

**ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО
РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНОЙ И УНИВЕРСИТЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЗДОРОВЬЯ**

**ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ПРОТОКОЛЫ
ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ОБУЧАЮЩИМСЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
ЧАСТЬ ВТОРАЯ**

ПРЕПРИНТ

**Москва
2014**

Авторский коллектив:

Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Храмцов П.И., Степанова М.И., Н.А. Скоблина, Звездина И.В., Березина Н.О., Горелова Ж.Ю., Макарова А.Ю., Седова А.С., Чубаровский В.В., Скоблина Н.А., Ямщикова Н.Л., Иваненко А.В., Хизгияев В.И., Брико Н.И., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Омариев З.М., Гололобова Т.В., Миндлина А.Я., Мустафина И.З., Жамлиханов Н.Х., Федоров А.Г., Чернова Е.Г., Виноградова Е.Л.

**Федеральные протоколы оказания первичной
медико-санитарной помощи несовершеннолетним
обучающимся в образовательных организациях.**

Часть вторая.

РОШУМЗ, М., 2014. – с.

Сборник содержит протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях (противоэпидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях, медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям, профилактика болезней эндокринной системы обучающихся, комплексная оценка эффективности оздоровления в загородных стационарных организациях отдыха и оздоровления детей, алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом уровне при проведении профилактических осмотров несовершеннолетних обучающихся).

Сборник предназначен для медицинских работников медицинских организаций, обслуживающих несовершеннолетних в образовательных организациях.

© Коллектив авторов, 2013

© РОШУМЗ, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
1. Противозидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях	5
2. Медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях.....	20
3. Профилактика болезней эндокринной системы обучающихся	35
4. Комплексная оценка эффективности оздоровления в загородных стационарных организациях отдыха и оздоровления детей	59
5. Алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донологическом) уровне при проведении профилактических осмотров несовершеннолетних обучающихся	74

ПРЕДИСЛОВИЕ

Образовательная деятельность относится к потенциально опасной для здоровья детей и нуждается в постоянной оценке, как со стороны администрации образовательных учреждений, так и специалистов медицинских организаций, учреждений и организаций Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

За последние годы разработано много новых оригинальных методов оценки состояния здоровья детей и подростков, гигиенических подходов и требований к организации воспитания и обучения детей, организации питания в учреждениях для детей, организации медицинской помощи в образовательных учреждениях, методов оценки эффективности профилактических и оздоровительных мероприятий в образовательных организациях.

Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» наделяет медицинские профессиональные некоммерческие организации правом разрабатывать и утверждать клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (статья 76). В соответствии с законодательством и рекомендациями Минздрава России о подготовке, утверждении и внедрении в практику клинических рекомендаций (протоколов) разработана вторая часть проектов Федеральных протоколов оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях.

Протоколы широко обсуждались и одобрены профессиональным сообществом. Они выносятся на обсуждение участников IV конгресса РОШУМЗ (Санкт-Петербург, 15-16 мая 2014 г.) для утверждения и последующего использования в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях врачами-педиатрами, врачами по гигиене детей и подростков медицинских организаций, обслуживающих детское население страны.

Протоколы предназначены медицинским работникам отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним в возрасте до 18 лет, сотрудникам органов управления здравоохранением и образованием, а также они могут быть полезны студентам, ординаторам и аспирантам высших медицинских и педагогических учебных заведений.

*В.Р. Кучма
Президент РОШУМЗ
Главный внештатный специалист
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
член-корреспондент РАМН,
профессор, доктор медицинских наук*

Москва, 6 мая 2014 года

УТВЕРЖДЕН
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подрост-
ков
6 мая 2014 г.
протокол № 4

УТВЕРЖДЕН
на IV Конгрессе
РОШУМЗ
Санкт-Петербург,
15-16 мая 2014 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ
ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ОБУЧАЮЩИМСЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

**ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ
ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ
ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**
ФП РОШУМЗ-12-2014

(версия 1.0)

Разработчики: Иваненко А.В., Хизгияев В.И., Брико Н.И., Кучма В.Р., Сафонкина С.Г., Молдованов В.В., Омариев З.М., Гололобова Т.В., Миндлина А.Я., Скоблина Н.А., Ямщикова Н.Л.

В протоколе приведен перечень обязательных мероприятий по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях.

Содержит мероприятия, осуществляемые в повседневной деятельности образовательных организаций, в пред- и эпидемический периоды подъема инфекционной заболеваемости, особенно гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций, а также карантинные мероприятия.

Программы противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях включают мероприятия, воздействующие на источник инфекции, воздействующие на механизм передачи возбудителя инфекции и воздействующие на восприимчивые группы детского населения, а также организационную и санитарно-просветительную работы, повышение квалификации медицинского персонала и педагогических работников.

Представлена организация дезинфекции в образовательных организациях.

Использование данного Протокола в практике работы школьного врача (фельдшера), медицинской сестры позволит снизить риск возникновения и распространения инфекционных болезней в образовательной организации.

Утверждены Рабочей группой Минздрава России по гигиене детей и подростков 6 мая 2014 г. (протокол №4), Президиумом РОШУМЗ 6 мая 2014 г. (протокол №18), на IV Конгрессе Всероссийского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Санкт-Петербург, 15-16 мая 2014 г.).

Оглавление

1. Методология	3
2. Введение	4
3. Программа противоэпидемических и профилактических мероприятий	4
3.1. Профилактические мероприятия, воздействующие на источник инфекции	5
3.2. Противоэпидемические и профилактические мероприятия, воздействующие на механизм передачи возбудителя инфекции	7
3.3. Профилактические мероприятия, воздействующие на восприимчивые группы детского населения	11
3.4. Проведение организационной и санитарно-просветительной работы, повышение квалификации	12
4. Показания и противопоказания	13
5. Материально-техническое обеспечение профилактики	13
6. Форма учёта результатов контроля	13
7. Список нормативных и методических документов	13
8. Список литературы	14

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

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

Консенсус экспертов;

Онищенко Г.Г. О мерах по обеспечению биологической безопасности на территории Российской Федерации. Журн. микробиол. 2008; 5: 54-57.

Брико Н.И., Кучма В.Р., Шубочкина Е.И., Омариев З.М. Инфекционная заболеваемость детей и подростков и санитарно-эпидемиологическое благополучие образовательных учреждений // Российский педиатрический журнал. 2012. № 2. – С. 40-44.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

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

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации протокола:

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации протокола:

Настоящий протокол в предварительной версии был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе Протокола, доступна для понимания.

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

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев.

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

Консультации и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящий протокол были представлены для дискуссии в предварительной версии на IV Конгрессе РОШУМЗ (Санкт-Петербург, 15-16 мая 2014 г.). Предварительная версия была размещена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании протокола.

Проект протокола был рецензирован также независимыми экспертами, которые дали комментарии, прежде всего, о доходчивости и точности интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества протокол был повторно проанализирован членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что

все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведён к минимуму.

2. Введение

Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется путем разработки и реализации системы правовых, экономических, социальных и медицинских мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление инфекционных заболеваний и является задачей органов государственной власти и местного самоуправления, работодателей, медицинских организаций, общественных объединений.

В общей структуре инфекционной заболеваемости в России доля гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) превышает 90%, с ними связан целый ряд медицинских и социально-экономических проблем. На протяжении последних лет отмечается тенденция роста заболеваемости ОРВИ. В Российской Федерации эпидемический подъём заболеваемости гриппом и ОРВИ регистрируется в осенне-зимний период. При этом рост заболеваемости гриппом и ОРВИ населения в большинстве субъектов Российской Федерации обусловлен преимущественно заболеваемость детей дошкольного возраста.

Противоэпидемические мероприятия осуществляются при превышении недельных эпидемических порогов в целом по населению субъекта Российской Федерации.

Противоэпидемические мероприятия можно определить как совокупность обоснованных на данном этапе развития науки рекомендаций, обеспечивающих предупреждение инфекционных заболеваний среди отдельных групп населения, снижение заболеваемости совокупного населения и ликвидацию отдельных инфекций. Противоэпидемические мероприятия проводят в случае возникновения (выявления) инфекционной болезни, **профилактические** — постоянно, независимо от наличия или отсутствия инфекционного больного.

В последние годы вследствие ряда объективных социально-экономических причин заболеваемость населения паразитарными болезнями в Российской Федерации возрастает. Этому, в том числе, способствуют интенсивные миграционные процессы и завоз тропических болезней из стран дальнего зарубежья. Группа гельминтозов формируется в основном за счёт контактных гельминтозов, распространённых среди детей образовательных организаций. Наиболее часто в крупные города из различных регионов и стран завозятся аскаридоз, дифиллоботриоз, тениаринхоз, трихинеллёз, описторхоз, эхинококкозы.

Вследствие высокой численности собак в городах и несоблюдения правил их содержания значительно обострилась проблема токсокароза. Загрязненность почвы возбудителями гельминтозов животных в мегаполисах может достигать 13%.

Образовательные организации являются учреждениями с высоким риском возникновения и распространения различных инфекционных болезней (микробных, вирусных, гельминтных, паразитарных); от качества проведения профилактических мероприятий в них во многом зависит эпидемическое благополучие на конкретной территории.

Ответственность за выполнение комплекса санитарно-гигиенических и дезинфекционных мероприятий, направленных на профилактику и борьбу с инфекционными заболеваниями в детском коллективе несет руководитель детской образовательной организации.

В дошкольных образовательных, общеобразовательных организациях, учреждениях начального и среднего профессионального образования должны обеспечиваться условия, предупреждающие возникновение и распространение инфекционных болезней в соответствии с санитарными правилами.

Медицинские работники отделений медицинской помощи обучающимся обязаны выявлять больных инфекционными болезнями и лиц с подозрениями на инфекционные болезни, а также носителей возбудителей инфекционных болезней.

3. Программа противоэпидемических и профилактических мероприятий

Медицинские работники отделения медицинской помощи обучающимся проводят противоэпидемические и профилактические мероприятия по следующим направлениям:

- 1) мероприятия в отношении источника инфекции, направленные на его обезвреживание (или устранение);
- 2) мероприятия в отношении механизма передачи, проводимые с целью разрыва путей передачи;
- 3) мероприятия по повышению невосприимчивости подрастающего поколения;
- 4) организационная и санитарно-просветительская работа, повышение квалификации.

