнений АГ у родственников – 0,13

СБ – повышенное потребление соленых блюд – 0,11

РП – редкие прогулки на свежем воздухе – 0,25

ДЗ – выполнение домашнего задания более 3 часов в день – 0,03

СК – дополнительное посещение факультативов по школьным предметам – 0,10

ДК – посещение ребенком более 2 различных кружков и секций – 0,16

КО – конфликты с одноклассниками – 0,06

АО – авторитарные отношения в семье – 0,03

ОЖ – отсутствие у ребенка желания ходить в школу – 0,06

При наличии у ребенка выявленных добавочных факторов риска их производят суммирование. Прогностически значимой суммой факторов риска для реализации повышенного АД является 0,25. Если сумма добавочных рисков у учащегося:

$МГ+РГ+ОС+СБ+РП+ДЗ+СК+ДК+КО+АО+ОЖ > 0,25,$

то у ребенка прогнозируется развитие повышенного артериального давления АД.

Если:  $МГ+РГ+ОС+СБ+РП+ДЗ+СК+ДК+КО+АО+ОЖ \leq 0,25$

то прогноз в отношении развития гипертензивных реакций благоприятный.

Чувствительность данного теста составляет 80%. Специфичность – 60%

Таким образом, предложенный расчет прогнозирования артериальной гипертензии по сумме добавочных рисков, может быть использован с целью формирования группы детей для реализации мероприятий медицинского и социального характера.

## **7.2. Выявление мальчиков-подростков допризывного возраста с повышенным уровнем артериального давления**

При умеренной артериальной гипертензии клинические проявления могут отсутствовать, ребенок и его родители могут не подозревать о ее наличии. Возможны жалобы на головную боль, утомляемость, раздражительность. При объективном обследовании нередко обнаруживают избыточные массу и длину тела, проявления вегетативной дисфункции, недифференцированной мезенхимальной дисплазии (астеническое телосложение, микроаномалии строения сердца и почек и т. д.).

Обычно на первый план у детей с повышенным АД выходят множественные проявления синдрома вегетативных дисфункций (СВД). Помимо колебаний уровня АД сердечно-сосудистыми проявлениями СВД могут быть кардиалгии, наличие «функциональных» шумов в сердце, нарушения сердечного ритма. А вне-сердечными проявлениями – шумный вдох, нехватка воздуха, головокружения, обмороки, абдоминальные боли, нарушение терморегуляции, обменно-эндокринные нарушения.

На фоне перманентных проявлений СВД возможны вегетативные пароксизмы, или кризы, продолжительностью от нескольких минут до полусуток.

**Вагоинсулярные** (ваготонические) генерализованные кризы сопровождаются слабостью, ощущениями прилива жара, удушья, покраснением лица, головной болью, головокружением с потемнением в глазах, обильной потливостью, болью в животе, тошнотой. Снижаются артериальное давление, температура тела, регистрируется брадикардия, синусовая аритмия, экстрасистолия. Появляются позывы на стул, иногда профузные поносы. Пароксизмы могут заканчиваться обмороками.

**Симптоадреналовые** (симпатические) генерализованные кризы сопровождаются потрясающим ознобом, похолоданием кистей, стоп, сухостью во рту, сердцебиением. Возможны боли в голове, сердце. Наблюдается повышенное артериальное давление, температура, резкая тахикардия вплоть до пароксизмальной. Приступ сопровождается двигательным возбуждением, чувством страха. Типично возникновение смешанных генерализованных кризов, где имеется сочетание симптоадреналовой и вагоинсулярной симптоматики. Могут наблюдаться мигреноподобные пароксизмы, приступы учащенного сердцебиения, сменяющиеся ощущением усиленного сердцебиения с перебоями, внезапные подъемы температуры до фебрильных цифр, приступы «нехватки воздуха», приступы озноба с повышением артериального давления, обморочные состояния.

Все вышеозначенные состояния требуют особого внимания, так как могут быть первыми проявлениями и синдрома вегетативной дисфункции и артериальной гипертензии.

У детей и подростков целесообразно выделять **2 степени АГ**:

**1 степень** – средние уровни САД и/или ДАД из трех измерений равные или превышающие значения 95-го перцентиля, установленные для данной возрастной группы, при условии, что они превышают 99-й перцентиль не более чем на 5 мм рт. ст.

**2 степень** (тяжелая) – средние уровни САД и/или ДАД из трех измерений, превышающие значения 99-го перцентиля более чем на 5 мм рт. ст., установленные для данной возрастной группы.

**Степень АГ определяется в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не получающих гипотензивной терапии.**

Если уровни САД и ДАД попадают в разные категории, то степень АГ устанавливается по более высокому значению одного из этих показателей. Напомним, что **диагноз ГБ** следует ставить **только** у подростков 16 лет и старше в случае, когда первичная АГ сохраняется в течение 1 года и более или ранее (в возрасте до 16 лет) – при наличии поражений органов-мишеней.

**Поражение органов-мишеней:**

- гипертрофия левого желудочка сердца.
- сужение сосудов сетчатки.
- микроальбуминемия или незначительное повышение уровня креатинина (1,2–2,0 мг/дл)
- атеросклеротические бляшки в сонных, подвздошных, бедренных артериях.

При проведении профилактических и периодических осмотров врач-педиатр ОО уточняет анамнез подростка и при выявлении вышеперечисленных признаков включает ребенка в группу динамического наблюдения и контроля уровня АД.

### **7.3. Динамическое наблюдение за мальчиками-подростками допризывного возраста с повышенным уровнем артериального давления**

В группу динамического наблюдения включаются мальчики-подростки допризывного возраста с высокой суммой факторов риска реализации АГ, отягощенной наследственностью по гипертонической болезни, высоким нормальным АД и АГ.

Мальчики-подростки допризывного возраста с высокой суммой факторов риска реализации АГ, отягощенной наследственностью по ГБ, с высоким нормальным АД и при наличии вегетативной дисфункции (при отсутствии изменений

в сосудах глазного дна и на ЭКГ проводится 1 раз в год) должны осматриваться врачом-педиатром 1 раз в 6 месяцев (обследование ограничивается антропометрией и трехкратным измерением АД). Указанный контингент подростков допризывного возраста должны быть включены во II группу здоровья.

При подтверждении диагноза АГ (эссенциальной или симптоматической) подросток допризывного возраста наблюдается врачом-педиатром 1 раз в 3–4 месяца. Для определения объема диагностических мероприятий, выработки тактики немедикаментозного и медикаментозного лечения и по вопросам борьбы с факторами риска ССЗ должен быть проконсультирован кардиоревматологом (1 раз в год). По показаниям мальчик-подросток может быть проконсультирован нефрологом, окулистом, невропатологом и эндокринологом. Обследование для исключения симптоматической АГ (проводиться не реже 1 раза в год, дополнительные – по показаниям).

Мальчики-подростки с АГ 1 степени и с ГБ I стадии без других факторов риска и поражения органов мишеней включаются в III группу здоровья; с АГ 1 степени и с ГБ I стадии, имеющие другие факторы риска и/или поражения органов мишеней, а также с АГ 2 степени и ГБ II стадии включаются в IV группу здоровья. При появлении сердечной недостаточности детей и подростков с АГ и ГБ относят к V группе здоровья.

Все данные вносятся в историю развития ребенка (форма № 112/у) и Медицинскую карту для образовательных учреждений (форма № 026/у-2000).

Показаниями для стационарного обследования мальчиков-подростков допризывного возраста с артериальной гипертензией являются: стойкое повышение АД, наличие сосудистых кризов, недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях, неясность генеза АГ.

Для мальчиков призывного возраста при первичной постановке на военный учет наличие гипертонической болезни должно быть обязательно подтверждено обследованием в стационарных условиях и результатами документально подтвержденного предыдущего диспансерного наблюдения в течение не менее 6 мес с обязательным неоднократным выполнением суточного мониторирования артериального давления.

#### **7.4. Основные принципы лечения и профилактики повышенного уровня АД у мальчиков-подростков допризывного возраста**

**Целью лечения АГ** является достижение устойчивой нормализации АД для снижения риска развития ранних сердечно-сосудистых заболеваний и летальности.

##### **Задачи лечения АГ:**

- достижение целевого уровня АД, которое должно быть меньше значения 90-го перцентилля для данного возраста, пола и роста;
- улучшение качества жизни пациента;
- профилактика поражения органов-мишеней или обратное развитие имеющихся в них изменений;
- профилактика гипертонических кризов.

##### **Общие принципы ведения подростков с артериальной гипертензией**

Терапия подростков с АГ не входит в обязанности медицинского персонала, работающего в образовательных организациях. Однако школьный врач (фельдшер) и медицинская сестра должны знать принципы ведения подростков с АГ с

тем, чтобы своевременно выявить случаи неадекватного подбора лекарственных средств и/или неблагоприятного течения заболевания и своевременно направить школьника на консультацию к кардиологу.

При выявлении у ребенка или подростка высокого нормального АД медикаментозная терапия не проводится. Рекомендуются немедикаментозное лечение и наблюдение. Оценка и стратификация риска проводится каждые 3 месяца.

При выявлении у ребенка или подростка АГ 1 степени низкого риска медикаментозная терапия назначается при неэффективности в течение 6–12 месяцев немедикаментозного лечения.

При выявлении у ребенка или подростка АГ 1 степени высокого риска или АГ 2 степени медикаментозное лечение назначается одновременно с немедикаментозной терапией.

Перед началом медикаментозного лечения желательно проведение суточного мониторирования АД (СМАД). Если при СМАД выявлено, что АГ в дневное или ночное время превышает 50%, то это служит показанием к проведению медикаментозного лечения. Если АГ не превышает 50%, целесообразно продолжить немедикаментозную терапию.

#### **Основные принципы медикаментозной терапии:**

- лечение начинают с минимальной дозы и только одним лекарственным препаратом, чтобы уменьшить возможные побочные эффекты. Если отмечается недостаточный гипотензивный эффект при хорошей переносимости препарата, целесообразно увеличить дозировку данного лекарственного средства.
- при отсутствии гипотензивного эффекта или плохой переносимости лекарственного средства проводится замена на препарат другого класса.
- желательно использование препаратов длительного действия, обеспечивающих контроль АД в течение 24 часов при однократном приеме.
- при неэффективности монотерапии возможно применение сочетаний нескольких лекарственных препаратов различных классов, желательно в малых дозах.
- оценка эффективности гипотензивного лечения проводится через 8–12 недель от начала лечения. В этот период необходимо ведение дневника АД, которое позволяет более точно оценить эффективность терапии.
- оптимальная продолжительность медикаментозной терапии определяется индивидуально в каждом конкретном случае. Минимальная продолжительность медикаментозного лечения – 3 месяца, предпочтительнее – 6–12 месяцев.
- при адекватно подобранной терапии после 3–6 месяцев непрерывного лечения возможно постепенное снижение дозы препарата вплоть до полной его отмены с продолжением немедикаментозного лечения при стабильно нормальном АД.
- контроль эффективности немедикаментозного лечения осуществляется 1 раз в 3 месяца.

#### **Для выбора гипотензивных препаратов при лечении АГ у подростков можно пользоваться следующими подходами:**

- при склонности к симпатикотонии и исходном вегетативном тоне или периодическом развитии симпатоадреналовых пароксизмов – препаратами выбора являются β-адреноблокаторы.
- при эйтонии или цереброваскулярных проявлениях АГ – препаратами выбора являются блокаторы кальциевых каналов, как препараты, обладающие наибольшим церебропротективным эффектом.



– при сочетании АГ с сахарным диабетом, ожирением и выраженной гипертрофии миокарда ЛЖ – препаратами выбора являются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, как препараты, обладающие метаболической позитивностью, желательно не связывающиеся с жировой.

### **Профилактика артериальной гипертензии у мальчиков - подростков допризывного возраста.**

Профилактическое воздействие должно быть направлено на:

- поддержание нормальной или снижение избыточной массы;
- оптимизацию физической активности;
- рационализацию питания;
- отказ от вредных привычек;
- снижение стрессорных воздействий.

Соблюдение приведенных далее рекомендаций одинаково полезно и необходимо как для нормализации уже повышенного артериального давления, так и для профилактики возникновения АГ у подростков.

**Уменьшение избыточной массы тела** приводит к снижению артериального давления. Снижение веса у подростков с избыточной массой тела на 10% ассоциировано со снижением артериального давления на 8–12 мм рт. ст. В мероприятиях по снижению веса должны принимать участие члены семьи подростка. Ориентиром снижения веса должна быть цель постепенного изменения образа жизни.

**Физическая активность** является важным аспектом профилактики АГ. Особенно хорошо действуют на сердечно-сосудистую систему утренняя гимнастика, ходьба пешком, плавание, езда на велосипеде, ритмическая гимнастика, катание на коньках и лыжах. Менее рекомендованы статические нагрузки: тяжелая атлетика, борьба и т. д. У подростков с АГ I степени следует каждые 2 мес измерять уровень АД для оценки влияния на него физических упражнений.

**Правильное питание** может устранить, либо предупредить повышение уровня холестерина в крови, ожирения. Диета должна быть сбалансирована по калорийности.

У подростков с артериальной гипертензией необходимо ограничивать потребление поваренной соли до 5–6 г в день. Соль можно заменить специями, травами. Не рекомендуется использовать бульонные кубики и готовые супы, сухарики и чипсы. Показано ограничение употребления в пищу мучного и сладкого, особенно кондитерских изделий (торты, пирожные, пирожки, булочки, конфеты).

Желательно употреблять в пищу специальные напитки: травяные настои, фруктовые и ягодные чаи, фруктовые и овощные соки, не содержащие сахара, минеральную воду.

Также необходимо ограничить поступление в организм животных жиров (сливочное масло, сметана; жирное мясо – свинина, баранина, а также субпродукты – мозги, почки, печень). Желательно использовать в пищу нежирную рыбу (треска, морской окунь), птицу. Одновременно необходимо включать в суточный рацион растительные жиры, богатые ненасыщенными жирными кислотами. Более полезны нерафинированные масла.

Рацион следует обогатить овощами (картофель, морковь, капуста, свекла, тыква, лук, чеснок, помидоры, баклажаны), и фруктами (яблоки зеленых сортов, вишни, сливы, груши, лимоны, апельсины, мандарины, виноград, курага, грейпфруты, бананы).



Необходимо обеспечение организма полноценными белками (белок яиц, коровьего молока, рыба, говядина, творог). Следует обогащать рацион солями калия (цитрусовые, бананы, дыня, арбузы, тыква, печеный картофель).

**Отказ от курения** является важной частью немедикаментозного лечения артериальной гипертензии. Под прекращением курения подразумевают воздержание от курения любых табачных изделий в течение не менее 6 мес. Прекращение курения значительно уменьшает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у подростков.

Для детей и подростков, имеющих склонность к повышению АД, очень важно поддержание здорового **микrokлимата в семье и в школе**. При необходимости может быть рекомендована работа с психологом, занятия в сенсорной комнате. Подросткам допризывного возраста с риском развития АГ следует нормировать дополнительные школьную и внешкольную нагрузки. Важным является правильный режим дня (дневной отдых после школы, приготовление домашнего задания не более 3-х часов, прогулки, ночной сон не менее 8–9 часов). Рекомендуется ограничить длительность просмотра телепередач, работы за компьютером, использования электронных гаджетов.

## **8. Форма учета результатов контроля**

См. приложения

## **9. Показания для применения алгоритма выявления и коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, ограничивающих возможности подготовки к военной службе**

Рекомендуется использовать Алгоритм для обеспечения мероприятий по охране здоровья несовершеннолетних, выявлению у них нарушений, ограничивающих возможности подготовки к военной службе и их коррекции.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1в).

**Комментарии:** *противопоказаний – нет.*

## **10. Список литературы**

1. Булавин В.В., Кальманов А.С., Панюшин К.А., Бровкин С.Г., Работкин О.С., Житников А.Г. Состояние здоровья подростков допризывников и призывников и организация мероприятий по его укреплению. Военно-медицинский журнал. 2014; 3: 56–58.
2. Иванова И.В. Особенности и стереотипы питания современных школьников г. Ярославля. Вопросы детской диетологии. 2010. Т.8; 1: 25–28.
3. Куликов В.В., Дворянчиков Н.А., Ядчук В.Н. Осуществление надзора за военно-врачебной экспертизой. Приложение к журналу «Вестник РОСЗДРАВНАДЗОРА». 2010; 1: 36–37.
4. Куликов В.В., Кувшинов К.Э., Лебедев М.А., Платонов С.Ю., Работкин О.С. Предболезненные пограничные состояния у подростков. Военно-медицинский журнал. 2009; 10: 10–13.
5. Марков Р.А., Амлаев К.Р. Состояние здоровья юношей призывного и допризывного возраста в России. Астраханский медицинский журнал. 2016; 11(3): 44–52.

6. *Мызников И.Л., Васько Ф.В., Садченко С.Н.* Первичная диагностика статуса питания у призывников. Гигиена и санитария. 2012; 1: 33-34.

7. *Кучма В.Р., ред.* Организация питания детей и подростков при использовании школьно-семейного меню. Методические рекомендации для родителей по организации питания школьников (в школе и дома) М.: НЦЗД Минздрава России; 2017. 44с.

8. *Порецкова Г.Ю., Воронина Е.Н.* Современные стереотипы питания подростков г. Самары. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2015; 4: 51–52.

9. *Порецкова Г.Ю., Печкуров Д.В., Фишман Л.И.* Профилактика и раннее выявление нарушений развития и состояния здоровья школьников: комплексный медико-психолого-педагогический подход. Самара: ООО ПК «ДСМ»; ГБОУ ВПО «СамГМУ»; ФГБОУ ВПО «ПГСГА»; 2014. 242 с.

10. *Сумарокова М.А., Палатов С.Ю., Лебедев М.А., Изотова Е.А.* Проявления невротических расстройств у призывников. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2015; 636–37.

11. *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.

12. *Чичерин Л.П., Согияйнен А.А.* Состояние здоровья подростков как индикатор эффективности системы медицинского обеспечения призыва на военную службу. Российский педиатрический журнал. 2013; 4: 58–60.

13. *Эверт Л.С., Попутчик Т.В., Зайцева О.И., Паничева Е.С., Соловьева А.А., Гришкевич Н.Ю., Бахшиева С.А.* Социально-психологическая адаптация подростков современной образовательной среде. Российский педиатрический журнал. 2015; 18 (6): 14–19.

14. *Ядчук В.Н., Великанов А.А., Расмамбетов Р.Г., Поляков В.М., Козлова Е.Л.* Совершенствование межведомственного взаимодействия по оздоровлению юношей допризывного и призывного возраста. Материалы X Конгресса Педиатров России «Актуальные вопросы педиатрии». Москва. 2011: 679.

15. *Koletzko B., Hermoso M.* Reference Nutrient Intakes for Infants, Children and Adolescents: Pediatric Nutrition in Practice / editor B. Koletzko et al. / Basel, Karger, 2008: 285–92.

16. *Mena P., Uauy R.* Fats: Pediatric Nutrition in Practice/ editor B. Koletzko et al. / Basel, Karger, 2008: 47–51.

## **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

### **Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

Федеральные рекомендации предназначены для врачей, педагогов, психологов федеральных и региональных органов здравоохранения и образования, специалистов в области охраны здоровья детей работающих в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинских организаций.

### **Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:**

- Поиск в электронных базах данных.
- Результаты собственных исследований.

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

– Консенсус экспертов:

– *Баранов А.А., Ильин А.Г., Намазова Л.С., Сухарева Л.М., Кучма В.Р., Рапопорт И.К., Антонова Е.В., Конова О.М., Звездина И.В.* Медицинское обеспечение юношей в детской поликлинике в период подготовки к военной службе. Главврач. 2008; 10: 44–61.

– *Мызников И.Л., Васько Ф.В., Садченко С.Н.* Первичная диагностика статуса питания у призывников. Гигиена и санитария. 2012; 1: 33–34.

– *Чичерин Л.П., Согияйнен А.А.* Состояние здоровья подростков как индикатор эффективности системы медицинского обеспечения призыва на военную службу. Российский педиатрический журнал. 2013; 4: 58–60.

– *Полунина Н.В., Юмукян А.В.* Образ жизни и заболеваемость юношей подростков призывного возраста. Российский медицинский журнал. 2013; 1: 3–6.

– *Булавин В.В., Кальманов А.С., Панюшин К.А., Бровкин С.Г., Работкин О.С., Житников А.Г.* Состояние здоровья подростков допризывников и призывников и организация мероприятий по его укреплению. Военно-медицинский журнал. 2014; 3: 56–58.

– *Порецкова Г.Ю., Печкуров Д.В., Фишман Л.И.* Профилактика и раннее выявление нарушений развития и состояния здоровья школьников: комплексный медико-психолого-педагогический подход. Самара: ООО ПК «ДСМ»; ГБОУ ВПО «СамГМУ»; ФГБОУ ВПО «ПГСГА», 2014. 242 с.

– 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>

– *Кучма В.Р., ред.* Организация питания детей и подростков при использовании школьно-семейного меню. Методические рекомендации для родителей по организации питания школьников (в школе и дома) М.: НЦЗД Минздрава России; 2017. 44с.

### **Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – GPPs):**

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

### **Экономический анализ:**

Организация работы в образовательных организациях по выявлению и коррекции нарушений состояния здоровья несовершеннолетних, ограничивающих возможности подготовки к военной службе, 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 Федеральные рекомендации в предварительной версии были рецензировааны 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 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 сведен к минимуму.

### **Приложение А3. Связанные документы**

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-organizacijax/protokoly-okazaniya-pmsp-nesovershennoletnim-obuchayushhimsya-v-obrazovatelnyx-organizacijax.html>

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 года № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

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. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 г. № 134-р «Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года».

7. Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 «Положение о военно-врачебной экспертизе».

## Приложение В1

Анкетирование для определения риска нарушений  
костно-мышечной системы и соединительной ткани у мальчиков-подростков

ФИО \_\_\_\_\_

Класс \_\_\_\_\_

Дата опроса \_\_\_\_\_

№	Название факторов	Градация факторов
1	Сколько времени ты делаешь уроки дома?	- до 2-х часов; - 3 часа; - более 3-х часов.
2	Сколько времени дома ты используешь компьютер (для поиска учебной информации, общению в социальных сетях, игр)?	- 1-2 часа; - 3 часа; - более 3-х часов
3	Как часто ты делаешь утреннюю гимнастику?	- ежедневно; - иногда; - никогда.
4	Занимаешься ли ты регулярно физическими упражнениями (в т. ч. занятия физкультурой, танцы, посещение бассейна, спортивная секция)	- только уроки физкультуры в школе; - не регулярно посещаю; - регулярно занимаюсь.
5	В чем ты носишь школьные принадлежности?	- в ранце на спине; - в сумке на плечо; - в портфеле
6	Каков вес твоего ранца (школьной сумки)?	- более 20% моего веса; - до 20% моего веса; - до 10% моего веса
7	Какую обувь ты носишь в школе	- кроссовки, кеды - сланцы, шлепанцы - ботинки
8	В какой обуви ты больше всего ходишь вне школы?	- кроссовки, кеды - сланцы, шлепанцы - ботинки
9	Как часто ты употребляешь в пищу мясо, птицу, рыбу?	- один раз в день и чаще - 3-4 раза в неделю - 1 раз в неделю и реже
10	Как часто ты употребляешь в пищу молоко и молочные продукты?	- один раз в день и чаще - 3-4 раза в неделю - 1 раз в неделю и реже

**Приложение В2**

Анкетирование для определения риска нарушения психологического состояния и психического здоровья

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Класс \_\_\_\_\_

Дата опроса \_\_\_\_\_

№	Название факторов	Градация факторов
1	Пробовал ли ты когда-нибудь курить?	- нет - да
2	Продолжаешь ли ты курить?	- нет - да, но курю редко - да, курю ежедневно (хотя бы 1 сигарету в день)
3	Пробовал ли ты какие-либо наркотические (токсикоманические) вещества?	- нет - да
4	Употребляешь ли ты пиво и другие алкогольные напитки (шампанское, коктейли, вино, водку, спиртные напитки домашнего изготовления и т.п.)?	- только уроки физкультуры в школе; - не регулярно посещаю; - регулярно занимаюсь.
5	Ели употребляешь алкоголь, укажи как часто?	- 1 раз в месяц и реже - 2-3 раза в месяц - 4 и более раз в месяц
6	Совершал ли ты проступки, провинности, мелкие правонарушения (драки, сквернословие, издевательства над младшими и слабыми, домашние кражи, угон велосипедов и скутеров с целью «покататься», отнимание мелких карманных денег у малышей)?	- нет - да
7	Сожалел ли ты о совершенных проступках и провинностях (драки, сквернословие, издевательства над младшими и слабыми, домашние кражи, угон велосипедов и скутеров с целью «покататься», отнимание мелких карманных денег у малышей)?	- нет - да
8	Состоишь ли ты в неформальных подростковых группах (фанаты, готы, эмо, неформал и др.)	-нет - да
9	Охарактеризуй свои взаимоотношения с родителями	- взаимопонимание - редкие конфликты - постоянные конфликты
10	Охарактеризуй свои взаимоотношения со сверстниками	- взаимопонимание и дружба - редкие конфликты - постоянные конфликты

## Приложение В3

### Методика скрининг-диагностики психического напряжения и невротических тенденций у подростков (Г.Н. Носачев и соавт., 2004)

**Инструкция для заполнения:** предлагаемый опросник содержит описание различных признаков поведения подростка. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке ответов». Внимательно прочтите вопросы и на «Бланке ответов» против номера вопроса поставьте «да» или «нет».

#### Вопросы:

1. Часто беспокоят боли в животе	25. Боюсь темноты, засыпаю со светом
2. Сильная усталость к концу дня	26. Часто моргаю или зажмуриваюсь
3. Засыпаю с трудом	27. Часто бывают конфликты со сверстниками, участвую в драках
4. Нет аппетита	28. Часто бывает головокружение
5. Нередко бывает чувство стыда, позора или вины	29. Часто бывает тяжесть в теле, чувство разбитости
6. Бывает очень тревожно	30. Снятся страшные и плохие сны
7. Часто пугаюсь	31. Похудел за последнее время
8. Грызу ногти	32. Иногда кажется, что другие смеются надо мной
9. Нередко бывают вспышки злости	33. Часто трудно решиться на что-то
10. Часто беспокоят головные боли	34. Боюсь одиночества и чужих людей
11. Струдом сосредотачиваюсь, отвлекаюсь	35. Есть привычка подергивать уголом рта, рукой, плечом
12. Сплю беспокойно	36. Иногда грублю взрослым
13. Разборчив в еде	37. Часто бывают различные боли
14. Часто плачу	38. Стал менее выносливым
15. Боюсь неудачи	39. Чувствую сонливость днем
16. Боюсь за свое здоровье	40. Часто ограничиваю себя в еде
17. Грызу карандаш (ручку)	41. Иногда мне грустно и безрадостно
18. Легко выхожу из себя	42. Стараюсь быть тихим
19. Часто бывает рвота	43. Боюсь за своих близких
20. Сильно раздражает шум	44. Часто хожу в туалет, бывает недержание мочи или стула
21. Утром встаю неохотно, не отдохнувшим, не бодрым	45. Когда зол, плохо контролирую свои действия
22. Иногда не хочется даже любимой еды	
23. Испытываю чувство неполноценности	
24. Сильно потею, когда волнуюсь или краснею или бледнею	

### Бланк для ответов

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Класс \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

№ вопросов					Шкалы
1	10	19	27	36	ВД*
2	11	20	28	37	АС*
3	12	21	29	38	РС*
4	13	22	30	39	НА*
5	14	22	31	40	ДС*
6	15	23	32	41	ПТ*
7	16	24	33	42	ФО*
8	17	25	34	43	ПД*
9	18	26	35	44	ЭА*

\* ВД – вегетативные дисфункции, АС – астения, РС – расстройства сна, НА – нарушения аппетита, ДС – проявления депрессивного спектра, ПТ – повышенная тревожность, ФО – фобии и страхи, ПД – патологические привычные действия, ЭА – экстрапунитивная агрессия.

**Инструкция для обработки результатов в «Бланке для ответов».** Нужно подсчитать число утвердительных ответов в каждой строке. Полученные высокие значения (3 балла и более) могут служить основанием для углубленной диагностики и коррекции. Высокие значения в строках 1–4 указывают на целесообразность консультации детского психолога, в строках 5–9 – детского психиатра.



**Приложение В4**

Сводная таблица оценки состояния КМС  
 и психического здоровья мальчиков допризывного возраста

Возраст мальчиков \_\_\_\_\_

Класс \_\_\_\_\_

ФИО	Заключения:				Заключения:			
	по факторам риска патологии КМС	по таблице выявления нарушений осанки	по оценке состояния позвоночника	по необходимости консультации ортопеда / хирурга	по факторам риска нарушения психического здоровья	по оценке поведенческих факторов риска формирования расстройств личности	по скрининг-диагностике психического напряжения и неврологических тенденций	по необходимости консультации психолога/ психиатра
1...								
2...								
3...								

**Приложение В5**

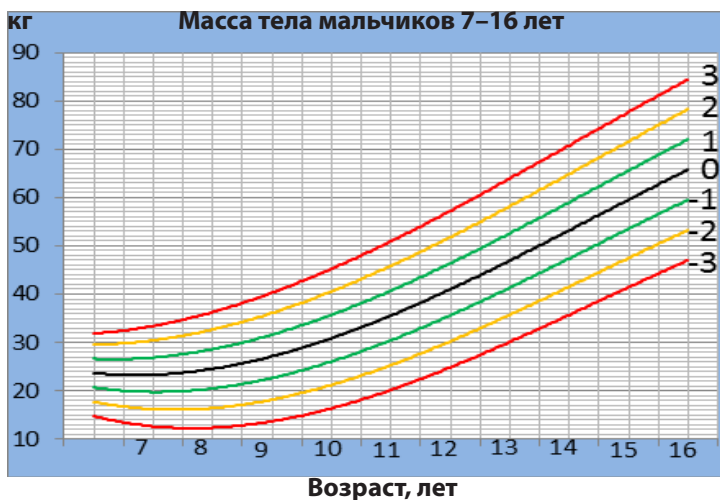
Анкетирование для определения риска нарушений  
состояния питания у мальчиков-подростков

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 Класс \_\_\_\_\_  
 Дата опроса \_\_\_\_\_

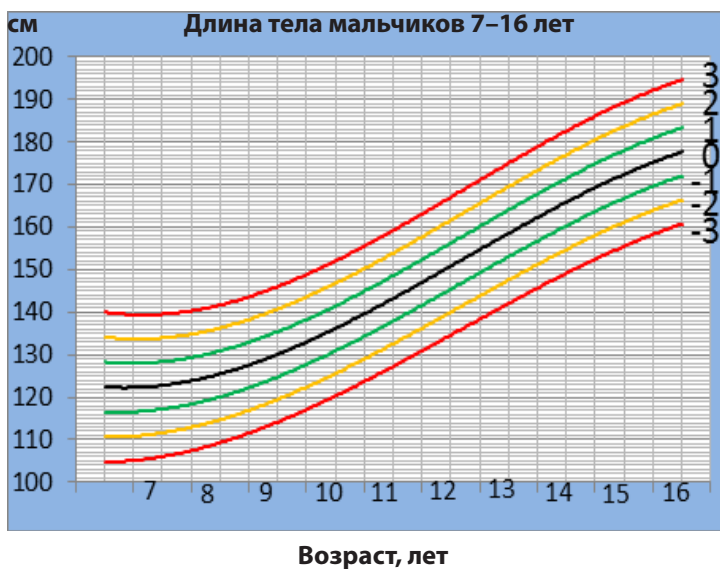
№	Название факторов	Градации факторов
1	Сколько раз в день ты принимаешь горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?	- три раза в день и чаще - два раза в день - один раз в день
2	Сколько раз в день ты принимаешь пищу	- 5 раз в день - 3 раза в день - 2 раза в день
3	Как часто ты употребляешь в пищу мясо, птицу, рыбу?	- один раз в день и чаще - 3-4 раза в неделю - 1 раз в неделю и реже
4	Как часто ты употребляешь в пищу молоко и молочные продукты	- 1- один раз в день и чаще - 3-4 раза в неделю - 1 раз в неделю и реже
5	Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, свежие соки	- один раз в день и чаще - 3-4 раза в неделю - 1 раз в неделю и реже
6	Укажи, как часто ты завтракаешь или обедаешь в школе	- ежедневно - иногда - никогда
7	Укажи, когда ты обычно ужинаешь	- за 2-3 часа до сна - за 1 час до сна - перед ночным сном
8	Укажи, как часто ты употребляешь соленые снеки и сухарики.	- не употребляю - использую для перекуса иногда - употребляю ежедневно
9	Укажи, как часто ты употребляешь сладкие и кондитерские продукты (конфеты, шоколад, печенье, выпечка)	- 3-4 раза в неделю - 1 раз в день - с каждым приемом пищи и чаще
10	Укажи, как часто ты употребляешь готовые соусы (кетчуп, соус майонез)	- не употребляю - употребляю редко - употребляю ежедневно

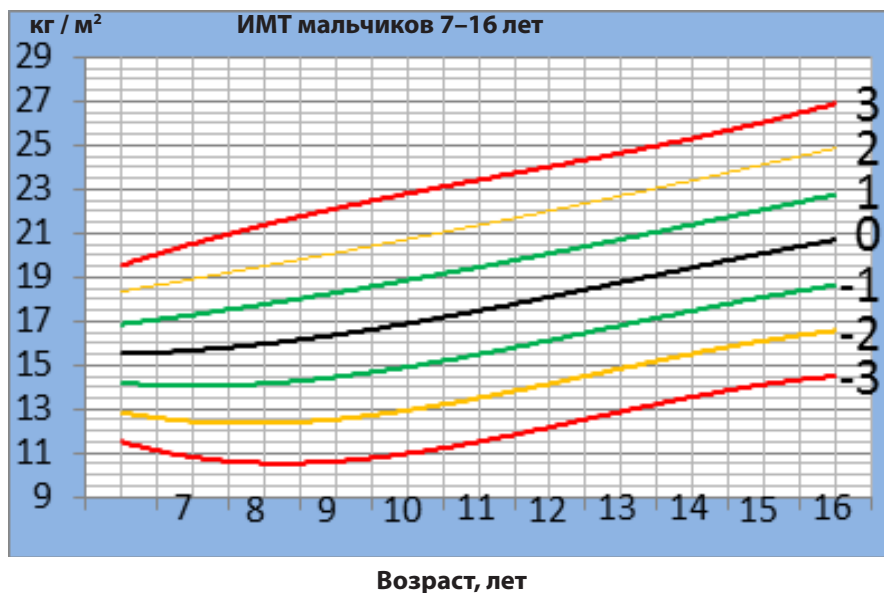
### Карта роста для оценки массы мальчиков 7–16 лет

Масса тела мальчиков (отклонения + 1  $\sigma$ , 2  $\sigma$ , 3  $\sigma$ )



Длина тела (рост) мальчиков (отклонения + 1  $\sigma$ , 2  $\sigma$ , 3  $\sigma$ )



Индекс массы тела мальчиков (отклонения + 1  $\sigma$ , 2  $\sigma$ , 3  $\sigma$ )**Приложение В7**

Сводная таблица оценки физического развития и нутритивного статуса мальчиков допризывного возраста

Класс \_\_\_\_\_ Дата обследования \_\_\_\_\_

ФИО	Заключения:			
	по факторам риска нарушения питания	по физическому развитию	по ИМТ	о необходимости консультации эндокринолога
1...				
2...				
3...				
...				
Всего				

**Приложение В8**

Прогностическая таблица для определения риска развития артериальной  
 гипертензии у мальчиков-подростков

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_  
 Дата опроса \_\_\_\_\_

1	Есть ли у Вас родственники, у которых повышение артериального давления появилось ранее 55 лет (для женщин) или 65 лет (для мужчин)?	НЕТ - мама - бабушка - тетя - сестра ДА (если да, то кто) - папа - дедушка - дядя - брат
2	Есть ли у Вас родственники, которые страдают артериальной гипертензией и имели ....	- ишемическая болезнь - инсульт
3	Как часто Вы употребляете сильносоленые и маринованные продукты (маринады, соленые чипсы, снеки и др.)?	- не употребляю - реже 1 раза в неделю - 3 раза в неделю - ежедневно
4	Вы с желанием ходите в школу?	- да - нет
5	Как часто Вы гуляете?	- каждый день 2 часа и более - иногда или менее 1 часа в день
6	Сколько времени в день Вы тратите на выполнение домашнего задания?	- от 30 до 1 часа - от 1 часа до 3 часов - более 3 часов в день
7	Посещаете ли Вы кружки или секции после школы?	нет да, какие? _____
8	Посещаете ли Вы кружки или секции после школы?	нет да, какие? (перечислите все) _____
9	Случаются ли у Вас конфликты с одноклассниками и учителями?	- нет - да, часто
10	Охарактеризуй свои взаимоотношения с родителями	- взаимопонимание - постоянные конфликты - родители излишне требовательные и властные
Общее количество баллов: >0,25 ≤0,25		



## **ГЛАВА 3**

### **МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК К СОРЕВНОВАНИЯМ И ПРЕБЫВАНИЮ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ОТДЫХА**





УТВЕРЖДЕНЫ  
Профильной комиссией  
Минздрава России  
по гигиене детей и подростков  
6 мая 2014 г.  
Протокол № 3

УТВЕРЖДЕНЫ  
на IV Конгрессе  
РОШУМЗ  
Санкт-Петербург  
6 мая 2014 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ  
К СОРЕВНОВАНИЯМ  
И СПОРТИВНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-13-2014

(версия 1.1)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храмцов П.И., Седова А.С.,  
Березина Н.О., Звездина И.В., Макарова А.Ю.*

Рекомендации «Медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях» содержат конкретные действия по медицинскому допуску обучающихся к соревнованиям, спортивно-оздоровительным мероприятиям и их медицинскому обеспечению, гарантированно осуществляемые медицинскими организациями в соответствии с Приказом Минздрава России от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Рекомендации содержат унифицированные протоколы регистрации контролируемых параметров. Все это позволит обеспечить адекватность соревновательных нагрузок функциональным возможностям организма обучающихся, а также оказание необходимой медицинской помощи в процессе проведения массовых спортивно-оздоровительных мероприятий и соревнований.

Рекомендации «Медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях» предназначены для врачей отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях, что позволит предотвратить негативное воздействие соревновательных физических нагрузок, неадекватных функциональным возможностям организма обучающихся.

Рекомендации «Медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Минздрава России по гигиене детей и подростков (Протокол № 4 от 6 мая 2014 г. ), Президиумом РОШУМЗ (Протокол № 18 от 6 мая 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.
- Обзоры/статьи, опубликованные по вопросам медицинского обеспечения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий;
- *Сухарев А.Г.* Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М.: Медицина, 1991.

### **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 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**

Физическая активность (ФА) является биологической потребностью растущего организма, удовлетворение которой является важнейшим фактором в полноценном становлении и развитии потенциалов организма и личности [1, 4, 6, 7, 9]. В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года физическая культура рассматривается как фактор укрепления духовного и физического здоровья населения.

Характерной особенностью жизнедеятельности современных детей и подростков является малоподвижный образ жизни. Международное исследование, проведенное ВОЗ в 2009–2010 гг. (Health behaviour in School-Aged Children), выявило, что среди российских школьников необходимый уровень двигательной активности, имеет только каждый шестой подросток [9]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации доля обучающихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, составляет 52,7% численности данной категории населения [3].

Одним из основных принципов законодательства о физической культуре и спорте является обеспечение безопасности жизни и здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом (статья 3 Федерального закона Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и

спорте в Российской Федерации»). Организация физического воспитания в образовательных организациях (ОО) включает проведение медицинского контроля за организацией физического воспитания (статья 28).

Организация физического воспитания в ОО предусматривает использование элементов различных видов спорта. Важная роль в этом отводится соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям, которые проводятся с целью формирования здорового образа жизни и мотивации к занятиям физической культурой, профилактики и предупреждения правонарушений, наркомании, табакокурения и алкоголизма среди подрастающего поколения, повышения физической работоспособности и физической подготовленности занимающихся при условии обеспечения безопасности их жизни и здоровья.

Спортивно-оздоровительные мероприятия – комплекс физических упражнений, проводимых при содействии ОО, с целью формирования мотивации к занятиям физической культурой, повышения физической работоспособности и физической подготовленности занимающихся при условии обеспечения безопасности их жизни и здоровья. К спортивно-оздоровительным мероприятиям относятся спортивные праздники, «Неделя физической культуры», «Дни здоровья» и др. Эти мероприятия направлены не только на оздоровительное и физическое совершенствование организма, но и способствуют нравственному, эстетическому воспитанию, а также носят просветительский характер.

ОО ежегодно составляет план соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий, учитывая единый календарный план межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных и спортивных мероприятий и доводится до сведения врача-педиатра (фельдшера) и врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в ОО.

Соревновательная деятельность может быть связана со случаями возникновения выраженного ухудшения самочувствия, а также травм [5].

Федеральные рекомендации «Медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях» разработан с целью совершенствования медицинского обеспечения обучающихся непосредственно перед соревнованиями, а также во время их проведения. Рекомендации включают критерии допуска обучающихся к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям, проводимых в образовательных организациях; контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий, а также медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе их проведения.

Рекомендации предназначены для врача-педиатра (фельдшера) и врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательной организации.

### **3. Программа контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях**

#### **3.1. Медицинский допуск обучающихся к соревнованиям**

К участию в соревнованиях допускаются обучающиеся основной медицинской группы для занятий физической культурой<sup>1</sup>, установленной в текущем учебном

<sup>1</sup> К участию в соревнованиях по видам спорта «Шахматы», «Шахики» допускаются обучающиеся всех медицинских групп для занятий физической культурой

году. Комплектование медицинских групп для занятий физической культурой проводят согласно ФР РОШУМЗ-7-2014 «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях». Каждый участник соревнований должен быть осмотрен школьным врачом не ранее чем за 3 дня до соревнования с оформлением медицинского заключения о допуске к участию в соревнованиях.

Основанием для допуска обучающегося к соревнованиям является заявка с отметкой «Допущен» напротив каждой фамилии обучающегося с подписью врача, заверенной личной печатью. Врачом, подпись которого заверяется печатью медицинской организации, удостоверяется также общее количество участников, допущенных к соревнованиям.

Данные о допуске обучающихся к участию в соревнованиях фиксируют в Протоколе № 1 (раздел б).

В случае отсутствия медицинского заключения о допуске или возрасте, несоответствующем Положению о проведении соревнований обучающийся к участию в соревнованиях не допускается.

### **3.2. Медицинский допуск обучающихся к спортивно-оздоровительным мероприятиям**

К участию в спортивно-оздоровительных мероприятиях, проводимых в образовательных организациях, допускаются все обучающиеся основной медицинской группы, подготовительной медицинской группы, специальной медицинской группы «А», установленных в текущем учебном году.

Основанием для медицинского допуска обучающегося к участию в спортивно-оздоровительном мероприятии является заявка с отметкой «Допущен» напротив каждой фамилии обучающегося с указанием части мероприятия, к участию в которой обучающийся допущен (спортивная, выполнение устных заданий, судейство и т. д.). Заявка должна быть подписана врачом и заверена личной печатью врача и печатью медицинской организации.

Данные о допуске обучающихся к участию в спортивно-оздоровительных мероприятиях фиксируют в Протоколе № 2 (раздел б).

При наличии заболевания следует строго дозировать физическую нагрузку во время проведения спортивно-оздоровительного мероприятия и исключить физические упражнения, противопоказанные к их выполнению по состоянию здоровья (Приложение № 1).

Данные о физических упражнениях, которые противопоказаны или выполнение которых следует ограничить, фиксируют в Протоколе № 2 в графе «Противопоказано».

В случае отсутствия медицинского заключения о допуске обучающийся к участию в спортивно-оздоровительных мероприятиях не допускается.

### **3.3. Медицинские противопоказания к участию в соревнованиях и спортивно-оздоровительном мероприятии**

Не разрешается допускать к участию в соревнованиях и спортивно-оздоровительных мероприятиях обучающихся при:

- остром периоде заболевания (повышение температуры тела, озноб, катаральные явления и др.);
- наличии жалоб на боли различной локализации, головокружение, тошноту, слабость, сердцебиение;

- травматическом повреждении органов и тканей организма (острый период): ушиб, рана, растяжение, гематома и др.;
- опасности кровотечения (носовое кровотечение в день занятия, состояние после удаления зуба);
- выраженном нарушении носового дыхания;
- выраженной тахикардии или брадикардии (Приложение 2).

#### **3.4. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и режиму проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий**

Медицинский сотрудник отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательной организации проводит санитарно-гигиеническую оценку мест проведения соревнований, спортивно-оздоровительных мероприятий за 7 дней до их начала.

Условия проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий должны соответствовать гигиеническим требованиям СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» в части, регламентирующей требования к территории физкультурно-спортивной зоны, спортивным залам, физкультурно-спортивному оборудованию.

Оценку размещения, состояния, оборудования, параметров микроклимата, освещенности мест проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий (физкультурно-спортивная зона и спортивные залы образовательной организации) выполняют согласно стандартам проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, обследований, исследований, испытаний, гигиенических и иных видов оценок «Оценка уровня санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательных организаций» (2014).

Результаты обследования условий проведения занятий физической культурой фиксируют в Протоколе № 3 (раздел 6).

Результаты контроля за условиями проведения занятий физической культурой доводятся до сведения организаторов соревнований (спортивно-оздоровительного мероприятия). При выявлении несоответствия гигиеническим нормативам необходим повторный контроль не ранее чем за 3 дня до проведения мероприятия.

При проведении соревнований (спортивно-оздоровительных мероприятий) на открытом воздухе в день проведения мероприятия перед его началом контролируют показатели метеоусловий (температура, влажность, скорость движения воздуха). При неблагоприятных микроклиматических условиях как в теплое (штормовой ветер, проливной дождь, при температуре окружающего воздуха выше +28°C), так и холодное время года врач совместно с организаторами соревнований (спортивно-оздоровительных мероприятий) может остановить их проведение.

Во время проведения соревнований должен быть организован питьевой режим. Питьевая вода должна отвечать требованиям к безопасности питьевой воды.

При продолжительности соревнований (спортивно-оздоровительных мероприятий) 4 часа и более должно быть организовано горячее питание участников мероприятия. Условия организации питания должны соответствовать СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации

<sup>1</sup>Возможность проведения соревнований (спортивно-оздоровительных мероприятий) в холодное время года определяется согласно приложению 7 СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях»

питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».

### **3.5. Медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе проведения соревнований и спортивно-оздоровительного мероприятия**

Медицинское обеспечение соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий проводится согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 9.08.2010 № 613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий»<sup>#</sup>.

Медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе спортивно-массовых мероприятий или соревнований включает учет внешних признаков утомления занимающихся и степень их выраженности (Приложение 3). Осуществляя медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе проведения соревнований (спортивно-массовых мероприятий), также следует обращать внимание на соответствие одежды и обуви участников гигиеническим требованиям, объема физических нагрузок функциональным возможностям обучающихся, отсутствие физических упражнений, противопоказанных и оказывающих потенциально опасное воздействие на организм.

Все случаи выраженного ухудшения самочувствия, а также возникновения травм, установленных при контроле за состоянием обучающихся в процессе проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий, фиксируются (Приложение 4) и должны анализироваться с целью установления причин их возникновения с оформлением.

### **4. Показания и противопоказания к использованию метода**

Медицинский допуск обучающихся к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях. Противопоказаний нет.

### **5. Материально-техническое обеспечение**

№ п/п	Наименование	Количество, штук
1	Ростомер или антропометр	1
2	Тонометр с возрастными манжетами	2
3	Метроном	1
4	Стетофонендоскоп	1
5	Секундомер	1
6	Сантиметровая лента	1
7	Термометр медицинский	по требованию
8	Шпатель металлический или одноразовый	по требованию
9	Стол рабочий	1
10	Стул	1
11	Ширма медицинская	1
12	Шкаф для хранения медицинской документации	1
13	Лампа настольная	1
14	Персональный компьютер	1 комплект
15	Принтер	1 комплект
16	Калькулятор	1
17	Халат медицинский	2
18	Коврик (1 м x 1,5 м)	1

<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

**6. Форма учета результатов**

## Протокол № 1

Допуск обучающихся к соревнованиям \_\_\_\_\_

Дата проведения соревнований \_\_\_\_\_

№ п/п	ФИО	Год рождения	Класс	Допуск
1				
2				
3				
...				
n				

Допущено \_\_\_\_\_ обучающихся

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

## Протокол № 2

Допуск обучающихся к спортивно-оздоровительному мероприятию \_\_\_\_\_

Дата проведения соревнований \_\_\_\_\_

№ п/п	ФИО	Год рождения	Класс	Противопоказано
1				
2				
3				
...				
n				

Допущено \_\_\_\_\_ обучающихся

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_



### Протокол № 3

#### Оценка условий мест проведения соревнования, спортивно-оздоровительного мероприятия

Показатель	Соответствие гигиеническим нормативам
t воздуха, °C	
Влажность воздуха, %	
Освещенность, люкс	
Режим проветривания	
Регулярное проведение влажной уборки	
Состояние оборудования	
Состояние напольного покрытия	

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

#### **7- Список нормативных и методических документов**

1. «Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года». Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации 7 августа 2009 г., № 1101-р.

2. Федеральный закон Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

3. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.

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»<sup>#</sup>.

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития ФР от 9 августа 2010 г. № 613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий»<sup>#</sup>.

6. 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.

7. 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

<sup>#</sup>См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

России, Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики, 2012.

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

9. Единый календарный план межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий на 2014 год от 10 января 2014 г.

10. Положение о Всероссийских спортивных соревнованиях школьников «Президентские состязания» и «Президентские спортивные игры». 2013.

## 8. Список литературы

1. Алифанова Л.А. Влияние двигательной активности в процессе академического урока на здоровье школьников. Педиатрия. 2012; 6: 37–41.

2. Губин А.Л., Базаров А.В. «На «Президентские состязания» 2012 г.». Физическая культура в школе. 2013; 4: 31.

3. Доклад министра спорта Российской Федерации В. Мутко на «Парламентском часе» в Государственной думе Федерального собрания Российской Федерации 11 октября 2013 г. Available at: <http://www.minsport.gov.ru/press-centre/speeches/5003>.

4. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Панопорт И.К. Медико-социальные аспекты патриотического воспитания детей, подростков и молодежи. В кн.: Кучма В.Р., Лазаренко И.Р., ред. «Дети, молодежь и окружающая среда: здоровье, образование, экология». Материалы второй международной научно-практической конференции. Барнаул, 5-10 июля 2013. Барнаул: ФГБОУ ВПО «Алтайская государственная педагогическая академия», 2013: 27–9.

5. Луцкан И.П., Савина Н.В., Степанова Л.А. Проблемы медицинского обеспечения детей, занимающихся спортом в России. Российский педиатрический журнал. 2012; 5: 39–42;

6. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М.: Медицина, 1991.

7. Сухарев А.Г. Образовательная среда и здоровья учащихся. Научно-методическое пособие. М.: МИОО, 2009. 256 с.

8. Candace Currie et al. Social determinants of health and well-being among young people: Health behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. 252 p.

9. Relationship between physical activity, Self-Esteem, and Academic Achievement in 12-year-old children. Pediatric Exercise science. 2000; 12: 312–23.

## 9. Приложения

### Приложение 1

#### Противопоказания и ограничения к выполнению физических упражнений с учетом заболевания

Болезни органов и систем организма	Противопоказания <sup>1</sup>	Ограничения <sup>2</sup>
Органы кровообращения (артериальная гипертензия, компенсированные пороки сердца и др.)	1–5	1–5
Органы дыхания (хр. бронхит, бронхиальная астма, рецидивирующие носовые кровотечения и др.)	1–5	1–5
Мочеполовая система (пиелонефрит, цистит, нарушения менструальной функции и др.)	1–3; 5; 6; 11	1–4; 6; 7
Органы пищеварения (хр. гастрит, хр. гастродуоденит, язвенная болезнь, пупочная грыжа и др.)	1–3; 5; 6	1–6; 8
Нервная система (эпилепсия, внутричерепная гипертензия, гипертензионно-гидроцефальный синдром и др.)	1–5; 7	1–6; 9
Костно-мышечная система (плоскостопие, сколиоз, лордоз, кифоз, выраженные нарушения осанки, в т.ч. кифосколиотическая осанка, плоская спина и др.)	1–3	1–4; 6
Органы зрения (миопия средней и высокой степени, гиперметропия средней и высокой степени, астигматизм и др.)	1–3; 5; 7–10	1–6
Эндокринная система (ожирение, сахарный диабет и др.)	1–3; 5; 6	1–6

#### <sup>1</sup>Противопоказания:

- 1 – физические нагрузки высокой интенсивности (бег в быстром темпе, прыжки в быстром темпе, эстафеты и др.);
- 2 – акробатические упражнения (кувырки вперед и назад, «мостик», «березка», стойка на руках и на голове и др.);
- 3 – упражнения на гимнастических снарядах, в т.ч. висы без опоры, подтягивание на перекладине, прыжки через коня (козла), упражнения на брусьях и кольцах и др.;
- 4 – упражнения, выполнение которых связано с длительной задержкой дыхания;
- 5 – упражнения, выполнение которых связано с натуживанием;
- 6 – упражнения, выполнение которых связано с интенсивным напряжением мышц брюшного пресса;
- 7 – упражнения, выполнение которых связано со значительным наклоном головы;
- 8 – упражнения, выполнение которых связано с запрокидыванием головы;
- 9 – упражнения, выполнение которых связано с резким изменением положения тела;
- 10 – упражнения, требующие напряжения органов зрения (упражнения в равновесии на повышенной опоре и др.);
- 11 – переохлаждение тела.

#### <sup>2</sup>Ограничения:

- 1 – продолжительные физические нагрузки средней интенсивности (бег трусцой, бег в умеренном темпе, подвижные игры и др.);
- 2 – физические упражнения, направленные на развитие общей и локальной выносливости, скоростно-силовых качеств;
- 3 – физические упражнения с длительным статическим напряжением мышц;
- 4 – физические упражнения на тренажерах (необходим индивидуальный подбор тренажера со строгим дозированием физических нагрузок);
- 5 – физические упражнения, вызывающие нервное перенапряжение;
- 6 – упражнения, сопровождающиеся значительным сотрясением тела (прыжки в высоту, с разбега, спрыгивания и др.);
- 7 – занятия плаванием;
- 8 – круговые движения туловища и наклоны, особенно вперед. Круговые движения головой, наклоны головы.

**Приложение 2**

Значения ЧСС (уд/мин) у детей 5–18 лет\*

Возраст, годы	Выраженная брадикардия	Умеренная брадикардия	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.

**Приложение 3**

Внешние признаки утомления обучающихся в процессе занятий физической культурой

Наблюдаемые признаки	Степень выраженности утомления	
	Небольшая	Средняя
Окраска кожи лица· шеи	небольшое покраснение лица	значительное покраснение лица
Потливость	незначительная	выраженная потливость лица
Характер дыхания	несколько учащенное, ровное	резко учащенное
Характер движений	бодрые, задания выполняются четко	неуверенные, нечеткие появляются дополнительные движения. У некоторых детей отмечается возбуждение, у других – заторможенность
Самочувствие	хорошее жалоб нет	жалобы на усталость, отказ от дальнейшего выполнения заданий
Мимика	спокойное выражение лица	напряженное выражение лица
Внимание	четкое, безошибочное выполнение указаний	рассеянное, задания выполняются неточно

**Приложение 4**

Акт № \_\_\_\_\_ о выраженном ухудшении самочувствия, возникновении травмы обучающегося, установленных при контроле за состоянием обучающихся в процессе проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий

1. Наименование соревнования, спортивно-оздоровительного мероприятия, в ходе проведения которого зафиксирован случай возникновения выраженного ухудшения самочувствия или травмы (далее – случай) \_\_\_\_\_

2. Адрес учреждения \_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество пострадавшего \_\_\_\_\_

4. Возраст (год, месяц, день рождения) \_\_\_\_\_

5. Образовательная организация, класс где обучается пострадавший \_\_\_\_\_

6. Дата и время возникновения случая «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин

7. Подробное описание случая, оказанная помощь \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Причины возникновения случая \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Очевидцы возникновения случая:

\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка подписи)

Акт составлен в \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ числа \_\_\_\_\_ месяца \_\_\_\_\_ года

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_



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

## **МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ К ПРЕБЫВАНИЮ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ОТДЫХА И ОЗДОРОВЛЕНИЯ**

ФР РОШУМЗ-18-2015

(версия 1.2)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** *Кучма В.Р., Седова А.С., Рапопорт И.К., Чубаровский В.В.,  
Звездина И.В., Жданова Л.А., Шишова А.В.*

Федеральные рекомендации «Медицинский допуск несовершеннолетних к пребыванию в организациях отдыха и оздоровления» разработаны с целью совершенствования оказания медицинской помощи несовершеннолетних во время их пребывания в организациях отдыха. Рекомендации содержат конкретные действия по медицинскому допуску несовершеннолетних к пребыванию в организациях отдыха.

Федеральные рекомендации «Медицинский допуск несовершеннолетних к пребыванию в организациях отдыха и оздоровления» предназначены для врача-педиатра отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации.

Федеральные рекомендации «Медицинский допуск несовершеннолетних к пребыванию в организациях отдыха» 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.

### **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 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.

### **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**

Согласно типовому положению, регламентирующему деятельность организаций отдыха детей и их оздоровления (лагерей), лагерь является организацией отдыха и оздоровления. Организации отдыха и оздоровления организуются для детей и подростков на время летних, осенних, зимних и весенних каникул.

Одной из основных задач лагеря является сохранение и укрепления здоровья детей. Резервы укрепления здоровья детей и подростков связаны с потенциальными оздоровительными возможностями каникулярного отдыха (нормализация режима дня, повышенная физическая активность, климатические факторы).

В настоящее время в России функционируют организации отдыха разного типа: лагеря с дневным пребыванием, стационарные организации отдыха, детские лагеря палаточного типа, лагеря труда и отдыха, санаторные лагеря. При этом более половины учреждений отдыха приходится на лагеря с дневным пребыванием, организованным для учащихся I ступени обучения. Количество загородных стационарных лагерей продолжает снижаться.

С учетом пожеланий детей и их родителей (законных представителей) в лагере могут быть организованы профильные смены, отряды, группы, объединения детей, в том числе специализирующиеся в спортивно-оздоровительном, оборонно-спортивном, туристском, трудовом, эколого-биологическом, техническом, краеведческом и любом другом направлении деятельности.

Учитывая разную специализацию организаций отдыха, условия проживания в них, а также интенсивность физической нагрузки актуальным является вопрос медицинского допуска детей к пребыванию в лагере с разным состоянием здоровья.

