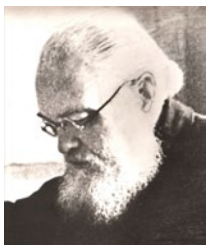
ГБОУ ВПО
«Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации



Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики
детских болезней с курсом ПО
Кафедра педиатрии ИПО

Галактионова М.Ю., Таранушенко Т.Е., Чистякова И.Н.,
Панфилова В.Н., Ярусова О.А., Рахимова А.Л.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

учебное пособие для курсантов последипломного обучения
по специальности 060103 – Педиатрия

Красноярск
2011

УДК 053.2/.7:312.6:681.3(075.8)
ББК 57.3
С 56

Современные медицинские технологии мониторинга состояния здоровья детей и подростков : учеб. пособие для курсантов последипломн. обучения по специальности 060103 – Педиатрия / М. Ю. Галактионова и др.– Красноярск : тип. КрасГМУ, 2011. – 182 с.

Составители: д. м. н., доцент Галактионова М. Ю.,
д. м. н., профессор Таранушенко Т. Е.,
к. м. н., доцент Чистякова И. Н.,
д. м. н., доцент Панфилова В. Н.,
Ярусова О. А.
Рахимова А. Л.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с программой «Педиатрия» для курсантов последипломной системы обучения. В пособии представлены: вопросы организации диспансерного наблюдения за детьми и подростками, врачебный этап профилактических осмотров, доврачебная скрининг-программа и критерии комплексной оценки состояния здоровья детей и подростков в возрасте от 3 до 18 лет, рекомендуемые сроки проведения профилактических осмотров в образовательных учреждениях.

Учебное пособие рекомендовано в качестве дополнительной учебной литературы для студентов 6 курса педиатрического факультета при подготовке к практическим занятиям по программе дисциплины «Поликлиническая педиатрия». Может быть использовано в работе врачей педиатров детских поликлиник, специалистов, работающих в области гигиены детей и подростков, сотрудников образовательных учреждений.

Рецензенты: зав. кафедрой педиатрии ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ, д.м.н., профессор Гаймоленко И. Н.

профессор кафедры педиатрии ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ, д.м.н. Потрохова Е. А.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 7 от 28.04.2011)

КрасГМУ
2011

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 4
Раздел I Организация профилактических медицинских осмотров детей в образовательных учреждениях..... 5
Раздел II Порядок оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях 20
Раздел III Скрининг-программа обследования детей дошкольного и школьного возраста при массовых медицинских осмотрах 28
Раздел IV Стандарт оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях 50
Раздел V Критерии оценки функционального состояния 80
Раздел VI Врачебная профессиональная консультация 89
Приложения..... 101

ВВЕДЕНИЕ

Показатели заболеваемости детского населения, проводимые массовые профилактические осмотры детей в декретированные периоды, Всероссийская диспансеризация детей 2002 г., научные данные, свидетельствуют о сохраняющейся тенденции ухудшения состояния здоровья детей и подростков. Ухудшение состояния здоровья современных детей и подростков в определенной мере связано с недостатками организации контроля за ростом и развитием детей, обучающихся (воспитывающихся) в различных образовательных учреждениях, а также с недостаточным уровнем профилактической и оздоровительной работы в организованных коллективах.

Анализ результатов проводимых ежегодно профилактических осмотров детей показывает их низкую эффективность. При высоком общем охвате осмотрами (96-98 процентов) патологические состояния и заболевания среди осматриваемых детей выявляются в 2-6 раз реже, чем при целевых выборочных углубленных обследованиях детей. Сложившаяся система профилактических осмотров не позволяет выявлять начальные стадии хронических заболеваний. Выявлена недостаточная эффективность профилактических медицинских осмотров, проводимых лечебно-профилактическими учреждениями, за счет низкой выявляемости функциональных нарушений, начальных стадий хронических заболеваний, отклонений в физическом развитии. Несвоевременное выявление функциональных расстройств и отсутствие соответствующих коррекционных мероприятий приводит к прогрессированию нарушений здоровья и переходу функциональных отклонений в хроническую патологию.

Здоровье детей школьного возраста, как и других групп населения, социально обусловлено и зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, здоровье родителей и наследственность, условия жизни и воспитания ребенка в семье, образовательном учреждении. Значимыми факторами, формирующими здоровье указанного детского контингента, являются система воспитания и обучения, включая физическое воспитание, охрану психического здоровья, а также организация медицинской помощи. Сложившаяся система медицинского обслуживания детей школьного возраста не обеспечивает на современном этапе эффективного решения задач по улучшению уровня их здоровья и снижению заболеваемости.

Дошкольно-школьные отделения детских поликлиник, обеспечивающие медицинскую помощь в образовательных учреждениях, постоянно укомплектованы врачами не более 50 процентов. Из числа врачей, работающих в школах, 90 процентов составляют совместители и лица, не имеющие педиатрической подготовки. Однако, имеющиеся дефекты в качестве профилактической работы диспансеризации здоровых и больных детей нельзя объяснить только отсутствием врачей. Медицинские работ-

ники загружены несвойственной им деятельностью. До 80% затрат их рабочего времени связано с оформлением и ведением многочисленной документации, включая неутвержденные учетные формы; на врача зачастую возложены обязанности среднего медицинского работника. Лишь 19% времени занимает лечебно- профилактическая работа, причем до 70% уходит на организацию и проведение ежегодных массовых профилактических осмотров всего контингента детей.

Раннее выявление нарушений здоровья и своевременное проведение лечебных, коррекционных, оздоровительных и профилактических мероприятий, систематическое наблюдение за состоянием здоровья детского населения позволят снизить уровень заболеваемости и улучшить физическое развитие детей и подростков. Для повышения качества профилактических осмотров, получения объективной и надежной информации о состоянии здоровья детско-подростковой популяции необходимо использование единых унифицированных методов диагностики и оценки результатов проведенных профилактических обследований.

РАЗДЕЛ I
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Наблюдение за состоянием здоровья детей и подростков — мониторинг осуществляется на основе результатов массовых профилактических осмотров детей и подростков в дошкольных и общеобразовательных учреждениях общего и коррекционного типа, интернатных учреждениях, в учебных заведениях профессионального образования. Организация наблюдения за состоянием здоровья детского населения должна осуществляться **отделением организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях детских амбулаторно-поликлинических учреждений.**

Ответственным за наблюдение состояния здоровья детей в образовательном учреждении должен являться врач, в нем работающий, — сотрудник **отделения организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях** детского **амбулаторно-поликлинического учреждения.** Врач образовательного учреждения, подчиняется главному врачу и заведующему отделением детской поликлиники, к которой относится образовательное учреждение.

Под комплексным профилактическим медицинским осмотром понимается осмотр детей, посещающих образовательное учреждение, педиатром и врачами-специалистами: хирургом/ортопедом, детским неврологом, офтальмологом, отоларингологом, стоматологом, логопедом (детей дошкольного возраста), детским гинекологом или урологом/ андрологом (подростков), а также проведение лабораторно-инструментального обследования, регламентированного соответствующими приказами МЗ РФ (№186/272 от 30.06.92, № 60 от 14.03.95, № 151 от 07.05.98, № 154 от 05.05.99, № 241 от 03.07.2000). Бригада врачей-специалистов формирует-

ся из сотрудников детской поликлиники по месту нахождения образовательного учреждения.

В НИИ ГиОЗДиП ГУ НЦДЗ РАМН разработан комплексный подход к оценке состояния здоровья детей и подростков, который предусматривает:

- осуществление обследований в полном объеме при тщательном выполнении всех предусмотренных тестов и исследований;
- обязательный контроль за показателями физического развития и функционального состояния организма и сопоставление с соответствующими нормативами;
- использование критериев раннего выявления функциональных отклонений и хронических заболеваний с учетом морфофункциональных особенностей организма детей и подростков;
- выявление факторов риска, приоритетных в формировании той или иной патологии;
- формирование групп риска нарушений здоровья для проведения лечебно-профилактической работы;
- создание баз данных о динамике показателей здоровья каждого ребенка и детей в организованных коллективах;
- ежегодный детальный анализ результатов профилактических осмотров всей детско-подростковой популяции.

В настоящее время профилактические осмотры детей и подростков осуществляются в соответствии с приказами МЗ РФ: № 186/272 от 30.06.92 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях»; № 60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»; № 151 от 07.05.98 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» (приложения № 23 и № 24); № 154 от 05.05.99 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста», № 241 от 03.07.2000 «Об утверждении Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений», № 621 от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

1. Периодичность комплексных профилактических осмотров детей и подростков для целей мониторинга состояния здоровья.

Осмотры должны проводиться:

- в 3 года (или при поступлении в дошкольное учреждение),
- за год до поступления в школу (в 5-6 лет),
- перед поступлением в школу (в 6-7 лет),
- в конце первого класса (в 7-8 лет),
- в конце третьего класса (в 9-10 лет, препубертатный период),
- в пятом классе (в 11-12 лет при переходе к предметному обучению, в начале пубертатного периода),

- в седьмом классе (в 13-14 лет в связи с тем, что в этот период у большинства девочек формируется менструальный цикл),
- в девятом классе (в 15-16 лет),
- в десятом классе (в 16-17 лет),
- в одиннадцатом классе (в 17-18 лет).

Наряду с комплексными профилактическими медицинскими осмотрами, в те возрастные периоды, когда они не проводятся, 1 раз в год осуществляется программа доврачебного **скрининг-тестирования и обязательный профилактический осмотр детей врачом—педиатром,** работающим в образовательном учреждении. Профилактические осмотры детей лучше всего организовать в каждом образовательном учреждении во второй половине учебного года, приблизительно в одно и то же время.

Профилактические осмотры детей и подростков проводятся в 3 этапа и включают:

- **доврачебный** (на основе программы скрининг-тестов);
- **врачебный** (осмотр педиатром, как правило, врачом, работающим в образовательном учреждении) и врачами-специалистами: хирургом/ортопедом, детским неврологом, офтальмологом, отоларингологом, стоматологом, логопедом (детей дошкольного возраста), детским гинекологом (девочек-девушек, начиная с 9-10 лет) или урологом/андрологом (мальчиков-подростков, начиная с 11-12 лет). Лабораторное обследование (анализы крови, мочи и кала на яйца глистов) должно предварять врачебный этап осмотра с тем, чтобы врачи во время осмотра могли ознакомиться с результатами анализов. Электрокардиографическое обследование, проводимое, начиная с осмотра перед поступлением ребенка в школу, при наличии в детской поликлинике переносных аппаратов, должно проводиться в образовательном учреждении, при отсутствии переносных электрокардиографов осуществляется в кабинете функциональной диагностики поликлиники. Флюорографическое обследование, проводимое подросткам, начиная с 15-ти летнего возраста один раз в два года, осуществляется в флюорографическом кабинете поликлиники или противотуберкулезного диспансера;
- **специализированный** (по показаниям углубленное обследование врачами-специалистами узкого профиля, в т.ч. кардиологом/ревматологом, гастроэнтерологом, эндокринологом, урологом, нефрологом, аллергологом, пульмонологом, психиатром, дерматологом и др. с проведением необходимых лабораторно-инструментальных исследований).

Профилактические осмотры проводятся в следующие возрастные периоды:

I — осмотр ребенка в возрасте 3 лет и/или перед поступлением в дошкольное учреждение

1 этап доврачебный — проводится на основе программы скрининг-тестирования медицинской сестрой и включает:

- анкетный тест;
- антропометрию (определение длины и массы тела, жизненной емкости легких, ЖЕЛ);
- лабораторное обследование: анализы крови, мочи, кала на яйца глистов.

2 этап - врачебный осмотр педиатром и специалистами (хирургом/ортопедом, отоларингологом, офтальмологом, неврологом, стоматологом, логопедом).

3 этап — специализированный (по показаниям углубленное обследование врачами-специалистами в условиях детской поликлиники или стационара).

Заключение включает: окончательный диагноз (в том числе основное и сопутствующие заболевания); оценку физического развития, оценку нервно-психического развития, группу здоровья, рекомендации по режиму дня и питанию, дальнейшему наблюдению и лечению ребенка.

II— осмотр за год до поступления в школу

1 этап доврачебный — программа скрининг-тестирования осуществляется медицинской сестрой образовательного учреждения или в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства.

В доврачебный этап включены:

- анкетный тест;
- антропометрия (определение длины и массы тела, ЖЕЛ);
- оценка: состояния осанки, стопы (по плантограмме), остроты зрения, возрастной рефракции (по тесту Малиновского), остроты слуха, силы сжатия кисти (по показателям динамометрии ведущей руки);
- определение артериального давления;
- лабораторное обследование (определение белка и глюкозы в моче с помощью тест-полосок проводится в образовательном учреждении; забор материала для анализа кала, анализа крови и, в случае отсутствия тест-полосок, утренней порции мочи осуществляется в образовательном учреждении; исследования проводятся в лаборатории детской поликлиники).

2 этап — врачебный осмотр педиатром и специалистами (хирургом/ортопедом, отоларингологом, офтальмологом, неврологом, стоматологом, логопедом).

3 этап — специализированный (по показаниям углубленное обследование врачами-специалистами в условиях детской поликлиники или стационара).

Кроме того, для определения функциональной готовности ребенка к началу подготовки к обучению в школе в осмотре участвуют педагог и психолог.

Заключение включает: окончательный диагноз (в том числе основное и сопутствующие заболевания); оценку физического развития, оценку физической подготовленности, оценку нервно-психического развития, группу здоровья, рекомендации по дальнейшему режиму дня и питанию, наблюдению и лечению ребенка.

III— осмотр перед поступлением в школу

1 этап — доврачебный. Программа скрининг-тестирования осуществляется медицинской сестрой образовательного учреждения или в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства.

В доврачебный этап включены:

- анкетный тест;
- антропометрия (определение длины и массы тела, ЖЕЛ);
- оценка: состояния осанки, стопы (по плантограмме), остроты зрения, возрастной рефракции (по тесту Малиновского), остроты слуха, силы сжатия кисти (по показателям динамометрии ведущей руки);
- определение артериального давления;
- лабораторное обследование (определение белка и глюкозы в моче с помощью тест-полосок проводится в образовательном учреждении; забор материала для анализа кала, анализа крови и, в случае отсутствия тест-полосок, утренней порции мочи осуществляется в образовательном учреждении; исследования проводятся в лаборатории детской поликлиники).

2 этап — врачебный. Осмотр педиатром и специалистами (хирургом/ортопедом, отоларингологом, офтальмологом, неврологом, стоматологом, логопедом). В образовательном учреждении (при наличии в детской поликлинике переносной аппаратуры) или в детском амбулаторно-поликлиническом учреждении проводится электрокардиографическое исследование.

3 этап — специализированный. По показаниям углубленное обследование врачами-специалистами в условиях детской поликлиники или стационара.

Определяют функциональную готовности ребенка к обучению в школе педагог и психолог, работающие в психолого-медико-педагогической комиссии (консультации).

Заключение включает: окончательный диагноз (в том числе основное и сопутствующие заболевания); оценку физического развития, оценку физической подготовленности, оценку нервно-психического развития, группу здоровья, медицинскую группу для занятий физической культурой, рекомендации по дальнейшему режиму дня, организации занятий, питанию, наблюдению и лечению ребенка.

IV — осмотр в конце первого года обучения в школе

Обследование ребенка проводится на всех этапах в том же объеме, что и перед поступлением в школу, за исключением логопеда, который обследует учащихся по показаниям. Доврачебный этап по программе скрининг-тестирования осуществляется медицинской сестрой образовательного учреждения или в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства. Лабораторное обследование (определение белка и глюкозы в моче с помощью тест-полосок проводится в образовательном учреждении; забор материала для анализа кала, анализа крови и, в случае отсутствия тест-полосок, утренней порции мочи) осуществляется в образовательном учреждении; исследования проводятся в лаборатории детской поликлиники.

В обязательном порядке проводится электрокардиографическое исследование.

Педиатром, по завершении профилактического осмотра, даются рекомендации по оздоровлению ребенка в период летних каникул.

V — осмотр в конце третьего года обучения в школе (в 9-10 лет)

Обследование ребенка проводится в более широком объеме, чем в конце первого года обучения в школе. Доврачебный этап по программе скрининг-тестирования осуществляется средним медработником школы или в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства. Лабораторное обследование осуществляется аналогично тому, как оно проводилось в конце первого класса.

В обязательном порядке проводится электрокардиографическое исследование, и в амбулаторно-поликлинических условиях — гинекологический осмотр девочек (9-10 лет) детским гинекологом. С целью своевременного выявления анатомических дефектов гинекологу следует обратить внимание на правильность развития половых органов девочки, а также диагностировать признаки воспалительных процессов при их наличии.

Педиатром даются рекомендации родителям по оздоровлению ребенка в период летних каникул.

VI — осмотр при переходе к предметному обучению, в пятом классе (в 11-12 лет)

1 этап — доврачебный - проводится по программе скрининг-тестирования медицинской сестрой образовательного учреждения или в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства. Анкеты, выявляющие жалобы и факторы риска, заполняет сам учащийся. Лабораторное обследование осуществляется аналогично тому, как оно проводилось в третьем классе.

На 2-ом этапе обследования ребенок осматривается педиатром и врачами-специалистами в том же объеме, что и в конце третьего года обучения.

Кроме того, в обязательном порядке проводятся электрокардиографическое исследование, а в амбулаторно-поликлинических условиях — гинекологический осмотр девочек (11 лет и старше) детским гинекологом и мальчиков (11 лет и старше) — урологом /андрологом.

3 этап - специализированный (по показаниям углубленное обследование врачами-специалистами, включая эндокринолога в условиях детской поликлиники или стационара).

Заключение должно включать оценку нервно-психического и физического развития, в т.ч. определение уровня биологического развития ребенка, оценку его адаптации к предметной форме обучения. В нем указывается группа здоровья, медицинская группа для занятий физической культурой, пригодность к трудовому обучению. В заключение и рекомендации должно быть включено предварительное врачебно-профессиональное консультирование учащихся, имеющих выраженные нарушения здоровья или анатомические дефекты, и детей-инвалидов с ограниченным выбором профессий. Педиатр должен дать рекомендации родителям по формированию правильного профессионального выбора ребенка в соответствии с его состоянием здоровья и функциональными возможностями.

VII —осмотр в седьмом классе (в 13-14лет)

Доврачебный этап проводится аналогично обследованию ребенка в возрасте 11-12 лет. На первом этапе профилактического осмотра особое внимание должно уделяться девочкам. При этом также применяются скрининговые тесты для оценки полового созревания по степени выраженности вторичных половых признаков (определение половой формулы) и анкетный тест для оценки состояния менструальной функции у девочек 13-14 лет. Лабораторное обследование осуществляется аналогично тому, как оно проводилось в пятом классе.

Организация и объем медицинского обследования на 2-ом этапе, форма заключения и рекомендаций должны соответствовать профилактическому осмотру в предыдущий возрастной период. Проведение электрокардиографического исследования обязательно.

Заключение должно включать оценку состояния соматического, нервно-психического и репродуктивного здоровья, физического развития и физической подготовленности. В нем указывается группа здоровья, медицинская группа для занятий физической культурой, пригодность к трудовому обучению. Кроме того, даются рекомендации по оздоровлению, коррекции, лечению и реабилитации, по показаниям — психолого-педагогической коррекции. В заключение и рекомендации должно быть включено врачебно-профессиональное консультирование учащихся, имеющих выраженные нарушения здоровья или анатомические дефекты, и детей-инвалидов с ограниченным выбором профессий.

VIII — осмотр в девятом классе (в 15-16) лет

Доврачебный этап проводится аналогично обследованию ребенка в возрасте 13-14 лет. Лабораторное обследование осуществляется аналогично тому, как оно проводилось на предыдущих этапах. Обязательно проводится электрокардиографическое исследование. Кроме того, с 15 лет проводится флюорографическое обследование 1 раз в 2 года.

На первом этапе профилактического осмотра особое внимание должно уделяться девочкам. При этом также применяются скрининговые тесты для оценки полового созревания по степени выраженности вторичных половых признаков (определение половой формулы) и анкетный тест для оценки состояния менструальной функции у девочек старшего подросткового возраста.

Организация и объем медицинского обследования на **2-ом этапе,** форма заключения и рекомендаций должны соответствовать профилактическому осмотру в предыдущий возрастной период.

На основании данных комплексного медицинского обследования при обязательном участии детского гинеколога и эндокринолога выделяется группа риска репродуктивного здоровья. В целях профилактики нарушений репродуктивного здоровья за девушками группы риска проводится диспансерное наблюдение, осуществляются оздоровительные и корригирующие мероприятия.

Результаты профилактических осмотров мальчиков допризывного возраста передаются в районные военкоматы для определения и реализации необходимых диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий на этапе перед припиской.

В этот же период проводится врачебно-профессиональная консультация всех учащихся и даются предварительные рекомендации по выбору профессии и специальности в соответствии с состоянием здоровья. Особое внимание уделяется учащимся, собирающимся по заверше-

нии основного образования покинуть школу и работать на производствах или получать подготовку в учреждениях начального и среднего профессионального образования.

IX-X — осмотры перед окончанием девятого класса (раздельно в 16 и 17 лет)

Юноши и девушки старшего подросткового возраста проходят два профилактических осмотра — в 16 и 17 лет.

Доврачебный, 2-ой и 3-ий этапы профилактических осмотров. Лабораторно-инструментальное обследование проводятся аналогично осмотру в 15-16 лет.

При составлении заключения и рекомендаций уделяется особое внимание соматическому, нервно-психическому и репродуктивному здоровью юношей и девушек, их физическому развитию и физической подготовленности, а также врачебно-профессиональному консультированию старшеклассников.

Результаты профилактических осмотров юношей передаются в районные военкоматы и учитываются при медицинском освидетельствовании при приписке в 17 лет и определении годности к службе в Вооруженных Силах при призыве в 18 лет.

Подросткам с отклонениями в состоянии здоровья назначаются оздоровительные мероприятия, которые проводятся в территориальных лечебно-профилактических учреждениях, а при наличии условий - в образовательных учреждениях.

2. Объем и методики, используемые при осмотрах, определяются:

- особенностями различных этапов онтогенетического развития;
- вариантами нормы функционального состояния и особенностями клинического течения нарушений здоровья;
- необходимостью принятия экспертных решений по вопросам оценки состояния здоровья;
- необходимостью приоритетного использования амбулаторно-поликлинической базы.

Педиатр и врачи-специалисты с помощью анкетного опроса выявляют жалобы ребенка, анамнез и факторы риска формирования отклонений в его здоровье: нарушения режима дня, питания, низкую двигательную активность, чрезмерные дополнительные учебные нагрузки, употребление психоактивных веществ. Затем каждый врач проводит осмотр ребенка в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ № 60 от 11.03.95 и

заносит результаты обследования в Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (ф. 026/у-2000).

3. Индивидуальное заключение о состоянии здоровья ребенка по результатам комплексного профилактического осмотра, оформляемое педиатром, ответственным за профилактический осмотр или врачом-педиатром, работающим в образовательном учреждении, должно включать:

- заключительный диагноз (основное и сопутствующие заболевания),
- оценку физического и психического развития,
- группу здоровья,
- медицинскую группу для занятий физкультурой,
- допуск к трудовому обучению,
- ограничения по состоянию здоровья в дальнейшей профессиональной деятельности (для подростков),
- возможные ограничения годности к военной службе (для юношей-подростков),
- рекомендации по режиму дня, питанию, физическому воспитанию, вакцинопрофилактике, направлению на диспансерное наблюдение к врачам-специалистам, дополнительному обследованию и восстановительному лечению.

Система комплексной оценки состояния здоровья основывается на 4-х базовых критериях:

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

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка или подростка с формализацией результата в виде отнесения к одной из **«групп здоровья»** дается с обязательным учетом всех перечисленных критериев (табл. 1).

В зависимости от состояния здоровья дети могут быть отнесены к следующим группам:

- **к I группе здоровья** относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

- **ко II группе здоровья** относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и

морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом массы тела или избыточной массой тела, дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

- **к III группе здоровья** относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка, в том числе подросткового возраста;

- **к IV группе здоровья** относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями, возможны осложнения основного заболевания, основное заболевание требует поддерживающей терапии; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или труда ребенка;

- **к V группе здоровья** относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Отнесение больного ребенка или подростка к II, III, IV или V группам здоровья проводится врачом с учетом критериев и признаков, приведенных в приказе **№ 621 от 30.12.2003. «О комплексной оценке состояния здоровья детей»** (Приложение …).

Чрезвычайно важным требованием к проведению мониторинга является то, что каждый врач-специалист, участвующий в осмотре, должен определять группу здоровья ребенка в пределах своей компетенции.

В заключение профилактического осмотра врач-специалист выносит (по своей специальности) полный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального нарушения), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний или врач выносит заключение «здоров». Кроме того, специалист (по своей специальности) в обязательном порядке указывает соответствующую группу здоровья ребенка.

Таблица 1

Критерии оценки состояния здоровья детей

I. Показатели здоровья в детском коллективе	Общая заболеваемость (уровень и структура). Острая заболеваемость (уровень и структура). Заболеваемость детей в случаях, в днях на 1 ребенка. Процент часто болеющих детей (ЧБД). Процент детей с отклонениями в состоянии здоровья, хроническими заболеваниями. Процент детей, отнесенных по состоянию здоровья к медицинским группам для занятий физической культурой (основная, подготовительная, специальная). Процент детей, функционально незрелых к обучению. Процент детей с нарушениями состояния здоровья, вызванных адаптацией к дошкольному учреждению, школе. Процент детей, нуждавшихся в оздоровительных мероприятиях. Распределение детей по группам здоровья.	
II. Показатели физического развития	**А. Обязательные:**	1. Антропометрия: длина и масса тела, обхват грудной клетки (вдох, выдох, экскурсия), динамометрия спирометрия. 2. Форма грудной клетки - деформация - "куриная", "воронкообразная", "грудь сапожника" и др. 3. Форма ног - нормальные, Х-образные, О-образные. 4. Стопа - нормальная, уплощенная, полая. 5. Осанка - нормальная, лордоз, кифоз, сколиоз.

	Б. Дополнительные:	1. Толщина жировой складки в 4-х точках. Определение процента жировой массы. 2. Форма живота (нормальный, впалый, выпуклый, отвислый). Оценка гармоничности развития по индексам или местным стандартам (или центильная оценка).
III. Показатели физической подготовленности по физическим тестам	**А. Обязательные:**	1. Подтягивания или отжимания (сила) (раз). 2. Быстрота бега на 10, 30 метров (мин.). 3. Метание (теннисного мяча) на дальность (м). 4. Прыжки в длину, высоту с места (м). 5. Бег на выносливость в течение 1,5 минут.
	Б. Дополнительные:	1. На статистическую выносливость (упражнения "рыбка" или "угол") на время в секундах. 2. Статистическое равновесие, стоя на одной ноге или "ласточка" с закрытыми глазами, в секундах. 3. Гибкость - наклоны вперед, стоя на скамейке в см. от нулевой линии. 4. Координация движений - бросание мяча о стену попеременно руками в течение 30 секунд с 1 метра. 5. Силовая выносливость - количество седов из положения лежа на спине.

Итоговую комплексную оценку состояния здоровья ребенка на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-педиатр, работающий в образовательном учреждении и возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей комплексный профилактический осмотр.

При наличии нескольких функциональных отклонений и заболеваний у одного ребенка окончательная оценка состояния здоровья производится по наиболее тяжелому из них.

По результатам профилактического медицинского осмотра комплексная оценка состояния здоровья дается не всегда. Детям с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными нарушениями, а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, появление осложнений и др. должно быть проведено в полном объеме необходимое диагностическое обследование в условиях детской поликлиники или стационара. После получения результатов обследования выносится уточненный диагноз, заключения и дается комплексная оценка состояния здоровья.

Все дети, отнесенные к III, IV и V группам здоровья должны состоять на диспансерном учете в детской поликлинике по месту жительства у педиатра и/или врачей-специалистов в зависимости от выявленной патологии. Дети с хроническими заболеваниями проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды, а также диспансерное обследование и наблюдение у врачей-специалистов по профилю патологии. Эти дети должны быть обследованы врачами-специалистами с применением соответствующих лабораторно- инструментальных методов неоднократно в зависимости от тяжести течения основного и сопутствующих заболеваний, но не реже двух раз в году.

Контроль за состоянием здоровья детей, состоящих на диспансерном учете, и оценка эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий должны осуществляться врачами поликлиники по месту жительства в соответствии с приказом Минздрава России от 07.05.1998 **№ 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям».**

Большое медико-социальное значение имеет выделение II группы здоровья, так как функциональные возможности детей и подростков, отнесенных к этой группе, еще не снижены, но у них, как правило, существует высокий риск формирования хронической патологии. Дети этой группы зачастую нуждаются в проведении определенных оздоровительных и коррекционных мероприятий и врачебном наблюдении. При отсутствии медицинского контроля и адекватной лечебно-оздоровительной работы на фоне функциональных нарушений могут сформироваться хронические заболевания.

Все дети, независимо от того, к какой из групп здоровья они отнесены, ежегодно проходят скрининг-обследование, по результатам которого определяется необходимость дальнейшего педиатрического осмотра.

Дети, отнесенные к **I группе** здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в полном объеме в сроки, определенные действующими нормативно-методическими документами.

Контроль за состоянием здоровья детей, отнесенных ко **II группе** здоровья, осуществляется при профилактических медицинских осмотрах и ежегодно - врачом-педиатром.

Дети, отнесенные к **III- V группам** здоровья, проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды. Кроме того, контроль за состоянием их здоровья и оценка эффективности

лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляется на основании результатов диспансерного наблюдения.

Результаты комплексной оценки состояния здоровья могут, в определенной степени (в качестве скрининга), помогать решать прикладные специальные задачи в отношении состояния здоровья детей - отнесение к определенным группам для занятия физической культурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов в отношении профессионального выбора, военной службы и др.

При выявлении впервые возникших у ребенка функциональных нарушений и хронических заболеваний или при диагностировании неблагоприятных тенденций в течении патологических процессов и функциональных расстройств педиатр, работающий в образовательном учреждении, в индивидуальном порядке направляет ребенка на обследование в детскую поликлинику по месту жительства к участковому педиатру или к врачам-специалистам по профилю заболевания. Обследование, лечение и диспансерное наблюдение за больным ребенком проводится врачами-специалистами в условиях детской поликлиники по месту жительства. Участковый педиатр и врачи-специалисты детской поликлиники по месту жительства ребенка могут рекомендовать проведение определенных оздоровительных мероприятий в образовательном учреждении (например, витаминотерапию, некоторые физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру и др.), если имеются соответствующие условия и подготовленный персонал.

4. Регистрация индивидуальных результатов профилактических осмотров (для последующего мониторинга состояния здоровья)

Индивидуальные данные результатов комплексного профилактического осмотра ребенка и осмотра педиатром заносятся в Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (ф.026/у-2000), в Медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка (ф.112-1/у-2000), в Карту диспансеризации ребенка (ф.030-Д/у, утв. приказом Минздравсоцразвития РФ № 310 от 09.12.2004), которые ведутся в образовательном учреждении.

5. Регистрация общих результатов профилактических осмотров

В настоящее время общие сведения о результатах профилактических осмотров детей соответствующего возраста вносятся ежегодно в отчетную форму Федерального Государственного статистического наблюдения № 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам». В ней указывается абсолютное количество детей, у которых при профилактических осмотрах выявлены понижение остроты слуха, понижение остроты зрения, дефект речи, сколиоз и нарушение осанки. Сравнительный анализ ежегодных результатов осмотров позволяет определить (при пересчете в относительные показатели) динамику распространенности указанных заболеваний среди детей и подростков.

Для более углубленного анализа данных о нарушениях здоровья, выявленных среди детских контингентов, врачу образовательного учреж-

дения целесообразно использовать шаблоны. В шаблоны заносятся раздельно **функциональные нарушения**, относительно ко II группе здоровья, и хронические заболевания, относимые к III-V группам здоровья. На основе раздельного анализа показателей, касающихся функциональных расстройств и хронической патологии, можно определить приоритетные задачи по организации и проведению адекватной профилактической, оздоровительной и коррекционной работы среди детей, установить необходимые объемы и технологии такой работы. Анализ данных об уровнях, структуре и динамике показателей хронической патологии позволяет формировать группы риска прогрессирования патологии и дает возможность целенаправленно осуществлять лечебно-оздоровительные и коррекционные мероприятия, проводимые на индивидуальном и групповом уровнях.

Комплексные профилактические осмотры детей могут проводиться как в условиях образовательного учреждения при временном переоборудовании необходимого числа помещений в медицинские кабинеты, так и в **условиях детских поликлиник и амбулаторий.**

В первом случае бригада врачей-специалистов выходит в образовательное учреждение для проведения медицинских осмотров. Во втором случае дети в организованном порядке под руководством медицинского персонала образовательного учреждения приходят в назначенные сроки в детскую поликлинику или амбулаторию.

РАЗДЕЛ II
ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Рекомендуемый Порядок оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в образовательных учреждениях (далее - Порядок) регламентирует организацию работы медицинских работников учреждений здравоохранения и направлен на эффективное медицинское обеспечение детей и подростков в образовательных учреждениях в целях осуществления профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся и воспитанников в ходе образовательного процесса.

2. Требования Порядка распространяются на государственные, муниципальные и негосударственные образовательные учреждения и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения (а при их отсутствии - медицинские организации, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ), обеспечивающие медицинскую помощь обучающимся, воспитанникам в образовательных учреждениях.

3. Органы управления здравоохранением и образованием координируют и контролируют медицинскую помощь обучающимся, воспитанникам в образовательных учреждениях.

4. Органы управления здравоохранением совместно с органами управления образованием субъектов Российской Федерации осуществля-

ют работу по созданию условий для оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в образовательных учреждениях, в связи с чем:

• определяют государственные и муниципальные учреждения здравоохранения (а при их отсутствии медицинские организации, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) для оказания указанных услуг и имеющим лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы и услуги по специальностям «педиатрия» и (или) «стоматология детская»;

• в случае отсутствия у учреждения здравоохранения, обеспечивающего оказание указанных услуг, лицензии на медицинскую деятельность по отдельным видам работ (услуг), необходимым для оказания медицинской помощи в полном объеме, определяют учреждение здравоохранения, имеющее лицензию на требуемые виды работ (услуг), на предмет заключения между указанными учреждениями здравоохранения договора о привлечении соответствующих медицинских работников;

• сведения об учреждениях здравоохранения, осуществляющих оказание указанных услуг, доводят до руководителей (учредителей) образовательных учреждений для заключения договоров. Договор составляется в соответствии с типовой формой, утвержденной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

5. Медицинская помощь обучающимся, воспитанникам в образовательных учреждениях включает систему организационных, диагностических, лечебно- оздоровительных и профилактических мероприятий.

6. Медицинская помощь обучающимся, воспитанникам в образовательных учреждениях осуществляется медицинскими работниками - сотрудниками детских поликлиник (детских отделений амбулаторно-поликлинических учреждений и детских амбулаторных отделений лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети), работающими в отделениях организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

Медицинский персонал, осуществляющий медицинскую помощь обучающимся и воспитанникам в образовательном учреждении, подчиняется главному врачу амбулаторно-поликлинического учреждения, в котором он работает, и заведующему отделением организации медицинской помощи детям и в образовательных учреждениях.

Врач - стоматолог детский и средний медицинский персонал, осуществляющий стоматологическую помощь обучающимся и воспитанникам в образовательных учреждениях, подчиняются заведующему детским отделением стоматологического амбулаторно-поликлинического учреждения (стоматологическим отделением детского амбулаторно-поликлинического отделения) по принадлежности.

7.Медицинская помощь обучающимся, воспитанникам в образовательных учреждениях осуществляется медицинскими работниками в ме-

дицинских пунктах на базе образовательных учреждений (далее - медпункты) и (или) в учреждениях здравоохранения, к которым прикреплены образовательные учреждения для оказания медицинской помощи детям.

8. В зависимости от численности обучающихся, воспитанников в образовательном учреждении, наличия помещений для размещения медпункта и удаленности от учреждений здравоохранения медицинская помощь оказывается:

8.1. в малокомплектных и малочисленных образовательных учреждениях (при отсутствии помещений для размещения медпункта) - на базе учреждения здравоохранения, которое обслуживает данное образовательное учреждение;

8.2. в образовательных учреждениях, построенных по типовым проектам - в медпункте образовательного учреждения.

9. Учреждения здравоохранения, в т.ч. амбулаторно- поликлинические учреждения и другие медицинские организации или их соответствующие структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь детям в образовательных учреждениях, должны иметь лицензии на те виды медицинской деятельности, которые осуществляются в образовательном учреждении.

10. Функции, штаты медицинского персонала и график работы медпункта образовательного учреждения определяются учреждением здравоохранения по согласованию с образовательным учреждением в соответствии с целями, задачами и объемом медицинской помощи, оказываемой обучающимся, воспитанникам.