3.1. Профилактические мероприятия, воздействующие на источник инфекции

К ним относятся диагностические, изоляционные, лечебные, режимно-ограничительные.

Выявление больных и носителей осуществляется при приеме обучающихся, воспитанников, при проведении профилактических медицинских осмотров, при проведении медицинских осмотров по эпидемическим показаниям.

Диагностика инфекционных болезней осуществляется клиническими и лабораторными методами.

Клиническая диагностика проводится на основании анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, жалоб, симптомов, данных осмотра с учётом возможности стёртых, атипичных форм заболевания.

При сборе эпидемиологического анамнеза устанавливают (с указанием места и времени) наличие контакта с больным или носителем, употребление сырой воды, подозрительных продуктов питания, контакта с больным животным или сырьём животного происхождения, травм, ран, инъекций, гинекологических, стоматологических, хирургических вмешательств и других.

Лабораторная диагностика проводится на основании результатов специфических для данного заболевания микробиологических, биохимических и других видов исследований биологических материалов.

Особое значение ежедневный опрос и осмотр детей в образовательных организациях на предмет наличия инфекционных заболеваний имеет в пред- и эпидемический периоды. В это время необходимо также содействовать обеспечению организации забора материала от больных гриппом и ОРВИ в организованных коллективах.

О каждом случае инфекционной болезни, носительстве возбудителей инфекционных болезней или подозрении на инфекционную болезнь медицинский работник в течение 2-х часов сообщает по телефону, а затем в течение 12-ти ча-

сов в письменной форме посылает экстренное извещение по установленной форме в территориальное учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного).

Госпитализация больных осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям в соответствии и действующими санитарно-эпидемиологическими правилами. При одних инфекциях (особо опасные инфекции, брюшной тиф, вирусный гепатит В и др.) госпитализация выявленных больных обязательна, при других (шигеллезы, эшерихиоз, корь, ветряная оспа и др.) – допускается изоляция больных детей на дому.

Лица, общавшиеся с больными по месту жительства, учёбы, по эпидемическим показаниям подлежат медицинскому наблюдению, лабораторному обследованию и экстренной профилактике.

К важным профилактическим мероприятиям при многих инфекционных болезнях (брюшной тиф, острые кишечные инфекции, дифтерия, стрептококковая (группы А) инфекция и др.) относится активное выявление бактериовыделителей и их санация. Выявление бактериовыделителей проводится в очаге инфекции, среди реконвалесцентов при выписке и в отдаленные сроки после нее, а также среди лиц декретированных профессий (работники образовательных организаций, пищеблоков). Временное отстранение от работы и бактериологическое обследование бактериовыделителей осуществляется в соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами.

Плановые профилактические обследования на контактные гельминтозы и кишечные протозоозы детей и педагогических работников проводят 1 раз в год (после летнего периода, при формировании коллектива) и (или) по эпидемическим показаниям по согласованию с территориальными учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы.

Обследованию на гельминтозы и кишечные протозоозы подлежат:

- дети, посещающие дошкольные образовательные организации;
- персонал дошкольных образовательных организаций;
- обучающиеся младших классов;

- дети, подростки по эпидемическим показаниям (часто болеющие острыми кишечными инфекциями, проживающие в антисанитарных условиях, социально неблагополучных семьях и т.п.);

- дети и подростки, оформляющиеся в образовательные организации.

Осмотру на педикулез и чесотку подлежат:

- дети, проживающие в детских домах, домах ребёнка, обучающиеся школ-интернатов – еженедельно;

- дети, вновь поступившие в образовательные организации или возвращающиеся после длительного (более недели) отсутствия;

- обучающиеся общего и профессионального образования – ежеквартально после каникул и ежемесячно выборочно (4-5 групп), а также за 10-15 дней до окончания учебного года.

Результаты осмотра на педикулёз и чесотку регистрируются в медицинских документах.

Предупреждению дальнейшего распространения возникших в коллективе инфекционных заболеваний служат режимно-ограничительные мероприятия, проводимые в отношении лиц, контактировавших с больными и подвергшихся риску заражения. Контактные лица рассматриваются как потенциальный источник ин-

фекции, поскольку они могут быть заражены и находиться в периоде инкубации или являться выделителями возбудителей.

Содержание режимно-ограничительных мероприятий зависит от характера инфекции, профессиональной принадлежности контактных лиц и др. Они включают медицинское наблюдение, разобщение и изоляцию.

Дети, посещающие образовательные организации, или взрослые, работающие в детских учреждениях, подлежат разобщению. Сроки и характер разобщения различаются при разных инфекционных болезнях, и определяются соответствующими санитарно-эпидемиологическими правилами.

Детей, больных энтеробиозом, являющихся источниками распространения гельминтоза, не допускают в дошкольные образовательные организации на период лечения и проведения контрольного обследования, при гименолепидозе – на период лечения.

При плановых профилактических обследованиях детей в образовательных организациях и выявлении 20% и более заражённых энтеробиозом детей на период лечения из детского коллектива не отстраняют. Химиопрофилактику энтеробиоза проводят одновременно всем детям и персоналу в соответствии с нормативными документами. На период проведения химиопрофилактики новых детей или длительно отсутствовавших в детский коллектив не принимают.

При обнаружении чесотки у обучающихся их отстраняют от посещения образовательной организации на время проведения лечения. Персистирующая скабиозная лимфоплазия кожи после терапии не является противопоказанием допуска детей в образовательные организации.

Дети допускаются в коллектив при наличии справки с педиатрического участка или дерматолога, после обработки волосистой части головы педикулицидными средствами.

Мероприятия по профилактике тосокароза включают:

- недопущение выгула собак на территории образовательных организаций;
- регулярную замену песка в детских песочницах (три раза в теплое время года) и предупреждение загрязнения их собаками и кошками, что подтверждается наличием соответствующих договоров и актов выполненных работ;
- санитарную очистку территорий вокруг образовательных организаций.

К профилактическим мероприятиям в отношении источника инфекции при зоонозах относятся санитарно-ветеринарные мероприятия по их оздоровлению. В тех случаях, когда источником инфекции служат синантропные животные – грызуны (мыши, крысы), проводится дератизация. Изоляция больных и разобщение проводится только в том случае, если человек является источником возбудителя при данной зоонозной инфекции.

3.2. Противоэпидемические, профилактические мероприятия, воздействующие на механизм передачи возбудителя

Профилактические мероприятия, направленные на второе звено эпидемического процесса, включают санитарно-гигиенические, дезинфекционные, дератизационные и дезинсекционные.

Скученность и переполненность в образовательных организациях оказывают существенное влияние на распространение инфекционных болезней с разным механизмом передачи. В связи с этим крайне важно для предупреждения возникновения вспышек инфекционных болезней соблюдение гигиенических нормативов в отношении численности детей в образовательных учреждениях, предусмотрен-

ных соответствующими санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами.

В период эпидемического подъёма заболеваемости применяются ограничительные меры, в том числе практика приостановления учебно-воспитательного процесса в образовательных организациях, отмена массовых мероприятий (культурных и спортивных), осуществляются проверки по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима, информирование обучающихся, их родителей и педагогических работников о мерах личной и общественной профилактики заболеваний гриппом и ОРВИ.

При кишечных инфекциях с фекально-оральным механизмом передачи (брюшной тиф, шигеллез, вирусный гепатит А, и др.) основными факторами передачи возбудителя служат вода, пища и предметы обихода. При этом в детских образовательных организациях наиболее активным является контактно-бытовой путь передачи. В профилактике этих инфекций большее значение имеют санитарно-технические и санитарно-гигиенические мероприятия, а также комплекс профилактических дезинфекционных мероприятий.

Мероприятия, воздействующие на пути передачи возбудителей, – дезинфекция: профилактическая и очаговая, последняя, в свою очередь включает текущую и заключительную.

Дезинфекция может осуществляться различными методами: механическим, физическим, химическим.

Механический метод дезинфекции основан на удалении с объектов микроорганизмов, включая патогенные и условно-патогенные. Это достигается путем фильтрации воздуха (воды) через фильтры, изготовленные из специальных материалов; обработки твердых и мягких поверхностей пылесосом, путем механической очистки объектов и др.

Физический метод дезинфекции обеспечивает гибель микроорганизмов за счет антимикробного действия физических дезинфицирующих агентов. К ним относятся высокая температура, ультрафиолетовое излучение.

Химический метод дезинфекции основан на применении дезинфицирующих средств, содержащих активно действующие вещества различных химических групп.

Профилактическая дезинфекция проводится регулярно, независимо от наличия инфекционных заболеваний (при отсутствии выявленного источника инфекции), и имеет целью предупреждение их возникновения и распространения, накопления возбудителей этих заболеваний или их переносчиков на объектах окружающей среды. Профилактическая дезинфекция проводится там, где источник инфекции не выявлен, но есть условия для распространения инфекции. Она осуществляется как плановое мероприятие или по санитарно-гигиеническим и эпидемиологическим показаниям.

Плановая профилактическая дезинфекция проводится систематически в целях поддержания минимального уровня контаминации микроорганизмами объектов внешней среды в образовательных организациях для предотвращения возникновения очагов инфекционных заболеваний и создания благоприятных условий жизнедеятельности населения.

Профилактическая дезинфекция по санитарно-гигиеническим показаниям проводится в учреждениях, организациях, находящихся в неудовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии, которое определяют специалисты Роспотребнадзора.

Профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям проводится с целью предупреждения проникновения инфекционного агента в детские коллективы, в учреждениях, на территориях и т.д., где это заболевание отсутствует, но имеется угроза его заноса извне.

Необходимость проведения профилактической дезинфекции по эпидемиологическим показаниям определяется соответствующими специалистами учреждений, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор (эпидемиологами).

На применяемое дезинфекционное средство должны быть: Свидетельство о государственной регистрации, декларация о соответствии и инструкция по применению.

Мероприятия по профилактической дезинфекции осуществляют организации, занимающиеся дезинфекционной деятельностью, специально обученный персонал детских учреждений.

Дезинфицирующие средства всегда хранят закрытыми в специально отведенном сухом, прохладном помещении недоступном для детей (на складе). Дезсредства необходимо хранить в упаковке производителя – емкостях с этикеткой, так как переливать концентрат дезсредства и хранить его в непредназначенной для этих целей емкости не допускается.