## **3. Программа допуска детей обучающихся к пребыванию в организациях отдыха и оздоровления<sup>#</sup>**

Прием детей в лагерь осуществляется при наличии заключения врача о состоянии здоровья детей, сведений об имеющихся прививках и отсутствии контактов с инфекционными больными.

Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными выдается в отделении медицинской помощи обучающимся или в регистратуре детской поликлиники на основании сведений об отсутствии инфекционных заболеваний в

<sup>#</sup>Внесены изменения в раздел 3 в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2018 г. № 327н

течение 21 дня по месту постоянного проживания или временного пребывания по конкретному адресу в вышеуказанные сроки, зафиксированных в журнале регистрации инфекционных и паразитарных заболеваний. При выдаче справки детям, посещавшим образовательные организации в течение последних 21 дней, необходимо также уточнение сведений об отсутствии контакта с заболевшими инфекционными болезнями в образовательной организации. В случае наличия контакта с инфекционными больными по месту жительства либо в образовательной организации до истечения максимального инкубационного периода справка не выдается.

Прием в детский оздоровительный лагерь детей с ограниченными возможностями здоровья осуществляется при наличии заключения врача о состоянии здоровья детей, сведений об имеющихся прививках и отсутствии контактов с инфекционными больными, а также при наличии санаторно-курортной карты установленного образца.

### **3.1. Медицинский допуск обучающихся к пребыванию в оздоровительных организациях с дневным пребыванием детей в период каникул**

В лагерь с дневным пребыванием, как правило, принимаются дети из одной или нескольких общеобразовательных, спортивных, художественных школ и иных организаций для детей и подростков.

Основанием для допуска детей в лагерь является наличие медицинских документов установленного образца (справка формы № 079/у о состоянии здоровья и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными).

В случае если лагерь с дневным пребыванием комплектуется из контингента обучающихся той образовательной организации, на базе которой организован лагерь, основанием для допуска обучающихся к пребыванию в лагере может быть заявка с отметкой «Допущен» напротив каждой фамилии обучающегося с подписью врача, заверенной личной печатью. Подпись врача заверяется печатью медицинской организации, удостоверяется также общее количество отдыхающих, допущенных к пребыванию в лагере с дневным пребыванием. Допуск оформляется не ранее, чем за три дня до начала смены. Данные о допуске фиксируют в Протоколе № 1 (раздел б).

### **3.2. Медицинский допуск обучающихся к пребыванию в стационарных организациях отдыха и оздоровления детей**

Стационарные организации отдыха и оздоровления детей формируются для детей и подростков в возрасте от 7 и до достижения ими 18 лет.

Основанием для допуска детей и подростков к пребыванию в стационарных организациях отдыха и оздоровления детей является наличие заключения врача об отсутствии медицинских противопоказаний к направлению детей в данную организацию и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными. В стационарные организации отдыха и оздоровления направляются дети, в том числе с функциональными отклонениями и хроническими болезнями в стадии стойкой ремиссии, не нуждающиеся в специальных коррекционно-терапевтических условиях и не имеющие противопоказаний для пребывания в организациях отдыха (абсолютные противопоказания, указанные в Приказе Министерства здравоохранения РФ от 13 июня 2018г. № 327н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организо-

ванного отдыха»). В перечень абсолютных противопоказаний к пребыванию в стационарных организациях отдыха и оздоровления детей включены заболевания в период обострения, в активной фазе, стадии декомпенсации, подлежащие интенсивному лечению, что связано с возможностью возникновения опасности заражения больным здоровым окружением, необходимости оказания специализированной медицинской помощи, срочной госпитализации, длительного стационарного лечения, соблюдения постельного режима.

При создании специальных условий, наличии квалифицированного подготовленного медицинского и педагогического персонала, медицинских изделий, лекарственных препаратов для медицинского применения допуск детей с ограниченными возможностями здоровья в организации отдыха и оздоровления может быть расширен.

При наличии относительных медицинских противопоказаний возможность пребывания детей в стационарных организациях отдыха и оздоровления определяется врачом-специалистом в зависимости от особенностей патологии, фазы заболевания, его стадии, степени компенсации, а также условий проживания и интенсивности физических нагрузок. Перечень относительных противопоказаний к пребыванию детей в стационарных организациях отдыха и оздоровления указан в Приложении № 1.

При допуске детей к пребыванию в стационарных организациях отдыха и оздоровления детей в медицинских документах ребенка необходимо указать сведения о его состоянии здоровья, перенесенных инфекционных заболеваниях, вакцинации, медицинской группе для занятий физической культурой, установленной в текущем учебном году, рекомендуемом режиме.

В случае, если по какой-либо причине нет сведений о принадлежности ребенка к медицинской группе для занятий физической культурой, её необходимо установить согласно Федеральным рекомендациям по оказанию медицинской помощи обучающимся ФР РОШУМЗ-7-2014 «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях».

При наличии заболевания следует указать возможную физическую нагрузку во время проведения спортивно-оздоровительных мероприятий и физические упражнения, противопоказанные к их выполнению по состоянию здоровья согласно Федеральным рекомендациям по оказанию медицинской помощи обучающимся ФР РОШУМЗ-7-2014 «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях».

### **3.3. Медицинский допуск обучающихся к пребыванию в детских лагерях палаточного типа**

Детские лагеря палаточного типа являются формой организации отдыха детей в природных условиях с проживанием детей и подростков в палатках. Палаточные лагеря размещают в естественных природных условиях. При организации палаточного лагеря возможно использование свободной территории и помещений зданий стационарной организации отдыха и оздоровления детей, муниципальных образовательных организаций, турбаз, воинских частей и др. Палаточный лагерь может функционировать как стационарный (непередвижной) – не меняющий место дислокации во время смены, либо передвижной – меняющий место расположения на протяжении одной смены.

Палаточные лагеря организуются для детей в возрасте от 10 лет до 18 лет. Дети, регулярно занимающиеся в детских туристских объединениях и имеющие достаточный уровень физической подготовленности, могут приниматься в лагерь с 8 лет.

Основанием для допуска детей и подростков к пребыванию в детском лагере палаточного типа является наличие заключения врача об отсутствии абсолютных медицинских противопоказаний для пребывания в организациях отдыха и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными. При наличии относительных медицинских противопоказаний возможность пребывания детей в палаточном лагере определяется врачом-специалистом в зависимости от особенностей патологии, фазы заболевания, его стадии, степени компенсации, а также с учетом его направленности, условий проживания и возможных физических нагрузок.

#### **3.4. Медицинский допуск обучающихся к пребыванию в лагерях труда и отдыха**

Лагеря труда и отдыха формируются для обучающихся образовательных организаций, достигших возраста 14 лет (далее – подростков), с целью организации отдыха и выполнения труда.

Основанием для допуска подростков к пребыванию в лагерях труда и отдыха является наличие заключения врача об отсутствии абсолютных медицинских противопоказаний для пребывания в организациях отдыха и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными. При наличии относительных медицинских противопоказаний возможность пребывания детей в лагере труда и отдыха определяется врачом-специалистом в зависимости от особенностей патологии, фазы заболевания, его стадии, степени компенсации, а также с учетом его направленности, условий проживания и возможных физических нагрузок.

#### **3.5. Медицинский противопоказания, установленные организацией отдыха и оздоровления**

Организация отдыха и оздоровления вправе установить дополнительные медицинские противопоказания к приему детей с учетом его направленности, условий проживания и возможных физических нагрузок. Информация о противопоказаниях должна быть отражена в Уставе организации, быть в открытом доступе и доведена до сведений родителей (законных представителей несовершеннолетних) на момент оформления путевки.

#### **3.6. Первичный медицинский осмотр в организации отдыха**

В день приезда врач организации отдыха и оздоровления осуществляет осмотр кожных покровов и видимых слизистых, волосистой части головы детей и проверку медицинской документации. Результаты осмотра фиксируют в Протоколе № 2 (раздел 6).

#### **4. Показания и противопоказания к использованию метода**

Медицинский допуск несовершеннолетних к пребыванию в организациях отдыха. Противопоказаний нет.

## 5. Материально-техническое обеспечение

№ п/п	Наименование	Количество, штук
1	Тонومتر с возрастными манжетами	2
2	Стетофонендоскоп	1
3	Секундомер	1
4	Термометр медицинский	по требованию
5	Шпатель металлический или одноразовый	по требованию
6	Стол рабочий	1
7	Стул	1
8	Ширма медицинская	1
9	Шкаф для хранения медицинской документации	1
10	Лампа настольная	1
11	Персональный компьютер	1 комплект
12	Принтер	1 комплект
13	Калькулятор	1
14	Халат медицинский	2
15	Коврик (1 м x 1,5 м)	1

## 6. Форма учета результатов

Протокол № 1

Допуск обучающихся к пребыванию в лагере с дневным пребыванием,  
 организованном на базе ОО: \_\_\_\_\_

Дата начала смены: \_\_\_\_\_ Дата окончания смены: \_\_\_\_\_

№ п/п	ФИО	Год рождения	Класс	Состояние здоровья	МГ*	Отсутствие контактов в течение последних 21 дней с инфекционными больными	Допуск
1							
2							
3							
...							
n							

\*МГ – медицинская группа для занятий физической культурой

Допущено \_\_\_\_\_ отдыхающих

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Протокол № 2  
Первичный медицинский осмотр в организации отдыха

Дата начала смены: \_\_\_\_\_

Дата окончания смены: \_\_\_\_\_

Отряд \_\_\_\_\_

№ п/п	ФИО	Осмотр кожных покровов и слизистых	Осмотр на педикулез	Наличие справки 079/у	Наличие справки об отсутствии контактов с инфекционными больными	Допуск
1						
2						
3						
...						
n						

Допущено \_\_\_\_\_ отдыхающих

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

### 7. Список нормативно-методических документов

1. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ, с изменениями.
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.
3. Приказ № 363н г. Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха»<sup>#</sup>.
4. Приказ Минздрава России от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
5. Типовое положение о детском оздоровительном лагере. Утверждено поручением Правительства РФ от 26 апреля 2011 г. № АЖ-П12-2644<sup>#</sup>.
6. СанПиН 2.4.4.3155-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы стационарных организаций отдыха и оздоровления детей».
7. СанПиН 2.4.4.2599-10 «Гигиенические требования к устройству, содержанию и организации режима в оздоровительных учреждениях с дневным пребыванием детей в период каникул».

<sup>#</sup>См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

8. СанПиН 2.4.2.2842-11 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации работы лагерей труда и отдыха для подростков».
9. СанПиН 2.4.4. 3048-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству и организации работы детских лагерей палаточного типа».

### **8. Список литературы**

1. *Афанасьева Е.В., Мустафина И.З., Звездина И.В., Кучма В.Р., Пивоваров В.В., Панкова Н.Б.* Комплексная оценка адаптации детей к условиям летнего отдыха. *Российский педиатрический журнал.* 2004; 5: 28–32.
2. *Баранов А.А., Кучма В.Р., Намазова-Баранова Л.С., Сухарева Л.М., Рапопорт Л.М., Скоблина Н.А., Храмов П.И. и др.* Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны укрепления здоровья подростков). Монография. М.: Издательство «ПедиатрЪ»; 2014. 112 с. ISBN 978-5-906332-37-0.
3. *Панкова Н.Б., Мустафина И.З., Афанасьева Е.В., Карганов М.Ю., Кучма В.Р.* Функциональная перестройка кардиореспираторной системы, психомоторной координации и психоэмоционального состояния у подростков во время летнего отдыха. *Российский педиатрический журнал.* 2006; 2: 8–15.
4. *Седова А.С., Березина Н.О., Пересецкая И.М.* К вопросу об организации медицинского обеспечения и физического воспитания детей во время каникулярного отдыха. Материалы международной научно-практической конференции «Дети, молодежь и окружающая среда: здоровье, образование, экология», 5–9 июля, 2012: 232–33.
5. *Степанова М.И.* Профилактика детского травматизма в летний период. *Народное образование.* 2014; 2: 111–16.
6. *Степанова М.И., Воронова Б.З., Седова А.С.* Санитарно-эпидемиологическая безопасность в лагерях труда и отдыха: новые требования *Народное образование.* 2012; 3 (1416): 150–54.
7. *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.
8. *Суховейко Г.С.* Детский отдых и оздоровление: слагаемые успеха. *Народное образование.* 2014; 2: 9–11.

### **Приложение 1**

#### Перечень относительных медицинских противопоказаний к пребыванию несовершеннолетних в организациях отдыха

1. Травмы, оперативные вмешательства в течение последних 6 мес.
2. Хронический вирусный гепатит.
3. Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (первичный и другие иммунодефициты).
4. Гемолитические анемии.
5. Апластические и другие анемии.
6. Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния (диатезы геморрагические, обусловленные нарушением тромбоцитопоза – тромбоцитопатии, нарушением свертываемости крови – коагулопатии, поражением сосудистой стенки – вазопатии).

7. Болезни щитовидной железы
8. Имеющие место пароксизмальные состояния на фоне гипертермии или интоксикации со стойкой ремиссией более года.
9. Ночной энурез, ночной энкопрез.
10. Расстройства психологического развития.
11. Гиперметропия высокой степени.
12. Миопия высокой степени.
13. Амблиопия высокой степени.
14. Болезни склеры, роговицы, радужной оболочки и цилиарного тела (в т.ч. дегенерация роговицы, наследственные дистрофии роговицы, кератоконус, другие деформации роговицы).
15. Болезни хрусталика (в том числе афакия, катаракта врожденная, приобретенная), болезни сосудистой оболочки и сетчатки (в том числе болезни сетчатки посттравматические, воспалительные и дистрофические).
16. Злокачественная миопия (осложненная близорукость).
17. Болезни зрительного нерва и зрительных путей (в том числе частичная атрофия, неврит).
18. Паралитическое и другие формы косоглазия (в том числе аккомодационное косоглазие и неаккомодационное косоглазие).
19. Болезни среднего уха и сосцевидного отростка, болезни внутреннего уха (в том числе хронический гнойный средний отит, отосклероз, адгезивный отит, сопровождающийся тугоухостью III–IV степени).
20. Нарушения вестибулярной функции (в том числе лабиринтопатии, болезнь Миньера, состояние после операции на среднем ухе).
21. Кондуктивная, нейросенсорная потеря слуха (в том числе тугоухость III–IV степени); другая потеря слуха (в том числе тугоухость II–IV степени).
22. Хронические болезни сердца, врожденные аномалии [пороки развития] системы кровообращения с недостаточностью кровообращения I степени, с нарушениями ритма сердца, за исключением указанных в Перечне абсолютных противопоказаний, а также синдромом вегетативной дисфункции.
23. Болезни, характеризующиеся артериальной гипертензией I степени.
24. Врожденные пороки развития системы кровообращения, включая малые аномалии развития сердца.
25. Хронические болезни нижних дыхательных путей (хронический бронхит, бронхиальная астма, эмфизема, бронхоэктатическая болезнь и др.), за исключением указанных в Перечне абсолютных противопоказаний.
26. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки).
27. Хронический атрофический гастрит, другие гастриты в стадии обострения.
28. Дуоденит (хронический дуоденит, хронический гастродуоденит) в стадии обострения.
29. Неинфекционный энтерит и колит.
30. Хронический холецистит.
31. Другие хронические панкреатиты (хронический панкреатит).
32. Атопический дерматит в стадии обострения.
33. Псориаз в стадии обострения.
34. Отек Квинке в анамнезе.
35. Остеохондроз позвоночника (остеохондропатия) при отсутствии стабилизации хронической патологии.
36. Остеохондроз периферических костей (остеохондропатия) при отсутствии стабилизации хронической патологии.
37. Гломерулярные болезни (гломерулонефрит).
38. Тубулоинтерстициальные болезни (пиелонефрит).
39. Интерстициальный (хронический) цистит.



## **ГЛАВА 4**

**КОНТРОЛЬ ЗА УСЛОВИЯМИ ОБУЧЕНИЯ,  
ПИТАНИЯ, ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ,  
НАПРЯЖЕННОСТИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.  
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**



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

**КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ  
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ  
К УСЛОВИЯМ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-10-2014

(версия 1.1)

***РАЗРАБОТЧИКИ:*** Кучма В.Р., Степанова М.И., Шубочкина Е.И., Молдованов В.В.

Рекомендации содержат алгоритм действий по оценке санитарного состояния и содержания помещений и территории образовательных организаций для детей и подростков (дошкольные образовательные, общеобразовательные, начального профессионального образования). Содержит основные направления и объекты (параметры) для визуального и документального контроля с целью оценки текущего санитарного состояния территории образовательной организации и ее помещений на соответствие требованиям санитарных правил, а также оценку мероприятий, осуществляемых администрацией образовательной организации для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся (формы, методы и эффективность текущего контроля за санитарным состоянием территории и помещений, регулярностью и качеством текущих и генеральных уборок, соблюдением необходимых требований к уборке спортивных залов, бассейнов, пищеблока, мест общего пользования, соблюдением режимов проветривания учебных помещений и рекреаций, параметрами микроклимата в учебных помещениях, обеспеченностью дезсредствами и др.).

Рекомендации предназначены для врачей детских поликлиник, работающих в отделениях организации медицинской помощи детям в образовательных организациях.

Рекомендации одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по гигиене детей и подростков (Протокол № 3 от 07.06.2013 г.) и Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Протокол № 16 от 07.06.2013 г.).

## 1. Методология

Поиск в электронных базах данных.

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

- Консенсус экспертов;
- *Кучма В.Р., ред.* Системная гигиеническая диагностика санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся. Руководство. М.: ФГБНУ НЦЗД; 2014. 304 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, 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**

Обеспечение безопасной среды и соблюдение санитарно-эпидемиологических требований к санитарному состоянию территории и помещений – необходимая составляющая системы профилактических мер, направленных на охрану здоровья детей и подростков в период их пребывания в образовательных организациях.

На протяжении последних двух десятилетий отмечается устойчивая динамика роста общей заболеваемости детей и подростков, заболеваемости органов дыхания, костно-мышечной системы, пищеварения, зрения (миопия) и других форм патологии, в формировании которых значительная роль отводится школьным факторам риска [1–2]. Доказано, что снижение уровня санитарно-эпидемиологического благополучия (СЭБ) образовательных организаций и ухудшение параметров образовательной среды, в которых проходит процесс обучения, сопровождаются ростом показателей острой респираторной заболеваемости, повышают риски вспышек инфекционных заболеваний, снижения остроты зрения и формирования нарушений осанки [3–6]. Показана необходимость совершенствования системы контроля за обеспечением СЭБ образовательных организаций с использованием новых методических подходов [7–10].

Контроль санитарного содержания территорий и помещений в образовательных организациях в соответствии с требованиями санитарных правил включает: поддержание надлежащего санитарного состояния помещений, полов, стен, мебели, покрытий игровых, спортивных площадок, площадок для сбора мусора, зеленых насаждений и др.; соблюдение порядка организации уборки, регулярности использования дезинфицирующих средств в случаях, определенных санитарными правилами; соблюдение режимов проветривания и обеспечения эффективной работы систем вентиляции; выполнение противоэпидемических.

дезинсекционных и дератизационных мероприятий; обеспечение сбора и вывоза мусора и бытовых отходов, сбора и хранения неисправных люминесцентных ламп.

Реализация Протокола позволит обеспечить безопасную образовательную среду, будет способствовать снижению уровня заболеваемости детей и подростков, рисков формирования школьно-обусловленных нарушений здоровья, появления групповых инфекционных и паразитарных заболеваний.

### **3. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований**

#### **3.1. Контроль за санитарным состоянием и содержанием помещений и территории дошкольной образовательной организации (ДОО)**

##### **3.1.1. Гигиеническая оценка санитарного состояния территории**

Гигиеническая оценка состояния и содержания территории включает контроль полноты выполнения в дошкольном образовательной организации мероприятий, направленных на поддержание СЭБ в соответствии с требованиями современного санитарного законодательства.

В ходе проведения контроля санитарного состояния территории необходимо оценить следующие показатели:

1. *Озеленение территории.* В ходе контроля определяют процент озеленения территории (отношение озелененной площади участка, к общей площади участка, свободной от застройки), наличие периметрального и разноуровневого озеленения, своевременность обрезки сухих и низких веток и др.

2. *Наличие и состояние отвода для паводковых и ливневых вод* с целью предупреждения затопления и загрязнения игровых площадок.

3. *Наличие зонирования территории* (игровая и хозяйственная зоны).

4. *Покрытие игровых, спортивных площадок, площадок для сбора мусора.* Наличие и состояние травяных, утрамбованных грунтом, беспыльных покрытий групповых и физкультурных площадок, либо покрытий, выполненных из материалов, не оказывающих вредного воздействия на здоровье детей. Асфальтовое, бетонное или другое твердое покрытие въездов и входов на территорию, проездов, дорожек к хозяйственным постройкам, к контейнерной площадке для сбора мусора и самой площадки. Наличие действующих договоров с организациями, осуществляющими их вывоз и утилизацию твердых бытовых отходов.

5. *Оборудование и содержание площадки для сбора мусора* в хозяйственной зоне (расстояние не менее 15 м от здания ДОО, размеры площадки превышают площадь основания контейнера для сбора твердых бытовых отходов и другого мусора, который оборудован крышкой, регулярная очистка контейнера специализированными организациями, не допускается сжигание мусора на территории ДОО и в непосредственной близости). Пищевые отходы собирают только в специально предназначенные для этого сборники (баки, ведра и т. д.), окрашенные изнутри и снаружи краской, закрывающиеся крышками (применять оцинкованные емкости без окраски запрещается).

6. *Хранение игрушек*, используемых на территории (наличие специальных помещений, шкафов и др. вне групповых помещений).

7. *Оборудование и состояние песочниц* и регулярность смены песка в них (наличие защитных устройств для профилактики загрязнения песка в отсутствие

детей (крышки, полимерные пленки и др.), ежегодная смена песка и контроль его безопасности по паразитологическим, микробиологическим, санитарно-химическим и радиологическим показателям). Кратность исследований песка на наличие яиц гельминтов теплое время года (рекомендуется 2 раза с апреля по октябрь – в течение всего периода использования песка).

8. *Уборка и состояние территории.* В ходе контроля за уборкой территории особое внимание следует уделять своевременной и правильной очистке от мусора. Регулярная уборка территории (ежедневно утром за 1–2 часа до прихода детей или вечером после ухода детей, полив территории при сухой и жаркой погоде не менее 2 раз в день, зимой – очистка от снега по мере необходимости, в качестве противогололедного средства используют только песок, химические реагенты для этих целей не допускаются). Очистка урн должна производиться систематически по мере их наполнения.

### **3.1.2. Гигиеническая оценка санитарного состояния помещений**

Методика гигиенической оценки содержания помещений включает контроль полноты выполнения в ДОО мероприятий, направленных на поддержание благоприятного санитарного состояния в соответствии с требованиями современного санитарного законодательства. В ходе проведения контроля санитарного состояния помещений необходимо оценить следующие показатели:

#### **1. Отделочные материалы.** Проверяют:

– влагостойкость отделочных материалов в помещениях ДОО и возможность влажной обработки с применением моющих и дезинфицирующих средств (они должны допускать уборку влажным способом и дезинфекцию);

– высоту облицовки глазурованной плиткой или иным влагостойким материалом, безвредным для здоровья детей, стен помещений пищеблока, буфетных, кладовой для овощей, охлаждаемых камер, моечной, постирочной, гладильной и туалетных, (не менее 1,5 м); в заготовочной пищеблока, залах с ваннами бассейна и душевых (не менее 1,8 м);

– отделку потолков влагостойкими материалами в помещениях с повышенной влажностью воздуха (производственные цеха пищеблока, душевые, постирочные, умывальные, туалеты и др.);

– отделку керамической плиткой или другими влагостойкими материалами стен и перегородок в помещениях, где установлены раковины и другие санитарные приборы и др. оборудование, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением, (не менее 1,6 м от пола и на ширину не менее 20 см от оборудования и приборов с каждой стороны) и отделку пола материалами, допускающими обработку влажным способом, с использованием моющих и дезинфицирующих растворов;

– отделку поверхностей стен, полов и потолков помещений медицинского назначения (гладкие, без дефектов, легкодоступные для влажной уборки и устойчивые к обработке моющими и дезинфицирующими средствами, покрытие полов плотно прилегает к основанию, сопряжение стен и полов иметь закругленное сечение, стыки герметичны, края линолеумных покрытий у стен подведены под плинтуса или возведены на стены, швы, примыкающих друг к другу листов линолеума, пропаяны).

– отделку столов и стульев (устойчивость к воздействию влаги, моющих и дезинфицирующих средств).

2. *Содержание бельевого хозяйства.* В ходе проверки подлежит контролю:

- количество комплектов постельного белья и полотенце из расчета на 1 ребенка (не менее 3), матрасников (не менее 2);
- наличие маркировки постельного белья индивидуально для каждого ребенка;
- кратность смены постельного белья и полотенце (по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю);
- организация хранения чистого и грязного белья, обработку баков и мешков для хранения грязного белья;
- наличие действующего договора с прачечной (при отсутствии в организации условий для стирки белья).

3. *Наличие на каждом этаже здания отдельной санитарной комнаты для персонала ДОО* с унитазом и умывальником, а в туалетных помещениях групповых наличие шкафов для уборочного инвентаря (допускается вне туалетных комнат) и отдельного водопроводного крана для технических целей.

4. *Соблюдение режима проветривания* помещений групповых и спортивного зала (кратность, длительность с учетом сезона года, климатических особенностей). Проверяют наличие графика проветривания, исправность фрамуг, форточек, термометра в помещениях групповой, проводят опрос персонала ДОО, ответственного за проведение проветривания.

5. *Текущая уборка помещений.* Наличие графика проведения текущих уборок помещений. В ходе контроля визуально оценивают санитарное состояние помещений, наличие уборочного инвентаря с маркировкой, моющих и дезинфицирующих средств, инструкций по их применению, правильность хранения. Проверяют:

- кратность (в спальнях после ночного и дневного сна детей, в групповых – после каждого приема пищи) и способ уборки всех помещений (не менее 2 раз в день, влажным с применением моющих средств при открытых фрамугах или окнах с обязательной уборкой мест скопления пыли и часто загрязняющихся поверхностей – ручки дверей, шкафов, выключатели, жесткая мебель и др.), обработку ковров (ежедневно пылесосят и чистят влажной щеткой или выбивают на специально отведенных для этого площадках) и игрушек;
- санитарное состояние спортивных залов (не менее 1 раза в день и после каждого занятия);
- обработку спортивного инвентаря (ежедневная протирка влажной ветошью, протирка матов с использованием мыльно-содового раствора);
- уборку помещений пищеблока (ежедневное мытье полов, удаление пыли и паутины, протирка радиаторов, подоконников; еженедельное мытье стен с применением моющих средств, протирка осветительной арматуры, очистка стекол от пыли и копоти).
- очистку шахт вытяжной вентиляции (не реже 2 раз в год).

6. *Чистка оконных стекол и светильников в помещениях ДОО.* Оценивают санитарное состояние оконных стекол и светильников, кратность их очистки, наличие средств для их обработки (снаружи и изнутри, не реже 2 раз в год весной и осенью и по мере загрязнения).

7. *Генеральная уборка всех помещений и оборудования* (уборку проводят 1 раз в месяц с применением моющих и дезинфицирующих средств, включая полный объем текущей уборки и в дополнение – протирку стен, стекол окон, дверей, дверных ручек, плафонов светильников, чистку ковровых покрытий, мытье ковров и ковровых дорожек, химическую чистку штор – 2 раза в год).



Проверяют наличие графика проведения генеральных уборок помещений, необходимых моющих, дезинфицирующих и других средств и уборочного инвентаря, инструкций по применению моющих и дезинфицирующих средств.

8. *Обработка рабочих столов на пищеблоке и столов в групповых.* Проверяют:

- санитарное состояние столов;
- наличие необходимых средств для их обработки (обработка столов горячей водой с моющими средствами после каждого приема пищи; обработка производственных столов для сырой продукции в конце рабочего дня с использованием дезинфицирующих средств).

9. *Обработка стульев, пеленальных столов, манежей и др.:* стулья, пеленальные столы, манежи и другое оборудование, а также подкладочные клеенки, клеенчатые нагрудники после использования моют горячей водой с мылом; нагрудники из ткани – стирают.

10. *Обработка игрушек.* Проверяют:

- наличие игрушек, которые могут быть подвергнуты влажной обработке (стирке) и дезинфекции;
- способ их обработки (игрушки, которые не подлежат влажной обработке используют только в качестве дидактического материала).

11. *Обработка постельных принадлежностей.* Проверяют:

- проветривание непосредственно в спальнях при открытых окнах во время каждой генеральной уборки и периодически на специально отведенных для этого площадках хозяйственной зоны;
- принадлежности: матрацы, подушки, спальные мешки.

12. *Обработка санитарно-технического оборудования.* Визуально оценивают состояние санитарно-технического оборудования, проверяют наличие дезинфицирующих средств, инструкций по их применению. Ежедневное обеззараживание проводят независимо от эпидемиологической ситуации. Сидения на унитазах, ручки сливных бачков и ручки дверей ежедневно моют теплой водой с мылом или иным моющим средством, безвредным для здоровья детей. После каждого использования горшки моют при помощи ершей или щеток и моющих средств. Ванны, раковины, унитазы чистят дважды в день ершами или щетками с использованием моющих и дезинфицирующих средств.

13. *Санитарное состояние бассейна.* В ходе проверки контролируют:

- проведение предварительного медицинского осмотра детей перед допуском к плаванию в бассейне для предотвращения распространения грибковой, аденовирусной и паразитарной инфекций;
- соблюдение дезинфекционного режима и правил обработки поверхностей в бассейне (ежедневная уборка бассейна в конце рабочего дня, ежедневная дезинфекция помещений туалета, душевых, раздевалки, обходных дорожек скамеек, дверных ручек и поручней);
- проведение генеральной уборки с профилактическим ремонтом и последующей дезинфекцией не реже 1 раза в месяц.
- обеззараживание воды, поступающей в ванны плавательных бассейнов.

14. *Мероприятия при неблагоприятной эпидемиологической ситуации* (проведение дополнительных мероприятий в соответствии с требованиями санитарных правил).

15. *Уборочный инвентарь.* Проверяют:

- наличие уборочного инвентаря (ведра, тазы, швабры и др.) с четкой

маркировкой, его использование только по назначению и его обработка после уборки (с помощью моющих и дезинфицирующих средств);

– наличие моющих и дезинфицирующих средств из числа разрешенных (свидетельство о государственной регистрации, сертификат соответствия) и методических рекомендаций или инструкций по их применению.

16. *Борьба с мухами.* Использование только механических методов (липкие ленты, мухоловки, сетки на окнах в теплое время года) для борьбы с мухами внутри помещений.

17. *Проведение дезинфекционных и дератизационных мероприятий включает:*

– мероприятия, исключающие проникновение в помещения ДОО насекомых и грызунов;

– при обнаружении насекомых и грызунов в течение суток проводят мероприятия по дезинсекции и дератизации.

## **3.2. Контроль за санитарным состоянием и содержанием помещений и территории общеобразовательной организации (ОО)**

### **3.2.1. Гигиеническая оценка санитарного состояния территории**

В ходе проведения контроля санитарного состояния и содержания территории необходимо оценить следующие показатели:

1. *Озеленение территории* (процент озеленения территории, свободной от застройки, наличие периметрального и разноуровневого озеленения, своевременная обрезка сухих и низких веток и др.).

2. *Наличие отвода для паводковых и ливневых вод* с целью предупреждения затопления и загрязнения территории.

3. *Наличие зонирования территории* (зона отдыха, физкультурно-спортивная и хозяйственная).

4. *Покрытие спортивно-игровых площадок, площадок для сбора мусора:*

– наличие твердого покрытия спортивно-игровых площадок, либо покрытий, выполненных из материалов, не оказывающих вредного воздействия на здоровье детей;

– наличие асфальтового, бетонного или другого твердого покрытия въездов и входов на территорию, проездов, дорожек к хозяйственным постройкам, к контейнерной площадке для сбора мусора и самой площадки.

5. *Оборудование площадки для сбора мусора в хозяйственной зоне:*

– измеряют расстояние (не менее 15 м) от здания ОО, размеры площадки (превышают площадь основания контейнера для сбора твердых бытовых отходов);

– наличие крышки у контейнера, регулярность очистки контейнера (не допускается сжигание мусора на территории ОО и в непосредственной близости).

6. *Уборка территории.* Оценивают: текущее состояние территории, вывоз мусора, обработку противогололедными средствами (ежедневная до выхода учащихся на площадки, полив территории при сухой и жаркой погоде за 20 минут до начала прогулки и спортивных занятий, зимой – очистка от снега по мере необходимости).

### **3.2.2. Гигиеническая оценка санитарного состояния помещений**

В ходе проведения контроля за санитарным состоянием помещений следует оценить следующие показатели:

1. *Отделочные материалы.* См. п. 3.1.2.

2. *Соблюдение режима проветривания.* Проверяют:

– наличие откидных фрамуг с рычажными приборами или форточек в учебных помещениях, функционирующих в любое время года;

– площадь фрамуг и форточек, используемых для проветривания, в учебных помещениях (не менее 1/50 площади пола), плоскость открытия окон должна обеспечивать режим проветривания;

– наличие термометра и его размещение в учебных помещениях;

– режим проветривания (ежедневно учебные помещения проветривают во время перемен, а рекреационные - во время уроков, до начала занятий и после их окончания сквозное проветривание учебных помещений, проветривание через туалетные комнаты не допускается).

– продолжительность сквозного проветривания (определяется погодными условиями, направлением и скоростью движения ветра, эффективностью отопительной системы).

3. *Наличие и состояние вентиляционных систем.* Проверяют:

– своевременную очистку вентиляционных решеток от пыли;

– наличие документов проверки эффективности ее работы.

Механическая вытяжная вентиляция предусматривается для следующих групп помещений: учебные кабинеты, лабораторий, актовые залы, бассейн, столовая, медпункт, гардеробная, киноаппаратная, санитарные узлы, помещения для обработки и хранения уборочного инвентаря.

В помещениях с выделением вредных веществ, пыли, повышенного тепла, влаги (учебно-производственные мастерские, кабинеты труда, пищеблок и т. п.) должна быть оборудована общеобменная приточно-вытяжная с механическим побуждением и местная механическая вентиляция, обеспечивающая параметры микроклимата и уровни содержания вредных веществ и пыли в пределах, установленных требованиям санитарных правил.

4. *Уборка помещений.* Наличие графика проведения текущих и уборок помещений. В ходе контроля визуально оценивают санитарное состояние помещений, наличие уборочного инвентаря с маркировкой, моющих и дезинфицирующих средств, инструкций по их применению, правильность хранения. Все помещения не менее 1 раза в день убирают влажным способом с применением моющих средств при открытых фрамугах или окнах с обязательной уборкой мест скопления пыли (полов у плинтусов и под мебелью, подоконников, радиаторов и т. п.) и часто загрязняющихся поверхностей (ручки дверей, шкафов, выключатели, жесткая мебель и др.).

Уборку учебных и вспомогательных помещений проводят после окончания уроков, в отсутствие обучающихся. Если ОО работает в две смены, уборку проводят по окончании каждой смены: моют полы, протирают места скопления пыли (подоконники, радиаторы и др.). Туалеты, столовые, вестибюли, рекреации подлежат влажной уборке после каждой перемены. Ежедневную уборку туалетов, душевых, буфетов, помещений медицинского назначения проводят с использованием дезинфицирующих средств независимо от эпидемиологической ситуации. Санитарно-техническое оборудование подлежит ежедневному обеззараживанию. Ручки сливных бачков и ручки дверей моют теплой водой с мылом. Раковины, унитазы, сидения на унитазы чистят ершами или щетками, моющими и дезинфицирующими средствами, разрешенными в установленном порядке.

При наличии ковров и ковровых покрытий (в помещениях начальной общеобразовательной школы, групп продленного дня) их очищают пылесосом в ежедневном режиме, а также 1 раз в год подвергают просушиванию и выколачиванию на свежем воздухе.

В помещениях пищеблока ежедневно проводят уборку, которая включает: мытье полов, удаление пыли и паутины, протирание радиаторов, подоконников; еженедельно с применением моющих средств проводят мытье стен, осветительной арматуры, очистка стекол от пыли и копоти. Обработка рабочих столов на пищеблоке и столов в групповых после каждого приема пищи: столы моют горячей водой, используя предназначенные для мытья средства (моющие средства, мочалки, щетки, ветошь и др.). В конце рабочего дня производственные столы для сырой продукции моют с использованием дезинфицирующих средств. В спальнях помещениях постельные принадлежности (матрацы, подушки, одеяла) следует проветривать непосредственно в спальнях при открытых окнах во время каждой генеральной уборки. Смена постельного белья и полотенец осуществляется по мере загрязнения, но не реже 1-го раза в неделю. Перед началом учебного года постельные принадлежности подвергают обработке в дезинфекционной камере.

Чистку оконных стекол и светильников в помещениях ОО проводят по мере их загрязнения, но не реже 2-х раз в год. Окна моют снаружи и изнутри.

Не реже 1-го раза в месяц во всех видах помещений проводят генеральную уборку. Генеральная уборка техническим персоналом (без привлечения труда обучающихся) проводится с применением разрешенных моющих и дезинфицирующих средств. Генеральная уборка включает полный объем текущей уборки и в дополнение – протирку стен, стекол окон, дверей, дверных ручек, плафонов светильников, чистку ковровых покрытий, мытье ковров и ковровых дорожек, химическую чистку штор (2 раза в год). Вытяжные вентиляционные решетки ежемесячно очищают от пыли.

Для проведения уборки и дезинфекции используют моющие и дезинфицирующие средства, разрешенные в установленном порядке к применению в детских учреждениях, соблюдая инструкции по их применению.

Спортивный инвентарь подлежит ежедневной обработке моющими средствами. Спортивный инвентарь, размещенный в зале, протирают увлажненной ветошью, металлические части – сухой ветошью в конце каждой учебной смены. После каждого занятия спортзал проветривают не менее 10 минут. Спортивный ковер очищают ежедневно с использованием пылесоса, не менее 3-х раз в месяц проводят его влажную чистку с использованием моющего пылесоса. Спортивные маты ежедневно протирают мыльно-содовым раствором.

В медицинском кабинете, помимо обеззараживания помещения и предметов обстановки, необходимо дезинфицировать медицинские инструменты в соответствии с указаниями по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения. Предпочтение следует отдавать стерильным медицинским изделиям одноразового применения.

Медицинские отходы, которые по степени эпидемиологической опасности относятся к потенциально опасным, обезвреживают и удаляют в соответствии с правилами сбора, хранения, переработки, обезвреживания и удаления всех видов отходов медицинских организаций.

5. *Санитарное содержание бассейна.* Ежедневную уборку бассейна проводят в конце рабочего дня. Ежедневной дезинфекции подлежат помещения туалета,

душевых, раздевални, обходные дорожки, скамейки, дверные ручки и поручни. Генеральная уборка с профилактическим ремонтом и последующей дезинфекцией проводится не реже 1-го раза в месяц. Дезинфекция ванн проводится специально обученным персоналом бассейна или силами местных дезинфекционных станций в соответствии с требованиями санитарных правил. Кратность мероприятий по дезинфекции, дератизации, генеральной уборке указывается в программе производственного контроля. Обеззараживание воды, поступающей в ванны плавательных бассейнов, проводят в соответствии с требованиями санитарных правил.

6. *Мероприятия при неблагоприятной эпидемиологической ситуации.* При неблагоприятной эпидемиологической ситуации в ОО в целях предупреждения распространения инфекции, проводят дополнительные мероприятия в соответствии с требованиями санитарных правил.

7. *Уборочный инвентарь.* Уборочный инвентарь (ведра, тазы, швабры и др.) должен иметь четкую маркировку и использоваться только по назначению. После уборки его обрабатывают с помощью моющих и дезинфицирующих средств, просушивают. Моющие и дезинфицирующие используют только из числа разрешенных (свидетельство о госрегистрации, сертификат соответствия, методические рекомендации по применению или инструкция).

8. *Борьба с мухами.* В теплое время года засетчивают окна и двери. Для борьбы с мухами внутри помещений допускается использовать только механические методы (липкие ленты, мухоловки). С целью предупреждения выплода мух и уничтожения их на фазе развития один раз в 5–10 дней надворные туалеты обрабатывают разрешенными дезинфицирующими средствами в соответствии с нормативно-методическими документами по борьбе с мухами.

9. *Проведение дезинфекционных и дератизационных мероприятий.* Во избежание появления в помещениях ОО насекомых и грызунов должны проводиться мероприятия, исключающие их проникновение. Проверяют следующие параметры: наличие договора на проведение дезинсекционных и дератизационных мероприятий, проведение комплекса мероприятий по защите объекта от проникновения грызунов, контроль за качеством проведения дезинсекционных и дератизационных работ; при появлении синантропных насекомых и грызунов на территории и во всех помещениях образовательной организации проводится дезинсекция и дератизация в течение суток.

### **3.3. Контроль за санитарным состоянием и содержанием территории и помещений организации профессионального образования (ОПО)**

#### **3.3.1. Гигиеническая оценка санитарного состояния территории**

В ходе проведения контроля за санитарным состоянием территории организации профессионального образования следует оценить следующие показатели:

1. *Наличие и состояние* ограждения участка, наличие выездов с участка, их состояние, санитарное состояние участка. Участок должен быть огражден и иметь наружное искусственное освещение. Въезды и входы на территорию, проезды, дорожки к хозяйственным постройкам, к площадкам для мусоросборников покрывают асфальтом, бетоном или другим твердым покрытием. Участок необходимо ежедневно убирать: летом дорожки, тротуары, проезды поливают и подметают; зимой – освобождают от снега и льда.

2. *Озеленение территории* (процент озеленения не менее 50% свободной от застройки территории, наличие периметрального озеленения). Допускается снижение площади озеленения на 10% при расположении в условиях стесненной городской застройки, а также наличии на границе ОПО садово-парковых и лесных массивов. Допускается сокращение территорий озеленения деревьями и кустарниками в районах Крайнего Севера с учетом особых климатических условий. Ранней весной и поздней осенью осуществляют уборку территории, вырубку сухих деревьев и веток, молодой поросли. Оценивается близость расположения деревьев по отношению к окнам учебных помещений в плане возможного затенения.

3. *Зонирование территории* (учебная зона, спортивная, производственная, хозяйственная, при наличии общежития для обучающихся – жилого). Хозяйственная зона должна быть изолирована от других зон участка, размещаться со стороны входа в производственные помещения и иметь самостоятельный выезд на улицу. В производственную зону могут входить отдельно стоящие здания мастерских и учебные полигоны. Учебные полигоны могут находиться вне учебного заведения (но не более 30 минут пешеходной доступности). Спортивную зону следует размещать на участке со стороны спортивного зала. При наличии общежития на территории ОПО должно быть предусмотрено выделение площадок для отдыха, занятий спортом для обучающихся.

4. *Состояние оборудования и покрытий спортивных площадок*. Синтетические и полимерные покрытия спортивно-игровых площадок и беговых дорожек не должны иметь трещин, неровностей, выбоин.

5. *Текущее состояние и оборудование* площадок для сбора мусора, наполненность мусоросборников, график вывоза твердых бытовых отходов. На расстоянии не менее 25 м и не более 100 м от выхода здания размещают контейнерные площадки для твердых бытовых отходов. Контейнерная площадка должна иметь ограждение с трех сторон, асфальтовое или бетонное покрытие.

Для сбора бытовых отходов на дворовой территории должны устанавливаться на бетонированных площадках мусоросборники с закрывающимися крышками. При наполнении мусоросборника более чем на 2/3 должен быть обеспечен вывоз мусора. Не допускается сжигание мусора на территории организации.

6. *Сбор, временное хранение и утилизация медицинских, биологических и промышленных отходов* осуществляют в соответствии со специальными требованиями к отходам 1–4-го класса опасности. Контролируется наличие действующих договоров с организациями, осуществляющими их вывоз и утилизацию.

7. *Контролируется сбор и хранение неисправных люминесцентных ламп*. Они должны собираться и храниться до сдачи в металлических спецконтейнерах в местах, недоступных для обучающихся.

### **3.3.2. Гигиеническая оценка санитарного состояния помещений**

Основными объектами контроля являются учебные и учебно-производственные помещения, санузлы, душевые, медицинские кабинеты, помещения для питания обучающихся, при наличии общежитий – все помещения.

В ходе проведения контроля за санитарным состоянием помещений образования следует оценить следующие показатели:

1. *Текущее санитарное состояние* учебных классов, кабинетов, лабораторий, аудиторий, мастерских и других помещений. Наличие протечек и признаков поражения грибком на стенах и потолке, состояние и целостность полов, состояние



оконных рам, чистоту стекол. Качество и организация уборки. Наличие графиков проведения текущих и генеральных уборок помещений. Влажная уборка должна проводиться ежедневно. Очистку стекол, рам и оконных проемов проводят не реже 2-х раз в течение учебного года. Генеральная уборка проводится техническим персоналом не реже одного раза в месяц во всех видах помещений с применением разрешенных моющих и дезинфицирующих средств.

2. *Санитарное состояние спортивного зала и других помещений, предназначенных для проведения спортивных занятий* (тренажерные помещения и т. п.), раздевалок и душевых. Контролируется соблюдение режима проветривания (в том числе наличие термометров-психрометров), ежедневной и периодической обработки спортивного инвентаря, ковров, матов. Спортивный инвентарь подлежит ежедневной обработке моющими средствами. Спортивный инвентарь, размещенный в спортивном зале, протирают увлажненной ветошью, металлические части – сухой ветошью в конце каждого учебного дня. Спортивный ковер очищают ежедневно с использованием пылесоса, не менее 3-х раз в месяц проводят его влажную чистку с использованием моющего пылесоса. Спортивные маты ежедневно протирают мыльно-содовым раствором.

3. *Санитарное состояние учебно-производственных мастерских*, наряду с вышеуказанными параметрами (пункт 1), контролируется обеспеченность местной вытяжной вентиляцией с механическим побуждением оборудования, являющегося источником пылегазовыделений; наличие шкафов для хранения спецодежды; обеспеченность умывальниками с подачей горячей и холодной воды; обеспеченность учащихся моющими (очищающими) средствами, щетками, полотенцами или заменяющими их устройствами, а также средствами индивидуальной защиты в соответствии с профилем осваиваемой специальности; в отдельно стоящих зданиях учебно-производственных мастерских контролируется наличие и содержание гардеробных помещений, умывальных, туалетов.

4. *Санитарное состояние помещений пищеблока, буфетных, кладовых овощей, охлаждаемых камер, моечной и туалетных комнат*. Контролируется соблюдение частоты проведения текущих и генеральных уборок, использование дезинфицирующих средств (графики проведения уборок, ответственные лица). Стены помещений должны быть облицованы глазурованной плиткой или другими водостойкими материалами. Санитарное оборудование, плитка на полу и стенах должны быть целыми, без сколов и других дефектов, потолки без протечек и признаков поражения грибом. Уборку туалетов, душевых, помещений медицинского назначения проводят ежедневно с использованием дезинфицирующих средств. Санитарно-техническое оборудование подлежит ежедневному обеззараживанию. Ручки сливных бачков и ручки дверей моют теплой водой с мылом. Раковины, унитазы, сидения на унитазах чистят ершами или щетками, с применением чистящих и дезинфицирующих средств.

5. *При самостоятельной организации питания* следует дополнительно предусматривать контроль за :

- режимами обработки кухонной посуды и инвентаря с контролируемыми параметрами (разделочного инвентаря; кухонной, столовой посуды, столовых приборов; ветоши для мытья посуды);
- наличием уборочного инвентаря с контролируемыми параметрами: организация обеззараживания уборочного инвентаря, состояние обеспеченности

уборочным инвентарем, моющими и дезинфицирующими средствами, имеющими разрешительную документацию и методические указания, наличие промаркированного уборочного инвентаря, упорядоченность его хранения;

– режимами обработки столовой посуды с контролируемыми параметрами – соблюдение этапов мытья столовой посуды, обработки столовых приборов.

Контролю также подлежат производственные помещения пищеблока:

- соблюдение периодичности проведения генеральных уборок;
- генеральных уборок в производственных помещениях пищеблоков;
- соблюдение периодичности проведения текущих уборок помещений;
- организация обеззараживания санитарно-технического оборудования;
- соблюдение частоты протирки стекол в оконных рамах.

6. При самостоятельной организации медицинской деятельности следует дополнительно предусматривать следующие контролируемые параметры по отношению к объектам производственного контроля:

– соблюдение кратности проведения в медицинском кабинете уборок текущих и генеральных (при самостоятельной организации медицинской деятельности);

– дезинфекция медицинских инструментов (при самостоятельной организации медицинской деятельности);

– дезинфекция медицинских отходов (при самостоятельной организации медицинской деятельности);

– обеспеченность стерильным инструментарием и расходными материалами.

7. Обеспеченность уборочным инвентарем и его маркировка, наличие моющих и дезинфицирующих средств и условия их хранения. Уборочный инвентарь для уборки помещений должен быть промаркирован и закреплен за помещениями. Уборочный инвентарь для уборки санитарных узлов (ведра, тазы, швабры, ветошь) должен иметь сигнальную маркировку (красного цвета), использоваться по назначению и храниться отдельно от другого уборочного инвентаря. Дезинфицирующие и моющие средства хранят в упаковке производителя либо в специально выделенных промаркированных емкостях и используются в соответствии с инструкцией по применению.

8. *Соблюдение режимов проветривания.* Наличие графиков проветривания. Проветривание учебного помещения перед занятиями, в каждую перемену, после уроков, а также по окончании учебных занятий осуществляют через открытые форточки (фрамуги, створки окон). Во время учебных занятий проветриваются рекреационные помещения.

Площадь фрамуг и форточек в учебных помещениях должна быть не менее 1/50 площади пола. Фрамуги и форточки должны функционировать в любое время года. В помещениях с герметичными оконными стеклопакетами (пластиковые окна) для обеспечения эффективной вытяжки через внутренние каналы необходимо обеспечить постоянный приток наружного воздуха, для чего целесообразен монтаж приточных вентиляционных клапанов.

Занятия физической культурой проводятся в хорошо аэрируемых залах. Для этого необходимо во время занятий в зале открывать одно-два окна с подветренной стороны при температуре наружного воздуха выше +5<sup>0</sup>С и слабом ветре. При более низкой температуре и большей скорости движения воздуха занятия в зале проводятся при открытых фрамугах, а сквозное проветривание – во время перемен при отсутствии обучающихся. При достижении в помещении температуры воздуха в 17<sup>0</sup>С проветривание зала сле-



дует прекращать. После каждого занятия спортзал проветривают не менее 10 минут.

9. *Наличие и состояние вентиляционных систем.* Своевременная очистка вентиляционных решеток от пыли. Наличие документов проверки эффективности ее работы. Механическая вытяжная вентиляция предусматривается для следующих групп помещений: учебных кабинетов, лабораторий, актовых залов, бассейнов, столовой, медпункта, гардеробной, киноаппаратной, санитарных узлов, помещений для обработки и хранения уборочного инвентаря.

В помещениях с выделением вредных веществ, пыли, повышенного тепла, влаги (кабинеты производственного обучения, учебно-производственные мастерские и т. п.) должна быть оборудована общеобменная приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением и местная механическая вентиляция, обеспечивающая параметры микроклимата и уровни содержания вредных веществ и пыли в пределах, установленных для применения труда лиц, не достигших 18 лет.

10. *Состояние помещений общежития.* Общежития ОПО должны соответствовать требованиям, предъявляемым к устройству, оборудованию и содержанию общежитий для рабочих, студентов, учащихся средних специальных заведений и профессионально-технических училищ. Все помещения общежитий должны содержаться в порядке и чистоте: стены, полы, потолки помещений должны быть гладкими, без дефектов, протечек и признаков поражения грибом. Контролируется санитарное содержание помещений, санитарных узлов и душевых, регулярность ежедневных и генеральных уборок, наличие дезсредств, смена и дезинфекция мягкого инвентаря (матрацы, подушки, одеяла), смена постельного белья в соответствии с требованиями соответствующих санитарных правил.

11. *Проведение дезинсекционных и дератизационных мероприятий.* В ходе оценки санитарного состояния ОПО проверяются следующие контролируемые параметры: наличие договора на проведение дезинсекционных и дератизационных мероприятий, проведение комплекса мероприятий по защите объекта от проникновения грызунов, контроль за качеством проведения дезинсекционных и дератизационных работ; при появлении синантропных насекомых и грызунов на территории и во всех помещениях образовательной организации проводится дезинсекция и дератизация.

#### **4. Показания и противопоказания к использованию**

Контроль за условиями организации воспитания и обучения в образовательных организаций проводится для профилактики заболеваний, сохранения здоровья и предотвращения возникновения и распространения инфекционных и неинфекционных заболеваний в организованных коллективах.

Противопоказаний к применению нет.

#### **5. Материально-техническое обеспечение контроля за условиями воспитания и обучения**

Документация образовательной организации по контролю за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям воспитания и обучения.

Медицинская документация хранится с целью обобщения имеющихся данных для администрации образовательных организаций, органов управления здравоохранением и образованием с целью принятия управленческих решений.

## **6. Форма учета результатов контроля за условиями воспитания и обучения**

Оценка эффективности системы контроля за обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся в образовательных организациях может осуществляться на основании:

- объективных данных по оценке группы СЭБ образовательной организации (ее динамика во времени);
- снижения числа неудовлетворительных результатов лабораторно-инструментальных исследований (проб) по показателям, характеризующим условия и организацию воспитания и обучения;
- увеличения числа детей, обучающихся в образовательных организациях, отнесенных к I группе СЭБ и снижения числа детей, обучающихся в условиях повышенного риска ухудшения состояния здоровья;
- снижения групповых инфекционных заболеваний (вспышек) в образовательных организациях;
- изменения негативных тенденций в динамике школьно-обусловленных заболеваний у детей школьного возраста;
- снижения темпов прироста общей заболеваемости по обращаемости по показателям заболеваемости отдельными классами болезней;
- роста удовлетворенности условиями и организацией воспитания и обучения детей и их родителей.

## **7. Список нормативных и методических документов**

1. СанПиН 2.4.1.30-49-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию, организации режима работы дошкольных образовательных организаций».
2. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».
3. СанПиН 2.4.3.1186-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации учебно-производственного процесса в образовательных учреждениях начального профессионального образования».
4. СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».
5. СП 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности».
6. СанПиН 2.1.2.1188-03 «Плавательные бассейны. Гигиенические требования к устройству, эксплуатации и качеству воды. Контроль качества».
7. Р 3.5. 1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях».
8. Приказ от 30.12.2013 № 250. Приложение № 6 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в общеобразовательных организациях. Стандарт учреждения. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве».
9. СанПиН 3.5.2.1376-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий против синантропных членистоногих»<sup>#</sup>.

<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

10. СП 3.5.3.3223-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дератизационных мероприятий».

11. СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья».

12. СанПиН 2.3.2.1324-03 «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов».

13. СанПиН 42-121-4719-88 «Санитарные правила устройства, оборудования и содержания общежитий для рабочих, студентов, обучающихся средних специальных заведений и профтехучилищ»<sup>#</sup>.

## 8. Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и роль медико-социальных факторов в его формировании. Вестник РАМН. 2009; 5: 6–10.

2. 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.

3. Матвеева Н.А., Якубова И.Ш. и др. Определение уровня санитарно-гигиенического благополучия и риска возникновения повышенной заболеваемости детей в дошкольном образовательном учреждении. Пособие для врачей. Нижний Новгород-Санкт-Петербург. 2007. 51 с.

4. Брико Н.И., Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Омариев З.М. Инфекционная заболеваемость детей и подростков и санитарно-эпидемиологическое благополучие образовательных учреждений. Российский педиатрический журнал. 2012; 2: 40–44.

5. Шубочкина Е.И., Молдаванов В.В., Ибрагимова Е.М. Оценка связи между показателями состояния здоровья детей и уровнем санэпидблагополучия образовательных учреждений». В кн.: Научно – методологические и законодательные основы совершенствования нормативно-правовой базы профилактического здравоохранения: проблемы и пути решения. Материалы Пленума Научного совета по экологии человека и гигиене окружающей среды, 13-14 декабря 2012 г. М.; 2012: 491–93.

6. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Молдаванов 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.

7. Кучма В.Р., Сафонкина С.Г., Иваненко А.В. Санитарно-эпидемиологический аудит в образовательных учреждениях: проблемы и пути решения. Здоровье населения и среда обитания. 2012; 6: 11–14.

8. Кучма В.Р., Шубочкина Е.И. О новых научных подходах к управлению системой санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся в общеобразовательных учреждениях. Здоровье населения и среда обитания. 2013; 8: 6–9.

9. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И., Александрова И.Э., Шумкова Т.В. Новые подходы к гигиенической оценке условий и режимов обучения в общеобразовательных учреждениях. Здоровье населения и среда обитания. 2013; 8: 4–5.

1. Сафонкина С.Г., Молдаванов В.В. Научно-методическое обоснование подходов к обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия в образовательных учреждениях». Здоровье населения и среда обитания. 2013; 12: 37–39.

2. Кучма В.Р., ред. Системная гигиеническая диагностика санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся. Руководство. М.: ФГБНУ НЦЗД; 2014. 304 с.

---

<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года



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

## **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАПРЯЖЕННОСТИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

ФР РОШУМЗ-16-2015

(версия 1.1)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** *Кучма В.Р., Ткачук Е.А., Ефимова Н.В., Мыльникова И.В.*

Федеральные рекомендации «Гигиеническая оценка напряженности учебной деятельности обучающихся» содержат систему критериев напряженности, учитывающую интеллектуальные, сенсорные и эмоциональные нагрузки, их монотонность и режимы учебной деятельности, а также методику сбора и анализа данных, характеризующих напряженность учебной деятельности.

Федеральные рекомендации «Гигиеническая оценка напряженности учебной деятельности обучающихся» предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям.

Федеральные рекомендации «Гигиеническая оценка напряженности учебной деятельности 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;
- *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.
- *Ткачук Е.А., Мыльникова И.В., Ефимова Н.В.* Гигиеническая оценка напряженности учебного труда школьников. Экология человека. 2014; 6: 60–63.

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

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

**Экономический анализ.** Гигиеническая оценка напряженности учебной деятельности обучающихся существенно снижает трудовые и материальные затраты на проведение профилактических 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, 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**

Напряженный, интенсивный характер учебы, значительный объем учебных нагрузок, дефицит времени для усвоения информации отрицательно влияют на функциональное состояние ребенка, что, в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности, оказывает стрессовое воздействие на развивающийся организм.

Введение в систему школьного образования новых технологий и форм обучения, интенсификация учебного процесса, повышение требований к объему и качеству знаний приводят к снижению работоспособности, ухудшению функционального состояния организма. Объективные показатели свидетельствуют о высокой степени патологической пораженности обучающихся в период учебы, ухудшении психологического статуса.

Объективная оценка интенсификации образования и воспитания детей младшего школьного возраста и обоснование направлений оптимизации напряженности образовательной деятельности в современной школе чрезвычайно актуальны.