11.В зависимости от численности обучающихся, воспитанников в образовательном учреждении, наличия и оснащенности медпункта, объема и специфики работы образовательного учреждения учредитель образовательного учреждения согласовывает с органами управления здравоохранением и образованием порядок и условия медицинского обеспечения обучающихся, воспитанников в образовательном учреждении.

12.Учредитель (руководитель) образовательного учреждения для качественного медицинского обеспечения обучающихся, воспитанников в образовательном учреждении создает условия для работы медпункта: выделяет необходимые помещения, обеспечивая их отоплением, электроэнергией, водоснабжением, телефонной и электронной связью, твердым, мягким и хозяйственным инвентарем.

13. Медицинское учреждение, осуществляющее медицинскую помощь обучающимся и воспитанникам данного образовательного учреждения, обеспечивает медицинский пункт медицинским оборудованием, инструментарием, медикаментами и расходным материалом. Источники, механизмы финансирования и расходования средств для осуществления медицинской помощи обучающимся, воспитанникам, определяется нормативно - подушевым методом.

14. Органы управления здравоохранением при отсутствии условий для оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в об-

разовательном учреждении направляют соответствующую информацию в лицензирующие органы, осуществляющие контроль за соблюдением лицензионных требований и условий в сфере образования, и территориальные органы Роспотребнадзора.

15. Учреждения здравоохранения, по согласованию с органами управления здравоохранением и образованием и образовательными учреждениями, при наличии соответствующих лицензий на данный вид медицинской деятельности, условий, оборудования и оснащения могут осуществлять дополнительные виды медицинской деятельности в образовательных учреждениях, в том числе в сфере восстановительной медицины: лечебная физкультура, медицинский массаж, физиотерапия, фитотерапия, функциональная диагностика, спортивная медицина и др.

2.1. Виды и этапы оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в общеобразовательных учреждениях

I. Основные виды медицинской деятельности в образовательных учреждениях:

Педиатрия - при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (первичной медико-санитарной помощи).

Сестринское дело в педиатрии - при осуществлении доврачебной медицинской помощи.

Стоматология профилактическая - при осуществлении доврачебной медицинской помощи.

Стоматология детская* - при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (первичной медико-санитарной помощи).

II. Этапы оказания медицинской помощи в общеобразовательных учреждениях:

1. Оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным (обучающимся, воспитанникам, педагогическим и техническим работникам образовательного учреждения) при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях.

2. Оказание неотложной стоматологической терапевтической медицинской помощи обучающимся, воспитанникам, педагогическим и техническим работникам образовательного учреждения при неотложных стоматологических состояниях.

3. Оказание плановой первичной медико-санитарной помощи:

- проведение амбулаторного педиатрического приема обучающихся и воспитанников, обратившихся в медицинский пункт за медицинской помощью;

• проведение плановых профилактических и оздоровительных мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости обучающихся и воспитанников; проведение плановых профилактических и оздоровительных мероприятий по предупреждению и снижению стоматологической заболеваемости обучающихся и воспитанников.

III. Положение об организации деятельности медицинского учреждения в части оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в образовательных учреждениях:

Медицинская помощь обучающимся и воспитанникам в образовательных учреждениях является первичной медико-санитарной помощью, осуществляемой учреждениями здравоохранения - детскими городскими поликлиниками {самостоятельными учреждениями или структурными подразделениями детских городских больниц) и детскими амбулаторно-поликлиническими отделениями лечебно-профилактических учреждений общей лечебной сети.

В состав детской городской поликлиники (детского амбулаторно-поликлинического отделения ЛПУ) входит отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, сотрудники которого, врачи-педиатры и средний медицинский персонал, непосредственно осуществляют медицинскую помощь обучающимся и воспитанникам, в возрасте от 3 до 17 лет, включительно, посещающим образовательные учреждения (дошкольные образовательные учреждения, школы, центры образования, гимназии, лицеи, школы-интернаты, учреждений начального и среднего профессионального образования и др.).

Учреждение здравоохранения осуществляют финансирование медицинской помощи обучающимся, воспитанникам в образовательных учреждениях (в том числе оплату труда медицинского персонала, приобретение медикаментов, расходных материалов и прочие расходы) за счет средств предусмотренных в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, программ по медицинскому обеспечению обучающихся в образовательных учреждениях, а также путем привлечения дополнительных финансовых средств, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Учреждения здравоохранения производят расчет потребности в медицинской технике, оборудовании, инструментарии, медикаментах и расходных материалах, для оказания медицинской помощи обучающимся, воспитанникам в общеобразовательных учреждениях, в соответствии с количеством обучающихся и воспитанников, объемом оказываемой медицинской помощи, штатными нормативами медицинского персонала, Стандартом оказания медицинской помощи и табелем оснащения медицинской техникой, оборудованием и инструментарием образовательного учреждения.

IV. Положение об организации деятельности структурного подразделения медицинской организации в части оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в образовательных учреждениях:

Отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях является структурным подразделением детской городской поликлиники или детского отделения амбулаторно- поликлинического отделения ЛПУ. Отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях возглавляет заведующий отделением. Заведующий отделением подчиняется главному врачу детского амбулаторно-поликлинического учреждения. В штат отделения входят врачи-педиатры и медицинские сестры (фельдшера), работающие в образовательных учреждениях и подчиняющиеся главному врачу детского амбулаторно-поликлинического учреждения и заведующему отделением.

Медицинский персонал в своей работе руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, настоящим Порядком оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях и Стандартом оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

Отделение осуществляет свою деятельность при тесном взаимодействии с другими подразделениями детской поликлиники (детского амбулаторно-поликлинического отделения ЛПУ), другими амбулаторно-поликлиническими и стационарными медицинскими учреждениями, оказывающими медицинскую помощь детям и подросткам, учреждениями Роспотребнадзора, учреждениями образования, социальной защиты, райвоенкоматами и др.

V. Положение об организации деятельности врача-педиатра в образовательном учреждении:

На должность врача-педиатра, осуществляющего медицинскую помощь обучающимся и воспитанникам в образовательных учреждениях, назначается специалист, имеющий высшее медицинского образование по специальности «педиатрия» или «лечебное дело» и сертификат специалиста по специальности «педиатрия».

1. Врач-педиатр, оказывающий медицинскую помощь обучающимся, воспитанникам в образовательном учреждении, в своей работе руководствуется законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, настоящим Порядком и Стандартом оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

2. Врач-педиатр руководит деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего оказание первичной медико-санитарной

помощи в образовательных учреждениях.

3. Врач-педиатр обязан:

-осуществлять оказание первичной медико-санитарной помощи в объеме, предусмотренном Стандартом оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях;

-взаимодействовать с медицинским персоналом, администрацией и педагогическим коллективом общеобразовательного учреждения, врачами-педиатрами участковыми и врачами специалистами учреждений здравоохранения по вопросам охраны и укрепления здоровья обучающихся и воспитанников;

-вести утвержденные формы учетной и отчетной медицинской документации;

-проводить работу по учету и анализу:

-всех случаев травм;

-состояния здоровья обучающихся по показателям острой заболеваемости, заболеваемости по результатам профилактических медицинских осмотров, по показателям обращаемости в медицинский пункт образовательного учреждения;

-данных о состоянии иммунизации, выполнения плана профилактических прививок;

-составлять план медицинских мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся и воспитанников в образовательных учреждениях;

-докладывать по подчиненности в учреждение здравоохранения и доводить до сведения руководства образовательного учреждения общие результаты профилактических осмотров, данные о состоянии здоровья обучающихся и воспитанников и предложения по организации мероприятий, направленных на укрепление здоровья;

-повышать свою квалификацию по специальности и проходить усовершенствование по вопросам медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях.

VI. Рекомендуемые штатные нормативы для оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам общеобразовательных учреждений

В штатном расписании учреждения здравоохранения, оказывающего медицинскую помощь обучающимся и воспитанникам в общеобразовательных учреждениях, рекомендуется предусмотреть следующие категории медицинского персонала:

1 должность врача-педиатра на 800 обучающихся, воспитанников; 1 должность медицинской сестры врача-педиатра на 400 обучающихся, воспитанников, но не менее 1 должности на медпункт;

1 должность врача-стоматолога детского на 1250 обучающихся, воспитанников общеобразовательных учреждений

1 должность медицинской сестры кабинета врача-стоматолога детского устанавливается из расчета 1 должность на каждую должность врача - стоматолога детского.

В общеобразовательных учреждениях, в которых занятия проводятся более чем в I смену, количество должностей средних медицинских работников должно быть не менее одной на каждую смену.

В общеобразовательных учреждениях, работающих по программе «полного дня», и интернатных общеобразовательных учреждениях должно быть обеспечено пребывание среднего медицинского работника в течение всего времени нахождения обучающихся и воспитанников в стенах общеобразовательного учреждения.

График работы медицинского персонала медпункта, утверждает руководитель учреждения здравоохранения по согласованию с руководителем общеобразовательного учреждения.

Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных материалов по оказанию неотложной медицинской помощи комплектуется по отдельным синдромам с описью и инструкцией по применению.

Медико-экономические нормативы профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов разработаны в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и Министерства образования Российской Федерации от 30.06.92 №186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях».

Медико-экономические нормативы профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов, при согласовании правовых норм, явятся основой государственных стандартов. Затраты времени среднего медицинского работника, педиатра, врачей-специалистов на обследование ребёнка в соответствии с нормативом определены хронометражем в специальном эксперименте по оценке реализуемости нормативов в условиях образовательного учреждения и территориальной детской поликлиник.

Возможны различные **модели организации профилактических осмотров:**

Модель А — в условиях медицинского кабинета ДОУ, школы;

Модель Б — в условиях детской поликлиники;

Модель В (смешанный вариант) — доврачебный и педиатрический этапы осмотра (или только доврачебный) в условиях медицинского кабинета дошкольного учреждения, школы, специализированный (или педиатрический и специализированный) в условиях поликлиники.

Выбор модели организации профилактических осмотров определяется конкретными условиями на местах: обеспеченностью медицинскими кадрами, в т.ч. врачами-специалистами, оснащенностью медицинских кабинетов образовательных учреждений, отдаленностью детских садов и школ от поликлиники, транспортом и т.д.

РАЗДЕЛ III
СКРИНИНГ-ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ МАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ

Одним из важных направлений охраны здоровья детей и подростков является раннее выявление отклонений в состоянии здоровья для наиболее эффективной организации оздоровительной и профилактической работы. Для повышения качества наблюдения за здоровьем детей и подростков в начале 90-х гг. прошлого века в НИИ ГиОЗДиП НЦЗД РАМН была разработана программа скрининг-тестирования для массовых профилактических медицинских осмотров детей.

Скрининг-программа для массового обследования детских контингентов была составлена в соответствии с задачами раннего выявления наиболее часто встречающейся патологии. Принцип отбора тестов для такой программы был четко регламентирован Всемирной организацией здравоохранения в 1975 г. Основное требование к скрининг- программам - максимальная диагностическая информативность при экономном расходовании материальных и трудовых ресурсов. Использование скрининг-тестов при массовых профилактических осмотрах обеспечивает предварительное выделение детей, у которых наличие искомого тестом отклонения наиболее вероятно.

Окончательный диагноз устанавливается педиатром или врачами-специалистами в результате обследования. Скрининг-программа включает 11 обязательных тестов и позволяет выделить детей и подростков, у которых наиболее вероятны функциональные нарушения физического развития, заболевания и/или функциональные расстройства органов и систем.

3.1. Программа скрининг-тестирования включает:

1. Анкетный тест-опрос родителей детей в возрасте от 3 до 10 лет включительно и анкетный тест-опрос самих учащихся в возрасте 11 лет и старше. Опрос по формализованной анкете направлен на выявление жалоб ребенка, характерных для нарушений со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной систем, а также типичных заболеваний рото-носоглотки 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 опорно-двигательного аппарата с помощью визуального исследования и плантографии. Дополнительно может быть проведена оценка осанки в саггитальной плоскости у детей по величине глубины шейного и поясничного лордоза. Кроме того, для количественной экспресс-оценки и мониторинга состояния осанки и позвоночника,

при наличии соответствующего оборудования, рекомендуется применять метод компьютерно-оптической топографии.

5. Исследование остроты зрения.
6. Выявление предмиопии (склонности к близорукости) с помощью теста Малиновского.
7. Выявление нарушений бинокулярного зрения с помощью теста Рейнеке.
8. Выявление скрытого косоглазия.
9. Выявление нарушений слуха с помощью шепотной речи.
10. Выявление протеинурии и глюкозурии с помощью лабораторных скрининг-тестов (тест- полосок).
11. Оценка уровня физической подготовленности.

Таблица 2

Возрастная дифференцировка программы доврачебного тестового обследования для детей дошкольного и школьного возрастов

Возраст в годах	Исследования										
	Анкетный тест	Физического развития	Артериального давления	Опорно-двигательного аппарата		Органа зрения			Органа слуха: шепотная речь	Определение белка в моче	Определение глюкозы в моче
				Определение осанки	Определение стопы*	Определение остроты зрения**	Определение предмиопии	Определение бинокулярного зрения			
3***	+	+		+	+	+			+	+	+
				или							
4		+		+				+			
5***	+	+		+	+	+				+	+
6		+		+			+	или			
				или			или				
7***	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+
									или		
8		+	+						+		
9		+	+		+			+		+	+
10***	+	+	+	+		+					
11		+	+		+					+	+
12		+	+								
13		+	+		+	+				+	+
14***	+	+	+	+							
15		+	+		+					+	+

16		+	+			+					
17***	+	+	+		+	+				+	+

Таблица 3

Лабораторные и инструментальные исследования, обязательные при профилактических осмотрах дошкольников и школьников

Возраст	Вид обследования****			
	Клинический анализ крови	Общий анализ мочи	Анализ кала на яйца глистов	Флюорография органов грудной клетки
3 г. (перед поступлением в дошкольное учреждение)	+	+	+	
5 или 6 лет (за год до поступления в школу)	+	+	+	
6 или 7 лет (перед поступлением в школу)	+	+	+	
10 лет (5 класс — переход на предметное обучение)	+	+	+	
14–15 лет (пубертатный период)	+	+	+	+
16-17 лет (11 класс — окончание школы)	+	+	+	+

Примечание.

* Детям с изменениями стопы, с ожирением различных степеней, со сколиозом — данное исследование проводится ежегодно.

** Детям «группы риска» данное исследование проводится ежегодно, так же, как и детям с миопией.

*** Декретированные возрастные группы согласно Приложению №1 к Приказу №186/272 от 30.06.92 МЗ и МО.

****Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования — по показаниям.

3.2. Методики, используемые при проведении доврачебного тестового обследования

Индивидуальная оценка физического развития детей и подростков

Систематическое наблюдение за ростом и развитием является важным звеном в системе контроля за состоянием здоровья подрастающего поколения. Ведущие параметры, отражающие состояние физического развития детей и подростков — длина и масса тела. Длина тела является признаком, характеризующим ростовые процессы, масса тела — развитие костно-мышечного аппарата, подкожно-жировой клетчатки, внутренних органов.

Физическое развитие ребенка обычно оценивается путем сопоставления его индивидуальных показателей с возрастными стандартами.

Центильный метод не ограничен характером распределения вариантов. Он прост в работе, т.к. при использовании центильных таблиц или графиков исключаются расчеты. Колонки центильных таблиц показывают количественные границы признака у определенной доли или процента (центиля) детей возраста и пола. При этом за среднее или условно нормальные величины принимаются значения, свойственные половине здоровых детей данного пола и возраста – в интервале от 25 до 75 центиля. В полной мере центильная шкала представлена 6 цифрами, отражающими значение признака, ниже которых он может встретиться только у 3, 10, 25, 75, 90 и 97% детей возрастно – половой группы.

Каждый измерительный признак (длина, масса тела) может, соответственно, помещен в свою область или найти свой коридор Центильный шкалы в соответствующей таблице. В зависимости от того, где расположен этот «коридор» можно формулировать оценочное суждение и принимать врачебное решение. При этом возможны следующие варианты:

«Коридор» №1 (до 3 центиля). Область «очень низких величин», встречающихся у здоровых детей редко (не чаще 3%). Ребенок с таким уровнем признака должен проходить специальное консультирование и по показаниям – обследование.

«Коридор» №2 (от 3 до 10 центиля). Область «низких величин», встречающихся у 7% здоровых детей. Показано консультирование и обследование при наличии других отклонений в состоянии здоровья или развития.

«Коридор» №3 (от 10 до 25 центиля). Область «ниже среднего», свойственных 15% здоровых детей данного пола и возраста.

«Коридор» №4 (от 25 до 75 центилей). Область «средних величин», свойственных 50% здоровых детей и поэтому наиболее характерных для данной возрастно-половой группы.

«Коридор» №5 (от 75 до 90 центилей). Область «выше среднего», свойственных 15% здоровых детей.

«Коридор» №6 (от 90 до 97 центиля). Область «высоких» величин, свойственных 7% здоровых детей. Медицинское решение зависит от существа признака и состояния других органов и систем.

«Коридор» №7 (от 97 центиля). Область «очень высоких» величин, свойственных не более чем 3% здоровых детей. Вероятность патологической природы изменений достаточно высока, поэтому требуется консультирование и обследование.

Итак, при оценке физического развития ребенка необходимо решить вопрос о соответствии его антропометрических показателей возрасту, но и указать насколько гармонично его развитие.

Сначала определяют положение в центильном ряду длину тела. Рост в этом случае оценивается пятью группами. Показатели, попавшие в 25-75 центили, следует считать средними, в 10-25 – ниже среднего, в 75-90 – выше среднего, в 3-10 – низкими, в 90-97 – высокими.

Гармоничным считается физическое развитие, при котором масса тела соответствует длине тела, т.е. попадают в 25-75 центили. При дисгармоничном физическом развитии показателей массы отстает от должных (10-25 центили) или больше (75-90 центили). При резко дисгармоничном развитии массы тела распределена либо в 10-3 центили, либо в 90-97 центильном коридоре. Дисгармоничность физического развития, как правило, обусловлена недостатком либо избытком массы тела.

Дети с отклонениями в физическом развитии должны быть выделены в отдельную группу (дисгармоничное и особенно резко дисгармоничное физическое развитие). Это обусловлено тем, что у них часто имеются нарушения деятельности сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной и других систем, и они подлежат специальному углубленному обследованию.

При оценке физического развития следует обращать внимание на соответствие массы длине тела, которое определяется по индексу Кетле 2.

Индекс Кетле 2 = вес (кг) : рост ($м^2$)

Норма индекса Кетле 2 (в кг/м^2), свидетельствующая о гармоничности физического развития, составляет для:

6-8 летних детей обоего пола	16
9-10 летних	17
11 летних	18
12 летних	19
13-14 летних	20

Увеличение индекса на 2 единицы свидетельствует об избыточности массы тела, снижение на 2 единицы – о дефиците.

Дополнительными показателями физического развития детей служат физиометрические признаки: жизненная емкость легких и мышечная сила кисти, измерение которых не требует особой сложности.

Жизненную емкость легких определяют при помощи водяного (или воздушного) спирометра. Обследуемый подходит к аппарату, берет в правую руку мундштук трубки спирометра, делает глубокий вдох и, плотно захватывая мундштук губами, выдыхает в него весь воздух. Измерение проводится 3 раза, записывается максимальный результат. Точность измерения 100 см^3. После каждого обследования мундштук заменяют или дезинфицируют.

Мышечную силу кисти определяют при помощи ручного динамометра. Обследуемый стоит прямо, отведя правую руку немного вперед и в сторону, кистью руки обхватывая динамометр, который по команде максимально сжимает. Измерение проводится трижды, записывается максимальный результат. Точность измерения 0,5 кг.

Динамометрия позволяет определить силу мышц кисти, которая характеризует степень развития мускулатуры. Измеряется кистевым динамометром. Обследуемый стоит прямо, несколько отводит руку вперед и в сторону и, обхватив динамометрии кистью, максимально сжимает его. Стрелка и шкала динамометра должны быть обращены к ладони. Производят 2-3 измерения, фиксируя наибольший показатель.

Исследования показывают, что школьники 7- 11 лет обладают еще сравнительно низкими показателями мышечной силы. Силовые и особенно статические упражнения вызывают у них быстрое утомление. Дети этого возраста более приспособлены к кратковременным скоростно-силовым динамическим упражнениям.

Наиболее интенсивно мышечная сила увеличивается в подростковом возрасте. У мальчиков прирост силы начинается в 13-14 лет, у девочек раньше – 10-12 лет, что возможно, связанно с более ранним периодом полового созревания у девочек. В 13-14 лет четко проявляются половые различия в мышечной силе, показатели относительной силы мышц девочек значительно уступают соответствующим показателям мальчиков.

С 18 лет рост силы замедляется и к 25-26 годам заканчивается.

Таблица 4

Показатели динамометрии

	7-9 лет	**10-11 лет**	**12-14 лет**
Мальчики	11-12,5 кг	16 кг	21,5-31 кг
Девочки	9-13 кг	14-14,5 кг	18,5-27 кг

Непременным элементом в характеристике физического развития ребенка является определение уровня **биологической зрелости** по срокам прорезывания постоянных зубов от 5,5 до 12,5 лет и выраженности вторичных половых признаков с 10-летнего возраста.

Общее количество постоянных зубов подсчитывается на верхней и нижней челюсти суммарно. Учитываются зубы всех стадий прорезывания — от четкого выступания режущего края зуба над десной до зуба полностью сформировавшегося.

Таблица 5

Схема оценки биологического возраста по зубной формуле

Хронологический возраст, лет	**пол**	**Число постоянных зубов**		
		Замедленное развитие	**Соответствующее развитие**	**Ускоренное развитие**
5,5	М	0	0-3	Более 3
	Д	0	0-5	Более 4
6	М	0	1-5	Более 5
	Д	0	1-6	Более 6
6,5	М	0-2	3-8	Более 8
	Д	0-2	3-9	Более 9
7	М	Менее 5	5-10	Более 10
	Д	Менее 6	6- 11	Более 11
7,5	М	Менее 8	8- 12	Более 12
	Д	Менее 8	8- 13	Более 13

При оценке уровня биологической зрелости по вторичным половым признакам устанавливается выраженность волосяного покрова на лобке (pubis — P) и в подмышечных впадинах (axillaries — Ax), а у девочек, кроме того, развитие грудных желез (mamme — Ma) и наличие регулярных менструаций (Me).

У средних и старших школьников - по вторичным половым признакам (по Властовскому В.Г.).

Оценка физического развития по данным темпа роста и полового созревания (по схеме Властовского)

Буквенные обозначения:

А - ускоренный (акселераты)
М - средний
Р - замедленный (ретарданты)
1-я буква - оценка темпа роста
2-я буква - оценка полового развития

1 - тип - АА - рост ускорен, половое созревание ускорено
2 - тип - АМ - рост ускорен, темп полового созревания средний
3 - тип - АР - рост ускорен, темп полового созревания замедлен
4 - тип - МА - рост средний, половое созревание ускорено
5 - тип - МР - рост средний, половое созревание замедленно
7 - тип - РА - рост замедлен, половое созревание ускорено
8 - тип - РМ - рост замедлен, половое созревание среднее
9 - тип - РР - рост и половое созревание замедлены

Таблица 6

Оценочная таблица индивидуального темпа полового созревания

Темп полового созревания, стадии	**Возраст девочек, в годах**			**Возраст мальчиков, в годах**		
	1	2	3	1	2	3
1. ускоренный	8-9	10-12	13-14	10-11	12-13	14-16
2. средний	10-12	13-14	15-16	12-13	14-16	17-18
3.поздний	13-14	15-16	17-18	14-16	17-18	19

Бальная значимость признаков полового созревания

Степени:

0 степень - 0 баллов,
I степень - 1-2 балла,
II степень - 3-4 балла,
III степень - 5-6 баллов.

Для мальчиков

1. Оволосение лобка - Р.

Р0 - отсутствие оволосения,
Р1 - единичные волосы,
Р2 - редкие волосы, расположенные на центральном участке лобка,

P3 - густые, прямые волосы, неравномерно расположенные на поверхности лобка, без четких ровных границ.
P4 - густые, вьющиеся волосы, равномерно расположенные по всей поверхности лобка с четкой горизонтальной границей,
P5 - густые, вьющиеся волосы, распространяющиеся на внутреннюю поверхность бедер и в направлении к пупку (мужской тип оволосения)

2. Оволосение подмышечных впадин: Ax

Ax0 - отсутствие оволосения,
Ax1 - единичные волосы, расположенные на небольшом центральном участке подмышечной впадины,
Ax2 - густые, прямые волосы, расположенные по всей поверхности подмышечной впадины,
Ax3 - густые вьющиеся волосы.

Для девочек

P0 - отсутствие волос,
P1 - единичные волосы,
P2 - волосы на центральном участке лобка, более густые, длинные,
P3 - волосы густые, длинные, вьющиеся, на всем участке лобка.

Оволосение подмышечных впадин Ax

Ax0 - отсутствие волос,
Ax1 - единичные волосы,
Ax2 - волосы редкие, на центральном участке впадины,
Ax3 - волосы густые, вьющиеся, длинные на всей подмышечной области

Развитие молочной железы: Ma

Ma0 - железы не выдаются,
Ma1 - железа несколько выдается, околососковый кружок вместе с соском образует конус,
Ma2 - железа значительно выдается, вместе с соском и околососковым кружком образует конус,
Ma3 - железы значительно выдаются, сосок поднимается над около сосковым кружком, тело железы округлой формы.

Менструальная функция: Me

Me0 - отсутствие менструаций,
Me1 - менархе в момент обследования,
Me2 - неустойчивый менструальный цикл,
Me3 - регулярные менструации в течение года.

После выполнения исследований необходимо высчитать и записать в медицинскую карту возраст ребенка на момент обследования, для чего из даты проведения осмотра вычесть дату его рождения. Существенно облегчает эту задачу приведенная ниже таблица (табл.7).

Таблица 7

Таблица определения календарного возраста подростка

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

***Пример**:* ребенок родился 07.10.1986 г., обследовался 10.09.2001 г. Вычитая год его рождения из года обследования, получаем 15 лет; на пересечении горизонтальной (X месяц) и вертикальной (IX месяц) строк таблицы находим цифру «-/». Значит, до 15 лет недостает одного месяца — возраст подростка на момент осмотра 14 лет 11 месяцев.

При использовании этой таблицы следует из года, когда производятся обследование, вычесть год рождения ребенка, а затем из полученного числа вычесть или к нему прибавить (см. знак) число месяцев, указанное на пересечении горизонтальной (месяц рождения) и вертикальной (месяц обследования) строк.

Возрастные группы формируются, как это принято в медицинской практике, когда, например, к 13-летним относят детей от 12 лет 6 мес. до 13 лет 5 мес. 29 дней, к 14-летним — от 13 лет 6 мес. до 14 лет 5 мес. 29 дней и т.д. Таким образом, среди школьников одного класса могут встречаться лица двух, а то и трех различных возрастов; и оценивать их физическое развитие нужно по разным возрастным нормативам.

В основу оценочных таблиц положены соотношения главных антропометрических признаков — длины тела и его массы, разработанные по методу индексов, номограмм, центильных сеток, сигмального разброса и т.д.

При оценке физического развития ребенка в соответствующей полу и возрасту таблице находят его рост, затем строго по горизонтальной строке — диапазон «нормы» массы тела для данного роста. В зависимости от того, попадет ли фактическое значение массы тела в этот диапазон, окажется ли ниже минимальной или максимальной его границы, оценивается физическое развитие ребенка. Дети с дефицитом массы тела подлежат на-

блюдению педиатром для установления причин недостаточного веса и его коррекции. Лица с избытком массы тела направляются на консультацию к эндокринологу, т.к. в значительном проценте случаев среди них встречаются лица с ожирением.

Дети и подростки с низким ростом также должны быть обследованы эндокринологом для решения вопроса о том, имеется ли у них общая задержка физического развития или низкий рост обусловлен генетическими факторами.

3.3. Мониторинг артериального давления у детей и подростков

Для получения объективной оценки артериального давления необходимо строгое соблюдение требований к условиям и процедуре его измерения.

Артериальное давление измеряют с помощью сфигмоманометра (ртутного или анероидного) и фонендоскопа (стетоскопа). Цена деления шкалы сфигмоманометра должна составлять 2 мм рт. ст. Показания анероидного сфигмоманометра необходимо сверять с показаниями ртутного манометра. Фонендоскоп (стетоскоп) должен иметь насадку с раструбом или мембраной для выслушивания звуков низкой частоты. Необходимо правильно подобрать манжету, соответствующую окружности плеча ребенка. Ширина внутренней (резиновой) камеры манжеты должна составлять 40% окружности плеча. Длина резиновой камеры манжеты должна покрывать от 80 до 100% окружности плеча. У детей при окружности плеча 16-21 см используют манжету, ширина резиновой камеры которой составляет 8 см, длина — 21 см; у крупных детей при окружности плеча 22-26 см — 10 см и 24 см соответственно. Окружность плеча измеряется сантиметровой лентой с точностью до 0,5 см на середине расстояния между локтевым и акромиальным отростками лопатки. У детей 12 лети старше используют манжету для взрослых (13Х26 см).

В случаях использования взрослой манжеты у детей 8-11 лет необходимо обязательное внесение поправок на возраст и физическое развитие (табл. 8).

Процедура измерения артериального давления

Перед измерением АД обследуемый должен сидеть спокойно не менее 5 мин. Измерение проводится на правой руке. Рука должна удобно лежать на столе, ладонью кверху, примерно на уровне сердца. Манжета накладывается на 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.

Затем манжета соединяется с манометром. Воздух накачивается в манжету, при этом измеряющий пальпирует пульс обследуемого на правой радиальной артерии.

Таблица 8

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

Возраст, лет	Оценка физического развития		
	нормальное	дефицит массы тела	избыток массы
7	+10	+15	+5
8	+10	+15	+5
9	+10	+15	+5
10	+10	+15	0
11	+ 5	+10	0
* Показатели диастолического артериального давления корректировке не подлежат			

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.

При измерении АД обычным фонендоскопом во время выпускания воздуха из манометра проводится аускультация звуков Короткова. Регистрируются I и V фазы. Первая фаза (появление) звуков Короткова отмечается как систолическое (САД), пятая (исчезновение) - как диастолическое (ДАД). При измерении АД у детей 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, когда отмечается изменение тембра и звука.

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. Следует избегать предпочтения к определенным конечным цифрам АД (0, 2, 4, 6, 8). Особенно часто в качестве конечной цифры медицинские работники необоснованно регистрируют 0 (ноль) - 110/70; 120/80; 130/90. Повторные измерения проводятся не ранее, чем через 2-3 мин. после полного выпускания воздуха из манжеты.

Регистрируются значения всех трех измерений, которые заносятся в карту обследования. Для оценки АД используются средние значения систолического и диастолического АД, а также значения отдельных измерений. Необходимость трехкратного измерения продиктована высокой лабильностью АД у детей в ответ на внешние раздражители. В связи с тревожной реакцией ребенка на проведение медицинского осмотра и сам процесс измерения АД, может выявляться однократное повышение АД, так называемый феномен «гипертонии на белый халат».

Оценка артериального давления

Для оценки АД используют процентильное распределение показателей систолического и диастолического АД (САД и ДАД) детей в популяции с учетом возраста и пола. Оценка проводится по отрезным точкам процентильного распределения САД и ДАД, полученным при трехкратном измерении. Если уровни САД и ДАД попадают в разные категории, то оценка АД устанавливается по более высокому значению одного из этих показателей.

Нормальное артериальное давление определяется, когда значения САД и ДАД находятся в пределах 10-89 процентилей кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста и пола.

Высокое нормальное АД (пограничная артериальная гипертензия) определяется при значениях САД и/или ДАД, уровень которых находится в пределах 90-94 процентилей. Определение «высокого нормального АД» необходимо для выделения группы риска формирования артериальной гипертонии (ВОЗ,1999).

Артериальная гипертензия диагностируется в тех случаях, когда средний уровень САД и/или ДАД, рассчитанный на основании трех отдельных измерений, равен или превышает 95-й процентиль кривой распределения АД для данного возраста и пола.

За нижний предел нормального АД принимаются значения 10-го процентиля распределения САД и ДАД.

Артериальная гипотензия диагностируется в том случае, когда значения САД и ДАД находятся ниже 5 процентиля распределения АД для данного возраста и пола.

Дети и подростки, у которых выявлено отклонение в уровнях АД, должны быть взяты под динамическое наблюдение педиатром, а также врачом образовательного учреждения. Повторно они должны быть осмотрены дважды в течение месяца с интервалом 2 недели. Необходимо осторожно подходить к трактовке артериальной гипертензии и гипотензии. Следует учитывать, что при повторных осмотрах у многих детей и подростков отмечаются нормальные показатели АД. Низкие уровни АД при отсутствии жалоб, обострений сопутствующих хронических заболеваний, изменений на ЭКГ могут выявляться у подростков с физиологической гипотонией.

Медицинской сестре (детских дошкольных учреждений, школ, профессиональных училищ) рекомендуется детям и подросткам с артериальной гипо- и гипертензией измерять АД раза в год (в конце и начале учебного года с интервалом 6 мес.). Лица с устойчивыми отклонениями в уровнях АД, а также с сопутствующим ожирением, жалобами на головную боль, быструю утомляемость, раздражительность (особенно к концу учебного года) с целью установления диагноза должны быть обследованы в условиях поликлиники или в консультативном центре.

При динамическом наблюдении за подростками с отклонениями в уровнях АД необходим **контроль за уровнем их физического развития и полового созревания,** который должен осуществляться медицинской сестрой образовательного учреждения.

3.4. Выявление нарушений опорно-двигательного аппарата

Визуальное исследование: Нарушения осанки выявляются визуальным методом с использованием модифицированного теста Е. Рутковской. Истинный сколиоз выявляется визуально по методике Центрального института травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. При выявлений нарушений осанки необходимо принимать во внимание типичные возрастные особенности физиологической осанки у детей и подростков. При тестировании следует учитывать то, что оценка состояния опорно-двигательного аппарата у детей требует не только статического, но и динамического исследования (стоя и при ходьбе).

Экспресс-оценка состояния осанки в сагиттальной плоскости:

1. Определение длины позвоночника:

Ребенок раздевается до пояса. Его просят наклонить голову и определяют наиболее выступающий 7-й шейный позвонок. Прикладывают к нему начало сантиметровой линейки и, придерживая ее у позвоночника, измеряют расстояние до начала межягодичной борозды.

2. Определение глубины шейного лордоза

Ребенок встает спиной к ростомеру таким образом, чтобы пятки, икры, ягодицы, грудной отдел позвоночника и затылок касались планки ростомера. С помощью линейки с закругленным концом измеряют расстояние от ростомера до шейной точки (самой «глубокой» точки в области шеи). Линейка располагается строго перпендикулярно к ростомеру).

3. Определение глубины поясничного лордоза

Таким же способом измеряют расстояние от ростомера до поясничной точки (самой «глубокой» точки в области поясницы).

4. Оценка состояния осанки

Полученные результаты измерений сравнивают с табличными данными и определяют вид осанки с учетом пола обследуемых.

Тест для выявления нарушений осанки:

Исследование проводится в положение, стоя (ребенок раздет до трусов), но без стремления заставить обследуемого стоять прямо – ребенок должен принять естественную, привычную для него позу.

Осматривая ребенка, мед. сестра отвечает на 10 вопросов («да» или «нет») в тестовой карте каждого ребенка.

Порядок осмотра:

1. Осмотр фас, руки вдоль туловища – определяется форма ног, положение головы, шеи, симметрия плеч, равенство треугольников талии – просвет треугольной формы между внутренней поверхностью рук и туловищем, с вершиной треугольника на уровне талии; деформация грудной клетки, симметрия таза.
2. Осмотр с боку, поза как при осмотре в фас – определяется форма грудной клетки, живота, выступание лопаток, форма спины.
3. Осмотр со спины (поза сохраняется) – симметрия углов лопаток, равенство треугольников талии, форма позвоночника, форма ног.
4. В конце обследования – сделать несколько шагов для выявления нарушений в походке.

Оценка тестовой карты:

1. нормальная осанка – отрицательные ответы на все вопросы.
2. Незначительные нарушения осанки – положительные ответы на один или несколько вопросов от № 3,5,6,7 включительно. Такие дети подлежат наблюдению школьного врача.
3. выраженное нарушение осанки – положительные ответы на вопросы 1, 2, 4, 8, 9, 10 (один или несколько). Дети подлежат обязательному направлению к ортопеду.