Меры предосторожности при проведении дезинфекционных мероприятий и первой помощи при случайном отравлении изложены для каждого конкретного дезинфицирующего средства в инструкции по применению.

Текущая дезинфекция проводится персоналом учреждения непосредственно в окружении больного. Больного ребенка или подозрительного на заболевание немедленно изолируют в комнату-изолятор, где проводят текущую дезинфекцию в течение всего времени его пребывания там с использованием дезинфекционных средств в соответствии с инструкцией по их применению.

Заключительная дезинфекция в детском учреждении направлена на уничтожение возбудителя инфекционного начала в очаге после госпитализации или в других случаях его убытия. Проводится, как правило, однократно, и должна начинаться немедленно после эвакуации инфекционного больного.

В тех помещениях, которые посещал больной, проводят профилактическую дезинфекцию, которую осуществляют так же, как текущую дезинфекцию.

Дезинфекционные мероприятия в детских образовательных организациях проводятся в отношении объектов наиболее часто и массивно обсемененными патогенными и условно-патогенными микроорганизмами с учётом их устойчивости и длительности выживания во внешней среде, механизмов передачи, устойчивости к лечебным и дезинфицирующим средствам. В местах общего пользования (в санузлах) тщательно обеззараживают водопроводные краны, кнопки, клавиши и др. устройства смывных бачков, к которым прикасаются руками дети.

Дезинфекция проводится при скарлатине и дифтерии, возбудители которых устойчивы во внешней среде и почти не применяются при тех инфекциях дыхательных путей, возбудители которых малоустойчивы во внешней среде (корь, ветряная оспа, краснуха, эпидемический паротит).

В комнате для приема детей термометры хранят в чистой емкости с крышкой. После использования их дезинфицируют в растворе дезинфицирующего средства, рекомендованного для этой цели. При использовании электронных термометров дезинфекции после применения подлежат чехлы однократного применения от данных термометров, которые после дезинфекции утилизируют.

Деревянные шпатели после использования обеззараживают и утилизируют; металлические – обеззараживают.

При выполнении дезинфекции особое внимание обращают на проветривание помещений, обработку посуды, игрушек, предметов обстановки в игровых, спальнях комнатах, дверные ручки, дверные полотна, подоконники, спинки кроватей, прикроватные тумбочки.

При инфекциях дыхательных путей (корь, краснуха, дифтерия, скарлатина, менингококковая инфекция, грипп и др.) проведение мероприятий для пресечения путей передачи возбудителя представляет большие трудности. Острые респираторные заболевания являются самыми контагиозными из всех поражающих человека инфекций и имеют весьма разнообразную этиологию. Передаче этих инфекций по воздуху способствуют микробные аэрозоли (капельная и ядерная фазы) и инфицированная пыль, поэтому предупредительными мерами являются санация воздушной среды помещений и применение респираторов.

Средства индивидуальной защиты, в том числе для защиты верхних дыхательных путей используют в соответствии требованиями, изложенными в инструкции по применению каждого из них.

Регулярное проветривание помещений, обеззараживание воздуха УФ-излучением, в том числе УФ-облучателями рециркуляторного типа, и химическими средствами (при заключительной дезинфекции) способствуют снижению микробной контаминации.

Использование облучателей возможно в двух режимах:

- Облучатели закрытого типа - в присутствии людей для снижения уровня микробной обсемененности воздуха;
- Облучатели открытого типа – только в отсутствии людей (в качестве заключительного звена в комплексе санитарно-гигиенических мероприятий).

Ультрафиолетовое излучение, создаваемое бактерицидными ультрафиолетовыми лампами, эффективно особенно в случаях высокой степени риска распространения заболеваний, передающихся воздушно-капельным и воздушно-пылевым путем.

Для обеззараживания воздуха в помещениях при условии отсутствия в них людей можно использовать дезинфектанты, предназначенные для снижения микробной обсемененности воздуха.

При выявлении в образовательной организации *инфекционного заболевания, передающегося фекально-оральным путём* медицинский персонал контролирует следующие меры:

- перед мытьем посуды персонал тщательно моет руки, используя специально выделенное мыло и полотенце;
- чайную посуду моют отдельно от столовой в двух водах при температуре 50-60°C;
- столовую посуду после механического удаления остатков пищи, а также ложки, вилки моют при температуре 60°C с каким-либо обезжиривающим средством (горчица, питьевая сода и др.), промывают водой во второй емкости (раковине) при температуре 60-70°C;
- вымытую посуду, вилки, ложки кипятят в течение 5 минут с момента закипания. При отсутствии условий для кипячения посуду после мытья погружают в раствор дезинфектанта, так чтобы вся она была покрыта раствором. При наличии дезинфицирующего средства с моющими свойствами посуду, освобожденную от остатков пищи, обеззараживают, погружая её полностью в раствор дезинфектанта, затем моют в этом растворе. После этого посуду обмывают теплой водой и просушивают в вертикальном положении на специальных установках для сушки, не вытирая полотенцем;

- для обеззараживания столовой, чайной посуды, ложек, вилок и других предметов используют также воздушный стерилизатор (температура 160°C и экспозиция 30 минут). Вымытую посуду помещают в него в вертикальном положении;
- столы, клеенки обеденных столов, пластмассовые скатерти после каждого приема пищи моют горячим мыльным или 2% содовым раствором с помощью чистой ветоши.

Карантинные мероприятия

В детских учреждениях при регистрации инфекционного заболевания вводится карантин на период, равный инкубационному с момента изоляции больного.

Персонал должен работать в средствах индивидуальной защиты. Маски меняют через 4 часа, респираторы – ежедневно, после использования их обеззараживают и утилизируют. Маски и респираторы обеззараживают способом погружения в раствор одного из дезинфицирующих средств.

Дезинфекция при карантине проводится по типу и в объеме текущей дезинфекции. Помещения проветривают не менее 4-х раз в день. Обеззараживанию подлежат: посуда чайная и столовая, ветошь для её мытья, столы, бельё, поверхности в помещениях, (пол, дверные полотна, ручки дверей, подоконники, спинки кроватей, прикроватные тумбочки и др.), игрушки, манежи, санитарно-техническое оборудование, санитарные комнаты, уборочный инвентарь.

При профилактической дезинфекции игрушки (пластмассовые, резиновые) моют горячей водой с мылом или в 2% содовом растворе в специальных маркированных тазах с помощью чистой прокипяченной ветоши или щеткой: в ясельных группах – 2 раза в день (в послеобеденное время и в конце дня) и в остальных группах – один раз в конце дня.

При текущей или заключительной дезинфекции их орошают со всех сторон из гидропульта (автоматса), либо погружают в растворы дезинфектанта так, чтобы игрушки не всплывали, для этого их придавливают чем-либо тяжелым.

После обеззараживания каждой игрушки ветошь прополаскивают в дезрастворе, а игрушки промывают проточной водой. Мягкие игрушки исключают из обихода, обеззараживают (камерная дезинфекция) или уничтожают (сжигание).

Полы, стены, предметы обстановки протирают ветошью, а мягкую мебель чистят щётками, смоченными в дезинфицирующем растворе.

Персонал обязан тщательно следить за чистотой своих рук и рук детей. Руки каждый раз моют двукратно тёплой водой с мылом. Для мытья рук выделяют мыло (жидкое или в индивидуальной упаковке) для персонала (воспитателя, няни) и специально для детей, все пользуются индивидуальными полотенцами.

Дезинсекцию и дератизацию проводят специализированные организации дезинфекционного профиля в отсутствие детей и персонала, после окончания работы дошкольной образовательной организации, в санитарные или выходные дни на основании специальных договоров. Приманки размещают в местах, недоступных для детей. Раскладывают их на подложки и в специальные, доступные только для грызунов емкости, исключающие разнос яда животными и его попадание на пищевые продукты, медикаменты, предметы обихода.

3.3. Профилактические мероприятий, воздействующие на восприимчивые группы детского населения

Важным звеном в формировании здоровья ребенка является безопасная иммунопрофилактика инфекционных заболеваний.

Иммунопрофилактика у детей и подростков осуществляется в плановом порядке и по эпидемическим показаниям. Тактика иммунопрофилактики регламен-

тируется условиями национального и регионального календаря профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в которых строго определены сроки, схемы прививок, их последовательность и сочетания. Иммунопрофилактика организуется и проводится медицинскими организациями.

Расширение календаря профилактических прививок содействует профилактике ряда инфекционных заболеваний и приводит к улучшению здоровья и качества жизни детей, подростков и молодёжи.

Сотрудники образовательных учреждений относятся к профессиональным группам риска инфицирования и распространения инфекционных болезней и подлежат обязательной вакцинации как плановом порядке, так и по эпидемическим показаниям в соответствии с национальным и региональным календарем профилактических прививок и календарями профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Ответственность за организацию и проведение профилактических прививок сотрудникам образовательных учреждений несет руководитель образовательной организации.

Информация о количестве непривитых (в соответствии с национальным и региональным календарями) обучающихся и работников образовательной организации является необходимой для прогноза эпидемиологической ситуации и планирования профилактических мероприятий.

Искусственный пассивный иммунитет создается введением в организм препаратов, содержащих готовые антитела (иммунные сыворотки, иммуноглобулины). Это позволяет использовать иммунные сыворотки для профилактики инфекционных болезней в очаге инфекции (экстренная или постэкспозиционная специфическая профилактика), а также для лечения уже развившихся болезней.

К экстренной специфической профилактике относится и назначение лицам, находившимся в контакте с больными и пребывавшим в очаге инфекции, бактериофагов (фагопрофилактика).

Средствам и методам неспецифической профилактики гриппа и других ОРВИ отводится важная роль. Большой интерес вызывают препараты, влияющие на иммунную систему и повышающие неспецифическую резистентность организма, а также обладающие широким спектром действия на многочисленные возбудители ОРВИ. К этой группе препаратов следует отнести интерфероны и индукторы интерферонов.

Значение всех видов иммунопрофилактики заключается в снижении заболеваемости, а в случае развившейся инфекции – в более легком ее течении и тем самым улучшении прогноза и снижении летальности.