## **3. Программа гигиенической оценки напряженности учебной деятельности**

Предназначена для:

- контроля напряженности учебной деятельности обучающихся;
- определение приоритетности проведения профилактических мероприятий и оценки их эффективности;
- мониторинга напряженности учебной деятельности обучающихся с учетом всех компонентов образовательной нагрузки, в том числе видов и типов общеобразовательных организаций, которые посещает ребенок;
- анализа связи изменений состояния здоровья обучающихся с условиями обучения (при проведении периодических медицинских осмотров, диспансеризации, специального обследования).

### 3.1. Основные понятия и характеристики гигиенической оценки учебной деятельности

*Условия учебной деятельности обучающегося* – совокупность факторов учебного процесса и образовательной среды, в которой осуществляется деятельность обучающегося.

*Напряженность учебной деятельности обучающегося* – характеристика учебного процесса, отражающая нагрузку преимущественно на центральную нервную систему, органы чувств, эмоциональную сферу ребенка. К факторам, характеризующим напряженность учебной деятельности, относятся: интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки, степень их монотонности, режим учебной деятельности.

*Монотонность нагрузок* – однообразие и простота выполняемых операций, приводящая к снижению функционального состояния организма.

*Режим учебной деятельности* – фактическая продолжительность учебного времени, определяющаяся режимом организации образовательного процесса в образовательной организации (в том числе дополнительного образования) и режимом подготовки домашних заданий.

*Сенсорные нагрузки* – напряжение сенсорных систем: зрения, слуха.

*Эмоциональные нагрузки* – состояние, обусловленное способностью влиять на результат собственной работы при различных уровнях сложности осуществляемой деятельности.

При оценке интеллектуальных нагрузок учебный процесс рассматривают с точки зрения его мыслительной составляющей. *Характеристика учебной деятельности по показателю «интеллектуальные нагрузки»* включает:

- «содержание работы» – определяет степень сложности выполнения задания (от решения простых учебных задач до сложных при отсутствии указанного учителем алгоритма их выполнения);
- «восприятие сигналов (информации) и их оценка» – способность оценивать полученную информацию, производить необходимые мыслительные операции;
- «количество возложенных функциональных обязанностей на ребенка» – посещения факультативов, кружков, секций, общественных мероприятий;
- «характер выполняемой работы» – характеристика какого-либо вида учебной деятельности по степени сложности, точности и ответственности.

Блок сенсорных характеристик, включающий длительность сосредоточенного наблюдения, плотность сигналов за 1 час, число объектов одновременного наблюдения, условно характеризует произвольное, волевое внимание, направленное на предмет деятельности:

– «длительность сосредоточенного наблюдения» (в % от времени учебной деятельности) – сосредоточение или концентрация внимания на каком-либо объекте, при этом, чем больше процент времени отводится в течение урока на сосредоточенное наблюдение, тем выше напряженность. Общее время учебной работы (вместе с выполнением домашних заданий и дополнительным образованием) принимается за 100%;

– «плотность информационных (визуальных и аудиальных) сообщений» в среднем за 40 мин работы – количество воспринимаемых и передаваемых сообщений (команд, распоряжений, инструкций). В соответствии с теорией информации под сообщением понимают совокупность знаков или первичных сигналов, содержащих информацию. По форме (или способу) предъявления информации



сообщения могут подаваться с помощью речи, с печатных (учебные, рабочие тетради), технических (компьютеры, ридеры, электронные доски) и других (наглядные средства, тренажеры, макеты и т. д.) средств обучения. Чем больше число поступающих и передаваемых информационных сообщений, тем выше информационная нагрузка;

– «размер объекта различения при длительности сосредоточенного внимания» (% от времени учебной работы) – нагрузка на зрительный анализатор определяется размером объекта различения и продолжительностью наблюдения за предметом. Напряженность по данному показателю возрастает с уменьшением размера рассматриваемого предмета (цифровой или буквенной информации и т. п.) и продолжительности времени наблюдения за предметом;

– «работа с оптическими приборами (микроскоп, лупа и т. п.) – длительность сосредоточенного наблюдения» (% от учебного времени)» – определяется в часах, минутах работы за оптическим прибором. Продолжительность рабочего дня принимается за 100%, а время фиксированного взгляда с использованием микроскопа, лупы переводится в проценты – чем больше процент времени, тем больше нагрузка на зрительный анализатор;

– «наблюдение за экраном видеотерминала» – конкретное время (час, мин.) непосредственной работы обучающегося с устройством визуального вывода информации в течение учебного времени при вводе данных, редактировании текста или программ, чтении информации буквенной, цифровой, графической с экрана. Чем больше время фиксации взгляда на экран, тем больше нагрузка на зрительный анализатор и тем выше напряженность деятельности;

– «нагрузка на слуховой анализатор» – степень напряжения слухового анализатора в зависимости от разборчивости слов в процентах от соотношения между уровнем интенсивности речи и «белого» шума;

– «нагрузка на голосовой аппарат (суммарное количество часов наговариваемых в неделю)» – степень напряжения голосового аппарата в зависимости от продолжительности речевых нагрузок.

*Характеристика учебной деятельности по показателю «эмоциональные нагрузки»:*

– «степень ответственности за результат собственной деятельности. Значимость ошибки» – указывает, в какой мере ребенок может влиять на результат при различных уровнях сложности осуществляемой деятельности. С возрастанием сложности повышается степень ответственности, поскольку ошибочные действия приводят к дополнительным усилиям со стороны учащегося, что соответственно приводит к увеличению эмоционального напряжения;

– «степень риска» – вероятность наступления нежелательного события, наказания;

– «степень ответственности за коллективный результат» – возможность возникновения нежелательных событий, связанных с социальным статусом в группе;

– «количество конфликтных ситуаций» – определяется во время хронометражных наблюдений.

*Характеристика учебной деятельности по показателю «монотонность нагрузок»:*

– «число элементов (приемов), необходимых для реализации простого задания или многократно повторяющихся операций» – число однообразных операций при выполнении учебного задания;

- «продолжительность выполнения простых производственных заданий или повторяющихся операций» – время выполнения однообразных операций при выполнении учебного задания;
- «время активных действий (в % к продолжительности учебной деятельности)»
- время, затрачиваемое на выполнение заданий для публичного представления;
- «монотонность учебной обстановки (в % от времени учебной деятельности)»
- время пассивного наблюдения за ходом учебного процесса.

*Характеристика по показателю «режим учебной деятельности»:*

- «фактическая продолжительность учебного времени с учетом всех видов деятельности (учебных занятий, дополнительного образования, домашних заданий)» – это продолжительность учебных занятий, не зависящая от места и времени занятий в течение дня. Показатель включает продолжительность всех видов учебной деятельности (уроки, внеурочная деятельность, работа в кружках секция, выполнение домашнего задания), чем продолжительнее учебная деятельность по времени, тем больше суммарная нагрузка и, соответственно, выше напряженность учебного труда;
- «сменность учебной деятельности» – график учебы в пределах календарных суток. Определяется на основании распорядка образовательной организации и режима дня обучающегося;
- «наличие регламентированных перерывов и их продолжительность (во время учебного процесса)» – это время, предоставляемое ученику для отдыха и питания.

### **3.2. Критерии и классификация напряженности учебного труда обучающихся**

Оценка напряженности основана на анализе учебной деятельности и ее структуры, базирующихся на сведениях о напряженности учебной деятельности и данных хронометража учебного времени и опроса педагогов и родителей.

Критерии оценки представлены в таблице 1.

Оценка факторов напряженности учебной деятельности выражается в баллах (от 1 до 4): 1 балл соответствует 1-му классу напряженности, 2 балла – 2-му классу напряженности, 3 балла – 3-му классу напряженности 1-й степени (3.1), 4 балла – 3-му классу напряженности 2-й степени (3.2).

Итоговую оценку напряженности учебной деятельности проводят в соответствии с указанными классами, предварительно высчитывая среднее значение составляющей:

«Оптимальная» (1-й класс) устанавливается в случаях, когда среднее значение соответствует 1–1,5 балла;

«Допустимая» (2-й класс) – 1,6–2,5 балла;

«Напряженная» (3-й класс) – 2,6–4 баллам:

- напряженная 1-й степени (3.1) – 2,6–3,5 балла;
- напряженная 2-й степени (3.2) – 3,6–4 баллам.

**Таблица 1**

Критерии напряженности учебной деятельности детей

Показатели напряженности учебной деятельности	Степень напряженности			
	легкая (класс 1)	средняя (класс 2)	выраженная напряженность	
			1-й степени (класс 3.1)	2-й степени (класс 3.2)
1	2	3	4	5
<b>1. Интеллектуальные нагрузки</b>				
1.1. Содержание работы	Отсутствует необходимость принятия решения (1 балл)	Решение простых задач по инструкции (2 балла)	Решение сложных задач с выбором по известным алгоритмам (работа по серии инструкций) (3 балла)	Эвристическая (проектная, творческая) деятельность, требующая разработки алгоритма решения или нестандартного подхода (4 балла)
1.2. Восприятие сигналов (информации) и их оценка	Восприятие сигналов, но не требуется коррекция действий (1 балл)	Восприятие сигналов с последующей коррекцией действий и операций (2 балла)	Восприятие сигналов с последующим сопоставлением фактических значений параметров с их номинальными значениями. Заключительная оценка фактических значений параметров (3 балла)	Восприятие сигналов с последующей комплексной оценкой связанных параметров. Комплексная оценка всей учебной деятельности (4 балла)
1.3. Распределение функций по степени сложности задания	Обработка и выполнение задания (1 балл)	Обработка, выполнение задания и его проверка (2 балла)	Обработка, проверка и контроль за выполнением задания (3 балла)	Контроль и предварительная работа по распределению заданий в группе детей (4 балла)
1.4. Характер выполняемой работы	Работа по индивидуальному плану (1 балл)	Работа по установленному графику с возможной его коррекцией по ходу деятельности (2 балла)	Работа в условиях дефицита времени (3 балла)	Работа в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат (4 балла)
<b>2. Сенсорные нагрузки</b>				
2.1. Длительность сосредоточенного наблюдения (% времени)	< 25 (1 балл)	26–50 (2 балла)	51–75 (3 балла)	> 75 (4 балла)

Таблица 1 (продолжение)

1	2	3	4	5
2.2. Плотность информационных (визуальных и аудиальных) сообщений в среднем за 40 мин работы	< 15 (1 балл)	15–30 (2 балла)	31–45 (3 балла)	> 45 (4 балла)
2.3. Размер объекта различения (при расстоянии от глаз учащегося до объекта различения не более 0,5 м) в мм в зависимости от шрифта	шрифт 16 (1 балл)	шрифт 14 (2 балла)	шрифт 12 (3 балла)	шрифт < 12 (4 балла)
2.4. Тип и количество используемых в течение урока средств обучения	Учебник, доска (1 балл)	Учебник, ридер, доска (2 балла)	Учебник, ридер, доска, географическая карта или др. наглядные пособия, размещенные на доске на расстоянии 2 м (3 балла)	Интерактивная доска, учебник, ридер, доска, географическая карта или др. наглядные пособия, размещенные на доске на расстоянии 2 м (4 балла)
2.5. Работа с оптическими приборами (микроскопы, лупы и т. п.) при длительности сосредоточенного наблюдения (% учебного времени)	< 25 (1 балл)	26–50 (2 балла)	51–75 (3 балла)	> 75 (4 балла)
2.6. Наблюдение за информацией на экране видеотерминалов (общее количество минут в сутки): обучающиеся I ступени обучающиеся II ступени обучающиеся III ступени	15 20 25 (1 балл)	16–25 21–35 26–45 (2 балла)	26–35 36–50 46–60 (3 балла)	> 35 > 50 > 60 (4 балла)

Таблица 1 (продолжение)

1	2	3	4	5
2.7. Нагрузка на слуховой анализатор (при необходимости восприятия речи и использования аудиоматериалов)	Прослушивание аудиозаписей менее 15 мин (1 балл)	Прослушивание аудиозаписей 15–20 мин (2 балла)	Прослушивание аудио-записей 21–30 мин или прослушивание аудиозаписей в наушниках 15–20 мин (3 балла)	Прослушивание аудиозаписей более 30 мин или прослушивание аудиозаписей в наушниках более 20 мин (4 балла)
2.8. Нагрузка на голосовой аппарат (% от времени учебных занятий)	20 (1 балл)	21–30 (2 балла)	31–50 (3 балла)	> 50 (4 балла)
<b>3. Эмоциональные нагрузки</b>				
3.1. Степень ответственности за результат собственной деятельности. Значимость ошибки	Ошибка не влечет никаких последствий для ученика (1 балл)	Ошибка влечет негативную реакцию со стороны учителя (2 балла)	Ошибка влечет негативную реакцию со стороны окружения (детского коллектива, учителя, родителей) (3 балла)	Ошибка влечет серьезные последствия для ученика (экзамены, итоговые экзамены) (4 балла)
3.2. Степень риска для формирования негативной ситуации	Степень риска исключена (1 балл)	Степень риска маловероятна (2 балла)	Степень риска вероятна (3 балла)	Степень риска выражена (4 балла)
3.3. Степень ответственности формирования негативной ситуации для других лиц (членов семьи)	Исключена (1 балл)	Незначительна (2 балла)	Маловероятна (3 балла)	Возможна (4 балла)
3.4. Количество конфликтных ситуаций, обусловленных учебной деятельностью за учебный день	Отсутствуют (1 балл)	1–3 (2 балла)	4–8 (3 балла)	Более 8 (4 балла)
<b>4. Монотонность нагрузок</b>				
4.1. Число элементов (приемов), необходимых для реализации простого задания или в многократно повторяющихся операциях	> 10 (1 балл)	9–6 (2 балла)	5–3 (3 балла)	< 3 (4 балла)

Таблица 1 (продолжение)

1	2	3	4	5
4.2. Продолжительность (с) выполнения простых заданий или повторяющихся операций	> 100 (1 балл)	100–25 (2 балла)	24–10 (3 балла)	< 10 (4 балла)
4.3. Время активных действий (в % к продолжительности учебного времени)	20 и более (1 балл)	19–10 (2 балла)	9–5 (3 балла)	< 5 (4 балла)
4.4. Монотонность учебной обстановки (время пассивного наблюдения за ходом учебного процесса в % от учебного времени)	< 75 (1 балл)	76–80 (2 балла)	81–90 (3 балла)	> 90 (4 балла)
<b>5. Режим работы</b>				
5.1. Фактическая продолжительность учебного времени с учетом всех видов деятельности (учебных занятий, дополнительного образования, домашних заданий)	4–6 ч (1 балл)	7–8 ч (2 балла)	9–10 ч (3 балла)	> 10 ч (4 балла)
5.2. Сменность учебной деятельности	Односменная (без домашнего задания) (1 балл)	Двухсменная (с домашним заданием) (2 балла)	Трёхсменная (с дополнительным образованием) (3 балла)	Нерегулярная сменность (посещение нескольких секций кружков) (4 балла)
5.3. Наличие регламентированных перерывов и их продолжительность	Перерывы регламентированы, достаточной продолжительности: 7% и более учебного времени (1 балл)	Перерывы регламентированы, недостаточной продолжительности: от 3 до 7% учебного времени (2 балла)	Перерывы не регламентированы и недостаточной продолжительности: до 3% учебного времени (3 балла)	Перерывы отсутствуют (4 балла)

### **3.4. Алгоритм гигиенической оценки напряженности учебной деятельности**

Хронометраж проводят каждую четверть, анализируя одну типовую учебную неделю. Результаты подвергают статистической обработке с расчетом средней арифметической величины, стандартного отклонения и ошибки среднего.

В начале определяется наиболее типичная с точки зрения учебной нагрузки неделя, на основании опроса родителей составляется расписание каждого ребенка за данную неделю.

В соответствии с разделами 1, 2, 3, 4 таблицы 1 проводится хронометраж рабочего времени обучающегося в общеобразовательной школе и при дополнительном обучении (Приложение 1).

Анкетирование родителей проводится для получения данных о характере внешкольных учебных занятий ребенка (Приложение 2).

На основании опроса родителей и педагогов оценивают квалиметрические показатели напряженности учебной деятельности, такие как содержание работы, степень ответственности за результат и степень риска для формирования негативной ситуации и т. д.

По результатам опроса и хронометража определяется напряженность учебной деятельности каждого учебного занятия. Результаты наблюдений за неделю подвергают статистической обработке с расчетом средней арифметической величины и заносятся в протокол.

Врач оценивает общую напряженность учебной деятельности исходя из индивидуальных показателей.

### **4. Показания и противопоказания**

гигиенической оценки напряженности учебной деятельности

Гигиеническая оценка напряженности учебной деятельности показана к использованию в начальной школе.

Противопоказаний не имеет.

### **5. Материально-техническое обеспечение**

гигиенической оценки напряженности учебной деятельности

Для гигиенической оценки напряженности учебной деятельности необходимы хронометр (часы с секундной стрелкой), опросные листы, бланки протоколов.

### **6. Форма учета результатов**

гигиенической оценки напряженности учебной деятельности

Учет результатов гигиенической оценки напряженности учебной деятельности осуществляется на основании протоколов и таблиц обобщенных данных (табл. 2).

Сравнение напряженности учебной деятельности показывает, что в инновационной школе напряженность статистически значимо выше по следующим показателям: интеллектуальные нагрузки, режим работы и общий показатель напряженности ( $p < 0,05$ ). Таким образом, в инновационной школе учебная деятельность отнесена к 3 классу по показателям: интеллектуальные нагрузки, монотонность нагрузок и режим учебной деятельности, ко 2 классу – сенсорные и эмоциональные нагрузки. Общая напряженность отнесена к 3 классу (напряженная учебная деятельность).

**Таблица 2**Напряженность учебной деятельности обучающихся, баллы ( $M \pm m$ ) (Пример)

Показатель	Традиционная школа	Инновационная школа
Интеллектуальные нагрузки	2,3±0,1	3,3±0,1*
Сенсорные нагрузки	1,4±0,1	2,2±0,1*
Эмоциональные нагрузки	1,3±0,1	2,3±0,1*
Монотонность нагрузок	2,3±0,1	2,8±0,1
Режим работы	1,8±0,1	2,8±0,1*
Общий показатель напряженности учебного труда	1,8±0,2	2,7±0,2*

\* значения статистически значимо отличаются ( $p < 0,05$ )**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 «Об образовании в Российской Федерации».
3. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ.
4. Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».
5. Постановление Правительства РФ от 02 февраля 2006 г. № 60 «Об утверждении Положения о проведении социально-гигиенического мониторинга».
6. 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».
7. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».
8. СанПиН 2.4.7.960-00. «Гигиенические требования к изданиям книжным и журнальным для детей и подростков».
9. СанПиН 2.4.2.2821-10 Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях: Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы.

**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. 437 с.



2. Кучма В.Р., Ткачук Е.А., Ефимова Н.В. Интенсификация учебной деятельности детей в современных условиях. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2015; 1: 3–11.

3. Кучма В.Р., ред. Руководство по медицинскому обеспечению детей в образовательных учреждениях (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., Храмов П.И., ред. Руководство по диагностике и профилактике школьно-обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях. М.: НЦЗД РАМН; 2012. 181 с.

5. Ткачук Е.А., Мильникова И.В., Ефимова Н.В. Гигиеническая оценка напряженности учебного труда школьников. Экология человека. 2014; 6: 60–63.

## 9. Приложения

### Приложение 1

#### ПРОТОКОЛ

оценки напряженности учебной деятельности обучающихся

год \_\_\_\_\_ четверть \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

№ п/п	Критерии (вопрос)	Варианты ответов (номер ответа соответствует количеству баллов за ответ)	Баллы*	Среднее значение, баллы	Класс напряженности
<i>1. Интеллектуальные нагрузки:</i>					
1.	Содержание работы	1. Отсутствует необходимость принятия решения. 2. Решение простых задач по инструкции. 3. Решение сложных задач с выбором по известным алгоритмам (закрепление ранее пройденного материала). 4. Эвристическая (проектная, творческая) деятельность, требующая алгоритма решения или нестандартного подхода (сочинения, рефераты и т. п.).			
2.	Восприятие сигналов (информации) и их оценка	1. Восприятие сигналов, но не требуется коррекция действий. 2. Восприятие сигналов с последующей коррекцией действий и операций.			

\* – здесь далее: подсчитываются для каждого учебного занятия в разделах 1, 2, 3, 4

Приложение 1 (продолжение)

№ п/п	Критерии (вопрос)	Варианты ответов (номер ответа соответствует количеству баллов за ответ)	Баллы*	Среднее значение, баллы	Класс напряженности
2.	Восприятие сигналов (информации) и их оценка (продолжение)	3. Восприятие сигналов с последующим сопоставлением фактических значений параметров с их номинальными значениями. Заключительная оценка фактических значений параметров. 4. Восприятие сигналов с последующей комплексной оценкой связанных параметров. Комплексная оценка всей учебной деятельности.			
3.	Распределение функций по степени сложности задания	4. Обработка и выполнение задания. 5. Обработка, выполнение задания и его проверка. 6. Обработка, проверка и контроль за выполнением задания (ролевые игры). 7. Контроль и предварительная работа по распределению заданий в группе детей (мозговой штурм, кейс-метод и т. п.).			
4.	Характер выполняемой работы	1. Работа по индивидуальному плану. 2. Работа по установленному графику с возможной его коррекцией по ходу деятельности. 3. Работа в условиях дефицита времени. 4. Работа в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат.			
<i>2. Сенсорные нагрузки:</i>					
5.	Длительность сосредоточенного наблюдения (% времени)	1. до 25 2. 26–50 3. 51–75 4. более 75			
6.	Плотность информационных визуальных и аудиальных сообщений в среднем за 40 мин работы	1. до 50 2. 51–115 3. 115–200 4. более 200			

Приложение 1 (продолжение)

№ п/п	Критерии (вопрос)	Варианты ответов (номер ответа соответствует количеству баллов за ответ)	Баллы*	Среднее значение, баллы	Класс напряженности
7.	Размер объекта различения (при асстоянии от глаз учащегося до объекта различения не более 0,5 м) в мм в зависимости от шрифта	1. Шрифт 16 2. Шрифт 14 3. Шрифт 12 4. Шрифт менее 12			
8.	Тип и количество используемых в течение урока средств обучения	1. Учебник, доска. 2. Учебник, ридер, доска. 3. Учебник, ридер, доска, географическая карта (или др. наглядность, которая весит на доске на расстоянии 2 м). 4. Электронная доска, учебник, ридер, доска, географическая карта (или др. наглядность, которая весит на доске на расстоянии 2 м).			
9.	Работа с оптическими приборами (микроскопы, лупы и т.п.) при длительности сосредоточенного наблюдения (% времени)	1. До 25 2. 26–50 3. 51–75 4. Более 75			
10.	Наблюдение за экранами видеотерминалов (общее количество минут в сутки): обучающиеся  - I ступени  - II ступени  - III ступени	1. 15 минут (обучающиеся I ступени), 20 минут (обучающиеся II ступени), 25 минут (обучающиеся III ступени). 2. 15–25 минут (обучающиеся I ступени), 20–35 минут (обучающиеся II ступени), 25–45 минут (обучающиеся III ступени). 3. 25–35 минут (обучающиеся I ступени), 35–50 минут (обучающиеся II ступени), 45–60 минут (обучающиеся III ступени). 4. более 35 минут (обучающиеся I ступени), более 50 минут (обучающиеся II ступени), более 60 минут (обучающиеся III ступени).			
11.	Нагрузка на слуховой анализатор (при необходимости)	1. Прослушивание аудиозаписей менее 15 мин. 2. Прослушивание аудиозаписей 15–20 мин.			

Приложение 1 (продолжение)

№ п/п	Критерии (вопрос)	Варианты ответов (номер ответа соответствует количеству баллов за ответ)	Баллы*	Среднее значение, баллы	Класс напряженности
11.	восприятия речи и использования аудиоматериалов) (продолжение)	3. Прослушивание аудиозаписей 21–30 мин или прослушивание аудиозаписей в наушниках 15–20 мин. 4. Прослушивание аудиозаписей более 30 мин или прослушивание аудиозаписей в наушниках более 20 мин.			
12.	Нагрузка на голосовой аппарат % от урока	1. 20% 2. 21–30% 3. 31–50% 4. более 50%			
<b>3. Эмоциональные нагрузки:</b>					
13.	Степень ответственности за результат собственной деятельности. Значимость ошибки	1. Ошибка не влечет никаких последствий для обучающегося. 2. Ошибка влечет негативную реакцию со стороны учителя. 3. Ошибка влечет негативную реакцию со стороны окружения (детского коллектива, учителя, родителей). 4. Ошибка влечет серьезные последствия для будущего ученика (экзамены, итоговые экзамены).			
14.	Степень риска для формирования негативной ситуации	1. Исключена 2. Мало вероятно 3. Вероятно 4. Выражена			
15.	Степень ответственности формирования негативной ситуации для других лиц (членов семьи)	1. Исключена 2. Незначительна 3. Маловероятно 4. Возможна			
16.	Количество конфликтных ситуаций, обусловленных учебной деятельностью за учебный день	1. Отсутствуют 2. 1–3 3. 4–8 4. Более 8			
<b>4. Монотонность нагрузок:</b>					
17.	Число элементов (приемов), необходимых для реализации простого задания или	1. Более 10 2. 9–6			

Приложение 1 (продолжение)

№ п/п	Критерии (вопрос)	Варианты ответов (номер ответа соответствует количеству баллов за ответ)	Баллы*	Среднее значение, баллы	Класс напряженности
17.	в многократно повторяющихся операциях (продолжение)	3. 5–3 4. Менее 3			
18.	Продолжительность (в с) выполнения простых заданий или повторяющихся операций	1. Более 100 2. 100–25 3. 24–10 4. Менее 10			
19.	Время активных действий (в % к продолжительности учебного времени)	1. 20 и более 2. 19–10 3. 9–5 4. Менее 5			
20.	Монотонность учебной обстановки (время пассивного наблюдения за ходом учебного процесса в % от учебного времени)	1. Менее 75 2. 76–80 3. 81–90 4. Более 90			
<b>5. Режим работы:</b>					
21.	Фактическая продолжительность учебного дня	1. 4–6 ч 2. 7–8 ч 3. 9–10 ч 4. Более 10 ч			
22.	Сменность учебы	1. Односменная (без домашнего задания) 2. Двухсменная (с домашним заданием) 3. Трехсменная (с дополнительным образованием) 4. Нерегулярная сменность (посещение нескольких секций/кружков)			
23.	Наличие регламентированных перерывов и их продолжительность	1. Перерывы регламентированы, достаточной продолжительности: 7% и более учебного времени 2. Перерывы регламентированы, недостаточной продолжительности: от 3 до 7% учебного времени 3. Перерывы не регламентированы и недостаточной продолжительности: до 3% учебного времени 4. Перерывы отсутствуют			

## ОЦЕНКА НАПРЯЖЕННОСТИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕБЕНКА

### Анкета для родителей

С целью оптимизации учебных нагрузок на Ваших детей (приведение их в соответствие с возможностями обучающихся) просим ответить за поставленные вопросы (обвести цифру, поставить любой другой знак на позиции соответствующей Вашему ответу).

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Учебная четверть \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

№ п/п	Вопрос	Варианты ответов (номер варианта отметить)	Примечания родителя	Отметки врача
1.	Выполняет ли Ваш ребенок следующие виды деятельности в качестве домашнего задания?	1. Сложные задачи отсутствуют, задания легкие и простые и не вызывают у ребенка никаких затруднений. 2. Ребенок решает простые задачи по инструкции. 3. Ребенок решает сложные задачи с выбором по известным алгоритмам (закрепление ранее пройденного материала). 4. Ребенок работает над учебным творческим проектом, требующим алгоритма решения или нестандартного подхода. 5. Пишет сочинение или реферат и т. п.	Как часто?  Требуется ли ребенку при выполнении заданий родительская (посторонняя) помощь?	
2.	Определите характер творческих заданий учебной деятельности выполняемой вне школы	1. Работа по индивидуальному плану. 2. Работа по установленному графику с возможной его коррекцией по ходу деятельности. 3. Работа в условиях дефицита времени. 4. Работа в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат.		
3.	Какие средства информатизации ребенок использует при выполнении домашних заданий или в свободное время (в т. ч. в игровой деятельности)	1. Электронный учебник. 2. Ридер. 3. Персональный компьютер. 4. Планшет. 5. Игровая приставка. 6. Сотовый телефон.		

Приложение 2 (продолжение)

№ п/п	Вопрос	Варианты ответов (номер варианта отметить)	Примечания родителя	Отметки врача
3.	Укажите для каждого средства информатизации время использования в часах (продолжение)	1. Электронный учебник. 2. Ридер. 3. Персональный компьютер. 4. Планшет. 5. Игровая приставка. 6. Сотовый телефон.	1. _____ час 2. _____ час 3. _____ час 4. _____ час 5. _____ час 6. _____ час	
4.	Укажите сколько времени ребенок использует средства информатизации для учебы и игровой деятельности	1. Не использует вообще. 2. Использует для учебы. 3. Использует для игры. 4. Использует для общения (по сотовому телефону, в чатах и т.д.).	2. _____ час 3. _____ час 4. _____ час	
5.	Какую ответственность Вы возлагаете на ребенка за результат его деятельности?	1. Отметки ребенка не имеют никакого значения. 2. Отметки ребенка вызывают мою негативную. 3. За плохие оценки я ругаю или наказываю ребенка. 4. Я жестко контролирую учебную деятельность своего ребенка, часто наказываю.		
6.	Определите важность хорошей учебы или сдачи экзаменов для Вас и Вашего ребенка (степень риска для формирования негативной ситуации)	1. Исключена  2. Мало вероятна  3. Вероятна  4. Выражена	1. «Все равно я сумею устроить будущее своего ребенка» 2. «По-моему мнению в жизни лучше устраиваются троишники» 3. «Ребенок должен понимать свою ответственность за результаты своей деятельности и учебы» 4. «Если ребенок не будет хорошо учиться, ничего хорошего в жизни его не ждет»	
7.	Посещает ли ребенок кружки и студии (дополнительное образование). Напишите какие. Напротив, укажите, сколько часов в неделю ребенок тратит на каждый вид деятельности	1. Музыкальная школа 2. Спортивная секция 3. Изостудия 4. Другое _____ _____	1. _____ час 2. _____ час 3. _____ час 4. _____ час	
8.	Фактическая продолжительность учебного дня	1. 4–6 ч 2. 7–8 ч 3. 9–10 ч 4. Более 10 ч		

Приложение 2 (продолжение)

№ п/п	Вопрос	Варианты ответов (номер варианта отметить)	Примечания родителя	Отметки врача
9.	Сменность учебы	1. Односменная (без домашнего задания) 2. Двухсменная (с домашним заданием) 3. Трехсменная (с дополнительным образованием) 4. Нерегулярная сменность (посещение нескольких секций/кружков)		
10.	Есть ли между видами деятельности перерывы и сколько времени они занимают			
11.	Сколько времени ребенок тратит на домашнее задание (в сутки) в час			
12.	Сколько времени ребенок спит (в сутки) в час			
13.	Сколько времени ребенок гуляет на воздухе (в сутки) в час			
14.	Сколько времени ребенок тратит на игры и свободное развитие (в том числе общение со взрослыми) (в сутки) в час			
15.	Сколько раз ребенок принимает пищу в день и сколько времени тратит на один прием пищи (в час)	1. Завтрак 2. 2-й завтрак 3. Обед 4. Полдник 5. Ужин 6. Перекусы	1. _____ час 2. _____ час 3. _____ час 4. _____ час 5. _____ час 6. _____ час	



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

**КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮЖДЕНИЕМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ  
ТРЕБОВАНИЙ К УСЛОВИЯМ И ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ  
ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-6-2014

(версия 1.1)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** Хизгияев В.И., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г., Кучма В.Р.,  
Сухарева Л.М., Шубочкина Е.И., Шумкова Т.В., Звездина И.В.,  
Александрова И.Э., Седова А.С., Ибрагимова Е.М., Омариев З.М.,  
Горелова Ж.Ю., Митрофанова О.Е.

Представлена организация контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации питания обучающихся в образовательных организациях, включающая анализ результатов государственного санитарно-эпидемиологического надзора в образовательных организациях, организации и проведения образовательной организацией санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, производственного контроля, а также самостоятельное санитарно-гигиеническое обследование условий и организации питания в образовательных организациях.

Рекомендации предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающего в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинскими организациями.

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;
- *Онищенко Г.Г.* Государственная политика в области здорового питания населения и пути ее реализации. Здравоохранение Российской Федерации. 2009, 3: 3–9.
- *Кучма В.Р., Чернигов В.В.* Мониторинг модернизации организации питания детей в общеобразовательных учреждениях. Здоровье населения и среда обитания. 2012; 8: 7–10.

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

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

**Экономический анализ:** 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 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 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 сведён к минимуму.

## **1. Введение**

Рациональное питание является необходимым условием формирования и сохранения здоровья детей, способствует гармоничному физическому и умственному развитию, высокой работоспособности и успеваемости школьника, создает условия для адаптации к факторам окружающей среды, оказывает существенное влияние на качество жизни. Показатели здоровья школьников и охвата их горячим физиологически полноценным, качественным питанием – целевые показатели деятельности органов исполнительной власти, организаций, реализующих социальную политику в области охраны здоровья детей и подростков. В регионах Российской Федерации разработаны и реализуются региональные целевые программы, направленные на улучшение школьного питания, большое внимание уделяется вопросам организации и оценки действенной системы школьного питания, обеспечивающей школьников полноценным питанием [1–4, 6, 8–10]. Основная цель санитарно-гигиенического контроля за условиями и организацией питания обучающихся состоит в охране здоровья и предупреждении алиментарно-зависимых заболеваний, возникновения инфекционных заболеваний и пищевых отравлений обучающихся. Задача врача состоит в том, чтобы изучить проблемы, связанные с влиянием питания на здоровье обучающихся и устранить их [7, 10].

При осуществлении контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации питания обучающихся необходимо обращать внимание на наиболее часто встречающиеся нарушения:

- неудовлетворительное санитарное состояние и содержание помещений;
- нарушения условий хранения и сроков годности продукции;
- нарушения требований к маркировке технологического и холодильного оборудования, инвентаря;
- неправильное оформление бракеражных журналов;
- нарушения правил раздачи и порционирования кулинарной продукции;
- нарушение требований к режимам санитарной обработки и хранения инвентаря;
- нарушения требований к соблюдению правил личной гигиены персоналом;
- нарушения сроков прохождения сотрудниками медицинских осмотров;

- неравноценная по пищевой ценности замена блюд;
- нарушения рецептур и технологии приготовления блюд;
- занижение массы порций блюд;
- отсутствие технологических карт;
- доставка блюд и кулинарных изделий с неполной маркировкой, неспециализированным транспортом, без использования изотермических емкостей (термосов);

### **3. Программа контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации питания обучающихся в образовательных организациях**

Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации питания в образовательных организациях (ОО) может осуществляться на основании анализа результатов:

- контрольно-надзорных мероприятий при осуществлении федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в ОО;
- организации, проведения и оценки эффективности санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих безопасность обучающихся в ОО;
- производственного контроля.

#### **3.1. Анализ результатов контрольно-надзорных мероприятий при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в ОО**

Периодичность контроля, проводимого в рамках государственного санитарно-эпидемиологического надзора в ОО, определяется действующими нормативными документами (не чаще 1 раза в 3 года) с возможностью проведения внеплановых проверок, обусловленных состоянием проверяемого объекта, появлением массовых случаев заболеваний и т. п. Это ограничивает возможность использования их результатов в процессе оперативного контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации питания в ОО.

Гигиеническая оценка санитарно-эпидемиологического состояния ОО выполняется с отнесением показателей к оптимальным, допустимым, потенциально-опасным условиям обучения и воспитания, способствующим развитию и кумуляции утомления обучающихся, формированию морфо-функциональных отклонений и опасным, способствующим развитию и прогрессированию школьно-обусловленных заболеваний – потенциальный риск.

Определение группы санитарно-эпидемиологического благополучия (СЭБ) ОО проводится на основании гигиенической оценки санитарного благополучия ОО с выделением маркерных показателей повышенного риска здоровью учащихся.

Отнесение ОО к одной из групп СЭБ позволяет установить основные нарушения санитарно-эпидемиологических требований, потенциальный риск развития отклонений в функциональном состоянии организма обучающихся и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков. Эта информация является основанием для разработки целенаправленных санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий. ОО, отнесенная к III группе СЭБ, подлежит внеплановой проверке в соответствии с планом-заданием по устранению выявленных нарушений, но не позднее 12 месяцев с момента выдачи предписания.

Порядок проведения последующих контрольно-надзорных мероприятий и объем необходимых лабораторно-инструментальных исследований определяются с учетом группы СЭБ ОО.

### **3.2. Анализ результатов организации, проведения и оценки эффективности санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих безопасность обучающихся в ОО**

включает знакомство с имеющимися планами (Приложение 1) проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих безопасность обучающихся в ООБ в части условий и организации питания обучающихся, контроль за ходом их выполнения и оценку их эффективности.

### **3.3. Анализ производственного контроля**

ОО обязаны осуществлять производственный контроль, в том числе посредством проведения лабораторных исследований, за соблюдением санитарных правил и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при выполнении работ и оказании услуг.

Система производственного контроля относится к внутренней сфере деятельности организации, являясь подсистемой общей системы управления любой организацией.

Система производственного контроля включает три взаимосвязанных компонента: порядок организации и проведения; периодичность санитарно-эпидемиологических обследований, исследований, измерений при осуществлении производственного контроля; подготовку должностных лиц и специалистов, ответственных за проведение производственного контроля на своем объекте.

ОО определяют порядок организации и проведения производственного контроля, объем возможных мероприятий собственными подготовленными специалистами и необходимость привлечения сторонних организаций, аккредитованных в установленном порядке для выполнения производственного контроля на договорной основе.

Пример оформления программы производственного контроля при организации питания обучающихся представлен в Приложении 2.

Анализ организации и проведения производственного контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации питания в ОО включает:

- проверку наличия официально изданных санитарных правил, методов и методик контроля факторов среды обитания в соответствии с осуществляемой деятельностью;
- проверку организации лабораторных исследований;
- контроль проведения (прохождения) медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки работников;
- контроль за наличием деклараций о соответствии, свидетельств о государственной регистрации, личных медицинских книжек, иных документов, подтверждающих качество, безопасность сырья, полуфабрикатов, готовой продукции и технологий их производства, хранения, транспортировки, реализации и утилизации в случаях, предусмотренных действующим законодательством;

- контроль за своевременным информированием населения, органов местного самоуправления, органов и учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации об аварийных ситуациях, о нарушениях технологических процессов, создающих угрозу СЭБ населения;
- визуальный контроль за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблюдением санитарных правил, разработкой и реализацией мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

*Наличие официально изданных санитарных правил, методов и методик контроля*

Основные санитарно-эпидемиологические правила и нормы, нормативы, устанавливающие гигиенические требования к организации питания обучающихся в образовательных организациях, приведены в разделе 7. Обновление фонда нормативно-методических документов должно осуществляться не реже 2 раз в год.

*Организация лабораторных и инструментальных исследований и испытаний*

Лабораторные и инструментальные исследования, измерения в ОО выполняются либо самостоятельно, либо с привлечением, аккредитованных организаций.

При самостоятельном осуществлении лабораторных исследований, должны выполняться требования, обеспечивающие достоверность проводимых исследований, в том числе:

- наличие у работников ОО, непосредственно выполняющих исследования, отбор проб, документов, подтверждающих достаточность их теоретической и практической подготовки для выполнения конкретных видов исследований, выданных аккредитованной на выполнение этих исследований организацией;
- приборы, используемые для исследования тех или иных факторов окружающей среды, должны иметь свидетельство о возможности их использования в качестве средств измерения (то есть должны обеспечивать требуемую точность измерений) и иметь свидетельство их метрологической поверки;
- наличие официально изданных методов и методик контроля.

Лабораторные и инструментальные исследования могут носить как плановый, так и внеплановый характер. Плановые проводятся с установленной программой производственного контроля объемом и периодичностью. Внеплановые – при наличии соответствующих показаний.

Номенклатура, объем и периодичность плановых и внеплановых лабораторно-инструментальных исследований определяются уровнем санитарно-эпидемиологического благополучия ОО<sup>1</sup>.

При I уровне СЭБ образовательной организации, когда имеет место соответствие всех изучаемых показателей и результатов исследования санитарно-гигиеническим нормативам и правилам, отслеживается минимально необходимый перечень (объем и частота) лабораторно-инструментальных исследований (табл. 1). При определенных условиях перечень может расширяться (внеплановые исследования) (табл. 2).

Отнесение ОО ко II уровню СЭБ, предполагает наличие несоответствия какого-либо показателя (группы показателей) санитарно-гигиеническим правилам и нормативам. При II уровне СЭБ ОО также проводится минимально необходимый перечень (объем и частота) лабораторно-инструментальных исследований, как и

<sup>1</sup>Информация об уровне СЭБ ОО имеется у администрации ОО либо ее необходимо запросить в Управлении Роспотребнадзора, его территориальных отделов

при I уровне СЭБ (табл. 1). Расширение же объема (номенклатура, частота) лабораторно-инструментальных показателей для ОО II уровня СЭБ происходит за счет тех видов исследований, риск ухудшения результатов которых существует вследствие несоответствия гигиеническим требованиям сопряженных с ними визуальных показателей.

Объем лабораторных исследований увеличивается, прежде всего, в тех помещениях (объектах), где выявлено несоответствие гигиеническим нормативам «сопряженных» визуальных показателей.

Номенклатура, объем, периодичность лабораторно-инструментальных исследований при II уровне СЭБ ОО (при несоответствии показателей санитарно-эпидемиологического благополучия требованиям санитарных правил и норм) приведена в табл. 3.

Наличие III уровня СЭБ ОО предполагает обнаружение нарушений соответствующих требований по самим лабораторно-инструментальным показателям (превышение ПДК, ПДУ), а также регистрация групповых инфекционных заболеваний, пищевых отравлений. Увеличение объема лабораторных исследований при III уровне СЭБ ОО (от минимально необходимого перечня, табл. 1), может быть обусловлено повышением кратности тех лабораторных исследований, по которым и были выявлены нарушения (табл. 4). При групповых инфекционных заболеваниях и пищевых отравлениях необходимо увеличение объема исследований параметров и сред (табл. 5), могущих быть потенциальными источниками, путями передачи инфекции (микроклимат, качество воздуха закрытых помещений, исследования воды, пищевых продуктов, санитарно-гигиенический режим пищеблока и т. п.).

*Контроль проведения (прохождения) медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки и аттестации работников пищеблоков*

Перечень обязательных профилактических медосмотров (периодических и при приеме на работу) работников пищеблоков, определяется действующими нормативными документами (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 обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»).

ОО, в соответствии с требованиями СП 1.1.1058-01 (с изменениями и дополнениями № 1 СП 1.1.2193-07), должна иметь перечень должностей работников, подлежащих медицинским осмотрам, профессиональной гигиенической подготовке.

*Организация контроля за наличием сертификатов, санитарно-эпидемиологических заключений, личных медицинских книжек, санитарных паспортов на транспорт, иных документов, подтверждающих качество, безопасность пищевой продукции*

Действующим законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения предусмотрено наличие:

- деклараций, свидетельств о государственной регистрации, документов, подтверждающих проведение ветеринарно-санитарная экспертизы на пищевую продукцию;
- личных медицинских книжек;



– согласование Управления Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации на примерное меню для общеобразовательных общеобразовательных организаций и организаций начального и среднего профессионального образования;

– согласование Управления Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации на использование в общеобразовательном учреждении фильтров для очистки питьевой воды.

*Контроль своевременного информирования населения, органов местного самоуправления, органов и учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации об аварийных ситуациях, о нарушениях технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения*

Перечень возможных аварийных ситуаций, создающих угрозу СЭБ обучающихся и работников, ситуаций, при возникновении которых осуществляется информирование населения, органов местного самоуправления, органов и учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации:

1. Нарушения в работе системы водоснабжения и канализации, которые исключают возможность проведения необходимых санитарно-эпидемиологических мероприятий.

2. Нарушения электроснабжения здания, приводящее к невозможности обеспечить нормируемые уровни освещенности на рабочих местах, температурного режима хранения пищевых продуктов, сырья в холодильных камерах, а также к нарушениям процесса приготовления пищи, ее тепловой обработки.

*Визуальный контроль за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблюдением санитарных правил*

Визуальный контроль включает как собственно визуальный контроль за отклонениями объектов контроля от установленных для них гигиенических нормативов, так и контроль за проведением необходимых профилактических мероприятий, наличием договоров на выполнение тех или иных работ, услуг (выполняемых с целью обеспечения программных мероприятий), наличием сертификатов, санитарно-эпидемиологических заключений, личных медицинских книжек, иных документов, подтверждающих качество, безопасность сырья, полуфабрикатов, готовой продукции и технологий их производства, хранения, транспортировки, реализации и утилизации в случаях, предусмотренных действующим законодательством, которые также выступают как объекты контроля.

Формы журналов визуального производственного контроля пищеблока представлена, регистрации температурно-влажностного режима в складских помещениях и холодильных шкафах, листов санитарного состояния и проведения дезобработки контейнеров приведены в Приложениях 3–6.



Таблица 1

Номенклатура, объем и периодичность  
плановых исследований на пищеблоке ОО

Вид исследования (номенклатура)	Объекты контроля	Тип пищеблока	Объем исследований	Периодичность исследований
Микроклимат: • температура воздуха; • относительная влажность воздуха; • скорость движения воздуха	производственные помещения пищеблока	буфет-раздаточная	1 точка	2 раза в год
		столовая-догоготовочная	3 точки	
		столовая-сырьевая	5 точек	
Уровень искусственной освещенности	производственные помещения пищеблока	буфет-раздаточная	2 замера	1 раз в год в наиболее темное время года (октябрь-февраль)
		столовая-догоготовочная	7 замеров	
		столовая-сырьевая	10 замеров	
Вода питьевая по органолептическим, санитарно-химическим и микробиологическим показателям	водоразборный кран системы питьевого водоснабжения	для всех типов	1 проба	1 раз в год
Готовая продукция по микробиологическим показателям	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов	3 пробы	2 раза в год
Эффективность термической обработки	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов	2 пробы	2 раза в год
Пищевая ценность	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов	2 пробы	2 раза в год
Смывы на БГКП	• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков; • руки и спецодежда персонала; • клеенки; • скатерти; • обеденные столы; посуда	буфет-раздаточная	5 смывов	1 раз в год
		столовая-догоготовочная	15 смывов	
		столовая-сырьевая	20 смывов	
Санитарно-паразитологические исследования смывов	• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков; • руки и спецодежда персонала; • клеенки; • скатерти; • обеденные столы; посуда	Для всех типов	10 смывов	2 раза в год

Таблица 2

Номенклатура, объем и периодичность  
внеплановых исследований на пищеблоке ОО

Вид исследования	Основания для проведения исследований	Объекты контроля	Объем исследований
<p>Исследование воды питьевой централизованной системы водоснабжения по показателям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• запах;</li> <li>• привкус;</li> <li>• цветность;</li> <li>• мутность;</li> <li>• перманганатная окисляемость;</li> <li>• аммиак (по азоту);</li> <li>• нитриты;</li> <li>• железо;</li> <li>• алюминий;</li> <li>• рН;</li> <li>• остаточный связанный хлор;</li> <li>• общее микробное число (число образующих колоний в 1 мл);</li> <li>• общие колиформные бактерии (число бактерий в 100 мл);</li> <li>• термотолерантные (число бактерий в 100 мл);</li> <li>• колифаги (число БОЕ в 100 мл);</li> <li>• споры сульфитредуцирующих клостридий (число спор в 20 мл);</li> <li>• цисты лямблий (число цист в 50 мл)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• после проведения ремонтов с заменой водопроводных труб;</li> <li>• после получения неудовлетворительных результатов по контролируемым показателям;</li> <li>жалобы на качество питьевой воды</li> </ul>	водоразборные краны	2 пробы из водоразборного крана по каждой системе внутреннего водоснабжения, на которой производился ремонт с заменой водопроводных труб, или были отмечены неудовлетворительные результаты исследований, или отмечены жалобы
<p>Исследование воды в системе горячего водоснабжения по показателям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• запах;</li> <li>• цветность;</li> <li>• мутность;</li> <li>• рН;</li> <li>• железо;</li> <li>• сероводород;</li> <li>• цинк;</li> <li>• никель;</li> <li>• алюминий</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• после проведения ремонтов с заменой водопроводных труб;</li> <li>• после получения неудовлетворительных результатов по контролируемым показателям;</li> <li>• жалобы на качество питьевой воды</li> </ul>	водоразборные краны	1 проба из водоразборного крана по каждой системе внутреннего водоснабжения, на которой производился ремонт с заменой водопроводных труб, или были отмечены неудовлетворительные результаты исследований, или отмечены жалобы

Таблица 2 (продолжение)

Вид исследования	Основания для проведения исследований	Объекты контроля	Объем исследований
Измерение температуры воды в системе горячего водоснабжения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• после проведения ремонтных работ;</li> <li>• жалобы на температуру подаваемой воды</li> </ul>	водоразборные краны	1 измерение по каждой системе внутреннего водоснабжения, на которой производился ремонт, или были отмечены неудовлетворительные результаты исследований, или отмечены жалобы
Готовая продукция: <ul style="list-style-type: none"> <li>• по микробиологическим показателям</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• после получения неудовлетворительных результатов проб при проведении плановых исследований по производственному контролю, санитарно-эпидемиологической экспертизы, мероприятий по контролю;</li> <li>• жалобы на качество питания и условия приготовления пищи</li> </ul>	пищевые продукты, изготовляемые пищеблоком	удвоенное число по отношению к соответствующему исследованию при плановом исследовании
<ul style="list-style-type: none"> <li>• эффективность термической обработки</li> </ul>			
Пищевая ценность			
Смывы на БГКП		<ul style="list-style-type: none"> <li>• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков;</li> <li>• руки и спецодежда персонала;</li> <li>• клеенки;</li> <li>• скатерти;</li> <li>• обеденные столы;</li> <li>• посуда</li> </ul>	
Санитарно-паразитологические исследования смывов			

Таблица 3

Номенклатура, объем, периодичность лабораторно-инструментальных исследований, проводимых при II уровне СЭБ ОО (при несоответствии показателей санитарно-эпидемиологического благополучия требованиям санитарных правил и норм)

Лабораторно-инструментальные исследования, измерения					
Показатели (или группы показателей), не соответствующие санитарно-гигиеническим требованиям	Вид исследования (номенклатура)	Объекты исследования	Тип пищеблока	Объем исследований	Периодичность исследований
1	2	3	4	5	6
Нарушение требований к воздушному тепловому режиму	Микроклимат: <ul style="list-style-type: none"> <li>температура воздуха; <ul style="list-style-type: none"> <li>относительная влажность воздуха;</li> </ul> </li> <li>скорость движения воздуха</li> </ul> Воздух закрытых помещений (в случае регистрации повышенных температур): <ul style="list-style-type: none"> <li>санитарно-химические показатели</li> <li>микробиологические показатели</li> </ul>	производственные помещения пищеблока, характеризующиеся нарушениями, указанными в графе 1	Для всех типов	1 измерение на рабочем месте	4 раза в год
				1 проба в каждом помещении	
Нарушение требований к искусственному освещению	Уровень искусственной освещенности	производственные помещения пищеблока, характеризующиеся нарушениями, указанными в графе 1	буфет-раздаточная столовая-догоготовочная столовая-сырьевая	2 замера	2 раза в год в наиболее темное время года (октябрь-февраль)
				7 замеров	
				10 замеров	

Таблица 3 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Нарушение требований к водоснабжению	Вода питьевая по органолептическим, санитарно-химическим и микробиологическим показателям	водоразборный кран системы питьевого водоснабжения	для всех типов	1 проба	2 раз в год
	Готовая продукция: • общее микробное число	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов	3 пробы	4 раза в год
Нарушение требований к технологии приготовления пищи на пищеблоке	• эффективность термической обработки	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов	2 пробы	4 раза в год
	Пищевая ценность	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов	2 пробы	4 раза в год
Смывы на БГКП		• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков; • руки и спецодежда персонала; • клеенки; • скатерти; • обеденные столы; • посуда	буфет-раздаточная	5 смывов	2 раз в год
			столовая-догоготовочная	15 смывов	
			столовая-сырсовая	20 смывов	
Санитарно-паразитологические исследования смывов		• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков; • руки и спецодежда персонала; • клеенки; • скатерти; • обеденные столы; • посуда	для всех типов	10 смывов	4 раза в год

Таблица 3 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
Нарушение требований к санитарному содержанию	Готовая продукция: <ul style="list-style-type: none"> <li>• общее микробное число</li> </ul>	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов	3 пробы	4 раза в год
	Смывы на БГКП	<ul style="list-style-type: none"> <li>• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков;</li> <li>• руки и спецодежда персонала;</li> <li>• клеенки;</li> <li>• скатерти;</li> <li>• обеденные столы;</li> <li>• посуда</li> </ul>	буфет-раздаточная столовая-догоготовочная столовая-сырьевая	5 смывов	2 раз в год
	Санитарно-паразитологические исследования смывов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков;</li> <li>• руки и спецодежда персонала;</li> <li>• клеенки;</li> <li>• скатерти;</li> <li>• обеденные столы;</li> <li>• посуда</li> </ul>	для всех типов	10 смывов	4 раза в год

Таблица 4

Номенклатура, объем, периодичность лабораторно-инструментальных исследований, проводимых в рамках производственного контроля на пищеблоке при III уровне СЭБ общеобразовательной организации

Показатели, по которым установлено превышение ПДУ или ПДК	Лабораторно-инструментальные исследования, измерения			
	Объекты контроля	Тип пищеблока	Объем исследований	Периодичность исследований
1	2	3	4	5
Микроклимат: • температура воздуха; • относительная влажность воздуха; • скорость движения воздуха	производственные помещения пищеблока, в которых установлено превышение ПДУ по показателям, указанным в графе 1	для всех типов	1 измерение на каждом рабочем месте	4 раза в год
Уровень искусственной освещенности	производственные помещения пищеблока, в которых установлено превышение ПДУ по показателям, указанным в графе 1	для всех типов	1 измерение на каждом рабочем месте	4 раза в год
Органолептические показатели, содержание химических веществ и микроорганизмов в питьевой воде	водоразборный кран системы питьевого водоснабжения, по которой установлено превышение ПДК по показателям, указанным в графе 1	для всех типов	1 проба	4 раза в год
Содержание микроорганизмов в готовой продукции	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов	3 пробы	4 раза в год
Эффективность термической обработки			2 пробы	4 раза в год
Пищевая ценность	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов	2 пробы	2 раза в год

Таблица 4 (продолжение)

1	2	3	4	5
Наличие БГКП в смывах	<ul style="list-style-type: none"> <li>• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков;</li> <li>• руки и спецодежда персонала;</li> <li>• клеенки;</li> <li>• скатерти;</li> <li>• обеденные столы;</li> <li>• посуда</li> </ul>	буфет-раздаточная	5 смывов	2 раз в год
		столовая-догоготовочная	15 смывов	
		столовая-сырьювая	20 смывов	
Наличие гельминтов, яиц гельминтов в смывах	<ul style="list-style-type: none"> <li>• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков;</li> <li>• руки и спецодежда персонала;</li> <li>• клеенки;</li> <li>• скатерти;</li> <li>• обеденные столы;</li> <li>• посуда</li> </ul>	для всех типов	10 смывов	4 раза в год

Таблица 5

Номенклатура, объем и периодичность лабораторно-инструментальных исследований при групповых инфекционных заболеваниях (вспышках) и пищевых отравлениях

Вид исследования (номенклатура)	Объекты контроля	Объем исследований	Периодичность
Вода питьевая по микробиологическим показателям	водоразборные краны, в т. ч. на пищеблоке, стационарные питьевые фонтанчики, диспенсеры для подачи воды	по 1 пробе	1 раз в месяц на протяжении 3 месяцев
Готовая продукция по микробиологическим показателям	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов пищеблоков 3 пробы	4 раза в год
• эффективность термической обработки	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоками	3 пробы	4 раза в год
Смывы на БГКП	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ученическая мебель;</li> <li>• учебное оборудование;</li> <li>• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков;</li> <li>• руки и спецодежда персонала;</li> <li>• клеенки;</li> <li>• скатерти;</li> <li>• обеденные столы;</li> <li>• посуда</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• буфет-раздаточная (15 смывов);</li> <li>• столовая-догоготовочная (20 смывов);</li> <li>• столовая-сырьювая (25 смывов);</li> <li>• 1/3 всех помещений, предназначенных для пребывания детей, – по 5 смывов в каждом</li> </ul>	1 раз в месяц на протяжении 3 месяцев



### **3.4. Санитарно-гигиеническое обследование условий и организации питания в образовательных организациях<sup>#</sup>**

Санитарно-эпидемиологическое обследование производственных помещений, технологического оборудования, технологических процессов используемых для производства пищевой продукции для питания обучающихся, а также экспертиза связанной с производством и организацией питания документации, проводится в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими нормативами. Для обеспечения полноты и качества проводимых обследований, экспертиз рекомендуется использовать форму утвержденного Роспотребнадзором проверочного листа (списка основных контрольных вопросов) применяемого при надзоре за соблюдением обязательных требований на предприятиях (объектах) общественного питания и предлагаемые протоколы экспертной оценки (Приложения 7, 8).

#### **4. Показания и противопоказания к использованию**

Контроль за условиями организации питания обучающихся ОО проводится для профилактики заболеваний, сохранения здоровья и предотвращения возникновения и распространения инфекционных (и неинфекционных) заболеваний и пищевых отравлений в организованных коллективах.

Противопоказаний к применению нет.

#### **5. Материально-техническое обеспечение контроля за условиями организацией питания**

Медицинская документация в соответствии с приложениями к протоколу. Документация образовательной организации: «Журнал бракеража пищевых продуктов и продовольственного сырья», «Журнал бракеража готовой кулинарной продукции», «Журнал здоровья», «Журнал проведения витаминизации третьих и сладких блюд», «Журнал учета температурного режима в холодильного оборудования», «Ведомость контроля за рационом питания». Медицинская документация хранится с целью обобщения имеющихся данных для администрации ОО, органов управления здравоохранением и образованием с целью принятия управленческих решений. Формы учета результатов контроля приведены в Приложениях 9–13.