Таблица 9

Тестовая карта для выявлений нарушений осанки

1. Явное повреждение органов движения, вызванное врожденными пороками, травмой, болезнью.	Да	Нет
2. Голова, шея отклонены от средней линии; плечи, лопатки, таз установлены несимметрично	Да	Нет
3. Выраженная деформация грудной клетки – грудь «сапожника», впалая, «куриная»	Да	Нет
4. Выраженное увеличение или уменьшение физиологической кривизны позвоночника: шейного лордоза, грудного кифоза, поясничного лордоза	Да	Нет
5. Сильное отставание лопаток «крыловидные» лопатки	Да	Нет
6. Сильное выступание живота (более 2 см от линии грудной клетки)	Да	Нет
7. Нарушение осей нижних конечностей (О - образные, Х- образные)	Да	Нет

8. Неравенство треугольников талии	Да	Нет
9. Вальгусное положение пяток или пятки (ось пятки отклонена наружу) во время стояния	Да	Нет
10. Явные отклонения в походке: прихрамывающая, «утиная»	Да	Нет

3.5. Плантография

Выявление продольного плоскостопия проводится по методу В.А. Яралова-Яралянца с соавт. при использовании плантографа по специальной оценке отпечатка стоп — плантограмме. Плантограф представляет собой деревянную рамку (высотой 2 см и размером 40х40 см), на которую натянуто 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. Первая линия соединяет середину пятки со вторым межпальцевым промежутком; вторая, проведенная из той же точки, проходит к середине основания большого пальца. Если контур отпечатка внутреннего края стопы в серединной части не перекрывает эти линии, — стопа нормальная; если первая линия проходит внутри отпечатка — стопа уплощена; если обе линии расположены внутри отпечатка стопы — стопа плоская. Дети с уплощенной и плоской стопой должны быть направлены на консультацию к ортопеду.

3.6. Исследование остроты зрения

Исследование остроты зрения вдаль:

Для исследования остроты зрения у дошкольников используют таблицы с детскими картинками, у школьников — таблицы в различных приборах. Аппарат Рота — с таблицами Сивцева — Головина, 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 коль-

цами Лондольта. Кольца Лондольта 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 м. Не исследуемый глаз 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, указываю в каждой 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=). Если острота зрения меньше десятой строки (100%), то ребенок нуждается в консультации врача-офтальмолога.

Исследование остроты зрения вблизи:

Для исследования остроты зрения вблизи используют книгу, учебник или прибор определения зрения вблизи (ПОЗБ-1). Предъявляются шрифт № 4 — (острота зрения 0,7) на расстоянии 33 см каждому глазу в отдельности, а затем обоим глазам. Если ребенок не может прочесть текст одним из глаз, то он нуждается в консультации врача-офтальмолога.

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.10 и табл.11). После исследования остроты зрения вдаль ребенку с нормальной остротой зрения предъявляют плюсовую линзу (для младших школьников +1.0, для старших и средних +0,5). Для исследования можно использовать детскую оправу с dpp = 56 - 58. Если при этом острота зрения снижается на 10-40%, то ребенок относится к «группе риска».

Таблица 10

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 11

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

Результат исследования записывается следующим образом. Если с плюсовой линзой (+1,0) получены такие результаты: острота зрения правого глаза = 1.0, острота зрения левого глаза = 1.0 — тест Малиновского считается отрицательным. Если тест Малиновского с +1.0 и острота зрения падает, например, правого глаза = 0.8, острота левого глаза = 0.7, тест считается положительным, и ребенок нуждается в консультации врача-офтальмолога.

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. 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.

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

Выявление скрытого косоглазия:

При исследовании на скрытое косоглазие медицинская сестра и ребенок сидят друг против друга. Медицинская сестра прикрывает попеременно левый и правый глаз ребенка рукой. При наличии скрыто 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 скринингового обследования все дети с выявленной патологией направляются на консультацию врача-офтальмолога для углубленного обследования и лечения.

3.7. Выявление нарушений слуха с помощью шепотной речи

Проверка остроты слуха осуществляется на расстоянии 6 метров и в полной тишине (не на перемене). Сначала определяется острота слуха одного уха (другое ребенок закрывает пальцем), затем второго.

Медсестра шепотом произносит слова или цифры, с одинаковой интенсивностью (ребенок не должен видеть губ произносящего). Если ребенок не правильно идентифицирует слова, его необходимо направить к ЛОР – врачу. Детей с пониженным слухом необходимо ближе посадить к учителю с учетом стороны дефекта (слева или справа).

Исследование слуха шепотной речью выявляет тугоухость, которая разделяется **на 3 степени**:

1 ст. – небольшая, восприятие шепотной речи от 1 до 5 метров.

2 ст. – средняя, шепотной речи от 1 метра.

3 ст. – высокая тугоухость, шепотная речь не воспринимается.

Примерная таблица слов для определения слуха:

Низкие тоны: слова – кукла, молоток, ухо, пол, урок, окно; цифры – 2, 22, 8.

Высокие звуки: слова – час, чай, чаща, щи, сама, сажа; цифры – 6, 16, 66.

3.8. Выявление протеинурии и глюкозурии с помощью лабораторных скрининг-тестов

Для выявления белка в моче проводится проба с сульфациловой кислотой или используются специальные диагностические полоски, которые опускаются в чистый стеклянный сосуд, куда непосредственно перед проведением анализа была собрана моча.

Оценка результатов осуществляется при помощи сравнения индикаторной зоны используемой тест-полоски со стандартной шкалой, прилагаемой к упаковке. Дети, у которых при анализе мочи на белок отмечено отклонение цвета индикаторной зоны теста от нормы, направляются на общий анализ мочи и к педиатру.

Аналогичным образом определяется содержание глюкозы в моче. Для этого используются соответствующие диагностические полоски. Дети, у которых при анализе мочи на глюкозу отмечено отклонение цвета

индикаторной зоны теста от нормы, направляются на обследование к педиатру и эндокринологу.

3.9. Оценка уровня физической подготовленности

В табл. 12 представлены двигательные тесты для оценки физической подготовленности учащихся школ России.

Требования к выполнению тестовых упражнений системы мониторинга:

Тестированию обязательно должны предшествовать разминка для подготовки организма ребенка к предстоящим упражнениям и предварительная общефизическая подготовка. Для этого в подготовительной части урока выполняются упражнения, сходные по структуре с Истовыми упражнениями.

Тестирование проходят учащиеся, допущенные врачом по состоянию здоровья.

Требования к выполнению тестовых упражнений системы мониторинга:

Тестированию обязательно должны предшествовать разминка для подготовки организма ребенка к предстоящим упражнениям и предварительная общефизическая подготовка. Для этого в подготовительной части урока выполняются упражнения, сходные по структуре с Истовыми упражнениями.

Тестирование проходят учащиеся, допущенные врачом по состоянию здоровья.

Таблица 12

Перечень тестовых упражнений

Возраст, лет	**Тесты**	
	Мальчики, юноши	**Девочки, девушки**
4 года (ДОУ)	Бег 30 м Бег 90 м Подъем туловища в сед за 30 сек Прыжок в длину с места	Бег 30 м Бег 90м Подъем туловища в сед за 30 сек Прыжок в длину с места
5-7 лет (ДОУ)	Бег 30 м Бег 300 м Подъем туловища в сед за 30 сек Прыжок в длину с места	Бег 30 м Бег 300 м Подъем туловища в сед за 30 сек Прыжок в длину с места
7-27 (школа, ПУ,	Бег 30 м Бег 1000 м Подтягивания на перекладине	Бег 30 м Бег 1000м Подъем туловища в сед за 30

ССУЗ, ВУЗ)	Прыжок в длину с места	сек Прыжок в длину с места

Тестирование

1. Тест «Бег на 30 м. с высокого старта» — позволяет оценить быстроту и скорость движений. На прямой ровной дорожке длиной не менее 40 м обозначают линию старта и через 30 м линию финиша. За линией финиша на расстоянии 5-6 м. ставят яркий флажок или другой ориентир. Тестируемому ребенку дается задание пробежать всю дистанцию, не замедляя движения, с максимально возможной скоростью. Рекомендуется проводить забеги парами. Преподаватель с секундомером становится сбоку на линии финиша, его помощник с флажком — у стартовой линии и помогает преподавателю в организации «забегов». Точность измерения — до 0,1 сек. Для большей точности преподаватель может пользоваться двумя секундомерами. Участникам дается 1 попытка.

2. Тест «Бег на 1000 м.» — позволяет оценить общую и скоростную выносливость. Проводится на стадионе или ровной грунтовой дорожке после предварительной разминки в присутствии медицинского персонала (обязательно наличие медицинской аптечки). Время измеряется с точностью до 0,1 сек. Беговую дистанцию размечают таким образом, чтобы участники могли легко ориентироваться и не изменили маршрута во время забега. Рекомендуется проводить забеги группами по 3-5 человек. Участникам дается 1 попытка.

3. Тест «Подтягивание на перекладине» — позволяет оценить силу и силовую выносливость мышц верхнего плечевого пояса мальчиков с 7 лет и юношей. В висе на перекладине с прямыми руками тестируемый должен выполнить максимально возможное число подтягиваний. Подтягивание считается выполненным правильно, когда руки разгибаются полностью, ноги не сгибаются в коленных суставах, движения без рывков и махов. Неправильно выполненные подтягивания не засчитываются. Участникам дается 2 попытки. В зачет идет лучший результат.

4. Тест «Подъем туловища в сед за 30 сек» — позволяет оценить скоростно-силовую выносливость мышц сгибателей туловища у девочек и девушек. Из исходного положения (И.П.) лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах строго под углом 90°, стопы на ширине плеч, руки за головой, локти разведены в стороны, касаются пола, партнер прижимает ступни к полу.

По команде «Марш!» участница выполняет за 30 сек. максимально возможное число подъемов туловища, сгибаясь до касания локтями бедер и возвращаясь обратным движением в И.П., разводя локти в стороны до касания пола лопатками, локтями и затылком. Упражнение выполняется на гимнастическом мате или ковре. Для безопасности под голову кладут невысокую (не выше 10 см) подушечку или свернутую в валик мягкую ткань.

Участник, опуская тело в И.П., должен касаться пола последовательно сначала лопатками, затем затылков, потом локтями. Таким образом, в заключительной фазе тело участницы должно прийти в И.П., т.е. касаться пола одновременно тремя частями: лопатками, затылком и локтями. Неправильное выполнение: отсутствие полного касания пола тремя частями тела — лопатками, затылком и локтями. Участникам дается 1 попытка.

5. Тест «Прыжок в длину с места» — позволяет оценить динамическую силу мышц нижних конечностей. Из исходного положения стоя, стопы - слегка врозь, носки стоп — на одной линии со стартовой чертой, выполняется прыжок вперед с места на максимально возможное расстояние. При этом участник предварительно сгибает ноги, отводит руки назад, наклоняет вперед туловище, смещая вперед центр тяжести тела и с махом рук вперед и толчком двух ног выполняет прыжок.

Тест необходимо проводить на мате или мягком грунтовом покрытии (можно использовать яму с песком). Участникам дается 2 попытки. В зачет идет лучший результат.

Оценка физической подготовленности детей

В основу оценки физической подготовленности учащихся положена комбинированная процентная шкала многоуровневой градации с шагом в 1%. Эта шкала накладывается на традиционную 5-уровневую шкалу оценок по опорным точкам: высокому уровню соответствует значение шкалы, равное 100%, среднему — 70%, низкому — 50%. Для сравнимости результатов шкала позволяет интерпретировать расчетные данные в общепринятой 5-уровневой системе оценок (табл. 13).

Таблица 13

Структура оценочной шкалы

Уровень физической подготовленности					**Оценка**
Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий	качественная
100% и выше	85-99%	70-84%	51-69%	50% и ниже	процентная
5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл	балльная
Базовый (оптимальный) уровень			Дефицит развития качеств		

Результаты, лежащие в диапазоне от 70% до 100% должного возрастно-полового уровня ребенка, составляют по шкале оценок базовый уровень (образовательный минимум). Учащиеся с развитием качеств выше 100% могут рассматриваться как «одаренные». Им следует рекомендовать занятия в спортивных кружках и секциях (группа спортивного отбора).

Оценка результатов тестирования проводится с использованием «Таблиц оценок физической подготовленности учащихся 7-18 лет» (см. Приложения…):

РАЗДЕЛ IV
СТАНДАРТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Медицинская помощь детям в образовательных учреждениях является **первичной медико-санитарной помощью,** оказывается на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 487 от 29 июля 2005 г. «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи» и приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 56 от 23 января 2007 г. «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники». Перечень **диагностических медицинских услуг** с указанием количества и частоты и их представления изложен в **стандарте профилактических медицинских осмотров** (Приложение 1).

При осмотре обращают внимание на внешний вид, телосложение, конституцию, питание, выражение лица, состояние кожных покровов и слизистых оболочек.

При изучении **состояния кожи** обращается внимание на наличие в анамнезе экссудативного диатеза, кожных реакций на прививки и лекарства, нарушений пигментного обмена, а также на наследственную отягощённость по кожным, обменным и эндокринным заболеваниям.

При осмотре обращается внимание на патологические изменения кожных покровов, волос, ногтей. Описывается локализация, характер и размеры сыпи или других изменений, их связь с приёмом пищи или лекарств, состояние лимфатических узлов.

Осмотр ротовой полости и зева следует проводить при помощи шпателя и с произнесением ребёнком гласной «А». Обращается внимание на состояние зубов, прикус, высоту стояния твёрдого нёба, величину и вид нёбных миндалин.

Различают 3 степени гипертрофии миндалин:

I степень — миндалины заполняют латеральную треть пространства между нёбными дужками и маленьким язычком (норма).

II степень — миндалины заполняют 2/3 этого пространства.

III степень — миндалины соприкасаются между собой.

При осмотре необходимо пальпировать подчелюстные, передние и задние шейные, заушные лимфоузлы. Следует обращать также внимание на голосовую функцию — звучность голоса. Осматриваются слуховые проходы (наличие выделений).

При **оценке состояния дыхательной системы** выявляют наличие в анамнезе частых простудных заболеваний, аллергий, коклюша.

Уточняют жалобы на кашель, одышку, изменение голоса. При объективном обследовании определяют состояние верхних дыхательных путей (носа, гортани), характер перкуторного звука над лёгкими, состояние дыхания и наличие хрипов в лёгких при аускультации.

Проверить дыхательную функцию носа можно с помощью небольшого кусочка ваты, поднесённого сначала к одной, затем к другой ноздре ребёнка. При свободном носовом дыхании ватка быстро отклоняется в сторону (наиболее частые причины затруднённого носового дыхания у детей — ринит, аденоидные вегетации, искривление носовой перегородки).

Исследование органов кровообращения начинают с определения частоты сердечных сокращений, наполнения пульса, ритма, напряжения. Перкуссией и пальпацией отмечают границы сердца, верхушечный и сердечный толчок. При аускультации обращают внимание на звучность и чистоту тонов. В случаях выявления сердечных шумов проводят исследования в различных положениях (стоя, лежа) и функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой. Устанавливают характер шумов, локализацию оптимальной слышимости.

Оценка результатов ортостатической пробы: учащение пульса за 1 мин менее 16 — хороший результат, от 16 до 20 — средний, более 20 — ниже среднего результат.

Оценка результатов пробы с 20 приседаниями за 30 сек: время восстановления пульса к исходному уровню: менее 3-х минут — хороший результат, от 3-х до 4-х минут — средний, более 4-х минут — ниже среднего результат.

В процессе **исследования органов пищеварения** выясняют состояние аппетита, характер стула, наличие и характер болей в животе, связь их с приёмом пищи (до или после еды) и наличием диспепсических явлений (тошноты, рвоты, отрыжки, изжоги).

Осмотр начинают с полости рта: отмечают состояние слизистых, обложенность языка, дёсен, верхнего нёба, зубов. Выявляются симптомы хронической интоксикации (бледность кожных покровов, орбитальные тени).

Пальпаторно определяют состояние (напряжение) мышц живота, наличие и локализацию болевых точек (эпигастральная и пилородуоденальной областей, точка жёлчного пузыря в правом подреберье, левое подреберье, область сигмы).

Устанавливают размеры печени и селезёнки, их консистенцию, чувствительность, симптомы раздражения жёлчного пузыря (Ортнера, Мюсси, Менделя) для сравнения проверяются с обеих сторон.

При оценке состояния **мочевыделительной системы** выявляют наличие в анамнезе частых простудных заболеваний и ангин, бессимптомных повышений температуры, отягощенной наследственности по почечной патологии, в том числе при беременности у матери. Уточняют жалобы на частые и болезненные мочеиспускания, задержки и недержание мочи, боли в животе и пояснице.

При осмотре обращают внимание на цвет кожных покровов (бледность), отёки, повышение АД, наличие вагинитов у девочек, положительный симптом Пастернацкого, изменения в анализах мочи.

При исследовании **состояния эндокринной системы** обращают внимание на внешний вид исследуемого (пропорциональность телосложения, длина и масса тела, состояние подкожно-жирового слоя), отмечают степень развития вторичных половых признаков: Ах — оволосение в подмышечных впадинах, Р — развитие волос на лобке, Ма — развитие грудных желез, Ме — возраст появления менструаций.

Стадии развития волосяного покрова на лобке: Р0 — отсутствие волос; Р1 — единичные короткие волосы; Р2 — волосы в центре лобка, густые, длинные; Р3 — волосы на всём треугольнике лобка, густые, длинные; Р4 — волосы на всем треугольнике лобка, густые, длинные, распространяющиеся на внутреннюю поверхность бёдер и вверх по белой линии живота (мужской тип оволосения).

Стадии развития волосяного покрова в подмышечных впадинах: Ах0 — отсутствие волос; Ах1 — единичные волосы; Ах2 — волосы в центре впадины, хорошо выражены; Ах3 — волосы по всей подмышечной области, густые.

Стадии развития грудных желёз: Ма — детская стадия; Ма1 — сосок приподнят над околососковым кружком, железы не выделяются; Ма2 — околососковый кружок увеличен, вместе с соском образует конус, железы несколько выделяются; Ма3 — сосок и околососковый кружок сохраняют форму конуса, железы поднимаются на большом участке; Ма4 — женская стадия: сосок приподнят над околососковым кружком, железы принимают размеры и форму, свойственные взрослой женщине.

Степень полового созревания обозначают формулой, в которой фиксируются стадии развития всех указанных компонентов. Например, Ах1Р2 у мальчиков или Ма1Ах1Р2 у девочек и т.д. Возрастные нормативы развития вторичных половых признаков у детей приведены в таблице.

С 11-летнего возраста у девочек к формуле полового созревания добавляются данные о наличии (Ме+, Ме-) регулярно. При осмотре девочек 5–10 классов особое внимание уделяют гинекологическому анамнезу, жалобам. Наличие отклонений или нарушений в темпах полового развития, менструальной функции, состоянии половых органов требуют направления в гинекологический кабинет для детей и подростков.

При осмотре девочек 5–10 классов особое внимание уделяют гинекологическому анамнезу, жалобам. Наличие отклонений или нарушений в темпах полового развития, менструальной функции, состоянии половых органов требуют направления в гинекологический кабинет для детей и подростков.

Таблица 14

Педиатрический этап профилактического осмотра детей от 3-х до 17 лет

№ п/п	Вид деятельности	Затрата времени на обследование 1 ребёнка	Необходимые обследования	Дополнительные обследования по показаниям
1	Сбор анамнеза	1 мин	Клинический анализ крови, общий анализ мочи. Анализ кала на яйца глистов (аскариды, нематоды, простейшие). Антропометрия, измерение АД, частоты пульса, дыхания	Копрологический анализ кала, анализ кала на дисбактериоз. Анализ слизи из зева и носа. Анализ мочи по Нечипоренко, проба Каковского–Аддиса, по Зимницкому и другие.
2	Осмотр кожных покровов и волосистой части головы	30 сек 30 сек		
3	Осмотр видимых слизистых оболочек: конъюнктивы глаз, полости рта,	30 сек		
4	зева	30 сек		
5	Осмотр и пальпация области щитовидной железы			
6	Пальпация периферических лимфоузлов: подчелюстных, паховых, подмышечных	2 мин 2 мин		
7	Исследование органов кровообращения (осмотр, перкуссия, аускультация сердца)	2 мин		
8	Исследование органов дыхания (перкуссия и аускультация лёгких)			
9	Исследование органов пищеварения (пальпация органов брюшной полости, области правого подреберья, печени, эпигастральной области, селезёнки, правой и левой подвздошной об-	30 сек 30 сек 5 мин		
10	ластей, надлобковой области)			

11	Осмотр половых органов — внешний осмотр Осмотр грудных желёз у девочек Оформление первичной медицинской документации по данным осмотра			
		15 МИН		

Таблица 15

Основные показания для направления педиатром ребенка на консультацию к врачу- специалисту

№	Врач-специалист	Основные показания
1	Эндокринолог	1. Наличие сведений об эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, тиреотоксикоз, ожирение и др.) у ближайших родственников 2. Жалобы на повышенную жажду, диурез, сухость во рту, значительную потерю массы тела при нормальном или даже повышенном аппетите, чрезмерную раздражительность, беспокойств 3. Наличие клинических проявлений различных эндокринных расстройств: гиперпигментация на коже, слизистой оболочке рта, конъюнктиве глаз; гипертрихоз, гирсутизм, наличие полос растяжения, экзофтальм, избыточная масса тела (более чем на 16%), истощение, крипторхизм, высокое артериальное давление, наличие сахара в моче
2	Гинеколог	1. Наличие в анамнезе сведений об отставании в физическом и половом развитии, высоком инфекционном индексе, отсутствии менструаций после 13 лет, появлении вторичных половых признаков до 9 лет 2. Жалобы на боли в животе, соматически не обусловленные, не болезненные, нерегулярные, длительные (более 8 сут), обильные менструации, гнойные выделения из половых путей, зуд в области половых органов 3. Наличие отставания в развитии вторичных половых признаков, патологическое оволосение; опухоли в животе; лейкоцитурия

3	Невропатолог и психиатр	1. Наличие в анамнезе травм черепа, в том числе и родовых, инфекционных заболеваний нервной системы (менингиты, менингоэнцефалиты), судорожных синдромов при заболеваниях, обморочных состояний, ночного недержания мочи 2. Жалобы на стойкие головные боли у соматически здорового школьника, головокружение, тошноты, рвоты, обморочные состояния, нарушения формулы сна, снохождение, сноговорение, бессонница, раздражительность, плаксивость, беспокойство, рассеянность, снижение памяти 3. Наличие клинических проявлений психонервных расстройств: асимметрия лица, параличи, парезы конечностей, миотонии, мышечные атрофии, признаки болезни Дауна, расстройства вегетативной нервной системы (лабильность пульса, акроцианоз, гипергидроз), нарушения артериального давления, насильственные движения, умственная отсталость, неправильные формы поведения (психопатоподобные, выраженная двигательная расторможенность)
4	Отоларинголог	1. Наличие в анамнезе частых острых респираторных заболеваний, ангин, отитов, носовых кровотечений 2. Жалобы на снижение слуха, затруднённое носовое дыхание, упорные головные боли в лобной части, головокружения, повышенную возбудимость вестибулярного анализатора («укачивание» в транспорте) 3. Наличие снижения остроты слуха, гипертрофия нёбных миндалин, увеличения и болезненности подчелюстных и шейных лимфоузлов, аденоидного типа выражение лица; гнойные выделения из носа и уха
5	Ортопед	1. Наличие в анамнезе переломов костей с нарушением функций, повторных переломов, остаточных явлений перенесённого полиомиелита, родовой травмы 2. Жалобы на упорные боли в конечностях, суставах, позвоночнике 3. Наличие при объективном исследовании деформаций конечностей, грудной клетки, позвоночника, нарушений осанки, плоскостопия (площадь опоры более трети поверхности подошвы), нарушения функций крупных и мелких суставов

6	Хирург	1. Наличие в анамнезе локальных болей в позвоночнике, в коленном, тазобедренном суставах (гонит, коксит), выпадение прямой кишки 2. Жалобы на часто повторяющиеся приступы острых болей в животе, постоянные запоры, примеси свежей крови в кале, затруднённое мочеиспускание с резями, быстрая утомляемость нижних конечностей в сочетании с непереносимостью физических нагрузок 3. Наличие диспропорции телосложения (резко развита верхняя половина туловища), венозного рисунка живота, варикозного расширения вен нижних конечностей, расширения пупочного, паховых колец, грыжевых выпячиваний в области белой линии живота, крипторхизма
7	Кардиоревматолог	1. Наличие в анамнезе частых ангин, высокого инфекционного индекса, функциональных изменений в сердце, подозрения о врождённых пороках, ревматизме. Наследственная отягощённость по гипертонии, ишемической болезни сердца, заболеваниям суставов 2. Жалобы на боли в области сердца, суставов, изменения конфигурации суставов, одышку, быструю утомляемость при незначительной физической нагрузке, сердцебиение 3. Наличие клинических проявлений кардиопатий, глухость сердечных тонов, аритмия, тахи- и брадикардия, различные шумы, артериальная гипер- и гипотония
8	Гастроэнтеролог	1. Наличие в анамнезе сведений о патологии беременности и родов, смешанном или искусственном вскармливании; наличии отклонений со стороны пищеварительной системы в раннем возрасте. 2. Наследственная отягощённость по гастроэнтерологической патологии 3. Жалобы на повторяющиеся боли в животе и диспепсические явления; нарушения аппетита и стула 4. Наличие болезненности при пальпации основных областей живота (эпигастральной, пилородуоденальной, правого подреберья и др.), симптомов раздражения жёлчного пузыря
9	Нефролог	1. Наличие в анамнезе частых респираторных заболеваний и ангин; бессимптомных повышений температуры. Наличие почечной патологии у родственников, в том числе у матери при беременности 2. Жалобы на частые и болезненные мочеиспускания, задержки и недержания мочи; боли в животе и пояснице 3. Наличие при объективном исследовании вагинитов (у девочек), повышенного АД, отёков, положительных симптомов Пастернацкого, изменений в анализах мочи

10	Офтальмолог	1. Наличие в анамнезе заболеваний поджелудочной железы, почек, ревматизма, болезней крови, менингита, энцефалита, арахноидита, черепно-мозговой травмы. Глубокая недоношенность (масса тела при рождении 900–1500 г). Наследственная отягощённость по заболеваниям органа зрения: миопия, астигматизм, гиперметропия и другие 2. Жалобы на плохое зрение вдаль, прищуривание, зрительную утомляемость при работе вблизи, ухудшение зрения в сумерках, светобоязнь, боль в глазах слезотечение 3. Наличие при внешнем осмотре изменений со стороны век (колобома, опущение верхнего века, выворот нижнего века, неправильный рост ресниц), асимметричное расположение глазных яблок, воспалительные заболевания (слизисто-гнойное отделяемое, покраснение, зуд и т.д.)
11	Аллерголог	1. Наличие в анамнезе экссудативного диатеза, ложного крупа, ОРЗ с астматическим компонентом, реакции на прививки и лекарства. Наследственная отягощённость по бронхиальной астме, поллинозу, нейродермиту 2. Жалобы на кожные проявления аллергии, приступы затруднённого дыхания, чихания, слезотечения 3. Клинические проявления кожной или респираторной аллергии (сыпь, кашель, насморк, явления конъюнктивита, наличие свистящих и проводных хрипов в лёгких)
12	Дерматолог	1. Наличие в анамнезе экссудативного диатеза, реакции на прививки и лекарства, нарушений пигментного обмена. Наследственная отягощённость по кожным, обменным и эндокринным заболеваниям 2. Жалобы на патологические изменения кожных покровов, волос, ногтей 3. Наличие воспалительных, пигментных и других изменений кожи; нарушение роста и развития ногтей и волос
13	Пульмонолог	1. Наличие в анамнезе частых простудных заболеваний, врождённого стридора, астматического синдрома 2. Жалобы на кашель, одышку, боли в груди 3. Клинические проявления лёгочной патологии (изменения характера дыхания, перкуторного звука, наличие хрипов при аускультации)

При осмотре необходимо учитывать информацию, содержащуюся в анкетном скрининг-тесте*, данные лабораторных исследований крови, мочи, кала, показатели АД. При отсутствии в бригаде гинеколога и эндокринолога оценку полового развития даёт педиатр.

Примерный табель оснащения медицинского пункта образовательного учреждения для оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в общеобразовательных учреждениях с численностью обучающихся (воспитанников) свыше 600 человек представлен в приложении №2.

Перечень **профилактических и оздоровительных мероприятий (лечебных услуг),** проводимых врачами-педиатрами в образовательных учреждениях, с указанием количества и частоты их представления изложен в приложении №3.

Современная организация медицинского обследования детей и подростков и объективная комплексная оценка их состояния здоровья, позволят обеспечить высокий методический уровень системы наблюдения за здоровьем детской популяции.

Мониторинг показателей здоровья в системе профилактических осмотров дает возможность более раннего выявления нарушений здоровья и слежения за динамикой функциональных и патологических процессов у каждого ребенка и подростка. При этом задача врача педиатра заключается не только в констатации заболеваний и функциональных отклонений и назначении лечения, но и в определении способности каждого ребенка или подростка полноценно выполнять присущие ему социальные функции. Эта способность определяется уровнем достигнутого развития, нормальным функционированием основных органов и систем, достаточной адаптацией к условиям окружающей среды.

Обязательный специализированный этап профилактического осмотра детей от 3-х до 17 лет

Таблица 16

ОСМОТР ОТОЛАРИНГОЛОГА

№п/п	Вид деятельности	Затраты времени	Дополнительные обследования по показаниям
1	Сбор анамнеза	1 мин	Рентгеновский снимок придаточных пазух носа
2	Передняя риноскопия и проверка дыхательной функции носа	30 сек	Рентгеновский снимок носоглотки
3	Задняя риноскопия	2 мин	Рентгеновский снимок височных костей в 2-х проекциях
4	Фарингоскопия	30 сек	Инфракрасная термография
5	Обратная ларингоскопия	2 мин	Тональная аудиометрия
6	Пальпация шейных лимфоузлов (подчелюстных, передних и задних шейных, заушных)	30 сек	Исследование вестибулярного аппарата
7	Отоскопия	2 мин	Пальпаторное обследование носоглотки
8	Исследование слуха	1 мин	Прямая ларингоскопия*
9			Бронхоскопия*

	Оформление документации		Эзофагоскопия* Консультация сурдолога, фониатра, аллерголога, ревматолога, стоматолога Клинический анализ крови; анализ крови на геморрагический синдром (свертываемость, время кровотечения, тромбоциты) Анализ мочи ЭКГ Анализ отделяемого из носа, придаточных пазух, уха
		10 мин	**Примечание*. В ЛОР–стационаре.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

№п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимый объём обследований
1	Хронический тонзиллит компенсированный декомпенсированный	Обследование носоглотки (задняя риноскопия, пальцевое обследование или рентгенография) Консультация стоматолога, по показаниям — ревматолога Клинический анализ крови и мочи Обследование носоглотки (задняя риноскопия, пальцевое или рентгенография) Консультация стоматолога, ревматолога, аллерголога Клинический анализ крови, мочи, ЭКГ
2	Гипертрофия нёбных миндалин (второй и более степеней)	Обследование носоглотки (задняя риноскопия, пальцевое обследование, рентгенография) Консультация стоматолога Клинический анализ крови и мочи
3	Аденоидные вегетации второй степени и более, аденоидные вегетации меньших размеров (I–II степени) с хроническим аденоидитом	Задняя риноскопия и определение величины аденоидных вегетаций При невозможности провести заднюю риноскопию — пальцевое обследование или рентгенография носоглотки Рентгенография придаточных пазух носа по показаниям Консультация стоматолога, — аллерголога Клинический анализ крови и мочи

4	Хронический фарингит, хронический назофарингит	Выявление очагов инфекции ЛОР-органов: рентгенография придаточных пазух носа и носоглотки Консультация стоматолога; аллерголога по показаниям Клинический анализ крови и мочи
5	Хронический ринит, аллергический вазомоторный ринит, поллиноз, синусопатия	Обследование носоглотки (задняя риноскопия, пальцевое, рентгенография по показаниям) Рентгенография придаточных пазух носа, при наличии тепловизора — термография Консультация стоматолога, аллерголога Клинический анализ крови, мочи; Анализ слизи из носа
6	Хронический гайморит, хронический фронтит, пансинусит, киста носовой пазухи, полипы носа	Обследование носоглотки (задняя риноскопия, пальцевое, рентгенография по показаниям) Рентгенография придаточных пазух носа, при наличии тепловизора — инфракрасная термография Исследование отделяемого из пазухи на микрофлору и чувствительность её к антибиотикам Консультация стоматолога, аллерголога Клинический анализ крови и мочи
7	Искривление носовой перегородки с нарушением функции дыхания	Обследование носоглотки (задняя риноскопия, пальцевое, рентгенография) Рентгенография придаточных пазух носа Консультация стоматолога Клинический анализ крови и мочи
8	Адгезивный средний отит, негнойный средний отит (тубоотит)	Обследование носоглотки и придаточных пазух носа (рентгенография) Тональная аудиометрия По показаниям рентгенография височных костей. Клинический анализ крови и мочи
9	Хронический гнойный средний отит, мезотимпанит, эпитимпанит, эпимезотимпанит	Рентгенография височных костей в 2-х проекциях при эпитимпаните, при мезотимпаните — по показаниям обследование носоглотки и придаточных пазух носа (рентгенография) Исследование отделяемого из уха на микрофлору и чувствительность её к антибиотикам Тональная аудиометрия. Исследование

		вестибулярного аппарата.Консультация невропатолога, офтальмолога — по показаниям Клинический анализ крови и мочи
10	Кохлеарный неврит	Тональная аудиометрия, исследование вестибулярного аппарата Консультация сурдолога, невропатолога Обследование носоглотки и придаточных пазух носа (рентгенография) Клинический анализ крови и мочи

Таблица 17

ОСМОТР ХИРУРГА-ОРТОПЕДА

№п/п	Вид деятельности	Затраты времени	Дополнительные обследования по показаниям
1	Сбор анамнеза	1 мин	R-графия позвоночника; R-графия стоп
2	Визуальный осмотр: спереди, сзади, при движении	4 мин	Генетические исследования
3	Осмотр состояния сводов стоп: пальпаторное,	3 мин	Консультация невропатолога, эндокринолога
4	оценка плантограммы, оценка походки Оформление документации	2 мин	
		10 мин	

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

№п/п	Наименование отклонения	Необходимые обследования	Дополнительные обследования
1	Нарушения осанки (I, II, III степени)	Визуальный осмотр Учёт результатов наблюдения за последние 1–3 г.	При выраженности отклонений III степени — проверка на торсию Плантография
2	Сколиоз, кифосколиоз	Оценка выраженности отклонений Визуальный осмотр	При выраженности отклонения II степени R-графия стоп.
3	Плоскостопие (I, II степени)	Проверка на торсию	Оценка состояния осанки.
4		R-графия позвоночника	R-графия по показаниям.

	Врожденные аномалии развития	Плантография Визуальный осмотр Консультация с врачами-специалистами	
Пункт 1 — может диагностироваться педиатром; диагноз «плоскостопие» может быть поставлен только с 6-летнего возраста.			