3.4. Проведение организационной и санитарно-просветительной работы, повышение квалификации

При подготовке к эпидемическому сезону принимаются меры по укреплению материально-технической базы медицинских организаций (термометры, бактерицидные лампы), формированию запасов лекарственных препаратов (противовирусные препараты), дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты в соответствии с расчётной потребностью. Проверяется готовность к поддержанию необходимого температурного режима в образовательных организациях, а также по месту жительства обучающихся, проведению дезинфекции и режимов проветривания в соответствии с требованиями санитарного законодательства.

Врач, медицинская сестра проводят инструктаж сотрудников и учащихся образовательной организации по выполнению санитарно-гигиенических и дезинфек-

ционных мероприятий, обеспечивающих полноту и надлежащее качество их проведения в детском учреждении, а также о необходимости своевременного мытья и обеззараживания рук.

Большую роль в профилактике инфекционных болезней играет санитарно-просветительная работа среди обучающихся, родителей и работников образовательных организаций.

В ходе подготовки в эпидемическому сезону проводится своевременное информирование обучающихся, их родителей и работников образовательных организаций о мерах индивидуальной и общественной профилактики гриппа и других ОРВИ, необходимости своевременного обращения за медицинской помощью в случае появления признаков заболеваний; обучение персонала дошкольных и общеобразовательных организаций мерам профилактики гриппа.

Выбор предупредительных и противозидемических мер, определение их направленности строится с учетом биологических свойств возбудителей инфекционных заболеваний и конкретных социально-экономических и природных условий той или иной административной территории. Задачей медицинских работников является информирование обучающихся, педагогических работников о каждой инфекции.

В целях достижения эффективности санитарно-просветительской работы по предупреждению острых кишечных инфекций разъясняется сущность фекально-орального механизма передачи возбудителей заболеваний, что способствует выработке гигиенических навыков у населения и формирования осознанности обязательного выполнения их.

Санитарно-просветительскую работу с родителями лучше всего проводить в форме бесед во время ежедневных утренних приемов детей, а так же на родительских собраниях.

Для повышения эффективности санитарно-просветительной работы в образовательных организациях необходимо постоянно путём анкетирования выявлять уровень знаний и навыков учащихся, в области личной и общественной профилактики инфекционных заболеваний.

Главным условием профилактики педикулёза является соблюдение правил личной гигиены:

- мытьё тела не реже 1 раза в 7-10 дней со сменой нательного и постельного белья;

- регулярная стрижка;

- ежедневное расчёсывание волос головы;

- стирка постельных принадлежностей;

- регулярная уборка жилых помещений;

- периодический осмотр волос и одежды у детей, посещающих образовательные организации;

- взаимные осмотры членов семьи после их длительного отсутствия.

При обнаружении *Pediculus humanus* в любой стадии развития (яйцо, личинка, взрослое насекомое) дезинсекционные мероприятия проводят одновременно, уничтожая их непосредственно как на теле человека, так и на его белье, одежде и прочих вещах и предметах.

Вопросы профилактики инфекционных болезней включаются в программы обучения и воспитания, квалификационные требования при проведении аттестации работников.

Медицинские работники также проходят подготовку и повышение квалификации по вопросам клиники, диагностики, эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней.

4. Показания и противопоказания

Противоэпидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в образовательных организациях проводятся в обязательном порядке в соответствии с действующим санитарным законодательством. Противопоказаний нет.

5. Материально-техническое обеспечение профилактики

Градусники, запасы лекарственных препаратов (противовирусные препараты), дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты, ультрафиолетовые облучатели воздуха.

6. Форма учёта результатов контроля

Каждый случай инфекционной болезни или подозрения на это заболевание, а также носительства возбудителей инфекционных болезней регистрируется и учитывается в журнале учета инфекционных заболеваний установленной формы.

Журнал учета карантинных мероприятий обучающихся.

Журнал учёта результатов осмотра обучающихся на педикулёз.

Журнал контроля за состоянием здоровья за контактными в группе обучающихся.

Журнал контроля за санитарно-эпидемиологическим состоянием помещений образовательной организации.

Журнал учёта сообщений и экстренных извещений территориального учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы о случае инфекционной болезни, носительстве возбудителей инфекционных болезней или подозрении на инфекционную болезнь.

7. Список нормативных и методических документов

1. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
2. Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
3. Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней (СП 3.1/3.2.1379-03).
4. Профилактика гриппа (СП 3.1.2.1319-03) с дополнениями и изменениями (СП 3.1.2.1382-03).
5. Профилактика дифтерии (СП 3.1.2.1108-02).
6. Профилактика коклюшной инфекции (СП 3.1.2.1320-03).
7. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита (СП 3.1.2.1176-03).
8. Профилактика менингококковой инфекции (СП 3.1.2.2512-09).
9. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции (СП 3.1.2.1203-03).
10. Профилактика острых кишечных инфекций (СП 3.1.1117-02).
11. Профилактика сальмонеллеза (СП 3.1.7.2616-10).
12. Профилактика иерсиниоза (СП 3.1.7.2615-10).
13. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности (СП 3.5.1378-03).
14. Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях (Р 3.5.1904-04).

15. Методические указания по применению бактерицидных ламп для обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях (Минздрав России, МУ 11-16/03-06).
16. Организация иммунопрофилактики (СП 3.3.2367-08).
17. СанПиН 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации».
18. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».
19. СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».
20. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.2660-10 Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях.
21. Санитарные правила и нормы СанПиН 2.4.7.702-98 «Гигиенические требования к изданиям учебным для общего и начального профессионального образования».
22. СП 3.5.1378-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности».
23. Приложение № 1 и 2 к приказу Минздравсоцразвития России от 31 января 2011 г. № 51н «Национальный календарь профилактических прививок», «Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
24. Методические указания МУ 3.2.1043-01 «Профилактика токсокароза».
25. Методические указания МУ 3.2.1022-01 «Мероприятия по снижению риска заражения населения возбудителями паразитов».

8. Список литературы

1. Покровский В.И. (ред.) Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней. М.: Медицина; 1993; т. 1.
2. Покровский В.И., Брико Н.И., Малышев Н.А. Клиническая характеристика скарлатины в настоящее время // Терапевтический архив. 2004. т. 76. № 4. с. 31-34.
3. Покровский В.И., Брико Н.И. Эпидемиологические исследования – основа клинической эпидемиологии и доказательной медицины // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2008. № 5. с. 4-8.
4. Покровский В.И., Брико Н.И. Инфекционные болезни в эпоху глобализации // Вестник РАМН. 2010. № 11. с. 6-11.
5. Профилактика инфекционных болезней в детских учреждениях (санитарно-гигиенические, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия) Учебное пособие. / В.Р. Кучма, Н.Л. Ямщикова, Н.А. Скоблина и др. – М.: ММА имени И.М. Сеченова, 2004. – 104 с.
6. Семёнов Б.Ф., Таточенко В.К. Иммунопрофилактика детских инфекций: итоги и перспективы // Педиатрическая фармакология. 2006. № 1. с. 41-44.
7. Таточенко В.К. Безопасность вакцинации: современные данные // Педиатрическая фармакология. 2007. т. 4. № 3. с. 73-79.

УТВЕРЖДЕН
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
6 мая 2014 г.
протокол № 4

УТВЕРЖДЕН
на IV Всероссийском Конгрессе
по школьной и университетской
медицине, Санкт-Петербург,
15-16 мая 2014 г.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ
ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ДОПУСК НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
К СОРЕВНОВАНИЯМ
И СПОРТИВНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

ФП РОШУМЗ-13-2014

Май 2014 год

**Разработчики: В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, П.И. Храмцов, А.С. Седова,
Н.О. Березина, И.В. Звезда, А.Ю. Макарова**

Протокол включает необходимые сведения по медицинскому допуску обучающихся к соревнованиям, спортивно-оздоровительным мероприятиям и их медицинскому обеспечению.

Каждый раздел Протокола содержит унифицированные протоколы регистрации контролируемых параметров. Все это позволит обеспечить адекватность соревновательных нагрузок функциональным возможностям организма обучающихся, а также оказание необходимой медицинской помощи в процессе проведения массовых спортивно-оздоровительных мероприятий и соревнований.

Протокол по медицинскому допуску обучающихся к соревнованиям, спортивно-оздоровительным мероприятиям предназначен для врачей отделений организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях.

Использование данного Протокола в практике работы школьного врача позволит предотвратить негативное воздействие соревновательных физических нагрузок, неадекватных функциональным возможностям организма обучающихся.

Утверждены Рабочей группой Минздрава России по гигиене детей и подростков 6 мая 2014 г. (протокол № 4), Президиумом РОШУМЗ 6 мая 2014 г. (протокол № 18), на IV Конгрессе РОШУМЗ (Санкт-Петербург, 15-16 мая 2014 г.).

Оглавление

1. Методология	3
2. Введение	4
3. Программа медицинского допуска к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях	5
3.1. <i>Медицинский допуск к соревнованиям</i>	5
3.2. <i>Медицинский допуск к спортивно-оздоровительным мероприятиям</i>	5
3.3. <i>Медицинские противопоказания к участию в соревнованиях и спортивно-оздоровительных мероприятиях</i>	6
3.4. <i>Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий</i>	6
3.5. <i>Медицинский контроль за состоянием обучающихся во время проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий</i> ...	7
4. Показания и противопоказания	8
5. Материально-техническое обеспечение	8
6. Форма учета результатов	9
7. Список нормативных и методических документов	9
8. Список литературы	10
9. Приложения	11

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

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

Консенсус экспертов;

Обзоры/статьи, опубликованные по вопросам медицинского обеспечения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий (Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М.: Медицина, 1991; Сухарев А.Г. Образовательная среда и здоровья учащихся. Научно-методическое пособие. М.: МИОО, 2009. 256 с.)

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

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

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации протокола:

– внешняя экспертная оценка;

– внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации протокола:

Настоящий протокол в предварительной версии был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе протокола доступна для понимания.

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

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

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

Консультации и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящий протокол были представлены для дискуссии в предварительной версии на IV Всероссийском Конгрессе по школьной и университетской медицине в Санкт-Петербурге 15 мая 2014 г.

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы лица, не участвующие в Конгрессе, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании протокола.

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

Рабочая группа:

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

2. Введение

Физическая активность (ФА) является биологической потребностью растущего организма, удовлетворение которой является важнейшим фактором в полноценном становлении и развитии потенциалов организма и личности [1, 5, 7, 8, 10]. В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года физическая культура рассматривается как фактор укрепления духовного и физического здоровья населения [4].