#### **6. Оценка эффективности системы контроля**

Оценка эффективности системы контроля за обеспечением СЭБ обучающихся в ОО может осуществляться на основании:

- объективных данных по оценке группы СЭБ ОО (ее динамика во времени);
- снижения числа неудовлетворительных результатов лабораторно-инструментальных исследований (проб) по показателям, характеризующим условия и организацию питания обучающихся;
- увеличение числа детей, обучающихся в ОО, отнесенных к I уровню СЭБ и снижение числа детей, обучающихся в условиях повышенного риска ухудшения состояния здоровья;
- снижение групповых инфекционных заболеваний (вспышек) в ОО;
- изменение негативных тенденций в динамике школьно-обусловленных заболеваний у детей школьного возраста;

<sup>#</sup> Внесены изменения в раздел 3.4 в соответствии с Приказом Приказ Роспотребнадзора от 18 сентября 2017 г. № 860 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых должностными лицами территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека при проведении плановых проверок в рамках осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора».

- снижение темпов прироста общей заболеваемости по обращаемости по показателям заболеваемости отдельными классами болезней (в том числе органов пищеварения);
- рост удовлетворенности условиями и организацией питания обучающихся среди детей и их родителей.

### 7. Список нормативно-методических 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 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».
3. СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья».
4. СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий».
5. СП 1.1.1058-01 с изменениями и дополнениями № 1 СП 1.1.2193-07 «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».
6. СанПин 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества».
7. СанПиН 3.5.2.1376-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий против синантропных членистоногих»<sup>8</sup>.
8. СП 3.5.3.3223-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дератизационных мероприятий».
9. СанПиН 2.3.2.1324-03 «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов».
10. Технический регламент Таможенного союза «О безопасности пищевой продукции» (ТР ТС 021/2011).
11. 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 обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».
12. Методические рекомендации № 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».

### 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. Волкова Л.Ю. Гигиеническое обоснование оптимизации питания школьников г. Москвы. Автореф.: дисс. .... канд. мед. наук. М.; 2005. 23 с.
3. Вржесинская О.А., Коденцова В.М. Значение обогащенных пищевых продуктов и витаминно-минеральных комплексов в обеспечении организма детей витаминами и минеральными веществами. Вопросы детской диетологии. 2008; 5: 19–27.
4. Вржесинская О.А., Коденцова В.М., Трофименко А.В. Обеспеченность витаминами и железом московских школьников. Вопросы детской диетологии. 2004; 2: 22–27.
5. Леонов А.В., Поздеева Ю.Г., Кузьмичев Ю.Г. Выборочное медицинское обследование как инструмент определения состояния здоровья детей и подростков. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004; 5: 15–17.
6. 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.
7. Кучма В.Р., Чернигов В.В. Мониторинг модернизации организации питания детей в общеобразовательных учреждениях. Здоровье населения и среда обитания. 2012; 8: 7–10.
8. Онищенко Г.Г. Государственная политика в области здорового питания населения и пути ее реализации. Здравоохранение Российской Федерации. 2009; 3: 3–9.
9. Онищенко Г.Г., ред. Сборник аналитических материалов по вопросам организации питания школьников Российской Федерации. М.: 2012. 103 с.
10. Тутельян В.А. Научные основы здорового питания. М.: Издательский Дом «Панорама»; 2010. 816 с.



**Приложение 2**  
**Рекомендуемый пример оформления программы производственного контроля при организации питания обучающихся**

Перечень объектов производственного контроля	Контролируемый параметр	Нормативный документ	Периодичность	Форма учета (отчетности)	Ответственный
Продовольственное сырье, полуфабрикаты, готовые продукты	соответствие упаковки, маркировки гигиеническим требованиям, наличие товарно-сопроводительной документации, температурный режим	СанПин 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01 СП 2.3.6.1324-03	каждая партия	журнал входного контроля пищевых продуктов, продовольственного сырья товарно-сопроводительной документации	заведующий производством
	соблюдение сроков и условий хранения, температурный режим	СанПин 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01 СП 2.3.6.1324-03	ежедневно	журнал регистрации температурно-влажностного режима	заведующий производством
Холодильное и технологическое оборудование	исправность холодильного и технологического оборудования на пищеблоке	СанПин 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	1 раз в год	договор на проведение работ, акты выполненных работ; журнал регистрации температурно-влажностного режима	заведующий производством
	санитарная обработка оборудования	СанПин 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	в соответствии с утвержденным графиком	утвержденный график санобработки	заведующий производством
	своевременность работ по размораживанию холодильных камер	СанПин 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	в соответствии с техпаспортом на оборудование	утвержденный график размораживания	заведующий производством
Рацион питания учащихся	контроль соответствия фактического рациона утвержденному	СанПин 2.4.5.2409-08	ежедневно	журнал контроля за рационом питания и приемы (бракеража) готовой кулинарной продукции; журнал учета обогащения микронутриентами рациона питания; ведомость анализа используемого набора продуктов за неделю	медицинский работник

Приложение 2 (продолжение)

Перечень объектов производственного контроля	Контролируемый параметр	Нормативный документ	Периодичность	Форма учета (отчетности)	Ответственный
Производственные помещения	использование помещений в соответствии с функциональным назначением	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	ежедневно		технический работник; заместитель директора по АХЧ
	контроль за состоянием внутренней отделки помещений	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	ежедневно		технический работник; заместитель директора по АХЧ
	контроль за исправностью санитарно-технического оборудования	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	ежедневно		технический работник; заместитель директора по АХЧ
	влажная уборка с применением моющих и дезинфицирующих средств	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	ежедневно	лист санитарного состояния и содержания	технический работник; заместитель директора по АХЧ
	генеральная уборка с применением дезинфицирующих средств	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	1 раз в месяц	лист санитарного состояния и содержания	технический работник; заместитель директора по АХЧ
	наличие систем precisely-вытяжной вентиляции (исправность оборудования)	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	ежедневный визуальный контроль	план санитарно-противо-эпидемических (профилактических) мероприятий	технический работник; заместитель директора по АХЧ
	очистка вытяжных вентиляционных решеток от пыли	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	1 раз в месяц	лист санитарного состояния и содержания	технический работник; заместитель директора по АХЧ
	очистка и мытье стекол	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	2 раза в год	лист санитарного состояния и содержания	заместитель директора по АХЧ
	своевременная замена неисправных ламп (в течение 1-2 дней)	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	ежедневный визуальный контроль исправности ламп		медцинский работник; заместитель директора по АХЧ
	очистка осветительной арматуры светильников	СанПиН 2.4.5.2409-08 СП 2.3.6.1079-01	2 раза в год	лист санитарного состояния и содержания	технический работник; заместитель директора по АХЧ

Приложение 2 (продолжение)

Перечень объектов производственного контроля	Контролируемый параметр	Нормативный документ	Периодичность	Форма учета (отчетности)	Ответственный
Технологическое оборудование, инвентарь, посуда, тара на пищеблоке	наличие маркировки на оборудовании, инвентаре	СанПиН 2.4.5.2409-08	ежедневно		заведующий производством; медицинский работник
	соблюдение режима мытья кухонной, столовой посуды, наличие инструкций	СанПиН 2.4.5.2409-08	ежедневно		заведующий производством; медицинский работник
Технологические процессы	контроль за технологией приготовления	СанПиН 2.4.5.2409-08	ежедневно	рецептуры, технологическая документация	заведующий производством; медицинский работник
	соблюдение точности производства	СанПиН 2.4.5.2409-08	ежедневно		заведующий производством; медицинский работник
Готовая продукция	контроль качества выпускаемой продукции	СанПиН 2.4.5.2409-08	ежедневно	журнал контроля за рационом питания и приемы (бракеража) готовой кулинарной продукции	заведующий производством; медицинский работник
	соблюдение требований к раздаче готовых блюд	СанПиН 2.4.5.2409-08	ежедневно		заведующий производством; медицинский работник

### Приложение 3

#### Журнал визуального производственного контроля пищеблока

Дата	Цех, участок, подразделение, объект контроля	Сведения о санитарно-техническом состоянии и санитарном содержании, характер выявленных нарушений и конкретных (с указанием наименования и конкретных разделов, пунктов соответствующих нормативных, технических, распорядительных и иных документов)	Общая оценка в баллах		Подпись лица, проводившего контроль	Необходимые мероприятия	Отметка о выполнении
			санитарно-технического состояния	санитарного содержания			
1							
2							
...							
31							

### Приложение 4

#### Журнал регистрации температурно-влажностного режима в складских помещениях и холодильных шкафах

№ п/п	Охлаждаемая камера, холодильный шкаф (№, размещение и т. п.)	Показания приборов / дата																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	...	31	





ПРОТОКОЛ  
Гигиенической оценки организации питания детей  
в дошкольных образовательных организациях

№ п/п	Показатель	соответствует / не соответствует
1	2	3
<b>1. Требования к оборудованию пищеблока, инвентарю, посуде</b>		
1.	Соответствие типа организации питания объемно-планировочным и конструктивным решениям пищеблока	
2.	Оборудование производственных, складских и административно-бытовых помещений	
3.	Контроль температурного режима холодильного оборудования	
4.	Наличие исправных контрольных термометров и приборов для измерения относительной влажности в складских помещениях для хранения продуктов, в холодильном оборудовании – контрольных термометров	
5.	Соответствие маркировки оборудования, разделочного инвентаря, кухонной посуды гигиеническим требованиям (% оборудования и инвентаря)	
6.	Покрытие производственных столов для обработки пищевых продуктов	
7.	Соответствие гигиеническим требованиям, предъявляемым к разделочному инвентарю, кухонной посуде (%)	
8.	Состояние кухонной посуды и разделочного инвентаря	
9.	Соответствие столовой посуды гигиеническим требованиям:	
10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• по количеству</li> </ul>	
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• по качеству (тарелки, блюда, чашки, бокалы)</li> </ul>	
12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• по качеству (столовые приборы – ложки, вилки, ножи)</li> </ul>	
12.	Доставка пищи в групповую	
13.	Соответствие санитарного состояния помещений пищеблока гигиеническим требованиям	
14.	Мытье рабочих столов и кухонной посуды	
15.	Мытье столов и столовой посуды в групповой	
16.	Обеззараживание посуды	
17.	Сбор и хранение пищевых отходов на пищеблоке и в групповых:	
18.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• состояние емкостей</li> <li>• очистка</li> </ul>	

1	2	3
19.	Микробиологические исследования смывов на БГКП (на группу кишечной палочки)	
20.	Исследования смывов на наличие яиц гельминтов	
21.	Микробиологические исследования проб готовых блюд на соответствие гигиеническим требованиям	
22.	Экспресс-методы качества мытья посуды	
23.	Хранение уборочного инвентаря пищеблока	
24.	Проведение дератизационных и дезинсекционных работ в помещениях пищеблока	
<b>2. Требования к условиям хранения, приготовления и реализации пищевых продуктов</b>		
25.	Количество пищевых продуктов, имеющих документы, подтверждающие их качество и безопасность (%)	
26.	Наличие и заполнение бракеражного журнала скоропортящейся продукции	
27.	Сохранение документации до конца срока реализации продукта (% документации)	
28.	Соблюдение сроков годности (% продуктов)	
29.	Соответствие режима и условий хранения гигиеническим требованиям (% поступивших продуктов)	
30.	Контроль за соблюдением температурного режима в холодильном оборудовании (журнал учета)	
31.	Наличие в складском помещении, предназначенном для хранения сухих сыпучих продуктов, приборов для измерения температуры и влажности воздуха (% помещений)	
32.	Наличие термометров в холодильном оборудовании (% оборудования)	
33.	Соответствие подготовки сырых продуктов к кулинарной обработке гигиеническим требованиям	
34.	Подготовка овощей и фруктов перед подачей	
35.	Соблюдение принципа «щадящего питания»: варка, запекание, припускание, пассерование, тушение, приготовление на пару, параконвектомате (% блюд)	
36.	Технология приготовления блюд соответствует требованиям к технологическим процессам приготовления блюд и технологии, изложенной в технологической карте	
37.	Эффективность термической обработки готовой продукции	
38.	Соблюдение температуры подаваемых блюд	
39.	Профилактика витаминной недостаточности (с учетом состояния здоровья, под контролем медицинского работника и при обязательном информировании родителей о проведении витаминизации)	
40.	Соблюдение технологии приготовления витаминизированных напитков	

1	2	3
41.	Подготовка продуктов питания для детей первого года жизни	
42.	Выдача готовой продукции проводится после контроля бракеражной комиссией в составе трех человек	
43.	Отбор суточной пробы готовой продукции (все готовые блюда)	
44.	Использование продуктов, которые не допускается использовать в питании детей	
45.	Изготовление блюд, которые не допускается использовать в питании детей	
46.	Использование остатков пищи от предыдущего приема пищи, пищевых продуктов с истекшими сроками годности и явными признаками порчи, овощей и фруктов с признаками гнили	
47.	Организация питьевого режима	
48.	Обработка тары для питьевой воды	
<b>3. Требования к составлению меню для организации питания детей разного возраста</b>		
49.	Количество детей, питание которых удовлетворяет физиологическим потребностям детей в основных пищевых веществах и энергии (%)	
50.	Соответствие фактического меню утвержденному	
51.	Организация питания: <ul style="list-style-type: none"> <li>• соблюдение требований по массе порций блюд</li> </ul>	
52.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• содержание пищевых веществ (белки, жиры, углеводы) (калорийность рациона, %)</li> </ul>	
53.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• распределение энергетической ценности по приемам пищи</li> </ul>	
54.	Количество детей, у которых соблюдение интервалов между приемами пищи соответствует гигиеническим требованиям (%)	
55.	Количество детей, ежедневно получающих молоко, кисломолочные напитки, мясо (или) рыбу, картофель, овощи, фрукты, хлеб, крупу, сливочное и растительное масло, сахар, соль (%)	
56.	Количество детей, получающих творог, сметану, птицу, сыр, яйцо, соки 2–3 раза в неделю (%)	
<b>4. Требования к перевозке и приему пищевых продуктов</b>		
57.	Транспортировка пищевых продуктов, обеспечивающая их сохранность и предохранение от загрязнения	
58.	Тара для перевозки продуктов	
59.	Наличие спецодежды у персонала, производящего транспортировку, погрузку и выгрузку пищевых продуктов	
60.	Наличие медицинской книжки установленного образца у персонала, производящего транспортировку	

ПРОТОКОЛ  
Гигиенической оценки организации питания детей  
в общеобразовательных организациях

№ п/п	Показатель	соответствует / не соответствует
1	2	3
1.	Тип организации общественного питания	
2.	Организация дополнительного питания в течение всего времени работы школы	
3.	Организация питания в субботу	
4.	Ассортимент пищевых продуктов дополнительного питания	
5.	Реализация продуктов питания через автоматы	
6.	Организация питьевого режима	
7.	Обеденный зал (наличие, число посадочных мест)	
8.	Количество детей, получающих только горячий завтрак (%)	
9.	Количество детей, получающих только горячий обед (%)	
10.	Количество детей, получающих горячий завтрак и обед (%)	
11.	Количество детей, питающихся только в буфете (%)	
12.	Соответствие объемно-планировочных и конструктивных решений (в т. ч. набора помещений) типу организации питания	
13.	Соответствие оснащения, оборудования производственных, складских и административно-бытовых помещений (технологического, холодильного и т. п.) гигиеническим требованиям	
14.	Наличие исправных контрольных термометров и приборов для измерения относительной влажности в складских помещениях для хранения продуктов, в холодильном оборудовании – контрольных термометров	
15.	Соответствие маркировки оборудования, разделочного инвентаря, кухонной посуды гигиеническим требованиям (% оборудования и инвентаря)	
16.	Покрытие производственных столов для обработки пищевых продуктов	
17.	Соответствие гигиеническим требованиям, предъявляемым к разделочному инвентарю, кухонной посуде (%)	
18.	Состояние кухонной и столовой посуды и разделочного инвентаря	
19.	Покрытие мебели обеденного зала	
20.	Соответствие столовой посуды гигиеническим требованиям: • по количеству	
21.	• по качеству (тарелки, блюда, чашки, бокалы)	

Приложение 8 (продолжение)

1	2	3
22.	• по качеству (столовые приборы – ложки, вилки, ножи, посуда для приготовления и хранения готовых блюд)	
23.	Санитарное состояние помещений пищеблока	
24.	Уборка обеденного зала	
25.	Мытье рабочих столов и кухонной посуды	
26.	Мытье столов в обеденном зале и столовой посуды	
27.	Обеззараживание посуды	
28.	Сбор и хранение пищевых отходов на пищеблоке и в групповых:	
29.	• состояние емкостей • очистка	
30.	Микробиологические исследования смывов на БГКП (на группу кишечной палочки)	
31.	Исследования смывов на наличие яиц гельминтов	
32.	Микробиологические исследования проб готовых блюд на соответствие гигиеническим требованиям	
33.	Экспресс-методы качества мытья посуды	
34.	Хранение уборочного инвентаря пищеблока	
35.	Проведение дератизационных и дезинсекционных работ	
36.	Количество пищевых продуктов, имеющих документы, подтверждающие их качество и безопасность (%)	
37.	Наличие и заполнение бракеражного журнала скоропортящейся продукции	
38.	Сохранение документации до конца срока реализации продукта (% документации)	
39.	Соблюдение сроков годности (% продуктов)	
40.	Соответствие режима и условий хранения гигиеническим требованиям (% поступивших продуктов)	
41.	Контроль за соблюдением температурного режима в холодильном оборудовании (журнал учета)	
42.	Наличие в складском помещении, предназначенном для хранения сухих сыпучих продуктов, приборов для измерения температуры и влажности воздуха (% помещений)	
43.	Наличие термометров в холодильном оборудовании (% оборудования)	
44.	Соответствие подготовки сырых продуктов к кулинарной обработке гигиеническим требованиям	
45.	Подготовка овощей и фруктов перед подачей	
46.	Соблюдение принципа «щадящего питания»: варка, запекание, припускание, пассерование, тушение, приготовление на пару, параконвектомате (% блюд)	

	2	3
47.	Технология приготовления блюд соответствует требованиям к технологическим процессам приготовления блюд и технологии, изложенной в технологической карте	
48.	Эффективность термической обработки готовой продукции	
49.	Соблюдение температуры подаваемых блюд	
50.	Соблюдение технологии приготовления витаминизированных напитков	
51.	Подготовка продуктов питания для детей первого года жизни	
52.	Выдача готовой продукции проводится после контроля бракеражной комиссией в составе трех человек	
53.	Отбор суточной пробы готовой продукции (все готовые блюда)	
54.	Использование продуктов, которые не допускается использовать в питании детей	
55.	Изготовление блюд, которые не допускается использовать в питании детей	
56.	Использование остатков пищи от предыдущего приема пищи, пищевых продуктов с истекшими сроками годности и явными признаками порчи, овощей и фруктов с признаками гнили	
57.	Обработка тары для питьевой воды	
58.	Количество детей, питание которых удовлетворяет физиологическим потребностям детей в основных пищевых веществах и энергии (%)	
59.	Транспортировка пищевых продуктов, обеспечивающая их сохранность и предохранение от загрязнения	
60.	Тара для перевозки продуктов	
61.	Наличие спецодежды у персонала, производящего транспортировку, погрузку и выгрузку пищевых продуктов	
62.	Наличие медицинской книжки установленного образца у персонала, производящего транспортировку	
63.	Соответствие фактического меню утвержденному	
64.	Организация питания:	
	• соблюдение требований по массе порций блюд	
65.	• содержание пищевых веществ (белки, жиры, углеводы, (калорийность рациона, %)	
66.	• распределение энергетической ценности по приемам пищи	
67.	Количество детей, у которых соблюдение интервалов между приемами пищи соответствует гигиеническим требованиям (%)	
68.	Проведение профилактики витаминной недостаточности	

## Приложение 9

### Журнал входного контроля пищевых продуктов, продовольственного сырья

Дата, время поступления пищевых продуктов	Наименование пищевых продуктов с указанием поставщика, № партии и других реквизитов товара	Количество поступившего продовольственного сырья и пищевых продуктов (кг / л / шт.)	Номер документа, подтверждающего отсутствие опасности принятого пищевого продукта	Соответствие упаковки, маркировки гигиеническим требованиям, наличие товарно-сопроводительной документации	Результаты органолептической оценки доброкачественности поступившего продовольственного сырья и пищевых продуктов	Температура (°С) в момент поступления товаров (для скоропортящихся продуктов)	Предельный срок годности (дата, час)	Фактический срок реализации остатков (дата, час)	Подписи лиц, ответственных за входной контроль
1									
2									
...									
31									

## Приложение 10

### Журнал контроля за рационом питания и приемки (бракеража) готовой кулинарной продукции

Дата и прием пищи	Время проведения органолептической оценки (бракеража) готового блюда (изделия)	Время окончания приготовления (для блюд и кулинарных изделий)	Наименование блюд, кулинарных изделий, готовых продуктов промышленного производства в соответствии с типовым рационом питания*	Оценка			Разрешение к реализации блюда, кулинарного изделия	Оформление блюд и температура при отпуске: недостатки, выявленные при приемке, примечания	Подписи членов бракеражной комиссии	Примечание (указываются факты запрещения к реализации готовой продукции)
				качества (органолептическая оценка по 5-балльной шкале)	соответствие кулинарной обработки (в т.ч. достаточность тепловой обработки)	соответствие выхода (масса изделий)				
1			Выполнения меню							
2										
...										
31										

\* графу рекомендуется заполнять заранее типографским способом или с помощью компьютера, указывая в ней все блюда и кулинарные изделия в соответствии с типовым рационом питания

## Приложение 11

### Журнал контроля состояния здоровья персонала (допуска к работе)

Дата	ФИО	Должность	Отметка об отсутствии острых кишечных заболеваний у работника и в семье	Отметка об отсутствии заболеваний верхних дыхательных путей и гнойничковых заболеваний кожи и слизистых	Контроль за больничными листами по уходу (диагноз, период)	Допуск к работе (подпись)
1						
2						
...						
31						

## Приложение 12

### Журнал учета обогащения микронутриентами (витаминами) рациона питания\*

Дата, прием пищи, категория	Наименования продуктов, обогащенных витаминами или микронутриентами (промышленного производства)	Количество продукта на порцию (за один прием пищи)	Содержание витаминов на 100 г продукта (в соответствии с маркетинговой)	Содержание витаминов в одной порции продукта, блюда	Блюда и кулинарные изделия, витаминизация которых проводилась на пищеблоке	Префикс (препарат), используемый для витаминизации	Содержание витаминов в ед. упаковки или таблетке	Количество препарата, введенное в общую массу блюда	Содержание витаминов в одной порции	Время внесения препарата или приготовления витаминизированного блюда	Время приема блюда	Лицо, проводившее закладку препарата (контроль закладки)	Общее содержание искуственно внесенных витаминов в рационе одного ребенка за один прием пищи и за весь день
1													
2													
...													
31													

\* Ведется в случае, если проводится обогащение кулинарной продукции



Приложение 13

Ведомость анализа используемого набора продуктов за неделю

День недели	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		
		Молоко витаминизированное с м.д.ж. 3,2 %	Кисломололочные продукты с м.д.ж. 3,2 %	Творог с м.д.ж. 9 %	Сметана с м.д.ж. 15 %	Сыр сычужный твердый	Мясо (говядина 1 с, жилованная в блоках)	Печень	Птица (цыплята-бройлеры 1-й кат. потрошенные)	Филе рыбы	Колбасные изделия для питания дошкольников	Яйцо куриное диетическое, шт.	Картофель очищенный	Овощи свежие (очищенные), зелень	Плоды, ягоды свежие	Плоды, ягоды сухие	Соки фрукт. (овощн.), витаминиз. или пр. отж. витаминизир.	Хлеб пшеничный витаминизированный	Крупы (злаки) и бобовые	Макаронные изделия группы А	Мука пшеничная хлебопекарная 1 с.	Масло коровье сладкосливочное	Масло растительное (соевое)	Кондитерские изделия	Чай	Какао-порошок (напиток)	Дрожжи хлебопекарные	Мука картофельная (крахмал)	Сахар	Соль пищевая поваренная йодированная	Кофейный напиток заварочный витаминизир.	Напиток витаминизированный инстантный		
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
Средне-недельное значение, г																																		
Норма продукта, г (нетто)																																		
Отклонение, г, со знаком ↑ или ↓																																		



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

**КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ  
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ  
К УСЛОВИЯМ И ОРГАНИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-7-2014

(версия 1.1)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храмов П.И., Седова А.С.,  
Березина Н.О., Звездина И.В., Макарова А.Ю.*

Рекомендации разработаны с целью эффективного контроля за физическим воспитанием обучающихся общеобразовательных учреждений, в том числе имеющих проблемы в состоянии здоровья и включают критерии комплектации меди-цинских групп для занятий физической культурой и допуска к занятиям физической культурой; медицинский контроль за состоянием обучающихся на занятиях физической культурой; медицинский контроль за условиями проведения занятий физической культурой; оценку оздоровительной эффективности занятий физической культурой.

Рекомендации предназначены для врача-педиатра (фельдшера) и врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательной организации.

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;
- *Сухарев А.Г.* Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М.: Медицина, 1991.
- *Сухарев А.Г.* Образовательная среда и здоровья учащихся. Научно-методическое пособие. М.: МИОО, 2009. 256 с.

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

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

**Экономический анализ:** 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 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 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 сведён к минимуму.

## **2. Введение**

Физическая активность (ФА) является биологической потребностью растущего организма, удовлетворение которой является важнейшим фактором в полноценном становлении и развитии потенциалов организма и личности [1, 5, 11, 12, 16]. В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года физическая культура рассматривается как фактор укрепления духовного и физического здоровья населения [4].

Характерной особенностью жизнедеятельности современных детей и подростков является малоподвижный образ жизни. Международное исследование, проведенное ВОЗ в 2009–2010 гг. (Health behaviour in School-Aged Children), выявило, что среди российских школьников необходимый уровень двигательной активности, имеет только каждый шестой подросток [15]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации доля обучающихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, составляет 52,7% численности данной категории населения [2].

В современной школе при организации физического воспитания не учитывается в полной мере состояние здоровья обучающихся, их функциональные возможности, уровень физической подготовленности, у обучающихся нет возможности выбора вида физической деятельности [3, 6–10, 13, 14].

Свидетельством государственной важности проблемы физического совершенствования и укрепления здоровья населения страны посредством приобщения к физической культуре и спорту в повседневной жизни является разработка и реализация ряда законов и программ (Федеральный закон РФ от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»; Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года» от 7 августа 2009 г., № 1101-р; Федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в РФ на 2006-2015 гг.». К числу основных целей и задач Стратегии отнесены модернизация системы физического воспитания различных категорий и групп населения, в том числе в дошкольных, школьных и профессиональных образовательных организациях и увеличение доли обучающихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом.

Одним из основных принципов законодательства о физической культуре и спорте является обеспечение безопасности жизни и здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом (ст. 3 Федерального закона РФ от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»). Организация физического воспитания и образования в образовательных организациях включает проведение медицинского контроля за организацией физического воспитания (ст. 28).

Адекватность физических нагрузок с учетом состояния здоровья обучающихся, функциональных возможностей их организма обеспечат повышение оздоровительной эффективности занятий физической культурой, а также мотивацию детей и подростков к занятиям физической культурой и спортом.

### **3. Программа контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях**

Оценку размещения, состояния и оборудования физкультурно-спортивной зоны и спортивных залов, организации уроков физической культуры проводят согласно стандартам проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, обследований, исследований, испытаний, гигиенических и иных видов оценок «Оценка уровня санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательных организаций» (2014).

#### **3.1. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям проведения занятий физической культурой**

Медицинский сотрудник отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательной организации ежегодно в первом полугодии учебного года посещает занятия физической культурой во всех 1-х классах и выборочно не менее двух классов I и II ступени обучения и одного класса III ступени обучения с целью оценки гигиенических условий его проведения. Повторный контроль занятий физической культурой проводится в классах, в которых выявлены нарушения организации и проведения занятий физической культурой, в течение двух недель с момента установления этих нарушений.

Условия проведения занятий физической культурой (температура и влажность воздуха, освещенность, размеры помещения, оборудование) должны соответствовать гигиеническим требованиям СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».

Результаты обследования условий проведения занятий физической культурой фиксируют в Протоколе № 1.

Результаты контроля за условиями проведения занятий физической культурой доводятся до сведения руководителя образовательной организации. При выявлении несоответствия гигиеническим нормативам необходим повторный контроль в течение двух недель.

Сводные данные результатов контроля за условиями проведения занятий физической культурой фиксируют в Сводном протоколе № 1 (п. б). Вторые экземпляры передают руководителю образовательной организации и преподавателю физической культуры.

Протокол № 1

Оценка условий проведения занятий физической культуры \_\_\_\_\_ класса  
Кол-во занимающихся \_\_\_\_\_  
Кол-во освобожденных \_\_\_\_\_

Показатель	Соответствие гигиеническим нормативам
t воздуха, °С	
Влажность воздуха, %	
Освещенность, люкс	
Кол-во одновременно занимающихся в помещении	
Режим проветривания	
Регулярное проведение влажной уборки	

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

### **3.2. Комплектование медицинских групп несовершеннолетних обучающихся для занятий физической культурой**

#### **3.2.1. Медицинские группы несовершеннолетних обучающихся для занятий физической культурой**

Для занятий физической культурой несовершеннолетние обучающиеся (далее – обучающиеся) распределяются на 4 медицинские группы: основная, подготовительная, специальная «А» и специальная «Б».

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 перечнем отклонений в состоянии здоровья, представленным в Приложении 1. Обучающимся, отнесенным по состоянию здоровья к основной медицинской группе, дополнительно проводят оценку функциональных возможностей организма и уровня физической подготовленности.

Данные медицинского осмотра обучающегося заносятся в графу «МГ» (медицинская группа) Протокола № 2 «Распределение обучающихся на медицинские группы для занятий физической культурой»: «ОМГ» (основная МГ), «ПМГ» (подготовительная МГ), «СМГ «А» (специальная МГ «А»), «СМГ «Б» (специальная МГ «Б»).

Затем всем обучающимся, за исключением отнесенных к СМГ «Б», проводят оценку функциональных возможностей организма по результатам выполнения пробы с дозированной физической нагрузкой (проба Мартине-Кушелевского – ПМ) (Приложение 2). Результаты исследования при определении реакции на дозированную физическую нагрузку фиксируют в графе «ПМ» Протокола № 2: «Б» (благоприятная реакция на физическую нагрузку), «У» (удовлетворительная реакция на физическую нагрузку), «Н» (неблагоприятная реакция на физическую нагрузку); «–» (проба не проводилась – для обучающихся, отнесенных по состоянию здоровья

к СМГ «Б»). Обучающихся, имеющих удовлетворительную либо неблагоприятную реакцию на дозированную физическую нагрузку, переводят из ОМГ в ПМГ, из ПМГ в СМГ «А». Данные принадлежности к медицинской группе после выполнения пробы с физической нагрузкой фиксируют в графе «МГ\_ИТОГ» Протокола № 2.

Комплектование медицинских групп для занятий физической культурой проводится после проведения медицинского осмотра на основании заключений педиатра. Для обучающихся 1-х, 5-х и 10-х классов комплектование осуществляется в начале учебного года. Уточнение медицинских групп для занятий физической культурой проводится ежегодно в течение 1 месяца после проведения профилактического (периодического) медицинского осмотра.

Результаты комплектования медицинских групп для занятий физической культурой фиксируются в Сводном протоколе № 2 (п. 6). Второй экземпляр списков обучающихся с указанием медицинской группы для занятий физической культурой должен быть передан преподавателю физической культуры.

При организации занятий обучающихся СМГ «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.

Специальные 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.

*Протокол № 2*

Распределение обучающихся \_\_\_\_\_ класса  
на медицинские группы для занятий физической культурой

№ п/п	ФИО	МГ	ПМ	МГ_ИТОГ
1				
2				
3				
...				
n				

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_



### **3.2.2. Изменение медицинской группы обучающихся для занятий физической культурой в течение учебного года**

Изменение медицинской группы для занятий физической культурой устанавливается врачом-педиатром (фельдшером) на основании данных углубленного медицинского обследования, динамики показателей состояния здоровья (перенесенные заболевания), а также по представлению преподавателя физической культуры на основании динамики показателей физической подготовленности.

При положительной динамике показателей возможен перевод из специальной медицинской группы «А» в подготовительную и из подготовительной медицинской группы в основную.

При несоответствии физической нагрузки функциональным возможностям организма обучающегося следует перевести из основной в подготовительную или из подготовительной в специальную медицинскую группу «А».

Данные об изменении медицинской группы для занятий физической культурой должны быть переданы учителю физической культуры незамедлительно.

### **3.2.3. Сроки возобновления занятий физической культурой после перенесенных заболеваний**

Сроки возобновления занятий физической культурой обучающихся после перенесенных заболеваний устанавливаются индивидуально лечащим врачом медицинской организации.

## **3.3. Медицинские противопоказания к выполнению физических упражнений**

### **3.3.1. Допуск обучающихся к занятиям физической культурой**

Не разрешается допускать к занятиям физической культурой обучающихся при:

- наличии жалоб на боли различной локализации, головокружение, тошноту, слабость, сердцебиение;
- остром периоде заболевания (повышение температуры тела, озноб, катаральные явления и др.);
- травматическом повреждении органов и тканей организма (острый период): ушиб, рана, растяжение, гематома и др.;
- опасности кровотечения (носовое кровотечение в день занятия, состояние после удаления зуба, менструальный период);
- выраженном нарушении носового дыхания;
- выраженной тахикардии или брадикардии (с учетом возрастнo-половых нормативов).

Приведенные выше противопоказания относятся к обучающимся всех медицинских групп для занятий физической культурой и чаще всего носят временный характер.

### **3.3.2. Противопоказания и ограничения к выполнению физических упражнений**

При наличии заболевания следует строго дозировать физическую нагрузку и исключить физические упражнения, противопоказанные к их выполнению по состоянию здоровья (Приложение № 3).

Данные о физических упражнениях, которые противопоказаны или выполнение которых следует ограничить, фиксируют в Протоколе № 3. Второй экземпляр протокола должен быть передан преподавателю физической культуры.

Физические упражнения, которые противопоказаны  
или выполнение их ограничено для обучающихся \_\_\_\_\_ класса

№ п/п	ФИО	Противопоказано	Ограничено
1			
2			
3			
...			
n			

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

### 3.4. Медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе занятий физической культурой

Медицинский сотрудник отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательной организации ежегодно в первом полугодии учебного года посещает занятия физической культурой во всех 1-х классах и выборочно не менее двух классов I и II степени обучения и одного класса III степени обучения. Оценивается соответствие объема физических нагрузок функциональному состоянию организма обучающихся разных медицинских групп, внешние признаки утомления в течение занятия, а также одежда и обувь занимающихся. Особое внимание уделяется профилактике травматизма. Повторный контроль занятий проводится в классах, в которых выявлены нарушения организации и проведения занятий физической культурой, в течение двух недель с момента установления этих нарушений.

Осуществляя медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе занятий физической культурой, обращается внимание на внешние признаки утомления и степень их выраженности, соответствие структуры урока, условий, одежды и обуви занимающихся гигиеническим требованиям.

Структура урока физической культуры для обучающихся включает вводную часть (5–10 мин), основную (25–30 мин) и заключительную части (3–5 мин). Для обучающихся ПМГ и СМГ «А» за счет сокращения основной части вводная часть должна быть увеличена до 10–15 мин и 15–20 мин соответственно, заключительная – до 5–7 мин и 7–10 мин соответственно.

Моторная плотность урока должна составлять не менее 70% и определяется как отношение времени выполнения физических нагрузок к общей длительности урока.

Воздействие физических нагрузок на организм обучающихся характеризуется физиологической кривой, которая определяется по ЧСС одного из обучающихся перед занятием, после окончания вводной части, в основной части и в конце заключительной части занятия. У обучающегося ОМГ в основной части ЧСС определяется через 10 мин, 20 мин и 30 мин от ее начала, для обучающихся ПМГ и СМГ «А» – через 10 мин и 20 мин. При выполнении физических нагрузок в основной

части занятия ЧСС у обучающихся ОМГ не должна превышать 130–150 уд./мин, у обучающихся ПМГ и СМГ «А» – 120–130 уд./мин в начале учебного года с постепенным увеличением физических нагрузок и повышением ЧСС до 130–150 уд./мин к концу первого полугодия для обучающихся ПМГ и к концу учебного года – для обучающихся СМГ «А». При совместных занятиях детей разных медицинских групп ЧСС определяется у одного из обучающихся каждой медицинской группы.

Медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе занятий физической культурой включает также учет внешних признаков утомления занимающихся и степень их выраженности (Приложение № 4), использование физических упражнений, потенциально опасных и вредных для здоровья детей (Приложение № 5), а также использование физических упражнений, противопоказанных обучающимся с учетом состояния их здоровья.

Результаты медицинского контроля за состоянием обучающихся в процессе занятий физической культурой фиксируют в Протоколе № 5.

Результаты контроля за состоянием обучающихся в процессе занятий физической культурой доводятся до сведения руководителя образовательной организации. Сводные данные результатов контроля за условиями проведения занятий физической культурой фиксируют в Сводном протоколе № 3 (п. 6). Вторые экземпляры передают руководителю образовательной организации и преподавателю физической культуры.

Протокол № 4

Хронометраж урока физической культуры \_\_\_\_\_ класса

вводная часть \_\_\_ мин. основная часть \_\_\_ мин. заключительная часть \_\_\_ мин.

Время урока, мин									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45					

В графы таблицы хронометра следует вписывать:

Х – ходьба                      Б – бег                      У – упражнения, игры                      Др – другое

Моторная плотность урока \_\_\_\_\_ %.

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

Оценка состояния обучающихся в процессе занятий физической культурой  
 \_\_\_\_\_ класса  
 Кол-во занимающихся \_\_\_\_\_ Кол-во освобожденных \_\_\_\_\_

Показатель	Соответствие требованиям
Соответствие одежды и обуви занимающихся гигиеническим требованиям	
Соответствие структуры занятия, в том числе, с учетом медицинской группы	
Соответствие объема физических нагрузок организму обучающихся в зависимости от медицинской группы	
Количество обучающихся, у которых зафиксирована выраженная степень утомления	
Использование физических упражнений, оказывающих потенциально-опасное воздействие на организм	
Использование физических упражнений, противопоказанных обучающимся с учетом состояния здоровья	

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

#### 4. Показания и противопоказания к использованию метода

Показания: Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях. Противопоказаний нет.

#### 5. Материально-техническое обеспечение

№ п/п	Наименование	Количество, штук
1	Ростомер или антропометр	1
2	Тонометр с возрастными манжетами	2
3	Метроном	1
4	Стетофонендоскоп	1
5	Секундомер	1
6	Сантиметровая лента	1
7	Термометр медицинский	по требованию
8	Шпатель металлический или одноразовый	по требованию
9	Стол рабочий	1
10	Стул	1
11	Ширма медицинская	1
12	Шкаф для хранения медицинской документации	1
13	Лампа настольная	1
14	Персональный компьютер	1 комплект
15	Принтер	1 комплект
16	Калькулятор	1
17	Халат медицинский	2
18	Коврик (1 м x 1,5 м)	1

## 6. Форма учета результатов

### Сводный протокол № 1

Оценка условий проведения занятий физической культуры

Общее кол-во классных коллективов \_\_\_\_\_

Кол-во классных коллективов, в которых проведено обследование \_\_\_\_\_

Кол-во занимающихся \_\_\_\_\_

Кол-во освобожденных \_\_\_\_\_

Кол-во одновременно занимающихся в одном помещении от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Ступень обучения	Несоответствие гигиеническим требованиям (количество)				
	t воздуха	Влажность воздуха	Освещенность	Режим проветривания	Регулярное проведение влажной уборки
1-е кл.					
I					
II					
III					
ИТОГО					

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

### Сводный протокол № 2

Распределения обучающихся \_\_\_\_\_ класса

на медицинские группы для занятий физической культурой

№ п/п	ФИО	Медицинская группа для занятий физической культурой
1		
2		
3		
...		
n		

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

**Сводный протокол № 3**

Оценка состояния обучающихся в процессе занятий физической культурой

Кол-во классных коллективов, в которых проведено обследование \_\_\_\_\_

Кол-во занимающихся \_\_\_\_\_

Кол-во освобожденных \_\_\_\_\_

Кол-во одновременно занимающихся в одном помещении от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Ступень обучения	Несоответствие гигиеническим требованиям *					
	1	2	3	4	5	6
1-е кл.						
I						
II						
III						
ИТОГО						

Дата проведения \_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

\*

1. Соответствие требованиям одежды и обуви занимающихся;
2. Соответствие структуры занятия с учетом медицинской группы;
3. Соответствие нагрузки организму обучающихся с учетом медицинской группы;
4. Количество обучающихся, у которых зафиксирована выраженная степень утомления;
5. Использование физических упражнений, оказывающих потенциально опасное воздействие на организм;
6. Использование физических упражнений, противопоказанных обучающимся с учетом состояния их здоровья

**7. Список нормативных и методических документов**

1. Федеральный закон Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

2. «Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года». Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации 7 августа 2009 г., № 1101-р.

3. Приказ Министерство здравоохранения и социального развития РФ от 9 августа 2010 г. № 613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий»<sup>#</sup>.

\*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»<sup>#</sup>.

5. 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 мониторинга и неинвазивной электрофизиологии, Ассоциация детских кардиологов России, 2011.

<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

6. 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.

## 8. Список литературы

1. Алифанова Л.А. Влияние двигательной активности в процессе академического урока на здоровье школьников. Педиатрия. 2012; 6: 37–41.
2. Доклад министра спорта Российской Федерации В. Мутко на «Парламентском часе» в Государственной думе Федерального собрания Российской Федерации 11 октября 2013 г. Available at: <http://www.minsport.gov.ru/press-centre/speeches/5003>.
3. Коданева Л.Н. Методика физического воспитания учащихся специальной медицинской группы. Физическая культура в школе. 2012; 2: 16–19.
4. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.
5. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Медико-социальные аспекты патриотического воспитания детей, подростков и молодежи. В кн.: Кучма В.Р., Лазаренко И.Р., ред. «Дети, молодежь и окружающая среда: здоровье, образование, экология». Материалы второй международной научно-практической конференции. Барнаул, 5–10 июля 2013. Барнаул: ФГБОУ ВПО «Алтайская государственная педагогическая академия», 2013: 27–29.
6. Латыпов И.К., Лукина В.И. Урок в современной школе. Проблемы и реальные возможности. Физическая культура в школе. 2010; 7: 2–10.
7. Сайкина Е.Г. Концептуальные основы обновления физкультурного образования школьников с приоритетной оздоровительной направленностью. Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2008; 81: 276–82.
8. Седова А.С. Характеристика отношения обучающихся к занятиям физической культурой в школе. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2014; 1: 31–38.
9. Смирнова И.А. Обсуждение концепции и содержания Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса. Физическая культура в школе. 2014; 1: 2–6.
10. Столяров В.И., Бальсевич В.К., Моченов В.П., Лубышева Л.И. Модернизация физического воспитания в общеобразовательной школе. М.: Научно-издательский центр «Теория и практика физической культуры», 2009. 320 с.
11. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М.: Медицина, 1991.
12. Сухарев А.Г. Образовательная среда и здоровья учащихся. Научно-методическое пособие. М.: МИОО, 2009. 256 с.
13. Храмцов П.И., Седова А.С., Березина Н.О. Медицинский контроль за организацией физического воспитания обучающихся с отклонениями в состоянии здоровья. В кн.: Материалы Пленума Научного совета по экологии человека и гигиене окружающей среды Российской Федерации «Приоритеты профилактического здравоохранения в устойчивом развитии общества: состояние и пути решения проблем». 12–13 декабря 2013 г. М.: 415–17.
14. Щетинина С.Ю. Вектор спортизации физического воспитания школьников: тенденции, проблемы, перспективы. Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2007; 2 (24): 101–06.
15. Candace Currie et al. Social determinants of health and well-being among young people: Health behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. 252 p.
16. Relationship between physical activity, Self-Esteem, and Academic Achievement in 12-year-old children. Pediatric Exercise science. 2000; 12: 312–23.

## 9. Приложения

## Приложение 1

Рекомендации по определению медицинской группы  
при некоторых отклонениях в состоянии здоровья обучающихся

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
<i>Сердечно-сосудистая система</i>				
Врожденные пороки сердца без признаков недостаточности кровообращения			Строго индивидуально при отсутствии признаков перегрузки правого желу-дочка и гемодинамических расстройств, при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Строго индивидуально при наличии признаков перегрузки правого желудочка и гемодинамических расстройств
Послеоперационный период после хирургических вмешательств по поводу порока сердца			Строго индивидуально при условии предшествующих успешных занятий не менее 1 года ЛФК и благоприятной реакции на пробы с дозированной физической нагрузкой	В до- и после операционном периоде в течение 1 года после операции
Реконвалесценция после перенесенного ревматического миокардита	Не ранее чем через 2 года после перенесенного заболевания при достаточном уровне физической подготовленности и отсутствии ЭКГ изменений, при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Не ранее чем через 1 год после перенесенного заболевания при отсутствии клинических признаков поражения сердца, суставов при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Не ранее чем через 8–10 мес после перенесенного заболевания при отсутствии признаков активности процесса и недостаточности кровообращения	В первые 8–10 мес после перенесенного заболевания при отсутствии признаков активности процесса и нарушений компенсации



Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
Митральная (клапанная) недостаточность		Не ранее чем через 2 года после стихания процесса при полной клинической ремиссии, благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой, с хорошей переносимостью физической нагрузки на занятиях в специальной группе	Не ранее чем через 1 год после окончания острого эндокардита, при неполной клинической ремиссии, но при отсутствии недостаточности кровообращения	Не менее 1 года после острого периода и до исчезновения недостаточности кровообращения и всех признаков активности процесса
Митральный стеноз, поражение клапанов аорты, комбинированные клапанные пороки сердца		Строго индивидуально	Строго индивидуально	Строго индивидуально при нарушениях кровообращения любой степени
Кардиомиопатии		Не ранее чем через 1 год после обострения процесса при условии снятия с диспансерного учета, отсутствия сердечной недостаточности и нарушений ритма	Не менее 1 года после окончания обострения процесса при отсутствии недостаточности кровообращения и ЭКГ изменений	При наличии недостаточности кровообращения и ЭКГ изменений
Инфекционный миокардит, миокардиты при бактериальных, вирусных и других инфекционных болезнях	Не ранее чем через 1 год после окончания острого периода и благоприятной реакции на пробы с дозированной физической нагрузкой при отсутствии ЭКГ изменений	Не ранее чем через 6 мес при отсутствии клинических признаков поражения сердца, при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой, при адекватной реакции на нагрузки занятий в специальной группе	В первые 6 мес после окончания острого периода при отсутствии клинических признаков поражения сердца, при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Строго индивидуально при наличии клинических признаков поражения сердца и/или при неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой

## Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
Проплапс (пролабирование) митрального и/или трикуспидального клапана		I–II степень без регургитации, при отсутствии нарушений ритма и проводимости, при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	I–II степень с регургитацией при отсутствии нарушений ритма и проводимости	III степень с регургитацией и/или при нарушениях ритма и проводимости занятия строго индивидуально
Высокое нормальное артериальное давление (пограничная артериальная гипертензия) (при среднем значении САД и/или ДАД $\geq$ 90-го перцентиля, но $<$ 95-го перцентиля для данного возраста, пола и роста)	При отсутствии клинических признаков вегетативной дисфункции и жалоб (на головные боли, головокружение, повышенную утомляемость, потливость, тахикардию) и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При наличии клинических признаков вегетативной дисфункции, жалоб (на головные боли, головокружение, повышенную утомляемость, потливость, тахикардию), при удовлетворительной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При наличии клинических признаков вегетативной дисфункции, жалоб (на головные боли, головокружение, повышенную утомляемость, потливость, тахикардию), при неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	
Лабильная артериальная гипертензия (эпизодическое повышение среднего уровня САД и/или ДАД $\geq$ 95-го перцентиля, при условии, что значения $>$ 99-го перцентиля не более 5 мм рт. ст. для данного возраста, пола и роста)	При отсутствии клинических признаков вегетативной дисфункции и жалоб (на головные боли, головокружение, повышенную утомляемость, потливость, тахикардию) и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При отсутствии клинических признаков вегетативной дисфункции и жалоб (на головные боли, головокружение, повышенную утомляемость, потливость, тахикардию), при удовлетворительной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При наличии клинических признаков вегетативной дисфункции, жалоб (на головные боли, головокружение, повышенную утомляемость, потливость, тахикардию), при удовлетворительной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	

Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
Артериальная гипертензия (I степень АГ – при повышении среднего уровня систолического и/или диастолического АД $\geq$ 95-го перцентиля, при условии, что значения $>$ 99-го перцентиля не более 5 мм рт. ст. для данного возраста, пола и роста); II степень АГ – при повышении среднего уровня САД и/или ДАД из трех измерений $>$ 99-го перцентиля более 5 мм рт. ст. для данного возраста, пола и роста)	I степень АГ, низкий риск (отсутствии факторов риска ССЗ, при отсутствии органических поражений), при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	<ul style="list-style-type: none"> <li>I степень АГ, высокий риск (при наличии факторов риска ССЗ, при отсутствии органических поражений).</li> <li>II степень АГ, низкий риск (отсутствии факторов риска ССЗ, при отсутствии органических поражений), при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой</li> </ul>	II степень АГ, высокий риск (при наличии факторов риска ССЗ) и/или при наличии сопутствующих ССЗ и/или неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Строго индивидуально при наличии органических поражений
Гипертоническая болезнь		ГБ I стадии, низкий риск (отсутствии факторов риска ССЗ, при отсутствии изменений в органах-мишенях), при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	ГБ I стадии, высокий риск (при наличии факторов риска ССЗ, при отсутствии изменений в органах-мишенях)	ГБ II стадии. При наличии поражений в органах-мишенях
Первичная артериальная гипотензия (при снижении систолического АД ниже 80 мм рт. ст. у 8–12-летних и ниже 90 мм рт. ст. у 13–17-летних)	Физиологическая гипотония, при отсутствии органических поражений и сопутствующих ССЗ, отсутствии жалоб (на повышенную утомляемость, сердцебиения, головокружения), при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При наличии жалоб на повышенную утомляемость и головокружения, при отсутствии органических поражений и сопутствующих ССЗ и/или при удовлетворительной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При наличии жалоб на повышенную утомляемость, сердцебиения, головокружения при отсутствии органических поражений или сопутствующих ССЗ и/или неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При наличии жалоб на повышенную утомляемость, сердцебиения, головокружения при наличии органических поражений

## Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
Нарушения сердечного ритма (синусовая аритмия, тахикардия, брадикардия, единичная желудочковая или узловая экстрасистолия) и проводимости функционального генеза (вагусная АВ-блокада I степени, неполная блокада правой ножки пучка Гиса)	Умеренная синусовая аритмия, тахикардия, брадикардия, функциональные нарушения проводимости при отсутствии заболеваний сердца и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Умеренная синусовая аритмия, тахикардия, брадикардия, функциональные нарушения проводимости при отсутствии заболеваний сердца и удовлетворительной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	<ul style="list-style-type: none"> <li>Умеренная синусовая аритмия, тахикардия, брадикардия, функциональные нарушения проводимости при отсутствии заболеваний сердца и неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой</li> <li>Выраженные нарушения ритма и при отсутствии заболеваний сердца</li> </ul>	Строго индивидуально при наличии органических поражений
Стойкие нарушения ритма и проводимости сердца (аритмии, требующие антиаритмической терапии, синдром WPW, постоянные или интермиттирующие формы АВ-блокады I и II степени, полные блокады ножек пучка Гиса, синдром слабости синусового узла, политопная желудочковая экстрасистолия)		Основная и подготовительная группы не назначаются	При отсутствии недостаточности коронарного и общего кровообращения	При наличии недостаточности коронарного и общего кровообращения
Малое сердце (гипоэволютивная форма сердца)		При отсутствии органических поражений и сопутствующих ССЗ и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При отсутствии органических поражений и сопутствующих ССЗ и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой и неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При наличии органических поражений

Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
<i>Органы дыхания</i>				
Хронический бронхит, простой, слизисто-гнойный, обструктивный, эмфизематозный неуточненный		Строго индивидуально	При ремиссии не менее 3-х месяцев и отсутствии клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем организма	Не менее 3-х месяцев после окончания обострения при наличии мало выраженных клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем организма
Астма бронхиальная	Не ранее, чем через 2 года после последнего приступа, при отсутствии вторичных изменений в легких и явлений дыхательной недостаточности в покое и при физических нагрузках, при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой (кроме астмы физического напряжения)	Не ранее, чем через 1 год после последнего приступа, при отсутствии вторичных изменений в легких и явлений дыхательной недостаточности в покое и при физических нагрузках, при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой (кроме астмы физического напряжения)	При отсутствии явления дыхательной недостаточности в покое, если приступы протекают не тяжело и бывают не чаще двух раз в год при приеме лекарственных средств	При вторичных изменениях в легких, при явлениях дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности, при тяжелом течении и астме физического напряжения
Гипертрофия аденоидов	При гипертрофии аденоидов I степени, при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При аденоидах I-II и II степени при отсутствии нарушений носового дыхания и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При аденоидах I-II и II степени при отсутствии нарушений носового дыхания и/или неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой</li> <li>• При III степени при отсутствии нарушений носового дыхания и удовлетворительной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой</li> </ul>	При аденоидах III степени и невозможности дышать носом

## Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
Гипертрофия миндалин	При гипертрофии миндалин I и II степени и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При гипертрофии миндалин II степени и при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При гипертрофии миндалин III степени	
Тонзиллит хронический		При компенсированной форме и при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При субкомпенсированной форме	При декомпенсированной или токсико-аллергической форме
Хронический ларингит		При полной ремиссии и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При неполной ремиссии	
Искривление носовой перегородки	При отсутствии нарушений носового дыхания и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При отсутствии нарушений носового дыхания и неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При затруднении носового дыхания	
Хронический фарингит		При полной ремиссии и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При неполной ремиссии	
Ринит хронический	При полной ремиссии и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При неполной ремиссии при аллергическом рините и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При неполной ремиссии	
Рецидивирующие носовые кровотечения	При редких необильных носовых кровотечениях, при отсутствии органической патологии, их обуславливающих	При частых необильных носовых кровотечениях, при отсутствии органической патологии, их обуславливающих	При частых обильных носовых кровотечениях, при отсутствии органической патологии, их обуславливающих	При наличии органической патологии, их обуславливающих

Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
<i>Ухо и сосцевидный отросток</i>				
Отит хронический		При полной ремиссии и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При неполной ремиссии и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	
<i>Орган зрения</i>				
Миопия, гиперметропия, астигматизм	При миопии или гиперметропии слабой степени, простом астигматизме: при остроте зрения не менее 0,9 (с коррекцией) и степени аномалии рефракции менее $\pm 3,0D$ при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При миопии или гиперметропии средней степени, сложном астигматизме: при остроте зрения 0,5 и выше (с коррекцией) и степени аномалии рефракции менее $\pm 3,0D$ и независимо от остроты зрения при степени аномалии рефракции от 4,0 до 6,0 D при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При миопии или гиперметропии высокой степени, смешанном астигматизме, при степени аномалии рефракции $\pm 7,0D$ и более и независимо от остроты зрения	При наличии изменений глазного дна строго индивидуально
Косоглазие	При аккомодационном косоглазии без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1,0 без нарушения бинокулярного зрения и при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При неаккомодационном косоглазии с амблиопией при остроте зрения с коррекцией не менее 0,7 с нарушения бинокулярного зрения и при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой		

## Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
<i>Органы пищеварения</i>				
Функциональные расстройства желудка и кишечные нарушения	При отсутствии жалоб и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При наличии жалоб		
Хронический гастрит, гастродуоденит, энтероколит, колит	При полной ремиссии не менее 2 лет и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При полной ремиссии не менее 1 года и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При полной ремиссии менее 1 года	При неполной ремиссии
Эрозивный гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки		При полной ремиссии не менее 1 года и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При полной ремиссии через 6 месяцев после окончания лечения	При неполной ремиссии и первые 6 месяцев после окончания лечения
Хронический холецистит	При полной ремиссии не менее 2 лет и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При полной ремиссии не менее 1 года и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При полной ремиссии не менее 2 месяцев	При неполной ремиссии
Дискинезия желчного пузыря и пузырного протока	При полной стойкой ремиссии и благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При полной ремиссии и неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При неполной ремиссии	
<i>Органы мочеполовой системы</i>				
Доброкачественная протеинурия при отсутствии заболеваний почек (физиологическая, ортостатическая)		При сохранении функции почек, благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При сохранении функции почек, неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	
Гломерулярные болезни (гломерулонефрит)			При полной ремиссии не менее 1 года при компенсированной почечной функции	При неполной ремиссии



Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
Туболоинтерстициальные болезни (пиелонефрит хронический – первичный, вторичный, интерстициальный нефрит обменного генеза и др.)		При стойкой и полной ремиссии при компенсированной почечной функции, благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При стойкой и полной ремиссии не менее 1 года и компенсированной почечной функции	При неполной ремиссии
Врожденные пороки развития почек и мочевыводящих путей (ротация почек, дистопия почек, небольшая пиелоектазия, подвижность почек)		При сохранении функции почек и отсутствии мочевого синдрома, благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При сохранении функции почек и наличии мочевого синдрома	Строго индивидуально при хронической почечной недостаточности
Нарушения менструального цикла в период становления менструальной функции (ювенильные маточные кровотечения, дисменорея, аменорея и др.)		При отсутствии воспалительных процессов, органических заболеваний матки, дефектов гемостаза, благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При отсутствии воспалительных процессов, органических заболеваний матки, дефектов гемостаза, благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При наличии органических заболеваний матки, дефектов гемостаза
<i>Эндокринная система, расстройства питания</i>				
Увеличение щитовидной железы	Увеличение I-II степени без нарушения функции при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Увеличение III-IV степени без нарушения функции при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Увеличение I-IV степени с нарушением функции в стадии компенсации	Увеличение I-IV степени с нарушением функции (гипо- или гипертиреоз) в стадии субкомпенсации
Ожирение экзогенно-конституциональное I-IV степени (превышение массы тела за счет жировоголожения на 20% и более) при значении индекса Кетле, соответствующем 30 кг/м <sup>2</sup> и более для возраста и пола		Ожирение I степени при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Ожирение II степени при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Ожирение III-IV степени

## Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготовительная	Специальная «А»	Специальная «Б»
Сахарный диабет		Строго индивидуально	Строго индивидуально	Строго индивидуально
<i>Костно-мышечная система</i>				
Нарушение осанки	Незначительные отклонения осанки при отсутствии рентгенологических признаков изменений позвоночника	Значительные нарушения осанки в одной плоскости при отсутствии рентгенологических изменений позвоночника	Значительные нарушения осанки в двух плоскостях при отсутствии рентгенологических изменений позвоночника	Значительные нарушения осанки при наличии рентгенологических изменений позвоночника
Сколиоз		I степень	I степени при прогрессировании заболевания, II степень	III степень
Кифоз, лордоз		При стабилизации процесса и отсутствии осложнений	При прогрессировании заболевания и наличии осложнений	Остеохондропатия (юношеский кифоз)
Плоскостопие		I степень	II степень, III степень при отсутствии болевого синдрома и плоско-вальгусные стопы	III степень с болевым синдромом
<i>Кожа и подкожная клетчатка</i>				
Атопический дерматит	При легком течении и полной ремиссии	При неполной ремиссии и ограниченной форме	При неполной ремиссии и распространенной форме	При неполной ремиссии, распространенной форме и осложненном течении

Приложение 1 (продолжение)

	Медицинская группа			
	Основная	Подготови- тельная	Специальная «А»	Специальная «Б»
<i>Нервная система, психические расстройства</i>				
Расстройства вегетативной (автономной) нервной системы. Синдром вегетативной дисфункции		При вегетативной лабильности (повышенной потливости, дермографизме, тахикардии, игре вазомоторов), характерной для препубертатного и пубертатного периодов, но при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При вегетативной дисфункции, сопровождающейся невротическими и невротоподобными расстройствами, выражающимися перманентными или кризоподобными вегетативными либо соматовегетативными нарушениями при удовлетворительной или неблагоприятной реакции (гипертензивный или астенический тип реакции)	
Невропатия, астеноневротический и цереброастенический синдром, невроз (астенический, истерический, навязчивых состояний) логоневроз, энурез, тики, моторная навязчивость			Решается индивидуально при благоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	Назначается при удовлетворительной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой
Астенические состояния		При легких астенических проявлениях (утомляемости, головных болях, раздражительности, плаксивости, поверхностном сне и др.), исчезающих после непродолжительного отдыха, нормализации режима учебы и сна, при удовлетворительной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой	При тех же клинических показателях, но при удовлетворительной или неблагоприятной реакции на пробу с дозированной физической нагрузкой (астенический тип реакции)	При клинически очерченном астеническом состоянии (колебаниях настроения, раздражительности или вялости и апатии, снижении умственной работоспособности, рассеянности и быстром истощении внимания, метеотропности, нарушениях сна и аппетита)

## Приложение 2

### Определение типа реакции кардио-респираторной системы На дозированную физическую нагрузку

Определение типа реакции кардио-респираторной системы на дозированную физическую нагрузку проводится по результатам функциональной пробы Мартине-Кушелевского (далее – пробы).