Таблица 18

ОСМОТР НЕВРОПАТОЛОГА

№п/п	**Вид деятельности**	**Затраты времени**	**Дополнительные обследования по показаниям**
1 2 3	Сбор анамнеза Обследование: 1) общий осмотр (определение наличия демографических черт строения, сосудистого рисунка и др.); 2) исследование состояния черепно-мозговых нервов; 3) двигательных функций; 4) сухожильных, периостальных, кожных рефлексов; 5) оценка вегетативной регуляции Оформление документации	5 мин 7 мин 3 мин	ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, R-снимок черепа, компьютерная томография, РЭГ, ЭКГ, исследование глазного дна, полей зрения Осмотр уролога Осмотр кардиоревматолога Осмотр офтальмолога Генетические исследования
		15 мин	

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

№п/п	Клинические синдромы	Необходимое дополнительное обследование
1	Дети, перенёсшие осложнения беременности и родов	ЭХО; исследование глазного дна и полей зрения
2	Подозрение на наличие наследственных болезней, в том числе различные формы задержки психического развития, нервно-мышечные нарушения	ЭЭГ, генетические исследования, ЭМГ
3	Эпилепсия, эпилептиформный синдром	ЭЭГ, ЭХО; глазное дно по показаниям, компьютерная томография
4	Гидроцефалия, гипертензионно-гидроцефальный синдром	ЭЭГ, ЭХО, глазное дно. R-снимок черепа
5	Синдромы органического поражения после перенесённого энцефалита, менингита, травмы головного мозга	ЭЭГ, ЭХО, глазное дно
6	Вегетативные, вегетативно-сосудистые нарушения(мигрень, ВСД)	ЭЭГ, РЭГ, ЭКГ
7	Тикозные гиперкинезы	ЭЭГ, анализ крови (ревматические пробы), ЭКГ
8	Ночное недержание мочи	ЭЭГ, консультация уролога, анализ мочи, анализ кала на я/глист

Таблица 19

ОСМОТР ОФТАЛЬМОЛОГА

№п/п	Вид деятельности	Затраты времени	Дополнительные обследования по показаниям
1	Сбор анамнеза, жалобы	1 мин	Биомикроскопия
2	Определение остроты зрения	2 мин	Гониоскопия, офтальмотонометрия
3	Внешний осмотр органа зрения	30 сек	Цветовое зрение, характер зрения, рефракция
4	Осмотр с боковым освещением	30 сек	Аккомодация
5	Осмотр в проходящем свете	2 мин	Осмотр нейроофтальмолога, невропатолога
6	Офтальмоскопия	1 мин	Осмотр эндокринолога
7	Оформление документации		
		8,5 мин	

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

№п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимый объём обследований
1	Воспалительные заболевания глаз: - конъюнктивит, кератит; - дакриоцистит; - увеит	Соскобы и посев с конъюнктивы и другие пробы; цитология, Р. Манту Анализ крови клинический. Проба Веста. Рентгено-контрастное исследование (по показаниям) Ультразвуковое исследование, электрофизиологические исследования. Иммунологическое обследование и др.
2	Конъюнктивит аллергический (весенний катар)	Аллергологическое обследование. По показаниям консультация аллерголога
3	Аномалии рефракции: - предмиопическое состояние; - миопия (близорукость); - гиперметропия, астигматизм (миопический, гиперметропический, смешанный)	Визометрия, исследование относительной аккомодации, скиаскопия, офтальмоскопия, рефрактометрия То же, а также ЭХО-биометрия глаза (длина оси глаза) Вазометрия, скиаскопия, возрастная рефракция, офтальмоскопия
4	Косоглазие	Определение зрительной фиксации, величины отклонения угла глаза, бинокулярный статус, координометрия, офтальмоскопия, рефрактометрия и визометрия

Таблица 20

ОСМОТР ГИНЕКОЛОГА

№п/п	Вид деятельности	Затраты времени	Дополнительные обследования по показаниям
1	Сбор анамнеза	1 мин	УЗИ органов малого таза
2	Осмотр наружных половых органов	30 сек 30 сек	Вагиноскопия
3	Осмотр вторичных половых признаков	5 мин	
4	Ректальное исследование: осмотр матки, придатков матки, сводов	4 мин 4 мин	
5	малого таза	1 мин	
6	Взятие мазка на м/флору	4 мин	

7 8	Посев выделений на микрофлору и чувствительность к антибиотикам Осмотр грудных желёз у девочек Оформление документации		
		20 мин	

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

№п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимый объём обследований
1	Вульвовагинит	Исследование отделяемого из влагалища и уретры на флору и чувствительность к антибиотикам, соскоб с перианальных складок на яйца глистов, фракционный анализ мочи, анализ мочи на сахар. Вагиноскопия по показаниям
2	Воспаление придатков матки	Клинический анализ крови, общий анализ мочи; Р. Манту; исследование отделяемого из влагалища на флору, чувствительность к антибиотикам УЗИ органов малого таза. Лапароскопия — по показаниям
3	Альгоменорея (тяжёлая форма)	УЗИ органов малого таза, гистероскопия, измерение базальной температуры, лапароскопия — по показаниям
4	Маточные кровотечения в период становления менструальной функции	Клинический анализ крови с определением эритроцитов, гемоглобина, ретикулоцитов, тромбоцитов. Гемостазиограмма (при длительном кровотечении). УЗИ органов малого таза — по показаниям
5	Гипоменструальный синдром. Аменорея	Кольпоцитология, определение костного возраста, измерение базальной температуры, R-графия черепа. Гормональный профиль по показаниям

Таблица 21

ОСМОТР СТОМАТОЛОГА

№п/п	Вид деятельности	Затраты времени	Дополнительные обследования по показаниям
	Комплексное первичное обследование ребёнка с регистрацией в учётной документации состояния прикуса, пародонта, индексов гигиены, РМА, КПУ, степени активности кариеса, плана диспансеризации, реабилитации и профилактики	15 мин	R-грамма (при лечении всех постоянных зубов: при заболевании пародонта и височно-нижечелюстного сустава, при патологии прикуса).

Таблица 22

ОСМОТР ЛОГОПЕДА

№п/п	Вид деятельности с учётом отклонения	Затраты времени	Дополнительные обследования по показаниям
	Обследование детей:		
1	- с недоразвитием речи;	30 мин	Консультации психиатра,
2		30 мин	оториноларинголога
	- с задержкой речевого	20 мин	Консультации психиатра,
3	развития;	30 мин	оториноларинголога
4	- с дислалией и ФФП;	20 мин	Консультации оториноларинголога
5	- с заиканием;	30 мин	
6	- с дизартрией;	40 мин	Консультации оториноларинголога
7	- с ринолалией;		
	- с дисграфией		Консультации психиатра

КОНСУЛЬТАЦИИ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

При педиатрическом и обязательном специализированном осмотре может возникнуть потребность в консультации детей с отклонениями в состоянии здоровья врачами других специальностей.

Таблица 23

КАРДИОРЕВМАТОЛОГ

№п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимые обследования	Дополнительные обследования
1	Функциональный систолический шум	1. Аускультация в положении лёжа и стоя 2. Функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой 3. ЭКГ 4. ФКГ 5. ЭХО-КГ	Рентгенография сердца
2	Пролапс митрального клапана	1. Аускультация в положении лёжа и стоя 2. Исследование АД в динамике 3. Функциональные пробы с дозированной нагрузкой 4. ЭКГ 5. ФКГ	ЭХО-КГ
3	Нарушения сердечного ритма нейровегетативного генеза (синусовая тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, дисфункция синусового узла, атриовентрикулярная блокада I ст.)	1. Аускультация 2. Измерение АД 3. ЭКГ исследования в динамике	1. ЭКГ после физической нагрузки, а также с использованием фармакологических тестов (атропинового, с обзиданом или анаприлином, хлоридов калия) 2. ЭЭГ 3. ЭХО-КГ 4. Обследование невропатолога, эндокринолога по показаниям

4	Вегетативная дисфункция с повышенным или пониженным АД	1. Измерение АД в динамике 2. Проба с дозированной физической нагрузкой 3. ЭКГ	1. Осмотр невропатолога, эндокринолога 2. Исследование глазного дна 3. ЭЭГ 4. РЭГ 5. ЭХО-КГ 6. Рентгенография сердца
5	Гипертензия Гипотензия	1. Измерение АД в динамике 2. Проба с дозированной физической нагрузкой 3. ЭКГ 4. Исследование глазного дна 5. Осмотр невропатолога, офтальмолога, отоларинголога 1 раз в год	1. Осмотр эндокринолога, нефролога 2. Осциллография 3. Рентгенологическое исследование сердца 4. Урография 5. Исследование функций надпочечников 6. Биохимический анализ крови 7. ЭЭГ 8. ЭХО-КГ
6	Ревматизм	1. Осмотр кардиолога, отоларинголога, стоматолога 2 раза в год; офтальмолога 1 раз в год 2. Термометрия 3. ЭКГ 4. ФКГ 5. Клинический анализ крови 6. Общий анализ мочи	1. Консультации невропатолога, ортопеда, кардиохирурга 2. Биохимический анализ крови 3. ЭХО-КГ 4. Рентгенография сердца
7	Неревматические кардиты. Эндо- и перикардиты	1. ЭКГ 2. ЭХО-КГ 3. Рентгенография сердца 4. Клинический анализ крови 5. Общий анализ мочи 6. Биохимический анализ крови (ревмопробы)	

8	Врождённые пороки сердца	1. Измерение АД, частоты сердечных сокращений 2. ЭКГ 3. ФКГ 4. ЭХО-КГ 5. Рентгенография сердца в 3-х проекциях	1. Консультации невропатолога 2. Консультация кардиохирург 3. Измерение АД на руках и ногах 4. Определение КЩС 5. Оксиметрия 6. Биохимический анализ крови

Таблица 24

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ

№п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимые обследования	Дополнительные обследования
1	Дискинезии жёлчевыводящих путей	1. Сбор анамнеза 2. Пальпация живота (точка жёлчного пузыря, пузырные симптомы) 3. УЗИ печени 4. Дуоденальное зондирование 5. Исследование тёплого кала на лямблии	1. Б/химический анализ крови (прямой и непрямой билирубин, белок и белковые фракции, остаточный азот, холестерин, общие липиды, В-липопротеиды, тимоловая и сулемовая пробы, активность трансаминаз, альдолазы и амилазы) 2. Холецистография 3. Внутривенная холангиография
2	Хронический холецистит	1. Сбор анамнеза 2. Пальпация живота 3. УЗИ печени 4. Дуоденальное зондирование 5. Исследование тёплого кала на лямблии	1. Исследование желудочного содержимого 2. Исследование дуоденального содержимого (биохимия жёлчи) 3. Посев жёлчи на флору и чувствительность к антибиотикам 4. Б/химич. исследования крови

			5. Стандартный ГТТ 6. Исследование мочи на желчные пигменты, уробилин, уробилиноген 7. Исследование мочи на диастазу 8. Копрологическое исследование с определением нейтральных жиров, жирных кислот, крахмала, мышечных волокон 9. Реогепатография 10. Холецистография 11. Внутривенная холангиография
3	Хронический гастрит, гастродуоденит	1. Сбор анамнеза 2. Пальпация живота (болезненность в подложечной области, п/дуоденальной, левом подреберье) 3. Фракционное исследование желудочного сока 4. Ацидотест (при невозможности желудочного зондирования) 5. Гастродуоденоскопия	1. Рентгеноскопия и графия желудочно-кишечного тракта с барием 2. Копрологическое исследование с определением нейтральных жиров, жирных кислот, крахмала, мышечных волокон
4	Язвенная болезнь	1. Сбор анамнеза 2. Пальпация живота (болезненность в подложечной, пилородуоденальной области) 3. Фракционное исследование желудочного сока 4. Ацидотест 5. Гастродуоденоскопия	1. Исследование кала на скрытую кровь 2. R-скопия и графия ЖКТ с барием 3. Копрологическое исследование с определением нейтральных жиров, жирных кислот, крахмала, мышечных волокон 4. Исследование мочи и крови на диастазу 5. Биохимический анализ крови (сахар, белок, фракции, холесте-

			рин, общие липиды) 6. Коагулограмма, тромбоциты, длительность кровотечения и время свертывания 7. Определение группы крови и резус-фактора
5	Хронический панкреатит	1. Сбор анамнеза 2. Пальпация живота, положительный синдром Боаса и др. 3. УЗИ поджелудочной железы 4. Моча на диастазу	1. Копрологическое исследование кала 2. Исследование крови на диастазу 3. Исследование суточной мочи на сахар 4. Б/химические исследования крови (в т.ч. ферменты)
6	Хронический гепатит	1. Сбор анамнеза 2. Объективное обследование (иктеричность кожи и слизистых оболочек, размеры и край печени, плотность консистенции) 3. УЗИ печени	1. Б/химическое исследование крови (белок и фракции прямой и непрямой билирубин, остаточный азот, мочевина, холестерин, общие липиды, тимоловая и сулемовая пробы, активность трансаминаз, альдолазы и амилазы) 2. Стандартный глюкозо-толерантный тест 3. Исследование мочи на жёлчные пигменты, уробилин, уробилиноген
7	Хронический энтероколит	1. Сбор анамнеза 2. Пальпация области толстого кишечника 3. Ректороманоскопия 4. Анализ кала на копрологию 5. Анализ кала на дисбактериоз	1. Ирригоскопия 2. Колоноскопия

Таблица 25

НЕФРОЛОГ

№п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимые обследования	Дополнительные обследования
1	Инфекция мочевыводящих путей	1. Анализ мочи общий 2. Анализ мочи по Нечипоренко 3. Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам 4. Проба по Зимницкому 5. Мазок из вагины и консультация гинеколога 6. УЗИ почек	1. Экскреторная урография
2	Хронический пиелонефрит	1. Анализ мочи общий 2. Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам 3. Проба по Зимницкому 4. Проба по Нечипоренко 5. УЗИ почек 6. Мазок из вагины и осмотр гинеколога 7. Осмотр окулиста (глазное дно) 8. Измерение АД	1. Экскреторная урография 2. Биохимический анализ крови (белок и белковые фракции, остаточный азот, мочевина, холестерин, общие липиды, Ca, P, Na, K, Cl) 3. Исследование суточной экскреции сахара, белка, аминоазота, фосфора, оксалатов, титруемых кислот, аммиака, Na, H, Cl, pH мочи 4. Цистоскопия и цистография 5. Инффузионная реография

3	Диффузный гломерулонефрит	1. Проба Мак–Клюра 2. Исследование диуреза (ежедневно) 3. Проба по Зимницкому 4. Проба по Каковскому–Аддису или по Нечипоренко 5. Исследование КЩС 6. В сыворотке крови белок и белковые фракции, остаточный азот, мочевина, холестерин, общие липиды, □-липопротеиды, Na, K, хлориды ДФА и CR3 7. Определение клиренса по креатинину 8. Иммунологические исследования: титры АС ЛО, АСТ, иммуноглобулины 9. Исследование суточной экскреции сахара, белка (с учётом ритма), аминоазота, фосфора, цистина, оксалатов, титруемых кислот, аммиака, Na, K, хлорида, pH мочи 10. Коагулограмма 11. ЭКГ, ФКГ 12. Исследование глазного дна	1. Исследование мочи на ВК 2. Экскреторная урография 3. Радиоизотопная ренография 4. Исследование крови на клетки красной волчанки и титр антинуклеарного фактора (при подозрении на коллагеноз)

		13. Определение сахара, глюкокортикоидов в крови и моче (при гормонотерапии	

Таблица 26

ЭНДОКРИНОЛОГ

№ п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимые обследования	Дополнительные обследования
1	Гинекомастия	Определение физического развития за последние 1 -2 г. Размеры тестикул и полового члена. Наличие вторичных половых признаков	1. Маммография в боковой проекции 2. R-графия кистей рук с лучезапястным суставом 3. Содержание 17-КС в суточной моче
2	Высокорослость	1. Снимок черепа 2. R-графия кистей рук 3. Осмотр окулиста 4. Осмотр невропатолога	1. Компьютерная томография
3	Преждевременное половое развитие	1. Снимок черепа 2. R-графия кистей рук 3. ЭЭГ	1. Компьютерная томография черепа 2. Определение концентрации гонадотропных гормонов 3. Определение половых гормонов
4	Задержка роста	1. R-графия кистей рук с лучезапястным суставом 2. Выявление степени отставания физического развития, полового развития и соответствие паспортного возраста биологическому	
5	Ожирение	1. Анализ крови на сахар 2. R-графия кисти с лучезапястным суставом 3. ЭКГ	1. Гликемическая кривая с нагрузкой 2. Снимок турецкого седла

6	Эндемическое увеличение щитовидной железы I–II ст., эндемический зоб (III ст.), диффузный токсический зоб, эутиреоидное увеличение щитовидной железы II–III ст.	1. Определение формы, размеров, консистенции и функциональное состояние щитовидной железы 2. Общий анализ крови	1. ЭКГ 2. Определение С.Б.Й., 3. Обследование с J «131»
7	Увеличение вилочковой железы	1. Анализ крови 2. R-снимок вилочковой железы	
8	Нарушение толерантности к глюкозе; классы риска по сахарному диабету	1. Определение сахара в крови 2. Определение сахара в моче	1. Определение ОТТГ (тест на толерантность глюкозы внутрь) с нагрузкой глюкозой из расчёта 1,75 г/кг массы тела
9	Сахарный диабет	1. Анализ крови на сахар 2. Анализ мочи на сахар 3. Анализ мочи на ацетон 4. Осмотр окулиста 5. Осмотр невропатолога	1. Определение холестерина 2. Определение сахара и ацетона в 3-порционном глюкозурическом профиле 3. Определение кетоновых тел
10	Изолированное развитие вторичного оволосения	1. Определение массы и длины тела 2. Осмотр гинеколога 3. Определение степени аксилярного и лобкового оволосения 4. R-графия кистей с лучезапястным суставом	1. Обзорный снимок черепа 2. Определение 17-КС в моче
11	Задержка полового развития (конституциональная, у мальчиков)	1.Определение длины тела 2. Размеры тестикул 3. Размер полового члена 4. R-графия кистей с лучезапястным суставом	1. R-графия турецкого седла 2. Определение концентрации половых гормонов в моче
12	Крипторхизм	Определение длины и массы тела, состояние паховых каналов и	1. Гинекография (при подозрении на брюшную форму)

		наружных паховых колец, развитие мошонки и полового члена. Наличие полового оволосения	
13	Неполные формы преждевременного полового развития: а) изолированное развитие молочных желёз; б) преждевременное половое созревание	Консультация гинеколога Определение роста и массы тела, степень развития гениталий и вторичных половых признаков. R-графия кистей с лучезапястным суставом	1. R-графия кистей с лучезапястным суставом 2. Обзорный снимок черепа 1. Обзорный снимок черепа 2. Компьютерная томография черепа 3. ЭЭГ 4. Определение гонадотропных и половых гормонов в моче

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В эндемических областях и зонах радиоактивного загрязнения эндокринолог должен участвовать в профилактических осмотрах детей декретированных возрастов.

Таблица 27

ПСИХИАТР

№п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимые обследования	Дополнительные обследования
1	Задержки психического развития (олигофрения, педагогическая запущенность)	Осмотры генетика, психолога, исследование глазного дна, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ	R-снимок черепа, РЭГ
2	Астенические состояния, невротические, неврозоподобные расстройства	Углубленный педиатрический осмотр, ЭЭГ	Инструментальные и лабораторные исследования, ЭХО-ЭГ, РЭГ, исследование глазного дна, R-снимок черепа

3	Психоорганические синдромы, расстройства формирования личности, психопатоподобные расстройства, реактивные состояния, психозы	Осмотр психолога, ЭЭГ	ЭХО-ЭГ, РЭГ, исследования глазного дна
4	Аффект респираторные состояния, эпилептиформный синдром (судорожный), эпилепсия	Осмотр психолога, ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ, исследование глазного дна, R-снимок черепа	Компьютерная томография. Клинико-лабораторные исследования

Таблица 28

АЛЛЕРГОЛОГ

№п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимые обследования	Дополнительные обследования
1	Поллиноз (риноконъюнктивальный синдром, аллергический ринит, аллергический конъюнктивит)	1. Анамнез семьи и ребёнка 2. Определение общего состояния ребёнка 3. Наличие клинических проявлений, особенно в весенне-летние периоды 4. Клинический анализ крови, общий анализ мочи 5. Рентгенологическое исследование придаточных пазух носа 6. Осмотр оториноларинголога 7. Осмотр окулиста	R-снимок черепа, РЭГ
2	Бронхиальная астма Астматический бронхит	1. Анамнез семьи и ребёнка (выявление наследственного предрасположения) 2. Общее состояние ребёнка (физикальные изменения в	Проба с различными аллергенами

		лёгких, наличие функциональных сдвигов со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой системы) 3. Состояние кожи 4. Клинический анализ крови 5. Анализ мочи 6. R-графия грудной клетки 7. Осмотр пульмонолога	
3	Аллергодерматозы (атопический дерматит, экзема, нейродермит)	1. Анамнез семьи и ребёнка 2. Анализ крови клинический 3. Общий анализ мочи 4. Анализ кала на гельминты 5. Осмотр дерматолога 6. Осмотр невропатолога 7. Осмотр гастроэнтеролога	1. Обследование желудочно-кишечного тракта 2. Проба с различными аллергенами 3. Иммунологическое исследование

Таблица 29

ДЕРМАТОЛОГ

№п/п	Наименование отклонений и заболеваний	Необходимые обследования	Дополнительные обследования
1	Псориаз	1. Определение общего состояния ребёнка с выявлением характера высыпаний, распространённости и активности процесса 2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов 3. Консультация аллерголога, невропатолога	Другие виды обследований — по показаниям

2	Витилиго	1. Оценка общего состояния с уточнением локализации 2. Наследственность 3. Клинический анализ крови, анализ мочи, кала на яйца глистов 4. Консультации эндокринолога, психоневролога	Другие виды обследований — по показаниям
3	Пиодермиты хронические, рецидивирующие, юношеские угри (все формы)	1. Оценка общего состояния ребёнка с выявлением характера распространённости и активности процесса 2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глистов, анализ крови на сахар, анализ мочи на сахар, посев крови на стерильность	Кал на биоценоз — по показаниям Иммунологическое, аллергологическое исследование — по показаниям Обследование желудочно-кишечного тракта
4	Аллергодерматозы (атопический дерматит, экзема, нейродермит)	См. раздел «Аллерголог»	
5	Хейлиты	1. Клинический анализ мочи 2. Анализ кала на гельминты	Аллергологическое, иммунологическое и другие виды исследований — по показаниям
6	Чесотка	1. Клинический анализ крови 2. Общий анализ мочи 3. Анализ кала на гельминты 4. Обнаружение чесоточного клеща	Другие исследования — по показаниям Подросткам с 15 лет — серологическое обследование на сифилис

РАЗДЕЛ V
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

Наиболее важными критериями оздоровительной эффективности в условиях загородного оздоровительного учреждения являются увеличение функциональных (резервных) возможностей организма. С этой целью проводится оценка функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем – основных энергообеспечивающих систем организма и оценка физической работоспособности.

5.1. Функциональное состояние дыхательной системы

Оценка функционального состояния дыхательной системы проводится с помощью проведения дыхательных проб – проба Штанге (задержка дыхания на вдохе) и проба Генчи (задержка дыхания на выдохе), а также на основании показателей жизненной емкости легких. Наклонность к головокружению является противопоказанием для проведения проб с задержкой дыхания.

Проба Штанге (задержка дыхания на вдохе)

Методика проведения: в положении сидя или стоя ребенок должен сделать три глубоких вдоха и выдоха через рот, а на высоте четвертого глубокого вдоха, с зажимом на носу и закрытым ртом, задержать дыхание и оставаться в таком состоянии максимально возможное время. Время задержки дыхания регистрируется секундомером.

Проба Генчи (задержка дыхания на выдохе)

Методика проведения: в положении сидя или стоя ребенок должен сделать три глубоких вдоха и выдоха через рот, а на высоте четвертого глубокого выдоха, с зажимом на носу и закрытым ртом, задержать дыхание и оставаться в таком состоянии максимально возможное время до появления неприятных ощущений. Время задержки дыхания регистрируется секундомером.

Таблица 30

Ориентированные показатели пробы Штанге (1) и Генчи (2) (сек.)

Возраст, лет	мальчики		девочки	
	1	2	1	2
5	24	12	22	12
6	30	14	26	14
7	36	14	30	15
8	40	18	36	17
9	44	19	40	18
10	50	22	50	21
11	51	24	44	20
12	60	22	48	22
13	61	24	50	19
14	64	25	54	24
15	68	27	60	26
16	71	29	64	28

Дыхательные пробы рекомендуется повторить после небольшого отдыха в течение 3-5 минут три раза. Учитывается максимальное время задержки дыхания.

Спирометрия

Метод определения жизненной емкости легких. При определении ЖЕЛ испытуемый, находясь в положении стоя или сидя, делает максимальный вдох, быстро зажимает нос и медленно выдыхает весь воздух через мундштук в спирометре. Измерения с некоторыми промежутками времени повторяют 2-3 раза и отмечают максимальный результат. Полученную величину ЖЕЛ сравнивают с должной. Патологическими считаются отклонения в сторону уменьшения, превышающие должные величины на 15-20%.

Жизненная емкость легких – это максимальный объем воздуха, который может выдохнуть ребенок после максимального вдоха.

Методика проведения: в положении сидя ребенок должен сделать после максимального вдоха максимальный выдох через рот в воронку спирографа (при исключении носового дыхания). Проба повторяется три раза после отдыха в течение 2-3 минут. Во внимание берется максимальный показатель, который сравнивается с нормативным (допустимые колебания возможны в пределах 20%). Номограммы по определению ЖЕЛ представлены в Приложениях…

5.2. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы

Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы и определения резервных возможностей организма используются многочисленные функциональные пробы. Наиболее простыми доступными и физиологичными являются ортостатическая проба, проба с дозированной физической нагрузкой и определение «двойного произведения».

Ортостатическая проба

Проводится измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД) при перемене положения тела ребенка из горизонтального в вертикальное. Данная проба характеризует вегетативную реактивность организма.

Методика проведения: после трехминутного лежания на спине определяется ЧСС и АД. Затем обследуемый быстро встает и сразу повторяют измерения в положении стоя. При этом пульс целесообразно подсчитывать за 10 сек. чтобы избежать нивелирования динамики ЧСС за 1 мин.

Обычно при переходе в вертикальное положение частота пульса возрастает не менее чем на 10% и не более чем на 20% (на 5-10 ударов), систолическое АД повышается на 5-10 мм рт.ст., а диастолическое АД практически не меняется. Неблагоприятной реакцией считается учащение пульса более 10 ударов и снижение АД. Отсутствие динамики показателей говорит о дисбалансе вегетативной регуляции (повышение вагусной или снижение симпатической активности).

Таблица 31

Оценка индексов ортостатической пробы

Учащение ЧСС в мин	**Изменение систолического артериального давления**										
	увеличение						уменьшение				
	+10	+8	+6	+4	+2	0	-2	-4	-6	-8	-10
0 – 4	100	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50
5 – 8	95	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45
9 - 12	90	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40
13 – 16	85	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35
17 – 20	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30
21 – 24	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25
25 – 28	70	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20
29 – 32	65	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15
33 – 36	60	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10
37 – 40	55	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5
41 – 44	50	45	40	35	30	25	20	15	10	5	0

Для более точной оценки результатов ортостатической пробы используется метод индексов. При этом учащение пульса не более чем 4 уд/мин и прирост систолического АД не более 10 мм рт.ст. принимается за индекс, равный 100 (нормальная реакция).

Наилучшими индексами считаются 100 – 85, допустимыми – 84 – 75 и худшими – 74 – 60. Увеличение индекса в процессе динамического наблюдения свидетельствует о тренирующем влиянии двигательного режима в загородном оздоровительном учреждении.

Учащение пульса за 1 минуту менее 16 - хороший результат от 16 до 20 - средний, более 20 - ниже среднего результата.

Нагрузочные пробы

Пробы с физической нагрузкой дают более точное представление об уровне функционального состояния сердечно-сосудистой системы, позволяют выявить степень тренированности организма, дать оценку резервных возможностей кардиореспираторной системы и всего организма, позволяют судить о пределе функциональной способности системы кровообращения. Кроме того, с помощью нагрузочных проб можно дать прогностическую оценку и охарактеризовать результаты проведенных реабилитационных и оздоровительных мероприятий. Более точными и информативными являются пробы с дозированными физическими нагрузками, однако для их проведения необходимы определенные условия: наличие ступеньки для проведения «степ-теста», велоэргометра или тредмила.

В повседневной практике чаще всего используют простую, не требующую дополнительной аппаратуры, пробу с физической нагрузкой, предложенную Н.А. Шалковым, либо пробу Мартинэ-Кушелевского.

Проба Шалкова

Перед проведением пробы определяют «условно базальные» показатели частоты пульса, дыхания, артериального давления. К выбору нагрузки подходят дифференцированно в зависимости от состояния ребенка. В условиях загородного оздоровительного учреждения при отсутствии явных признаков поражения сердечно-сосудистой системы проводят пробу № 6: 20 глубоких приседаний на полу за 30 сек., или подъем на 30 ступенек лестницы, или 60 подскоков на высоту 3 – 4 см в течение 30 сек. Наиболее часто используются приседания.

Методика проведения: после 3 – 5 мин. Отдыха в положении сидя у обследуемого считают пульс и измеряют АД. Пульс считают каждые 10 сек., пока не получат подряд 2 – 3 одинаковые цифры, выполняют нагрузку. Глубоко приседая, тестируемый выбрасывает руки вперед и разгибает пальцы, а выпрямляясь, сгибает руки в локтевых суставах и сжимает пальцы в кулаки. При приседании громко считает, чем исключается задержка дыхания.

Во время выполнения пробы необходимо следить за сохранением стандартных условий выполнения нагрузки. Закончив приседания, испытуемый садится, у него подсчитывают пульс и измеряют АД, повторно те же измерения проводят через 3, 5 мин. После нагрузки; если через 5 мин. Не произошло возвращения пульса к исходной величине, то продолжают регистрировать ЧСС и АД также и через 8 и 10 мин после окончания нагрузки.

В ходе выполнения нагрузки, в период восстановления отмечают изменение окраски лица, появление одышки, дрожания конечностей, по-

тоотделения и других признаков, характеризующих проявление внешних признаков утомления.

Оценку одномоментной функциональной пробы производят по реакции пульса, артериального давления, анализируют изменения величин ударного объема (УО) и минутного объема кровообращения (МОК) на нагрузку, а также время восстановления показателей до исходного уровня. Ударный объем косвенно оценивают по пульсовому давлению (разница между систолическим и диастолическим артериальным давлением). Величину минутного объема вычисляют по формуле Эрлантера—Гукера (произведение частоты пульса и пульсового давления). Обычно все показатели заносят в таблицу:

Таблица 32

Проба с дозированной физической нагрузкой №___

Время	ЧСС	ЧД	АД	ПД	МОК
До нагрузки					
После нагрузки					
Через 3 мин					
Через 5 мин					
Через 8 мин					
Через 10 мин					

Практическое отсутствие изменений минутного объема кровообращения говорит о выборе неадекватно низкой нагрузки для ребенка

Проба Мартинэ-Кушелевского

В качестве нагрузки ребенку предлагают сделать 20 глубоких приседаний за 30 сек. Проводится регистрация ЧСС, АД перед выполнением нагрузки, после выполнения нагрузки и на 3 и 5 минутах восстановительного периода. (Также при проведении данной пробы возможна регистрация только ЧСС).

«Степ-тест» (подъем на ступеньку)

Эта проба проста, доступна, физиологична, так как соответствует естественным движениям ребенка и, кроме того, легко воспроизводима. «Степ-тест» можно использовать как стандартный вариант нагрузки или как нагрузку растущей мощности (непрерывная многоступенчатая проба). Для проведения пробы удобнее пользоваться моделью ступеньки с меняющейся высотой. Нужную высоту ступеньки для каждого испытуемого подбирают с учетом длины ноги, чтобы создать наиболее физиологические условия для движений ребенка при подъемах и спусках.

Таблица 33

Высота ступеньки в зависимости от длины ноги

Длина ноги (см)	53	55	58	60	62	65	67	70	72
Высота ступеньки (см)	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Число подъемов на ступеньку в минуту устанавливают делением работы за одну минуту на работу, затрачиваемую при подъеме и спуске на ступеньку и определяемую по формуле:

W = 1,3 Phn (кГм/мин), где

1,3 – коэффициент, учитывающий работу при спуске со ступеньки;
P - масса тела испытуемого (в кг);
h - высота ступеньки (м);
n - число подъемов на ступеньку в 1 мин.

Возможно использовать следующую нагрузку: восхождение на ступеньку в течение 2 мин. с частотой 30 подъемов в одну минуту.

Порядок подъемов и спусков на ступеньку четырехтактный: с первым ударом метронома (или счета) на ступеньку ставится левая нога, со вторым – правая, с третьим – левая нога спускается на пол, с четвертым – правая. Нагрузка продолжается 3-5 мин.

Оценка результатов нагрузочных проб проводится:

1. по степени изменения частоты сердечных сокращений, дыхания и показателей АД сразу же после нагрузки;
2. по времени возвращения показателей к исходным величинам.

Адекватной реакцией на нагрузку считается такая, при которой отсутствуют одышка, утомляемость и слабость, учащение пульса не превышает 25-30 % (до50%) по отношению к исходной величине, дыхания – на 4-6 дыханий в мин., максимальное артериальное давление повышается на 5-10 мм, минимальное не изменяется или снижается на 5 мм рт ст. Величина минутного объема увеличивается на 30-50 %, возвращение всех показателей к исходным наблюдается в течение первых 2- 3 мин.

При неадекватной реакции на нагрузку отмечается учащение пульса более 30-50 % от исходного, значительное учащение дыхания (видимая на глаз одышка); увеличение систолического давления – более чем на 15 мм рт.ст., либо - его снижение; увеличение диастолического давления – более 10 мм рт.ст. В результате этого ударный объем снижается. Минутный объем кровообращения увеличивается незначительно, причем не за счет пульсового давления, а за счет нарастания частоты пульса. Восстановительный период для анализируемых признаков может превышать 10 мин.

«Двойное произведение»

Эта эмпирическая величина дает косвенное представление о экономичности функционирования сердечно-сосудистой системы.

Определяется по формуле:

$$\frac{\text{ЧСС (в покое) х АД сист. (в покое)}}{100}$$

Методика проведения: ребенок лежит на кушетке в спокойном состоянии 2-3 мин., после чего у него определяют ЧСС, измеряют АД, затем по формуле рассчитывают «двойное произведение» и сравнивают с нормативными показателями.

Таблица 34

Возраст	Выше среднего	Среднее	Ниже среднего
3	85	100	116
5	85	100	115
6	81	95	105
7	80	92	100
8	76	89	98
9	73	86	95
10	70	88	100
11	70	86	99
12	77	86	99
13	73	85	90
14	74	86	91
15	75	87	93
16	76	88	94
17	75	86	90

5.3. Определение общей физической работоспособности

По мнению многих ученых понятие «физическое развитие» включает не только морфологические особенности строения и размеров тела, но и функциональные возможности организма. Изучение и определение физической работоспособности необходимо для представления о состоянии здоровья, оценки социально-гигиенических и социально-экономических условий жизни детей. Определение физической работоспособности позволяет количественно оценить уровень здоровья здорового ребенка, функциональных возможностей различных систем организма, степень тренированности ребенка, реакции растущего организма в процессе его адаптации к условиям обучения и воспитания.

Термин **«физическая работоспособность»** (PWC - physical working capacity) обозначает потенциальную способность человека проявить максимум физического усилия в статической, динамической или смешаной работе. В общем виде величина физической работоспособности прямо пропорциональ-

на количеству внешней механической работы, которую человек способен выполнить с высокой интенсивностью. Физическая работоспособность выражается количеством работы (в килограммометрах в минуту), которая выполняется при заданной частоте сердечных сокращений. Физическую работоспособность принято обозначать PWC. PWC_{170} – возможная мощность работы, которую может выполнить испытуемый при ЧСС 170 ударов в мин. выбор такой частоты сердечных сокращений связан с тем, что при ней сохраняются оптимальные условия для работы сердца. При исследовании физической работоспособности детей младшего школьного возраста и ослабленных чаще определяют PWC_{150}.Наибольшее распространение получили пробы с субмаксимальными физическими нагрузками. При этих пробах физическая работоспособность выражается количеством работы, которая производится при заданном ритме сердечных сокращений: 170 в мин. (PWC_{170}) или 150 в мин. (PWC_{150}).

Проба предусматривает выполнение испытуемым не менее двух нагрузок растущей мощности. Первую нагрузку принято давать из расчета 1 Вт/кг массы тела (6,12 кГм/мин на 1 кг), вторую – 2 Вт/кг (12,24 кГм/мин на 1 кг). Нагрузка должна быть такой, чтобы разница в ЧСС между первой и второй нагрузками была около 40 ударов в минуту.

Проба проводится на велоэргометре. После 10-15-минутного отдыха у испытуемого определяется АД и ЧСС. Ребенок удобно садится на велоэргометр и делает несколько оборотов педалей, чтобы освоить характер движений в нужном ритме (50-60 оборотов в мин.), перед этим подбирается оптимальная высота седла с учетом длины ног. После окончания разминки ребенок 2-3 мин. отдыхает, сидя на велоэргометре, за это время пульс достигает исходных значений. Далее ребенок выполняет первую нагрузку в течение 5 минут. ЧСС подсчитывается в последние 10 сек. работы на лучевой артерии, или аускультативно с помощью фонендоскопа, или при регистрации ЭКГ.

Следующий этап работы начинают лишь при достижении исходных значений пульса (через 3-5 мин. отдыха). Если тахикардия после первой нагрузки сохраняется длительно, вторую нагрузку в этот день испытуемому не дают, повторное исследование проводят на второй день. Пробу прекращают и тогда, когда во время проведения пульс у тестируемого ребенка достигает 150-170 ударов в мин. уже при первой нагрузке. В этом случае необходимо выяснить, действительно ли первая нагрузка является для ребенка такой значительной или это в большей мере связано с непривычностью работы, эмоциональным возбуждением и т.д.

Физическая работоспособность по PWC_{170} рассчитывается по формуле, предложенной В.Л. Карпманом:

$$PWC_{170} = N1 + (N2 - N1)\frac{170 - f1}{f2 - f1} \times \quad \text{, где}$$

N1 – мощность работы на первом этапе нагрузки (кГм/мин);
N2 – мощность работы на втором этапе нагрузки (кГм/мин);
f1 - ЧСС в конце первой нагрузки (ударов/мин.);
f2 - ЧСС в конце второй нагрузки (ударов/мин.);

Для проведения пробы PWC $_{170}$ можно использовать и «степ-тест», который проводится аналогично. Физическую работоспособность можно рассчитывать как по формуле, предложенной В.Л. Карпманом, так и по формуле Л.И. Абросимовой, В.Е. Карасик:

$$PWC_{170} = \frac{\text{170-ЧСС покоя}}{\text{ЧСС нагрузки-ЧСС покоя}} \text{ x N нагрузки , где}$$

N = Phn, где P – вес ребенка (кг)
h – высота ступеньки (см)
n – число подъемов на ступеньку в 1 мин.