Характерной особенностью жизнедеятельности современных детей и подростков является малоподвижный образ жизни. Международное исследование, проведенное ВОЗ в 2009-2010 гг (Health behaviour in School-Aged Children), выявило, что среди российских школьников необходимый уровень двигательной активности, имеет только каждый шестой подросток [9]. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации доля учащихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, составляет 52,7% численности данной категории населения [3].

Одним из основных принципов законодательства о физической культуре и спорте является обеспечение безопасности жизни и здоровья лиц, занимающихся физической культурой и спортом (статья 3 Федерального закона Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»). Организация физического воспитания и образования в образовательных организациях включает проведение медицинского контроля за организацией физического воспитания (статья 28).

Организация физического воспитания в образовательных организациях (ОО) предусматривает использование элементов различных видов спорта. Важная роль в этом отводится соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям, которые проводятся с целью формирования здорового образа жизни и мотивации к занятиям физической культурой, профилактики и предупреждения правонарушений, наркомании, табакокурения и алкоголизма среди подрастающего поколения, повышения физической работоспособности и физической подготовленности занимающихся при условии обеспечения безопасности их жизни и здоровья.

Спортивно-оздоровительные мероприятия – комплекс физических упражнений, проводимых при содействии ОО, с целью формирования мотивации к занятиям физической культурой, повышения физической работоспособности и физической подготовленности занимающихся при условии обеспечения безопасности их жизни и здоровья. К спортивно-оздоровительным мероприятиям относятся спортивные праздники, «Неделя физической культуры», «Дни здоровья» и др. Эти мероприятия направлены не только на оздоровительное и физическое совершенствование организма, но и решающие задачи нравственного, эстетического воспитания, а также просветительского характера.

ОО ежегодно составляет план соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий, учитывая единый календарный план межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных и спортивных мероприятий и доводится до сведения врача-педиатра (фельдшера) и врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в ОО.

Соревновательная деятельность может быть связана со случаями возникновения выраженного ухудшения самочувствия, а также травм [6].

Федеральный протокол «Медицинский допуск несовершеннолетних к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях» разработан с целью совершенствования медицинского обеспечения обучающихся непосредственно перед соревнованиями, а также во время их проведения. Протокол включает критерии допуска обучающихся к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям, проводимых в образовательных организациях; контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к

условиям проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий, а также медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе их проведения.

Протокол предназначен для врача-педиатра (фельдшера) и врача по гигиене детей и подростков отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательной организации.

3. Программа контроля за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях

3.1. Медицинский допуск обучающихся к соревнованиям

К участию в соревнованиях допускаются обучающиеся основной медицинской группы для занятий физической культурой¹, установленной в текущем учебном году. Комплектование медицинских групп для занятий физической культурой проводят согласно ФП ПМСП «Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и организации физического воспитания в образовательных организациях» (2014). Каждый участник соревнований должен быть осмотрен школьным врачом не ранее чем за 3 дня до соревнования с оформлением медицинского заключения о допуске к участию в соревнованиях.

Основанием для допуска обучающегося к соревнованиям является заявка с отметкой «Допущен» напротив каждой фамилии обучающегося с подписью врача, заверенной личной печатью. Врачом, подпись которого заверяется печатью медицинской организации, удостоверяется также общее количество участников, допущенных к соревнованиям.

Данные о допуске обучающихся к участию в соревнованиях фиксируют в Протоколе № 1 (раздел 5).

В случае отсутствия медицинского заключения о допуске или возрасте, несоответствующем Положению о проведении соревнований, обучающийся к участию в соревнованиях не допускается.

3.2. Медицинский допуск обучающихся к спортивно-оздоровительным мероприятиям

К участию в спортивно-оздоровительных мероприятиях, проводимых в образовательных организациях, допускаются все обучающиеся основной медицинской группы, подготовительной медицинской группы, специальной медицинской группы «А», установленных в текущем учебном году.

Основанием для медицинского допуска обучающегося к участию в спортивно-оздоровительном мероприятии является заявка с отметкой «Допущен» напротив каждой фамилии обучающегося с указанием части мероприятия, к участию в которой обучающийся допущен (спортивная, выполнение устных заданий, судейство и т. д.). Заявка должна быть подписана врачом и заверена личной печатью врача и печатью медицинской организации.

Данные о допуске обучающихся к участию в спортивно-оздоровительных мероприятиях фиксируют в Протоколе № 2 (раздел 5).

При наличии заболевания следует строго дозировать физическую нагрузку во время проведения спортивно-оздоровительного мероприятия и исключить физические упражнения, противопоказанные к их выполнению по состоянию здоровья (Приложение № 1).

¹ К участию в соревнованиях по видам спорта «Шахматы», «Шашки» допускаются обучающиеся всех медицинских групп для занятий физической культурой

Данные о физических упражнениях, которые противопоказаны или выполнение которых следует ограничить, фиксируют в Протоколе № 2 в графе «Противопоказано».

В случае отсутствия медицинского заключения о допуске обучающийся к участию в спортивно-оздоровительных мероприятиях не допускается.

3.3. Медицинские противопоказания к участию в соревнованиях и спортивно-оздоровительном мероприятии

Не разрешается допускать к участию в соревнованиях и спортивно-оздоровительных мероприятиях обучающихся при:

остром периоде заболевания (повышение температуры тела, озноб, катаральные явления и др.);

наличии жалоб на боли различной локализации, головокружение, тошноту, слабость, сердцебиение;

травматическом повреждении органов и тканей организма (острый период): ушиб, рана, растяжение, гематома и др.;

опасности кровотечения (носовое кровотечение в день занятия, состояние после удаления зуба, менструальный период);

выраженном нарушении носового дыхания;

выраженной тахикардии или брадикардии (Приложение 2).

3.4. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований к условиям и режиму проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий

Медицинский сотрудник отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательной организации проводит санитарно-гигиеническую оценку мест проведения соревнований, спортивно-оздоровительных мероприятий за 7 дней до их начала.

Условия проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий должны соответствовать гигиеническим требованиям СанПиН 2.4.2.2821-10 с изменениями № 2 от 25.12.2013 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» в части, регламентирующей требования к территории физкультурно-спортивной зоны, спортивным залам, физкультурно-спортивному оборудованию.

Оценку размещения, состояния, оборудования, параметров микроклимата, освещенности мест проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий (физкультурно-спортивная зона и спортивные залы образовательной организации) выполняют согласно стандартам проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, обследований, исследований, испытаний, гигиенических и иных видов оценок «Оценка уровня санитарно-эпидемиологического благополучия общеобразовательных организаций» (2014).

Результаты обследования условий проведения занятий физической культурой фиксируют в Протоколе № 3.

Результаты контроля за условиями проведения занятий физической культурой доводятся до сведения организаторов соревнований (спортивно-оздоровительного мероприятий). При выявлении несоответствия гигиеническим нормативам необходим повторный контроль не ранее чем за 3 дня до проведения мероприятия.

При проведении соревнований (спортивно-оздоровительных мероприятий) на открытом воздухе в день проведения мероприятия перед его началом контро-

лируют показатели метеоусловий (температура, влажность, скорость движения воздуха). При неблагоприятных микроклиматических условиях как в теплое (штормовой ветер, проливной дождь, при температуре окружающего воздуха выше +28°C), так и холодное время года² врач совместно с организаторами соревнований (спортивно-оздоровительных мероприятий) может остановить их проведение.

Протокол № 3

Оценка условий мест проведения соревнования, спортивно-оздоровительного мероприятия

Показатель	Соответствие гигиеническим нормативам
t воздуха, °C	
Влажность воздуха, %	
Освещенность, люкс	
Режим проветривания	
Регулярное проведение влажной уборки	
Состояние оборудования	
Состояние напольного покрытия	

Дата проведения _____
ка _____

Подпись медицинского работни-

Во время проведения соревнований должен быть организован питьевой режим. Питьевая вода должна отвечать требованиям к безопасности к питьевой воды.

При продолжительности соревнований (спортивно-оздоровительных мероприятий) 4 часа и более должно быть организовано горячее питание участников мероприятия. Условия организации питания должны соответствовать СанПиН 2.4.5.2409-08 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования».

3.5. Медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе проведения соревнований и спортивно-оздоровительного мероприятия

Медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе спортивно-массовых мероприятий или соревнований включает учет внешних признаков утомления занимающихся и степень их выраженности (Приложение № 2).

² Возможность проведения соревнований (спортивно-оздоровительных мероприятий) в холодное время года определяется согласно приложению 7 СанПиН 2.4.2.2821-10 с изменениями № 2 от 25.12.2013 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях»

Осуществляя медицинский контроль за состоянием обучающихся в процессе проведения соревнований (спортивно-массовых мероприятий) так же обращается внимание на соответствие одежды и обуви участников гигиеническим требованиям, объема физических нагрузок организму обучающихся в зависимости от медицинской группы, отсутствие физических упражнений, противопоказанных и оказывающих потенциально опасное воздействие на организм.

Медицинское обеспечение соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий проводится согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 9.08.2010 №613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий».

Все случаи выраженного ухудшения самочувствия, а также возникновения травм, установленных при контроле за состоянием обучающихся в процессе проведения соревнований и спортивно-оздоровительных мероприятий, фиксируются (Приложение 4) и должны анализироваться с целью установления причин их возникновения с оформлением.

4. Показания и противопоказания к использованию метода

Медицинский допуск обучающихся к соревнованиям и спортивно-оздоровительным мероприятиям в образовательных организациях. Противопоказаний нет.