Обследование проводится в первой половине дня не ранее чем через 1 час после физической нагрузки или контрольных работ, приема пищи, пребывания на воздухе, в тихой и спокойной обстановке при комфортной температуре. Присутствие посторонних лиц (педагоги, родители, обучающиеся других классов и т. д.) в кабинете недопустимо. Мальчики и девочки должны проходить процедуру проведения проб раздельно. Для снижения психоэмоционального напряжения каждому обучающемуся необходимо объяснить цель обследования.

Обучающиеся, имеющие противопоказания к занятиям физической культурой (п. 3.2.1), а также с артериальным давлением (АД) 95-го перцентилиа и выше к проведению пробы не допускаются.

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.

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 2000 г., 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», т. е. до 14 лет не достает пяти месяцев – возраст ребенка на момент осмотра 13 лет 7 месяцев.

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

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 брадикардия	Умеренная брадикардия	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 давления*

В связи с отсутствием ртутных сфигмоманометров, 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. 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 мин. 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*

Оценка АД проводится в соответствии с Российскими рекомендациями по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте [5]. Для оценки АД используют процентильное распределение показателей САД и ДАД детей в популяции с учетом возраста, пола и роста.

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  $\geq 90$  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 перцентиль 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.

Результаты исследования при оценке АД фиксируют в Протоколе № 6. В графу «Оценка АД» следует вносить «нормальное АД», «высокое нормальное АД» и «артериальную гипертензию (АГ) 1-й либо 2-й степени»

### *Определение типа реакции кардио-респираторной системы на дозированную физическую нагрузку.*

Перед проведением пробы у обследуемого подсчитывают ЧСС за 10 с в положении сидя и регистрируют АД. Затем ребенок, не снимая манжеты, выполняет физическую нагрузку в виде 20 глубоких приседаний за 30 с. Очень важным является качество выполнения физической нагрузки и контроль темпа движений. Необходимо следить за тем, чтобы нагрузка была проведена точно в течение 30 с (одно приседание за 1,5 с) и приседания были достаточно глубокими. При каждом приседании обследуемый вытягивает руки вперед, при вставании – опускает вниз.

После нагрузки в течение первых 10 с подсчитывается ЧСС, затем измеряется АД. На протяжении 2-й и 3-й минуты исследование ЧСС повторяется и продолжается до восстановления пульса, затем производят измерение АД.

Значения ЧСС, зарегистрированные электронным тонометром при измерении АД, при анализе не учитываются.

Тип реакции кардио-респираторной системы на дозированную физическую нагрузку устанавливается на основании анализа изменений значений АД и ЧСС в соответствии с таблицей 3. Тип реакции следует считать удовлетворительным, если один или более показателей (ЧСС, динамика САД, ДАД, время восстановления реакции) является удовлетворительным при соответствии других показателей благоприятной реакции. Тип реакции следует считать неблагоприятным, если один или более показателей (ЧСС, динамика САД, ДАД, время восстановления реакции) является неблагоприятным при соответствии других показателей благоприятной либо удовлетворительной реакции.

Результаты исследования при определении реакции на дозированную физическую нагрузку заносят в Протокол № 7. В графе «Оценка ПМ» отмечают реакцию («Б» – благоприятная реакция, «У» – удовлетворительная реакция, «Н» – неудовлетворительная реакция).

Оценка артериального давления

\_\_\_\_\_, обучающегося \_\_\_\_\_ класса  
 (фамилия, имя, отчество обучающегося)

Рост, см	Систолическое АД, мм рт. ст.			Диастолическое АД, мм рт. ст.				
Процентиль роста	САД в покое 1		Процентиль	Оценка	ДАД в покое 1		Процентиль	Оценка
	САД в покое 2				ДАД в покое 2			
	САД в покое 3				ДАД в покое 3			
	Среднее САД				Среднее ДАД			
Оценка АД								

Таблица 3

Определение типа реакции кардио-респираторной системы  
 на дозированную физическую нагрузку

Оценка	Увеличение ЧСС, %	Систолическое АД	Диастолическое АД	Время восстановления, мин
Благоприятная	до 50	Увеличение от 6 до 25 мм рт. ст.	Без изменения или снижение до 20 мм рт. ст.	1–3
Удовлетворительная	от 51 до 100	Увеличение от 26 до 40 мм рт. ст.	Снижение более 20 мм рт. ст.	4–6
Неблагоприятная	более 100	Увеличение свыше 40 мм рт. ст. Без изменения или уменьшение	Увеличение более 5 мм рт. ст.	7 и более

Протокол № 7

Оценка функциональной пробы на дозированную физическую нагрузку

	ЧСС	Прирост, %	САД	Прирост, мм рт. ст.	ДАД	Прирост, мм рт. ст.
В покое		–		–		–
<i>после нагрузки</i>						
1 мин. восстановления						
2 мин. восстановления						
3 мин. восстановления						
4 мин. восстановления						
5 мин. восстановления						
6 мин. восстановления						
7 мин. восстановления						
Время восстановления						
Оценка ПМ (отметить)	Б		У		Н	

**Приложение 3****Противопоказания и ограничения к выполнению физических упражнений с учетом заболевания**

Болезни органов и систем организма	Противопоказания <sup>1</sup>	Ограничения <sup>2</sup>
Органы кровообращения (артериальная гипертензия, компенсированные пороки сердца и др.)	1–5	1–5
Органы дыхания (хр. бронхит, бронхиальная астма, рецидивирующие носовые кровотечения и др.)	1–5	1–5
Мочеполовая система (пиелонефрит, цистит, нарушения менструальной функции и др.)	1–3; 5; 6; 11	1–4; 6; 7
Органы пищеварения (хр. гастрит, хр. гастродуоденит, язвенная болезнь, пупочная грыжа и др.)	1–3; 5; 6	1–6; 8
Нервная система (эпилепсия, внутричерепная гипертензия, гипертензионно-гидроцефальный синдром и др.)	1–5; 7	1–6; 9
Костно-мышечная система (плоскостопие, сколиоз, лордоз, кифоз, выраженные нарушения осанки, в т.ч. кифосколиотическая осанка, плоская спина и др.)	1–3	1–4; 6
Органы зрения (миопия средней и высокой степени, гиперметропия средней и высокой степени, астигматизм и др.)	1–3; 5; 7–10	1–6
Эндокринная система (ожирение, сахарный диабет и др.)	1–3; 5; 6	1–6

**<sup>1</sup>Противопоказания:**

- 1 – физические нагрузки высокой интенсивности (бег в быстром темпе, прыжки в быстром темпе, эстафеты и др.);
- 2 – акробатические упражнения (кувырки вперед и назад, «мостик», «березка», стойка на руках и на голове и др.);
- 3 – упражнения на гимнастических снарядах, в т.ч. висы без опоры, подтягивание на перекладине, прыжки через коня (козла), упражнения на брусьях и кольцах и др.;
- 4 – упражнения, выполнение которых связано с длительной задержкой дыхания;
- 5 – упражнения, выполнение которых связано с натуживанием;
- 6 – упражнения, выполнение которых связано с интенсивным напряжением мышц брюшного пресса;
- 7 – упражнения, выполнение которых связано со значительным наклоном головы;
- 8 – упражнения, выполнение которых связано с запрокидыванием головы;
- 9 – упражнения, выполнение которых связано с резким изменением положения тела;
- 10 – упражнения, требующие напряжения органов зрения (упражнения в равновесии на повышенной опоре и др.);
- 11 – переохлаждение тела.

**<sup>2</sup>Ограничения:**

- 1 – продолжительные физические нагрузки средней интенсивности (бег трусцой, бег в умеренном темпе, подвижные игры и др.);
- 2 – физические упражнения, направленные на развитие общей и локальной выносливости, скоростно-силовых качеств;
- 3 – физические упражнения с длительным статическим напряжением мышц;
- 4 – физические упражнения на тренажерах (необходим индивидуальный подбор тренажера со строгим дозированием физических нагрузок);
- 5 – физические упражнения, вызывающие нервное перенапряжение;
- 6 – упражнения, сопровождающиеся значительным сотрясением тела (прыжки в высоту, с разбега, спрыгивания и др.);
- 7 – занятия плаванием;
- 8 – круговые движения туловища и наклоны, особенно вперед. Круговые движения головой, наклоны головы.



## Приложение 4

### 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	<ul style="list-style-type: none"><li>• Избыточное давление на шейный отдел позвоночника: компрессия межпозвоночных дисков, нервов и сосудов шеи; повышение внутричерепного давления.</li><li>• Высокий риск травмы шейного отдела позвоночника.</li></ul>
Упражнение «мостик»	<ul style="list-style-type: none"><li>• Переразгибание в шейном и поясничном отделе позвоночника с патологическим раздражением рецепторов; повышение внутричерепного давления.</li><li>• Высокий риск компрессии корешков спинномозговых нервов и сосудистых нарушений.</li></ul>
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"><li>• Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника, повышение артериального и внутричерепного давления.</li><li>• Риск нарушения кровообращения, травмы шейного отдела позвоночника и возникновения грыжи.</li></ul>
Высокоамплитудные и (или) резкие движения головой: круговые движения, повороты в стороны, наклоны, особенно запрокидывание головы назад	<ul style="list-style-type: none"><li>• Переразгибание в шейном отделе позвоночника с патологическим раздражением рецепторов.</li><li>• Высокий риск компрессии корешков спинномозговых нервов и сосудов шеи с последующими неврологическими и сосудистыми нарушениями.</li></ul>
Высокоамплитудные и (или) резкие движения туловища (круговые, наклоны), особенно с отягощением (утяжеленный мяч, гантели)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Избыточная нагрузка на связочно-мышечный аппарат позвоночника, повышение внутрибрюшного давления, особенно при резком глубоком наклоне вперед с выпрямленными ногами.</li><li>• Риск смещения межпозвоночных дисков и возникновения грыжи.</li></ul>
Глубокий прогиб туловища назад, в т. ч. из и.п. лежа на животе: упражнения «качалка», «лодочка», «лук»	<ul style="list-style-type: none"><li>• Разгибательная перегрузка шейного и поясничного отдела позвоночника, компрессия корешков спинномозговых нервов.</li><li>• Риск травмы связочно-мышечного аппарата позвоночника, возникновения неврологических и сосудистых нарушений.</li></ul>
Висы без опоры, подтягивание на перекладине и др. спортивных снарядах. Лазание по канату	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li></ul>
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"><li>• Избыточная нагрузка на поясничный отдел позвоночника: значительное растяжение связочно-мышечного аппарата позвоночника, сдавливание межпозвоночных дисков; повышение внутрибрюшного давления.</li></ul>

## Приложение 4 (Продолжение)

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

**Приложение 5**

**Внешние признаки утомления обучающихся  
в процессе занятий физической культурой**

Наблюдаемые признаки	Степень выраженности утомления	
	Небольшая	Средняя
Окраска кожи лица, шеи	небольшое покраснение лица	значительное покраснение лица
Потливость	незначительная	выраженная потливость лица
Характер дыхания	несколько учащенное, ровное	резко учащенное
Характер движений	бодрые, задания выполняются четко	неуверенные, нечеткие появляются дополнительные движения. У некоторых детей отмечается возбуждение, у других – заторможенность
Самочувствие	хорошее, жалоб нет	жалобы на усталость, отказ от дальнейшего выполнения заданий
Мимика	спокойное выражение лица	напряженное выражение лица
Внимание	четкое, безошибочное выполнение указаний	рассеянное, задания выполняются неточно



УТВЕРЖДЕНЫ  
Профильной комиссией  
Минздрава России  
по гигиене детей и подростков  
6 мая 2014 г.  
Протокол № 3

УТВЕРЖДЕНЫ  
на IV Конгрессе  
РОШУМЗ  
Санкт-Петербург  
16 мая 2014 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ  
ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ  
ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-12-2014

(версия 1.1)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** *Иваненко А.В., Хизгияев В.И., Брико Н.И., Кучма В.Р., Сафонкина С.Г.,  
Молдованов В.В., Омариев З.М., Гололобова Т.В., Миндлина А.Я.,  
Скоблина Н.А., Ямщикова Н.Л.*

Рекомендации «Противоэпидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях» содержат конкретные действия по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний обучающихся, гарантированно осуществляемые медицинскими организациями в соответствии с 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».

Содержат мероприятия, осуществляемые в повседневной деятельности образовательных организаций, в пред- и эпидемический периоды подъема инфекционной заболеваемости, особенно гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций, а также карантинные мероприятия.

Программы противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях включают мероприятия, воздействующие на источник инфекции, воздействующие на механизм передачи возбудителя инфекции и воздействующие на восприимчивые группы детского населения, а также организационную и санитарно-просветительную работы, повышение квалификации медицинского персонала и педагогических работников.

Представлена организация дезинфекции в образовательных организациях.

Использование рекомендаций «Противоэпидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях» в практике работы школьного врача (фельдшера), медицинской сестры позволит снизить риск возникновения и распространения инфекционных болезней в образовательной организации.

Рекомендации «Противоэпидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Минздрава России по гигиене детей и подростков (Протокол №4 от 6 мая 2014 г.), Президиумом РОШУМЗ (Протокол №18 от 6 мая 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;
- *Онищенко Г.Г.* О мерах по обеспечению биологической безопасности на территории Российской Федерации. Журнал микробиологи. 2008; 5: 54–57.
- *Брико Н.И., Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Омариев З.М.* Инфекционная заболеваемость детей и подростков и санитарно-эпидемиологическое благополучие образовательных учреждений. Российский педиатрический журнал. 2012; 2: 40–44.

### **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 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 рекомендаций была размещена 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, которые дали комментарии, прежде всего, о доходчивости и точности 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**

Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется путем разработки и реализации системы правовых, экономических, социальных и медицинских мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление инфекционных заболеваний и является задачей органов государственной власти и местного самоуправления, работодателей, медицинских организаций, общественных объединений.

В общей структуре инфекционной заболеваемости в России доля гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) превышает 90%, с ними связан целый ряд медицинских и социально-экономических проблем. На протяжении последних лет отмечается тенденция роста заболеваемости ОРВИ. В Российской Федерации эпидемический подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ регистрируется в осенне-зимний период. При этом рост заболеваемости гриппом и ОРВИ населения в большинстве субъектов Российской Федерации обусловлен преимущественно заболеваемость детей дошкольного возраста.

Противоэпидемические мероприятия осуществляются при превышении недельных эпидемических порогов в целом по населению субъекта Российской Федерации.

Противоэпидемические мероприятия можно определить как совокупность обоснованных на данном этапе развития науки рекомендаций, обеспечивающих предупреждение инфекционных заболеваний среди отдельных групп населения, снижение заболеваемости совокупного населения и ликвидацию отдельных инфекций. Противоэпидемические мероприятия проводят в случае возникновения (выявления) инфекционной болезни, профилактические – постоянно, независимо от наличия или отсутствия инфекционного больного.

В последние годы вследствие ряда объективных социально-экономических причин заболеваемость населения паразитарными болезнями в Российской Федерации возрастает. Этому, в том числе, способствуют интенсивные миграционные процессы и завоз тропических болезней из стран дальнего зарубежья. Группа гельминтозов формируется в основном за счет контагиозных гельминтозов, распространенных среди детей образовательных организаций. Наиболее часто в крупные города из различных регионов и стран завозятся аскаридоз, дифиллоботриоз, тениаринхоз, трихинеллез, описторхоз, эхинококкозы.

Вследствие высокой численности собак в городах и несоблюдения правил их содержания значительно обострилась проблема токсокароза. Загрязненность почвы возбудителями гельминтозов животных в мегаполисах может достигать 13%.

Образовательные организации являются организациями с высоким риском возникновения и распространения различных инфекционных болезней (микробных, вирусных, гельминтных, паразитарных); от качества проведения профилактических мероприятий в них во многом зависит эпидемическое благополучие на конкретной территории.

Ответственность за выполнение комплекса санитарно-гигиенических и дезинфекционных мероприятий, направленных на профилактику и борьбу с инфекционными заболеваниями в детском коллективе, несет руководитель детской образовательной организации.

В дошкольных образовательных, общеобразовательных организациях, учреждениях начального и среднего профессионального образования должны обеспечиваться условия, предупреждающие возникновение и распространение инфекционных болезней в соответствии с санитарными правилами.

Медицинские работники отделений медицинской помощи обучающимся обязаны выявлять больных инфекционными болезнями и лиц с подозрениями на инфекционные болезни, а также носителей возбудителей инфекционных болезней.

### **3. Программа противоэпидемических и профилактических мероприятий**

Медицинские работники отделения медицинской помощи обучающимся проводят противоэпидемические и профилактические мероприятия по следующим направлениям:

- 1) мероприятия в отношении источника инфекции, направленные на его обезвреживание (или устранение);
- 2) мероприятия в отношении механизма передачи, проводимые с целью разрыва путей передачи;
- 3) мероприятия по повышению невосприимчивости подрастающего поколения;



4) организационная и санитарно-просветительская работа, повышение квалификации.

### **3.1. Профилактические мероприятия, воздействующие на источник инфекции**

К ним относятся диагностические, изоляционные, лечебные, режимно-ограничительные.

Выявление больных и носителей осуществляется при приеме обучающихся, воспитанников, при проведении профилактических медицинских осмотров, при проведении медицинских осмотров по эпидемическим показаниям.

Диагностика инфекционных болезней осуществляется клиническими и лабораторными методами.

Клиническая диагностика проводится на основании анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, жалоб, симптомов, данных осмотра с учетом возможности стертых, атипичных форм заболевания.

При сборе эпидемиологического анамнеза устанавливают (с указанием места и времени) наличие контакта с больным или носителем, употребление сырой воды, подозрительных продуктов питания, контакта с больным животным или сырьем животного происхождения, травм, ран, инъекций, гинекологических, стоматологических, хирургических вмешательств и других.

Лабораторная диагностика проводится на основании результатов специфических для данного заболевания микробиологических, биохимических и других видов исследований биологических материалов.

Особое значение ежедневный опрос и осмотр детей в образовательных организациях на предмет наличия инфекционных заболеваний имеет в пред- и эпидемический периоды. В это время необходимо также содействовать обеспечению организации забора материала от больных гриппом и ОРВИ в организованных коллективах.

О каждом случае инфекционной болезни, носительстве возбудителей инфекционных болезней или подозрении на инфекционную болезнь медицинский работник в течение 2-х часов сообщает по телефону, а затем в течение 12-ти часов в письменной форме посылает экстренное извещение по установленной форме в территориальное учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного).

Госпитализация больных осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям в соответствии и действующими санитарно-эпидемиологическими правилами. При одних инфекциях (особо опасные инфекции, брюшной тиф, вирусный гепатит В и др.) госпитализация выявленных больных обязательна, при других (шигеллезы, эшерихиоз, корь, ветряная оспа и др.) – допускается изоляция больных детей на дому.

Лица, общавшиеся с больными по месту жительства, учебы, по эпидемическим показаниям подлежат медицинскому наблюдению, лабораторному обследованию и экстренной профилактике.

К важным профилактическим мероприятиям при многих инфекционных болезнях (брюшной тиф, острые кишечные инфекции, дифтерия, стрептококковая (группы А) инфекция и др.) относится активное выявление бактериовыделителей и их санация. Выявление бактериовыделителей проводится в очаге

инфекции, среди реконвалесцентов при выписке и в отдаленные сроки после нее, а также среди лиц декретированных профессий (работники образовательных организаций, пищеблоков). Временное отстранение от работы и бактериологическое обследование бактериовыделителей осуществляется в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами.

Плановые профилактические обследования на контактные гельминтозы и кишечные протозоозы детей и педагогических работников проводят 1 раз в год (после летнего периода, при формировании коллектива) и (или) по эпидемическим показаниям по согласованию с территориальными учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы.

Обследованию на гельминтозы и кишечные протозоозы подлежат:

- дети, посещающие дошкольные образовательные организации;
- персонал дошкольных образовательных организаций;
- обучающиеся младших классов;
- дети, подростки по эпидемическим показаниям (часто болеющие острыми кишечными инфекциями, проживающие в антисанитарных условиях, социально неблагополучных семьях и т. п.);
- дети и подростки, оформляющиеся в образовательные организации.

Осмотру на педикулез и чесотку подлежат:

- дети, проживающие в детских домах, домах ребенка, обучающиеся школ-интернатов – еженедельно;
- дети, вновь поступившие в образовательные организации или возвращающиеся после длительного (более недели) отсутствия;
- обучающиеся общего и профессионального образования – ежеквартально после каникул и ежемесячно выборочно (4–5 групп), а также за 10–15 дней до окончания учебного года.

Результаты осмотра на педикулез и чесотку регистрируются в медицинских документах.

Предупреждению дальнейшего распространения возникших в коллективе инфекционных заболеваний служат режимно-ограничительные мероприятия, проводимые в отношении лиц, контактировавших с больными и подвергшихся риску заражения. Контактные лица рассматриваются как потенциальный источник инфекции, поскольку они могут быть заражены и находиться в периоде инкубации или являться выделителями возбудителей.

Содержание режимно-ограничительных мероприятий зависит от характера инфекции, профессиональной принадлежности контактных лиц и др. Они включают медицинское наблюдение, разобщение и изоляцию.

Дети, посещающие образовательные организации, или взрослые, работающие в детских учреждениях, подлежат разобщению. Сроки и характер разобщения различаются при разных инфекционных болезнях, и определяются соответствующими санитарно-эпидемиологическими правилами.

Детей, больных энтеробиозом, являющихся источниками распространения гельминтоза, не допускают в дошкольные образовательные организации на период лечения и проведения контрольного обследования, при гименолепидозе – на период лечения.

При плановых профилактических обследованиях детей в образовательных организациях и выявлении 20% и более зараженных энтеробиозом детей на период лечения из детского коллектива не отстраняют. Химиофилактику

энтеробиоза проводят одновременно всем детям и персоналу в соответствии с нормативными документами. На период проведения химиопрофилактики новых детей или длительно отсутствовавших в детский коллектив не принимают.

При обнаружении чесотки у обучающихся их отстраняют от посещения образовательной организации на время проведения лечения. Персистирующая скабиозная лимфоплазия кожи после терапии не является противопоказанием допуска детей в образовательные организации.

Дети допускаются в коллектив при наличии справки от педиатра или дерматолога, после обработки волосистой части головы педикулицидными средствами.

Мероприятия по профилактике тосокароза включают:

- недопущение выгула собак на территории образовательных организаций;
- регулярную замену песка в детских песочницах (три раза в теплое время года) и предупреждение загрязнения их собаками и кошками, что подтверждается наличием соответствующих договоров и актов выполненных работ;
- санитарную очистку территорий вокруг образовательных организаций.

К профилактическим мероприятиям в отношении источника инфекции при зоонозах относятся санитарно-ветеринарные мероприятия по их оздоровлению. В тех случаях, когда источником инфекции служат синантропные животные – грызуны (мыши, крысы), проводится дератизация. Изоляция больных и разобщение проводится только в том случае, если человек является источником возбудителя при данной зоонозной инфекции.

### **3.2. Противоэпидемические, профилактические мероприятия воздействующие на механизм передачи возбудителя**

Профилактические мероприятия, направленные на второе звено эпидемического процесса, включают санитарно-гигиенические, дезинфекционные, дератизационные и дезинсекционные.

Скученность и переполненность в образовательных организациях оказывают существенное влияние на распространение инфекционных болезней с разным механизмом передачи. В связи с этим крайне важно для предупреждения возникновения вспышек инфекционных болезней соблюдение гигиенических нормативов в отношении численности детей в образовательных организациях, предусмотренных соответствующими санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами.

В период эпидемического подъема заболеваемости применяются ограничительные меры, в том числе практика приостановления учебно-воспитательного процесса в образовательных организациях, отмена массовых мероприятий (культурных и спортивных), осуществляются проверки по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима, информирование обучающихся, их родителей и педагогических работников о мерах личной и общественной профилактики заболеваний гриппом и ОРВИ.

При кишечных инфекциях с фекально-оральным механизмом передачи (брюшной тиф, шигеллезы, вирусный гепатит А, и др.) основными факторами передачи возбудителя служат вода, пища и предметы обихода. При этом в детских образовательных организациях наиболее активным является контактно-бытовой путь передачи. В профилактике этих инфекций большее значение имеют санитарно-технические и санитарно-гигиенические мероприятия, а также комплекс профилактических дезинфекционных мероприятий.

Мероприятие, воздействующие на пути передачи возбудителей, – дезинфекция: профилактическая и очаговая, последняя, в свою очередь включает текущую и заключительную.

Дезинфекция может осуществляться различными методами: механическим, физическим, химическим.

Механический метод дезинфекции основан на удалении с объектов микроорганизмов, включая патогенные и условно-патогенные. Это достигается путем фильтрации воздуха (воды) через фильтры, изготовленные из специальных материалов; обработки твердых и мягких поверхностей пылесосом, путем механической очистки объектов и др.

Физический метод дезинфекции обеспечивает гибель микроорганизмов за счет антимикробного действия физических дезинфицирующих агентов. К ним относятся высокая температура, ультрафиолетовое излучение.

Химический метод дезинфекции основан на применении дезинфицирующих средств, содержащих активно действующие вещества различных химических групп.

Профилактическая дезинфекция проводится регулярно, независимо от наличия инфекционных заболеваний (при отсутствии выявленного источника инфекции), и имеет целью предупреждение их возникновения и распространения, накопления возбудителей этих заболеваний или их переносчиков на объектах окружающей среды. Профилактическая дезинфекция проводится там, где источник инфекции не выявлен, но есть условия для распространения инфекции. Она осуществляется как плановое мероприятие или по санитарно-гигиеническим и эпидемиологическим показаниям.

Плановая профилактическая дезинфекция проводится систематически в целях поддержания минимального уровня контаминации микроорганизмами объектов внешней среды в образовательных организациях для предотвращения возникновения очагов инфекционных заболеваний и создания благоприятных условий жизнедеятельности населения.

Профилактическая дезинфекция по санитарно-гигиеническим показаниям проводится в учреждениях, организациях, находящихся в неудовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии, которое определяют специалисты Роспотребнадзора.

Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с целью предупреждения проникновения инфекционного агента в детские коллективы, в учреждениях, на территориях и т. д., где это заболевание отсутствует, но имеется угроза его заноса извне.

Необходимость проведения профилактической дезинфекции по эпидемиологическим показаниям определяется соответствующими специалистами учреждений, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор (эпидемиологами).

На применяемое дезинфекционное средство необходимо иметь наличие Свидетельство о государственной регистрации, декларация о соответствии и инструкция по применению.

Мероприятия по профилактической дезинфекции осуществляют организации, занимающиеся дезинфекционной деятельностью, специально обученный персонал детских организаций.

Дезинфицирующие средства всегда хранят закрытыми в специально отведенном сухом, прохладном помещении недоступном для детей (на складе).

Дезсредства необходимо хранить в упаковке производителя – емкостях с этикеткой, так как переливать концентрат дезсредства и хранить его в непредназначенной для этих целей емкости не допускается.

Меры предосторожности при проведении дезинфекционных мероприятий и первой помощи при случайном отравлении изложены для каждого конкретного дезинфицирующего средства в инструкции по применению.

Текущая дезинфекция проводится персоналом учреждения непосредственно в окружении больного. Больного ребенка или подозрительного на заболевание немедленно изолируют в комнату-изолятор, где проводят текущую дезинфекцию в течение всего времени его пребывания там с использованием дезинфекционных средств в соответствии с инструкцией по их применению.

Заключительная дезинфекция в детском учреждении направлена на уничтожение возбудителя инфекционного начала в очаге после госпитализации или в других случаях его убытия. Проводится, как правило, однократно, и должна начинаться немедленно после эвакуации инфекционного больного.

В тех помещениях, которые посещал больной, проводят профилактическую дезинфекцию, которую осуществляют так же, как текущую дезинфекцию.

Дезинфекционные мероприятия в детских образовательных организациях проводятся в отношении объектов наиболее часто и массивно обсемененных патогенными и условно-патогенными микроорганизмами с учетом их устойчивости и длительности выживания во внешней среде, механизмов передачи, устойчивости к лечебным и дезинфицирующим средствам. В местах общего пользования (в санузлах) тщательно обеззараживают водопроводные краны, кнопки, клавиши и др. устройства смывных бачков, к которым прикасаются руками дети.

Необходимость проведения дезинфекции определяется действующим санитарным законодательством в зависимости от инфекции.

В комнате для приема детей термометры хранят в чистой емкости с крышкой. После использования их дезинфицируют. Деревянные шпатели после использования обеззараживают и утилизируют; металлические – обеззараживают.

При выполнении дезинфекции особое внимание обращают на проветривание помещений, обработку посуды, игрушек, предметов обстановки в игровых, спальнях, дверные ручки, дверные полотна, подоконники, спинки кроватей, прикроватные тумбочки.

*При инфекциях дыхательных путей* (корь, краснуха, дифтерия, скарлатина, менингококковая инфекция, грипп и др.) проведение мероприятий для пресечения путей передачи возбудителя представляет большие трудности. Острые респираторные заболевания являются самыми контагиозными из всех поражающих человека инфекций и имеют весьма разнообразную этиологию. Передаче этих инфекций по воздуху способствуют микробные аэрозоли (капельная и ядерная фазы) и инфицированная пыль, поэтому предупредительными мерами являются санация воздушной среды помещений и применение масок и респираторов.

Средства индивидуальной защиты, в том числе для защиты верхних дыхательных путей используют в соответствии требованиями, изложенными в инструкции по применению каждого из них.

Регулярное проветривание помещений, обеззараживание воздуха УФ-излучением, в том числе УФ-облучателями рециркуляторного типа, и химическими средствами (при заключительной дезинфекции) способствуют снижению микробной контаминации.

Использование облучателей возможно в двух режимах:

- Облучатели закрытого типа – в присутствии людей для снижения уровня микробной обсемененности воздуха;
- Облучатели открытого типа – только в отсутствии людей (в качестве заключительного звена в комплексе санитарно-гигиенических мероприятий).

Ультрафиолетовое излучение, создаваемое бактерицидными ультрафиолетовыми лампами, эффективно, особенно в случаях высокой степени риска распространения заболеваний, передающихся воздушно-капельным и воздушно-пылевым путем.

Для обеззараживания воздуха в помещениях при условии отсутствия в них людей можно использовать дезинфектанты, предназначенные для снижения микробной обсемененности воздуха.

При выявлении в образовательной организации *инфекционного заболевания, передающегося фекально-оральным путем* медицинский персонал контролирует следующие меры:

- перед мытьем посуды персонал тщательно моет руки, используя специально выделенное мыло и полотенце;
- чайную посуду моют отдельно от столовой в двух водах при температуре 50-60°C;

– столовую посуду после механического удаления остатков пищи, а также ложки, вилки моют при температуре 60°C с каким-либо обезжиривающим средством (горчица, питьевая сода и др.), промывают водой во второй емкости (раковине) при температуре 60–70°C;

– вымытую посуду, вилки, ложки кипятят в течение 5 мин с момента закипания. При отсутствии условий для кипячения посуду после мытья погружают в раствор дезинфектанта, так чтобы вся она была покрыта раствором. При наличии дезинфицирующего средства с моющими свойствами посуду, освобожденную от остатков пищи, обеззараживают, погружая ее полностью в раствор дезинфектанта, затем моют в этом растворе. После этого посуду обмывают теплой водой и просушивают в вертикальном положении на специальных установках для сушки, не вытирая полотенцем;

– для обеззараживания столовой, чайной посуды, ложек, вилок и других предметов используют также воздушный стерилизатор (температура 160°C и экспозиция 30 мин). Вымытую посуду помещают в него в вертикальном положении;

– столы, клеенки обеденных столов, пластмассовые скатерти после каждого приема пищи моют горячим мыльным или 2%-м содовым раствором с помощью чистой ветоши.

#### *Карантинные мероприятия*

В детских организациях при регистрации инфекционного заболевания вводится карантин на период, равный инкубационному с момента изоляции больного.

Персонал должен работать в средствах индивидуальной защиты. Маски меняют каждые 4 часа, респираторы – ежедневно, после использования их обеззараживают и утилизируют. Маски и респираторы обеззараживают способом погружения в раствор одного из дезинфицирующих средств.

Дезинфекция при карантине проводится по типу и в объеме текущей дезинфекции. Помещения проветривают не менее 4-х раз в день. Обеззараживанию подлежат: посуда чайная и столовая, ветошь для ее мытья, столы, белье, поверх-



ности в помещениях, (пол, дверные полотна, ручки дверей, подоконники, спинки кроватей, прикроватные тумбочки и др.), игрушки, манежи, санитарно-техническое оборудование, санитарные комнаты, уборочный инвентарь.

При профилактической дезинфекции игрушки (пластмассовые, резиновые) моют горячей водой с мылом или в 2%-м содовом растворе в специальных маркированных тазках с помощью чистой прокипяченной ветоши или щеткой: в ясельных группах – 2 раза в день (в послеобеденное время и в конце дня) и в остальных группах – один раз в конце дня.

При текущей или заключительной дезинфекции их орошают со всех сторон из гидропульта (автоматка), либо погружают в растворы дезинфектанта так, чтобы игрушки не всплывали, для этого их придавливают чем-либо тяжелым.

После обеззараживания каждой игрушки ветошь прополаскивают в дезрастворе, а игрушки промывают проточной водой. Мягкие игрушки исключают из обихода, обеззараживают (камерная дезинфекция) или уничтожают (сжигание).

Полы, стены, предметы обстановки протирают ветошью, а мягкую мебель чистят щетками, смоченными в дезинфицирующем растворе.

Персонал обязан тщательно следить за чистотой своих рук и рук детей. Руки каждый раз моют двукратно теплой водой с мылом. Для мытья рук выделяют мыло (жидкое или в индивидуальной упаковке) для персонала (воспитателя, няни) и специально для детей, все пользуются индивидуальными полотенцами.

*Дезинсекцию и дератизацию* проводят специализированные организации дезинфекционного профиля в отсутствие детей и персонала, после окончания работы дошкольной образовательной организации, в санитарные или выходные дни на основании специальных договоров. Приманки размещают в местах, недоступных для детей. Раскладывают их на подложки и в специальные, доступные только для грызунов емкости, исключающие разнос яда животными и его попадание на пищевые продукты, медикаменты, предметы обихода.

### **3.3. Профилактические мероприятий, воздействующие на восприимчивые группы детского населения**

Важным звеном в формировании здоровья ребенка является безопасная иммунопрофилактика инфекционных заболеваний.

Иммунопрофилактика у детей и подростков осуществляется в плановом порядке и по эпидемическим показаниям. Тактика иммунопрофилактики регламентируется условиями национального и регионального календаря профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в которых строго определены сроки, схемы прививок, их последовательность и сочетания. Иммунопрофилактика организуется и проводится медицинскими организациями.

Расширение календаря профилактических прививок содействует профилактике ряда инфекционных заболеваний и приводит к улучшению здоровья и качества жизни детей, подростков и молодежи.

Сотрудники образовательных организаций относятся к профессиональным группам риска инфицирования и распространения инфекционных болезней и подлежат обязательной вакцинации как в плановом порядке, так и по эпидемическим показаниям в соответствии с национальным и региональным календарем профилактических прививок и календарями профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Ответственность за организацию и проведение профилактических прививок сотрудникам образовательных организаций несет руководитель организации.

Информация о количестве непривитых (в соответствии с национальным и региональным календарями) обучающихся и работников образовательной организации является необходимой для прогноза эпидемиологической ситуации и планирования профилактических мероприятий.

Искусственный пассивный иммунитет создается введением в организм препаратов, содержащих готовые антитела (иммунные сыворотки, иммуноглобулины). Это позволяет использовать иммунные сыворотки для профилактики инфекционных болезней в очаге инфекции (экстренная или постэкспозиционная специфическая профилактика), а также для лечения уже развившихся болезней.

Значение всех видов иммунопрофилактики заключается в снижении заболеваемости, а в случае развившейся инфекции – в более легком ее течении, и тем самым улучшении прогноза и снижении летальности.

#### **3.4. Проведение организационной и санитарно-просветительной работы: повышение квалификации**

При подготовке к эпидемическому сезону принимаются меры по укреплению материально-технической базы медицинских организаций (термометры, бактерицидные лампы), формированию запасов лекарственных препаратов (противовирусные препараты), дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты в соответствии с расчетной потребностью. Проверяется готовность к поддержанию необходимого температурного режима в образовательных организациях, а также по месту жительства обучающихся, проведению дезинфекции и режимов проветривания в соответствии с требованиями санитарного законодательства.

Врач, медицинская сестра проводят инструктаж сотрудников и учащихся образовательной организации по выполнению санитарно-гигиенических и дезинфекционных мероприятий, обеспечивающих полноту и надлежащее качество их проведения в детском учреждении, а также о необходимости своевременного мытья и обеззараживания рук.

Большую роль в профилактике инфекционных болезней играет санитарно-просветительная работа среди обучающихся, родителей и работников образовательных организаций.

В ходе подготовки в эпидемическому сезону проводится своевременное информирование обучающихся, их родителей и работников образовательных организаций о мерах индивидуальной и общественной профилактики гриппа и других ОРВИ, необходимости своевременного обращения за медицинской помощью в случае появления признаков заболеваний; обучение персонала дошкольных и общеобразовательных организаций мерам профилактики гриппа.

Выбор предупредительных и противоэпидемических мер, определение их направленности строится с учетом биологических свойств возбудителей инфекционных заболеваний и конкретных социально-экономических и природных условий той или иной административной территории. Задачей медицинских работников является информирование обучающихся, педагогических работников о каждой инфекции.

В целях достижения эффективности санитарно-просветительской работы по предупреждению острых кишечных инфекций разъясняется сущность фекально-орального механизма передачи возбудителей заболеваний, что способствует выработке гигиенических навыков у населения и формирования осознанности обязательного выполнения их.



Санитарно-просветительскую работу с родителями лучше всего проводить в форме бесед во время ежедневных утренних приемов детей, а так же на родительских собраниях.

Для повышения эффективности санитарно-просветительной работы в образовательных организациях необходимо постоянно путем анкетирования выявлять уровень знаний и навыков учащихся, в области личной и общественной профилактики инфекционных заболеваний.

Главным условием профилактики педикулеза является соблюдение правил личной гигиены:

- мытье тела не реже 1 раза в 7–10 дней со сменой нательного и постельного белья;
- регулярная стрижка;
- ежедневное расчесывание волос головы;
- стирка постельных принадлежностей;
- регулярная уборка жилых помещений;
- периодический осмотр волос и одежды у детей, посещающих образовательные организации;
- взаимные осмотры членов семьи после их длительного отсутствия.

При обнаружении *Pediculus humanus* в любой стадии развития (яйцо, личинка, взрослое насекомое) дезинсекционные мероприятия проводят одновременно, уничтожая их непосредственно как на теле человека, так и на его белье, одежде и прочих вещах и предметах.

Вопросы профилактики инфекционных болезней включаются в программы обучения и воспитания, квалификационные требования при проведении аттестации работников.

Медицинские работники также проходят подготовку и повышение квалификации по вопросам клиники, диагностики, эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней.

#### **4. Показания и противопоказания**

Противоэпидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях проводятся в обязательном порядке в соответствии с действующим санитарным законодательством. Противопоказаний нет.

#### **5. Материально-техническое обеспечение профилактики**

Градусники, запасы лекарственных препаратов (противовирусные препараты), дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты, ультрафиолетовые облучатели воздуха.

#### **6. Форма учета результатов контроля**

Каждый случай инфекционной болезни или подозрения на это заболевание, а также носительства возбудителей инфекционных болезней регистрируется и учитывается в журнале учета инфекционных заболеваний установленной формы.

Журнал учета карантинных мероприятий обучающихся.

Журнал учета результатов осмотра обучающихся на педикулез.

Журнал контроля за состоянием здоровья за контактными в группе обучающихся.

Журнал контроля за санитарно-эпидемиологическим состоянием помещений образовательной организации.

Журнал учета сообщений и экстренных извещений территориального учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы о случае инфекционной болезни, носительстве возбудителей инфекционных болезней или подозрении на инфекционную болезнь

## **7. Список нормативных и методических документов**

1. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
2. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
3. Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (СП 3.1.2.3117-13).
4. Профилактика дифтерии (СП 3.1.2.3109-13).
5. Профилактика коклюша (СП 3.1.2.3162-14).
6. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита (СП 3.1.2.952-11).
7. Профилактика менингококковой инфекции (СП 3.1.2.2512-09)<sup>#</sup>.
8. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции (СП 3.1.2.3149-13).
9. Профилактика острых кишечных инфекций (СП 3.1.1.3108-13).
10. Профилактика сальмонеллеза (СП 3.1.7.2616-10).
11. Профилактика иерсиниоза (СП 3.1.7.2615-10).
12. Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях (Р 3.5.1904-04).
13. Методические указания по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях (Минздрав России, МУ 11-16/03-06).
14. Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней (СП 3.3.2367-08).
15. СанПиН 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации»<sup>#</sup>.
16. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».
17. СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».
18. СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».
19. СП 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности».
20. СП 3.1.3525-18 «Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая»<sup>#</sup>.
21. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 года № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
22. Методические указания МУ 3.2.1043-01 «Профилактика токсокароза».
23. Методические указания МУ 3.2.1022-01 «Мероприятия по снижению риска заражения населения возбудителями паразитов».

<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

## 8. Список литературы

1. *Покровский В.И.*, ред. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней. М.: Издательство «Медицина»; 1993; Т. 1.
2. *Покровский В.И., Брико Н.И., Малышев Н.А.* Клиническая характеристика скарлатины в настоящее время. Терапевтический архив. 2004. Т. 76; 4: 31–34.
3. *Покровский В.И., Брико Н.И.* Эпидемиологические исследования – основа клинической эпидемиологии и доказательной медицины. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2008; 5: 4–8.
4. *Покровский В.И., Брико Н.И.* Инфекционные болезни в эпоху глобализации. Вестник РАМН. 2010; 11: 6–11.
5. *Кучма В.Р., Ямщикова Н.Л., Скоблина Н.А.* Профилактика инфекционных болезней в детских учреждениях (санитарно-гигиенические, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия). Учебное пособие. М.: ММА имени И.М. Сеченова; 2004. 104 с.
6. *Семенов Б.Ф., Таточенко В.К.* Иммунопрофилактика детских инфекций: итоги и перспективы. Педиатрическая фармакология. 2006; 1: 41–44.
7. *Таточенко В.К.* Безопасность вакцинации: современные данные. Педиатрическая фармакология. 2007. Т. 4; 3: 73–79.



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

**АЛГОРИТМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА  
ПО ГИГИЕНЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ  
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ С ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ  
ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА  
И ДРУГИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

ФР РОШУМ3-20-2015

(версия 1.0)

**РАЗРАБОТЧИКИ:** *Кучма В.Р., Иваненко А.В., Хизгияев В.И., Сафонкина С.Г.,  
Молдованов В.В., Шубочкина Е.И., Ибрагимова Е.М.*

Федеральные рекомендации «Алгоритм взаимодействия с территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и другими учреждениями по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних» содержат перечень основных мероприятий по взаимодействию врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций, осуществляющих помощь детям и подросткам, для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся и профилактики школьно-связанной и инфекционной заболеваемости.

Федеральные рекомендации «Алгоритм взаимодействия врача по гигиене детей и подростков с территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» предназначены для врачей по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций.

Федеральные рекомендации «Взаимодействие с территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» 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., Шубочкина Е.И., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В, Ибрагимова Е.М.* Санитарно-эпидемиологическое благополучие образовательных учреждений и риски здоровью детей и подростков. Анализ рисков здоровью. 2014; 1: 65–72.
- *Кучма В.Р, Сухарев А.Г.* Научно-методические основы деятельности врача по гигиене детей и подростков детской поликлиники (отделения). Вопросы современной педиатрии. 2013; 2: 33–47.

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

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

### **Экономический анализ:**

Взаимодействие врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций с территориальными органами и учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека существенно снижает трудовые и материальные затраты на проведение профилактических 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 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 сведен к минимуму.

## **2. Введение**

Существующая система обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия образовательных организаций не всегда оказывается эффективной и нуждается в совершенствовании нормативной базы, расширении используемых методов и средств, более активном взаимодействии с объектами контроля – образовательными организациями. Новые возможности для оптимизации профилактического направления деятельности создаются при взаимодействии всех заинтересованных сторон: образовательного учреждения, медицинской организации и органов и учреждений Роспотребнадзора. Порядок оказания педиатрической помощи предусматривает организацию и контроль за осуществлением профилактической деятельности в образовательных организациях, которые осуществляются врачом по гигиене детей и подростков отделения медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях детской поликлиники (далее ОМПО в ОО).

Порядок действий врача по гигиене детей и подростков определяется соответствующими Федеральными Законами и приказами, представленными в рекомендациях.

### **3. Порядок действий врача по гигиене детей и подростков:**

3.1. С целью реализации своих функций взаимодействует с территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека: Управлением Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальными отделами) и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации (его филиалами).

3.2. На основании утвержденного годового Плана проверок юридических лиц и индивидуальных предпринимателей Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (размещен на официальном сайте: [www.rospotrebnadzor.ru](http://www.rospotrebnadzor.ru)) уточняет в Управлении Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальных отделах) даты проведения плановых проверок в обслуживаемых образовательных организациях;

3.3. На основании сведений от образовательной организации о подаче заявок на проведение санитарно-эпидемиологической экспертизы уточняет в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации (его филиалах) даты проведения санитарно-эпидемиологического обследования, санитарно-эпидемиологических исследований, испытаний и оценок.

3.4. На основании запросов в Управление Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальные отделы) и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации (его филиалами) получает сведения (санитарные характеристики) по профессиям, осваиваемым обучающимися в учреждениях среднего и начального профессионального образования (профильных классах) для целей медицинского консультирования и обеспечения безопасных условий прохождения производственной практики (производственного обучения) несовершеннолетними.

3.5. Актуализирует сведения о действующих технических регламентах государственных санитарно-эпидемиологических правилах, гигиенических нормативах, методах и методиках контроля факторов среды в образовательных организациях.

3.6. Присутствует при проведении проверок (санитарно-эпидемиологических обследований, санитарно-эпидемиологических исследований, испытаний и оценках) за соблюдением действующего законодательства в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия детей и подростков.

3.7. На основании запросов территориальных органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предоставляет в Управление Роспотребнадзора (его территориальный отдел) / ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» (его филиал) сведения о проведенных в образовательных организациях:

- Гигиенических оценках используемых архитектурно-планировочных решений, внутришкольной среды (микроклимат, антропогенные загрязнения воздуха, освещенность, шум, вибрация, электромагнитные поля) и текущего санитарного состояния образовательной организации;

- Оценках условий и технологий обучения и воспитания несовершеннолетних, соблюдения санитарно-гигиенических норм и правил.

- Разработанных и внедренных медико-социальных и психологических технологиях сохранения, укрепления и восстановления здоровья несовершеннолетних в условиях образовательной организации.



- О внесенных предложениях руководителю образовательной организации по улучшению санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации;
- О запланированных мероприятиях, направленных на сохранение и укрепление здоровья, устранение вредного влияния на здоровье несовершеннолетних, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, факторов внутришкольной среды;
- Разработанных программ и мероприятиях по профилактике, коррекции и оздоровлению обучающихся с учетом профессионально-производственных факторов;
- Организованных в условиях образовательной организации работы по коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, снижающих возможности их социальной адаптации, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, подготовки к военной службе (патология органов зрения, пищеварения, костно-мышечной системы, нервной системы и др.);
- Внедренных новых профилактических и гигиенических диагностических технологиях.

3.8. Врач по гигиене детей и подростков при выполнении своих должностных обязанностей незамедлительно готовит в установленном порядке извещения в территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в случаях обнаружения (регистрации):

- Инфекционного или паразитарного заболевания, пищевого, острого отравления, поствакцинального осложнения;
- Нарушений в работе системы водоснабжения и канализации, которые исключают возможность проведения необходимых санитарно-эпидемиологических мероприятий;
- Нарушений электроснабжения здания, приводящие к невозможности обеспечить нормируемые уровни освещенности на рабочих местах, к нарушению температурного режима хранения медицинских и иммунобиологических препаратов, температурного режима хранения пищевых продуктов, сырья в холодильных камерах, а также к нарушениям процесса приготовления пищи, ее тепловой обработки;
- Предметов неизвестного происхождения;
- Нарушения целостности ртутьсодержащих приборов и оборудования;
- Несоответствия качества воды плавательного бассейна требованиям СанПиН 2.1.2.1188-03;
- Массовой регистрации случаев токсического отравления, связанного с появлением посторонних запахов, обнаружением веществ неизвестного происхождения.

3.9. В соответствии с утвержденными планами готовит запросы об участии специалистов территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (управления Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации) в мероприятиях по проведению санитарно-гигиенического просвещения и обучения несовершеннолетних и их родителей (законных представителей) по вопросам профилактики детских болезней и формирования здорового образа жизни.

3.10. Готовит заявки на участие в проводимых территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия

человека совещаниях, семинарах, научно-практических конференциях по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия детей и подростков в образовательных организациях.

3.11. Взаимодействует со специалистами Управления Роспотребнадзора (его территориальными отделами) / ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» (его филиалами) для оценки рисков здоровью обучающихся, связанных с условиями обучения, для разработки плана профилактических и других мероприятий.

#### **4. Показания и противопоказания**

Обеспечение противоэпидемических и профилактические мероприятий по предупреждению распространения неинфекционных, инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях. Противопоказаний нет.

#### **5. Материально-техническое обеспечение профилактики**

Рабочее место, оборудованное офисной мебелью, ПВЭМ, доступом в сеть Интернет, телефоном.

#### **6. Форма учета результатов контроля**

Архивные копии подготовленных запросов, ответов.

Журнал учета сообщений и экстренных извещений территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

#### **7. Список нормативных и 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. 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».

7. Санитарные правила «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. СП 1.1.1058-01».

8. Приказ Росстата от 14.08.2012 № 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»<sup>#</sup>.

<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

УТВЕРЖДЕНЫ  
Профильной комиссией  
Минздрава России  
по школьной медицине,  
гигиене детей и подростков  
10 октября 2016 г.  
Протокол № 6

УТВЕРЖДЕНЫ  
на V Конгрессе  
РОШУМЗ  
Москва  
10 октября 2016 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**АЛГОРИТМ ВИЗУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ  
ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ  
ТРЕБОВАНИЙ К УСЛОВИЯМ ОРГАНИЗАЦИИ  
ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ  
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-32-2016

(версия 1.0)

***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 «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве»

***РАЗРАБОТЧИКИ:*** *Ибрагимова Е.М., Иваненко А.В., Кучма В.Р., Молдованов В.В.,  
Сафонкина С.Г., Хизгияев В.И., Шубочкина Е.И.*

Федеральные рекомендации «Алгоритм визуального контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях» содержат перечень основных мероприятий по взаимодействию врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся и профилактики школьно-связанной и инфекционной заболеваемости.

Федеральные рекомендации «Алгоритм визуального контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ 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**

Санитарно-гигиенические требования к условиям воспитания и обучения в образовательных организациях, визуальный контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований.

### **2. Список сокращений**

ОО – образовательные организации.

ОМПО – отделение медицинской помощи обучающимся.

### **3. Краткая информация**

Существующая система обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия образовательных организаций не всегда оказывается эффективной и нуждается в совершенствовании нормативной базы, расширении используемых методов и средств, более активном взаимодействии с объектами контроля – образовательными организациями. Новые возможности для оптимизации профилактического направления деятельности создаются при взаимодействии всех заинтересованных сторон: образовательной организации, медицинской организации, органов и учреждений Роспотребнадзора. Порядок оказания педиатрической помощи предусматривает оценку производственного контроля за обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательной организации, которая осуществляется врачом по гигиене детей и подростков отделения медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях (далее ОМПО в ОО).

Порядок действий врача по гигиене детей и подростков определяется соответствующими Федеральными Законами и приказами.

### **4. Порядок действий врача по гигиене детей и подростков:**

4.1. С целью реализации своих функций врач по гигиене детей и подростков ООМПН в ОО проводит оценку производственного контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологических требований и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в общеобразовательной организации:

4.1.1. Проверяет наличие в общеобразовательной организации и своевременность обновления фонда нормативно-методических документов (официально изданных технических регламентов, санитарных правил, иных документов, содержащих требования, необходимые для обеспечения безопасности и (или) безвредности для учащихся внутришкольных факторов).

4.1.2. Осуществляет контроль за содержанием, реализацией и своевременной актуализацией программы производственного контроля в соответствии с изменениями действующего законодательства, штатного расписания, режима и условий деятельности.

4.1.3. Осуществляет контроль за исполнением договоров на проведение лабораторно-инструментальных исследований (измерений).

4.1.4 Проверяет наличие и своевременность оформления учетно-отчетной документации по результатам производственного контроля.

4.1.5. Контролирует прохождение должностными лицами (работниками организации), на которых возложены функции по осуществлению производственного контроля, специального обучения.

4.1.6. Проводит анализ результатов производственного контроля, в том числе результатов лабораторно-инструментальных исследований (измерений), выполненных по договору аккредитованными в установленном порядке организациями.

4.2. Непосредственно участвует в визуальном контроле (контроле внешним осмотром без использования технических средств) за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения, осуществляя:

4.2.1. Собственно визуальный контроль за отклонениями объектов контроля от установленных для них гигиенических нормативов.

4.2.1.1. Объектами, подлежащими визуальному контролю врачом по гигиене детей и подростков являются:

- участок общеобразовательной организации;
- здание общеобразовательной организации;
- помещения общеобразовательной организации:
- учебные классы (кабинеты);
- лаборатории;
- мастерские;
- кабинеты информатики;
- помещения для занятий спортом;
- помещения бассейна;
- помещения медицинского назначения;
- помещения пищеблока;
- гардеробы;
- санузлы;
- комнаты хранения и обработки уборочного инвентаря.

4.2.1.2. Объектами визуального производственного контроля выступают так же общая наполняемость общеобразовательной организации и наполняемость отдельных классов.

4.2.1.3. Одному объекту контроля может соответствовать несколько контролируемых параметров, установленных для объекта контроля действующими санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами.

4.2.1.4. Объектами визуального производственного контроля в отношении участка общеобразовательной организации являются:

- озеленение участка;
- ограждение участка;
- площадка для установки контейнеров ТБО;
- функциональные зоны, выделенные на участке.

К контролируемым параметрам объектов производственного контроля на участке общеобразовательной организации относят их техническое оборудование, состояние, расположение относительно здания и других функциональных зон.

4.2.1.5. Контролируемыми параметрами по отношению к зданию общеобразовательной организации являются:

– архитектурно-планировочные решения здания включая наличие отдельного блока учебных помещений начальных классов с выходами на участок, расположение рекреационных помещений в непосредственной близости к учебным помещениям, размещение на верхних этажах (выше третьего этажа) учебных помещений и кабинетов, посещаемых обучающимися 8–11-х классов, административно-хозяйственных помещений, размещение учебных мастерских, актовых и спортивных залов общеобразовательных организаций, их общая площадь, а также набор помещений для кружковой работы, в зависимости от местных условий и возможностей общеобразовательной организации, с соблюдением требований строительных норм и правил и СанПиН 2.4.2.2821-10;

– отсутствие в цокольных этажах и подвальных помещениях учебных помещений, кабинетов, лабораторий, учебных мастерских, помещений медицинского назначения, спортивных, танцевальных актовых залов;

4.2.1.6. Помещения общеобразовательной организации являются одним из основных объектов производственного контроля.

Контролируемыми параметрами по отношению к помещениям общеобразовательной организации являются:

- соблюдение норм площади на одного обучающегося;
- наличие соответствующего роста-возрастным особенностям обучающихся учебного оборудования;
- соблюдение требований к расстановке учебного оборудования;
- соблюдение требований к конструкции учебного оборудования и т. п.;
- состояние стен учебных помещений, допускающее их уборку влажным способом;
- отсутствие щелей в напольном покрытии, использование в качестве напольного покрытия разрешенных материалов.
- наличие и вид ограждения отопительных приборов;
- соблюдение режима проветривания;
- исправность санитарно-технического оборудования (в тех помещениях, где санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами определено обязательное наличие подводки горячей и (или) холодной воды);
- параметры микроклимата.

4.2.1.7. Визуальный контроль за санитарным состоянием и содержанием помещений, территории общеобразовательной организации включает контроль за:

- качеством проведения дезинсекционных и дератизационных работ;
- обеспеченностью уборочным инвентарем и его маркировкой;
- наличием моющих и дезинфицирующих средств, условиями их хранения.

- соблюдением частоты протирки стекол в оконных рамах;
- соблюдением периодичности проведения текущих и генеральных уборок;
- благоустройством и санитарным содержанием территории;
- оборудованием площадки для сбора мусора, периодичностью ее обработки.
- своевременность вывоза отходов (ТБО, пищевых, медицинских, ртутьсодержащих (люминесцентных ламп)).