Таблица 35

Физическая работоспособность детей (кгм/мин.) по PWC 150-170 методом велоэргометрии

Возраст, лет	Мальчики	Девочки
5	195	150
6	200	175
7	250	210
8	300	240
9	370	310
10	420	340
11	495	360
12	550	420
13	650	450
14	730	440
15	740	445
16	850	450
17	890	470

Важным показателем, свидетельствующим о росте функциональных возможностей ребенка, является положительная динамика физической подготовленности, улучшение результатов тестовых упражнений.

РАЗДЕЛ VI
ВРАЧЕБНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Врачебная профессиональная консультация является ведущей формой проведения МПО, в процессе которой основная задача врача-педиатра состоит в определении степени риска прогрессирования отклонений в состоянии здоровья консультируемого подростка и разработке конкретных рекомендаций по выбору профессии или специальности, формы обучения и рациональному трудоустройству.

Врачебно-профессиональная консультация является необходимым элементом медицинского обслуживания детей и подростков на протяжении всего периода школьного и профессионального обучения. На каждом этапе педиатр решает задачи, соответствующие возрасту консультируемого подростка и потребностям данного этапа. Условно выделяются следующие этапы проведения ВПК:

- начальный этап — индивидуальное консультирование школьников 4-8 классов в процессе формирования профессионального самоопределения;
- этап выбора профессии при завершении неполного (9 класс) или полного среднего образования (10-11 класс);
- этап профессионального обучения.

В ходе проведения всех этапов врачебно-профессионального консультирования в зависимости от выявленных нарушений состояния здоровья подростка определяются индивидуальные ограничения профессиональной пригодности к воздействию отдельных профессионально-производственных факторов, профессиям и видам деятельности.

Под профессиональной пригодностью (по медицинским показаниям! понимается наиболее полное соответствие функциональных возможностей организма требованиям, предъявляемым профессиями, как в плане охраны функционально неполноценного органа или системы, так и в плане преимущественного использования наиболее развитых функций Профессионально пригодным следует считать подростка, способного успешно освоить профессию и работать в ней без ущерба для здоровья.

Основой ВПК являются профилактические осмотры подростков, проводимые в 10-ти, 12-ти, 14-ти, 15-ти, 16-ти и 17-летнем возрасте, позволяющие выявлять ранние отклонения в физическом развитии и состоянии здоровья и своевременно проводить их коррекцию и лечение, а в необходимых случаях устанавливать возможные ограничения по медицинским показаниям для определенных видов трудовой деятельности, т.е. устанавливать профессиональную пригодность.

Для полноценного осуществления ВПК врач должен знать:

- морфофункциональные особенности подросткового возраста, обуславливающие своеобразие реакций организма подростка на

различные профессионально-производственные факторы;

- особенности течения функциональных нарушений и хронических заболеваний в подростковом возрасте;
- объем медицинского освидетельствования подростка, необходимый для вынесения заключения о профессиональной пригодности;
- условия труда и основные профессионально-производственные факторы, характерные для массовых профессий, их влияние на организм;
- законодательство по труду подростков;
- основные регламентирующие и методические документы по проведению врачебного профессионального консультирования.

При проведении профконсультирования врачу-педиатру необходимо составлять заключение и рекомендации, опираясь на следующие принципы:

1) минимальное ограничение возможности получения профессионального образования и трудоустройства при максимальной охране здоровья

2) обязательный учет анамнестических сведений, данных текущей обращаемости за медицинской помощью, результатов профилактических осмотров и дополнительных обследований подростка по показаниям,

3) комплексную оценку функционального состояния всех органов и систем с обязательным использованием функциональных проб при выявлении функциональных расстройств, характерных для подросткового возраста;

4) уточнение формы, стадии и степени активности процесса и функциональной недостаточности органа или системы при обследовании подростка, страдающего хроническими заболеваниями и функциональными нарушениями;

5) решение вопросов профессиональной ориентации только по завершении активного патологического процесса и оценки эффективности лечения.

Врач-педиатр должен руководствоваться следующими положениями:

- при определении профессиональной пригодности больных с хроническими заболеваниями и анатомическими дефектами решающее значение имеет не столько сам диагноз, сколько особенности течения патологического процесса, функциональное состояние органа или системы, компенсаторные возможности организма; кроме того должен быть учтен весь комплекс воздействующих профессионально-производственных факторов в период профессионального обучения и последующей работы;

- в тех случаях, когда болезнь склонна к прогрессированию, следует предусмотреть максимальные ограничения воздействия неблагоприятных профессионально-производственных факторов. В случаях, когда патологический процесс закончился, но оставил после себя те или иные последствия, ограничения будут зависеть от степени компенсации функций или дефекта;
- характерные для подросткового возраста функциональные нарушения под влиянием факторов производственной среды и трудового процесса могут приобретать стойкий характер или прогрессировать, переходить в хроническое патологическое состояние;
- необходимо принимать во внимание, что патологический процесс снижает общую резистентность организма, способствует более быстрому и неблагоприятному воздействию производственных факторов которое в свою очередь вызывает ухудшение течения основного заболевания, а также может приводить к развитию других отклонений в состоянии здоровья;
- при тяжелых анатомических дефектах, хронических заболеваниях с выраженными нарушениями функций различных органов и систем организма следует рекомендовать индивидуальное обучение и работу в специально созданных условиях или на дому.

При проведении профессиональной консультации врач-педиатр должен обосновать и разъяснить консультируемому свои рекомендации по выбору профессии и рациональному трудоустройству, а также проинформировать подростка, что при достижении 18 лет при приеме на определенные виды работ на него будут распространяться требования к проведению предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентов допуска к профессии. Новый перечень работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические осмотры (обследования) изложен в приложении № 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.08.04 №83.

Подросток должен знать, что при поступлении в некоторые учебные заведения (систем Министерства внутренних дел, Министерства обороны, ФСБ, МЧС, гражданской авиации, железнодорожного транспорта, речного и морского транспорта и др.) он будет проходить медицинское освидетельствование с повышенными требованиями к состоянию отдельных органов и систем организма.

Педиатрам и врачам-специалистам для решения экспертных вопросов о профессиональной пригодности (по состоянию здоровья) при профилактических осмотрах, проводимых в объемах, предусмотренных стандартами (приказы МЗ РФ № 60 от 14.03.95. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» и №

151 от 07.05.98. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям»), необходимо уделять внимание особенностям протекания некоторых функциональных нарушений и хронических заболеваний в подростковом возрасте.

• **Педиатру** следует обратить особое внимание на нередко встречающиеся у подростков варианты развития и функциональные отклонения сердечно-сосудистой системы и дать им правильную диагностическую оценку, так как они могут быть причиной ограничения профессиональной пригодности. Осмотр педиатра предусматривает раннее выявление как транзиторных функциональных нарушений органов кровообращения, так и органической патологии, а кроме того соответствующую дифференциальную диагностику выявленных изменений. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы целесообразно использование простых функциональных проб с физической нагрузкой (например, пробы Мартинэ), позволяющих в определенной степени прогнозировать возможности освоения профессий, связанных с физической тяжестью трудового процесса. Легкая степень вегетативно-сосудистой лабильности является физиологической для подросткового возраста, поэтому при оценке состояния вегетативной нервной системы необходимо отметить степень выраженности акроцианоза, дермографизма, проксимального и дистального гипергидроза, наличие гипотермии кожи кистей, выраженную лабильность пульса и артериального давления. Для оценки состояния вегетативной нервной системы целесообразно применение соответствующих проб (ортостатической, клиноортостатической, пробы Ашнера). Критерием для отнесения выявленных отклонений к норме или патологии чаще всего служит степень количественной и качественной их выраженности, а также стойкость вегетативных расстройств.

• **Неврологу** (психоневрологу) необходимо обратить внимание на функциональное состояние центральных и периферических отделов нервной системы, а также вегетативную регуляцию. При анализе анамнестических данных следует учитывать наличие синдромов, указывающих на вегетативно-сосудистую дисфункцию и различные сомато-вегетативные нарушения (головные боли, головокружения, обмороки, наклонность к ортостатическим реакциям при перемене положения тела, утомляемость, нарушения настроения и т.д.). При наличии органических заболеваний центральной нервной системы и их последствий, а также остаточных явлений черепно-мозговых травм следует оценить выраженность ликвородинамических нарушений и цереброастенических проявлений, локализацию, степень и динамику нарушений функций органов движения, состояние интеллекта. Эти показатели являются основными критериями для решения экспертных вопросов при проведении врачебно-профессионального консультирования и определения профессиональной пригодности.

• **Хирургу (ортопеду)** следует уделить внимание состоянию костно-мышечной системы: характеру осанки и телосложения, состоянию позвоночника, симметричности частей тела, форме грудной клетки, плечевого пояса, живота, стоп, состоянию мышечного тонуса, оценить объем движений в крупных и мелких суставах, возможное наличие контрактур. Следует также обратить внимание на особенности патологии, характерной для подросткового возраста, — остеохондропатии (юношеский остеохондроз). Необходимо своевременно выявить болезнь Шлаттера (болезнь Шлаттера-Осгуда — юношеский остеохондроз бугорка большеберцовой кости), болезнь Келера (первичный юношеский остеохондроз пателлярного центра), болезнь Келера юношеский остеохондроз ладьевидной кости предплюсны), болезнь Пертеса (болезнь Легта-Кальве-Пертеса — юношеский остеохондроз головки бедренной кости), болезнь Кинбека (юношеский остеохондроз полулунной кости запястья) и другие хондропатии.

Существенным моментом является оценка состояния мошонки; семенных канатиков, пахового и пупочного колец, сосудистой сиси мы нижних конечностей, т.к. патология этих органов может явиться причиной ограничений профессиональной пригодности.

• **Офтальмологу** необходимо проверить рефракцию, остроту зрения (вдаль и вблизи), состояние глазного дна, цветоощущения, полей зрения, бинокулярности, наличие косоглазия, нистагма, птоза и другой видимой глазной патологии. При необходимости в зависимости от сложности выявленной патологии и выбираемых профессий и специальностей рекомендуется дополнительное углубленное исследование состояния зрительного анализатора.

• **Отоларингологу** следует оценить состояние слизистой оболочки носоглотки, носового дыхания, провести отоскопию, определить остроту слуха (на каждое ухо в отдельности).

При снижении восприятия шепотной речи обязательна проверка слуха на разговорную речь с последующим детальным исследованием слуховой функции камертонами или тональным аудиометром. По показаниям; в частности, при жалобах на головокружения и в зависимости от выбираемой профессии и специальности следует проводить дополнительные исследования вестибулярного аппарата — пробу на кресле Барани.

• **Гинеколог** должен обратить внимание на характер становления менструальной функции у девушек и наличие заболеваний, характерных для подростковой популяции.

Необходимо учитывать выраженные нарушения менструального цикла при решении вопросов о профессиональной пригодности девушек к профессиям, связанным с тяжелым физическим трудом длительной ходьбой и вынужденной позой, вибрацией, вредны: химическими веществами,

ионизирующим и неионизирующим излучением, неблагоприятным микроклиматом.

При решении экспертных вопросов о профпригодности подростков в связи с отклонениями в состоянии здоровья при необходимости проводятся дополнительные исследования. В зависимости от показаний юноши и девушки должны быть проконсультированы врачами- специалистами: эндокринологом, дерматологом, урологом, кардиолог (ревматологом), фтизиатром, онкологом, гематологом и др., проведено соответствующее лабораторно-инструментальное обследование.

Перечни медицинских противопоказаний

Заключения рекомендательного характера о профпригодности, выносимые врачами-педиатрами в процессе профессионального консультирования, могут основываться на перечнях медицинских противопоказаний к обучению в учебных заведениях высшего, среднего и начального профессионального образования (1970-1986 гг.) перечнях профессий и специальностей профессионального образования, рекомендуемых подросткам с отклонениями в состоянии здоровья, а также на перечне общих медицинских противопоказаний, утвержденном приказом Минздравмедпромом № 90 от 14.03.1996 г.

При врачебно-профессиональном консультировании подростков, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями и анатомическими дефектами, можно использовать «Перечень показаний и противопоказаний к приему на обучение инвалидов III группы в средних профессионально-технических училищах, профессионально-технических училищах и технических училищах Государственного комитета СССР по профессионально-техническому образованию» и «Перечень медицинских показаний и противопоказаний к приему на работу и профессиональное обучение подростков с недостатками в умственном и физическом развитии».

При составлении всех перечней использованы научные данные о влиянии профессионально-производственных факторов на растущий организм подростка, санитарно-гигиенические характеристики условий и характера труда в каждой конкретной профессии, специальности и должности. Документы периодически пересматриваются в связи с появляющимися новыми профессиями и специальностями, изменениями условий труда и новыми данными о влиянии факторов производства на организм подростка и взрослого работника.

Перечни медицинских противопоказаний (перечни профессий и специальностей профессионального образования, рекомендуемых подросткам с отклонениями в состоянии здоровья) состоят из двух частей: перечня абсолютных и общих медицинских противопоказаний и основного перечня профессий (специальностей) профессионального образования, рекомендуемых подросткам с отклонениями в состоянии здоровья (перечня относительных противопоказаний).

В I часть каждого документа включены особо тяжелые формы хронической патологии, заболевания в период выраженных обострений, в активной фазе, в стадии декомпенсации функций, подлежащие интенсивному лечению и приводящие к утрате трудоспособности Профессиональное обучение и трудовая деятельность юношам и девушкам, страдающим такими тяжелыми формами указанных заболеваний, противопоказаны до улучшения состояния.

Во II часть каждого документа внесены заболевания, анатомические дефекты, функциональные расстройства и состояния, часто встречающиеся в подростковой популяции. По большинству нозологических форм и групп болезней в перечень включены по две статьи, из которых первая предусмотрена для случаев с тяжелым или сред. нетяжелым течением заболевания, а вторая — с легким. Приводимые в этих же разделах перечни профессий и специальностей, наиболее адекватных состоянию здоровья подростков с той или иной патологией, носят рекомендательный (относительный) характер.

Экспертное решение — допуск подростка к профессиональному обучению (и труду) по конкретной профессии или специальности выносится врачом-педиатром (при участии врачей-специалистов) в зависимости от особенностей течения патологического процесса, фазы заболевания, его стадии, степени компенсации функциональных нарушений, а также характера приобретаемой профессии, условий обучения и прохождения производственной практики. Этот же раздел перечней целесообразно использовать врачам-педиатрам на этапе профессионального консультирования при подборе наиболее подходящих профессий или специальностей подросткам с отклонениями в состоянии здоровья.

Во всех документах перечислены факторы производства, которые оказывают неблагоприятное влияние на течение конкретного заболевания и функционального расстройства, а также виды работ, которые могут быть опасны для лиц с той или иной патологией.

Организация медицинской профессиональной ориентации и врачебной профессиональной консультации

Проведение медицинской профессиональной ориентации и врачебной профессиональной консультации в школе осуществляется школьными врачами при участии педагогов и психологов. При отсутствии врачей в образовательных учреждениях проведение МПО и ВПК возлагается на участковых врачей-педиатров.

Рекомендации врача по вопросам целесообразности освоения подростком той или иной профессии или специальности в связи с состоянием здоровья должны основываться на данных профилактических медицинских осмотров юношей и девушек, проводимых в соответствии Инструкцией по проведению профилактических осмотров детей школьного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» и «Временными отраслевыми стандартами оказания медицинской помощи

детям». В объем обязательных обследований включены се необходимые методы, позволяющие решать экспертные вопросы. При оценке результатов проведенных осмотров врачу-педиатру следует учитывать данные предыдущих обследований и обращений за медицинской помощью, а также результаты дополнительных амбулаторных и стационарных исследований, осуществленных по поводу перенесенных заболеваний, сведения о проведенном лечении и его эффективности.

На ранних этапах ВПК по результатам профилактических осмотров детей, проводимых в 10 и 12 лет, задача врача-педиатра заключается выявления патологических отклонений и назначения лечебных и коррекционных мероприятий, направленных на их устранение и профилактику прогрессирования. В этом возрасте работа по индивидуальному врачебно-профессиональному консультированию проводится с детьми, имеющими выраженные анатомические дефекты, неустранимые хронические заболевания или необратимые расстройства функции. Родители таких детей должны быть проинформированы о состоянии здоровья ребенка и наличии нарушений, обуславливающих ограниченный выбор видов деятельности, профессий и специальностей. Этот факт должен учитываться родителями, педагогами, психологами и школьным врачом в процессе формирования профессиональных намерений подростка. Таких учащихся необходимо своевременно ориентировать на профессии и специальности, подходящие им по состоянию здоровья, тактично отвлекая их внимание от противопоказанных видов трудовой деятельности.

Наиболее ответственными этапами ВПК являются периоды окончательного формирования профессиональной направленности и завершения неполного общего среднего образования (9 класс) и полного общего среднего образования (10, 11 классы). В эти периоды важно своевременное проведение ВПК и чрезвычайно значима индивидуальная работа врача по подбору профессий и специальностей, отвечающим интересам, желаниям и способностям подростков, что особенно существенно для лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Квалифицированный совет врача и подбор соответствующих профессий или специальностей должен предшествовать окончательному профессиональному выбору подростка. В противном случае у юношей и девушек, страдающих хроническими заболеваниями и выраженными функциональными расстройствами, возникает психологическая травма при необходимости изменения своего решения в связи с медицинскими противопоказаниями.

Результаты врачебной профессиональной консультации, медицинские ограничения и рекомендации заносятся в специальный раздел Медицинской карты ребенка (форма № 026/у-2000) при проведении ВПК в декретированные возрастные периоды — в 10, 12, 14-15 лет (в 9 классе) в 16 и 17 лет (в 10-11 классах). В тех случаях, когда профессиональный выбор подростка еще не сформировался, в данном разделе Медицинской карты ребенка указываются противопоказанные профессионально — производственные факторы, а также факторы, ограничивающие круг выби-

раемых профессий или специальностей (приложения 11-12). Рекомендации по трудовому обучению заносятся в Медицинскую карту ребенка (форма № 026/у-2000) в раздел «Заключение по результатам профилактических осмотров».

В связи с тем, что документы Министерства здравоохранения и социального развития РФ регламентируют работу участкового врача-педиатра как единого врача, ответственного за здоровье ребенка до 18 лет, школьным врачам надлежит передавать всю медицинскую информацию о ребенке, в том числе и результаты врачебно-профессионального консультирования, участковым врачам-педиатрам в поликлиники по месту жительства школьника.

По завершении неполного или полного общего образования и поступлении на профессиональное обучение или на работу на каждого выпускника школы в территориальной детской поликлинике участковым педиатром и врачами-специалистами — хирургом, неврологом, офтальмологом, отоларингологом и др. заполняется Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение -форма 086/у). В документе указываются перенесенные заболевания и объективные данные о состоянии здоровья на момент обследования, в том числе результаты рентгеновского (флюорографического) и лабораторных обследований, и дается заключение о профессиональном пригодности к выбранной профессии.

При заполнении **Медицинской справки (форма 086/у)** допускается использование результатов профилактических осмотров, проведенных не ранее 6 мес. до момента заполнения документа. В тех же случаях, когда подросток является часто или длительно болеющим либо он перенес в течение последнего года обучения в школе тяжелые заболевания, травмы и операции, перед заполнением справки (форма 086/у) он подлежит медицинскому освидетельствованию.

В справку в обязательном порядке вносится наименование учебного заведения или места работы, куда представляется данный документ, а также выбранная подростком профессия или специальность. Подписывается Медицинская справка (форма 086/у) лицами, заполнившими этот документ, и главным врачом лечебно- профилактического учреждения.

Врачебное заключение о профессиональной пригодности подростка к выбранной им профессии или специальности выносится участковым врачом-педиатром и вписывается в соответствующий раздел (п. 12) Медицинской справки (форма 086/у) и в амбулаторную карту.

В тех случаях, когда устанавливается, что факторы производства, характерные для выбранной подростком профессии или специальности, могут оказать неблагоприятное влияние на течение имеющегося у него заболевания, об этом делается запись в Медицинской справке (форма 086/у). Врач в обязательном порядке консультирует подростка и ориентирует его на профессии, подходящие ему по состоянию здоровья, которые он может освоить и в дальнейшем успешно работать по ним.

В сложных и конфликтных случаях решения о профессиональной пригодности подростка к выбранной профессии или специальности должны приниматься клинико-экспертной комиссией детского лечебно-профилактического учреждения, в состав которой входят главный врач или его заместитель, заведующие отделениями, врачи-специалисты по профилю заболевания. Представляет данные о состоянии здоровья подростка участковый педиатр. В особо сложных случаях по ходатайству **клинико-экспертной комиссии** к решению вопросов профессиональной пригодности и трудоустройства привлекаются врачи специализированных лечебно-профилактических учреждений, по гигиене труда санитарно-эпидемиологической службы.

При проведении профессиональной консультации подросток должен быть предупрежден врачом, что по достижении 18 лет при поступлении на профессии, связанные с вредными условиями труда, он будет проходить медицинский отбор.

Зачисление в учреждения профессионального образования абитуриентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, осуществляется при участии врача, обеспечивающего медицинское обслуживание учащихся учебного заведения. Врач принимает решение на основании заключения, указанного в Медицинской справке (форма 086у), выданной в детской поликлинике по месту жительства абитуриента. В заключении должны быть указаны противопоказанные подростку профессионально-производственные факторы и определена его профессиональная пригодность к выбранной профессии. Врач данного образовательного учреждения контролирует качество и полноту заполнения Медицинской справки (формы 086у) и, в необходимых случаях, может настаивать на дообследовании абитуриента для уточнения диагноза и вынесения экспертного решения о его профпригодности к выбранной профессии.

Вопрос о приеме в учебные заведения профессионального образования абитуриентов, страдающих редко встречающимися заболеваниями, решается в индивидуальном порядке с привлечением врачей-специалистов с учетом особенностей течения патологического процесса, функциональных возможностей организма, условий обучения и дальнейшего труда.

Для подростков-инвалидов, поступающих в учебные заведения, круг доступных профессий и специальностей может быть расширен в тех случаях, когда обучение будет проводиться в специально созданных условиях, а в дальнейшем обеспечено рациональное трудоустройство, соответствующее состоянию здоровья.

Проведение врачебной профессиональной консультации подростков в возрасте до 18 лет, обучающихся в учреждениях начального и среднего профессионального образования, должны осуществлять врачи, обеспечивающие медицинское обслуживание учащихся данного образовательного учреждения и входящие в штат отделения организации медицинской по-

мощи детям и подросткам *в* образовательных учреждениях детских поликлиник по месту нахождения учебного заведения.

При проведении ВПК основная задача врача, осуществляющего медицинское обслуживание учащихся учреждений начального и среднего профессионального образования, заключается в подборе для подростка с отклонениями в состоянии здоровья оптимальной специализации, выборе места производственной практики и выработки рекомендаций по наиболее рациональному трудоустройству. Эта работа должна проводиться на всех этапах профессиональной подготовь подростка, с учетом возможных изменений состояния здоровья.

Рекомендации врача, обслуживающего подростков, обучающихся в учреждениях профессионального образования, должны основываться данных ежегодных профилактических осмотров учащихся, проводимых в учебных заведениях в соответствии с «Инструкцией по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» и «Временными отраслевыми стандартами оказания медицинской помощи детям». При профилактических осмотрах врач образовательного учреждения и врачи-специалисты должны направить усилия на раннее выявление признаков неблагоприятного влияния профессионально-производственных факторов, с которыми учащиеся могут иметь контакт процессе получения профессионального образования. Ухудшение состояния здоровья подростка в результате воздействия факторов производства может явиться противопоказанием к дальнейшему освоению выбранной профессии или специальности, В таких случаях профессиональный выбор учащегося нуждается в корректировании. Целесообразность перехода подростка на другую специальность, учебное отделение или в другое учреждение профессионального образования решается клинико-экспертной комиссией строго индивидуально,

При медицинском обследовании учащихся учебных заведений профессионального образования, направляемых на производственную практику, врачам надлежит руководствоваться действующим в настоящее время приложением 2 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 августа 2004 г. №83 (приложение 22 данного руководства). Согласно п. 20 этого приказа **«предварительные и периодические осмотры** проходят учащиеся образовательных организаций общего и профессионального образования перед началом и в период прохождения практики в организациях, работники которых подлежат медицинским осмотрам (обследованиям)».

Изменение условий и характера прохождения учащимся производственной практики проводится администрацией учебного заведения только на основании заключения врача образовательного учреждения или, в сложных и спорных случаях, на основании заключения клинико-экспертной комиссии лечебно-профилактического учреждения по месту постоянного наблюдения подростка.

Врачам, проводящим профессиональное консультирование учащихся учреждений профессионального образования перед окончанием учебного заведения, необходимо учитывать, что период адаптации к последующей профессиональной деятельности продолжается до 5 лет. За это время у молодого рабочего или специалиста может произойти хронизация функциональных расстройств или значительное прогрессирование заболевания. Врачу следует предусмотреть возможность такого течения патологических процессов при составлении рекомендаций по рациональному трудоустройству юношей и девушек.

Гигиеническое обучение по медицинской профессиональной ориентации

Гигиеническое обучение по медицинской профессиональной ориентации врач-педиатр должен проводить в виде групповых бесед со школьниками и их родителями, учащимися и студентами учреждений профессионального образования, привлекая к этой работе психологов и педагогов.

В качестве примерных лекций и бесед с подростками и их родителями могут быть рекомендованы следующие темы:

1. Здоровье и выбор профессии.
2. Профессионально-производственные факторы и их влияние на организм здорового и больного.
3. Значение правильного выбора профессии.
4. О требованиях, предъявляемых профессией к организму.
5. О медицинских противопоказаниях при различных отклонениях в состоянии здоровья.

В школе медицинскую профессиональную ориентацию следует включить в уроки «Обеспечение безопасной жизнедеятельности» (ОБЖ), анатомии человека, биологии и др. Преподавать этот раздел может школьный врач и учителя биологии, пользуясь соответствующими пособиями. При этом преподаватели и школьные психологи должны стремиться к расширению знаний учащихся о «мире профессий», т.к. представления современных школьников по этому вопросу чрезвычайно ограниченные. В учебных заведениях профессионального образования медицинскую профориентацию целесообразно преподавать в курсе ОБЖ. Проводить эту работу должен врач-педиатр, осуществляющий медицинское обслуживание учащихся и студентов данного учебного учреждения, преподаватели дисциплин по охране труда и технике безопасности, педагоги.

Оптимальный выбор профессии или специальности и рациональное трудоустройство юношей и девушек с отклонениями в состоянии здоровья следует рассматривать как эффективное средство профилактики общей и профессиональной заболеваемости, что имеет не только медицинское, но и важное социальное значение, так как обеспечивает более успешную адаптацию молодежи к трудовой деятельности, повышает ее социальную защищенность.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Вид деятельности	Дошкольники					Школьники										
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10 лет	4 кл.; 10-11 лет	5 кл.; 11-12 лет	6 кл.; 12-13 лет	7 кл.; 3-14 лет	8 кл.; 14-15 лет	9 кл.; 15-16 лет	10 кл.; 16-17 лет	11 кл.; 17-18 лет
ДОВРАЧЕБНЫЙ ЭТАП (СРЕДНИЙ МЕДРАБОТНИК)																
1.Анкетный тест, сбор анамнеза																
2. Соматометрия и физиометрия (определение длины и массы тела, ЖЕЛ, форсированной ЖЕЛ за 1 сек., мышечной силы кистей рук.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3.Измерение артериального давления	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4.Выявление нарушения осанки	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5.Выявление плоскостопия (плантография)			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6.Иследование остроты зрения			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7.Выявление предмиопии (тест Малиновского)				+	+	+	+									

8.Выявле-ние нарушений бинокулярного зрения (тест Рейнеке)				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
9.Выявле-ние скрытого косоглазия				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10. Исследование остроты слуха (шепотная речь)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
11.Выявле-ние протеинурии и глюкозурии с помощью лабораторных скрининг–тестов	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
12.Выявле-ние нарушений репродуктивного здоровья (анкетирование)										+		+		+	+	+
13.Подсчет числа острых заболеваний и обострений хронических болезней за учебный год	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
14.Оценка уровня физической подготовленности (тестирование проводит врачу-педиатру медицинская сестра совместно с преподавателем физкультуры	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
15.Оформление документации и передача данных доврачебного этапа	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
II.ВРАЧЕБНЫЙ ЭТАП																
II.А. Педиатрический 1.Выявление жалоб	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2.Сбор и оценка данных анамнеза с учетом анкетирования, проведенного на доврачебном этапе	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

3.Обследование ребенка по органам и системам: осмотр кожных покровов и волосистой части головы. Осмотр видимых слизистых оболочек: конъюнктивы глаз, полости рта, зева. Осмотр и пальпация области щитовидной железы. Пальпация периферических лимфатических узлов. Исследование органов кровообращения (осмотр перкуссия, аускультация сердца *, оценка ЧСС и АД). Исследование органов дыхания (перкуссия и аускультация легких, оценка ЧДД, оценка ЖЕЛ, форсированной ЖЕЛ за 1 сек., расчет индекса Тиффно**), оториноскопия. Исследование органов пищеварения (осмотр зубов, языка, пальпация органов брюшной полости: области правого подреберья, печени, эпигастральной области селезенки, правой и левой подвздошной областей, надлобковой области). Проверка симптома поколачивания (Пастернацкого). Осмотр половых органов (внешний осмотр). Осмотр грудных желез у девочек и мальчиков.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Оценка результатов обследования: оценка жалоб и анамнестических данных; оценка физического развития и полового созревания; оценка результатов клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования. Оформление документации. Направление на дополнительное обследование и лечение в детскую поликлинику или КДД (по показаниям).	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫЕ ВРАЧОМ-ПЕДИАТРОМ, РАБОТАЮЩИМ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ																
Сбор анамнестических данных и дополнительный осмотр обучающихся и воспитанников перед проведением профилактических прививок в рамках Национального календаря прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Сбор анамнестических данных и дополнительный осмотр обучающихся и воспитанников перед проведением спортивных соревнований, кроссов, турпоходов.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Вид деятельности	Дошкольники					Школьники									
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10 лет	4 кл.; 10-11 лет	5 кл.; 11-12 лет	6 кл.; 12-13 лет	7 кл.; 3-14 лет	8 кл.; 14-15 лет	9 кл.; 15-16 лет	10 кл.; 16-17 лет	11 кл.; 17-18 лет
Сбор анамнестических данных и дополнительный осмотр обучающихся и воспитанников при вспышке в образовательном учреждении инфекционных заболеваний.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Сбор анамнестических данных, включая условия проживания и питания ребенка, и дополнительный педиатрический осмотр ту б инфицированных детей I раз в 3 месяца; при ухудшении клинической симптоматики - направление в противотуберкулезный диспансер.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Сбор анамнестических данных и дополнительный профилактический осмотр обучающихся и воспитанников, часто болеющих простудными заболеваниями, с целью проведения оздоровительных мероприятий.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Сбор анамнестических данных, включая рацион питания и двигательную активность ребенка, и дополнительный профилактический осмотр обучающихся, воспитанников с выраженными нарушениями физического развития: ожирением, значительным дефицитом массы тела, низким ростом и направление к эндокринологу – по показаниям.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Дополнительный осмотр учащихся учреждений начального и среднего профессионального образования перед началом и в период прохождения практики в организациях, работники которых подлежат предварительным и периодическим медицинским осмотрам.														+	+	+

Вид деятельности	дошкольники					школьники										
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10	4 кл.; 10-11	5 кл.; 11-12	6 кл.; 12-13	7 кл.; 3-14	8 кл.; 14-15	9 кл.; 15-16	10 кл.; 16-17	11 кл.; 17-18
II. Б. ЭТАП Специализированной помощи																
1.Невролог*: Выявление жалоб (головные боли, нарушения сна, утомляемость, раздражительность, частые колебания настроения, страхи; слезливость, ночное недержание мочи, снохождение; повышенная потливость, головокружения, обмороки и др.) Сбор анамнеза с учетом данных анкетирования, проведенного на доврачебном этапе осмотра. Обследование: - общий осмотр; - исследование состояния черепно-мозговых нервов; - двигательных функций; - сухожильных, периостальных, кожных рефлексов; - оценка вегетативной регуляции, в т.ч. характера и выраженности дермографизма; - выявление расстройств невротического круга и расстройств личности; Оценка нервно-психического	+			+	+	+		+		+		+		+	+	+

развития, выделение групп риска. Оформление документации. Направление на дополнительное обследование и лечение в детскую поликлинику или КДЦ (по показаниям).																

Вид деятельности	**Дошкольники**					**Школьники**										
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10 лет	4 кл.; 10-11 лет	5 кл.; 11-12 лет	6 кл.; 12-13 лет	7 кл.; 3-14 лет	8 кл.; 14-15 лет	9 кл.; 15-16 лет	10 кл.; 16-17 лет	11 кл.; 17-18 лет
II. Б. ЭТАП Специализированной помощи																
2. Офтальмолог: Выявление жалоб. Сбор анамнеза. Обследование с учетом данных обследования, проведенного на доврачебном этапе осмотра. Определение остроты зрения. Внешний осмотр органа зрения. Осмотр с боковым освещением. Осмотр в проходящем свете. Офтальмоскопия. Оформление документации. Направление на дополнительное обследование и лечение в детскую поликлинику или КДЦ (по показаниям).	+			+	+	+		+		+		+		+	+	+

Вид деятельности	Дошкольники					Школьники									
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10 лет	4 кл.; 10-11 лет	5 кл.; 11-12 лет	6 кл.; 12-13 лет	7 кл.; 3-14 лет	8 кл.; 14-15 лет	9 кл.; 15-16 лет	10 кл.; 16-17 лет	11 кл.; 17-18 лет
3. **Отоларинголог:** Выявление жалоб. Сбор анамнеза. Обследование: Передняя риноскопия и проверка дыхательной функции носа Задняя риноскопия. Фарингоскопия. Обратная ларингоскопия. Пальпация шейных лимфоузлов (подчелюстных, передних и задних шейных, заушных). Отоскопия. Исследование слуха шепотной речью или аудиометрически с учетом данных обследования на доврачебном этапе осмотра. Оформление документации. Направление на дополнительное обследование и лечение в детскую поликлинику или КДЦ (по показаниям).	+			+	+	+		+		+		+		+	+	+

Вид деятельности	Дошкольники					Школьники									
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10 лет	4 кл.; 10-11 лет	5 кл.; 11-12 лет	6 кл.; 12-13 лет	7 кл.; 3-14 лет	8 кл.; 14-15 лет	9 кл.; 15-16 лет	10 кл.; 16-17 лет	11 кл.; 17-18 лет
4. Хирург/ортопед: Выявление жалоб. Сбор анамнеза. Визуальный осмотр: спереди, сзади, при движении. Оценка состояния осанки, позвоночника Осмотр состояния сводов стоп: - пальпаторное - оценка плантограммы - оценка походки. Оценка телосложения, формы грудной клетки. Оценка мышечного тонуса и состояния суставов. Выявление остеохондропатии. Оценка состояния мошонки, семенных канатиков, пахового и пупочного колец. Оценка состояния сосудов нижних конечностей. Оформление документации. Направление на дополнительное обследование и лечение в детскую поликлинику или КДЦ (по показаниям).	+			+	+	+		+		+		+		+	+	+

Вид деятельности	Дошкольники				Школьники											
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10	4 кл.; 10-11	5 кл.; 11-12	6 кл.; 12-13	7 кл.; 3-14	8 кл.; 14-15	9 кл.; 15-16	10 кл.; 16-17	11 кл.; 17-18
5. Гинеколог : Выявление жалоб. Сбор анамнеза, в т.ч. данных о регулярности и особенностях менструального цикла у девочек- подростков. Осмотр наружных половых органов. Оценка вторичных половых признаков. Осмотр грудных желез у девочек. Оформление документации. Направление на дополнительное обследование и лечение в детскую поликлинику или женскую консультацию (по показаниям).	+			+						+	+	+	+	+	+	+

Вид деятельности	Дошкольники					Школьники										
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10 лет	4 кл.; 10-11 лет	5 кл.; 11-12 лет	6 кл.; 12-13 лет	7 кл.; 3-14 лет	8 кл.; 14-15 лет	9 кл.; 15-16 лет	10 кл.; 16-17 лет	11 кл.; 17-18 лет
. Уролог- андролог: Выявление жалоб. Сбор анамнеза. Внешний осмотр и анализ развития вторичных половых признаков. Осмотр наружных половых органов. Пальпаторное исследование наружных половых органов с оценкой соответствия их развития возрасту. Оценка состояния слизистой оболочки выходного отверстия мочеиспускательного канала и возможного наличия отделяемого. Исследование предстательной железы. Оформление документации. Направление на дополнительное обследование и лечение в детскую поликлинику или КДЦ (по показаниям)										+		+		+	+	+

Вид деятельности	Дошкольники					Школьники										
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10 лет	4 кл.; 10-11 лет	5 кл.; 11-12 лет	6 кл.; 12-13 лет	7 кл.; 3-14 лет	8 кл.; 14-15 лет	9 кл.; 15-16 лет	10 кл.; 16-17 лет	11 кл.; 17-18 лет
7. Стоматолог: Комплексное первичное обследование ребенка и регистрацией в учетной документации состояния прикуса, пародонта, индексов гигиены, РМА, КПУ, степени активности кариеса, плана диспансеризации, реабилитации и диспансеризации, санация полости рта. Направление на дополнительное обследование и лечение в стоматологический кабинет детской поликлиники (по показаниям).	+			+	+	+		+		+		+		+	+	+

Вид деятельности	Дошкольники					Школьники										
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10 лет	4 кл.; 10-11 лет	5 кл.; 11-12 лет	6 кл.; 12-13 лет	7 кл.; 3-14 лет	8 кл.; 14-15 лет	9 кл.; 15-16 лет	10 кл.; 16-17 лет	11 кл.; 17-18 лет
8. Эндокринолог (по показаниям)										+/-		+/-		+/-	+/-	+/-
9. Логопед: обследование детей с недоразвитием речи, задержкой речевого развития, с дислалией и ФФП, с заиканием, с дизартрией, с ринолалией, с дисграфией. Оформление документации. Направление в детскую поликлинику	+			+	+	+/-				+/-				+/-		+/-
II.В. Лабораторные и инструментальные методы исследования, используемые на II этапе профилактического осмотра																
1 . Клинический анализ крови				+	+	+		+		+		+		+	+	+
2. Клинический анализ мочи				+	+	+		+		+		+		+	+	+
3. Анализ кала на яйца глистов				+	+	+		+		+		+		+	+	+

4. Анализ кала на энтеробиоз				+	+	+		+		+		+		+	+	+
5. Анализ крови на сахар (при отсутствии тест-анализа на глюкозурию)				+	+	+		+		+		+		+	+	+
6. Экспресс-анализ крови на холестерин				+/-	+/-	+/-		+/-		+/-		+/-		+/-	+/-	+/-
7. ЭКГ				+	+	+		+		+		+		+	+	+
8. Флюорография														+	+/-	+

Вид деятельности	Дошкольники					Школьники									
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	1 кл.; 7-8 лет	2 кл.; 8-9 лет	3 кл.; 9-10 лет	4 кл.; 10-11 лет	5 кл.; 11-12 лет	6 кл.; 12-13 лет	7 кл.; 3-14 лет	8 кл.; 14-15 лет	9 кл.; 15-16 лет	10 кл.; 16-17 лет	11 кл.; 17-18 лет
II.Г. Заключение о состоянии здоровья ребенка (составляет врач-педиатр, ответственный за проведение осмотра с учетом заключений врачей-специалистов и результатов лабораторно-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 . Основной клинический диагноз, сопутствующие заболевания, включая	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2. Исследование в детскую поликлинику (индивидуально -по показаниям).	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
3. Оценка физического развития и полового со-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Оценка нервно-психического развития	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Определение группы риска по развитию заболеваний.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6.Определение группы здоровья.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

7. Определение медицинской группы для занятий физкультурой.				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
8. Заключение врачебно-профессионального консультирования.										+				+	+	+
Рекомендации:	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1. Санитарно-гигиенические условия дома	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2. Режим.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3. Питание.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Рекомендации по иммунопрофилактике	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Допуск к трудовому обучению	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6. Рекомендации по профориентации.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7. Рекомендации по оздоровление средствами физического воспитания и закаливания.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
8. Поступление/перевод в образовательное учреждения общего и компенсирующих видов; в учреждения с повышенным содержанием образования; поступление в учреждения профессионального образования.	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-

9.Немедикаментозные методы коррекции нарушений в здоровье и развитии (при их наличии)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10. Рекомендации по постановке и диспансерный учет к врачам-специалистам поликлиники.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

При отсутствии андролога-уролога хирург проводит внешний осмотр и анализ развития вторичных половых признаков, осмотр наружных половых органов, пальпаторное исследование половых органов.