5. Материально-техническое обеспечение

№ п/п	Наименование	Количество, штук
1	Ростомер или антропометр	1
2	Тонометр с возрастными манжетами	2
3	Метроном	1
4	Стетофонендоскоп	1
5	Секундомер	1
6	Сантиметровая лента	1
7	Термометр медицинский	по требованию
8	Шпатель металлический или одноразовый	по требованию
9	Стол рабочий	1
10	Стул	1
11	Ширма медицинская	1
12	Шкаф для хранения медицинской документации	1
13	Лампа настольная	1
14	Персональный компьютер	1 комплект
15	Принтер	1 комплект
16	Калькулятор	1

17	Халат медицинский	2
18	Коврик (1 м x 1,5 м)	1

6. Форма учета результатов

Протокол № 1

Допуск обучающихся к соревнованиям

Дата проведения соревнований _____

№ п/п	ФИО	Год рождения	Класс	Допуск
1				
2				
3				
...				
n				

Допущено _____ обучаю-
щихся

Дата проведения _____
ка _____

Подпись медицинского работни-

Протокол № 2

Допуск обучающихся к спортивно-оздоровительному мероприятию

Дата проведения соревнований _____

№ п/п	ФИО	Класс	Допуск	Противопоказано
1				
2				
3				
...				
n				

Допущено _____ обучаю-
щихся

Дата проведения _____
ка _____

Подпись медицинского работни-

7. Список нормативных и методических документов

1. «Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года». Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации 7 августа 2009 г., № 1101-р.
2. Федеральный закон Российской Федерации от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».
3. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. №1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 9.08.2010 №613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий».
5. Национальные рекомендации по допуску спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу, Всероссийское научное общество кардиологов, Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, Российское общество холтеровского мониторинга и неинвазивной электрофизиологии, Ассоциация детских кардиологов России, 2011.
6. Российские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте, Комитет экспертов Российского кардиологического общества, Российского медицинского общества по артериальной гипертензии, Ассоциации детских кардиологов России, Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики, 2012.
7. СанПиН 2.4.2.2821-10 с изменениями № 2 от 25.12.2013 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».
8. Единый календарный план межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий на 2014 год от 10.01.2014.
9. Положение о Всероссийских спортивных соревнованиях школьников «Президентские состязания» и «Президентские спортивные игры». 2013.

10. Список литературы

1. Алифанова Л.А. Влияние двигательной активности в процессе академического урока на здоровье школьников. Педиатрия. 2012; 6: 37-41.
2. Губин А.Л., Базаров А.В. «На «Президентские состязаниях» 2012 г.». Физическая культура в школе. 2013; 4: 31.
3. Доклад министра спорта Российской Федерации В. Мутко на «Парламентском часе» в Государственной думе Федерального собрания Российской Федерации 11 октября 2013 г. Available at: <http://www.minsport.gov.ru/press-centre/speeches/5003>.
4. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.
5. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Медико-социальные аспекты патриотического воспитания детей, подростков и молодежи. В кн.: Кучма В.Р., Лазаренко И.Р., ред. «Дети, молодежь и окружающая среда: здоровье, образование, экология». Материалы второй международной научно-практической конференции. Барнаул, 5-10 июля

2013. Барнаул: ФГБОУ ВПО «Алтайская государственная педагогическая академия», 2013: 27-9.
6. Луцкан И.П., Савина Н.В., Степанова Л.А. Проблемы медицинского обеспечения детей, занимающихся спортом в России. Российский педиатрический журнал. 2012; 5: 39-42;
 7. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М.: Медицина, 1991.
 8. Сухарев А.Г. Образовательная среда и здоровья учащихся. Научно-методическое пособие. М.: МИОО, 2009. 256 с.
 9. Candace Currie et al. Social determinants of health and well-being among young people: Health behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. 252 p.
 10. Relationship between physical activity, Self-Esteem, and Academic Achievement in 12-year-old children. Pediatric Exercise science. 2000; 12: 312-23.

Приложения

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ С УЧЕТОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Болезни органов и систем организма	Противопоказания ¹	Ограничения ²
Органы кровообращения (артериальная гипертензия, компенсированные пороки сердца и др.)	1-5	1-5
Органы дыхания (хр. бронхит, бронхиальная астма, рецидивирующие носовые кровотечения и др.)	1-5	1-5
Мочеполовая система (пиелонефрит, цистит, нарушения менструальной функции и др.)	1-3; 5; 6; 11	1-4; 6; 7
Органы пищеварения (хр. гастрит, хр. гастродуоденит, язвенная болезнь, пупочная грыжа и др.)	1-3; 5; 6	1-6; 8
Нервная система (эпилепсия, внутричерепная гипертензия, гипертензионно-гидроцефальный синдром и др.)	1-5; 7	1-6; 9
Костно-мышечная система (плоскостопие, сколиоз, лордоз, кифоз, выраженные нарушения осанки, в т.ч. кифосколиотическая, плоская спина и др.)	1-3	1-4; 6
Органы зрения (миопия средней и высокой степени, гиперметропия средней и высокой степени, астигматизм и др.)	1-3; 5; 7-10	1-6
Эндокринная система (ожирение, сахарный диабет и др.)	1-3; 5; 6	1-6

¹ *Противопоказания*

1 – физические нагрузки высокой интенсивности (бег в быстром темпе, прыжки в быстром темпе, эстафеты и др.).

2 – акробатические упражнения (кувырки вперед и назад, «мостик», «березка», стойка на руках и на голове и др.).

3 – упражнения на гимнастических снарядах, в т.ч. висы без опоры, подтягивание на перекладине, прыжки через коня (козла), упражнения на брусьях и кольцах и др.

4 – упражнения, выполнение которых связано с длительной задержкой дыхания.

- 5 – упражнения, выполнение которых связано с натуживанием.
- 6 – упражнения, выполнение которых связано с интенсивным напряжением мышц брюшного пресса.
- 7 – упражнения, выполнение которых связано со значительным наклоном головы.
- 8 – упражнения, выполнение которых связано с запрокидыванием головы.
- 9 – упражнения, выполнение которых связано с резким изменением положения тела.
- 10 – упражнения, требующие напряжения органов зрения (упражнения в равновесии на повышенной опоре и др.).
- 11 – переохлаждение тела

²Ограничения

- 1 – продолжительные физические нагрузки средней интенсивности (бег трусцой, бег в умеренном темпе, подвижные игры и др.).
- 2 – физические упражнения, направленные на развитие общей и локальной выносливости, скоростно-силовых качеств.
- 3 – физические упражнения с длительным статическим напряжением мышц;
- 4 – физические упражнения на тренажерах (необходим индивидуальный подбор тренажера со строгим дозированием физических нагрузок);
- 5 – физические упражнения, вызывающие нервное перенапряжение.
- 6 – упражнения, сопровождающиеся значительным сотрясением тела (прыжки в высоту, с разбега, спрыгивания и др.).
- 7 – занятия плаванием.
- 8 – круговые движения туловища и наклоны, особенно вперед. Круговые движения головой, наклоны головы.

Приложение 2

Значения ЧСС (уд/мин) у детей 5-18 лет*

Возраст, годы	Выраженная брадикардия	Умеренная брадикардия	норма	Умеренная тахикардия	Выраженная тахикардия
5-7	<71	71-79	80-105	106-129	>129
8-11	<66	66-74	75-95	96-114	>114
12-15	<51	51-69	70-90	91-109	>109
16-18	<51	51-64	65-80	81-109	>109
> 18	<46	46-59	60-80	81-109	>109

* Национальные рекомендации по допуску спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу, Всероссийское научное общество кардиологов, Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, Российское общество холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии, Ассоциация детских кардиологов России, 2011.

**ВНЕШНИЕ ПРИЗНАКИ УТОМЛЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПРОЦЕССЕ
ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ**

Наблюдаемые признаки	СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ УТОМЛЕНИЯ	
	Начальные признаки утомления	Выраженное утомление
Окраска кожи лица, шеи	небольшое покраснение лица	значительное покраснение лица
Потливость	незначительная	выраженная потливость лица
Характер дыхания	несколько учащенное, ровное	резко учащенное
Характер движений	бодрые, задания выполняются четко	неуверенные, нечеткие, появляются дополнительные движения. У некоторых детей отмечается возбуждение, у других – заторможенность
Самочувствие	хорошее, жалоб нет	жалобы на усталость, отказ от дальнейшего выполнения заданий
Мимика	спокойное выражение лица	напряженное выражение лица
Внимание	четкое, безошибочное выполнение указаний	рассеянное, задания выполняются неточно

**Российское общество развития
школьной и университетской медицины и здоровья
РОШУМЗ**

УТВЕРЖДЕН
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подростков
6 мая 2014 г.
протокол № 4

УТВЕРЖДЕН
на IV Конгрессе
РОШУМЗ
Санкт-Петербург,
15-16 мая 2014 г.

Федеральный протокол
ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ОБУЧАЮЩИМСЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
ПРОФИЛАКТИКА
БОЛЕЗНЕЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ФП РОШУМЗ-14-2014

(версия 1.0)

МАЙ 2014

Разработчики: Жамлиханов Н.Х., Федоров А.Г., Чернова Е.Г., Виноградова Е.Л., Макарова А.Ю., Скоблина Н.А., Горелова Ж.Ю., Михайлов А.И.

В протоколе приведен перечень обязательных мероприятий по профилактике эндокринных расстройств в образовательных организациях. Содержит мероприятия, необходимые для своевременной коррекции выявленных патологических изменений со стороны эндокринной системы; определены направления и объем гигиенического воспитания по формированию здорового образа жизни в образовательных организациях.

Разработан для школьных врачей, педиатров, врачей по гигиене детей и подростков детских поликлиник и содержит алгоритм выявления факторов риска и диагностики заболеваний эндокринной системы, обмена веществ и расстройств питания на ранних этапах их проявления.

Использование данного Протокола в практике работы школьного врача (фельдшера), медицинской сестры позволит снизить риск возникновения и распространения эндокринных заболеваний в образовательной организации.

Утверждены Рабочей группой Минздрава России по гигиене детей и подростков 6 мая 2014 г. (протокол №4), Президиумом РОШУМЗ 6 мая 2014 г. (протокол №18), на IV Конгрессе Всероссийского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Санкт-Петербург, 15-16 мая 2014 г.).

Оглавление

1. Методология	3
2. Введение	4
3. Выделение контингента обучающихся в образовательных организациях, имеющих нарушения эндокринной системы	5
4. Методы профилактики некоторых факторов риска возникновения эндокринных заболеваний и нарушений обмена веществ	6
4.1. Избыточная масса тела.....	6
4.2. Нарушения углеводного обмена.....	11
4.3. Йод-дефицитные состояния.....	14
5. Показания и противопоказания	15
6. Материально-техническое обеспечение профилактики	15
7. Форма учёта результатов контроля	15
8. Список нормативных и методических документов	16
9. Список литературы	17
10. Приложения	18

Список сокращений и условных обозначений

АГ – артериальная гипертензия
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМТ – избыточная масса тела
МС – метаболический синдром
СД – сахарный диабет
ТГ – триглицериды
ДА – двигательная активность
ФР – фактор риска

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

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

Консенсус экспертов;

Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности// Доклад ВОЗ. Библиотечный каталог публикаций ВОЗ. – 2008. – 47 с.