4.2.1.8. Контролю подлежит соблюдение нормативных положений санитарных правил, направленных на обеспечение благоприятной световой среды в общеобразовательной организации:

- наличие естественного освещения (за исключением помещений, в которых допускается его отсутствие);
- обеспечение условий для левостороннего освещения (за исключением слесарных мастерских, где допускается как левостороннее, так и правостороннее освещение);
- обеспечение ориентации окон учебных помещений (южные, юго-восточные и восточные стороны горизонта);
- наличием на светопроемах регулируемых солнцезащитных приспособлений;
- использование для внутренней отделки помещений материалов и красок, создающих матовую поверхность;
- посадка деревьев и кустарников на регламентированных расстояниях от здания;
- размещение цветов в переносных цветочницах на полу или подвесных кашпо в простенках окон;
- своевременность очистки и мытья стекол.

4.2.1.9. Контролю подлежит реализация договоров на обслуживание вентиляционных систем специализированными организациями (при их наличии):

- своевременность замены фильтров в приточных установках;
- проведение пусконаладочных работ, в том числе очистка воздухопроводов;
- контроль работы систем автоматики, обеспечивающих заданные параметры микроклимата в помещениях (температуру и относительную влажность воздуха).

4.2.1.10. Врач по гигиене детей и подростков ОМПО в ОО совместно с администрацией организации проводит оценку условий и технологий обучения и воспитания несовершеннолетних, участвует в гигиеническом контроле средств обучения и воспитания и их использования в процессах обучения и воспитания:

- соответствие максимальной учебной нагрузки гигиеническим требованиям;
- соответствие продолжительности учебной недели объему максимальной учебной нагрузки;
- соответствие учебного расписания изменению степени умственной работоспособности учащихся в течение недели;
- соблюдение времени начала учебных занятий,
- соблюдение продолжительности уроков и перемен,
- организация сдвоенных уроков,
- наличие отдельного расписания для факультативных занятий;
- организация работы учебных смен;
- соблюдение требований при обучении детей 1-х классов (проведение учебных занятий в одну смену, 5-дневная учебная неделя, облегченный учебный день в середине недели, проведение не более 4-х уроков в день, продолжительность уроков не более 35 мин, наличие динамической паузы в середине учебного

дня 40 мин, использование ступенчатого режима обучения в первом полугодии, использование дневного сна, трехразового питания и прогулок для детей, посещение групп продленного дня, обучение без домашних заданий и балльного оценивания обучающихся, наличие дополнительных недельных каникул в середине третьей четверти);

- соблюдение времени приготовления домашних заданий;
- организация приема детей в 1-е классы (достижение ими к 1-у сентября учебного года возраста не менее 6 лет 6 месяцев, наличие заключения психолого-медико-педагогической комиссии (консультации) о готовности ребенка к обучению);
- организация работы групп продленного дня (режим дня, организация прогулок на открытом воздухе, сна, внеучебной деятельности).

При разработке нового учебного расписания врач по гигиене детей и подростков участвует в проведении оценки его соответствия гигиеническим рекомендациям.

4.2.1.11. Врач по гигиене детей и подростков ОМПО в ОО совместно с должностным лицом (работником организации), уполномоченным на проведение производственного контроля, участвует в контроле за организацией питания в общеобразовательной организации.

Перечень объектов подлежащих производственному контролю за организацией питания в общеобразовательных организациях зависит от того, кто занимается организацией питания обучающихся (сама общеобразовательная организация или иная организация на основании заключенного договора).

При наличии договора на организацию питания с иной организацией осуществляется контроль за наличием у организующей питание стороны:

- системы производственного контроля, обеспечивающей качество и безопасность оказываемых услуг и поставляемой продукции;
- санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии рациона питания требованиям санитарных правил и организацией приемов пищи обучающимися.

Поддержанием в удовлетворительном санитарно-техническом состоянии помещений, используемых для приготовления пищи, холодильного и технологического оборудования (ежегодное предоставление актов о его исправности организующей питание организацией).

При самостоятельной организации питания контролю подлежат:

- санитарное состояние и содержание помещений, инвентаря, оборудования;
- условия труда персонала;
- соблюдение правил личной гигиены персоналом;
- наличие санитарного паспорта на транспорт, используемый для перевозки продукции пищевого назначения;
- качество поступающих пищевых продуктов, продовольственного сырья;
- условия хранения пищевых продуктов;
- обеспечение эпидемиологической безопасности технологических процессов;
- качество готовой кулинарной продукции (включая контроль сроков реализации);
- наличие суточной пробы;
- режимы обработки кухонной и столовой посуды;
- обеспеченность уборочным инвентарем, маркировка, упорядоченность хранения, организация обеззараживания;



- обеспеченность моющими дезинфицирующими средствами, имеющими разрешительную документацию и МУ;
- соблюдение периодичности проведения текущих и генеральных уборок помещений;
- организация обеззараживания санитарно-технического оборудования;
- соблюдение частоты протирки стекол в оконных рамах;
- сбор, временное хранение, вывоз и утилизация отходов производства и потребления (включая пищевые отходы);
- организация и проведение лабораторно-инструментальных исследований в соответствии с утвержденной программой производственного контроля.

4.2.1.12. При проведении ремонтных работ, не требующих разработки специальной проектной документации, врач по гигиене детей и подростков контролирует:

- приостановление администрацией общеобразовательной организации функционирования требующих ремонта учебных помещений, предоставление других помещений, предназначенных для временного или постоянного пребывания обучающихся, на время проведения работ.
- приемку выполненных работ при наличии протоколов лабораторно-инструментальных исследований (испытаний), подтверждающих соответствие внутренней среды в отремонтированных помещениях требованиям.

4.3. Врач по гигиене детей и подростков ОМПО в ОО осуществляет контроль за проведением в общеобразовательной организации необходимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в том числе:

- своевременностью прохождения сотрудниками общеобразовательной организации медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки и аттестации, наличием соответствующих отметок в личных медицинских книжках.
- организацией мероприятий по профилактике гриппа и острых респираторных инфекций и обеспечением прививочной компании.

4.4. Врач по гигиене детей и подростков ОМПО в ОО осуществляет контроль за заключением (пролонгацией) договоров на выполнение тех или иных работ и услуг (выполнение лабораторно-инструментальных исследований (измерений) в рамках производственного контроля, организация питания учащихся, организация медицинской помощи, обслуживание вентиляционных систем, вывоз отходов и пр.), наличие у организаций исполнителей документов, подтверждающих правомочность их деятельности и качество предоставляемых услуг, санитарно-эпидемиологических заключений, сертификатов, деклараций, иных документов, предусмотренных действующим санитарным законодательством.

4.5. По результатам проведенного контроля врач по гигиене детей и подростков ОМПО в ОО оформляет лист регистрации несоответствий и корректирующих мероприятий, который передает руководителю образовательной организации.

4.6. На основании результатов оценки производственного контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологических требований и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и собственного визуального контроля врач по гигиене детей и подростков ОМПО в ОО вносит предложения по улучшению санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательной организации ее руководителю.

### **5. Форма учета результатов контроля**

Копии листов регистрации несоответствий и корректирующих мероприятий.

Архивные копии писем (извещений) о выявленных нарушениях и факторах риска, влияющих или создающих угрозу жизни и здоровью обучающихся, в адрес заведующего ОМПО или руководителя медицинской организации, руководителя образовательной организации.

Журнал учета сообщений и экстренных извещений территориальным органам Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

### **6. Показания для визуального контроля за соблюдением организации санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях**

Рекомендуется использовать визуальный контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения для обеспечения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья обучающихся, устранение вредного влияния факторов внутришкольной среды.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1в).

*Комментарии:* противопоказаний – нет.

### **7. Материально-техническое обеспечение**

Рабочее место, оборудованное офисной мебелью, ПВЭМ, доступом в сеть Интернет, телефоном.

## 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 «Алгоритм визуального контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях» предназначены для врачей по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций.

### **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.* Системная гигиеническая диагностика санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся. Руководство. М.: ФГБНУ НЦЗД; 2014. 304 с.

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

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

### **Экономический анализ.**

Деятельность врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в общеобразовательных организациях медицинских организаций по контролю за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения, а также устранения вредного влияния на здоровье обучающихся факторов внутришкольной среды, снижает материальные затраты на выплату родителям обучающихся пособий по временной нетрудоспособности в связи больничными по уходу за ребенком.

### **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.

## **Приложение А3. Связанные документы**

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. 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».
7. Санитарные правила «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. СП 1.1.1058-01».
8. Приказ Росстата от 20.11.2014 N 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.



УТВЕРЖДЕНЫ  
Профильной комиссией  
Минздрава России  
по школьной медицине,  
гигиене детей и подростков  
10 октября 2016 г.  
Протокол № 6

УТВЕРЖДЕНЫ  
на V Конгрессе  
РОШУМЗ  
Москва  
10 октября 2016 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

## **АЛГОРИТМ ЛАБОРАТОРНОГО КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮЖДЕНИЕМ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ К УСЛОВИЯМ ОРГАНИЗАЦИИ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР РОШУМЗ-33-2016

(версия 1.0)

***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 «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве»

***РАЗРАБОТЧИКИ:*** Ибрагимова Е.М., Иваненко А.В., Кучма В.Р., Молдованов В.В.,  
Сафонкина С.Г., Хизгияев В.И., Шубочкина Е.И.

Федеральные рекомендации «Алгоритм лабораторного контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях» содержат перечень основных мероприятий по взаимодействию врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций, осуществляющих помощь детям и подросткам, для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся и профилактики школьно-связанной и инфекционной заболеваемости.

Федеральные рекомендации «Алгоритм лабораторного контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по школьной медицине, гигиене детей и подростков года (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**

Санитарно-гигиенические требования к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях, лабораторный контроль за условиями и организации воспитания и обучения.

### **2. Список сокращений**

ОО – образовательные организации.

ОМПО – отделения организации медицинской помощи детям.

### **3. Краткая информация**

Существующая система обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия образовательных организаций не всегда оказывается эффективной и нуждается в совершенствовании нормативной базы, расширении используемых методов и средств, более активном взаимодействии с объектами контроля – образовательными организациями. Новые возможности для оптимизации профилактического направления деятельности создаются при взаимодействии всех заинтересованных сторон: образовательной организации, медицинской организации, органов и учреждений Роспотребнадзора. Порядок оказания педиатрической помощи предусматривает оценку производственного контроля за обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательной организации, которая осуществляется врачом по гигиене детей и подростков отделения медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях детской поликлиники (далее ОМПО в ОО).

Порядок действий врача по гигиене детей и подростков определяется соответствующими Федеральными Законами и приказами, указанными в Приложении А3 настоящих рекомендаций.

### **4. Порядок действий врача по гигиене детей и подростков:**

4.1. С целью реализации своих функций врач по гигиене детей и подростков ОМПО в ОО проводит оценку и анализ результатов производственного контроля за соблюдением санитарно-эпидемиологических требований и проведением



санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в общеобразовательной организации, в том числе лабораторно-инструментальных исследований, измерений.

4.1.1. Осуществляет контроль за заключением (пролонгацией) договоров на проведение лабораторно-инструментальных исследований (измерений).

4.1.2. Осуществляет контроль за наличием организации, проводящей по договору исследования, в Реестре аккредитованных лиц Росаккредитации, представлением и хранением заверенных копий аттестата аккредитации и области аккредитации, соответствующей выполняемым исследованиям (испытаниям).

4.1.3 Осуществляет контроль за организацией и проведением лабораторно-инструментальных исследований, измерений (номенклатура, объем, контрольные критические точки, периодичность, своевременность).

4.1.3.1. Для общеобразовательных организаций I группы (уровня) санитарно-эпидемиологического благополучия (Приложение Г1).

4.1.3.2. Для общеобразовательных организаций II группы (уровня) санитарно-эпидемиологического благополучия (Приложение Г2).

4.1.3.3. Для общеобразовательных организаций III группы (уровня) санитарно-эпидемиологического благополучия (Приложение Г3).

4.1.4. Осуществляет контроль проведения внеплановых лабораторно-инструментальных исследований, измерений (Приложение Г4).

4.1.5. Осуществляет контроль проведения лабораторно-инструментальных исследований, измерений на пищеблоке общеобразовательной организации (глава 4.3; ФР РОШУМЗ-6-2014).

4.1.6. Осуществляет контроль проведения лабораторно-инструментальных исследований, измерений после установленных случаев групповых инфекционных заболеваний (вспышек) и пищевых отравлений (Приложение Г5).

4.1.7. Проверяет наличие бытовых термометров в учебных помещениях и кабинетах общеобразовательных организаций, наличие термометров, расположенных (встроенных) внутри холодильного оборудования на пищеблоках.

4.1.8. Проверяет наличие и своевременность оформления учетно-отчетной документации по результатам производственного контроля.

4.1.9. Проводит анализ результатов лабораторно-инструментальных исследований (измерений), выполненных по договору аккредитованными в установленном порядке организациями:

- соответствие приведенных в протоколах нормативов, указанным в действующих технических регламентах, государственных санитарно-эпидемиологических правилах и нормативах;

- соответствие указанных в протоколах методов/методик действующим и утвержденным в установленном порядке;

- дополнительную информацию (при ее наличии), касающуюся условий окружающей среды во время отбора образцов (проб), испытаний, исследований, места проведения отбора образцов (проб), испытаний, исследований и т.п., которые могут повлиять на толкование результатов испытаний (исследований).

При выявлении нарушений по оформлению протоколов исследований, измерений, позволяющих усомниться в достоверности результатов или которые могут повлиять на толкование результатов испытаний (исследований), ставит в известность о выявленных фактах ответственное лицо за осуществление производственного контроля в образовательной организации.

4.2. По результатам проведенного контроля врач по гигиене детей и подростков ОМПО в ОО оформляет лист регистрации несоответствий и корректирующих мероприятий, который передает руководителю образовательной организации.

4.3. Врач по гигиене детей и подростков ОМПО в ОО проводит анализ причин неудовлетворительных результатов лабораторно-инструментальных исследований (измерений), вносит предложения по улучшению санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательной организации ее руководителю.

### **5. Форма учета результатов контроля**

Копии листов регистрации несоответствий и корректирующих мероприятий.

Архивные копии писем (извещений) о неудовлетворительных результатах лабораторно-инструментальных исследований, измерений, влияющих или создающих угрозу жизни и здоровью обучающихся, в адрес заведующего ОМПО или руководителя медицинской организации, руководителя образовательной организации.

Журнал учета сообщений и экстренных извещений территориальным органам Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

### **6. Показания для применения алгоритма лабораторного контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях**

Рекомендуется использовать алгоритм лабораторного контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях для обеспечения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья обучающихся, устранение вредного влияния факторов внутришкольной среды.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1в).

*Комментарии:* противопоказаний – нет.

### **7. Материально-техническое обеспечение профилактики**

Рабочее место, оборудованное офисной мебелью, ПК/ЭМ, доступом в сеть интернет, телефоном.

## 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 «Алгоритм визуального контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения в образовательных организациях» предназначены для врачей по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций.

### 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.* Системная гигиеническая диагностика санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся. Руководство. М.: ФГБНУ НЦЗД; 2014. 304 с.

### Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

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

### Экономический анализ.

Деятельность врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в общеобразовательных организациях медицинских организаций по контролю за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения, а также устранения вредного влияния на здоровье обучающихся факторов внутришкольной среды, снижает материальные затраты на выплату родителям обучающихся пособий по временной нетрудоспособности в связи больничными по уходу за ребенком.

### 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.

## **Приложение А3. Связанные документы**

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. 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».
7. Санитарные правила «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. СП 1.1.1058-01».
8. 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.

## Приложение Г1

### Номенклатура, объем и периодичность лабораторно-инструментальных исследований в рамках производственного контроля при I уровне СЭБ общеобразовательной организации

Вид исследования (номенклатура)	Объекты контроля	Объем	Периодичность
Микроклимат: <ul style="list-style-type: none"> <li>• температура воздуха;</li> <li>• относительная влажность воздуха;</li> <li>• скорость движения воздуха (кроме ДОО)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• угловой учебный кабинет первого или последнего этажа;</li> <li>• угловая спальня или игровая подразделений дошкольного образования первого или последнего этажа</li> </ul>	6 измерений на уровне 0,1; 0,6 и 1,7 м на расстоянии 0,5 м от внутренней поверхности наружной стены и в центре помещения	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 раза в год: в первые 2 месяца после начала отопительного сезона (октябрь-ноябрь) и после окончания отопительного сезона (май);</li> <li>• ежедневно осуществляется контроль с помощью стационарных термометров в каждом помещении</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• учебные кабинеты, спальни и игровые подразделения дошкольного образования с одной наружной стеной</li> </ul>	1 измерение в 2 помещениях на каждом этаже	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• учебные мастерские;</li> <li>• кабинеты технологии;</li> <li>• кабинеты, оборудованные ПЭВМ;</li> <li>• спортзал, тренажерный зал, другие помещения для проведения занятий физической культуры;</li> <li>• раздевалки спортивного зала;</li> <li>• помещения медблока;</li> <li>• комнаты преподавателей, административные помещения с постоянными и непостоянными рабочими местами</li> </ul>	1 измерение в каждом помещении	
	рекреации	1 измерение на каждом этаже	
	вестибюль, гардероб	1 измерение	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• анализ аэроионного состава воздуха</li> </ul>	кабинеты, оборудованные ПЭВМ	1 измерение в каждом помещении	

Приложение Г1 (продолжение)

Вид исследования (номенклатура)	Объекты контроля	Объем	Периодичность
Уровень искусственной освещенности	учебные кабинеты, лаборатории	5 измерений на рабочих столах в 2 помещениях на каждом этаже	1 раз в год в наиболее темное время года (октябрь-февраль)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• кабинеты, оборудованные ПЭВМ;</li> <li>• учебные кабинеты технического черчения и рисования;</li> <li>• мастерские, кабинеты технологии;</li> <li>• кабинеты обслуживающих видов труда;</li> <li>• спортзал, тренажерный зал, другие помещения для проведения занятий физической культуры;</li> <li>• актовые залы;</li> <li>• рекреации</li> </ul>	5 измерений в каждом помещении	
	комнаты преподавателей, административные помещения с постоянными и непостоянными рабочими местами	на каждом рабочем месте	
Расстановка мебели (размеры проходов, расстояние от стен, до доски, угол видимости и др.)	учебные кабинеты	1/3 всех помещений	1 раз в год
	кабинеты, оборудованные ПЭВМ	все кабинеты	
Соответствие мебели ростовым особенностям ребенка	кабинеты для учащихся I степени обучения	каждое рабочее место	2 раз в год
	кабинеты для учащихся II-III степени обучения	2 кабинета на этаже	1 раз в год
Вес комплекта учебников	1–11-е классы	1 комплект в каждом классе	1 раз в год
Вода питьевой системы водоснабжения	питьевые фонтанчики (при их отсутствии берется из водоразборного крана на пищеблоке)	1 проба по органолептическим, санитарно-химическим, микробиологическим показателям	2 раза в год (апрель, ноябрь)
	диспенсеры для раздачи воды	2 пробы по микробиологическим показателям	

## Приложение Г2

Номенклатура, объем, периодичность лабораторно-инструментальных исследований, проводимых в рамках производственного контроля при II уровне СЭБ общеобразовательной организации

Показатели (или группы показателей), несоответствующие санитарно-гигиеническим требованиям		Лабораторно-инструментальные исследования, измерения			Периодичность исследований
1	2	3	4	5	
Нарушение требований к нормативной площади на одного ребенка, наполняемости классов (групп и т. п.) и нарушение требований к набору помещений	Микроклимат: • температура воздуха; • относительная влажность воздуха; • скорость движения воздуха (кроме ДОО)	помещения, предназначенные для пребывания детей, характеризующиеся указанными в графе 1 нарушениями	• для угловых помещений – 6 измерений на уровне 0,1; 0,6 и 1,7 м на расстоянии 0,5 м от внутренней поверхности наружной стены и в центре помещения; • остальные помещения – 1 измерение в каждом	4	4 раза в год
	Воздух учебных, учебно-производственных помещений: • по микробиологическим показателям • на содержание пыли	помещения, предназначенные для пребывания детей, характеризующиеся указанными в графе 1 нарушениями	1 проба в каждом помещении	1	2 раз в год
	Расстановка мебели (размеры проходов, расстояние от стен, до доски, угол видимости и др.)	помещения, предназначенные для пребывания детей, характеризующиеся указанными в графе 1 нарушениями	• спортзал; • учебные мастерские; • рекреация	1 проба в каждом помещении • учебные кабинеты – 1/3 всех помещений; • кабинеты, оборудованные ПЭВМ, – каждый кабинет	1



Приложение Г2 (продолжение)

1	2	3	4	5
Нарушение требований к воздухо-тепловому режиму	<p>Микроклимат:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>температура воздуха;</li> <li>относительная влажность воздуха;</li> <li>скорость движения воздуха (кроме ДОО )</li> </ul>	помещения, предназначенные для пребывания детей, характеризующиеся указанными в графе 1 нарушениями	<ul style="list-style-type: none"> <li>для угловых помещений – 6 измерений на уровне 0,1; 0,6 и 1,7 м на расстоянии 0,5 м от внутренней поверхности наружной стены и в центре помещения;</li> <li>остальные помещения – 1 измерение в каждом</li> </ul>	4 раза в год
	<p>Воздух закрытых помещений (в случае регистрации повышенных температур):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>санитарно-химические показатели</li> <li>микробиологические показатели</li> </ul>		1 проба в каждом помещении	2 раза в год
Нарушение требований к искусственному освещению	Уровень искусственной освещенности	помещения, предназначенные для пребывания детей и персонала, характеризующиеся указанными в графе 1 нарушениями	<p>5 точек в каждом помещении, предназначенном для пребывания детей</p> <p>на каждом рабочем месте в помещениях, предназначенных для пребывания персонала</p>	2 раза в год в наиболее темное время года (октябрь-февраль)
Нарушение требований к оснащенности ОО учебной мебелью (соответствие ростовым параметрам детей, наличие маркировок)	Учебническая мебель	кабинеты для учащихся I ступени обучения кабинеты для учащихся II-III ступени обучения	каждое рабочее место  2 кабинета на этаже	2 раза в год

1	2	3	4	5
<p>Нарушения требований к внутренней отделке помещений</p>	<p>Воздух закрытых помещений по санитарно-химическим показателям (при нарушениях требований к видам используемых материалов)</p>	<p>помещения, предназначенные для пребывания детей и персонала, характеризующиеся указанными в графе 1 нарушениями</p>	<p>1 проба в каждом помещении</p>	<p>2 раз в год</p>
<p>Нарушение требований к режиму образовательного процесса (сменность обучения, превышение допустимой учебной нагрузки, нерациональная организация учебных занятий, уроков физкультуры, учебного расписания и т. п.)</p>	<p>Уровень искусственной освещенности (при нарушениях требований к цветовым характеристикам используемых материалов)</p>	<p>помещения, предназначенные для пребывания детей и персонала, характеризующиеся указанными в графе 1 нарушениями</p>	<p>5 точек в каждом помещении, предназначенном для пребывания детей на каждом рабочем месте в помещениях, предназначенных для пребывания персонала</p>	<p>2 раза в год в наиболее темное время года (октябрь-февраль)</p>
<p>Нарушение требований к микроклимату:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• температура воздуха;</li> <li>• относительная влажность воздуха;</li> <li>• скорость движения воздуха</li> </ul>	<p>Уровень искусственной освещенности</p>	<p>помещения, предназначенные для пребывания детей, характеризующиеся указанными в графе 1 нарушениями</p>	<p>• для угловых помещений – 6 измерений на уровне 0,1; 0,6 и 1,7 м на расстоянии 0,5 м от внутренней поверхности наружной стены и в центре помещения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• остальные помещения – 1 измерение в каждом</li> </ul>	<p>4 раза в год</p>
<p>Вес комплекта учебников</p>	<p>Уровни искусственной освещенности</p>	<p>1–11-е классы</p>	<p>5 точек в каждом помещении, предназначенном для пребывания детей в графе 1 нарушениями</p>	<p>2 раза в год в наиболее темное время года (октябрь-февраль)</p>
			<p>по 1 комплекту в каждом классе, характеризующемся указанными в графе 1 нарушениями</p>	<p>2 раза в год</p>

Приложение Г2 (продолжение)

1	2	3	4	5
Нарушение требований к водоснабжению	Вода питьевая по органолептическим, санитарно-химическим, микробиологическим показателям	<ul style="list-style-type: none"> <li>• водоразборный кран системы питьевого водоснабжения;</li> <li>• питьевые фонтанчики (при их отсутствии берется из водоразборного крана на пищеблоке);</li> <li>• диспенсеры для раздачи воды</li> </ul>	1 проба (каждый источник питьевого водоснабжения: водоразборный кран на пищеблоке, стационарные питьевые фонтанчики, диспенсеры для раздачи воды)	2 раза в год (апрель, ноябрь)
Нарушение требований к санитарному содержанию помещений	<p>Воздух учебных, учебно-производственных помещений:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• микробиологические показатели</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• на содержание пыли</li> </ul> <p>Смывы на БГКП</p> <p>Санитарно-паразитологические исследования смывов</p>	<p>помещения, предназначенные для пребывания детей, характеризующиеся указанными в графе 1 нарушениями</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• спортзал;</li> <li>• учебные мастерские;</li> <li>• рекреация</li> </ul> <p>ученическая мебель и учебное оборудование в помещениях, предназначенных для пребывания детей, характеризующихся указанными в графе 1 нарушениями</p>	1 проба в каждом помещении	2 раз в год
			1 проба в каждом помещении	2 раза в год
			по 5 смывов	2 раза в год

**Приложение ГЗ**

Номенклатура, объем и периодичность лабораторно-инструментальных исследований, проводимых в рамках производственного контроля при III уровне СЭБ общеобразовательной организации

Показатели, по которым установлено превышение ПДУ или ПДК	Лабораторно-инструментальные исследования, измерения		
	Объекты контроля	Объем исследований	Периодичность исследований
Микроклимат: • температура воздуха; • относительная влажность воздуха; • скорость движения воздуха (для ДОО)	помещения, предназначенные для пребывания детей и персонала, в которых установлено превышение ПДУ по показателям, указанным в графе 1	• для угловых помещений – 6 измерений на уровне 0,1; 0,6 и 1,7 м на расстоянии 0,5 м от внутренней поверхности наружной стены и в центре помещения; • остальные помещения – 1 измерение в каждом	1 раз в месяц
Содержание химических веществ, пыли, микроорганизмов в воздухе закрытых помещений	помещения, предназначенные для пребывания детей и персонала, в которых установлено превышение ПДК по показателям, указанным в графе 1	1 проба в каждом помещении	4 раза в год
Уровень искусственной освещенности	помещения, предназначенные для пребывания детей и персонала, в которых установлено превышение ПДУ по показателям, указанным в графе 1	5–10 точек в каждом помещении, включая 1 точку на поверхности учебной доски (при ее наличии)	4 раза в год в наиболее темное время года (октябрь-февраль)
Функциональные размеры детской мебели росто-возрастным особенностям детей	кабинеты для учащихся I ступени обучения	каждое рабочее место	4 раза в год
	кабинеты для учащихся II-III ступени обучения	2 кабинета на этаже	

Приложение ГЗ (продолжение)

Показатели, по которым установлено превышение ПДУ или ПДК	Лабораторно-инструментальные исследования, измерения		
	Объекты контроля	Объем исследований	Периодичность исследований
Температура поверхностей на рабочем месте от оборудования	оборудование, для которого установлено превышение ПДУ по показателям, указанным в графе 1	каждое рабочее место	4 раза в год
Интенсивность инфракрасного излучения на рабочем месте от оборудования			
Измерение уровней шума на рабочем месте от оборудования			
Измерение уровней общей и локальной вибрации на рабочем месте от оборудования			
Уровень шума в помещениях, расположенных рядом с источниками шума (мастерскими, спортзалами и т. п.)	помещения, в которых установлено превышение ПДУ по показателям, указанным в графе 1	1 исследование в каждой точке, где необходим контроль	4 раза в год
Уровень шума в помещениях от внешних источников (транспорт, общественные сооружения, спортивные и игровые площадки и т. п.)	помещения, в которых установлено превышение ПДУ по показателям, указанным в графе 1	1 исследование в каждой точке, где необходим контроль	2 раза в год
Уровень шума на территории	участок территории, где установлено превышение ПДУ по показателям, указанным в графе 1	1 исследование в каждой точке, где необходим контроль	2 раза в год

Приложение Г3 (продолжение)

Показатели, по которым установлено превышение ПДУ или ПДК	Лабораторно-инструментальные исследования, измерения		
	Объекты контроля	Объем исследований	Периодичность исследований
Органолептические показатели, содержание химических веществ и микроорганизмов в питьевой воде	водоразборный кран системы питьевого водоснабжения, по которой установлено превышение ПДК по показателям, указанным в графе 1	1 проба	4 раза в год
Содержание химических веществ в системе горячего водоснабжения	водоразборный кран системы горячего водоснабжения, по которой установлено превышение ПДК по показателям, указанным в графе 1	1 проба	4 раза в год
Температура воды в системе горячего водоснабжения	водоразборный кран системы горячего водоснабжения, по которой установлено превышение ПДК по показателям, указанным в графе 1	1 проба	4 раза в год
Содержание микроорганизмов в воде бассейна	чаша ванны бассейна	2 пробы	4 раза в год
Содержание химических веществ, простейших, гельминтов и насекомых в почве	участок почвы, где установлено превышение ПДУ и ПДК по показателям, указанным в графе 1	2 пробы	2 раза в год

**Приложение Г4**  
**Номенклатура, объем и периодичность внеплановых исследований в общеобразовательной организации**

Вид исследования	Основания для проведения исследований	Объекты контроля	Объем исследований
Микроклимат: <ul style="list-style-type: none"> <li>• температура воздуха;</li> <li>• относительная влажность воздуха;</li> <li>• скорость движения воздуха (кроме ДОО)</li> </ul>	после проведенного ремонта отопительной и (или) вентиляционной системы, замене оконных блоков  ввод в эксплуатацию помещений, где ранее были получены неудовлетворительные результаты контролируемого показателя  жалобы на неудовлетворительные параметры микроклимата	помещения образовательных организаций	6 измерений в помещении  3 измерения в помещении  3 измерения в помещении
Исследование воздуха закрытых помещений	после замены мебели на новую  после проведения ремонтных работ, с использованием полимерных и лакокрасочных материалов  жалобы	помещения образовательной организации	4 пробы (исследования содержания фенола и формальдегида в 2 помещениях)  3 пробы в каждом «типовом» <sup>1</sup> помещении (исследования на летучие органические соединения, фенол, формальдегид)  определяется по результатам обследования
Измерение уровней искусственной освещенности	<ul style="list-style-type: none"> <li>• после ремонта системы общего освещения и/или системы освещения классных досок, замены светильников;</li> <li>• жалобы на низкую освещенность</li> </ul>	помещения образовательных организаций	5–10 точек в каждом помещении, включая 1 точку на поверхности учебной доски (при ее наличии)

<sup>1</sup> Помещения, при ремонте, оборудовании которых использованы идентичные полимерные и лакокрасочные строительные материалы

Вид исследования	Основания для проведения исследований	Объекты контроля	Объем исследований
Соответствие функциональных размеров детской мебели росто-возрастным особенностям детей	<ul style="list-style-type: none"> <li>• переоснащение помещений образовательных организаций;</li> <li>• ввод в эксплуатацию помещений, где ранее были получены неудовлетворительные результаты контролируемого показателя;</li> <li>• жалобы на несоответствие учебных мест росто-возрастным особенностям детей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• учебные кабинеты;</li> <li>• игровые комнаты дошкольных отделений</li> </ul>	определяется по результатам обследования
Температура поверхностей на рабочем месте от оборудования	при вводе оборудования в эксплуатацию, после ремонта, после проведения мероприятий, направленных на нормализацию контролируемого показателя	рабочее место в учебных мастерских	каждое рабочее место
Интенсивность инфракрасного излучения на рабочем месте от оборудования	при вводе оборудования в эксплуатацию, после ремонта, после проведения мероприятий, направленных на нормализацию контролируемого показателя	рабочее место в учебных мастерских	каждое рабочее место
Измерение уровней шума на рабочем месте от оборудования	жалобы		рабочее место
Измерение уровней шума на рабочем месте от оборудования	при вводе оборудования в эксплуатацию, после ремонта, после проведения мероприятий, направленных на нормализацию уровней шума	рабочее место в учебных мастерских	каждое рабочее место
Измерение уровней общей и локальной вибрации на рабочем месте от оборудования	жалобы на несоответствие уровней шума		рабочее место
	при вводе оборудования в эксплуатацию, после ремонта, после проведения мероприятий, направленных на нормализацию уровней вибрации	рабочее место в учебных мастерских	каждое рабочее место
	жалобы на несоответствие уровней вибрации		рабочее место



Приложение Г4 (продолжение)

Вид исследования	Основания для проведения исследований	Объекты контроля	Объем исследований
<p>Уровень шума в помещениях, расположенных рядом с источниками шума (мастерскими, спортзалами и т. п.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>изменение функционального назначения помещений, находящихся рядом с источником шума и ранее не предназначенных для пребывания детей;</li> <li>после проведения ремонтных работ в образовательной организации с заменой вентиляционного оборудования;</li> <li>жалобы на несоответствие уровня шума</li> </ul>	<p>помещения образовательных организаций</p>	<p>1 исследование в каждой точке, где необходим контроль</p>
<p>Уровень шума в помещениях от внешних источников (транспорт, общественные сооружения, спортивные и игровые площадки и т. п.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>появление новых внешних источников шума;</li> <li>после проведения ремонтных работ в образовательной организации с заменой вентиляционного оборудования;</li> <li>жалобы на несоответствие уровня шума</li> </ul>	<p>помещения образовательных организаций</p>	<p>1 исследование в каждой точке, где необходим контроль</p>
<p>Уровень шума на территории</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>появление новых внешних источников шума;</li> <li>после проведения ремонтных работ в образовательной организации с заменой вентиляционного оборудования;</li> <li>жалобы на несоответствие уровня шума</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>площадки в игровой, спортивной и зоне отдыха;</li> <li>территория за границей участка образовательной организации</li> </ul>	<p>1 исследование в каждой точке, где необходим контроль</p>
<p>Уровень электромагнитных полей на рабочих местах в помещениях, оборудованных ПЭВМ</p>	<p>при вводе ПЭВМ в эксплуатацию, организации новых и реорганизации существующих рабочих мест, после проведения мероприятий, направленных на нормализацию электромагнитной обстановки</p> <p>жалобы</p>	<p>рабочее место, оборудованное ПЭВМ</p>	<p>каждое рабочее место</p> <p>рабочее место</p>

Вид исследования	Основания для проведения исследований	Объекты контроля	Объем исследований
<p>Исследование воды в системе горячего водоснабжения по показателям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• запах;</li> <li>• цветность;</li> <li>• мутность;</li> <li>• pH;</li> <li>• железо;</li> <li>• сероводород;</li> <li>• цинк;</li> <li>• никель;</li> <li>• алюминий</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• после проведения ремонтов с заменой водопроводных труб;</li> <li>• после получения неудовлетворительных результатов по контролируемым показателям;</li> <li>• жалобы на качество питьевой воды</li> </ul>	<p>водоразборные краны</p>	<p>1 проба из водоразборного крана по каждой системе внутреннего водоснабжения, на которой производился ремонт с заменой водопроводных труб, или были отмечены неудовлетворительные результаты исследований, или отмечены жалобы</p>
<p>Измерение температуры воды в системе горячего водоснабжения</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• после проведения ремонтных работ;</li> <li>• жалобы на температуру подаваемой воды</li> </ul>	<p>водоразборные краны</p>	<p>1 измерение по каждой системе внутреннего водоснабжения, на которой производился ремонт, или были отмечены неудовлетворительные результаты исследований, или отмечены жалобы</p>
<p>Исследование воды бассейнов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• температура воды;</li> <li>• остаточное содержание обеззараживающих реагентов (хлор, бром, озон);</li> <li>• основные микробиологические показатели (общие колиформные бактерии, термотолерантные колиформные бактерии, колифаги, золотистый стафилококк)</li> </ul>	<p>после проведения ремонтных работ, ремонтно-наладке системы обеззараживания воды, жалобах</p>	<p>чаша ванны бассейна</p>	<p>2 пробы по санитарно-химическим и 2 пробы по микробиологическим показателям</p>

Вид исследования	Основания для проведения исследований	Объекты контроля	Объем исследований
<p>Исследования почвы по показателям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• санитарно-химические исследования (мышьяк, кадмий, ртуть, свинец, 3,4-бенз(а)пирен);</li> <li>• микробиологические исследования (БГКП, энтерококки, наличие возбудителей кишечных инфекций, в т. ч. сальмонеллы);</li> <li>• санитарно-паразитологические исследования (цисты кишечных простейших, яйца, личинки гельминтов);</li> <li>• энтомологические исследования (наличие преимагинальных форм синантропных мух)</li> </ul>	<p>Основания для проведения исследований</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• при завозе земляных масс, не имеющих документов, подтверждающих их соответствие требованиям санитарных правил;</li> <li>• в случае нарушения сроков замены песка в песочницах;</li> <li>• периодически в случаях расположения вблизи автомагистралей, при наличии фактов выгула животных на территории образовательной организации</li> </ul>	<p>Объекты контроля</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• площадки в игровой, спортивной или зоне отдыха;</li> <li>• песочницы</li> </ul>	<p>Объем исследований</p> <p>1 проба по каждому виду исследований</p>

Вид исследования	Основания для проведения исследований	Объекты контроля	Объем исследований
<p>Готовая продукция:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• по микробиологическим показателям</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• после получения неудовлетворительных результатов проб при проведении плановых исследований по производственному контролю, санитарно-эпидемиологической экспертизе, мероприятий по контролю;</li> <li>• жалобы на качество питания и условия приготовления пищи</li> </ul>	<p>пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком</p>	<p>удвоенное число по отношению к соответствующему исследованию при плановом исследовании</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• эффективность термической обработки</li> </ul> <p>Пищевая ценность</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• предметы инвентаря и оборудования пищеблоков;</li> <li>• руки и спецодежда персонала;</li> <li>• клеенки;</li> <li>• скатерти;</li> <li>• обеденные столы;</li> <li>• посуда</li> </ul>	
<p>Смывы на БГКП</p>			
<p>Санитарно-паразитологические исследования смывов</p>			

## Приложение Г5

Номенклатура, объем и периодичность лабораторно-инструментальных исследований, проводимых в рамках производственного контроля после установленных случаев групповых инфекционных заболеваний (вспышек) и пищевых отравлений

Вид исследования (номенклатура)	Объекты контроля	Объем исследований	Периодичность
<i>Воздушно-капельный путь передачи инфекционного заболевания, зарегистрированного в ОО</i>			
Микроклимат: • температура воздуха; • относительная влажность воздуха	помещения, предназначенные для пребывания детей	• для угловых помещений – 6 измерений на уровне 0,1; 0,6 и 1,7 м на расстоянии 0,5 м от внутренней поверхности наружной стены и в центре помещения; • остальные помещения – 1 измерение в каждом	1 раз в месяц на протяжении 3 месяцев
<i>Фекально-оральный (водный) путь передачи инфекционного заболевания, зарегистрированного в ОО</i>			
Вода питьевая по микробиологическим показателям	водоразборные краны, в т. ч. на пищеблоке, стационарные питьевые фонтанчики, диспенсеры для подачи воды	по 1 пробе	1 раз в месяц на протяжении 3 месяцев
Готовая продукция по микробиологическим показателям	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоком	для всех типов пищеблоков 3 пробы	4 раза в год
• эффективность термической обработки	пищевые продукты, изготавливаемые пищеблоками	3 пробы	4 раза в год
Смывы на БГКП	• ученическая мебель; • учебное оборудование; • предметы инвентаря и оборудования пищеблоков; • руки и спецодежда персонала; • клеенки; • скатерти; • обеденные столы; • посуда	• буфет-раздаточная (15 смывов); • столовая-догоотовочная (20 смывов); • столовая-сырьевая (25 смыва); • 1/3 всех помещений, предназначенных для пребывания детей, – по 5 смывов в каждом	1 раз в месяц на протяжении 3 месяцев



УТВЕРЖДЕНЫ  
Профильной комиссией  
Минздрава России  
по школьной медицине,  
гигиене детей и подростков  
10 октября 2016 г.  
Протокол № 6

УТВЕРЖДЕНЫ  
на V Конгрессе  
РОШУМЗ  
Москва  
10 октября 2016 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

## **АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

ФР РОШУМЗ-34-2016

(версия 1.0)

***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 «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве»

***РАЗРАБОТЧИКИ:*** Кучма В.Р., Степанова М.И., Шумкова Т.В., Александрова И.Э.,  
Седова А.С., Шубочкина Е.И., Молдованов В.В., Сафонкина С.Г.

Федеральные рекомендации «Алгоритм определения уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации» содержат материалы по организации и содержанию контроля за условиями обучения и воспитания в образовательных организациях с целью предупреждения негативных воздействий факторов внутришкольной среды на здоровье обучающихся.

Федеральные рекомендации «Алгоритм определения уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации» одобрены и рекомендованы к утверждению Рабочей группой Профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ 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**

Санитарно-эпидемиологическое благополучие, уровень санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации.

### **2. Список сокращений**

СЭБ – Санитарно-эпидемиологическое благополучие

### **3. Краткая информация**

В течение последних лет сохраняется негативная тенденция ухудшения состояния здоровья обучающихся, регистрируемая как официальной статистикой Минздрава России, так и в ходе углубленных медицинских осмотров, научных исследований.

Образовательная деятельность относится к потенциально-опасной для здоровья детей и подростков и нуждается в постоянной оценке, как со стороны администрации образовательной организации, так и специалистов учреждений и организаций Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

## **4. Алгоритм определения уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации**

### **4.1. Оценка уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации**

Оценка уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации включает:

- санитарно-гигиеническое обследование;
- оценку полученных показателей;
- ранжирование показателей;
- определение санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации путем отнесения к одной из групп санитарно-эпидемиологического благополучия.

Санитарно-гигиеническое обследование образовательной организации осуществляется на предмет соответствия условий и организации обучения действующим санитарно-эпидемиологическим требованиям с использованием «Гигиенической оценки условий и организации обучения детей в общеобразовательных организациях» (Приложение Г1).

Для оценки организации учебного дня, урока, удаленности общеобразовательной организации от места жительства учащихся и др. проводится анкетирование учащихся, администрации и педагогов (Приложение Г2).



По степени отклонений фактических данных и с учетом приоритетных по влиянию на здоровье детей факторов условий и организации обучения каждому из показателей в соответствии с «Гигиенической оценкой условий и организации обучения детей в общеобразовательных организациях» в «Протокол экспертной оценки состояния санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательной организации» (Приложение Г3) выставляется условный балл:

- оптимальное значение – 3 балла;
- допустимое значение – 2 балла;
- потенциально опасное-значение – 1 балл;
- опасное значение – 0 баллов.

Ранжирование всех групп показателей позволяет отнести условия и организацию обучения к:

- оптимально-допустимым – при сумме баллов не менее 536;
- потенциально-опасным – при сумме баллов от 535 до 332;
- опасным – при сумме баллов 331 и менее.

Для отнесения образовательной организации к одной из трех групп санитарно-эпидемиологического благополучия необходимо также учесть информацию о зарегистрированных в ней групповых инфекционных заболеваниях, пищевых отравлениях в течение последних 12 месяцев.

По сумме сведений определяют уровень санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации путем отнесения ее к одной из трех групп санитарно-эпидемиологического благополучия.

К I группе санитарно-эпидемиологического благополучия относится образовательная организация, санитарно-гигиенические условия в которой соответствуют действующим государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и гигиеническим нормативам и оцениваются:

- в 536 балла и более.

Ко II группе санитарно-эпидемиологического благополучия относится образовательная организация, санитарно-гигиенические условия в которой не соответствуют действующим государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и гигиеническим нормативам, в том числе по результатам лабораторных и инструментальных методов исследований, и оцениваются:

- в диапазоне значений 535–332 баллов.

К III группе санитарно-эпидемиологического благополучия относится образовательная организация, санитарно-гигиенические условия в которой не соответствуют действующим государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и гигиеническим нормативам, в том числе по результатам лабораторных и инструментальных методов исследований, и оцениваются:

- в пределах 0–331 баллов.

Также к III группе санитарно-эпидемиологического благополучия относится образовательная организация, в которой в течение последних 12 месяцев зарегистрировано хотя бы одно групповое инфекционное заболевание, пищевое отравление.

#### **4.2. Подготовка экспертного заключения об уровне санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации**

По результатам оценки составляется экспертное заключение об уровне санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации (Приложение Г4).

Отнесение образовательной организации к одной из групп санитарно-эпидемиологического благополучия позволяет установить основные нарушения

санитарно-эпидемиологических требований, потенциальный риск развития отклонений в функциональном состоянии организма и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков. Эта информация является основанием для разработки целенаправленных санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий по устранению выявленных нарушений.

Оперативная гигиеническая оценка условий и режима обучения детей в общеобразовательных учреждениях является инструментом управления санитарно-эпидемиологическим благополучием образовательных организаций.

### **5. Показания для применения алгоритма санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации**

Рекомендуется использовать алгоритм определения уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации для профилактики нарушений здоровья в процессе обучения в образовательных организациях.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1в).

*Комментарии:* противопоказаний – нет.

### **6. Материально-техническое обеспечение**

Рабочее место медицинского работника, оргтехника, нормативная документация, бланки анкет.

Аппаратура для проведения инструментально-лабораторного контроля: люксметр, термометр, психрометр, измерительная линейка (сантиметровая лента). Лабораторные анализы проб водопроводной воды, воздуха учебных помещений, смывов (обеденные столы, руки персонала пищеблока), данные замеров уровней электромагнитного излучения, шума могут быть получены с привлечением организаций, аккредитованных для проведения данного вида работ.

### **7. Список литературы**

1. 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 условий обучения и воспитания детей в общеобразовательных организациях. Гигиена и санитария. 2014; 4: 110–115.

2. Кучма В.Р., ред. Системная гигиеническая диагностика санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся. Руководство. М.: ФГБНУ НЦЗД; 2014. 304 с.

3. 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 университетской медицины и здоровья. 2016; 2: 27–32.

4. Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Александрова И.Э., Седова А.С., Шумкова Т.В. О необходимости совершенствования методической и нормативно-правовой базы проведения производственного контроля за соблюдением санитарно-гигиенических (профилактических) мероприятий в образовательных учреждениях РФ и г. Москве. Здоровье населения и среда обитания. 2011; 12: 13–16.

5. Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Шубочкина Е.И., Ибрагимова Е.М., Александрова И.Э., Шумкова Т.В. Санитарно-эпидемиологическое благополучие образовательных учреждений г. Москвы. Школа здоровья. 2011; 4: 15–17.

## 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:**

Рекомендации «Алгоритм определения уровня санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации» предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающих в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям.

### **Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:**

Поиск в электронных базах данных. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся в образовательных организациях: проблемы, пути решения и технологии обеспечения».

Анализ материалов.

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

- Консенсус экспертов:

- *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 условий обучения и воспитания детей в общеобразовательных организациях. Гигиена и санитария. 2014; 4: 110–15.

- *Кучма В.Р., ред.* Системная гигиеническая диагностика санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся. Руководство. М.: ФГБНУ НЦЗД; 2014. 304 с.

- *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 университетской медицины и здоровья. 2016; 2: 27–32.

### **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 негативных последствий для здоровья обучающихся неблагоприятных условий и режима обучения 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 (педагога), для получения комментариев с точки зрения перспектив обучающихся.

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.

### **Приложение АЗ. Связанные документы**

1. Федеральный закон Российской Федерации от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» с изменениями и дополнениями.
2. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 26.12.2008 N 294-ФЗ (ред. от 21.07.2014) «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».
4. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
5. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
6. Регламент по организации и проведению экспертиз образовательной деятельности, осуществляемой на базе общеобразовательных учреждений (школ) города Москвы. Москва, 2007.
7. ТР ТС 007/2011. Технический регламент Таможенного союза. «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков».
8. ТР ТС 008/2011. Технический регламент Таможенного союза. «О безопасности игрушек».
9. ТР ТС 009/2011 «О безопасности парфюмерно-косметической продукции» – в части парфюмерно-косметической продукции для детей.
10. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».
11. СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».
12. СанПиН 2.4.2.3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную

деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

13. СанПиН 2.4.4.3172-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы образовательных организаций дополнительного образования детей».

14. СанПиН 2.2.2./2.4.1340-03 с изменениями и дополнениями «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».

15. СанПиН 2.1.2.1188-03 «Плавательные бассейны. Гигиенические требования к устройству, эксплуатации и качеству воды. Контроль качества».

16. СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».

17. СанПиН 2.3.2.1324-03 «Гигиенические требования к срокам годности и условиям хранения пищевых продуктов».

18. СанПиН 2.1.4.1074-01 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества. Гигиенические требования к обеспечению безопасности систем горячего водоснабжения».

19. СанПиН 2.1.4.1175-02 «Гигиенические требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения. Санитарная охрана источников».

20. СанПиН 2.1.2.2645-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям проживания в жилых зданиях и помещениях».

21. СанПиН 42-128-4690-88 «Санитарные правила содержания территории населенных мест».

22. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

23. СанПиН 2.2.1/2.1.1.1076-01 «Гигиенические требования к инсоляции и солнцезащите помещений жилых и общественных зданий и территорий».

24. СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий».

25. СанПиН 2.1.7.1287-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к качеству почвы».

26. СанПиН 1.2.2353-08 «Канцерогенные факторы и основные требования к профилактике канцерогенной опасности. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы».

27. СанПиН 2.2.2.1332-03 «Гигиенические требования к организации работы на копировально-множительной технике».

28. СанПиН 2.4.6.2553-09 «Санитарно-эпидемиологические требования к безопасности условий труда работников, не достигших 18-летнего возраста».

29. СанПиН 2.4.7.1166-02. «Гигиенические требования к изданиям учебным для общего и начального профессионального образования. Санитарные правила и нормативы».

30. СанПиН 2.4.7/1.1.1286-03 «Гигиенические требования к одежде для детей, подростков и взрослых, товарам детского ассортимента и материалам для изделий (изделиям), контактирующим с кожей человека».

31. СанПиН 3.5.2.1376-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий против синантропных членистоногих»<sup>#</sup>.

32. Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) (утв. Решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 № 299).

33. СП 1.1.1058-01 с изменениями и дополнениями «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».

34. СП 2.3.6.1079-01 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья».

<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года

35. СН 2.2.4/2.1.8.562-96 «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки».
36. СНиП 2.05.02-85 «Автомобильные дороги».
37. СП 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней».
38. СанПиН 3.2.3215-14 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации».
39. СП 3.1.2.3117-13 «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций».
40. СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии».
41. СП 3.1.1.3108-13 «Профилактика острых кишечных инфекций».
42. ССП 3.5.3.3223-14 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дератизационных мероприятий».
43. СП 3.1.2.2952-11 «Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита».
44. СП 3.1.2.3149-13 «Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции».
45. СП 3.2.3110-13 «Профилактика энтеробиоза».
46. СП 3.1.2.3162-14 «Профилактика коклюша».
47. СП 3.1.2.2512-09 «Профилактика менингококковой инфекции»<sup>#</sup>.
48. СП 3.1.7.2615-10 «Профилактика иерсиниоза».
49. СП 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности».
50. СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней».
51. СП 2.1.2.2844-11 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию и содержанию общежитий для работников организаций и обучающихся образовательных учреждений».
52. ГН 2.1.5.1315-03 Предельно допустимые концентрации (ПДК) химических веществ в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования.
53. ГН 2.1.6.1338-03 Предельно допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест<sup>#</sup>.
54. 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».
55. Приказ Роспотребнадзора от 18.07.2012 № 775 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по предоставлению государственной услуги по выдаче на основании результатов санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний и иных видов оценок, оформленных в установленном порядке, санитарно-эпидемиологических заключений».
56. Приказ Роспотребнадзора от 19.07.2007 № 224 «О санитарно-эпидемиологических экспертизах, обследованиях, исследованиях, испытаниях и токсикологических, гигиенических и иных видах оценок».
57. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека № 776 от 21.11.2005 г. «О санитарно-эпидемиологической экспертизе видов деятельности (работ, услуг), продукции, проектной документации».
58. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 года № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

---

<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года



59. Постановление Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.07.1999 г. № 11 «О введении в действие Временного положения об аккредитации органов по оценке риска в Российской Федерации».
60. Постановление Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации и Главного Государственного инспектора Российской Федерации по охране природы № 25 от 10.11.1997 г. и № 03-19/24-3483 от 10.11.1997 г. «Об использовании методологии оценки риска для управления качеством окружающей среды и здоровья населения в Российской Федерации».
61. Постановление Правительства РФ от 2 февраля 2006 г. № 60 «Об утверждении Положения о проведении социально-гигиенического мониторинга».
62. Приказ Минздрава России от 27 августа 1999 г. № 334 «Об организации работы по II этапу социально-гигиенического мониторинга».
63. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 17 ноября 2006 г. № 367 «О порядке проведения социально-гигиенического мониторинга».
64. Р 2.1.10.1920-04 «Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду».
65. Р 2.2.1766-03 «Руководство по оценке профессионального риска для здоровья работников».
66. Р 3.5.1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях».
67. МУ 5.1.9.10-97 «Организация и оценка деятельности центров Госсанэпиднадзора и их структурных подразделений с использованием моделей конечных результатов».
68. МУ 5.1.661-97 «Система оценки и контроля качества деятельности центров Госсанэпиднадзора и структурных подразделений центров».
69. МУ 4069-86 «Оценка эффективности деятельности отделений гигиены детей и подростков санитарно-эпидемиологических станций I уровня».
70. МУ по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях (Минздрав России, МУ 11-16/03-06).
71. МУ № 4425-87 от 05.09.87 «Санитарно-гигиенический контроль систем вентиляции производственных помещений»
72. МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».
73. МР 11-3/61-09 от 27.02.2001 г. «Методические рекомендации по обработке и анализу данных, необходимых для принятия решений в области охраны окружающей среды и здоровья населения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».
74. МР 2510/5716-97-32 от 30.07.1997 г. «Комплексная гигиеническая оценка степени напряженности медико-экологической ситуации различных территорий, обусловленной загрязнением токсикантами среды обитания населения».
75. МР ФЦ/3415 от 19.11.1999 г. Методические рекомендации «Перечень приоритетных показателей для выявления изменений состояния здоровья детского населения при вредном воздействии ряда химических факторов среды обитания».
76. МР 10.10.2008 № 368 «Примерные нормативы деятельности органов и организаций Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в условиях бюджетирования, ориентированного на результат».
77. МосМР 2.1.9.004-03 «Критерии оценки риска для здоровья населения приоритетных химических веществ, загрязняющих окружающую среду».
78. СТО НОСТРОЙ 2.24.2-2011 «Вентиляция и кондиционирование. Испытание и наладка систем вентиляции и кондиционирования воздуха».