При выявлении сердечных шумов ребенок должен быть направлен на дополнительное углубленное обследование в детскую поликлинику для проведения ЭХОКГ.

При снижении ЖЕЛ, форсированной ЖЕЛ, индекса Тиффно ребенок должен быть направлен на дополнительное углубленное обследование в детскую поликлинику или КДЦ для обследования и определения функций внешнего дыхания с последующим динамическим пикфлоуметрическим контролем.

.

Приложение 2

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПЛЕКТ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Наименование оборудования	Количество
весы медицинские	1
ростомер или антропометр	1
динамометр кистевой 2-х видов (для детей и подростков)	2х2
аппарат для измерения артериального давления (с дет-	2
секундомер	2
стетофонендоскоп	3
оториноскоп	1
наборы одноразовых воронок к оториноскопу	50
шпатель металлический	10
шпатели одноразовые (компл. по 100 шт.)	6
аппарат Рота с таблицей Сивцева-Орловой	1
набор очковых линз для точного определения остроты	1
ширма медицинская	2
кушетка медицинская	2
лампа бактерицидная	1
лампа настольная	2
бикс большой	2
бикс малый	2
корцанг	4
лоток медицинский почкообразный	2
шприц одноразовый с иглами (компл. 100 шт.) на 1 мл на 2 мл	1 5 5
кружка Эсмарха	1
перчатки медицинские резиновые	100
пипетки	10
комплект воздуховодов для искусственного дыхания	1
воронка стеклянная большая	2

зонды желудочные разных размеров	4
жгут кровоостанавливающий, резиновый	2
термометр медицинский	15
грелка медицинская	2
пузырь для льда	2
травматологическая укладка, включающая: шины пневматические (детские и взрослые); вакуумный матрас тонометр с набором детских манжет (3 размера); косынка фиксатор ключицы;	1 комплект
шкаф медицинский для посиндромной укладки*	1
шкаф аптечный	1
шкаф для хранения медицинской документации	1
стол медицинский	1
холодильник для хранения вакцин и медикаментов	2
носилки	2
аптечка скорой помощи в физкультурном зале	1
аптечка скорой помощи на пищеблоке	1
аптечка скорой помощи в мастерских	1

РЕКОМЕНДУЕМОЕ ОСНАЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА

электрокардиограф двенадцатиканальный	1
спироанализатор (спирометр), пикфлоуметр	1
наборы одноразовых мундштуков к спирометру (по 100 шт.)	5
компьютер с дисплеем	2
принтер	1
сетевое оборудование	1
Медицинское оборудование образовательного учреждения для реализации методик психологической разгрузки	
комплект мягкой мебели (для обеспечения сеанса для 12-15 учащихся)	1-3
универсальный звуковоспроизводящий аппарат (кассеты, диски и др.)	1
видеоаппаратура (в компл.)	1
светомузыкальная система	1
комплект демонстрационных и обучающих материалов (аудио- и видеокассеты, СО, ВУО, МРЗ и др.)	1-3
комплект офисной мебели в соответствии с комплектом мягкой мебели, дизайном аудио- и видеоаппаратуры и др.	1

Медицинское оборудование образовательного учреждения для профилактики и коррекции нарушений зрения	
аппарат визуальной светоимпульсионной стимуляции с биологической обратной связью	10
аппарат для квантовой терапии (сочетающий магнитотерапию, инфракрасное воздействие, лазерное воздействие и электро-нейростимуляцию) для детей с нарушениями зрения	1
Вибромассажер	1
Медицинское оборудование образовательного учреждения для оздоровления детей с частыми заболеваниями органов дыхания	
аппарат УФО-терапии универсальный	8-10
ингалятор универсальный	8-10
небулайзер	8-10
аппарат для квантовой терапии (сочетающий магнитотерапию, инфракрасное воздействие, лазерное воздействие и электронейростимуляцию для часто болеющих детей с хроническим ринитом, хроническим аденоидитом, хроническим тонзиллитом, хроническим фарингитом)	2-3
аппарат электромагнитного излучения нетепловой интенсивности «Астер» для лечения бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких, затяжных бронхитов и ларингитов	2-3
Медицинское оборудование образовательного учреждения для снижения риска распространения заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем	
плита электрическая (2 комф.)	2
посуда эмалированная (емк. 3 л.)	10
термос для приготовления отвара (3 л)	10
чашки 100мл., фарфоровые	50
Медицинское оборудование образовательного учреждения для кабинетов физической разгрузки и коррекционной физкультуры	
свинг-машина	1
(поли) многофункциональный тренажер с перекладиной	1
тренажер - джимник	1
тренажер для укрепления мышц живота	1
тренажер для укрепления мышц спины	1
велотренажер	2
зеркало настенное (120х40 см)	5
коврик напольный	5

ОБОРУДОВАНИЕ И ОСНАЩЕНИЕ КАБИНЕТ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДЕТСКОГО

№ п/п	**Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария**	Единица измерения	Кол-во
1.	Аппарат для диагностики кариеса фиссур	шт.	1
2.	Аппарат для заточки инструментов	шт.	1
3.	Аппарат для определения глубины корневого канала (апекслокатор)	шт.	1
4.	Базовый набор инструментов для осмотра	набор	20
5.	Биксы для стерильного материала	шт.	4
6.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)	шт.	1
7.	Диатермокоагулятор стоматологический	шт.	1
8.	Емкости для дезинфекции	шт.	5
9.	Емкости для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов	шт.	5
10.	Инструменты и материалы для пломбирования	набор	2
11.	Инструменты и материалы для эндодонтии	набор	*2*
12.	Инструменты режущие (боры, полиры, финиры, головки фасонные и круги, диски сепарационные, фрезы, финишные боры, ножницы в ассортименте)	набор	2
13.	Инъектор карпульный	шт.	2
14.	Камера для хранения стерильных инструментов	шт.	1
15.	Компрессор (если установка не укомплектована)	шт.	1
16.	Кресло стоматологическое (если установка не укомплектована)	шт.	I
17.	Лампа бактерицидная	шт.	1
18.	Лампа для полимеризации	шт.	1
19.	Набор инструментов и медикаментов для снятия зубных отложений (химические средства, скейлеры, экскаваторы)	набор	2
20.	Набор реактивов для контроля дезинфекции и стерилизации	набор	1
21.	Наконечники стоматологические (прямой и угловой для микромотора, турбинный с фиброоптикой, турбинный без фиброоптики, эндодонтический)	набор	2
22.	Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных материалов по оказанию неотложной медицинской помощи	набор	1

23.	Прибор для очистки и смазки наконечников	шт.	1
24.	Светильник стоматологический	шт.	1
25.	Стерилизатор гласперленовый	шт.	1
26.	Стерилизатор суховоздушный	шт.	1
27.	Столик для медикаментов	шт.	1
28.	Столик стоматологический	тт.	1
29.	Укладка для профилактики инфицирования мед-персонала	набор	1
30.	Установка стоматологическая универсальная с микромотором и турбинным наконечником	шт.	1
31.	Шкаф для медикаментов и посиндромной укладки по оказанию неотложной медицинской помощи *	шт.	1

Приложение 3

ПЕРЕЧЕНЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ (ЛЕЧЕБНЫХ УСЛУГ), ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Перечень мероприятий	**Количество в течение учебного года**	**Частота предоставления**	**Примечание**
Оказание неотложной и скорой медицинской помощи обучающимся, воспитанникам, педагогическому и техническому персоналу.			при необходимости
Проведение амбулаторного приема обучающихся, воспитанников.		ежедневно	
Предоставление родителям или иным законным представителям несовершеннолетнего выписку из Медицинской карты ребенка (ф. 026/у-2000), основанную на результатах		в течение месяца после завершения профилактических осмотров	

профилактических осмотров и содержащую комплексное заключение о состоянии здоровья и рекомендации по дальнейшему обследованию (в случае необходимости) и оздоровлению в домашних условиях в соответствии с рекомендациями врачей.			
Информирование родителей или иных законных представителей несовершеннолетнего о планируемых профилактических осмотрах, иммунопрофилактике и других медицинских мероприятиях и проведе-		за 3-5 дней до проведения профилактических осмотров, вакцинации и других медицинских мероприятий	
Предоставление родителям или иным законным представителям несовершеннолетнего выписки из Медицинской карты ребенка (ф. 026/у-2000), основанную на результатах профилактических осмотров и содержащую комплексное заключение о состоянии здоровья и рекомендации по дальнейшему обследованию (в случае необходимости) и оздоровлению в домашних условиях в соответствии с рекомендациями врачей.		в течение месяца после завершения профилактических осмотров	

Проведение иммунизации обучающихся и воспитанников в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.			По согласованию с ЛПУ, обеспечивающим медицинскую помощь обучающимся и воспитанникам в соответствии с утвержденным графиком вакцинации.
Проведение профилактических осмотров обучающихся, воспитанников.			В соответствии со стандартом профилактических медицинских осмотров
Разработка, совместно с администрацией образовательного учреждения, программ оздоровления обучающихся, воспитанников на групповом уровне и в образовательном учреждении в целом на основании данных профилактического осмотра			в течение 1-2 месяцев после завершения профилактического осмотра на последующий период до профилактического осмотра
Контроль полноты и качества предварительного медицинского обследования детей, поступающих в первый класс.			при записи детей, поступающих в первый класс
Участие в работе психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения для решения экспертных вопросов в пределах своей компетенции, в т.ч. при оценке функциональной готовности ребенка к систематическому обучению в начальных классах, о переводе в класс компенсирующего			в назначенные сроки работы психолого-медико-педагогического консилиума

обучения, при консультировании родителей, переводящих ребенка в учреждение с повышенным уровнем содержания образования, при направлении ребенка на муниципальную (региональную) психолого-медико-педагогическую комиссию и др.			
Профилактика возникновения нарушений опорно-двигательного аппарата:			
- контроль за соответствием школьной мебели длине тела учащихся;	3	в сентябре, декабре, марте	выборочно в разных классах I, II, III ступени обучения
- контроль веса ранцев с ежедневным учебным комплектом для занятий;	3	в сентябре, декабре, марте	выборочно в разных классах I, II, III ступени обучения
- контроль сменной обуви обучающихся, воспитанников;	3	в сентябре, декабре, марте	выборочно в разных классах I, II, III ступени обучения
- контроль двигательного режима обучающихся, воспитанников (проведением физкультминуток, динамических пауз, спортивного часа в школах продленного дня и др. форм двигательного	5	в сентябре, ноябре, январе, марте, мае	выборочно в разных классах I, II, III ступени обучения
Оздоровление обучающихся, воспитанников с нарушениями опорно-двигательного аппарата:			

- организация занятий лечебной физкультурой обучающихся, воспитанников с нарушениями костно-мышечной системы,		курсами - по показаниям	при наличии соответствующих условий и кадровом обеспечении (наличии инструктора по ЛФК)
- организация лечебного массажа обучающихся, воспитанников с нарушениями костно- мышечной системы.		курсами - по показаниям	при наличии соответствующих условий и кадровом обеспечении (наличии массажиста)

Приложение 4

СХЕМА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ

Группы	**Хроническая патология**	**Функциональное состояние основных систем и органов**	**Резистентность и реактивность****	**Физическое и нервно-психическое развитие**
Группа I Без отклонений*	Отсутствует	Без отклонений	Заболеваемость за период, предшествующий наблюдению, — редкие и легко протекающие острые заболевания	Нормальное, соответствует возрасту
Группа II С функциональными отклонениями (группа «риска»)	Отсутствует	Наличие функциональных отклонений. Для детей первого года жизни — отягощённый акушерский анамнез (токсикоз, другая патология беременности, осложнённое течение родов, многоплодная беременность), недоношенность без резких признаков незрелости, неблагополучное течение раннего неонатального периода Кариес зубов — субкомпенсированная форма, аномалия прикуса	Заболеваемость — продолжительные острые заболевания с последующим затяжным рековалесцентным периодом: вялость, повышенная возбудимость, нарушения сна и аппетита, субфебрилитет и т.д.	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I степени Нормальное или не резко выраженное отставание нервно-психического развития

Группа III Состояние компенсации	Наличие хронической патологии, врождённых дефектов развития органов и систем	Наличие функциональных отклонений и патологически измененной системы, органа без клинических проявлений, функциональных отклонений других органов и систем. Кариес зубов — декомпенсированная форма	Заболеваемость — редкие, не тяжёлые по характеру течения обострения основного хронического заболевания без выраженного ухудшения общего состояния и самочувствия. Редкие интеркуррентные заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I или II степени Нервно-психическое развитие нормальное или отступает, низкий рост
Группа IV Состояние субкомпенсации	Наличие хронической патологии, врождённых дефектов развития органов и систем	Наличие функциональных отклонений патологически измененного органа, системы и других органов и систем	Заболеваемость — частые обострения основного хронического заболевания, редкие и частые острые заболевания с нарушением общего состояния и самочувствия после обострения или с затяжным реконвалесцентным периодом после интеркуррентного заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I или II степени, низкий рост Нервно-психическое развитие нормальное или отстаёт

Группа V Состояние декомпенсации	Наличие тяжёлой хронической патологии или тяжёлого врождённого порока, предрешающих инвалидность ребёнка	Врожденные функциональные отклонения патологически изменённого органа, системы, других органов и систем	Заболеваемость — частые тяжёлые обострения основного хронического заболевания, частые острые заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела I или II степени, низкий рост Нервно-психическое развитие нормальное или отстаёт

Схема определения группы здоровья при массовых осмотрах, в зависимости от характера и степени выраженности некоторых распространенных отклонений в состоянии здоровья

Наименование отклонения	**Группы здоровья**	**Клинические критерии**
Сердечно–сосудистая система		
Функциональный шум в сердце	II	
Юношеская гипертрофия сердца, митральная форма сердца; малое (висячее) сердце	II	
Тахикардия, брадикардия, синусовая аритмия, экстрасистолия	II	При отсутствии заболеваний сердца
Понижение артериального давления	II	При снижении систолического артериального давления у детей 8–12 лет до 80–85 мм рт.ст.; 13–16 лет до 90–95 мм рт.ст.

Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу	III	Снижение систолического артериального давления у детей 8–12 лет ниже 80–85 мм рт.ст. и 13–16 лет ниже 90–95 мм рт.ст. при наличии повышенной утомляемости, головных болей, лабильности пульса, потливости и другие
Вегетососудистая дистония по гипертоническому типу (гипертоническая болезнь IA стадии по А.Л. Мясникову)	III	Транзиторные подъёмы систолического артериального давления до 135–140 мм рт.ст. (редко до 150 мм) при наличии вегетативной дисфункции — потливости, тахикардии, субфебрилитета и отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ
Гипертоническая болезнь I стадии (IБ стадия по А.Л. Мясникову)	IV	Продолжительные подъёмы систолического давления до 150–160 мм рт.ст, уровень лабильный. Диастолическое артериальное давление иногда повышается до 85–90 мм рт.ст
Миокардит неревматической этиологии	III–IV	При полной клинической ремиссии — III гр.; при неполной клинической ремиссии — IV гр.

Наименование отклонения	Группы здоровья	Клинические критерии
Ревматизм	III–IV	Без порока сердца или с пороком без признаков недостаточности кровообращения, при отсутствии признаков активности ревматического процесса от 1 года до 5 лет после атаки — III гр. Без порока сердца или с пороком без признаков недостаточности кровообращения в период стихания активности ревматического процесса (от 6 мес. до 1 года) — IV гр. С пороком сердца и признаками недостаточности кровообращения I ст. при отсутствии признаков активности ревматического процесса (от 1 года и более после атаки) — IV гр.
Врождённый порок сердца	III–IV	Открытый Баталов проток, дефект межжелудочковой перегородки, без признаков нарушения кровообращения — III гр.; с недостаточностью кровообращения I ст. — IV гр.
Органов дыхания		
Хронический бронхит	III–IV	При отсутствии клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем — III гр.; при их наличии — IV гр.

Хроническая пневмония	III–IV	При отсутствии клинических и функциональных изменений со стороны органов дыхания и других систем — III гр.; при их наличии — IV гр.
Бронхиальная астма	III–IV	В межприступном периоде при отсутствии функциональных нарушений различных систем, органов и физического развития — III гр.; при их наличии — IV гр.
Пищеварительной системы		
Кариес зубов	II–III	Кариес средней активности — II группа; высокой активности — III группа
Аномалии прикуса	II–III	Начальные формы аномалии прикуса — II гр., значительно выраженные аномалии прикуса — III гр.
Дискинезии жёлчевыводящих путей	II–III	В стадии стойкой ремиссии — II гр. Кратковременные, схваткообразные боли в правом подреберье или в области пупка, возникающие после еды или не связанные с приёмом пищи, при мало нарушенном общем состоянии и слабовыраженных объективных данных — III гр.
Хронический холецистит	III–IV	В стадии стойкой ремиссии — III гр.; при наличии клинических признаков субкомпенсации — IV гр.

Хронический гастродуоденит	III–IV	В стадии полной ремиссии — III гр.; в стадии неполной ремиссии (незначительные боли в эпигастральной и пупочной области, голодные или спустя 2 часа и более после приёма пищи) при наличии болезненной пальпации пилородуоденальной области — IV гр.
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	III–IV	При стойкой ремиссии — III гр. Боли в подложечной области (голодные и ночные), отрыжки кислым, изжога, рвота, при локальной болезненности в подложечной и пилородуоденальной области, напряжения мышц эпигастральной области — IV гр.
Хронический колит, энтероколит	III–IV	В стадии ремиссии — III гр.; при неопределённых болях по всему животу, снижении аппетита, общей слабости, быстрой утомляемости, похудании, спастически сокращённом кишечнике его вздутии и урчании — IV гр.
Гельминтоз	II–III	Без признаков интоксикации — II гр.; при наличии — III гр.
Мочеполовой системы		
Доброкачественная протеинурия при отсутствии заболеваний почек	II	
Пиелонефрит хронический	III–IV	При полной ремиссии и сохранённой функции почек — III гр.; при неполной ремиссии и частично нарушенной функции почек — IV гр.

Крипторхизм	III	
Нарушение менструального цикла в период становления менструальной функции	II	
Дисменорея	III	
Эндокринной системы и обмена веществ		
Гипертрофия вилочковой железы	II	
Увеличение щитовидной железы I–II степени	III	Увеличение щитовидной железы I степени (прощупывается перешеек щитовидной железы и слабо определяются боковые поля), II степени (железа заметна на глаз при глотании, легко прощупываются боковые доли) до препубертатного и пубертатного периода, без нарушения функции
Зоб	III	Увеличение щитовидной железы III степени и более, без нарушений функции
Диффузный токсический зоб	III–IV	При лёгкой форме — III гр.; при среднетяжёлой — IV гр.
Избыточная масса тела (за счёт жироотложения)	II	Превышение массы тела на 10–19% в связи с избыточным жироотложением
Ожирение (экзогенно-конституциональное)	III–IV	Ожирение I степени (превышение массы тела на 20–29% за счёт жироотложения) и II степени (превышение массы тела на 30–40% за счёт жироотложения) — III гр. Ожирение III степени (превышение массы тела на 50% и более за счёт жироотложения) — IV гр.

Кожи		
Аллергические реакции	II	Повторяющиеся кожно-аллергические реакции на пищевые вещества, лекарства и другие
Экссудативно-катаральный диатез без явлений экземы	II	
Экзема, дерматит, нейродермит	III–IV	При ограниченной локализации III гр. При распространённых кожных изменениях с явлениями общей интоксикации — IV гр.
Системы крови		
Преданемическое состояние (анемизация)	II	Содержание гемоглобина 11,5–11,1 г% или 115–111 г/л
Анемия	III–IV	Содержание гемоглобина 11,0–10,8 г% или 110–108 г/л — III гр.; 10,7–8,0 г% или 107–80 г/л - IV гр.
Нервной системы		
Астенические проявления	II	Лёгкие астенические проявления (утомляемость, головные боли, раздражительность, плаксивость, поверхностный сон, и др.), исчезающие после отдыха, нормализации режима и отдыха
Патологические привычки	II	Привычка грызть ногти, ручки, воротнички, дергать волосы, кусать и облизывать губы и др. не понижающие функциональные возможности организма
Речевые нарушения (косноязычие)	II	
Вегетативная (вегетативно-сосудистая) лабильность	II	Соматовегетативные и вегетососудистые нарушения (повышенная потливость, акроцианоз, красный дермо-

		графизм, склонность к тахикардии, непереносимость жары и холода, игра вазомоторов), характерные для препубертатного и пубертатного периодов и не нарушающие работоспособности
Вегетативная (вегетативно-сосудистая) дисфункция	III–IV	Невротические и неврозоподобные расстройства, выражающиеся перманентными или кризоподобными вегетативными или соматовегетативными нарушениями При слабо выраженной симптоматике — III гр.; при выраженных клинических проявлениях и снижении работоспособности — IV гр.
Невропатия (врождённая детская нервность)	III	Расстройства сна (трудности засыпания, ночные страхи, прерывистый сон), аппетита; эмоциональная неустойчивость, психомоторная расторможенность
Астено-невротический и цереброастенический синдром	III–IV	Раздражительность, головные боли, нарушения сна и аппетита При умеренных клинических проявлениях — III гр.; при выраженных — IV гр.
Невроз (астенический, истерический невроз, невроз навязчивых состояний)	III–IV	При кратковременных проявлениях — III гр.; при длительных — IV гр.
Логоневроз, энурез, тики, моторная навязчивость	III–IV	При умеренных проявлениях, не снижаю-

		щих социальную адаптацию, — III гр.; при более выраженных — IV гр.
Патологическое развитие личности, психопатоподобный синдром, невротическое развитие личности	III–IV	Неправильные формы поведения, квалифицированные детским психоневрологом; группа здоровья в зависимости от выраженности клинических проявлений
Последствия органического заболевания центральной или периферической нервной системы	III–IV	Двигательные, чувствительные и координационные нарушения, без снижения функциональных возможностей — III гр.; при их снижении — IV гр.
Гипертензионно-гидроцефальный синдром (врождённый или приобретённый)	III–IV	В стадии устойчивой компенсации и отсутствия клинических проявлений — III гр.; при их наличии — IV гр.
Эпилепсия, эпилептиформный синдром на фоне резидуальных органических поражений головного мозга	IV	
Задержка психического развития	III	
Умственная отсталость (лёгкая степень)	IV	
Органа зрения		
Миопия слабой степени, астигматизм Гиперметропия средней степени, астигматизм	II	Миопическая рефракция от 0,5 до 3,0 Д или гиперметрия. Рефракция от 3,25 до 6,0 Д в меридиане наивысшей аметропии на лучшем глазу, при остроте зрения с коррекцией не менее 1,0 на каждый глаз
Миопия средней и высокой степени, астигматизм	III–IV	Миопическая рефракция от 3,25 Д до 6,0 Д в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения с кор-

		рекцией от 0,5 до 0,9 на лучшем глазу — III гр. Миопическая рефракция от 6,25 Д и выше на лучшем глазу в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения с коррекцией на лучшем глазу не менее 0,5 — IV гр.
Гиперметропия высокой степени, астигматизм	III	Гиперметропическая рефракция от 6,25 Д и выше в меридиане наивысшей аметропии при остроте зрения от 0,5 до 0,9 на лучшем глазу
Аккомодационное косоглазие	II	Без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1,0 без нарушения бинокулярного зрения
Неаккомодационное косоглазие	III–IV	С учётом степени аномалии рефракции
Уха, горла, носа		
Аденоидные вегетации	II–III–IV	Небольшие аденоидные вегетации слегка прикрывающие верхний край хоан и не препятствующие носовому дыханию — II группа; аденоиды II степени (хоаны прикрыты наполовину) — III группа; аденоиды III степени (хоаны прикрыты полностью) — IV группа
Аденоидит хронический	III	Затруднённое носовое дыхание, постоянный насморк, слизистые выделения по задней стенке глотки, дли-

		тельный субфебрилитет, частые простудные заболевания
Гипертрофия нёбных миндалин II и III степени	II–III	При гипертрофии II степени (миндалины заполняют две трети пространства между нёбными дужками и язычком) — II группа; при гипертрофии III степени (миндалины соприкасаются между собой) — III группа
Искривление носовой перегородки	II–III	При отсутствии нарушения носового дыхания — II группа; при нарушении носового дыхания — III группа
Ларингит хронически	III	
Отит хронический	III–IV	Наружный и средний отит — III гр.; гнойный эпимезотимпанит IV гр.
Ринит хронический	III	
Синусит хронический	III	
Тонзиллит хронический	III–IV	Компенсированная форма (местные изменения нёбных миндалин и ангины или частые респираторные заболевания в анамнезе без общих патологических проявлений вне обострений) — III гр.; декомпенсированная или токсико-аллергическая форма (местные изменения в миндалинах сопровождаются субфебрилитетом, тонзилло-кардиальным синдромом и др.) — IV гр.
Фарингит хронический	III	

Тугоухость	II–III–IV	Односторонняя и двусторонняя I степени (восприятие шепотной речи от 1 до 5 м) — II группа; односторонняя II степени (восприятие шепотной речи до 1 м) и односторонняя III степени (шепотная речь не воспринимается), а также двусторонняя II степени — III группа; двусторонняя III степени — IV группа
Кохлеарный неврит	III–IV	Группа здоровья в зависимости от степени нарушения слуха (см. «Тугоухость»)
Физического развития		
Общая задержка физического развития	II	Длина тела меньше, чем М-2дельта, отставание в уровне возрастного развития по количеству постоянных зубов, степени оссификации скелета кости, выраженности вторичных половых признаков (по сравнению с региональными стандартами) при отсутствии эндокринной патологии
Значительный дефицит массы тела	II	Масса тела меньше, чем М-2(дельта R) по региональным стандартам без хронической патологии

Опорно-двигательного аппарата		
Нарушение осанки	II	Асимметрия плеч, боковые искривления позвоночника; сутуловатая, лордотическая, кифотическая, выпрямленная осанка
Сколиоз	III–IV	Сколиоз I, II степени (реберное выбухание или мышечный валик, угол искривления основной дуги позвоночника до 10 гр. — I степень; до 30 гр. — II степень) — III группа
Уплощение стопы	II	Нарушение опорной поверхности: перешеек стопы, соединяющий область пяточной кости с передней частью стопы значительно расширен (до 2/3 общего поперечника стопы), на его внутренней стороне пальпаторно обычно определяется компенсаторный мышечный валик; линия наружного края стопы несколько выпукла. Выраженность уточняется плантограммой
Плоскостопие.	III	Нарушение опорной поверхности стопы: перешеек, соединяющий область пяточной кости с передней частью стопы, занимает почти всю ширину стопы

Приложение 5

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И СТЕПЕНЬ УЧАСТИЯ ПЕДАГОГОВ И РОДИТЕЛЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ОЗДОРОВЛЕНИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ И ВОСПИТАННИКОВ

Формы профилактики заболеваний и оздоровления детей.	**Характер деятельности медицинских работников школы**		**Степень участия**	
	Врача	**Медсестры**	**Педагогов**	**Родителей**
Коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата: занятия в специальной группе в школе (в течение учебного года 2 раза в неделю), выполнение «домашних заданий» (в течение учебного года).	1. Выявление при профилактических осмотрах учащихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата. 2. Беседы с родителями и индивидуальные консультации. 3. Обучение педагогов и родителей приемам физкультминуток. 4. Периодический контроль за организацией занятий, проведением физкультминуток. 5. Текущий контроль за состоянием здоровья детей (2 раза в год). 6. Организация «открытого урока» для родителей.	1. Вызов родителей для бесед. 2. Постоянный контроль за санитарным состоянием спортивного зала, организацией занятий. 3. Медико-педагогический контроль за методикой организации занятий и их влиянием на организм ребенка. 4. Контроль за правильностью рассаживания учащихся в классах и позой детей на занятиях.	**Преподаватель физкультуры.** 1. Проведение занятий в специальной группе в школе (2 раза в неделю). 2. Осуществление методической помощи педагогам и родителям по проведению физкультминуток. **Преподаватели школы.** 1. Проведение физкультминуток на уроках. 2. Контроль за видом сменной обуви, позой детей на занятиях в классе.	Постоянный контроль за выполнением «домашних заданий», правильной осанкой, соответствием обуви. Обеспечение детей необходимой одеждой и инвентарем для занятий лечебной физкультурой в школе (коврик и т.д.).

Оздоровление детей с заболеваниями носоглотки и часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями: физиотерапевтическое и фитотерапевтическое лечение (в специализированном кабинете в школе или в детской поликлинике), витаминопрофилактика.	1. Выявление детей с частыми заболеваниями верхних дыхательных путей. 2. Беседы с родителями этой группы детей (2 раза в год). 3. Индивидуальная консультация родителей. 4. Беседы с педагогами. 5. постоянный контроль за соблюдением щадящего режима для детей, перенесших острые респираторные вирусные инфекции. 6. Текущий контроль состояния здоровья детей этой группы (по показаниям, но не реже 2 раза в год). 7. Контроль за витаминопрофилактикой.	1. Составление списков детей, подлежащих физиотерапевтическому лечению. 2. Организация работы физиотерапевтического кабинета (УВЧ, тубус-кварц и др.). 3. Проведение витаминопрофилактики.	**Преподаватели школы.** Организация щадящего режима занятий и постепенное увеличение учебных нагрузок. **Преподаватель физкультуры.** Проведение занятий в специальной группе в школе (2 раза в неделю).	1. Организация щадящего режима дома. 2. Обеспечение ребенка полноценным питанием, богатым белком, витаминами и микроэлементами. 3. Выполнение оздоровительных и лечебных процедур, рекомендованных врачом. 4. Информирование медицинских работников школы о частоте появления насморка и простудных заболеваний у ребенка.
Профилактика рецидивов заболеваний органов пищеварения и почек: щадящее питание (в течение учебного года);	1. Беседы с родителями и индивидуальные консультации родителей. 2. Постоянный контроль за динамикой состояния здоровья детей в процес-	1. Постоянный контроль за организацией щадящего питания. 2. Проведение медикаментозного лечения (под контролем врача школы).	Участие в организации щадящего питания (контроль за регулярным приемом пищи в школе) и медика-	1. Оплата щадящего питания в школе. 2. Обеспечение диетического питания ребенка дома в соответствии с назначе-

противорецидивное медикаментозное лечение по назначению врача-специалиста.	се лечения (1 раз в неделю) и диспансерное наблюдение (2 раза в год). 3. Организация щадящего питания и медикаментозного лечения в школе в соответствии с назначениями врача-специалиста. 4. Контроль за выполнением назначений медиц.сестрой школы.		ментозного лечения (обеспечение явки детей в медицинский кабинет школы для приема лекарств).	ниями врачей-специалистов. 3. Контроль за режимом дня ребенка и его питанием дома.
Профилактика возникновения и прогрессирования миопии: рассаживание детей в классе (в течение учебного года); соблюдение светового режима (в течение учебного года): тренировка аппарата аккомодации с помощью упражнений и медикаментов (в течение учебного года по схеме).	1. Беседы с родителями (не менее 2 раз в год): обучение родителей рациональной организации зрительного режима учащегося во внешкольное время и правилам проведения с ребенком гимнастики для глаз. 2. Индивидуальные консультации родителей. 3. Беседы с педагогами: обучение педагогов рациональной организации зрительного режима учащегося в школьное время и правилам прове-	1. Составление списков детей, подлежащих оздоровлению. 2. Подготовка рецептов и индивидуальных рекомендаций родителям. 3. Вызов родителей для бесед. 4. Консультация педагогов по рассаживанию детей (составление списков). 5. Постоянный контроль за рассаживанием детей в классе. 6. Контроль за ношением учащимися очков в	1. Правильное рассаживание детей в классе (в соответствии с рекомендациями). 2. Контроль за ношением очков. 3. Проведение специальной гимнастики для глаз.	1. Выполнение рекомендация по тренировке аккомодации. 2. Контроль за соблюдением зрительного режима.

	дения с учащимся гимнастики для глаз. 4. Контроль за правильным рассаживанием детей. 5. Контроль выполнения назначений офтальмолога (2 раза в год). 6. Контроль за выполнением медицинской сестрой школы всех назначений.	школе. 7. Контроль за чистотой оконных стекол и состоянием осветительных приборов в классах.		