Алимбекова П.Р., Павленко О.А., Хлынин С.М. Опыт внедрения программы профилактики эндокринной патологии // Бюллетень сибирской медицины, 6, 2012. С. 185-190.

Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 752 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

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

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации протокола:

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации протокола:

Настоящий протокол в предварительной версии был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе Протокола, доступна для понимания.

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

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев.

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

Консультации и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящий протокол были представлены для дискуссии в предварительной версии на IV Конгрессе РОШУМЗ (Санкт-Петербург, 15-16 мая 2014 г.). Предварительная версия была размещена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании протокола.

Проект протокола был рецензирован также независимыми экспертами, которые дали комментарии, прежде всего, о доходчивости и точности интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества протокол был повторно проанализирован членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведён к минимуму.

2. Введение

В последние годы состояние здоровья детей школьного возраста и подростков характеризуется устойчивыми тенденциями к росту заболеваемости, инвалидности, а также высокими показателями смертности. По данным исследований, в настоящее время 85% выпускников школ имеют отклонения в состоянии здоровья, 50% из которых являются функциональными, а 35 – 40% - хроническими и необратимыми. Частота заболеваний эндокринной системы и обмена веществ увеличилась на 90%. В настоящее время структура патологии детей школьного возраста и подростков претерпела существенные изменения, в которой эндокринная патология занимает большой удельный вес.

Особую тревогу вызывает «омоложение» сахарного диабета: за последние 15 лет заболеваемость лиц в возрасте до 30 лет увеличилась на 80%. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у обучающейся молодежи является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. Рост частоты патологии щитовидной железы во многих регионах России также вызывает серьезные опасения.

Анализ работ по проблемам здоровья обучающейся молодежи и факторов, определяющих его, подтверждает необходимость разработки комплексных мер по укреплению здоровья детей школьного возраста и подростков. Ранняя диагностика и своевременная коррекция выявленных патологических изменений со стороны эндокринной системы у детей может стать важнейшим фактором в снижении частоты и тяжести патологии у детей более старшего возраста и взрослых. Все это обуславливает необходимость проведения активной профилактики отклонений со стороны эндокринной системы в образовательных организациях для своевременного выявления факторов риска и диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы на ранних этапах их проявлений, что чрезвычайно важно для обеспечения их своевременной коррекции.

3. ВЫДЕЛЕНИЕ КОНТИНГЕНТА ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Врач образовательной организации на этапе медицинского осмотра (применения скрининга автоматизированных систем) выявляет обучающихся с высоким риском развития болезней эндокринной системы.

По результатам методики комплексной оценки физического развития для выявления возможных отклонений со стороны эндокринной системы имеют значение следующие варианты оценки физического развития:

Варианты оценки уровня биологического развития:

- ✓ Отстает от календарного возраста ($b < n$);
- ✓ Опережает календарный возраст ($b > n$);

Варианты оценки гармоничности физического развития:

- ✓ Дисгармоничное физическое развитие за счет избытка массы тела (ИМТ) – масса тела выше $M + 2,1\sigma R$ относительно длины тела.
- ✓ Дисгармоничное физическое развитие за счет низкой длины тела (НДТ) – при длине тела меньше минимальных значений (при $M \leq M - 2,1\sigma$).
- ✓ Дисгармоничное физическое развитие за счет высокой длины тела (ВДТ) – длина тела больше максимальных значений (при $M \geq M + 2,1\sigma$).

При выявленных нарушениях сроков созревания, дисгармоничном физическом развитии за счет низкой длины тела, высокой длины тела, избытка массы тела ребенку необходима консультация эндокринолога, инструментальное и лабораторное исследование. Ребенок с ИМТ и/или риском ожирения часто нуждается в направлении к диетологу, психологу, специалисту по лечебной физкультуре.

Также имеет значение отягощение семейного анамнеза на наличие отягощенной наследственности по сахарному диабету, ожирению (наличие этих заболеваний у родителей в возрасте до 55 лет), дислипидемии, высокий уровень холестерина у членов семьи.

По результатам оценки отклонений в физическом развитии обучающихся оформляют протокол № 1.

ПРОТОКОЛ № 1

регистрации варианта физического развития обучающихся, имеющего значение для развития заболеваний эндокринной системы

№ п/п	Фамилия, имя	Нарушение сроков созревания		Вариант гармоничности физического развития			Имеется ли отягощенный семейный анамнез (да, нет)
		$b < n$	$b > n$	ИМТ	НДТ	ВДТ	

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

Врач образовательной организации для осуществления эффективных подходов к комплексной профилактике обучающихся с эндокринной патологией распределяет показатели заболеваемости, полученные в ходе медицинских осмотров, с уточнением структуры патологии эндокринной системы в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (ВОЗ) согласно протоколу № 2.

ПРОТОКОЛ № 2

регистрации уровня общей заболеваемости эндокринной патологией обучающихся, % на 1000 обследованных (пример)

Класс	Класс болезней				Всего	Ранговое место
	ЩЖ	Ожирение	СД	Заболевания ГГС (другие заболевания)		
1	6,0	1,4	0,6	0,2	8,2	V
2						
...						

Дата заполнения _____ Медицинский работник (подпись) _____

В результате выполненного медицинского обследования выделяют детей, угрожаемых (протокол № 1) и/или имеющих нарушения со стороны эндокринной системы (протокол № 2), которым проводится верификация диагноза в медицинских организациях.

Заполнение протокола № 1 и протокола № 2 проводится с целью стратификации риска и формирования потоков детей с угрозой возникновения и выявленной эндокринной патологией для дальнейшего эффективного выполнения необходимого алгоритма лечебно-профилактических мероприятий.

4. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У ОБУЧАЮЩИХСЯ.

Основными факторами риска заболеваний эндокринной системы являются:

- избыточная масса тела
- нарушения липидного обмена
- нарушение углеводного обмена
- недостаток йода

В значительной степени врачу образовательной организации при проведении профилактики факторов риска заболеваний эндокринной системы надлежит вовлекать родителей в сотрудничество с образовательной организацией по вопросам изменения стиля жизни ребёнка и выполнения действий по здоровому питанию и оптимизации физической активности.

4.1. Избыточная масса тела.

Избыточная МТ у мальчиков-подростков является независимым предиктором АГ и атерогенных дислипидемий (ДЛП) во взрослом возрасте. Критическими периодами для дебюта ожирения являются первый год жизни, возраст 5–6 лет и период полового созревания. Избыточная масса тела влечет за собой повышенный риск ССЗ и СД, риск раннего атеросклероза, ИБС, АГ и репродуктивных нарушений.

Ожирение у детей и подростков является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. В целом, по данным отечественных исследователей, распространенность избыточной МТ у детей в разных регионах России колеблется от 5,5 до 11,8%. Ожирение – признанный ФР атеросклероза и его осложнений, АГ, варикозной болезни и тромбофлебита, холелитиаза, артритов, остеохондроза, синдрома Пиквика, стеатоза и др. заболеваний. Оно сопровождается относительным иммунодефицитом, связанным с нарушением функций Т-клеток и фагоцитоза, повышением частоты грибковых и стрептококковых инфекций, а также гирсутизма. У женщин с ожирением сочетаются рак эндометрия, яичников, шейки матки, молочных желез и желчного пузыря. Сходная закономерность прослеживается для рака простаты и рака прямой кишки у мужчин. По данным ВОЗ, излишним весом и ожирением обусловлено 44% случаев диабета, 23% случаев ишемической болезни сердца и от 7% до 41% случаев некоторых видов рака.

Растет частота осложненного ожирения у детей; наиболее частые осложнения ожирения (СД 2 типа, неалкогольная жировая болезнь печени, АГ) могут быть диагностированы уже в младшем школьном возрасте. Однако диагностика ожирения у детей в настоящее время происходит в возрасте 10,5±2 года.

На фоне ожирения развивается метаболический синдром, выражающийся в превышении ТАГ, глюкозы, снижение ЛПВП, превышение АДс выше 130, АДд – выше 85 мм.рт.ст. при увеличении окружности талии выше 90 центиля. Развитие метаболического синдрома (МС) на фоне ожирения у детей повышает риск СД 2 типа и ССЗ у молодых взрослых. При формировании тучности имеет значение темп годовых прибавок массы тела, если прибавка массы тела составляет более 7 кг, то риск ожирения высок. Распространённость избыточной МТ и ожирения среди мальчиков начинает увеличиваться быстрыми темпами уже в конце пубертатного периода (после 15 лет). Степень риска развития избыточной МТ во взрослой жизни зависит от возраста подростка и величины индекса массы тела (индекса Кетле). Чем больше значение ИМТ в подростковом возрасте, тем выше его устойчивость в последующих периодах жизни и выше риск развития избыточной МТ и ожирения в молодом взрослом возрасте.

Оценка индекса массы тела

Индекс массы тела — величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и, тем самым, косвенно оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной (приложение 1).

Индекс массы тела рассчитывается по формуле:

$$I = \frac{m}{h^2}, \quad \text{кг/м}^2$$

где: m — масса тела в килограммах, h — рост в метрах.

Индекс массы тела является наиболее удобной мерой оценки уровня ожирения и избыточного веса у населения, однако индекс следует считать приблизительным критерием, т.к. он может не соответствовать одинаковой степени упитанности у различных индивидуумов, не учитывает процессы роста и развития ребёнка, конституциональные особенности, особенности распределения жировой ткани. Индекс массы тела является дополнительной методикой оценки ИМТ в соответствии с критериями ВОЗ³, может использоваться у мигрантного для данного региона населения.

Согласно современным представлениям о причинах ожирения, многие механизмы эндокринной регуляции между ЦНС и жировой тканью закладываются в детстве: влияние гормона роста и соматомедина С, влияющих на дифференцировку адипоцитов активно продолжается до 3 месяца жизни. Неправильные поведенческие установки (регулярное переедание, низкая двигательная активность); закладывающиеся в раннем детстве и дошкольном периоде роста, ведут к абсолютной или относительной недостаточности гормона адипоцитов лептина, которая развивается при любой форме ожирения; стимулирующее действие эстрогенов, производимых жировыми клетками, имеет значение в развитии тучности в период полового созревания.