**Приложение Г1**  
Гигиеническая оценка условий и режима обучения детей в общеобразовательных организациях

№ п/п	Показатель	Условия и режим обучения				Опасные
		Оптимальные	Допустимые	Потенциально опасные	Уровень	
1	2	3	2	1	0	6
<b>1. Требования к размещению</b>						
1.	Удаление от автомобильных дорог (м)	> 170	169–100	99–50	< 49	> 7000
2.	Характеристика автомобильной дороги (количество транспортных единиц в сутки)	< 1000	1000–3000	3001–7000		
3.	Экологическая характеристика месторасположения	зеленая зона	внутриквартально	расположена на магистрали	расположена рядом с интенсивной магистралью	
4.	Количество обучающихся, которые тратят на дорогу в школу (в одну сторону) не более 30 мин (%)	100–95	94–76	75–50	< 50	
5.	Количество обучающихся, добирающихся в школу и обратно пешком (%)	100–95	94–76	75–50	< 50	
<b>2. Требования к территории</b>						
6.	Озеленение (%)	> 50	50–35	34–20	< 20	
7.	Зонирование	наличие зоны отдыха, физкультурно-спортивной, учебно-опытной зоны	наличие зоны отдыха, физкультурно-спортивной, хозяйственной зоны	отсутствие зон отдыха и/или хозяйственной при обязательном наличии физкультурно-спортивной	отсутствие пришкольной территории или отсутствует физкультурно-спортивная зона	

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
8.	<p>Физкультурно-спортивная зона:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• размещение</li> </ul>	<p>расположение со стороны спортивного зала на расстоянии 20 м и более, отделена полосой зеленых насаждений</p>	<p>расположена со стороны спортивного зала на расстоянии 20 м и более</p>	<p>расположена со стороны учебных помещений на расстоянии 20 м и более</p>	<p>расположена со стороны учебных помещений на расстоянии менее 20 м</p>
9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• оборудование</li> </ul>	<p>–</p>	<p>оборудование исправно, соответствует росту и возрасту обучающихся, обеспечивает выполнение программы, а также проведение секционных спортивных занятий и оздоровительных мероприятий</p>	<p>оборудование частично неисправно и/или неполностью обеспечивает выполнение программы и/или соответствует росту и возрасту обучающихся</p>	<p>оборудование неисправно и/или не обеспечивает выполнение программы и не соответствует росту и возрасту обучающихся</p>
10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• состояние</li> </ul>	<p>–</p>	<p>покрытие и состояние площадок соответствуют гигиеническим требованиям</p>	<p>–</p>	<p>покрытие и состояние площадок не соответствуют гигиеническим требованиям</p>
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• количество спортивных площадок</li> </ul>	<p>≥ 3</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>отсутствуют</p>

1	2	3	4	5	6
12.	Использование внешних спортивных сооружений (площадок): • соответствие сооружений гигиеническим требованиям	-	используются сооружения, имеющие документы, подтверждающие соответствие гигиеническим требованиям внешкольные сооружения не используются, т. к. потребность в них отсутствует	отсутствуют сведения, подтверждающие соответствие гигиеническим требованиям	имеются сведения о несоответствии гигиеническим требованиям
13.	• доступность (среднее время в пути от ОО, мин)	< 10	10–15 внешкольные сооружения не используются, т. к. потребность в них отсутствует	16–25	> 25
<b>3. Требования к зданию, помещениям, оборудованию и их содержанию</b>					
14.	Фактическая вместимость здания	менее проектной вместимости	не превышает проектную вместимость	превышает проектную вместимость не > 10%	превышает проектную вместимость > 10%
15.	Размещение гардероба	на 1-м этаже с обязательным оборудованием мест для каждого класса с индивидуальными шкафчиками для учеников	• на 1-м этаже с обязательным оборудованием мест для каждого класса; • в рекреации на 1-м этаже при условии оборудования индивидуальных шкафчиков для учеников	• в рекреации на 1-м этаже без оборудования индивидуальных шкафчиков для учеников	выше 1-го этажа

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
16.	Количество классов (%), для которых учебные помещения размещены: • не выше 2-го этажа (для 1-х классов) • не выше 3-го этажа (для 2-4-х классов)	-	100	99-50	< 50
17.	Площадь учебных помещений на 1 учащегося (м <sup>2</sup> )	-	100	99-50	< 50
18.	Наличие и площадь игровых комнат на 1 обучающегося для групп продленного дня (м <sup>2</sup> )	> 2,5	2,5	2,4-2,0	< 2,0
19.	Наличие и площадь спальных помещений для групп продленного дня (для 1-х классов)	имеются для каждой группы; > 2,5	имеются для каждой группы; 2,5	имеются для каждой группы; < 2,5	отсутствуют
20.	Наличие и площадь спальных помещений для групп продленного дня 1-х классов	-	нет групп продленного дня	-	-
21.	Наличие и расположение специализированных кабинетов для обучающихся I ступени обучения (для занятий музыкой, рисования, хореографией)	имеются для каждой группы; > 4,0	имеются для каждой группы; 4,0	имеются для каждой группы; < 4,0	отсутствуют
22.	Набор учебных помещений для обучающихся II и III ступени обучения	-	нет групп продленного дня	-	-
		-	имеются не выше 2-го этажа	имеются выше 2-го этажа	отсутствуют
		• наличие всех необходимых учебных кабинетов и лабораторий; • позволяет организовать обучение по классно-кабинетной системе	• наличие всех необходимых учебных кабинетов и лабораторий; • позволяет организовать обучение по классно-кабинетной системе	• отсутствие некоторых учебных кабинетов и лабораторий; • набор помещений обуславливает необходимость использования внешних помещений (отсутствуют сведения, подтверждающие соответствие гигиеническим требованиям)	• отсутствие некоторых учебных кабинетов и лабораторий; • имеются сведения о несоответствии гигиеническим требованиям используемых внешних помещений

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
23.	Площадь учебных кабинетов на 1 обучающегося: • при фронтальных формах занятий • при групповых формах занятий	> 2,5 > 3,5 > 3,6	2,5 3,5 3,6–2,5	2,4–2,0 3,4–3,0 < 2,5	< 2,0 < 3,0 –
24.	Высота учебных помещений (м)	> 3,6	3,6–2,5	< 2,5	–
26.	Наличие лабораторных при кабинетах физики, химии, биологии	наличие оборудованных лабораторных при всех кабинетах (химии, физики, биологии, информатики), наличие практикумов	наличие оборудованных лабораторных при всех кабинетах (химии, физики, биологии, информатики)	наличие частично оборудованных лабораторных при всех кабинетах (химии, физики, биологии)	наличие оборудованных лабораторных при всех кабинетах или отсутствие одной и более лабораторных
27.	Площадь кабинетов информатики на 1 рабочее место (м <sup>2</sup> ): • ВДТ на базе электронно-лучевой трубки; • ВДТ на базе дискретных экранов	> 6,0 > 4,5	6,0 4,4–4,0	5,9–4,5 3,9–3,0	< 4,5 < 3,0
28.	Количество спортивных залов и их расположение (этаж)	> 2 1-й этаж и/или пристройка	2; 2-й этаж	1; выше 2-го этажа	нет
29.	Площадь спортзала (спортзалов, м <sup>2</sup> )	> 162	162	161–100	< 100
30.	Высота спортзала (м)	> 6,0	6,0	5,9–4,5	< 4,5
31.	Наличие набора помещений при спортивном зале и их площадь (м <sup>2</sup> ): • снарядная	имеются при каждом спортивном зале	имеются не при каждом спортивном зале	–	отсутствует
32.	• раздевалльные помещения	> 14	14	13–10	< 10 и/или не функционируют
33.	• душевые	> 12	12	11–8	< 8 и/или не функционируют
34.	• туалет с раковиной	> 8,0	8	7,0–4,0	< 4 и/или не функционирует

1	2	3	4	5	6
35.	помещение для хранения уборочного инвентаря спортзала	4,0	4,0	< 4,0	отсутствует
36.	Площадь актового зала на 1 место (м <sup>2</sup> )	> 0,65	0,65	0,64–0,4	< 0,4
37.	Площадь библиотеки на 1 обучающегося (м <sup>2</sup> )	> 0,6	0,6	0,59–0,4	< 0,4
38.	Площадь рекреации на 1 обучающегося в смене (м <sup>2</sup> )	> 0,6	0,6	0,59–0,4	< 0,4
39.	Площадь кабинета врача (м <sup>2</sup> )	> 14,0	14	13–10	< 10
40.	Площадь процедурной (прививочной) (м <sup>2</sup> )	> 14	13–10	9,0–7,0	< 7,0 или помещение отсутствует
41.	Площадь стоматологического кабинета (м <sup>2</sup> )	> 12	12	< 12	–
42.	Наличие кабинета педагога-психолога	имеется	отсутствует	–	–
43.	Наличие кабинета учителя-логопеда	имеется	отсутствует	–	–
44.	Состав воздуха закрытых помещений (концентрация в-в, мг/м <sup>3</sup> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>• формальдегид;</li> <li>• фенол;</li> <li>• стирол;</li> <li>• бензол (либо толуол, либо ксилол);</li> <li>• ртуть;</li> <li>• свинец;</li> <li>• диоксид азота;</li> <li>• диоксид углерода;</li> <li>• пыль;</li> <li>• микробиологические показатели</li> </ul>	концентрация всех определяемых веществ должна быть ниже ПДК	концентрация определяемых веществ не превышает ПДК	–	концентрация хотя бы одного из веществ превышает ПДК

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
45.	Наличие туалетов и их площадь на 1 обучающегося (м <sup>2</sup> )	имеются раздельные (для мальчиков и девочек) на каждом этаже; $> 0,1$	имеются раздельные (для мальчиков и девочек) на каждом этаже; $0,1$	имеются раздельные (для мальчиков и девочек) на каждом этаже; $< 0,1$	имеются не на каждом этаже или расположены вне учебного здания
46.	Количество санитарных приборов	$> 1$ унитаза на 20 девочек; $> 1$ умывальника на 30 девочек; $> 1$ унитаза, 1 писсуара, 1 умывальника на 30 мальчиков	• 1 унитаз на 20 девочек; • 1 умывальник на 30 девочек; • 1 унитаз, 1 писсуар, 1 умывальник на 30 мальчиков	–	• 1 унитаз более чем на 20 девочек; • 1 умывальник более чем на 30 девочек; • 1 унитаз, 1 писсуар, 1 умывальник более чем на 30 мальчиков
47.	Санузел для персонала	имеется на каждом этаже, из расчета более 1 унитаза для 20 человек	имеется, из расчета для 20 человек	имеется, из расчета менее 1 унитаза на 20 человек	отсутствует или расположен вне учебного здания
48.	Наличие электрополотенца, мыла, туалетной бумаги, педальных ведер (кол-во санузлов, соответствующих гигиеническим требованиям, %)	100	99–95	94–75	$< 75$
49.	Комнаты для хранения уборочного инвентаря и приготовления дезрастворов	–	имеются на каждом этаже	имеются не на каждом этаже	–
50.	Наличие исправных умывальных раковин с подводкой горячей и холодной воды (кол-во помещений, соответствующих гигиеническим требованиям, %): • в учебных кабинетах начальных классов	100	99–95	94–75 или 94–50, имеется подводка только холодной воды	$< 75$ или $< 50$ , имеется подводка только холодной воды

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
51.	<ul style="list-style-type: none"> <li>в лаборантских, кабинетах (химии, физики, биологии, рисования, домоводства), мастерских</li> </ul>	100	99–95	99–75 или 99–50, имеется подводка только холодной воды	< 75 или < 50, имеется подводка только холодной воды
52.	Состояние стен, потолков (без трещин, деформаций и т. п. с возможностью проводить уборку влажным способом) (кол-во помещений, соответствующих гигиеническим требованиям, %)	–	100	99–75	< 75
53.	Наличие сырости и плесени на школьных объектах	–	отсутствие сырости и плесени во всех помещениях	наличие сырости и плесени в помещениях, где не предусмотрено пребывание детей (подсобные помещения, подвалы и т. д.)	наличие сырости и плесени в помещениях, где предусмотрено пребывание детей
54.	Состояние пола учебных помещений, кабинетов и рекреаций (дощатое, паркетное, линолеум, плиточное, матовое, шероховатое, не скользящее) (кол-во помещений, соответствующих гигиеническим требованиям, %)	100	99–95	94–75	< 75
55.	Состояние пола и потолка медицинского блока	–	гладкие, легко моющиеся, устойчивые к влажной уборке и дезинфицирующим средствам	–	стены и потолок покрыты материалами, не позволяющими влажную уборку
56.	Количество помещений, уровень шума в которых соответствует гигиеническим требованиям (%)	100	99–95	94–75	< 75
57.	Маркировка мебели: количество правильно промаркированной мебели	–	100	99–75	< 75



Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
58.	Количество обучающихся, рабочее место которых соответствует их ростовым особенностям (%)	100	99–95	94–75	< 75
59.	Количество детей, занимающихся за конторками (%)	–	< 100	–	–
60.	Соблюдение регламента работы за конторками	–	имеется регламент конторки не используются	регламент отсутствует	–
61.	Рассаживание детей: согласно состоянию здоровья (зрение, слух) на ближних к доске партах (% обучающихся)	100	99–95	94–75	< 75
62.	Рассаживание часто болеющих детей: не на ближнем к наружной стене ряду (% обучающихся)	100	99–95	94–75	< 75
63.	Пересаживание детей с крайних рядов в классе (кол-во раз в год)	3–6	2	1	не пересаживают
64.	Количество помещений, расстановка учебного оборудования в которых (соблюдение размеров проходов) соответствует гигиеническим требованиям (%): <ul style="list-style-type: none"> <li>• между рядами двухместных столов;</li> <li>• между рядом столов и наружной продольной стеной;</li> <li>• между рядом столов и внутренней продольной стеной или шкафами;</li> <li>• от последних столов до стены-перегородки;</li> <li>• от последних столов до наружной стены;</li> <li>• от демонстрационного стола до учебной доски;</li> </ul>	100	99–95	94–75	< 75

1	2	3	4	5	6
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• от первой парты до учебной доски;</li> <li>• последнего места обучающихся от учебной доски;               <ul style="list-style-type: none"> <li>• высота нижнего края учебной доски над полом;</li> </ul> </li> <li>• расстояние от учебной доски до первого ряда столов в кабинетах квадратной или поперечной конфигурации, при четырехрядной расстановке мебели;</li> <li>• угол видимости для обучающихся   ступени обучения;</li> <li>• угол видимости для обучающихся II-III ступеней обучения;</li> <li>• расстояние между боковыми поверхностями мониторов в кабинетах ПЭВМ;</li> <li>• расстояние между задней поверхностью монитора и экраном стоящего за ним монитора</li> </ul>				
65.	<p>Количество учебных помещений, оборудованных классными досками в соответствии с гигиеническими требованиями (%):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• меловая (антибликовое покрытие, высокая адгезия, цвет, очищаемость);</li> <li>• маркерная (антибликовое покрытие, очищаемость, контрастный цвет маркера – черный, красный, коричневый, темные цвета синего и зеленого);</li> <li>• достаточность освещения</li> </ul>	100	99–95	94–75	< 75

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
66.	Оборудование кабинетов физики	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• демонстрационный стол на подиуме;</li> <li>• ученические столы с бортиками и защищенные от агрессивных химических реактивов</li> </ul>	ученические столы имеют неисправности бортиков и/или нарушения защитного покрытия от агрессивных химических реактивов	ученические столы без бортиков и защиты от агрессивных химических реактивов
67.	Оборудование кабинетов химии	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• демонстрационный стол на подиуме;</li> <li>• ученические столы с бортиками и защищенные от агрессивных химических реактивов</li> </ul>	ученические столы имеют неисправности бортиков и/или нарушения защитного покрытия от агрессивных химических реактивов	ученические столы без бортиков и защиты от агрессивных химических реактивов
68.	Оборудование вытяжными шкафами кабинета химии и лаборантской	-	кабинеты оборудованы технически исправными вытяжными шкафами	-	кабинеты оборудованы технически исправными вытяжными шкафами
69.	Количество рабочих мест, оборудованных ПЭВМ, соответствующих гигиеническим требованиям по показателям электромагнитной безопасности (%)	-	100	99-75	< 75
70.	Количество рабочих мест, оборудованных ПЭВМ, соответствующих гигиеническим требованиям к организации и оборудованию рабочих мест (расстановка, конструкция мебели, ее ростовые характеристики) (%)	100	99-95	94-75	< 75
71.	Мастерские для трудового обучения: площадь на 1 рабочее место (м <sup>2</sup> )	> 6,0	6,0	5,9-5,0	< 4,9

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
72.	Кабинеты домоводства (технологии)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие 2 помещений: для приготовления пищи и обучения навыкам шитья;</li> <li>• оборудование: мойка, плита, холодильник, шкафы для посуды, швейные машинки и столы для кройки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие 2 помещений: для приготовления пищи и обучения навыкам шитья;</li> <li>• оборудование: мойка, плита, холодильник, шкафы для посуды, швейные машинки;</li> <li>• частично отсутствует оборудование</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие 1 помещения: для приготовления пищи и обучения навыкам шитья;</li> <li>• отсутствует оборудование; или нет кабинета домоводства</li> </ul>
73.	Наличие аптечек первой помощи	-	<p>мастерские трудового обучения, кабинеты домоводства, спортивные залы</p>	-	<p>отсутствует аптечка в мастерской и/или кабинете домоводства и/или в спортивном зале</p>
74.	Оборудование игровых комнат для группы продленного дня	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие мебели, игрового и спортивного оборудования;</li> <li>• расстановка мебели по периметру, сменные чехлы на мягкой мебели, шкафы для хранения игрушек, книг;</li> <li>• телевизор и его размещение не ближе 2 метров до глаз обучающихся</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие мебели, игрового и спортивного оборудования;</li> <li>• расстановка мебели по периметру;</li> <li>• нет сменных чехлов на мягкой мебели;</li> <li>• отсутствуют шкафы для хранения игрушек, книг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие неисправной мебели, игрового и спортивного оборудования;</li> <li>• нерациональная расстановка мебели или комната не оборудована</li> </ul>

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
75.	Спальные комнаты для групп продленного дня	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• раздельные для мальчиков и девочек;</li> <li>• 100% детей обеспечены кроватями;</li> <li>• подростковые кровати;</li> <li>• проходы между кроватями не менее 1,1 м;</li> <li>• между изголовьями двух кроватей – 0,3-0,4 м</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• общие для мальчиков и девочек;</li> <li>• менее 100% детей обеспечены кроватями;</li> <li>• подростковые кровати;</li> <li>• проходы между кроватями менее 1,1 м;</li> <li>• проходы между изголовьями двух кроватей менее 0,3 м</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• общие для мальчиков и девочек;</li> <li>• менее 100% детей обеспечены кроватями;</li> <li>• имеются нарушения расстановки оборудования</li> </ul>
<b>4. Воздушно-тепловой режим: отопление, вентиляция</b>					
76.	Тип системы отопления и вентиляции	-	централизованное	-	используются переносные нагревательные приборы и/или обогреватели с инфракрасным излучением и/или паровое отопление
77.	Ограждающие устройства отопительных приборов	-	имеются во всех помещениях, безопасны для здоровья	имеются только в учебных помещениях, но отсутствует в помещениях общего пользования	отсутствуют во всех помещениях
78.	Количество учебных помещений, в которых температура воздуха соответствует гигиеническим требованиям (%)	-	100	99-75	< 75
79.	Количество учебных помещений, в которых относительная влажность воздуха соответствует гигиеническим требованиям (%)	-	100	99-75	< 75

1	2	3	4	5	6
80.	Количество учебных помещений и кабинетов, оборудованных приборами для измерения температуры и влажности воздуха (%)	-	100	99-75	< 75
81.	Количество учебных помещений, соблюдающих режим проветривания (%)	-	100	99-75	< 75
82.	Проветривание спортивного зала	-	проветривание проводится в соответствии с гигиеническими требованиями	проветривание проводится без учета гигиенических требований	проветривание спортзала не проводится
83.	Оборудование каждого окна всех помещений исправными фрамугами или форточками (% окон)	100	99-95	94-75	< 75
<b>5. Естественное и искусственное освещение</b>					
84.	Количество учебных помещений с наличием естественного освещения (%)	-	100	99-75	< 75
85.	Организация естественного освещения	боковое, естественное, левостороннее	с правосторонним подсветом (при глубине помещения свыше 6 м)	направление светового потока преимущественно сзади	направление светового потока спереди
86.	Количество помещений, в которых световой коэффициент (КЕО) соответствует гигиеническим требованиям (%)	-	100	99-75	< 75
87.	Ориентация окон: • учебные помещения	юг, юго-восток, восток	запад, восток	запад	запад, север
88.	• кабинеты черчения, рисования, кухня	север	северо-восток	юг, юго-восток	юг, запад
89.	• кабинет информатики	север, северо-восток	восток	запад, юг	юг

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
90.	Наличие регулируемых солнцезащитных устройств, штор	-	имеются	-	не имеются
91.	Рациональное использование естественного освещения: • отсутствие факторов уменьшения светового потока	-	легкие шторы между окнами в простенках, цветы на подоконниках невысокие	легкие шторы прикрывают поток света и/или высокие цветы на подоконнике	темные шторы и/или высокие цветы на подоконнике
92.	Чистка и мытье окон (количество раз в год)	> 2	2	1	< 1
93.	Количество кабинетов, в которых продолжительность инсоляции соответствует гигиеническим требованиям	-	100	99-75	< 75
94.	Освещение учебных помещений: • система освещения	-	общее равномерное	неравномерное	-
95.	• размещение светильников	-	вдоль светонесущей стены	перпендикулярно светонесущей стене	-
96.	Количество помещений, осветительные приборы в которых оснащены светорассеивающей арматурой (% от общего количества групповых)	100	99-95	94-75	< 75
97.	Тип ламп	светодиодные лампы	люминесцентные (белый, теплый-белый, естественно-белый спектр излучения)	-	люминесцентные (синий и желтый спектр света) или использование ламп разного спектра
98.	Сочетание источников света различной природы излучения	-	не используется	используется в подсобных помещениях	используется в помещениях пребывания детей
99.	Количество рабочих мест обучающихся, уровни освещенности которых соответствуют гигиеническим требованиям (% от общего количества учебных мест)	-	100	99-75	< 75

1	2	3	4	5	6
100.	Количество рабочих мест в кабинетах информатики, имеющих освещенность поверхности стола 300–500 лк (%)	–	100	99–75	< 75
101.	Количество рабочих мест, имеющих освещенность поверхности экрана 300 лк	–	100	99–75	< 75
102.	Количество учебных помещений, имеющих освещенность классной доски 300–500 лк (%)	–	100	99–75	< 75
103.	Количество учебных помещений, в которых софиты, предназначенные для освещения учебной доски, соответствуют гигиеническим требованиям	–	100	99–75	< 75
104.	Количество помещений, окраска стен и рабочих поверхностей в которых соответствуют гигиеническим требованиям (%)	100	99–95	94–75	< 75
105.	Замена перегоревших ламп, чистка арматуры светильников	замена производится своевременно, чистка – чаще 2 раз в год	замена производится своевременно, чистка – 2 раз в год	замена производится своевременно, чистка – 1 раз в год	замена производится несвоевременно, чистка – реже 1 раза в год
106.	Выделение отдельного помещения для хранения отработанных люминесцентных ламп	–	собираются перегоревшие люминесцентные лампы в контейнере и хранятся в специально выделенном помещении	отсутствует специально выделенное помещение	отсутствуют специально выделенное помещение, контейнеры
107.	Вывоз и утилизация люминесцентных ламп	–	имеется договор на вывоз и утилизацию	–	лампы выбрасываются вместе с твердыми бытовыми отходами



1	2	3	4	5	6
<b>6. Водоснабжение</b>					
108.	Наличие централизованной системы хозяйственно-питьевого водоснабжения	–	централизованная	–	отсутствует
109.	Количество помещений, обеспеченных холодным и горячим централизованным водоснабжением, от общего числа помещений, в которых оно предусмотрено гигиеническими требованиями (%)	100	99–95	94–75	< 75
110.	Качество питьевой воды на соответствие гигиеническим требованиям по органолептическим показателям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• запах (баллы);</li> <li>• привкус (баллы);</li> <li>• цветность (градус);</li> <li>• мутность (мг/л)</li> </ul>	все показатели ниже ПДУ	все показатели не превышают ПДУ	–	хотя бы один показатель превышает ПДУ
111.	Качество питьевой воды на соответствие гигиеническим требованиям по санитарно-химическим показателям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• окисляемость (мг/л);</li> <li>• аммиак (по азоту);</li> <li>• нитриты (мг/л);</li> <li>• железо (мг/л);</li> </ul> <p>• водородный показатель единицы pH;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• связанный хлор (мг/л)</li> </ul>	все показатели ниже ПДК	все показатели не превышают ПДК	–	хотя бы один показатель превышает ПДК

1	2	3	4	5	6
112.	<p>Качество питьевой воды на соответствие гигиеническим требованиям по микробиологическим и паразитологическим показателям:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• общее микробное число (число образующих колоний в 1 мл);</li> <li>• общие колиформные бактерии (число бактерий в 100 мл);</li> <li>• термотолерантные (число бактерий в 100 мл);</li> <li>• колифаги (число БОЕ в 100 мл);</li> <li>• споры сульфитредуцирующих клостридий (число спор в 20 мл);</li> <li>• цисты лямблий (число цист в 50 мл)</li> </ul>	-	соответствует гигиеническим требованиям	-	хотя бы один показатель не соответствует гигиеническим требованиям
<b>7. Канализация</b>					
113.	Наличие централизованной системы канализации	-	имеется	-	отсутствует
114.	Система канализации пищеблока	-	отдельная от основного здания ОО и имеет самостоятельный выпуск в наружную систему канализации	-	отсутствие самостоятельной системы
<b>8. Режим образовательного процесса</b>					
115.	Количество классов, наполняемость которых не превышает 25 человек (%)	-	100	99-75	< 75
116.	Количество классов компенсирующего обучения, наполняемость которых не превышает 20 человек (%)	-	100 нет классов компенсирующего обучения	99-75	< 75

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
117.	Количество и продолжительность каникул: • I ступень обучения	5 раз в год; равномерное распределение периодов учебного времени и каникул	каникулы по четвертям при традиционном режиме обучения; дополнительные каникулы в III четверти	–	без дополнительных каникул в III четверти
118.	• II и III ступень	5 раз в год; равномерное распределение периодов учебного времени и каникул	4 раз в год; каникулы по четвертям при традиционном режиме обучения	–	не соблюдается режим каникул
119.	Время начала учебных занятий	9.00	8.00–8.30	ранее 8.00	–
120.	Сменность обучения	обучение в одну (первую) смену	обучение в 2 смены при условии обучения классов в первую смену	обучение в 2 смены при несоблюдении условия обучения классов в первую смену	обучение в 3 смены
121.	Количество классов, величина недельной образовательной нагрузки в которых соответствует гигиеническим требованиям (%): • I ступень обучения	–	100	99–75	< 75
122.	• II ступень обучения	–	100	99–75	< 75
123.	• III ступень обучения	–	100	99–75	< 75
124.	Количество классов, у которых количество основных (обязательных) уроков соответствует гигиеническим требованиям (%): • 1-е классы • 2–4-е классы • 5–6-е классы • 7–11-е классы	–	100	99–75	< 75
125.	• 2–4-е классы	–	100	99–75	< 75
126.	• 5–6-е классы	–	100	99–75	< 75
127.	• 7–11-е классы	–	100	99–75	< 75

1	2	3	4	5	6
128.	Количество факультативных (дополнительных) занятий, соответствующих гигиеническим требованиям (место в расписании, продолжительность и т. д.) (%)	-	100	99-75	< 75
129.	Расписание уроков с учетом недельной динамики умственной работоспособности учащихся и шкалы трудности учебных предметов (количество классов, выполняющих гигиенические требования, %): • I ступень обучения • II ступень обучения • III ступень обучения	100	99-95	94-75	< 75
130.		-	100	99-75	< 75
131.		-	100	99-75	< 75
132.	Чередование основных предметов с уроками музыки, ИЗО, труда и физической культуры (для I ступени обучения) – количество классов, выполняющих гигиенические требования (%)	-	100	99-75	< 75
133.	Чередование основных предметов с гуманитарными (для II-III ступени обучения) – количество классов, выполняющих гигиенические требования (%)	100	99-95	94-75	< 75
134.	Отсутствие двойных уроков в начальной школе (количество классов, выполняющих гигиенические требования, %)	-	100	99-75	< 75
135.	Проведение контрольных работ – не более 1 работы в день (количество классов, выполняющих гигиенические требования, %)	-	100	99-75	< 75

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
136.	Время проведения контрольных работ: 2–4-е уроки (количество классов, выполняющих гигиенические требования, %)	100	99–95	94–75	< 75
137.	Количество классов, имеющих оптимальную продолжительность урока (%): • для 1-го класса сентябрь–декабрь – не более 35 минут, январь–май – не более 45 минут	–	100	99–75	< 75
138.	• для 2–11-х классов – не более 45 минут	–	100	99–75	< 75
139.	Количество классов, имеющих оптимальную плотность урока (%)	–	100	99–75	< 75
140.	Организация обучения в 1-м классе: • продолжительность учебной недели	5-дневная	5-дневная	–	6-дневная
141.	• смена обучения	первая	первая	вторая	третья
142.	• режим обучения	ступенчатый	ступенчатый	–	отсутствует ступенчатый режим
143.	• оценка знаний	–	без выставления оценок	оцениваются контрольные работы и иногда текущая работа	оценки выставляются
144.	Организация работы групп продленного дня	дневной сон, 3-разовое питание, прогулка	3-разовое питание, прогулка	2-разовое питание, прогулка	1-разовое питание или питание отсутствует; прогулка отсутствует
145.	Продолжительность перемен	не менее 10 минут; большая перемена – 20–30 минут	не менее 10 минут; большая перемена – 20–30 минут	все перемены по 5 минут; большая перемена – 10–15 минут	все перемены по 5 минут

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
146.	Количество классов, в которых на уроках проводится профилактика утомления в соответствии с гигиеническими рекомендациями (%)	-	100	99-75	< 75
147.	Количество классов, в которых продолжительность видов учебной деятельности соответствует гигиеническим требованиям (%)	100	99-95	94-75	< 75
148.	Количество уроков физической культуры в неделю	3	3	2	< 2
149.	Количество классов, в учебные планы которых включены предметы двигательного характера (хореография, ритмика, современные и бальные танца, подвижные игры) (%)	100	99-95	94-75	< 75
150.	Использование в режиме дня дополнительных форм работы для повышения двигательной активности	-	физкультминутки во всех классах, подвижные игры на переменах, спортивный час для детей групп продленного дня, общешкольные мероприятия, наличие спортивных секций	используются не все (из рекомендуемых) формы работы для повышения двигательной активности	не созданы условия для повышения двигательной активности
151.	Распределение обучающихся на медицинские группы для занятий физической культурой	-	с учетом состояния здоровья	-	без учета состояния здоровья и/или распределение не проводится
152.	Плотность уроков физической культуры (%)	-	70-85	< 70	> 85

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
153.	Медицинский допуск к тестированию физической подготовленности, к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям	-	медицинский допуск перед мероприятием	медицинский допуск перед мероприятием не проводится	медицинский допуск не проводится
154.	Рациональная организация трудового обучения	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гигиенически рациональное чередование разных видов деятельности на уроке;</li> <li>• имеется специальная защитная одежда, очки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• гигиенически рациональное чередование разных видов деятельности на уроке;</li> <li>• имеются только очки</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствует гигиенически рациональное чередование разных видов деятельности на уроке;</li> <li>• защитная одежда, очки отсутствуют</li> </ul>
155.	Количество обучающихся, у которых вес ежедневного комплекта учебников соответствует гигиеническим требованиям (%)	-	100	99-75	< 75
156.	Организация работы групп продленного дня	-	полностью соответствует гигиеническим рекомендациям	частично соответствует гигиеническим рекомендациям	не соответствует гигиеническим рекомендациям
157.	Регламентация объема домашних заданий: <ul style="list-style-type: none"> <li>• контроль педагога за продолжительностью выполнения домашних заданий</li> </ul>	индивидуальные задания каждому обучающемуся	задания даются с учетом реального времени (темпа) выполнения домашних заданий учащимися	-	задания даются без учета реального времени (темпа) выполнения домашних заданий учащимися
158.	Организация итоговой аттестации: <ul style="list-style-type: none"> <li>• количество экзаменов в день</li> </ul>	-	1	2	> 2
159.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• перерывы между проведением экзаменов (количество дней)</li> </ul>	-	2	1	0
160.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• организация питания и обеспечение водой обучающихся при продолжительности экзамена 4 и более часов с учетом времени доставки на экзамен</li> </ul>	-	организовано	-	не организовано

1	2	3	4	5	6
<b>9. Организация питания</b>					
161.	Тип организации общественного питания	столовая ОО, работающая на продовольственном сырье	<ul style="list-style-type: none"> <li>• столовая ОО, работающая на полуфабрикатах (доготовочная);</li> <li>• буфет-раздаточная</li> </ul>	только дополнительное питание (буфет)	отсутствие
162.	Организация дополнительного питания в течение всего времени работы школы	организовано	–	не организовано	–
163.	Организация питания в субботу	организовано	–	–	не организовано
164.	Ассортимент пищевых продуктов дополнительного питания	–	соответствует гигиеническим рекомендациям	–	наличие продуктов и блюд, которые не допускаются для реализации в ОО
165.			дополнительное питание не организовано		
166.	Реализация продуктов питания через автоматы	–	производится реализация в соответствии с гигиеническими требованиями, ассортимент пищевых продуктов соответствует гигиеническим рекомендациям	–	производится реализация с нарушением гигиенических рекомендаций и/или реализация продуктов и блюд, которые не допускаются для реализации в ОО
	Организация питьевого режима	наличие бутилированной воды, соответствующей гигиеническим требованиям в каждом классе	питьевые бачки, фонтанчики	питьевой режим не организован	используется вода, не соответствующая гигиеническим требованиям и / или не проводится обработка емкостей для воды



Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
167.	Обеденный зал (наличие, число посадочных мест)	обеспечивает одновременную посадку всех обучающихся, площадь на 1 обучающегося – 0,7 м <sup>2</sup>	обеспечивает посадку всех обучающихся в течение 2–3 перемен, площадь на 1 обучающегося – 0,7 м <sup>2</sup>	не обеспечивает посадку всех обучающихся в течение 3 перемен	–
168.	Количество детей, получающих только горячий завтрак (%)	–	0	0,5–12,5	> 12,5
169.	Количество детей, получающих только горячий обед (%)	–	0	0,5–12,5	> 12,5
170.	Количество детей, получающих горячий завтрак и обед (%)	100	99–95	94–75	< 75
171.	Количество детей, питающихся только в буфете (%)	–	0	< 25	> 25
172.	Соответствие объемно-планировочных и конструктивных решений (в т. ч. набора помещений) типу организации питания	–	<ul style="list-style-type: none"> <li>• набор помещений соответствует типу организации питания;</li> <li>• встречные потоки сырья, сырых полуфабрикатов и готовой продукции, использованной и чистой посуды, а также встречное движение посетителей и персонала исключены</li> </ul>	набор помещений не соответствует типу организации питания	набор помещений не соответствует типу организации питания и/или существуют встречные потоки сырья, сырых полуфабрикатов и готовой продукции, использованной и чистой посуды, а также встречное движение посетителей и персонала

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
173.	Соответствие оснащения, оборудования производственных, складских и административно-бытовых помещений (технологического, холодильного и т. п.) гигиеническим требованиям	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• оборудование полностью соответствует гигиеническим требованиям (имеются акты, подтверждающие его работоспособность);</li> <li>• находится в исправном состоянии;</li> <li>• контроль соответствия паспортным характеристикам ведется ежегодно перед началом учебного года (имеется заполненный журнал проверки)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• отмечены нарушения требований (кроме требований к холодильному оборудованию);</li> <li>• отсутствуют акты, подтверждающие его работоспособность</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• недостаточно холодильного оборудования и/или оно в неисправном состоянии</li> <li>• контроль соответствия паспортным характеристикам не ведется</li> </ul>
174.	Наличие исправных контрольных термометров и приборов для измерения относительной влажности в складских помещениях для хранения продуктов, в холодильном оборудовании – контрольных термометров	-	имеются в полном объеме	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие приборов для измерения температуры и влажности в складских помещениях и/или термометров в холодильниках или измерительные приборы в неисправном состоянии</li> </ul>

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
175.	Соответствие маркировки оборудования, разделочного инвентаря, кухонной посуды гигиеническим требованиям (% оборудования и инвентаря)	-	100	99-75	< 75
176.	Покрытие производственных столов для обработки пищевых продуктов	цельнометаллические столы	устойчивое к действию моющих и дезинфицирующих средств, отвечает требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами	-	неустойчиво к действию моющих и дезинфицирующих средств и/или не отвечает требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами
177.	Соответствие гигиеническим требованиям, предъявляемым к разделочному инвентарю, кухонной посуде (%)	-	100	99-75	< 75
178.	Состояние кухонной и столовой посуды и разделочного инвентаря	<ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие трещин, сколов, повреждений эмали, деформаций и т. д.;</li> <li>отсутствие разделочных досок из пластмассы и прессованной фанеры</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>отсутствие трещин, сколов, повреждений эмали, деформаций и т. д.;</li> <li>отсутствие разделочных досок из пластмассы и прессованной фанеры</li> </ul>	-	деформированная, со сколами, трещинами, поврежденной эмалью; разделочные доски с трещинами, повреждениями; использование разделочных досок из пластмассы и прессованной фанеры

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
179.	Покрытие мебели обеденного зала	устойчивое к действию моющих и дезинфицирующих средств, отвечает требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами	устойчивое к действию моющих и дезинфицирующих средств, отвечает требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами	-	неустойчиво к действию моющих и дезинфицирующих средств и/или не отвечает требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами
180.	Соответствие столовой посуды гигиеническим требованиям: • по количеству	2 комплекта столовой посуды на 1 ребенка по списочному составу	2 комплекта столовой посуды на 1 посадочное место	-	менее 1 комплекта на 1 посадочное место
181.	• по качеству (тарелки, блюда, чашки, бокалы)	фарфоровая, фаянсовая и стеклянная посуда, отвечающая требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами	одноразовая посуда, отвечающая требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами, и допущенная для использования под горячие и (или) холодные блюда и напитки	-	столовая посуда выполнена из материалов, отвечающих требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами, и/или с отбитыми краями, трещинами, сколами, и/или повторное использование одноразовой посуды

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
182.	<p>• по качеству (столовые приборы – ложки, вилки, ножи, посуда для приготовления и хранения готовых блюд)</p>	из нержавеющей стали или аналогичных по гигиеническим свойствам материалов	<p>одноразовые столовые приборы, отвечающие требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами, и допущенные для использования под горячие и (или) холодные блюда и напитки</p>	-	<p>столовые приборы выполнены из материалов, не отвечающих требованиям безопасности для материалов, контактирующих с пищевыми продуктами, и/или деформируемая, и/или повторное использование одноразовой посуды</p>
183.	Санитарное состояние помещений пищеблока	-	соответствует СанПиН 2.3.6.1079-01	-	не соответствует СанПиН 2.3.6.1079-01
184.	Уборка обеденного зала	-	после каждого приема пищи	-	уборка не проводится после каждого приема пищи
185.	Мытье рабочих столов и кухонной посуды	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• наличие и соблюдение инструкции о правилах мытья посуды;</li> <li>• использование разрешенных к применению моющих и дезинфицирующих средств</li> </ul>	отсутствие инструкции о правилах мытья посуды	<p>нарушение инструкции о правилах мытья посуды и/или использование неразрешенных к применению моющих и дезинфицирующих средств</p>

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
186.	Мытье столов в обеденном зале и столовой посуды	наличие и соблюдение инструкции о правилах мытья посуды; • использование разрешенных к применению моющих и дезинфицирующих средств; • имеется посудомоечная машина	наличие и соблюдение инструкции о правилах мытья посуды; • использование разрешенных к применению моющих и дезинфицирующих средств	отсутствие инструкции о правилах мытья посуды	мытье столовой посуды вместе с кухонной посудой, и/или нарушение инструкции о правилах мытья посуды, и/или использование неразрешенных к применению моющих и дезинфицирующих средств
187.	Обеззараживание посуды	• наличие промаркированной емкости с крышкой для замачивания посуды; • имеется сушильной шкаф	наличие промаркированной емкости с крышкой для замачивания посуды в дезинфицирующем растворе	емкость с крышкой для замачивания посуды в дезинфицирующем растворе не промаркирована	нет емкости с крышкой для замачивания посуды в дезинфицирующем растворе
188.	Сбор и хранение пищевых отходов на пищеблоке и в групповых: • состояние емкостей	–	плотно закрыты крышками, заполнены менее чем на 2/3 объема	отсутствуют крышки или заполнены более чем на 2/3 объема	отсутствуют крышки и заполнены более чем на 2/3 объема
189.	• очистка	–	• соответствует гигиеническим требованиям; • наличие договора на вывоз пищевых отходов	–	не соответствует гигиеническим требованиям и/или отсутствует договор на вывоз пищевых отходов
190.	Микробиологические исследования смывов на БГКП (на группу кишечной палочки)	–	отрицательный результат	–	положительный результат
191.	Исследования смывов на наличие яиц гельминтов	–	отрицательный результат	–	положительный результат

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
192.	Микробиологические исследования проб готовых блюд на соответствие гигиеническим требованиям	-	отрицательный результат	-	положительный результат
193.	Экспресс-методы качества мытья посуды	-	отрицательный результат	-	положительный результат
194.	Хранение уборочного инвентаря пищеблока	-	уборочный инвентарь выделен для каждой группы помещений, промаркирован, хранится в специально оборудованном помещении или шкафу	уборочный инвентарь выделен для каждой группы помещений, но не промаркирован	уборочный инвентарь выделен не для каждой группы помещений и/или промаркирован нет специального помещения или шкафа для его хранения
195.	Проведение дератизационных и дезинсекционных работ	-	проводятся специальными службами	проводятся собственными силами	не проводятся
196.	Количество пищевых продуктов, имеющих документы, подтверждающие их качество и безопасность (%)	-	100	99-75	< 75
197.	Наличие и заполнение бракеражного журнала скоропортящейся продукции	-	имеется и заполняется ежедневно	имеется, но заполняется нерегулярно	нет журнала
198.	Сохранение документации до конца срока реализации продукта (% документации)	-	100	99-75	< 75
199.	Соблюдение сроков годности (% продуктов)	-	100	99-75	< 75
200.	Соответствие режима и условий хранения гигиеническим требованиям (% поступивших продуктов)	-	100	99-75	< 75

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
201.	Контроль за соблюдением температурного режима в холодильном оборудовании (журнал учета)	-	имеется и регистрируется ежедневно	имеется и регистрируется нерегулярно	отсутствует журнал регистрации
202.	Наличие в складском помещении, предназначенном для хранения сухих сыпучих продуктов, приборов для измерения температуры и влажности воздуха (% помещений)	100	99-95	94-75	< 75
203.	Наличие термометров в холодильном оборудовании (% оборудования)	100	99-95	94-75	< 75
204.	Соответствие подготовки сырых продуктов к кулинарной обработке гигиеническим требованиям	-	соответствует	-	не соответствует
205.	Подготовка овощей и фруктов перед подачей	-	требования соблюдаются	-	требования не соблюдаются
206.	Соблюдение принципа «щадящего питания»: варка, запекание, припускание, пассерование, тушение, приготовление на пару, параконвектомате (% блюд)	100	99-95	94-75	< 75
207.	Технология приготовления блюд соответствует требованиям к технологическим процессам приготовления блюд и технологии, изложенной в технологической карте	-	требования соблюдаются	-	требования не соблюдаются
208.	Эффективность термической обработки готовой продукции	-	эффективна	-	неэффективна
209.	Соблюдение температуры подаваемых блюд	-	требования соблюдаются	-	требования не соблюдаются
210.	Соблюдение технологии приготовления витаминизированных напитков	-	соблюдается	-	инструкция не соблюдается



Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
211.	Подготовка продуктов питания для детей первого года жизни	-	соответствует гигиеническим требованиям	-	не соответствует гигиеническим требованиям
212.	Выдача готовой продукции проводится после контроля бракеражной комиссией в составе трех человек	-	после контроля качества продукции	бракеражная комиссия состоит менее чем из трех человек	контроль не проводится
213.	Отбор суточной пробы готовой продукции (все готовые блюда)	-	соответствует гигиеническим требованиям	-	не соответствует гигиеническим требованиям
214.	Использование продуктов, которые не допускаются использовать в питании детей	-	запрещенные продукты не используются	-	запрещенные продукты используются
215.	Изготовление блюд, которые не допускаются использовать в питании детей	-	запрещенные блюда не используются	-	запрещенные блюда используются
216.	Использование остатков пищи от предыдущего приема пищи, пищевых продуктов с истекшими сроками годности и явными признаками порчи, овощей и фруктов с признаками гнили	-	не используются	-	используются
217.	Обработка тары для питьевой воды	-	соответствует гигиеническим требованиям	-	не соответствует гигиеническим требованиям
218.	Количество детей, питание которых удовлетворяет физиологическим потребностям детей в основных пищевых веществах и энергии (%)	100	99-95	90-75	< 75
219.	Транспортировка пищевых продуктов, обеспечивающая их сохранность и предохранение от загрязнения	-	наличие специального транспорта	-	отсутствие специального транспорта
220.	Тара для перевозки продуктов	-	соответствует гигиеническим требованиям	-	не соответствует гигиеническим требованиям

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
221.	Наличие спецодежды у персонала, производящего транспортировку, погрузку и выгрузку пищевых продуктов	-	имеется	-	отсутствует
222.	Наличие медицинской книжки установленного образца у персонала, производящего транспортировку	-	имеется	-	отсутствует
223.	Соответствие фактического меню утвержденному	соответствует	замена одних продуктов, блюд и кулинарных изделий на другие при условии их соответствия по пищевой ценности	замена одних продуктов, блюд и кулинарных изделий на другие при их несоответствии по пищевой ценности	не соответствует
224.	Организация питания: • соблюдение требований по массе порций блюд	-	соответствует гигиеническим требованиям	-	не соответствует гигиеническим требованиям
225.	• содержание пищевых веществ (белки, жиры, углеводы, (калорийность рациона, %)	-	соответствует гигиеническим требованиям	-	не соответствует гигиеническим требованиям
226.	• распределение энергетической ценности по приемам пищи	-	соответствует гигиеническим требованиям	-	не соответствует гигиеническим требованиям
227.	Количество детей, у которых соблюдение интервалов между приемами пищи соответствует гигиеническим требованиям (%)	100	99-95	94-75	< 75
228.	Проведение профилактики витаминной недостаточности	-	профилактика витаминной недостаточности проводится регулярно, с учетом гигиенических требований	профилактика витаминной недостаточности проводится нерегулярно	профилактика витаминной недостаточности не проводится

1	2	3	4	5	6
<b>10. Медицинское обеспечение обучающихся</b>					
229.	Организация медицинского обслуживания: • количество врачей, работающих в школе (укомплектованность штата, %)	–	100	99–75	< 75
230.	• график работы врачей	ежедневно	по специальному графику	с нарушением графика, по специальному графику	–
231.	• количество среднего медицинского персонала (укомплектованность штата, %) <sup>1</sup>	–	100	99–75	< 75
232.	• график работы среднего медицинского персонала	ежедневно до окончания учебного дня и дополнительных занятий	ежедневно	отсутствует график, по специальному графику	–
233.	Работа по организации профилактических прививок (количество классов, где работа ведется в полном объеме, %)	–	100	99–75	< 75
234.	Вакцинация (% охвата детей)	100	95	–	< 95
235.	Проведение медицинских осмотров (% охвата детей)	100–95	94–90	89–80	< 80
236.	Место проведения медицинских осмотров (обследований) и наличие специалистов	обследования в поликлинике полностью всеми специалистами	обследования в ОО выездной бригадой, укомплектованной полностью всеми специалистами	обследования бригадой, не полностью укомплектованной специалистами	не проводится
237.	Наличие лабораторно-инструментальных исследований в рамках обследования	–	обязательные лабораторно-инструментальные обследования	нерегулярные лабораторно-инструментальные обследования	отсутствие

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
238.	Допуск к занятиям после перенесенного заболевания	-	только при наличии справки	-	допуск к занятиям без наличия справки
239.	Проведение работы по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний (% групп, где соблюдаются гигиенические требования)	100	99-95	94-75	< 75
240.	Организация и контроль за проведением профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по следующим заболеваниям: педикулез, чесотка, гельминтозы, ОРВИ, детские инфекции (% классов, где соблюдаются гигиенические требования)	100	99-95	94-75	< 75
241.	Наличие «Листа здоровья» в классном журнале (количество классов, где имеется заполненный «Лист здоровья», %)	-	100	99-75	< 75
242.	Количество сотрудников, проходящих предварительные и периодические медицинские осмотры (%)	-	100	99-75	< 75
243.	Количество работников, имеющих медицинские книжки установленного образца (%)	-	100	99-90	< 90
244.	Охват работников профилактическими прививками согласно национальному календарю (%)	100	99-95	94-75	< 75

1	2	3	4	5	6
<b>11. Гигиеническая подготовка учителей, обучающихся и их родителей</b>					
245.	Наличие всей нормативной документации, обеспечивающей выполнение гигиенических требований в ОО	имеется в свободном доступе для каждого сотрудника	имеется	-	отсутствует
246.	Повышение квалификации педагогических кадров (в течение 5 последних лет) по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни	обучение на специальных курсах повышения квалификации	обучение на курсах повышения квалификации	обучение организовано не систематически	сотрудники не обучаются
247.	Количество педагогов, повысивших свою квалификацию по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования здорового образа жизни (в течение 5 последних лет) (% от общего количества педагогов)	100	99–75	74–50	< 50
248.	Проведение лекций, семинаров, консультаций для родителей по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни	1 раз в месяц	2 раза в год	1 раз в год	не проводятся
249.	Проведение конкурсов, конференций, праздников, фестивалей, в том числе художественного творчества детей, связанных с укреплением здоровья и формированием здорового образа жизни	1 раз в месяц	2 раза в год	1 раз в год	не проводятся
250.	Наличие наглядной агитации по ЗОЖ (количество помещений пребывания детей, %)	100	99–50	< 50	-

1	2	3	4	5	6
251.	Мониторинг факторов риска неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков в ОО (в том числе с медицинскими работниками)	мониторинг проводится среди всех обучающихся	мониторинг проводится среди обучающихся только двух ступеней обучения (I и II и т. п.)	мониторинг проводится среди обучающихся только одной ступени обучения	мониторинг не проводится
252.	Степень информированности обучающихся в отношении факторов риска	100–95	94–80	79–60	< 60
<b>12. Санитарное содержание территории и помещений</b>					
253.	Площадка для сбора мусора	> 20 м от входа на пищеблок и окон учебных классов, водонепроницаемое, твердое покрытие, наличие трехстороннего ограждения	не < 20 м от входа на пищеблок и окон учебных классов, водонепроницаемое, твердое покрытие, наличие трехстороннего ограждения	< 20 м от входа на пищеблок и окон учебных классов, водонепроницаемое, твердое покрытие, наличие трехстороннего ограждения	нет площадки для сбора мусора
254.	Мусоросборники: <ul style="list-style-type: none"> <li>• состояние</li> </ul>	–	мусоросборники закрыты крышками, заполнены менее чем на 2/3 объема	отсутствуют крышки на мусоросборники заполнены более чем на 2/3 объема	отсутствуют крышки и мусоросборники заполнены более чем на 2/3 объема
255.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• очистка</li> </ul>	наличие договора на вывоз твердых бытовых отходов	наличие договора на вывоз твердых бытовых отходов	–	отсутствует договора на вывоз твердых бытовых отходов
256.	Сжигание мусора на территории	–	не допускается	–	допускается
257.	Уборка территории	–	ежедневная уборка территории	уборка территории 3-4 раза в неделю	уборка территории 1-2 раза в неделю
258.	Соблюдение гигиенических требований к состоянию деревьев и кустарников на территории ОО	–	деревья и кустарники обрезаны, не закрывают светопроемы	деревья и кустарники обрезаны частично, частично закрывают светопроемы	деревья и кустарники не обрезаны, закрывают светопроемы

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
259.	Соблюдение графика уборки помещений (% помещений, где соблюдаются гигиенические требования)	-	100	99-75	< 75
260.	Генеральная уборка (% помещений, где соблюдаются гигиенические требования)	-	100	99-75	< 75
261.	Санитарное содержание: <ul style="list-style-type: none"> <li>• туалетных помещений, рекреаций, вестибулей</li> </ul>	-	уборка после каждой перемены	ежедневно	реже 1 раза в день
262.	• Душевых	-	ежедневная уборка	3-4 раза в неделю	1-2 раза в неделю
263.	• буфетов, столовых	-	уборка после каждой перемены	ежедневно	реже 1 раза в день
264.	Санитарное содержание спортивного инвентаря	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ежедневная уборка моющими средствами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• уборка моющими средствами проводится не ежедневно</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие ежедневной уборки и уборка без моющих средств</li> </ul>
265.	Санитарное содержание медицинских помещений: <ul style="list-style-type: none"> <li>• кратность уборки</li> </ul>	-	ежедневная уборка	3-4 раза в неделю	1-2 раза в неделю
266.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обеззараживание помещений, предметов обстановки, инструментов;</li> <li>• обезвреживание и удаление медицинских отходов</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обеззараживание помещений, предметов обстановки, инструментов проводится согласно указаниям по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения;</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обеззараживание помещений, предметов обстановки, инструментов не проводится согласно указаниям по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения и/или</li> </ul>

Приложение Г1 (продолжение)

1	2	3	4	5	6
267.	<p>Соблюдение правил хранения оборочного инвентаря и дезинфицирующих средств:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• маркировка;</li> <li>• хранится в специальном закреплённом помещении</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• медицинские отходы обезвреживаются и удаляются в соответствии с правилами сбора, хранения, переработки, обезвреживания и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений</li> </ul> <p>требования соблюдаются</p>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• медицинские отходы обезвреживаются и удаляются в соответствии с правилами сбора, хранения, переработки, обезвреживания и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений</li> </ul> <p>требования не соблюдаются</p>



## Приложение Г2

### АНКЕТА для учащихся

Цель опроса – узнать, как ты разбираешься в вопросах здорового образа жизни. Ответы позволят получить четкую характеристику знаний, наметить пути совершенствования этой работы.

Город \_\_\_\_\_ Школа \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

1. Сколько времени ты тратишь на дорогу в школу и обратно \_\_\_\_\_
2. Как добираться до школы (подчеркни):  
пешком, общественным транспортом, на автомобиле
3. Укажи, какие факторы являются риском для здоровья:

несоблюдение режима дня

малое пребывание на свежем воздухе

отсутствие занятий физической культурой и спортом

долгое сидение за компьютером, телевизором

плохое питание (нерегулярное, меньше трех раз, вредное: чипсы,

газированные напитки и т. д.)

недосыпание

отход ко сну в 22.30 и позже

Напиши, какие ты знаешь еще факторы риска для здоровья

---

---

4. Проводятся в школе дни здоровья:    ДА                    НЕТ
5. Бывают в школе уроки здоровья:    ДА                    НЕТ
6. Приходилось ли тебе готовить выступление,  
презентацию для урока здоровья:    ДА                    НЕТ
7. Питаешься ли ты в школе (подчеркни): завтрак, обед, покупаешь в буфете,  
приносишь с собой.

Спасибо за ответы!

**АНКЕТА**  
**для администратора (завуча) начального, среднего**  
**и старшего звена образовательной организации**

Цель опроса — изучить, как с физиолого-гигиенических позиций организован учебный процесс в современной школе.

1. Учитывается ли при составлении школьного расписания динамика работоспособности учащихся                    ДА                    НЕТ
2. Какое количество контрольных работ в день обычно проводится? \_\_\_\_\_
3. На каких уроках, как правило, проводятся контрольные работы? (впишите) \_\_\_\_\_

---

4. При организации итоговой аттестации: сколько экзаменов в день обычно проводится? \_\_\_\_\_

---

5. Каковы перерывы между проведением экзаменов (ежедневно, через день и т. п.)? \_\_\_\_\_

---

6. Организовано ли питание обучающихся при продолжительности экзамена 4 часа и более?    ДА                    НЕТ
7. Используются ли для увеличения двигательной активности в режиме дня обучающихся дополнительные формы работы?                    ДА                    НЕТ  
 Если ДА, то напишите какие \_\_\_\_\_

---

8. Используются ли для учебной и/или внеучебной деятельности внешкольные спортивные сооружения (площадки)?                    ДА                    НЕТ  
 Если ДА, то имеются ли документы, подтверждающие соответствие данного внешкольного спортивного сооружения требованиям санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов (в т. ч. имеются ли сведения о необходимости проведения на этом сооружении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий)? (впишите какие) \_\_\_\_\_
9. Какое количество педагогических работников (в % от общего количества педагогов в школе) имеет профессиональную гигиеническую подготовку?
10. Какое количество педагогических работников (в % от общего количества педагогов в школе) повысило свою квалификацию по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни в течение последних 5 лет? \_\_\_\_\_
11. Где проходило повышение квалификации по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни (на специальных курсах повышения квалификации, в школе, другие варианты) (укажите) \_\_\_\_\_
12. Проводятся ли занятия, лекции, семинары, консультации для учащихся по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни? (впишите) \_\_\_\_\_
13. Проводятся ли занятия, лекции, семинары, консультации для родителей по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни? (впишите) \_\_\_\_\_

Спасибо за ответы!

**АНКЕТА  
для педагогов**

Цель опроса — изучить, как с физиолого-гигиенических позиций организован урок в современной школе.

Город \_\_\_\_\_ Школа \_\_\_\_\_ Предмет \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_

1. Какова в среднем плотность обычно проводимого Вами урока (% времени, затраченного школьниками непосредственно на учебную работу):

< 60%     60–80%     85–90%     > 90% времени урока

2. Какова средняя продолжительность каждого вида учебной деятельности (письмо, чтение, слушание, рассказ, рассматривание наглядных пособий, ответы на вопросы и т. д.)?  ≤10 мин     11–15 мин     > 15 минут

3. При наличии в классе конторки какова продолжительность работы за ней учащегося?

7–10 мин     11–15 мин     > 15 мин

4. Учитывается ли при рассаживании детей в классе их состояние здоровья?

ДА     НЕТ

5. Проводятся ли на Вашем уроке физкультминутки? (подчеркните) ДА    НЕТ

Если ДА, то укажите их количество на уроке  1     2     > 2

\_\_\_\_\_ Укажите на какой/каких минуте/ах урока \_\_\_\_\_

Продолжительность упражнений \_\_\_\_\_

«Содержание» физкультминуток \_\_\_\_\_

6. Присутствуют ли эмоциональные разрядки на Вашем уроке (поговорка, знаменитое высказывание, музыкальная минутка, юмористическая картинка и т. д.)? ДА    НЕТ

Если ДА, то укажите количество эмоциональных разрядок на Ваших уроках

1     2-3     не проводятся     другое (впишите) \_\_\_\_\_

7. Повышали ли Вы (в течение 5 последних лет) свою квалификацию по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования здорового образа жизни? ДА    НЕТ

Если ДА, то где это происходило (подчеркните):

на специальных курсах повышения квалификации     в Вашей школе

другое (впишите) \_\_\_\_\_

8. Проводятся ли в Вашем классе занятия, лекции, семинары, консультации (нужное подчеркнуть) для родителей и/или учащихся (нужное подчеркнуть) по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования здорового образа жизни? ДА    НЕТ

Если ДА, то как часто это происходит

1 раз в месяц     1 раз в четверть     1 раз в год

Спасибо за ответы!

**АНКЕТА**  
**для учителя физической культуры**

Цель опроса — изучить, как с физиолого-гигиенических позиций организован урок в современной школе.

1. Используются ли для учебной и/или внеучебной деятельности внешкольные спортивные сооружения (площадки)?      ДА      НЕТ

Если ДА, то какова доступность внешкольных спортивных сооружений (среднее время в пути от образовательного учреждения, в минутах) \_\_\_\_\_

2. Какова, в среднем, моторная плотность (в %) проводимых Вами уроков ФК? (напишите отдельно для I, II и III ступеней обучения)

I ступень обучения \_\_\_\_\_ II ступень обучения \_\_\_\_\_ III ступень обучения \_\_\_\_\_

3. Используются ли для увеличения двигательной активности в режиме дня обучающихся дополнительные формы работы (спортивный час для продленного дня, подвижные игры на перемене, наличие спортивных секций и т. п.)?      ДА      НЕТ

Если ДА, то впишите какие \_\_\_\_\_

4. Используются ли Вами различные программы физического воспитания в зависимости от разделения учащихся на медицинские группы (по состоянию здоровья)? (впишите) \_\_\_\_\_

5. Организован ли в Вашей школе медицинский допуск:

к соревнованиям (выберите вариант ответа)      ДА      НЕТ

к тестированию физической подготовленности      ДА      НЕТ

к участию в туристских походах и т. п.      ДА      НЕТ

6. Повышали ли Вы (в течение 5 последних лет) свою квалификацию по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования здорового образа жизни?      ДА      НЕТ

Если ДА, то где это происходило:

на специальных курсах повышения квалификации

в Вашей школе

другое \_\_\_\_\_

Спасибо за ответы!