Приложение 6

ПРИМЕРНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОТКЛОНЕНИЯХ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Наименование, форма и стадия заболевания	**Медицинские группы**			
	Основная	***Подготовительная***	***Специальная***	***Занятия лечебной физкультурой***
I. При поражении мышцы сердца а) Реконвалесценция после перенесенного ревматического миокардита	Назначается при общем хорошем состоянии здоровья, через 2 года после приступа	Назначается не ранее, чем через год, после приступа при отсутствии клинических признаков поражения сердца и суставов.	Назначается не ранее, чем через 8-10 мес. по окончании приступа при отсутствии явлений, свидетельствующих об активности процесса или недостаточности кровообращения	Назначается в остром периоде в первые месяцы по окончании острого приступа
б) Миокардиодистрофия инфекционно- токсического происхождения	При хорошем общем состоянии через 13 месяцев после окончания острого периода	Не ранее чем через 6 мес., при отсутствии клинических признаков поражения сердца	С начала посещения школы	

II. Поражения клапанного аппарата сердца а) Недостаточность митрального клапана	Не назначается	Не ранее, чем через 2 года по стихании активного ревматического процесса, при хорошей реакции на физическую нагрузку, после предварительных успешных занятий физическими упражнениями в специальной группе	Не ранее, чем через 10-12 мес по окончании острого и подострого эндокардита при отсутствии явлений активности ревматического процесса и недостаточности кровообращения	Назначается в первые месяцы после острого периода, а при недостаточности кровообращения или признаках активности ревматического процесса постоянно
б) Митральный стеноз, поражения аортального клапана, комбинированные клапанные пороки сердца	Не назначается	Не назначается	Назначается строго индивидуально	
III. Врожденная сердечно-сосудистая патология. Врожденные пороки без цианоза и без признаков недостаточности кровообращения	Не назначается	Не назначается	Назначается при отсутствии признаков перегрузки правого желудочка и гемодинамических расстройств	Назначается при наличии признаков перегрузки правого желудочка при гемодинамических расстройствах (решается строго индивидуально)

Наименование, форма и стадия заболевания	Медицинские группы			
	Основная	***Подготовительная***	***Специальная***	***Занятия лечебной физкультурой***
IV. Послеоперационный период после хирургических вмешательств по поводу пороков сердца.	Не назначается	Не назначается	Назначается строго индивидуально при условии предшествующих успешных занятий не менее 1 года лечебной физкультурой	Назначается до и в послеоперационном периоде в течение 1 года после операции
V. Кардиотонзиллярный синдром, «угрожаемые по ревматизму»	Назначается после снятия с диспансерного учета	Назначается по истечении одного года, после обострений болезненного процесса	Назначается при повторных частых стрептококковых заболеваниях и симптомах неясных изменений со стороны сердца – сердцебиение, одышка, кардиалгия, систолический шум на верхушке, без изменений размеров сердца, с жалобами на боли в суставах	Не назначается

VI. Хроническая пневмония	I стадия – назначается при длительной ремиссии в течение не менее 1 года	I стадия – назначается через 1-2 мес. после обострения при отсутствии остаточных явлений обострения	II стадия – назначается через 1-2 мес. после обострения, I стадия при остаточных явлениях обострения, III стадия – при отсутствии явлений дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, нормальной температуре не ранее, чем через 1-2 мес. после обострения, при условии предшествующих занятий лечебной физкультурой	Назначается в III стадии, а также все стадии заболевания в течение 1-2 мес. после обострения.
VII. Бронхиальная астма.	Назначается не ранее 2 лет после последнего приступа при хорошем состоянии здоровья	Назначается не раньше, чем через 1 год после последнего приступа при отсутствии вторичных изменений в легких и явлений дыхательной недостаточности в покое и при физических нагрузках	Назначается при отсутствии явлений дыхательной недостаточности в покое, если приступы протекают не тяжело и бывают не чаще 1-2 раза в год. Занятия строить с учетом методики лечебной физкультуры при этом заболевании	Назначается при частых приступах, вторичных изменениях в легких при явлениях дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности

Наименование, форма и стадия заболевания	Медицинские группы			
	Основная	***Подготовительная***	***Специальная***	***Занятия лечебной физкультурой***
III. Операция на легких по поводу хронических и неспецифических а) Лобэктомия и сегментарная резекция легкого	Назначается через год после операции при нормальном течении послеоперационного периода, при отсутствии рецидивов заболевания, явлений дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, при хорошей адаптации на занятиях в специальной группе или в кабинете лечебной физкультуры	Назначается при благоприятно текущем послеоперационном очаговом процессе и отсутствии дыхательной недостаточности (вне обострения)	Назначается через 4-6 мес после операции при нормальном течении послеоперационного периода, при отсутствии дыхательной или сердечно-сосудистой недостаточности при наличии удовлетворительной адаптации к физической нагрузке, а также при отсутствии рецидивов заболевания	При нормальном течении послеоперационного периода следует рекомендовать занятия в кабинете лечебной физкультуры по месту жительства в течение не менее 4-6 месяцев
б) Удаление легкого	Не назначается	Назначается при хорошем общем состоянии	Занятия в этой группе допустимы не ранее, чем через 1 год, при условии нормального течения послеоперационного периода, отсутствии рецидивов заболевания и явлений дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, при условии хорошей переносимости занятий лечебной физкультурой	Занятия лечебной физкультурой по месту жительства следует настоятельно рекомендовать сразу после выписки из стационара в течение года

Наименование, форма и стадия заболевания	Медицинские группы			
	Основная	***Подготовительная***	***Специальная***	***Занятия лечебной физкультурой***
IX. Туберкулез легких	Назначается при туберкулезной интоксикации без очаговых поражений и при отсутствии признаков острого процесса и отсутствии дыхательной недостаточности	Не назначается	Назначается при благоприятно текущем и компенсированном или субкомпенсированном процессе и дыхательной недостаточности I степени.	Решается индивидуально
X. Хронический гастрит, энтерит, колит	Не назначается	Не назначается	Назначается при удовлетворительном общем состоянии, при отсутствии обострений в течение 6 месяцев	Назначается при нерезко выраженных признаках истощения или интоксикации. При обострении – перерыв в занятиях
XI. Язвенная болезнь	Не назначается	Не назначается	Назначается не ранее чем через 1 год после окончания лечения, устранившего клинические проявления болезни	Назначается при отсутствии кровоточивости или резких часто появляющихся болей, вызывающих необходимость в систематическом лечении

XII. Хронический нефрит, нефрозонефрит, пиелонефрит	Не назначается	Назначается при легких и незначительных нарушениях, если физическое развитие и работоспособность соответствуют возрасту	Назначается при компенсированной почечной функции вне периода обострения и при отсутствии существенных изменений в состоянии сердечно-сосудистой системы	На период лечения временное прекращение занятий. Назначается при компенсированной почечной функции, вне периода обострений или при умеренном повышении артериального давления (не выше 160/95 мм рт.ст) или при недостаточности кровообращения I степени
XIII. Гемофилия, болезнь Верльгофа, Шейнлейн-Геноха	Не назначается	Назначается при величинах роста и веса в пределах минус 2 (по сравнению с возрастными стандартами)	Не назначается	Может быть назначена только при очень легких формах
XIV. Эндокринные заболевания (гипертиреозы, диабет, ожирение и др.)		Назначается в течение полугода после возобновления занятий физическими упражнениями в учебном заведении	Назначается при умеренно выраженных нарушениях, влекущих за собой отставание в физическом развитии (минус 1-2 или только значительное ожирение), вес минус	Назначается при резких нарушениях

			2-3 по сравнению с возрастными стандартами при отсутствии других эндокринных нарушений	
XV. Отставание в физическом развитии (при отсутствии эндокринных нарушений)	Не назначается	Не назначается	Назначается при наличии роста и веса значительно ниже возрастных стандартов (минус 2 и более)	Не назначается
XVI. Грыжа паховая, бедренная, аппендицит, переломы костей	Назначается не ранее, чем через полгода, считая от возобновления занятий после оперативного вмешательства	Назначается при нерезко выраженных нарушениях двигательных функций	Назначается в течение полугода после операции	Назначается в послеоперационном периоде
XVII. Сколиозы и нарушения осанки	Назначается при сколиозах и нарушениях осанки, вызванных недостатками организации школьного и	Назначается при незначительных нарушениях двигательной функции, не ранее, чем через год занятий в специальной группе	Не назначается	Назначается при сколиозах с патологической этиологией после рахита, полиомиелита. Юношеский кифоз и некоторые другие

	домашнего режима, желательны дополнительные к обычным урокам, занятия корригирующей гимнастикой.			нарушения осанки – по назначению врача ортопеда
XVIII. Врожденные и приобретенные деформации опорно-двигательного аппарата	Назначается при отсутствии нарушений двигательных функций	Не назначается	Решается индивидуально	Назначается при существенных нарушениях функций
XIX. Остаточные явления и последствия закрытых травм черепа	Не назначается	Не назначается	Назначается при незначительных нарушениях двигательной функции	Назначается при значительных нарушениях двигательных функций
XX. Параличи, парезы, гиперкинезы, после различных заболеваний нервной системы (энцефалит, менингит, церебральные детские параличи, полиомиелит)	Не назначается	Не назначается	Решается индивидуально	Рекомендуются систематические занятия лечебной физкультурой
XXI. Прогрессивные мышечные дистрофии	Не назначается	Не назначается	Назначается при начальных стадиях болезни	Рекомендуется лечебная физкультура
XXII. Эпилепсия	Не назначается	Не назначается	Назначается при редких приступах	Не назначаются

XXIII. Хронические заболевания верхних дыхательных путей	Назначается при отсутствии существенных нарушений носового дыхания	Назначается при умеренных нарушениях носового дыхания	Назначается при частых обострениях хронических заболеваний	Не назначаются
XXIV. Хронический отит с перфорацией барабанной перепонки	Противопоказаны занятия плаванием, а при частых обострениях – также и лыжами	Назначается при отсутствии нарушения функции слуха	Назначается при гнойных процессах	Не назначаются
XXV. Аномалия рефракции	Менее ± 3Д с остротой зрения 0,5 и выше без коррекции. При остроте зрения 0,5 и выше только с коррекцией	Менее ± 3Д при остроте зрения ниже 0,5 с коррекцией. От ± 3,0 до ± 6,0 независимо от остроты зрения	+ 7Д и более, независимо от остроты зрения. При наличии изменений глазного дна и помутнений стекловидного тела обязательно заключение офтальмолога	Не назначаются
XXVI. Заболевания слезных путей, сопровождающихся слезотечением	Противопоказаны (или ограничены) занятия на воздухе)	Не назначаются	Не назначаются	Не назначаются

ОСНОВНЫЕ ОРИЕНТИРЫ ДЛЯ ПЕДИАТРОВ ПРИ ВРАЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ШКОЛЬНИКОВ

При болезнях	Противопоказано
Нервной системы	Нервно-эмоциональное напряжение неблагоприятный микроклимат, контакт с токсическими веществами
Органов дыхания	Неблагоприятный микроклимат, загазованность, контакт с токсическими веществами
Сердечно-сосудистой системы	Значительное физическое напряжение, неблагоприятный микроклимат, контакт с токсическими веществами, работа на высоте, у движущихся механизмов
Заболевания органа слуха и равновесия (вестибулярного аппарата)	Неблагоприятные метрологические и микроклиматические факторы, шум, вибрация, работа на высоте, на неустойчивых плоскостях, у движущихся механизмов, на транспорте, а также работа, требующая хорошей координации движений
Органов опорно-двигательного аппарата	Вынужденная рабочая поза, значительное физическое напряжение, работа на высоте, у движущихся механизмов
Органов пищеварения	Контакт с токсическими веществами, значительное физическое и нервное напряжение, работа, связанная с нарушением режима питания, вынужденная рабочая поза
Почек	Неблагоприятный микроклимат, контакт с токсическими веществами, вынужденная рабочая поза, работа, связанная с нарушением питания
Кожи	Контакт с токсическими веществами, раздражающими кожу, запылённость, неблагоприятный микроклимат, постоянное увлажнение и загрязнение воздуха

* Возможно наличие единичных морфологических врождённых дефектов развития (аномалия ногтей, маловыраженная деформация ушных раковин, родимое пятно и др.), не отражающиеся на функциональном состоянии и жизнедеятельности организма.

** При профилактических осмотрах резистентность и реактивность определяют по особенностям онтогенеза, кратности острых заболеваний, перенесённых ребёнком за предшествующий осмотру период, по клиническим признакам реактивности.

В процессе наблюдения за ребёнком группа здоровья у него может меняться в зависимости от динамики состояния здоровья.

Приложение 7

ТАБЛИЦЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Таблица для оценки длины тела у мальчиков

возраст (годы)	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	1	2	3	4	5	6	7
7	114.0	117.0	120.0	127.0	130.0	135.5
8	118.0	121.0	124.0	131.0	135.0	140.0
9	122.0	126.0	130.0	137.0	141.0	145.0
10	128.0	132.0	134.0	143.0	148.0	153.0
11	131.5	137.0	140.0	150.0	154.0	159.0
12	139.0	143.0	147.0	156.0	160.0	167.0
13	140.0	146.0	151.0	162.0	167.5	173.0
14	144.0	149.3	156.5	169.5	175.0	180.0
15	153.0	160.0	165.5	176.0	180.5	186.0
16	158.0	165.0	170.0	178.0	182.0	186.0
17	163.0	168.0	172.0	180.0	184.0	189.0
18	163.0	167.0	172.0	181.0	185.0	189.0

Таблица для оценки длины тела у девочек

возраст (годы)	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	1	2	3	4	5	6	7
7	114.0	118.3	120.0	127.0	130.0	133.5
8	117.0	121.0	124.0	131.0	135.0	138.5
9	122.0	126.0	130.0	138.0	141.2	144.5
10	125.0	130.0	135.0	143.0	147.5	154.0
11	130.0	136.0	140.0	150.5	155.5	163.5
12	138.0	143.0	146.0	156.0	161.0	165.0
13	145.5	148.0	152.0	161.0	165.0	169.0
14	150.0	153.0	156.5	165.5	169.0	172.0
15	152.0	154.5	159.0	167.0	171.0	176.0
16	153.0	157.0	160.0	168.0	171.5	175.5
17	153.0	157.0	161.0	169.0	172.5	176.0
18	154.0	158.0	161.5	169.0	172.0	177.0

Таблица для оценки массы тела у мальчиков

возраст (годы)	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	1	2	3	4	5	6	7
7	19.0	20.8	22.0	27.0	30.0	33.4
8	21.0	22.4	24.5	29.0	32.0	36.0
9	22.0	24.5	26.5	32.8	37.0	41.0
10	24.4	27.0	29.0	36.6	43.8	51.0
11	27.0	29.5	32.0	42.5	49.0	59.0
12	31.0	33.0	36.0	46.0	54.0	62.0
13	32.0	36.0	40.0	51.1	60.0	67.0
14	33.7	38.0	43.2	57.0	63.7	70.0
15	40.0	45.0	51.0	64.5	72.0	77.5
16	46.5	51.0	55.0	66.0	73.0	81.0
17	49.3	52.0	58.0	70.0	75.0	80.0
18	49.5	54.0	59.0	71.0	77.0	81.0

Таблица для оценки массы тела у девочек

возраст (годы)	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	1	2	3	4	5	6	7
7	19.0	20.0	21.3	27.0	30.0	33.8
8	19.5	21.5	23.0	28.0	33.0	38.0
9	21.5	23.8	26.0	32.1	36.0	42.0
10	22.1	25.0	28.0	37.0	41.8	47.0
11	26.0	28.1	31.5	42.0	50.0	57.0
12	29.0	32.0	36.0	47.0	54.0	61.7
13	33.0	35.5	40.0	51.8	55.5	63.0
14	35.8	41.0	45.0	55.0	60.0	68.0
15	39.8	43.7	47.7	58.2	63.0	70.0
16	43.0	44.5	49.0	59.0	65.0	69.5
17	44.0	46.0	49.0	60.0	65.0	70.0
18	44.0	49.6	52.0	62.0	67.0	70.0

Таблица для оценки массы тела по длине тела у мальчиков *
(в возрасте от 2 до 14 лет)

длина тела (см.)	масса тела (кг.)					
	Центили					
	3	10	25	75	90	97
114	17,0	17,6	18,7	21,1	22,3	23,7
115	17,3	18,1	19,0	21,5	22,7	24,2
116	17,6	18,5	19,5	21,9	23,2	24,7
117	18,0	18,9	19,9	22,3	23,6	25,2
118	18,4	19,3	20,3	22,8	24,1	25,7
119	18,7	19,6	20,6	23,3	24,5	26,1
120	19,0	19,9	21,0	23,7	25,0	26,6
121	19,4	20,3	21,4	24,2	25,5	27,1
122	19,7	20,6	21,7	24,7	26,0	27,7
123	20,0	21,0	22,0	25,2	26,5	28,3
124	20,4	21,4	22,5	25,7	27,1	28,9
125	20,8	21,7	22,9	26,2	27,7	29,5
126	21,2	22,1	23,4	26,7	28,4	30,2
127	21,5	22,5	23,7	27,3	28,9	30,8
128	21,9	22,9	24,2	27,8	29,6	31,5
129	22,4	23,3	24,6	28,4	30,4	32,4
130	22,8	23,7	25,0	29,2	31,0	33,2
131	23,2	24,2	25,5	29,7	31,7	34,0
132	23,5	24,6	26,0	30,3	32,5	34,8
133	23,9	25,0	26,5	31,2	33,4	35,6
134	24,3	25,5	27,0	31,8	34,0	36,4
135	24,7	26,0	27,5	32,6	34,9	37,4
136	25,2	26,5	28,0	33,5	35,7	38,3
137	25,7	27,0	28,5	34,3	36,5	39,2
138	26,3	27,5	29,1	35,0	37,4	40,2
139	26,7	28,1	29,7	35,7	38,3	41,2
140	27,2	28,6	30,3	36,5	39,2	42,2
141	27,7	29,2	30,9	37,4	40,0	43,4
142	28,3	29,7	31,5	38,0	40,9	44,5
143	29,0	30,4	32,3	38,9	41,9	45,5
144	29,6	31,1	33,0	39,7	42,8	46,5
145	30,2	31,8	33,7	40,5	43,7	47,4
146	30,8	32,4	34,4	41,3	44,6	48,3
147	31,5	33,1	35,2	42,1	45,5	49,3
148	32,1	33,8	35,9	42,9	46,4	50,2
149	32,7	34,4	36,6	43,7	47,2	51,2
150	33,4	35,1	37,2	44,5	48,1	52,1

151	34,0	35,8	38,0	45,3	49,0	53,1
152	34,6	36,5	38,7	46,1	49,9	54,0
153	35,2	37,1	39,4	46,9	50,8	54,9
154	35,9	37,8	40,1	47,7	51,7	55,9
155	36,5	38,5	40,8	48,5	52,6	56,6
156	37,1	39,1	41,5	49,3	53,4	57,7
157	37,7	39,8	42,2	50,0	54,3	58,7
158	38,4	40,5	42,9	50,8	55,2	59,6
159	39,0	41,2	43,6	51,6	56,1	60,6
160	39,6	41,8	44,5	52,4	57,0	61,5
161	40,3	42,5	45,0	53,2	57,9	62,4
162	40,9	43,2	45,8	54,0	58,7	63,4
163	41,5	43,8	46,5	54,8	59,6	64,3
164	42,2	44,5	47,2	55,6	60,5	65,3
165	42,9	45,2	47,9	56,4	61,4	66,2
166	43,6	46,0	48,7	57,2	62,3	67,0
167	44,3	46,7	49,5	58,0	63,1	67,9
168	45,0	47,5	50,3	58,9	64,0	68,8
169	45,7	48,2	51,1	59,6	64,8	69,7
170	46,4	49,0	51,8	60,5	65,7	70,5
171	47,1	49,7	52,6	61,3	66,6	71,4
172	47,8	50,5	53,4	62,1	67,4	72,3
173	48,5	51,2	54,2	63,0	68,3	73,1
174	49,2	52,0	55,0	63,8	69,1	74,0
175	49,8	52,7	55,8	64,6	73,0	74,9
176	50,6	53,5	56,5	65,5	70,9	75,7
177	51,3	54,3	57,4	66,3	71,7	76,6
178	51,9	55,0	58,2	67,1	72,6	77,5
179	52,6	55,8	59,0	67,9	73,4	78,4
180	53,5	56,6	59,8	68,8	74,4	79,2

Таблица (дополнительная) для оценки массы тела по длине тела у мальчиков (в возрасте старше 14 лет)*

длина тела (см)	масса тела (кг)					
	Центили					
	3	10	25	75	90	97
165	47,8	50,4	52,9	59,5	62,8	66,2
166	48,4	51,3	53,7	60,6	64,1	67,7
167	49,1	52,0	54,6	61,7	65,3	69,0
168	49,8	52,8	55,5	62,9	66,5	70,4
169	50,4	53,6	56,4	64,0	67,7	71,7
170	51,1	54,4	57,2	65,1	68,9	73,1

171	51,8	55,2	58,1	66,3	70,1	74,5
172	52,5	56,0	59,0	67,5	71,3	75,8
173	53,3	56,7	59,9	68,6	72,5	77,2
174	54,0	57,5	60,8	69,7	73,7	78,5
175	54,7	58,3	61,6	70,8	74,9	79,9
176	55,4	59,1	62,5	72,0	76,1	81,2
177	56,1	59,9	63,4	73,1	77,4	82,6
178	56,8	60,6	64,3	74,3	78,6	84,0
179	57,5	61,4	65,2	75,4	79,6	85,4
180	58,4	62,2	66,0	76,2	81,1	86,2

Таблица для оценки массы тела по длине тела у девочек *
(в возрасте от 2 до 14 лет)

длина тела (см)	масса тела (кг)					
	Центили					
	3	10	25	75	90	97
114	16,5	17,4	18,3	20,8	22,0	23,5
115	16,7	17,7	18,6	21,2	22,5	24,0
116	16,9	17,9	18,9	21,7	23,0	24,5
117	17,2	18,2	19,3	22,2	23,5	25,0
118	17,6	18,6	19,6	22,6	24,0	25,5
119	18,0	18,9	20,0	23,0	24,6	26,1
120	18,3	19,3	20,4	23,5	25,2	26,7
121	18,7	19,6	20,7	24,0	25,7	27,3
122	19,1	20,0	21,1	24,4	26,3	28,0
123	19,3	20,3	21,5	24,9	26,8	28,7
124	19,6	20,7	21,8	25,4	27,4	29,5
125	20,0	21,1	22,3	25,9	28,0	30,3
126	20,4	21,6	22,7	26,4	28,7	31,0
127	20,8	22,0	23,2	27,0	29,4	31,8
128	21,3	22,5	23,7	27,7	30,2	32,4
129	21,7	23,0	24,3	28,4	31,1	33,8
130	22,1	23,5	24,8	29,3	32,2	34,9
131	22,4	24,0	25,4	30,0	33,0	36,0
132	22,8	24,3	25,8	30,6	33,6	36,8
133	23,4	24,8	26,3	31,3	34,4	37,8
134	23,9	25,3	26,8	32,1	35,3	38,8
135	24,3	25,8	27,4	32,9	36,2	39,8
136	24,7	26,3	28,0	33,7	37,1	40,8
137	25,3	26,8	28,5	34,6	38,0	41,7
138	25,7	27,4	29,1	35,5	38,9	42,7
139	26,3	28,0	29,7	36,3	39,9	43,7

140	27,0	28,4	30,5	35,4	38,0	40,4
141	27,5	28,9	31,1	36,1	38,7	41,2
142	28,1	29,5	31,7	36,9	39,6	42,1
143	28,7	30,1	32,3	37,8	40,4	42,9
144	29,3	30,6	32,9	38,6	41,3	43,8
145	29,9	31,2	33,7	39,4	42,2	44,7
146	30,4	31,9	34,4	40,2	42,8	45,6
147	31,0	32,5	35,1	41,1	43,8	46,5
148	31,6	33,4	35,9	41,9	44,7	47,4
149	39,3	34,1	36,6	42,7	45,6	48,2
150	32,9	34,7	37,4	43,6	46,4	49,1
151	33,5	35,5	38,1	44,4	47,2	50,0
152	34,2	36,1	38,8	45,2	48,0	50,9
153	34,8	36,9	39,6	45,9	46,9	51,7
154	35,5	37,6	40,4	46,8	49,7	52,6
155	36,2	38,3	41,1	47,6	50,6	53,5
156	36,8	39,0	41,8	48,4	51,4	54,4
157	37,5	39,7	42,6	49,2	52,3	55,2
158	38,1	40,4	43,4	50,1	53,2	56,1
159	38,7	41,1	44,1	50,8	54,0	57,0
160	39,4	41,8	44,8	51,7	54,9	57,9
161	40,0	42,5	45,5	52,5	55,6	58,8
162	40,6	43,3	46,2	53,3	56,5	59,7
163	41,3	44,0	46,9	54,1	57,4	60,5
164	41,9	44,6	47,7	54,9	58,2	61,4
165	42,5	45,3	48,5	55,8	59,1	62,3
166	43,1	46,0	49,1	56,6	59,9	63,1
167	43,7	46,7	49,9	57,4	60,8	64,0
168	44,4	47,5	50,7	58,2	61,6	64,9
169	45,0	48,1	51,1	59,0	62,5	65,7
170	45,6	48,8	52,2	59,8	63,4	66,6
171	46,3	49,5	52,9	60,6	64,3	67,6

Таблица (дополнительная) для оценки массы тела по длине тела у девочек (в возрасте старше 14 лет)*

длина тела (см)	масса тела (кг)					
	Центили					
	3	10	25	75	90	97
159	39,7	42,2	44,9	52,8	57,1	64,8
160	40,4	42,9	45,6	53,6	57,8	65,7
161	41,1	43,6	46,4	54,4	58,7	66,4

162	41,8	44,3	47,1	55,2	59,6	67,2
163	42,5	45,0	47,8	56,0	60,4	68,0
164	43,1	45,6	48,6	56,8	61,1	68,8
165	43,8	46,4	49,3	57,6	62,0	69,6
166	44,5	46,1	50,0	58,4	62,7	70,4
167	45,1	46,8	50,8	59,2	63,6	71,2
168	45,7	48,6	51,5	60,0	64,4	72,0
169	46,5	49,3	52,3	60,8	65,2	72,8
170	47,2	50,0	53,1	61,7	66,0	73,6
171	47,8	50,7	53,7	62,5	66,8	74,4
172	48,5	51,4	54,5	63,3	67,6	75,2
173	49,3	52,5	55,3	64,2	68,5	76,0
174	49,8	52,9	56,1	65,0	69,3	76,8
175	50,5	53,6	56,8	65,8	70,1	77,7
176	51,2	54,3	57,6	66,6	70,8	78,4
177	51,8	55,1	58,3	67,5	71,7	79,3
178	52,6	55,8	59,1	68,3	72,6	80,0
179	53,2	56,5	59,9	69,1	73,3	80,9
180	53,9	57,3	60,7	69,9	74,0	81,7

*«Межрегиональные нормативы для оценки длины и массы тела детей от 0 до 14 лет» (Минздрав СССР, № 05-14/2-14 от 03.04.1990).

Таблица для оценки индекса Кетле$_2$ у мальчиков**

возраст (годы)	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	1	2	3	4	5	6	7
7	12.98	13.72	14.58	16.29	178.43	18.85
8	13.19	13.78	14.81	16.71	17.93	19.63
9	13.44	14.07	15.14	17.31	18.67	20.63
10	13.69	14.35	15.48	17.93	19.32	21.62
11	14.01	14.75	15.84	18.54	20.09	22.54
12	14.41	15.25	16.34	19.14	21.02	23.42
13	14.82	15.82	16.85	19.76	21.86	24.25
14	15.35	16.42	17.46	20.63	22.88	25.12
15	16.02	17.21	18.23	21.62	23.82	25.88
16	16.63	17.96	19.08	22.64	24.71	26.69
17	17.33	18.82	20.16	23.66	25.59	27.37
18	17.99	19.66	21.28	24.73	26.51	28.13

Таблица для оценки индекса Кетле$_2$ у девочек**

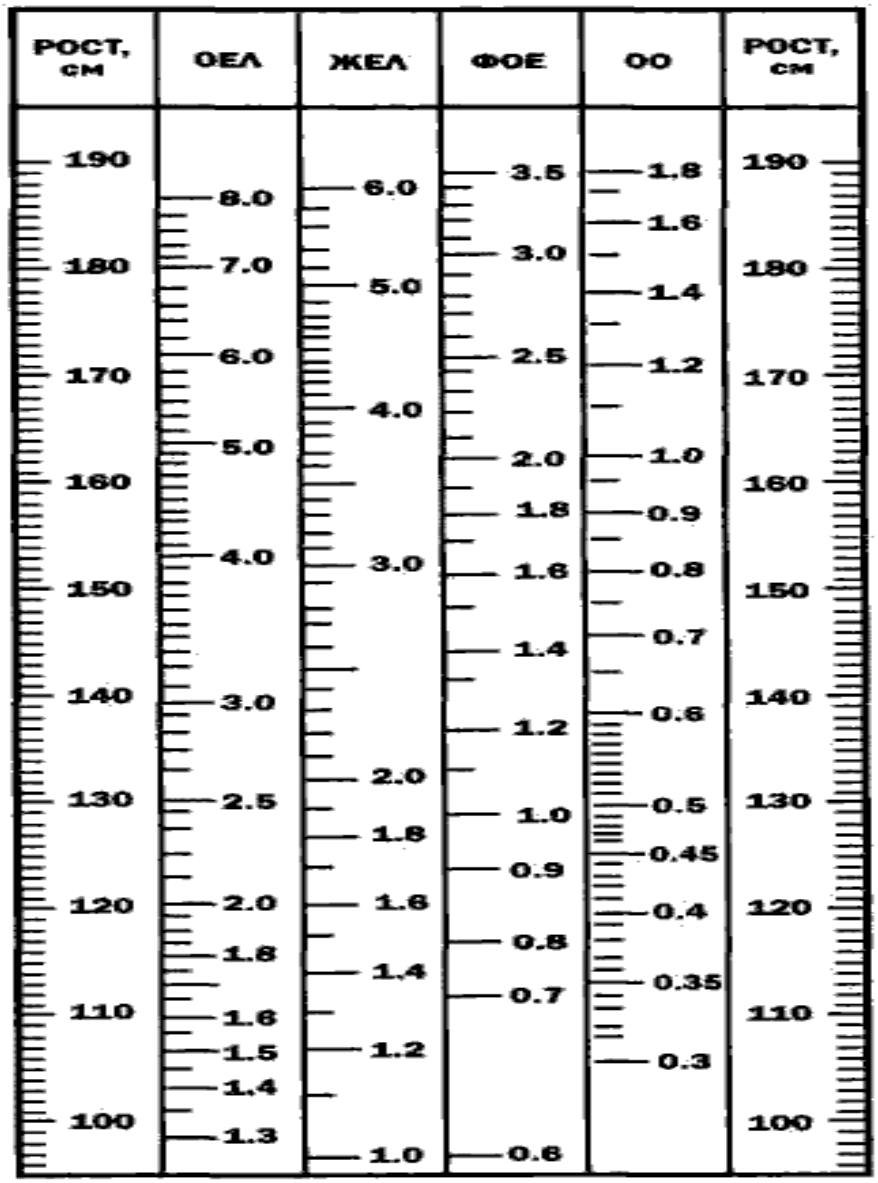
возраст (годы)	Центили					
	3	10	25	75	90	97
	1	2	3	4	5	6	7
7	12.64	13.27	14.14	15.78	17.05	18.75
8	12.82	13.48	14.35	16.18	17.54	19.33
9	13.08	13.77	14.67	16.75	18.14	20.23
10	13.35	14.04	15.01	17.37	18.88	21.13
11	13.69	14.41	15.39	18.03	19.65	22.08
12	14.03	14.83	15.89	18.81	20.47	23.08
13	14.49	15.33	16.44	19.54	21.15	24.12
14	14.98	15.82	17.03	20.31	21.97	25.15
15	15.52	16.34	17.52	20.97	22.61	26.15
16	16.01	16.79	17.98	21.55	23.19	27.03
17	16.47	17.16	18.32	21.89	23.69	27.63
18	16.87	17.53	18.64	22.16	24.14	28.16

** Пропедевтика детских болезней: Практикум / Под ред. В.В. Юрьева. – СПб: Питер, 2003.- 352с.

Юрьев В.В., Воронович Н.Н., Паршуткина О.Ю. и др. О подходах к оценке состояния питания у детей // Педиатрия. – 2004. - №5. – С. 102-105.

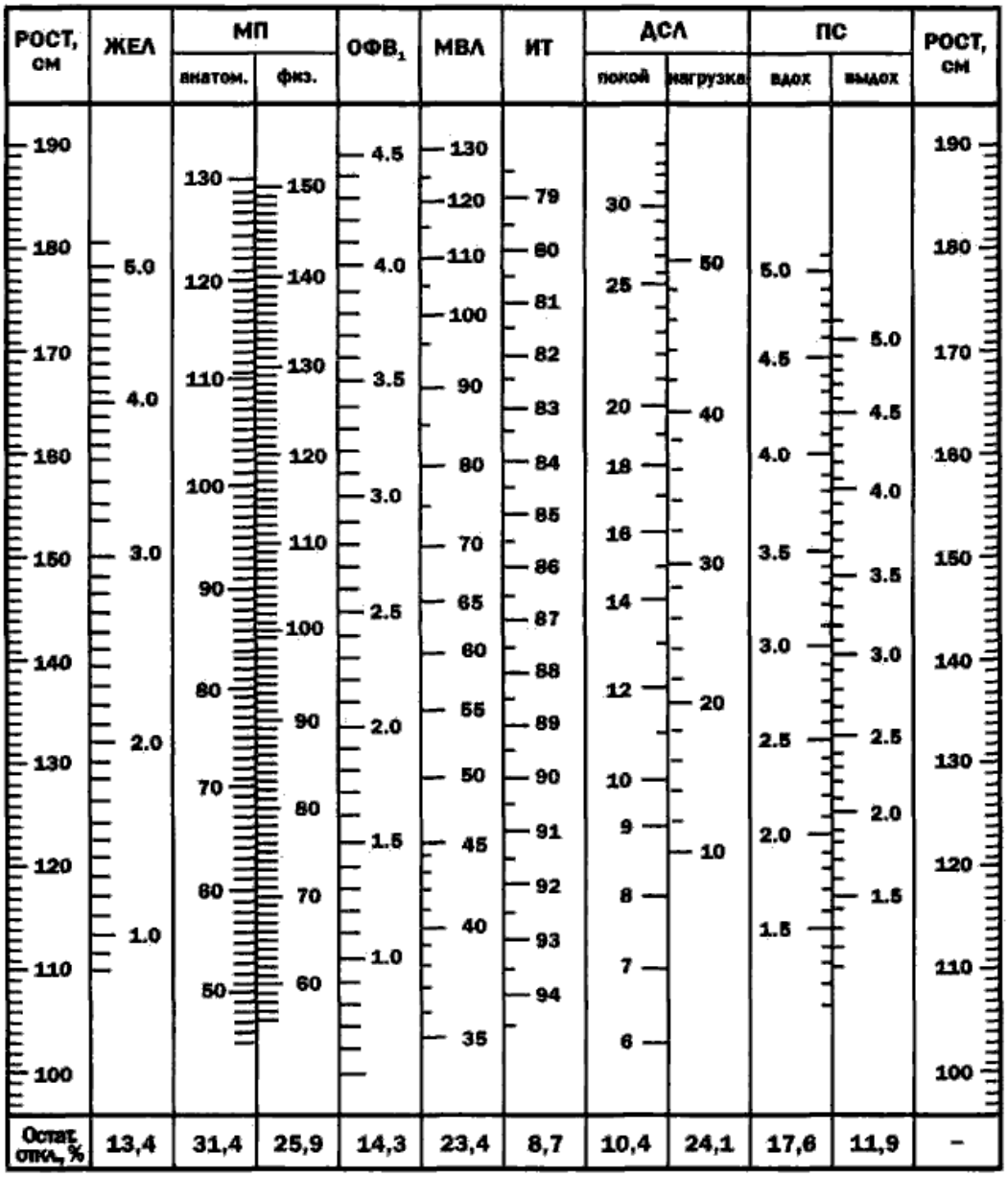
Приложение 8

НОМОГРАММЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОЛЖНЫХ ВЕЛИЧИН ЛЕГОЧНЫХ ОБЪЕМОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ



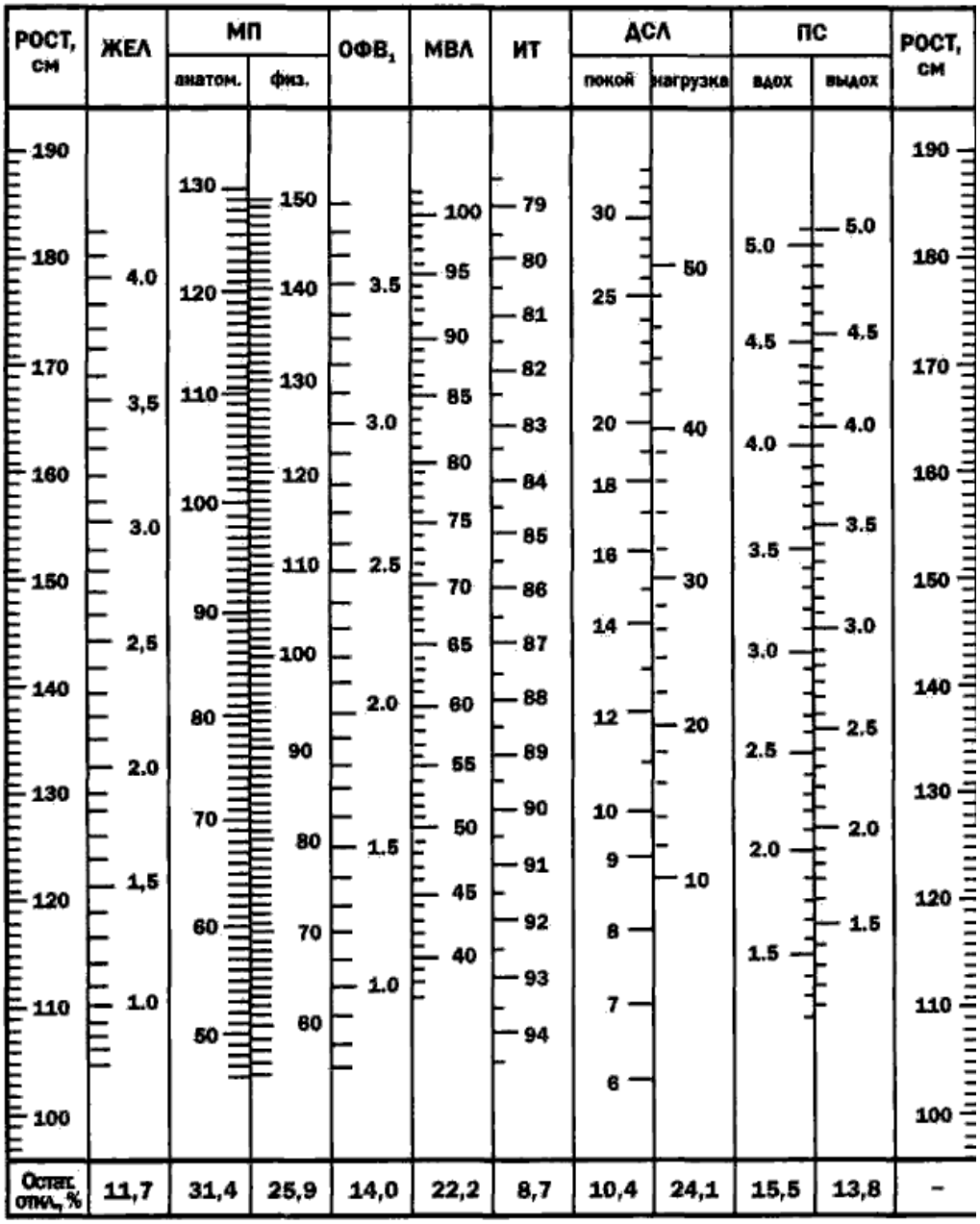
Условные обозначения: ОЕЛ — общая емкость легких, л; ФОБ — функциональная остаточная емкость легких, л; ОО — остаточный объем, л.