**Приложение ГЗ**

**ПРОТОКОЛ**  
экспертной оценки состояния СЭБ общеобразовательной организации

№ п/п	Показатель	Балл
<b>1. Требования к размещению</b>		
1.	Удаление от автомобильных дорог (м)	
2.	Характеристика автомобильной дороги (количество транспортных единиц в сутки)	
3.	Экологическая характеристика месторасположения	
4.	Количество обучающихся, которые тратят на дорогу в школу (в одну сторону) не более 30 мин (%)	
5.	Количество обучающихся, добирающихся в школу и обратно пешком (%)	
<b>2. Требования к территории</b>		
6.	Озеленение (%)	
7.	Зонирование	
8.	Физкультурно-спортивная зона:	
	• размещение	
9.	• оборудование	
10.	• состояние	
11.	• количество спортивных площадок	
12.	Использование внешкольных спортивных сооружений (площадок):	
	• соответствие сооружений гигиеническим требованиям	
13.	• доступность (среднее время в пути от ОО, мин)	
<b>3. Требования к зданию, помещениям, оборудованию и их содержанию</b>		
14.	Фактическая вместимость здания	
15.	Размещение гардероба	
16.	Количество классов (%), для которых учебные помещения размещены:	
	• не выше 2-го этажа (для 1-х классов)	
17.	• не выше 3-го этажа (для 2-4-х классов)	
18.	Площадь учебных помещений на 1 учащегося (м <sup>2</sup> )	
19.	Наличие и площадь игровых комнат на 1 обучающегося для групп продленного дня (м <sup>2</sup> )	
20.	Наличие и площадь спальных помещений для групп продленного дня 1-х классов	

Приложение ГЗ (продолжение)

№ п/п	Показатель	Балл
21.	Наличие и расположение специализированных кабинетов для обучающихся I ступени обучения (для занятий музыкой, рисованием, хореографией)	
22.	Набор учебных помещений для обучающихся II и III ступени обучения	
23.	Площадь учебных кабинетов на 1 обучающегося:	
	• при фронтальных формах занятий	
24.	• при групповых формах занятий	
25.	Высота учебных помещений (м)	
26.	Наличие лаборантских при кабинетах физики, химии, биологии	
27.	Площадь кабинетов информатики на 1 рабочее место (м <sup>2</sup> ):	
	• ВДТ на базе электронно-лучевой трубки	
	• ВДТ на базе дискретных экранов	
28.	Количество спортивных залов и их расположение (этаж)	
29.	Площадь спортзала (спортзалов, м <sup>2</sup> )	
30.	Высота спортзала (м)	
31.	Наличие набора помещений при спортивном зале и их площадь (м <sup>2</sup> ):	
	• спортивная	
32.	• раздевалки	
33.	• душевые	
34.	• туалет с раковиной	
35.	• помещение для хранения уборочного инвентаря спортзала	
36.	Площадь актового зала на 1 место (м <sup>2</sup> )	
37.	Площадь библиотеки на 1 обучающегося (м <sup>2</sup> )	
38.	Площадь рекреации на 1 обучающегося в смене (м <sup>2</sup> )	
39.	Площадь кабинета врача (м <sup>2</sup> )	
40.	Площадь процедурной (прививочной) (м <sup>2</sup> )	
41.	Площадь стоматологического кабинета (м <sup>2</sup> )	
42.	Наличие кабинета педагога-психолога	
43.	Наличие кабинета учителя-логопеда	

Приложение ГЗ (продолжение)

№ п/п	Показатель	Балл
44.	Состав воздуха закрытых помещений (концентрация в-в, мг/м <sup>3</sup> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>• формальдегид;</li> <li>• фенол;</li> <li>• стирол;</li> <li>• бензол (либо толуол, либо ксилол);</li> <li>• ртуть;</li> <li>• свинец;</li> <li>• диоксид азота;</li> <li>• диоксид углерода;</li> <li>• пыль;</li> <li>• микробиологические показатели</li> </ul>	
45.	Наличие туалетов и их площадь на 1 обучающегося (м <sup>2</sup> )	
46.	Количество санитарных приборов	
47.	Санузел для персонала	
48.	Наличие электрополотенца, мыла, туалетной бумаги, педальных ведер (кол-во санузлов, соответствующих гигиеническим требованиям, %)	
49.	Комнаты для хранения уборочного инвентаря и приготовления дезрастворов	
50.	Наличие исправных умывальных раковин с подводкой горячей и холодной воды (кол-во помещений, соответствующих гигиеническим требованиям, %): <ul style="list-style-type: none"> <li>• в учебных кабинетах начальных классов</li> </ul>	
51.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• в лаборантских, кабинетах (химии, физики, биологии, рисования, домоводства), мастерских</li> </ul>	
52.	Состояние стен, потолков (без трещин, деформаций и т. п. с возможностью проводить уборку влажным способом) (кол-во помещений, соответствующих гигиеническим требованиям, %)	
53.	Наличие сырости и плесени на школьных объектах	
54.	Состояние пола учебных помещений, кабинетов и рекреаций (дощатое, паркетное, линолеум, плиточное, матовое, шероховатое, не скользящее) (кол-во помещений, соответствующих гигиеническим требованиям, %)	
55.	Состояние пола и потолка медицинского блока	
56.	Количество помещений, уровень шума в которых соответствует гигиеническим требованиям (%)	
57.	Маркировка мебели: количество правильно промаркированной мебели	
58.	Количество обучающихся, рабочее место которых соответствует их ростовым особенностям (%)	
59.	Количество детей, занимающихся за конторками (%)	
60.	Соблюдение регламента работы за конторками	
61.	Рассаживание детей: согласно состоянию здоровья (зрение, слух) на ближних к доске партах (% обучающихся)	
62.	Рассаживание часто болеющих детей: не на ближнем к наружной стене ряду (% обучающихся)	

Приложение ГЗ (продолжение)

№ п/п	Показатель	Балл
63.	Пересаживание детей с крайних рядов в классе (кол-во раз в год)	
64.	<p>Количество помещений, расстановка учебного оборудования в которых (соблюдение размеров проходов) соответствует гигиеническим требованиям (%):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• между рядами двухместных столов;</li> <li>• между рядом столов и наружной продольной стеной;</li> <li>• между рядом столов и внутренней продольной стеной или шкафами;</li> <li>• от последних столов до стены-перегородки;</li> <li>• от последних столов до наружной стены;</li> <li>• от демонстрационного стола до учебной доски;</li> <li>• от первой парты до учебной доски;</li> <li>• последнего места обучающихся от учебной доски;</li> <li>• высота нижнего края учебной доски над полом;</li> <li>• расстояние от учебной доски до первого ряда столов в кабинетах квадратной или поперечной конфигурации, при четырехрядной расстановке мебели;</li> <li>• угол видимости для обучающихся I степени обучения;</li> <li>• угол видимости для обучающихся II-III ступеней обучения;</li> <li>• расстояние между боковыми поверхностями мониторов в кабинетах ПЭВМ;</li> <li>• расстояние между задней поверхностью монитора и экраном стоящего за ним монитора</li> </ul>	
65.	<p>Количество учебных помещений, оборудованных классными досками в соответствии с гигиеническими требованиями (%):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• меловая (антибликовое покрытие, высокая адгезия, цвет, очищаемость);</li> <li>• маркерная (антибликовое покрытие, очищаемость, контрастный цвет маркера – черный, красный, коричневый, темные цвета синего и зеленого);</li> <li>• достаточность освещения</li> </ul>	
66.	Оборудование кабинетов физики	
67.	Оборудование кабинетов химии	
68.	Оборудование вытяжными шкафами кабинета химии и лаборантской	
69.	Количество рабочих мест, оборудованных ПЭВМ, соответствующих гигиеническим требованиям по показателям электромагнитной безопасности (%)	
70.	Количество рабочих мест, оборудованных ПЭВМ, соответствующих гигиеническим требованиям к организации и оборудованию рабочих мест (расстановка, конструкция мебели, ее ростовые характеристики) (%)	
71.	Мастерские для трудового обучения: площадь на 1 рабочее место (м <sup>2</sup> )	
72.	Кабинеты домоводства (технологии)	
73.	Наличие аптечек первой помощи	
74.	Оборудование игровых комнат для группы продленного дня	
75.	Спальные комнаты для групп продленного дня	



№ п/п	Показатель	Балл
<b>4. Воздушно-тепловой режим: отопление, вентиляция</b>		
76.	Тип системы отопления и вентиляции	
77.	Ограждающие устройства отопительных приборов	
78.	Количество учебных помещений, в которых температура воздуха соответствует гигиеническим требованиям (%)	
79.	Количество учебных помещений, в которых относительная влажность воздуха соответствует гигиеническим требованиям (%)	
80.	Количество учебных помещений и кабинетов, оборудованных приборами для измерения температуры и влажности воздуха (%)	
81.	Количество учебных помещений, соблюдающих режим проветривания (%)	
82.	Проветривание спортивного зала	
83.	Оборудование каждого окна всех помещений исправными фрамугами или форточками (% окон)	
<b>5. Естественное и искусственное освещение</b>		
84.	Количество учебных помещений с наличием естественного освещения (%)	
85.	Организация естественного освещения	
86.	Количество помещений, в которых световой коэффициент (КЕО) соответствует гигиеническим требованиям (%)	
87.	Ориентация окон:	
88.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• учебные помещения</li> <li>• кабинеты черчения, рисования, кухня</li> </ul>	
89.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• кабинет информатики</li> </ul>	
90.	Наличие регулируемых солнцезащитных устройств, штор	
91.	Рациональное использование естественного освещения: <ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие факторов уменьшения светового потока</li> </ul>	
92.	Чистка и мытье окон (количество раз в год)	
93.	Количество кабинетов, в которых продолжительность инсоляции соответствует гигиеническим требованиям	
94.	Освещение учебных помещений:	
95.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• система освещения</li> <li>• размещение светильников</li> </ul>	
96.	Количество помещений, осветительные приборы в которых оснащены светорассеивающей арматурой (% от общего количества групповых)	
97.	Тип ламп	
98.	Сочетание источников света различной природы излучения	
99.	Количество рабочих мест обучающихся, уровни освещенности которых соответствуют гигиеническим требованиям (% от общего количества учебных мест)	
100.	Количество рабочих мест в кабинетах информатики, имеющих освещенность поверхности стола 300–500 лк (%)	

№ п/п	Показатель	Балл
101.	Количество рабочих мест, имеющих освещенность поверхности экрана 300 лк	
102.	Количество учебных помещений, имеющих освещенность классной доски 300–500 лк (%)	
103.	Количество учебных помещений, в которых софиты, предназначенные для освещения учебной доски, соответствуют гигиеническим требованиям	
104.	Количество помещений, окраска стен и рабочих поверхностей в которых соответствуют гигиеническим требованиям (%)	
105.	Замена перегоревших ламп, чистка арматуры светильников	
106.	Выделение отдельного помещения для хранения отработанных люминесцентных ламп	
107.	Вывоз и утилизация люминесцентных ламп	
<b>6. Водоснабжение</b>		
108.	Наличие централизованной системы хозяйственно-питьевого водоснабжения	
109.	Количество помещений, обеспеченных холодным и горячим централизованным водоснабжением, от общего числа помещений, в которых оно предусмотрено гигиеническими требованиями (%)	
110.	Качество питьевой воды на соответствие гигиеническим требованиям по органолептическим показателям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• запах (баллы);</li> <li>• привкус (баллы);</li> <li>• цветность (градус);</li> <li>• мутность (мг/л)</li> </ul>	
111.	Качество питьевой воды на соответствие гигиеническим требованиям по санитарно-химическим показателям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• окисляемость (мг/л);</li> <li>• аммиак (по азоту);</li> <li>• нитриты (мг/л);</li> <li>• железо (мг/л);</li> <li>• водородный показатель единицы PH;</li> <li>• связанный хлор (мг/л)</li> </ul>	
112.	Качество питьевой воды на соответствие гигиеническим требованиям по микробиологическим и паразитологическим показателям: <ul style="list-style-type: none"> <li>• общее микробное число (число образующих колоний в 1 мл);</li> <li>• общие колиформные бактерии (число бактерий в 100 мл);</li> <li>• термотолерантные (число бактерий в 100 мл);</li> <li>• колифаги (число БОЕ в 100 мл);</li> <li>• споры сульфитредуцирующих клостридий (число спор в 20 мл);</li> <li>• цисты лямблий (число цист в 50 мл)</li> </ul>	
<b>7. Канализация</b>		
113.	Наличие централизованной системы канализации	
114.	Система канализации пищеблока	

№ п/п	Показатель	Балл
<b>8. Режим образовательного процесса</b>		
115.	Количество классов, наполняемость которых не превышает 25 человек (%)	
116.	Количество классов компенсирующего обучения, наполняемость которых не превышает 20 человек (%)	
117.	Количество и продолжительность каникул:	
	• I ступень обучения	
118.	• II и III ступень	
119.	Время начала учебных занятий	
120.	Сменность обучения	
121.	Количество классов, величина недельной образовательной нагрузки в которых соответствует гигиеническим требованиям (%):	
	• I ступень обучения	
122.	• II ступень обучения	
123.	• III ступень обучения	
124.	Количество классов, у которых количество основных (обязательных) уроков соответствует гигиеническим требованиям (%):	
	• 1-е классы	
125.	• 2–4-е классы	
126.	• 5–6-е классы	
127.	• 7–11-е классы	
128.	Количество факультативных (дополнительных) занятий, соответствующих гигиеническим требованиям (место в расписании, продолжительность и т. д.) (%)	
129.	Расписание уроков с учетом недельной динамики умственной работоспособности учащихся и шкалы трудности учебных предметов (количество классов, выполняющих гигиенические требования, %):	
	• I ступень обучения	
130.	• II ступень обучения	
131.	• III ступень обучения	
132.	Чередование основных предметов с уроками музыки, ИЗО, труда и физической культуры (для I ступени обучения) – количество классов, выполняющих гигиенические требования (%)	
133.	Чередование основных предметов с гуманитарными (для II–III ступени обучения) – количество классов, выполняющих гигиенические требования (%)	
134.	Отсутствие сдвоенных уроков в начальной школе (количество классов, выполняющих гигиенические требования, %)	
135.	Проведение контрольных работ – не более 1 работы в день (количество классов, выполняющих гигиенические требования, %)	
136.	Время проведения контрольных работ: 2–4-е уроки (количество классов, выполняющих гигиенические требования, %)	

Приложение Г3 (продолжение)

№ п/п	Показатель	Балл
137.	Количество классов, имеющих оптимальную продолжительность урока (%): • для 1-го класса сентябрь-декабрь – не более 35 минут, январь-май – не более 45 минут	
138.	• для 2–11-х классов – не более 45 минут	
139.	Количество классов, имеющих оптимальную плотность урока (%)	
140.	Организация обучения в 1-м классе: • продолжительность учебной недели	
141.	• смена обучения	
142.	• режим обучения	
143.	• оценка знаний	
144.	Организация работы групп продленного дня	
145.	Продолжительность перемен	
146.	Количество классов, в которых на уроках проводится профилактика утомления в соответствии с гигиеническими рекомендациями (%)	
147.	Количество классов, в которых продолжительность видов учебной деятельности соответствует гигиеническим требованиям (%)	
148.	Количество уроков физической культуры в неделю	
149.	Количество классов, в учебные планы которых включены предметы двигательного-активного характера (хореография, ритмика, современные и бальные танца, подвижные игры) (%)	
150.	Использование в режиме дня дополнительных форм работы для повышения двигательной активности	
151.	Распределение обучающихся на медицинские группы для занятий физической культурой	
152.	Плотность уроков физической культуры (%)	
153.	Медицинский допуск к тестированию физической подготовленности, к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям	
154.	Рациональная организация трудового обучения	
155.	Количество обучающихся, у которых вес ежедневного комплекта учебников соответствует гигиеническим требованиям (%)	
156.	Организация работы групп продленного дня	
157.	Регламентация объема домашних заданий: • контроль педагога за продолжительностью выполнения домашних заданий	
158.	Организация итоговой аттестации: • количество экзаменов в день	
159.	• перерывы между проведением экзаменов (количество дней)	
160.	• организация питания и обеспечение водой обучающихся при продолжительности экзамена 4 и более часов с учетом времени доставки на экзамен	

№ п/п	Показатель	Балл
<b>9. Организация питания</b>		
161.	Тип организации общественного питания	
162.	Организация дополнительного питания в течение всего времени работы школы	
163.	Организация питания в субботу	
164.	Ассортимент пищевых продуктов дополнительного питания	
165.	Реализация продуктов питания через автоматы	
166.	Организация питьевого режима	
167.	Обеденный зал (наличие, число посадочных мест)	
168.	Количество детей, получающих только горячий завтрак (%)	
169.	Количество детей, получающих только горячий обед (%)	
170.	Количество детей, получающих горячий завтрак и обед (%)	
171.	Количество детей, питающихся только в буфете (%)	
172.	Соответствие объемно-планировочных и конструктивных решений (в т. ч. набора помещений) типу организации питания	
173.	Соответствие оснащения, оборудования производственных, складских и административно-бытовых помещений (технологического, холодильного и т. п.) гигиеническим требованиям	
174.	Наличие исправных контрольных термометров и приборов для измерения относительной влажности в складских помещениях для хранения продуктов, в холодильном оборудовании – контрольных термометров	
175.	Соответствие маркировки оборудования, разделочного инвентаря, кухонной посуды гигиеническим требованиям (% оборудования и инвентаря)	
176.	Покрытие производственных столов для обработки пищевых продуктов	
177.	Соответствие гигиеническим требованиям, предъявляемым к разделочному инвентарю, кухонной посуде (%)	
178.	Состояние кухонной и столовой посуды и разделочного инвентаря	
179.	Покрытие мебели обеденного зала	
180.	Соответствие столовой посуды гигиеническим требованиям:	
181.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• по количеству</li> <li>• по качеству (тарелки, блюда, чашки, бокалы)</li> </ul>	
182.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• по качеству (столовые приборы – ложки, вилки, ножи, посуда для приготовления и хранения готовых блюд)</li> </ul>	
183.	Санитарное состояние помещений пищеблока	
184.	Уборка обеденного зала	

Приложение ГЗ (продолжение)

№ п/п	Показатель	Балл
185.	Мытье рабочих столов и кухонной посуды	
186.	Мытье столов в обеденном зале и столовой посуды	
187.	Обеззараживание посуды	
188.	Сбор и хранение пищевых отходов на пищеблоке и в групповых: • состояние емкостей	
189.	• очистка	
190.	Микробиологические исследования смывов на БГКП (на группу кишечной палочки)	
191.	Исследования смывов на наличие яиц гельминтов	
192.	Микробиологические исследования проб готовых блюд на соответствие гигиеническим требованиям	
193.	Экспресс-методы качества мытья посуды	
194.	Хранение уборочного инвентаря пищеблока	
195.	Проведение дератизационных и дезинсекционных работ	
196.	Количество пищевых продуктов, имеющих документы, подтверждающие их качество и безопасность (%)	
197.	Наличие и заполнение бракеражного журнала скоропортящейся продукции	
198.	Сохранение документации до конца срока реализации продукта (% документации)	
199.	Соблюдение сроков годности (% продуктов)	
200.	Соответствие режима и условий хранения гигиеническим требованиям (% поступивших продуктов)	
201.	Контроль за соблюдением температурного режима в холодильном оборудовании (журнал учета)	
202.	Наличие в складском помещении, предназначенном для хранения сухих сыпучих продуктов, приборов для измерения температуры и влажности воздуха (% помещений)	
203.	Наличие термометров в холодильном оборудовании (% оборудования)	
204.	Соответствие подготовки сырых продуктов к кулинарной обработке гигиеническим требованиям	
205.	Подготовка овощей и фруктов перед подачей	
206.	Соблюдение принципа «щадящего питания»: варка, запекание, припускание, пассерование, тушение, приготовление на пару, параконвектомате (% блюд)	
207.	Технология приготовления блюд соответствует требованиям к технологическим процессам приготовления блюд и технологии, изложенной в технологической карте	
208.	Эффективность термической обработки готовой продукции	
209.	Соблюдение температуры подаваемых блюд	

№ п/п	Показатель	Балл
210.	Соблюдение технологии приготовления витаминизированных напитков	
211.	Подготовка продуктов питания для детей первого года жизни	
212.	Выдача готовой продукции проводится после контроля бракеражной комиссией в составе трех человек	
213.	Отбор суточной пробы готовой продукции (все готовые блюда)	
214.	Использование продуктов, которые не допускается использовать в питании детей	
215.	Изготовление блюд, которые не допускается использовать в питании детей	
216.	Использование остатков пищи от предыдущего приема пищи, пищевых продуктов с истекшими сроками годности и явными признаками порчи, овощей и фруктов с признаками гнили	
217.	Обработка тары для питьевой воды	
218.	Количество детей, питание которых удовлетворяет физиологическим потребностям детей в основных пищевых веществах и энергии (%)	
219.	Транспортировка пищевых продуктов, обеспечивающая их сохранность и предохранение от загрязнения	
220.	Тара для перевозки продуктов	
221.	Наличие спецодежды у персонала, производящего транспортировку, погрузку и выгрузку пищевых продуктов	
222.	Наличие медицинской книжки установленного образца у персонала, производящего транспортировку	
223.	Соответствие фактического меню утвержденному	
224.	Организация питания:	
	• соблюдение требований по массе порций блюд	
225.	• содержание пищевых веществ (белки, жиры, углеводы, калорийность рациона, %)	
226.	• распределение энергетической ценности по приемам пищи	
227.	Количество детей, у которых соблюдение интервалов между приемами пищи соответствует гигиеническим требованиям (%)	
228.	Проведение профилактики витаминной недостаточности	
<b>10. Медицинское обеспечение обучающихся</b>		
229.	Организация медицинского обслуживания:	
	• количество врачей, работающих в школе (укомплектованность штата, %)	
230.	• график работы врачей	
231.	• количество среднего медицинского персонала (укомплектованность штата, %)	
232.	• график работы среднего медицинского персонала	
233.	Работа по организации профилактических прививок (количество классов, где работа ведется в полном объеме, %)	
234.	Вакцинация (% охвата детей)	

№ п/п	Показатель	Балл
235.	Проведение медицинских осмотров (% охвата детей)	
236.	Место проведения медицинских осмотров (обследований) и наличие специалистов	
237.	Наличие лабораторно-инструментальных исследований в рамках обследования	
238.	Допуск к занятиям после перенесенного заболевания	
239.	Проведение работы по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний (% групп, где соблюдаются гигиенические требования)	
240.	Организация и контроль за проведением профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по следующим заболеваниям: педикулез, чесотка, гельминтозы, ОРВИ, детские инфекции (% классов, где соблюдаются гигиенические требования)	
241.	Наличие «Листа здоровья» в классном журнале (количество классов, где имеется заполненный «Лист здоровья», %)	
242.	Количество сотрудников, проходящих предварительные и периодические медицинские осмотры (%)	
243.	Количество работников, имеющих медицинские книжки установленного образца (%)	
244.	Охват работников профилактическими прививками согласно национальному календарю (%)	
<b>11. Гигиеническая подготовка учителей, обучающихся и их родителей</b>		
245.	Наличие всей нормативной документации, обеспечивающей выполнение гигиенических требований в ОО	
246.	Повышение квалификации педагогических кадров (в течение 5 последних лет) по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни	
247.	Количество педагогов, повысивших свою квалификацию по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования здорового образа жизни (в течение 5 последних лет) (% от общего количества педагогов)	
248.	Проведение лекций, семинаров, консультаций для родителей по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни	
249.	Проведение конкурсов, конференций, праздников, фестивалей, в том числе художественного творчества детей, связанных с укреплением здоровья и формированием здорового образа жизни	
250.	Наличие наглядной агитации по ЗОЖ (количество помещений пребывания детей, %)	
251.	Мониторинг факторов риска неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков в ОО (в том числе с медицинскими работниками)	
252.	Степень информированности обучающихся в отношении факторов риска	



Приложение ГЗ (продолжение)

№ п/п	Показатель	Балл
<b>12. Санитарное содержание территории и помещений</b>		
253.	Площадка для сбора мусора	
254.	Мусоросборники:	
		• состояние
255.		• очистка
256.	Сжигание мусора на территории	
257.	Уборка территории	
258.	Соблюдение гигиенических требований к состоянию деревьев и кустарников на территории ОО	
259.	Соблюдение графика уборки помещений (% помещений, где соблюдаются гигиенические требования)	
260.	Генеральная уборка (% помещений, где соблюдаются гигиенические требования)	
261.	Санитарное содержание:	
		• туалетных помещений, рекреаций, вестибюлей
262.		• душевых
263.		• буфетов, столовых
264.	Санитарное содержание спортивного инвентаря	
265.	Санитарное содержание медицинских помещений:	
		• кратность уборки
266.		• обеззараживание помещений, предметов обстановки, инструментов;
		• обезвреживание и удаление медицинских отходов
267.	Соблюдение правил хранения уборочного инвентаря и дезинфицирующих средств:	
		• маркировка;
		• хранится в специальном закреплённом помещении
<b>ИТОГО</b>		

**Приложение Г4**

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель организации

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

**Экспертное заключение о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной организации**

**Общие данные**

№ ОО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

**Результаты обследования**

Уровень санитарно-эпидемиологического благополучия:

\_\_\_\_\_ (характеристика условий и режима обучения: оптимальный, допустимый, потенциально опасный, вредный)

**Выявленные нарушения:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Рекомендации по разработке профилактических мероприятий:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОТДЕЛЕНИЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ  
С ОРГАНАМИ И УЧРЕЖДЕНИЯМИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА  
И ДРУГИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПО ВОПРОСАМ  
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

ФР-РОШУМЗ-36-2017

(версия 1.0)

***Кодирование рассматриваемого заболевания/состояния/синдрома по  
Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10):***

2017 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 «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве»

***РАЗРАБОТЧИКИ:*** Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В.,  
Ибрагимов Е.М.

Федеральные рекомендации «Алгоритм взаимодействия отделений медицинской помощи обучающимся с органами и учреждениями Роспотребнадзора и другими организациями по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних» содержат перечень основных мероприятий по взаимодействию медицинских работников отделения организации медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях медицинских организаций, осуществляющих помощь детям и подросткам, с территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и другими организациями в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и охраны здоровья обучающихся.

Федеральные рекомендации «Алгоритм взаимодействия отделений медицинской помощи обучающимся с органами и учреждениями Роспотребнадзора и другими организациями по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних» 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**

Охрана здоровья несовершеннолетних, медицинские работники, другие организации, взаимодействие, направления и технологии профилактической и оздоровительной работы в образовательных организациях.

### **2. Список сокращений**

ПМПК – психолого-медико-педагогической комиссия, работает на базе центров психолого-медико-социального сопровождения детей.

ЕМИАС – Единая медицинская информационно-аналитическая система.

СЭБ – санитарно-эпидемиологическое благополучие

### **3. Термины и определения**

Алгоритм – последовательность действий при взаимодействии медицинской организации в целях охраны здоровья обучающихся и укрепления здоровья детей в период обучения в образовательных организациях с другими заинтересованными организациями и ведомствами.

### **4. Краткая информация**

Охрана и укрепление здоровья обучающихся – процесс в значительной степени обусловленный взаимодействием медицинских, образовательных организаций и других организаций по обеспечению оптимальных условий обучения и воспитания с учетом здоровья обучающихся, их потребностей и возможностей, и условий жизнедеятельности в целом. Он зависит от организации и качества медицинской помощи, санитарно-эпидемиологического благополучия образовательной среды, целенаправленной профилактической и оздоровительной работы по снижению распространенности факторов риска различной природы, возможностей оздоровления обучающихся, формированию здорового образа жизни.

## **5. Алгоритм взаимодействия отделений медицинской помощи обучающимся с органами и учреждениями Роспотребнадзора и другими организациями по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних**

Для обеспечения участия в контроле за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения (в том числе питания, физического воспитания, трудового обучения, средств обучения и воспитания и их использования в процессах обучения и воспитания) медицинские работники:

По запросам обслуживаемой образовательной организации:

- Предоставляют, в рамках своей компетенции, необходимые сведения подтверждающие соблюдение санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения.
- Присутствуют при проведении надзорных мероприятий Управлением Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальных отделах), санитарно-эпидемиологических обследований, исследований, испытаний и оценок ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации (его филиалами).
- Оперативно информируют о действующих технических регламентах государственных санитарно-эпидемиологических правилах, гигиенических нормативах, методах и методиках контроля факторов среды в образовательных организациях.
- Принимают участие в самостоятельной оценке образовательной организацией соблюдения предъявляемых к нему обязательных требований (самообследование и самодекларирование) с использованием проверочных листов, содержащих обязательные требования.
- Согласуют с обслуживаемой образовательной организацией сроки и мероприятия по контролю за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения (в том числе питания, физического воспитания, трудового обучения, средств обучения и воспитания и их использования в процессах обучения и воспитания).
- По результатам контроля готовят в адрес образовательной организации информацию по выявленным нарушениям санитарных требований с возможными мероприятиями по их устранению, разъяснение новых требований нормативных правовых актов с необходимыми для их реализации организационно-техническими мероприятиями.
- На основании запросов в обслуживаемую образовательную организацию для эффективного контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации воспитания и обучения получают:
  - материалы по результатам проверки образовательной организации Управлением Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальных отделах): акты, предписания, экспертные заключения, протоколы испытаний, исследований, гигиенических и иных видов оценок;
  - материалы по результатам проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, обследований, исследований, испытаний и оценок ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации (его филиалами): акты, экспертные заключения, протоколы испытаний, исследований, гигиенических и иных видов оценок;
  - материалы по осуществлению производственного контроля: программа производственного контроля, план санитарно-противоэпидемических профилактических

мероприятий, экспертные заключения, протоколы испытаний, исследований, гигиенических и иных видов оценок;

– аттестаты аккредитаций, область аккредитации лабораторий, экспертных организаций, осуществляющих для образовательной организации работы в рамках производственного контроля;

– декларации, сертификаты, свидетельства о государственной регистрации на средства обучения и воспитания.

На основании запросов в территориальные органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека получают информацию о действующих технических регламентах государственных санитарно-эпидемиологических правилах, гигиенических нормативах, постановлениях, методах и методиках контроля факторов среды в образовательных организациях, правоприменении отдельных положений нормативных документов.

*При возникновении чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического характера (инфекционные, паразитарные болезни, поствакцинальные осложнения и необычные реакции после применения иммунобиологических лекарственных препаратов, пищевые отравления, факты приостановления (запрещения) реализации пищевых продуктов, продовольственного сырья, недоброкачественных товаров народного потребления, загрязнения окружающей среды) своевременно предоставляют внеочередные донесения в Управление Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальные отделы) в соответствии с порядком утвержденным Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ.*

*Для организации и проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях:*

- Согласуют с образовательной организацией сроки и контингенты обучающихся для проведения осмотров, обследований (в т.ч. на педикулез и контактные гельминтозы);

- Информировать образовательную организацию о необходимых противоэпидемических и профилактических мероприятиях, проведении дезинфекционных, дератизационных и дезинсекционных работ;

- При возникновении случаев пищевых отравлений или инфекционных заболеваний взаимодействуют с образовательной организацией, организацией осуществляющей питание детей с целью контроля сохранности суточных проб готовых блюд, а также проб других подозреваемых пищевых продуктов. По требованию Управления Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальных отделов) предоставляют суточные пробы для лабораторных исследований.

- В период проведения расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни предоставляют необходимую для расследования информацию сотрудникам Управления Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальных отделов), ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации (его филиалов).

*Для проведения санитарно-гигиенической просветительной работы среди несовершеннолетних, их родителей (законных представителей) и педагогов по вопросам профилактики заболеваний несовершеннолетних и формированию*

здорового образа жизни в соответствии с утвержденными планами готовят запросы об участии специалистов Управления Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальных отделов).

*По результатам проведения медицинских осмотров несовершеннолетних перед началом и в период прохождения производственной практики в организациях, работники которых подлежат медицинским осмотрам, предоставляют в адрес образовательной организации сводный аналитический материал с рекомендациями по допустимым условиям и видам работ для профессионального обучения и труда подростков, при необходимости взаимодействуют со специалистами Управления Роспотребнадзора и Центром профпатологии.*

*Взаимодействуют с ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации (его филиалами) по вопросам оформления личных медицинских книжек при прохождении производственной практики обучающихся по отдельным профессиям, производствам и организациям, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения*

*Готовят заявки на участие в проводимых органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, органами и учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совещаниях, семинарах, научно-практических конференциях по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия детей и подростков в образовательных организациях.*

*Готовят заявки на проведение повышения квалификации (аттестации) врачей, медицинских работников со средним медицинским образованием по проведению в образовательных организациях санитарно-гигиенической просветительской работы в уполномоченные организации, в т.ч. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии».*

*Готовят материалы и предложения для органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, Управления Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации (его территориальные отделы) по приоритетам профилактических, коррекционных и оздоровительных мероприятий для реализации в образовательных организациях в целях сохранения здоровья обучающихся и снижения заболеваемости.*

## **5. Алгоритм взаимодействия медицинских работников ми организациями с образовательной организацией и другими организациями по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних**

По результатам анализа данных скрининг-обследований, периодических медицинских осмотров обучающихся направляют в образовательную организацию сведения по состоянию здоровья несовершеннолетних и рекомендации по профилактике заболеваний и оздоровлению обучающихся;

Готовят предложения по организации в условиях образовательных организаций работы по коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, снижающих возможности их социальной адаптации, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, подготовки к военной службе (патология органов зрения, пищеварения, костно-мышечной системы, нервной системы и др.);

Представляют в образовательную организацию сведения о необходимости формирования групп несовершеннолетних повышенного медико-социального и биологического риска формирования расстройств здоровья с рекомендациями по оптимальной организации процессов обучения и воспитания;

Готовят совместно с педагогами и психологами план мероприятий оказания помощи детям, подвергшимся жестокому обращению, а также детям с последствиями перенесенной психологической травмы.

Осуществляют передачу сведений для информирования органов внутренних дел о выявлении (обращении) пациентов (обучающихся), в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий.

При необходимости взаимодействуют совместно с образовательной организацией с органами опеки и попечительства, органами социальной защиты и др. по вопросам охраны здоровья детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Разрабатывают предложения совместно с образовательной организацией по обеспечению детей из малообеспеченных семей, семей социального риска, детей-сирот бесплатным питанием, организованным отдыхом и оздоровлением, в том числе при необходимости санаторно-курортным лечением.

Готовят совместно с педагогами и психологами образовательной организации заключения психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации для направления несовершеннолетних в центры психолого-медико-социального сопровождения для диагностики и уточнения причин и механизмов нарушений в состоянии здоровья, развитии, обучении и социальной адаптации;

Участвуют в работе психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) центров психолого-медико-социального сопровождения детей по вопросам выбора оптимального сопровождения в школе, перевода в классы компенсирующего обучения или решения вопроса о переводе в специальное образовательное учреждение детей с выявленными нарушениями.

## **7. Форма учета результатов контроля**

Аналитические отчеты по состоянию здоровья обучающихся.

Архивные копии разработанных предложений и запросов другим ведомствам, ответов. План мероприятий, принятых и утвержденных совместно с другими заинтересованными ведомствами по охране здоровья обучающихся, профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни. Архивные копии подготовленных отчетов по выполнению плана мероприятий,

Результаты протоколов оценки СЭБ образовательной организации, протоколов проверок (санитарно-эпидемиологических обследований, санитарно-эпидемиологических исследований, испытаний и оценок) за соблюдением действующего законодательства в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия детей и подростков,

Журнал учета сообщений и экстренных извещений территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.



8. Показания для применения алгоритма взаимодействия отделений медици по вопросам охраны с органами и учреждениями Роспотребнадзора и другими организациями по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних.

Рекомендуется использовать Алгоритм для обеспечения мероприятий по охране здоровья несовершеннолетних, предупреждению распространения неинфекционных, инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях, нарушению процессов адаптации обучающихся, по формированию у обучающихся устойчивых стереотипов здорового образа жизни и поведения, не сопряженного с риском для здоровья; снижение риска причинения вреда здоровью в результате противоправных действий, жестокого обращения в семье.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1в).

*Комментарии:* противопоказаний – нет.

### **9. Материально-техническое обеспечение работы по по вопросам охраны здоровья несовершеннолетних:**

Рабочее место, оборудованное офисной мебелью, ПК, доступом в сеть Интернет, доступам в ЕМИАС, телефоном.

### **10. Список литературы:**

1. *Звездина И.В., Трофименко А.В.* Роль нерационального питания в развитии неинфекционных заболеваний у школьников. *Медицинский вестник Северного Кавказа.* 2010; 3: 108–09.
2. *Звездина И.В.* Оценка сформированности здорового образа жизни учащихся в образовательных учреждениях. *Школа здоровья.* 2010; 2: 3–8.
3. *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Звездина И.В.* Основные направления взаимодействия образовательных учреждений с центрами здоровья для детей по формированию здорового образа жизни. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья.* 2012; 1: 5–12.
4. *Кучма В.Р., ред.* Руководство по медицинскому обеспечению детей в образовательных учреждениях. (Руководство по школьной медицине). *Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования.* М.: НЦЗД РАМН; 2012. 215 с.
5. *Кучма В.Р., Шубочкина Е.И.* О новых научных подходах к управлению системой санитарно-эпидемиологического благополучия обучающихся в образовательных учреждениях. *Здоровье населения и среда обитания.* 2013; 8: 6–9.
6. *Сухарева Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Рапопорт И.К., Звездина И.К.* Динамика заболеваемости московских школьников в процессе получения основного общего образования. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья.* 2013; 3: 18–26.
7. *Ибрагимова Е.М., Шубочкина Е.И.* Состояние здоровья и медико-социальные особенности подростков, обучающихся по разным формам профессиональной подготовки в колледжах. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья.* 2013; 4: 22–26.
8. *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.
9. *Марченкова Ю.В., Чижова Ж.Г., Шестакова В.Н.* Современные подходы к оказанию помощи девочкам подросткового возраста, испытавшим различные виды жестокого обращения. *Методическое пособие для педиатров, педагогов, психологов, социальных педагогов.* Смоленск: Издательство «Универсум»; 2014. 54 с.
10. *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 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 ФГАУ «ННПЦЗД» 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 «ННПЦЗД» 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. Туль», 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:
- *Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Звездина И.В.* Основные направления взаимодействия образовательных учреждений с центрами здоровья для детей по формированию здорового образа жизни. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2012; 1: 5–12.
- *Кучма В.Р., Сухарев А.Г.* Научно–методические основы деятельности врача по гигиене детей и подростков детской поликлиники (отделения)//Вопросы современной педиатрии. 2013; 2: 44–47.
- *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: 4–8.
- *Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Ибрагимова Е.М.* Санитарно–эпидемиологическое благополучие образовательных учреждений и риски здоровью детей и подростков. Анализ рисков здоровью. 2014; 1: 65–72.

### **Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):**

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

### **Экономический анализ:**

Взаимодействие медицинских работников отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций органами образования, с территориальными органами и учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и другими организациями существенно снижает трудовые и материальные затраты на проведение профилактических мероприятий и охрану здоровья обучающихся.

### **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 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 регистрировались вносимые в результате этого изменения в рекомендации. 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 сведен к минимуму.

## **Приложение А3. Связанные документы**

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. Постановление Правительства РФ от 11 ноября 2013 г. № 45, ст. 5829 «Об утверждении Примерного положения о комиссиях по делам несовершеннолетних и защите их прав. «Собрании законодательства РФ».

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. СП 1.1.1058-01 Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

8. Приказ Росстата от 20 ноября 2014 г. № 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».

9. СанПиН 2.4.2.2821-10. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях.

10. СанПин 2.4.1.3049-13. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций.

11. СанПиН 2.4.4.3048-13 Санитарно-эпидемиологические требования к устройству и организации работы детских лагерей палаточного типа.

12. СанПин 2.4.2.2842-11 Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы лагерей труда и отдыха для подростков.

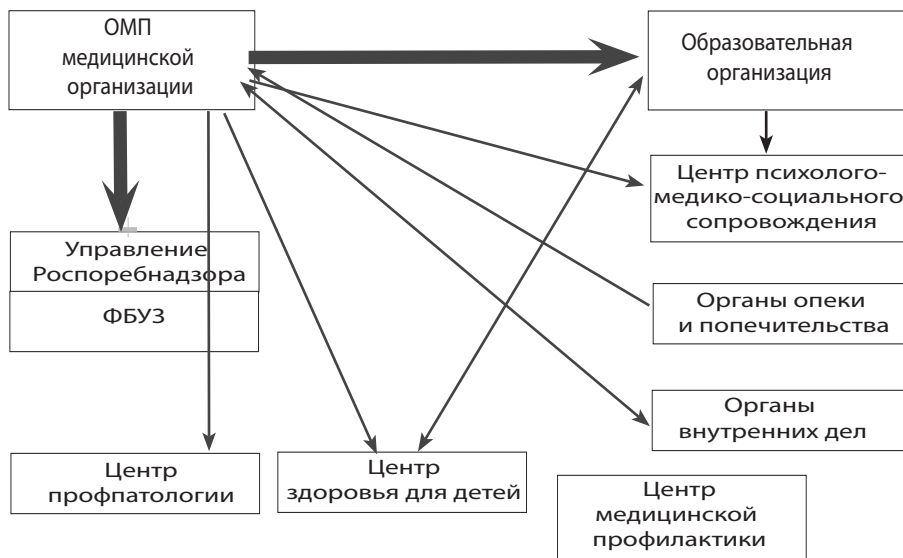
13. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18 июля 2012 г. № 775 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по предоставлению государственной услуги по выдаче на основании результатов санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний и иных видов оценок, оформленных в установленном порядке, санитарно-эпидемиологических заключений».

14. 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»<sup>#</sup>.

15. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 4 февраля 2016 г. № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера».

16. Приказ Федеральной службы государственной статистики от 20 ноября 2014 г. № 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».

### Приложение Б. Алгоритм взаимодействия ОМПО с органами и учреждениями Роспотребнадзора и другими организациями по вопросам охраны здоровья обучающихся



<sup>#</sup> См. Перечень изменений нормативно-правовой документации на апрель 2019 года



УТВЕРЖДЕНЫ  
Президиумом  
РОШУМЗ  
20 сентября 2018 г.  
Протокол № 26

УТВЕРЖДЕНЫ  
на VI Конгрессе  
РОШУМЗ  
Екатеринбург  
10 октября 2018 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБУЧАЮЩИМСЯ

**КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ  
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ К УСЛОВИЯМ И  
ОРГАНИЗАЦИИ ЗАНЯТИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОННЫХ  
СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФР-РОШУМЗ-31-2018

(версия 2.0)

***Кодирование рассматриваемого заболевания/состояния/синдрома по  
Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10):***

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 «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации

***РАЗРАБОТЧИКИ:*** Кучма В.Р., Степанова М.И., Александрова И.Э., Лапонова Е.Д.

Федеральные рекомендации «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации занятий с использованием электронных средств обучения в образовательных организациях» содержат материалы по организации и содержанию контроля за условиями обучения и воспитания в образовательных организациях с целью предупреждения негативных воздействий электронных средств обучения на здоровье обучающихся. Рекомендации «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации занятий с использованием электронных средств обучения в образовательных организациях» предназначены для врачей и среднего медицинского персонала, работающих в отделениях медицинской помощи обучающимся медицинским организациям.

Федеральные рекомендации «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации занятий с использованием электронных средств обучения в образовательных организациях» одобрены и рекомендованы к утверждению Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины (Протокол № 26 от 20.09.2018 г.).

### **1. Ключевые слова**

Обучающиеся, воспитанники, образовательные организации, здоровье, профилактика, электронные средства обучения

### **2. Список сокращений**

ЭСО – электронные средства обучения

### **3. Введение**

Новые технологии, используемые в последние годы в системе образования, обеспечивают стремительный рост информационно-ресурсной базы, свободный доступ к разнообразным информационным ресурсам, дистанционность, мобильность, интерактивность. Согласно Федеральным общеобразовательным стандартам, компьютеризация школы – основа модернизации всего обучения.

Стремительное развитие информационных и коммуникационных ресурсов открывает перед детьми практически безграничные возможности для доступа к информации самого разного свойства, в том числе и к такой, которая может нанести вред их психическому и нравственному развитию. Процесс этот продолжительный, постепенный, требующий не только психолого-педагогического, но и гигиенического обеспечения. От него, в конечном счете, во многом зависит решение проблемы организации безопасного для здоровья детей и подростков общения с ЭСО, ассортимент которых в образовательных организациях постоянно расширяется. Наряду с новыми дидактическими возможностями, визуализацией получаемой информации, индивидуализацией обучения внедрение ЭСО в учебный процесс имеет и ряд негативных моментов. К ним, в первую очередь, относятся: интенсификация и формализация интеллектуальной деятельности учащихся, обуславливающие увеличение нервной и зрительной нагрузки, психологический и зрительный дискомфорт, малоподвижность и т. п.

Цифровая среда обитания оказывает серьезное влияние на рост расстройств поведения, влияет на стиль, образ жизни и формирует дополнительные факторы риска здоровью детей и подростков. Для предупреждения возможного негативного влияния ЭСО на здоровье и развитие детского организма организаторы



образования, медицинские работники образовательных организаций должны знать особенности влияния этих средств на функциональное состояние, работоспособность и здоровье ребёнка; контролировать соблюдение гигиенических требований к устройству, оборудованию и содержанию учебных кабинетов, в которых используются эти средства, режиму учебы и отдыха детей в процессе воспитания и обучения с их использованием. В полной мере безопасность занятий может быть обеспечена только в том случае, если в процессе использования ЭСО педагоги, медицинский персонал образовательного учреждения и родители смогут сформировать у детей стойкие навыки безопасного использования этих средств.

#### **4. Программа и алгоритм профилактики нарушений здоровья обучающихся на занятиях с использованием электронных средств обучения в образовательных организациях**

##### **4.1. Контроль состояния учебных кабинетов оборудованных ЭСО**

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации перед началом учебного года и при оборудовании новых учебных кабинетов ЭСО осуществляет контроль за состоянием учебных кабинетов и условиями эксплуатации ЭСО. По итогам контроля фиксируются замечания и даются рекомендации по их устранению. Контроль за исправлением недостатков, выявленных при обследовании, проводится в течение 2-х недель с момента установления этих нарушений.

Результаты обследования учебных кабинетов регистрируют в Протоколе № 1 (Приложение В1).

##### **4.2. Контроль за соответствием ЭСО требованиям гигиенической безопасности**

ЭСО, электронные учебники и другие виды образовательного контента должны иметь подтверждение их безопасности для здоровья обучающихся и воспитанников.

##### **4.3. Контроль организации образовательного процесса с использованием ЭСО**

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации осуществляет контроль организации образовательного процесса с использованием ЭСО не менее 1 раза в течение каждой четверти учебного года. Проводится хронометраж уроков: выборочно по 2-3 классных коллектива из начальной, средней, старшей школы (Протокол №2, Приложение В1). По итогам контроля фиксируются замечания и даются рекомендации по их устранению. Результаты обследования условий организации образовательного процесса регистрируют в Протоколе № 3 (Приложение В1).

Контроль за исправлением недостатков, выявленных при обследовании, проводится в течение 2-х недель с момента установления этих нарушений.

##### **4.4. Контроль проведения инструктажа по безопасному использованию ЭСО обучающимися педагогами**

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации осуществляет контроль за наличием документации, наглядных материалов по предупреждению негативных последствий использования ЭСО в учебном процессе и личное присутствие на одном из занятий с проведением педагогом инструктажа.

#### 4.5. Гигиеническое обучение педагогов и обучающихся мерам по предупреждению негативного влияния ЭСО на здоровье

Медицинский работник отделения медицинской помощи обучающимся в образовательной организации проводит мероприятия по гигиеническому обучению педагогов и обучающихся образовательных организаций с использованием различных форм пропаганды с учетом восприятия их детьми, реализация дифференцированного подхода с учетом возраста. Обучение правилам безопасного использования ЭСО, формирование профилактических навыков (Приложение В2).

#### 5. Показания и противопоказания

Рекомендуется использовать Федеральные рекомендации для профилактики нарушений здоровья в процессе обучения с использованием ЭСО в образовательных организациях.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1в).

*Комментарии:* противопоказаний к использованию федеральных рекомендаций – нет.

#### 6. Список литературы

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И., Текшева Л.М. Медико-профилактические основы безопасности использования информационно-коммуникационных технологий в образовательных учреждениях. Вестник РАМН. 2010; 6: 18–21.
2. Большаков А.М., Крутько В. Н. , Кутепов Е.Н., Мамиконова О.А., Потемкина Н.С., Розенблит С.И., Чанков С.В. Информационные нагрузки как новый актуальный раздел гигиены детей и подростков. Гигиена и санитария. 2016; 95(2): 172–17.
3. Кучма В.Р., Степанова М.И., Сазанюк З.И. Александрова И.Э., Поленова М.И., Лашнева И.П., Березина Н.О. Гигиеническая оценка занятий дошкольников с использованием электронных планшетов. Гигиена и санитария. 2016; 95 (4): 387–91.
4. 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. Т. 18; 4: 51–55.
5. Польшка Н.С., Платонова А.Г., Яцковская Н.Я., Джуриная С.Н. Гигиеническая оценка влияния различных типов компьютерной техники на умственную работоспособность школьников 13–14 лет. Здоровье и окружающая среда: сб. научн. тр. Минск: Респ. науч.-практ. центр гигиены; 2013. Вып. 23: 156–59.
6. Седов Д.С., Махина В.И., Иванченко М.Н. Влияние электромагнитного излучения, создаваемого персональным компьютером, на здоровье человека. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2012. Т. 2; 11: 920–22.
7. 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.
8. Степанова М.И., Александрова И. Э. Сазанюк З.И., Воронова Б.З., Лашнева И.П., Шумкова Т.В. Обоснование гигиенических требований к использованию интерактивной доски в учебном процессе. Здоровье населения и среда обитания. 2014; 5: 12–14.
9. Степанова М.И., Александрова И.Э., Поленова М.А., Лашнева И.П., Березина Н.О., Шумкова Т.В., Лапонова Е.Д. Обоснование безопасного использования интерактивного оборудования на занятиях в детском саду. Российский педиатрический журнал. 2018; 21(2): 101–05.
10. Яцковская Н.Я., Джуриная С.Н., Шкарбан Е.С. Особенности формирования позы школьников при работе с планшетом и ноутбуком. Вопросы школьной университетской медицины и здоровья. 2014; 3: 60–61.

## Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

### **Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

Федеральные рекомендации предназначены для врачей по гигиене детей и подростков и медицинских работников отделений медицинской помощи обучающимся медицинских организаций.

### **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., Степанова М.И., Текшева Л.М. Медико-профилактические основы безопасности использования информационно-коммуникационных технологий в образовательных учреждениях. Вестник РАМН. 2010; 6: 18–21.

### **Индикаторы доброкачественной практики (GoodPracticePoints – GPPs):**

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

### **Экономический анализ:**

Наличие общего алгоритма профилактики нарушений здоровья обучающихся на занятиях с использованием электронных средств обучения в образовательных организациях, существенно снизит трудовые и материальные затраты на проведение профилактических мероприятий и охрану здоровья обучающихся.

### **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 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.

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 рекомендаций.

Проект рекомендаций был рецензирован также независимыми экспертами, которые дали комментарии, прежде всего, о доходчивости и точности 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**

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.
4. Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».
5. Постановления Правительства РФ от 02 февраля 2006 г. № 60, утв. Положение о проведении социально-гигиенического мониторинга.
6. 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».
7. 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».
8. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03 «Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы».
9. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных организациях: Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы».
10. СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий».
11. СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».
12. СанПиН 2.2.4.3359-16 «Санитарно-эпидемиологические требования к физическим факторам на рабочих местах».
13. Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 004/2011 «О безопасности низковольтного оборудования».
14. Технический регламент Таможенного союза ТР ТС 020/2011 «Электромагнитная совместимость технических средств».

**Приложение В1**

Протокол № 1  
 Контроль за условиями использования электронных средств обучения

№	Показатели	Соответствие/ несоответствие
1.	Наличие разрешительных документов (сертификатов) на ЭСО электронные учебники; - акт приемки учебных кабинетов, в которых установлены ЭСО; - характеристики персональных компьютеров, ноутбуков, интерактивных досок (разрешение и диагональ экранов)	
2.	Размещение ЭСО в учебных помещениях (норматив площади на одно рабочее место, соблюдение требований к расстановке ЭСО, характеристика учебной мебели, наличие светозащитных устройств на оконных проемах и их эффективность)	
3.	Световой режим и микроклимат в учебных помещениях: – уровни освещенности на рабочих местах, мониторах, электронной доске; – коэффициент пульсации при использовании люминесцентных ламп; – перепады яркости; – отсутствие засветки и бликования экранов персональных компьютеров и электронной доски; – размещение проектора электронной доски (исключение яркого света в поле зрения пользователей); – температура и влажность воздуха в учебном помещении.	
4.	Электромагнитная безопасность в учебных кабинетах – наличие заземления; – уровни излучений.	
5.	Санитарное состояние учебных кабинетов – режим проветривания, – кратность и характер уборки	
<i>Заключение. Рекомендации по устранению замечаний.</i>		
_____		
_____		
_____		
_____		
Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____		
Контроль за устранением замечаний _____ _____		
Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____		

Протокол № 2  
 Схема проведения хронометража занятий с использованием ЭСО

Объект хронометража	Время урока (минуты)																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
«Собственно» учебная деятельность (чтение, письмо, объяснение учителя, ответы учеников и т.п.)*																						
Использование ЭСО																						
Физкультминутки, офтальмотренаж																						
Организация рабочего места, соблюдение зрительной дистанции, угла рассматривания																						
Объект хронометража	Время урока (минуты)																					
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	38	39	40	41	42	42	
«Собственно» учебная деятельность (чтение, письмо, объяснение учителя, ответы учеников и т.п.)*																						
Использование ЭСО																						
Физкультминутки, офтальмотренаж																						
Организация рабочего места, соблюдение зрительной дистанции, угла рассматривания																						

\* Для расчета плотности урока (плотность урока = время, затраченное на учебную деятельность/общее время урока)

Протокол № 3

Контроль организации образовательного процесса с использованием ЭСО

№	Показатели	Соответствие/ несоответствие
1.	Организация рабочего места: – соответствие учебной мебели ростовым данным обучающихся; – соблюдение зрительной дистанции и угла рассматривания.	
2.	Соблюдение возрастных регламентов непрерывной длительности использования ЭСО	
3.	Соблюдение требований к интенсификации учебной деятельности (показатель плотности урока)	
4.	Проведение профилактических мероприятий (физкультминутки, офтальмотренаж)	
5.	Формирование у обучающихся навыков безопасного использования ЭОС – проведение инструктажа; – контроль знаний.	
<p><i>Заключение. Рекомендации по устранению замечаний.</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____</p>		
<p><i>Контроль за устранением замечаний</i></p>		
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Дата проведения _____ Подпись медицинского работника _____</p>		

**Приложение В2****Рекомендуемый комплекс упражнений физкультурных минуток (ФМ) по предупреждению негативного влияния ЭСО на здоровье обучающихся**

*ФМ для улучшения мозгового кровообращения, снятия утомления с шеи, плечевого пояса, с туловища.*

1. Исходное положение (далее И.П.) – сидя на стуле. 1–2 – отвести голову назад и плавно наклонить назад, 3–4 – голову наклонить вперед, плечи не поднимать. Повторить 4–6 раз. Темп медленный.
2. И.П. – сидя, руки на поясе. 1 – поворот головы направо, 2 – и.п., 3 – поворот головы налево, 4 – и.п., Повторить 4–6 раз. Темп медленный.
3. И.П. – сидя или стоя, руки на поясе. 1 – правую руку вперед, левую вверх. 2 – поменять положение рук. Повторить 3–4 раза, затем медленно опустить, голову наклонить вперед. Темп средний.
4. И.П. – стойка ноги врозь, руки за голову, 1 – резко повернуть таз направо. 2 – резко повернуть таз налево. Плечевой пояс остается неподвижным. Повторить 6–8 раз. Темп средний.

*Упражнения для профилактики развития синдрома запястного канала*

11. Сожмите руки в кулак, поддержите в течение 3 с, а затем максимально разожмите и подержите 6 с.
12. Вытяните руки перед собой, поднимите и опустите их.
13. Опишите кончиками пальцем круги, будто бы рисуя букву «О».
14. Сделайте круговые движения большими пальцами сначала влево, потом вправо.
15. Методично надавливайте одной рукой на пальцы другой.
16. Энергично несколько раз встряхните руки.

*Комплексы упражнений для глаз (профилактика зрительного утомления)*

Упражнения выполняются сидя или стоя, отвернувшись от экрана при ритмичном дыхании, с максимальной амплитудой движения глаз.

*Вариант 1*

1. Закрывать глаза, сильно напрягая глазные мышцы, на счет 1–4, затем раскрыть глаза, расслабив мышцы глаз, посмотреть вдаль на счет 1–6. Повторить 4–5 раз.
2. Посмотреть на переносицу и задержать взор на счет 1–4. До усталости глаза не доводить. Затем открыть глаза, посмотреть вдаль на счет 1–6. Повторить 4–5 раз.
3. Не поворачивая головы, посмотреть направо и зафиксировать взгляд на счет 1–4, затем посмотреть вдаль прямо на счет 1–6. Аналогичным образом проводят упражнения, но с фиксацией взгляда влево, вверх и вниз. Повторить 3–4 раза.
4. Перенести взгляд быстро по диагонали: направо вверх – налево вниз, потом прямо вдаль на счет 1–6; затем налево вверх направо вниз и посмотреть вдаль на счет 1–6. Повторить 4–5 раз.



*Вариант 2*

7. Закрыть глаза, не напрягая глазные мышцы, на счет 1–4, широко раскрыть глаза и посмотреть вдаль на счет 1–6. Повторить 4–5 раз.

8. Посмотреть на кончик носа на счет 1–4, а потом перевести взгляд вдаль на счет 1–6. Повторить 4–5 раз.

9. Не поворачивая головы (голова прямо), делать медленно круговые движения глазами вверх-вправо-вниз-влево и в обратную сторону: вверх-влево-вниз-вправо. Затем посмотреть вдаль на счет 1–6. Повторить 4–5 раз.

10. При неподвижной голове перевести взор с фиксацией его на счет 1–4 вверх, на счет 1–6 прямо; после чего аналогичным образом вниз-прямо, вправо-прямо, влево-прямо. Прodelать движение по диагонали в одну и другую стороны с переводом глаз прямо на счет 1–6. Повторить 3–4 раза.

*Вариант 3*

24. Голову держать прямо. Поморгать, не напрягая глазные мышцы, на счет 10–15.

25. Не поворачивая головы (голова прямо) с закрытыми глазами, посмотреть направо на счет 1–4, затем налево на счет 1–4 и прямо на счет 1–6. Поднять глаза вверх на счет 1–4, опустить вниз на счет 1–4 и перевести взгляд прямо на счет 1–6. Повторить 4–5 раз.

26. Посмотреть на указательный палец, удаленный от глаз на расстояние 25–30 см, на счет 1–4, потом перевести взор вдаль на счет 1–6. Повторить 4–5 раз.

27. В среднем темпе проделать 3–4 круговых движений в правую сторону, столько же в левую сторону и, расслабив глазные мышцы, посмотреть вдаль на счет 1–6. Повторить 1–2 раза.

## **Перечень изменений нормативно-правовой документации**

Документ, утративший силу	Заменяющий документ
<p>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»</p>	<p>Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»</p>
<p>Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 августа 2010 № 613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физических и спортивных мероприятий»</p>	<p>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»</p>
<p>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»</p>	<p>Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.06.2018 N 327н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха»</p>
<p>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»</p>	<p>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»</p>

## 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 I**

Компьютерная верстка Павлова А.Л.

Подписано в печать 23.05.2019 г. Формат 60x84/16.  
Печать офсетная. Усл. печ. л. 19. Тираж 500. Заказ № 030519

**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. 1Б, тел.: 8(495)609-52-72