Номограмма для определения должных величин показателей функции внешнего дыхания у мальчиков 4—16 лет



Условные обозначения: ЖЕЛ — жизненная емкость легких, л; МП — мертвое пространство, мл; ОФ1>1 — объем форсированного выдоха за 1 с, л; МВЛ — максимальная вентиляция легких, л; ИТ — индекс Тиффно, *%;* ДСЛ — диффузионная способность легких, мл (мин х мм рт. ст.)[1]; ПС — пиковая скорость вдоха, выдоха, л/с.

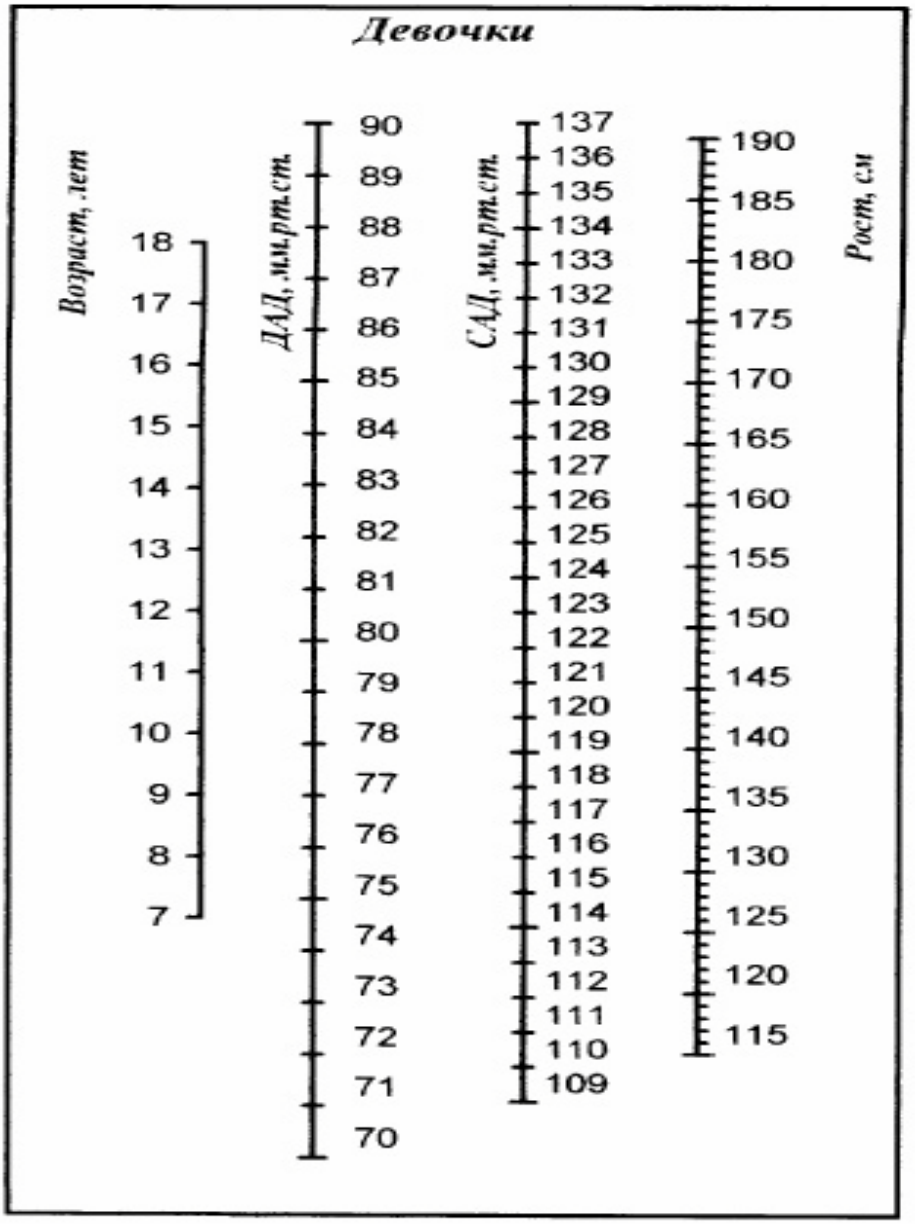
Номограмма для определения должных величин показателей функции внешнего дыхания у девочек 4—16 лет



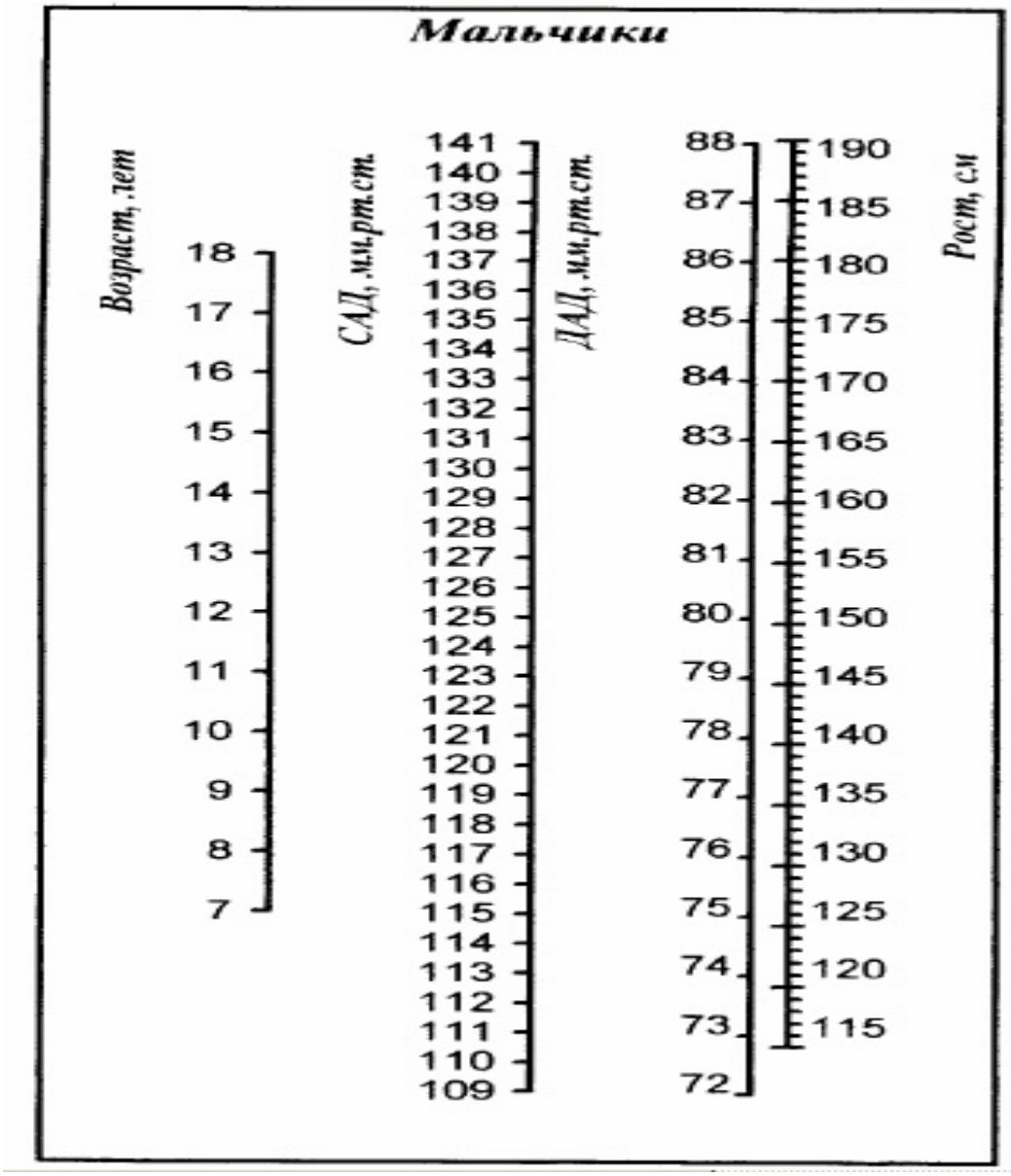
Условные обозначения: ЖЕЛ — жизненная емкость легких, л; МП — мертвое пространство, мл; ОФВ) — объем форсированного выдоха за 1 с, л; МВЛ — максимальная вентиляция легких, л; ИТ — индекс Тиффно, *%;* ДСП — диффузионная способность легких, мл (мин х мм рт. ст.)[1]; ПС — пиковая скорость вдоха, выдоха, л/с.

Приложение 9

Номограммы для определения показателей артериального давления девочек



Номограммы для определения показателей артериального давления мальчиков



* По данным Петров В.И., Ледяев М.Я. Артериальная гипертензия у детей и подростков: Современные методы диагностики, фармакотерапии и профилактики. – Волгоград: 1999. – 146 с

Приложение 10

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕСТОВ

Мальчики, юноши

Тест № 1. «Бег на 30 м», сек.

Возраст, лет и мес.	**Уровень физической подготовленности, %**				
	Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий
	100 и выше	85 – 99	70 - 84	51 - 69	50 и ниже
	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
6,0-6,5	6,4 и ниже	6,5-6,9	7,0-7,5	7,6-8,3	8,4 и выше
6,6-6,11	6,1 и ниже	6,2-6,7	6,8-7,3	7,4-8,0	8,1 и выше
7,0-7,5	5,6 и ниже	5,7-6,1	6,2-6,7	6,8-7,4	7,5 и выше
7,6-7,11	5,5 и ниже	5,6-6,0	6,1-6,6	6,7-7,3	7,4 и выше
8,0-8,5	5,4 и ниже	5,5-5,8	5,9-6,3	6,4-7,0	7,1 и выше
8,6-8,11	5,3 и ниже	5,4-5,8	5,9-6,3	6,4-6,9	7,0 и выше
9,0-9,5	5,1 и ниже	5,2-5,6	5,7-6,1	6,2-6,7	6,8 и выше
9,6-9,11	5,1 и ниже	5,2-5,5	5,6-6,0	6,1-6,6	6,7 и выше
10,0-10,5	5,0 и ниже	5,1-5,4	5,5-5,9	6,0-6,5	6,6 и выше
10,6-10,11	5,0 и ниже	5,1-5,4	5,5-5,8	5,9-6,4	6,5 и выше
11,0-11,5	5,0 и ниже	5,1-5,3	5,4-5,7	5,8-6,2	6,3 и выше
11,6-11,11	5,0 и ниже	5,1-5,3	5,4-5,6	5,7-6,1	6,2 и выше
12,0-12,5	4,9 и ниже	5,0-5,2	5,3-5,5	5,6-5,9	6,0 и выше
12,6-12,11	4,9 и ниже	5,0-5,2	5,3-5,5	5,6-5,9	6,0 и выше
13,0-13,5	4,8 и ниже	4,9-5,1	5,2-5,4	5,5-5,8	5,9 и выше
13,6-13,11	4,8 и ниже	4,9-5,1	5,2-5,4	5,5-5,8	5,9 и выше
14,0-14,5	4,7 и ниже	4,9-5,2	5,3-5,5	5,6-6,0	5,8 и выше
14,6-14,11	4,6 и ниже	4,7-4,9	4,8-5,0	5,1-5,4	5,5 и выше
15,0-15,5	4,5 и ниже	4,6-4,7	5,3-5,5	5,6-5,9	5,9 и выше
15,6-15,11	4,5 и ниже	4,6-4,7	4,8-4,9	5,0-5,3	5,4 и выше
16,0-16,5	4,4 и ниже	4,5-4,6	4,7-4,8	4,9-5,1	5,2 и выше
16,6-16,11	4,5 и ниже	4,5-4,6	4,7-4,8	4,9-5,1	5,2 и выше
17,0-17,5	4,3 и ниже	4,4-4,5	4,6-4,7	4,8-5,0	5,1 и выше
17,6-17,11	4,3 и ниже	4,4-4,5	4,6-4,7	4,8-5,0	5,1 и выше
18,0-18,5	4,2 и ниже	4,3-4,4	4,5-4,6	4,7-4.9	5,0 и выше

Тест № 2 «Бег на 1000 м», мин. и сек.

Возраст, лет и мес.	**Уровень физической подготовленности, %**				
	Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий
	100 и выше	85 – 99	70 - 84	51 - 69	50 и ниже
	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
7,0-7,5	6,00 и ниже	6,01-6,34	6,35-7,09	7,10-7,55	7,56 и выше
7,6-7,11	5,50 и ниже	5,51-6,25	6,26-7,00	7,01-7,45	7,46 и выше
8,0-8,5	5,35 и ниже	5,36-6,08	6,09-6,41	6,42-7,25	7,26 и выше
8,6-8,11	5,25 и ниже	5,26-5,58	5,59-6,31	6,32-7,15	7,16 и выше
9,0-9,5	5,20 и ниже	5,21-5,53	5,54-6,26	6,27-7,10	7,11 и выше
9,6-9,11	5,10 и ниже	5,11-5,43	5,44-6,16	6,17-7,00	7,01 и выше
10,0-10,5	5,05 и ниже	5,06-5,38	5,39-6,11	6,12-6,55	6,56 и выше
10,6-10,11	4,55 и ниже	4,56-5,28	5,29-6,01	6,02-6,45	6,46 и выше
11,0-11,5	4,50 и ниже	4,51-5,23	5,24-5,56	5,57-6,40	6,41 и выше
11,6-11,11	4,40 и ниже	4,41-5,13	5,14-5,46	5,47-6,30	6,31 и выше
12,0-12,5	4,35 и ниже	4,36-5,08	5,09-5,41	5,42-6,25	6,26 и выше
12,6-12,11	4,25 и ниже	4,26-4,58	4,59-5,31	5,32-6,15	6,16 и выше
13,0-13,5	4,20 и ниже	4,21-4,53	4,54-5,26	5,27-6,10	6,11 и выше
13,6-13,11	4,10 и ниже	4,11-4,43	4,44-5,16	5,17-6,00	6,01 и выше
14,0-14,5	4,05 и ниже	4,06-4,38	4,39-5,11	5,12-5,55	5,56 и выше
14,6-14,11	4,00 и ниже	4,01-4,33	4,34-5,06	5,07-5,50	5,51 и выше
15,0-15,5	3,55 и ниже	3,56-4,28	4,29-5,01	5,02-5,45	5,46 и выше
15,6-15,11	3,50 и ниже	3,51-4,23	4,24-4,56	4,57-5,40	5,41 и выше

16,0-16,5	3,45 и ниже	3,46-4,18	4,19-4,51	4,52-5,35	5,36 и выше
16,6-16,11	3,40 и ниже	3,41-4,13	4,14-4,46	4,47-5,30	5,31 и выше
17,0-17,5	3,35 и ниже	3,36-4,08	4,09-4,41	4,42-5,25	5,26 и выше
17,6-17,11	3,30 и ниже	3,31-4,03	4,04-4,36	4,37-5,20	5,21 и выше
18,0-18,5	3,30 и ниже	3,31-4,03	4,04-4,36	4,37-5,20	5,21 и выше
18,6-18,11	3,30 и ниже	3,31-4,03	4,04-4,36	4,37-5,20	5,21 и выше

Тест № 3 «Подтягивание на перекладине», раз

Возраст, лет и мес.	**Уровень физической подготовленности, %**				
	Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий
	100 и выше	85 - 99	70 - 84	51 - 69	50 и ниже
	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
6,0-6,5	3 и выше	2	1,5	1	0
6,6-6,11	4 и выше	3	2	1	0,5 и ниже
7,0-7,5	4 и выше	3	2	1,5	1 и ниже
7,6-7,11	5 и выше	4	3	2	1 и ниже
8,0-8,5	5 и выше	4	3	2	1 и ниже
8,6-8,11	6 и выше	5	3-4	2	1 и ниже
9,0-9,5	6 и выше	5	4	2-3	1 и ниже
9,6-9,11	7 и выше	5-6	4	2-3	1 и ниже
10,0-10,5	7 и выше	6	4-5	2-3	1 и ниже
10,6-10,11	8 и выше	6-7	5	2-4	1 и ниже
11,0-11,5	8 и выше	7	5-6	2-4	1 и ниже
11,6-11,11	8 и выше	7	5-6	2-4	1 и ниже
12,0-12,5	9 и выше	7-8	5-6	2-4	1 и ниже
12,6-12,11	9 и выше	8	6-7	3-5	2 и ниже
13,0-13,5	10 и выше	8-9	6-7	3-5	2 и ниже
13,6-13,11	10 и выше	9	6-8	3-5	2 и ниже
14,0-14,5	11 и выше	9-10	7-8	4-6	3 и ниже
14,6-14,11	11 и выше	10	8-9	4-7	3 и ниже
15,0-15,5	12 и выше	10-11	8-9	5-7	4 и ниже
15,6-15,11	12 и выше	10-11	8-9	5-7	4 и ниже
16,0-16,5	12 и выше	10-11	9	5-8	4 и ниже
16,6-16,11	12 и выше	10-11	9	6-8	5 и ниже
17,0-17,5	13 и выше	11-12	9-10	6-8	5 и ниже
17,6-17,11	13 и выше	11-12	9-10	6-8	5 и ниже
18,0-18,5	13 и выше	12	10-11	7-9	6 и ниже
18,6-18,11	14 и выше	12-13	10-11	7-9	6 и ниже

Тест № 4 «Прыжок в длину с места», см

Возраст, лет и мес.	Уровень физической подготовленности, %				
	Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий
	100 и выше	85 - 99	70 - 84	51 - 69	50 и ниже
	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
6,0-6,5	122 и выше	109-121	96-108	80-95	79 и ниже
6,6-6,11	128 и выше	115-127	102-114	86-101	85 и ниже
7,0-7,5	130 и выше	117-129	104-116	88-103	87 и ниже
7,6-7,11	140 и выше	127-139	114-126	98-113	97 и ниже
8,0-8,5	145 и выше	132-144	119-131	103-118	102 и ниже
8,6-8,11	155 и выше	142-154	129-141	113-128	112 и ниже
9,0-9,5	158 и выше	145-157	132-144	116-131	115 и ниже
9,6-9,11	162 и выше	149-161	136-148	120-135	119 и ниже
10,0-10,5	166 и выше	153-165	141-152	124-139	123 и ниже
10,6-10,11	175 и выше	162-174	150-161	133-148	132 и ниже
11,0-11,5	177 и выше	164-176	152-163	135-150	134 и ниже
11,6-11,11	184 и выше	171-183	159-170	142-157	141 и ниже
12,0-12,5	187 и выше	174-186	162-173	145-160	144 и ниже
12,6-12,11	193 и выше	180-192	168-179	151-166	150 и ниже
13,0-13,5	198 и выше	185-197	173-184	156-171	155 и ниже
13,6-13,11	205 и выше	192-204	180-191	163-178	162 и ниже
14,0-14,5	208 и выше	195-207	183-194	166-181	165 и ниже
14,6-14,11	214 и выше	201-213	189-200	172-187	171 и ниже

15,0-15,5	217 и выше	204-216	192-203	175-190	174 и ниже
15,6-15,11	225 и выше	212-224	200-211	183-198	182 и ниже
16,0-16,5	228 и выше	215-227	203-214	186-201	185 и ниже
16,6-16,11	234 и выше	221-233	209-220	192-207	191 и ниже
17,0-17,5	238 и выше	225-237	213-224	196-211	195 и ниже
17,6-17,11	240 и выше	229-239	217-228	201-216	200 и ниже
18,0-18,5	242 и выше	231-241	219-230	203-218	202 и ниже
18,6-18,11	245 и выше	234-244	222-233	206-221	205 и ниже

Девочки, девушки
Тест № 1. «Бег на 30 м», сек.

Возраст, лет и мес.	**Уровень физической подготовленности, %**				
	Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий
	100 и выше	85 - 99	70 - 84	51 - 69	50 и ниже
	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
6,0-6,5	6,8 и ниже	6,9-7,3	7,4-7,9	8,0-8,7	8,8 и выше
6,6-6,11	6,5 и ниже	6,6-7,0	7,1-7,5	7,6-8,3	8,4 и выше
7,0-7,5	6,0 и ниже	6,1-6,5	6,6-7,0	7,1-7,7	7,8 и выше
7,6-7,11	5,8 и ниже	5,9-6,3	6,4-6,7	6,8-7,5	7,6 и выше
8,0-8,5	5,6 и ниже	5,7-6,0	6,1-6,5	6,4-7,0	7,1 и выше
8,6-8,11	5,5 и ниже	5,6-5,9	5,0-6,4	6,5-7,1	7,2 и выше
9,0-9,5	5,3 и ниже	5,4-5,8	5,9-6,3	6,4-6,9	7,0 и выше
9,6-9,11	5,3 и ниже	5,4-5,7	5,8-6,2	6,3-6,8	6,9 и выше
10,0-10,5	5,2 и ниже	5,3-5,6	5,7-6,0	6,1-6,5	6,6 и выше
10,6-10,11	5,2 и ниже	5,3-5,6	5,7-6,0	6,1-6,5	6,6 и выше
11,0-11,5	5,1 и ниже	5,2-5,4	5,5-5,8	5,9-6,3	6,4 и выше
11,6-11,11	5,1 и ниже	5,2-5,4	5,5-5,7	5,8-6,2	6,3 и выше
12,0-12,5	5,0 и ниже	5,1-5,3	5,4-5,6	5,7-6,1	6,2 и выше
12,6-12,11	5,0 и ниже	5,1-5,3	5,4-5,6	5,7-6,1	6,2 и выше
13,0-13,5	5,0 и ниже	5,1-5,3	5,4-5,6	5,7-6,1	6,2 и выше
13,6-13,11	5,0 и ниже	5,1-5,3	5,4-5,6	5,7-6,0	6,1 и выше
14,0-14,5	4,9 и ниже	5,0-5,2	5,3-5,5	5,6-6,0	6,1 и выше
14,6-14,11	4,9 и ниже	5,0-5,2	5,3-5,5	5,6-6,0	6,1 и выше

15,0-15,5	4,9 и ниже	5,0-5,2	5,3-5,5	5,6-6,0	6,1 и выше
15,6-15,11	4,9 и ниже	5,0-5,2	5,3-5,5	5,6-6,0	6,1 и выше
16,0-16,5	4,8 и ниже	4,9-5,1	5,2-5,4	5,5-6,0	6,1 и выше
16,6-16,11	4,8 и ниже	4,9-5,1	5,2-5,4	5,5-6,0	6,1 и выше
17,0-17,5	4,8 и ниже	4,9-5,1	5,2-5,4	5,5-6,0	6,1 и выше
17,6-17,11	4,8 и ниже	4,9-5,1	5,2-5,4	5,5-6,0	6,1 и выше
18,0-18,5	4,7 и ниже	4,8-5,0	5,1-5,4	5,5-5,9	6,0 и выше
18,6-18,11	4,7 и ниже	4,8-5,0	5,1-5,4	5,5-5,9	6,0 и выше

Тест № 2 «Бег на 1000 м», мин. и сек.

Возраст, лет и мес.	**Уровень физической подготовленности, %**				
	Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий
	100 и выше	85 - 99	70 - 84	51 - 69	50 и ниже
	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
7,0-7,5	6,10 и ниже	6,11-6,45	6,46-7,20	7,21-7,59	8,00 и выше
7,6-7,11	6,00 и ниже	6,01-6,35	6,36-7,00	7,01-7,49	7,50 и выше
8,0-8,5	5,55 и ниже	5,56-6,28	6,29-7,01	7,02-7,45	7,46 и выше
8,6-8,11	5,45 и ниже	5,46-6,18	6,19-6,51	6,52-7,35	7,36 и выше
9,0-9,5	5,47 и ниже	5,48-6,20	6,21-6,53	6,54-7,37	7,38 и выше
9,6-9,11	5,35 и ниже	5,36-6,08	6,09-6,41	6,42-7,25	7,26 и выше
10,0-10,5	5,38 и ниже	5,39-6,11	6,12-6,44	6,45-7,28	7,29 и выше
10,6-10,11	5,26 и ниже	5,27-5,59	6,00-6,32	6,33-7,16	7,17 и выше
11,0-11,5	5,24 и ниже	5,25-5,57	5,58-6,30	6,31-7,14	7,15 и выше
11,6-11,11	5,17 и ниже	5,18-5,50	5,51-6,23	6,24-7,07	7,08 и выше
12,0-12,5	5,14 и ниже	5,15-5,47	5,48-6,20	6,21-7,04	7,05 и выше
12,6-12,11	5,08 и ниже	5,09-5,41	5,42-6,14	6,15-6,58	6,59 и выше
13,0-13,5	5,03 и ниже	5,04-5,36	5,37-6,09	6,08-6,53	6,54 и выше

13,6-13,11	4,56 и ниже	4,57-5,29	5,30-6,02	6,03-6,46	6,47 и выше
14,0-14,5	4,56 и ниже	4,57-5,29	5,30-6,02	6,03-6,46	6,47 и выше
14,6-14,11	4,45 и ниже	4,46-5,18	5,19-5,51	5,52-6,35	6,36 и выше
15,0-15,5	4,43 и ниже	4,44-5,15	5,16-5,48	5,49-6,32	6,33 и выше
15,6-15,11	4,37 и ниже	4,38-5,09	5,10-5,42	5,43-6,26	6,27 и выше
16,0-16,5	4,33 и ниже	4,34-5,05	5,04-5,38	5,39-6,22	6,23 и выше
16,6-16,11	4,26 и ниже	4,27-4,58	4,59-5,31	5,32-6,15	6,16 и выше
17,0-17,5	4,22 и ниже	4,23-4,54	4,55-5,27	5,28-6,11	6,12 и выше
17,6-17,11	4,18 и ниже	4,19-4,50	4,51-5,23	5,24-6,07	6,08 и выше
18,0-18,5	4,16 и ниже	4,17-4,48	4,49-5,21	5,22-6,05	6,06 и выше
18,6-18,11	4,14 и ниже	4,15-4,46	4,47-5,19	5,20-6,03	6,04 и выше

Тест № 3 «Подъем туловища в сек», раз за 30 сек

Возраст, лет и мес.	**Уровень физической подготовленности, %**				
	Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий
	100 и выше	85 - 99	70 - 84	51 - 69	50 и ниже
	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
6,0-6,5	13 и выше	12	10-11	7-9	6 и ниже
6,6-6,11	14 и выше	12-13	10-11	7-9	6 и ниже
7,0-7,5	15 и выше	13-14	11-12	8-10	7 и ниже
7,6-7,11	15 и выше	14	12-13	9-11	8 и ниже
8,0-8,5	15 и выше	14	12-13	9-11	8 и ниже
8,6-8,11	16 и выше	14-15	12-13	10-11	9 и ниже
9,0-9,5	16 и выше	15	13-14	10-12	9 и ниже
9,6-9,11	17 и выше	15-16	13-14	10-12	9 и ниже
10,0-10,5	18 и выше	16-17	14-15	11-13	10 и ниже
10,6-10,11	18 и выше	17	15-16	11-14	10 и ниже
11,0-11,5	19 и выше	17-18	15-16	11-14	10 и ниже
11,6-11,11	19 и выше	18	15-17	11-14	10 и ниже
12,0-12,5	20 и выше	18-19	16-17	12-15	11 и ниже

12,6-12,11	20 и выше	19	17-18	12-16	11 и ниже
13,0-13,5	21 и выше	19-20	17-18	13-16	12 и ниже
13,6-13,11	21 и выше	20	18-19	13-17	12 и ниже
14,0-14,5	22 и выше	20-21	18-19	13-17	12 и ниже
14,6-14,11	22 и выше	21	19-20	14-18	13 и ниже
15,0-15,5	23 и выше	21-22	19-20	14-18	13 и ниже
15,6-15,11	24 и выше	22-23	20-21	15-19	14 и ниже
16,0-16,5	24 и выше	23	20-22	15-19	14 и ниже
16,6-16,11	25 и выше	23-24	20-22	15-19	14 и ниже
17,0-17,5	25 и выше	24	20-23	15-19	14 и ниже
17,6-17,11	26 и выше	24-25	20-23	15-19	14 и ниже
18,0-18,5	26 и выше	25	21-24	15-20	14 и ниже
18,6-18,11	26 и выше	25	21-24	15-20	14 и ниже

Тест № 4 «Прыжок в длину с места», см

Возраст, лет и мес.	**Уровень физической подготовленности, %**				
	Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий
	100 и выше	85 - 99	70 - 84	51 - 69	50 и ниже
	5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл
6,0-6,5	110 и выше	99-109	88-98	74-87	73 и ниже
6,6-6,11	120 и выше	109-119	98-108	84-97	83 и ниже
7,0-7,5	123 и выше	111-122	99-110	85-98	84 и ниже
7,6-7,11	127 и выше	115-126	103-114	88-102	87 и ниже
8,0-8,5	132 и выше	119-131	106-118	90-105	89 и ниже
8,6-8,11	138 и выше	125-137	112-124	96-111	95 и ниже
9,0-9,5	140 и выше	127-139	114-126	98-113	97 и ниже
9,6-9,11	150 и выше	136-149	122-135	104-121	103 и ниже
10,0-10,5	157 и выше	142-156	127-141	108-126	107 и ниже
10,6-10,11	163 и выше	148-162	133-147	114-132	113 и ниже
11,0-11,5	164 и выше	150-163	136-149	119-135	118 и ниже

11,6-11,11	166 и выше	153-165	140-152	123-139	122 и ниже
12,0-12,5	168 и выше	155-167	142-154	145-160	144 и ниже
12,6-12,11	172 и выше	161-171	150-160	136-149	135 и ниже
13,0-13,5	176 и выше	165-175	154-164	139-153	138 и ниже
13,6-13,11	184 и выше	171-183	158-170	143-157	142 и ниже
14,0-14,5	188 и выше	174-187	160-173	144-159	143 и ниже
14,6-14,11	192 и выше	178-191	164-177	148-163	147 и ниже
15,0-15,5	194 и выше	180-193	166-179	150-165	149 и ниже
15,6-15,11	196 и выше	182-195	168-181	152-167	151 и ниже
16,0-16,5	198 и выше	186-197	174-185	160-173	159 и ниже
16,6-16,11	202 и выше	190-201	178-189	162-177	161 и ниже
17,0-17,5	204 и выше	191-203	178-190	162-177	161 и ниже
17,6-17,11	206 и выше	193-205	180-192	164-179	163 и ниже
18,0-18,5	208 и выше	194-207	180-193	164-179	163 и ниже
18,6-18,11	212 и выше	198-211	184-197	166-183	165 и ниже

Приложение 11

СПИСОК НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ

1. «Положение о профилактических осмотрах детей, посещающих образовательные учреждения», утверждено совместным приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ № 186/272 от 30.06.92 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» (приложение №1 к приказу).

2. «Инструкция по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов», утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ № 60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».

3. «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте до 4-х лет» и «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от 4-х до 18 лет», утверждены приказом Министерства здравоохранения РФ № 151 от 07,05.98 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» (приложения № 23 и № 24).

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 154 от 05.05.99 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 241 от 03.07.2000 «Об утверждении Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений».

6. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 621 от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 310 от 09.12.2004 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка».

8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №83 от 16.08.2004 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) и порядок проведения этих осмотров (обследований)».

9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 338 от 16.05.2005 «О внесении изменений в приложение 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 83 от 16.08.2004 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) и порядок проведения этих осмотров (обследований)».

10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 487 от 29.07.2005 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 319 от 28. 04. 2006 г. «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».

12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 320 г, от 28.04.2006 г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 октября 2001 г. № 371 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением 25 тысяч человек».

13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 56 от 23.01.2007г. «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники»,

14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 102 от 09.02.2007 г. «Паспорт врачебного участка (педиатрического)».

15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 283 от 19.04.2007 г. «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового».

16. Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах, М.-1982.

17. Методические указания: Использование скрининг-тестов при массовых медицинских обследованиях детей дошкольного и школьного возрастов, М.-1984.

18. Методические указания: Организация медицинского наблюдения за состоянием здоровья учащихся при использовании массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях школы, утв. МЗ СССР. 1986.

19. Методические рекомендации (№25): Медицинское обеспечение школьников, обучающихся в новых видах школ (утв. Комитетом здравоохранения Правительства Москвы), М.— 1998.

20. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях/ Утверждены Заместителем Министра здравоохранения и социального развития В.И. Стародубовым, 15.01.2008 г. №206-ВС.

21. Методические рекомендации по организации деятельности медицинских работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в общеобразовательных учреждениях/ Утверждены Заместителем Министра здравоохранения и социального развития В.И. Стародубовым, 15.01.2008 г. № 207-ВС.

22. Врачебно-профессиональное консультирование и медицинское обеспечение профессиональной ориентации детей /Пособие для врачей, утв. МЗ РФ 22.05.2000.-М., 2001.- 44 с.

23. Современные технологии оздоровления детей и подростков образовательных учреждениях /Пособие для врачей, утв. МЗ РФ 22-01.2002.- М., 2002.-68 с.

24. Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах /Пособие для врачей, утв. Минздравсоцразвития РФ 23.12. 2004.-М, 2005.- 107 с.

25. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной работоспособности школьной адаптации и вегетативной лабильности, деятельности сердечнососудистой системы подростков 15—16 лет /Пособие для врачей. — Утв. Минздравсоцразвития РФ 28.11.2003.- М., 2004.- 47 с.

26. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной работоспособности, школьной адаптации и вегетативной лабильности, деятельности сердечнососудистой системы подростков 17—18 лет /Пособие для врачей. - Утв. Минздравсоцразвития РФ 23Д2.2004.-М., 2005.- 57 с.

27. Перечень профилактических и оздоровительных технологий, реализуемых в образовательных учреждениях. Инструкция по применению» /Пособие для врачей./ Утв. Директором ГУ НЦЗД РАМН академиком А.А. Барановым.- М., 2004.-37 с.

28. Оптико-физиологические аппаратные методы коррекции и восстановления зрения у детей и подростков /Пособие для врачей.— Утв., Минздравсоцразвития РФ 23.12.2004.-М., 2005.- 57 с.

29. Примерный перечень пищевых продуктов повышенной пищевой и биологической ценности, рекомендуемых для использования в питании детей и подростков в организованных коллективах» /Пособие для врачей./ Утв. Директором ГУ НЦЗД РАМН академиком А.А. Барановым.- М., 2004.-32 с.

Типография КрасГМУ
Подписано в печать 29.08.11. Заказ № 1865
Тираж 25 экз.
660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1