В подростковом возрасте усиливается значение факторов пищевого поведения, могущих приводить к формированию ожирения. Так, недостаток белка в питании, ослабляющий специфическое динамическое действие пищи, смещает нормальное чувство насыщения (а многие подростки увлекаются диетами и, в стремлении съесть меньше, исключают белок). Увеличение перерывов между приемами пищи и следующее за ними увеличение порций поддерживает гиперинсулинемию, что ведёт к удержанию адипоцитами триацилглицеридов, постепенно формируя пастозную конституцию с обилием рыхлой соединительной ткани. Никтофагия, т.е. максимальный приём пищи ближе к вечернему времени суток ведёт к нарушению суточных биоритмов, что ещё более увеличивает расстройство гипоталамической функции.

По данным Всемирной организации здравоохранения, основной причиной эпидемии ожирения в мире стал недостаток физической активности населения в сочетании с чрезмерным потреблением высококалорийной пищи.

При выявлении ИМТ и ожирения необходимо **оптимизировать двигательную активность** детей и подростков.

Организованные формы ДА должны быть главной составляющей в обеспечении движений у детей с ИМТ: уроки физкультуры в образовательной организации, игры на переменах, прогулки и игры на свежем воздухе, занятия в секциях физкультурно-оздоровительного направления. Учащиеся с впервые выявленными ИМТ или ожирением должны быть отнесены к специальной медицинской или подготовительной медицинской группе. В процессе совершенствования физических качеств, а также при гармонизации массы тела эти дети могут быть отнесены к основной медицинской группе. Обучающимся с ИМТ важно сохранять мотивационную установку на ДА, учитывать их особенности при подборе упражнений, индивидуально подходить к длительности выполнения упражнений. Необходимо обеспечить индивидуальные занятия физкультурой (лечебной физкультурой) для детей, освобожденных от занятий в основной

³ Таблицы возрастно-половых нормативов индекса массы тела см. на сайте <http://www.who.int/childgrowth/standarts/ru/>

группе.

Детям и подросткам в возрасте 6–17 лет необходимы ежедневные физические нагрузки от умеренной до высокой интенсивности, в общей сложности не менее 60 минут. Основными формами ДА учащихся с ИМТ являются: утренняя гимнастика (10 минут), подвижные игры на переменах (5 минут), игры и прогулки на свежем воздухе после уроков (до 1,5 ч), спокойная прогулка перед сном (до 30 минут).

Большая часть ежедневной ДА должна приходиться на аэробные физические упражнения (пеший туризм, скейтбординг, катание на роликовых коньках, езда на велосипеде, быстрая ходьба, бег, футбол, хоккей на льду или траве, баскетбол, плавание, теннис, катание на лыжах и т.д.)

Физические нагрузки высокой интенсивности (упражнения, развивающие и поддерживающие мышечную силу и укрепляющие костно-мышечную систему) должны включаться в этот час и выполняться не менее трех раз в неделю.

Рекомендованная ежедневная продолжительность физических нагрузок (60 минут и более) может быть накоплена на протяжении всего дня более короткими периодами ДА (например, 2 раза в день по 30 минут). Минимально эффективной продолжительностью являются 20-минутные периоды ДА – от умеренной до высокой интенсивности.

Необходимо всячески побуждать детей и подростков к разнообразной ДА, соответствующей их возрасту и доставляющей им удовольствие, а значит, поддерживающие мотивацию на активный стиль жизни.

Дети и подростки с ограниченными возможностями (инвалидностью) также должны следовать этим рекомендациям. Однако им необходимо проконсультироваться с соответствующим специалистом для того, чтобы определить виды и объемы ДА, которые подходят им с учетом их особенностей здоровья.

Для детей и подростков, ведущих пассивный образ жизни, рекомендуется постепенное повышение ДА (приложение 2). Следует начинать с небольших объемов ДА (30 минут ежедневно), постепенно увеличивая продолжительность и интенсивность.

Необходимо сокращать неактивное время, затрачиваемое на ТВ, видео, компьютерные игры и «брожение» по Интернету, начиная уменьшение с 30 минут.

Следует обратить внимание на ограничение избыточного объема домашних заданий с целью предупреждения гиподинамии.

По результатам изучения параметров образовательной среды у детей с ИМТ и ожирением врач образовательной организации заполняет протокол № 3.

Заполнение данного протокола позволит определить слабые места в режиме ДА учащегося, определить приоритеты учащегося, а значит повысить его мотивационную установку на оптимизацию ДА, совместно с администрацией образовательной организации определить объем и стратегию профилактической работы среди учащихся с патологией эндокринной системы. Данный протокол согласуется с Глобальной стратегией по питанию, физической активности и здоровью, принятой Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2004 году.

ПРОТОКОЛ № 3

регистрации параметров среды ОО (школьной среды), имеющих влияние на ДА среди учащихся с эндокринной патологией

ФИО учащегося	Параметр среды	Оценка (0; 1 – нет; да)	Приоритет учащегося 1; 2; 3 – низкий, средний, высокий)	Определение стратегии индивидуальной профилактики*
	Доступность спортивной площадки для занятий физической культурой			
	Имеет ли место утренний зарядка в сетке расписания			
	Регулярные занятия физическими упражнениями включены в уроки и школьные перемены			
	Динамический час включен в сетку уроков			
	Посещение уроков физической культуры согласно расписанию			
	Участвует в подвижных играх во второй половине дня			
	Посещает дополнительные занятия физкультурно-оздоровительного направления во 2-й половине дня			
	Участвует в мероприятиях в сфере ДА (проектные недели, фестивали, соревнования, игры и т.д.)			

* при совпадении оценки «0» из 3-го столбца с оценкой «3» из 4-го столбца параметр образовательной среды требует включения в стратегию профилактики.

Принципы рационального питания при ожирении

- Питание детей должно быть максимально разнообразным и включать все основные группы пищевых продуктов:
 - мясо и мясопродукты (нежирных сортов)
 - рыба и рыбопродукты (нежирных сортов)
 - молоко и молочные продукты (жирность до 2,5%)
 - яйца
 - фрукты и овощи
 - хлеб и хлебобулочные изделия
 - крупы, макаронные изделия и бобовые
 - пищевые жиры
 - сладости и кондитерские изделия (рекомендуется заменять на сухофрукты).
- Ограничение поступления калорий за счет общих жиров;

- Увеличение потребления фруктов и овощей, а также зернобобовых, цельных зерен и орехов;
- Разгрузочные дни – 1-2 раза в неделю (молочные, кефирные, рисово-компотные, арбузные и т.д.);
- Количество белка из расчета 1,5г/кг идеальной массы тела;
- Ограничение жиров до 26-30% от энергетической ценности за счет животного жира.
- Содержание углеводов 55-60% от калорийности, ограничение простых инсулиногенных углеводов. Сложные углеводы должны иметь низкий гликемический индекс;
- Содержание сахаров в рационе не должно быть выше 40–50 г, а кондитерских изделий 20–25 г/сутки;
- Пищевые волокна на уровне 25-30 г/сутки (снижают гликемический индекс, нормализуют микрофлору);
- Ограничение соли до 4-5 г/сут, уменьшение жидкости (сладкие газированные напитки)
- Регулярный режим 3-4 раза (у детей 5-6 раз) маленькими порциями, без переедания в вечерние часы
- Исключение энергетических и тонизирующих напитков
- Введение травяных чаев.

Ассортимент продуктов питания и среднесуточный набор продуктов для детей с ожирением представлены в приложениях 3-4.

К профилактическим мероприятиям оптимизации питания детей в образовательных организациях также относятся:

- Уроки по культуре питания в школах и дошкольных учреждениях.
 - Ограничение доступности высококалорийных напитков и десертов в школьном питании.
 - Недопустимость принуждения к еде и насильственного кормления в дошкольных учреждениях.
 - Формирование эстетичности и привлекательности процедуры приема пищи в ОУ.
 - Обучение принципам здорового питания, доступности и привлекательности здоровых продуктов и правилам их выбора в коллективной среде.
- Учащиеся с ИМТ нуждаются в формировании здорового стиля жизни. Поэтому для детей с ожирением очень важен семейный уровень профилактики:
- Активизация семейного досуга: совместные прогулки, мотивированные занятия физкультурой и спортом.
 - Ограничение просмотра телевизора до 1 часа в сутки (дошкольники), 2 часов в сутки (школьники).
 - Обеспечение завтрака для детей и подростков.
 - Организация семейных приемов пищи, исключение еды на ходу, формирование правильного режима питания.
 - Привлечение детей к приготовлению пищи.
 - Исключение использования пищи в качестве вознаграждения, наказания.

4.2. Нарушения углеводного обмена.

Заболеваемость и распространенность сахарного диабета (СД) увеличивается в эпидемических масштабах во всем мире. Особую тревогу вызывает «омоложение» СД: за последние 15 лет заболеваемость лиц в возрасте

до 30 лет увеличилась на 80%. В настоящее время в России зарегистрировано более 9,5 тыс. под-ростков, страдающих СД 1-го типа

СД 1 типа, когда бета-клетки поджелудочной железы не секретируют инсулин, необходимый для расщепления глюкозы в крови возникает в детском и молодом возрасте (Катализатором служит обычно инфекция, травма). По данным исследований ВОЗ среди больных сахарным диабетом 1 типа больше детей, которые с рождения находились на искусственном вскармливании, поэтому профилактика этого заболевания сводится к поддержке грудного вскармливания, а также применение препаратов интерферона при инфекционных заболеваниях у детей. СД 2 типа в основном проявляется во взрослом возрасте. Однако в последние годы наметилась тенденция к увеличению числа пациентов подросткового возраста. Эпидемиологические данные о СД 2 типа у детей и подростков значительно различаются, однако большинство исследователей согласны с тем, что в основном СД 2 типа диагностируется у подростков, начиная с возраста 10 лет.

Диагностика СД 2 типа у детей и подростков возможно при тщательной оценке ФР его развития. В целом, в группе риска находятся люди, ведущие малоподвижный образ жизни; их рацион перенасыщен углеводами с высоким гликемическим индексом. Такой образ жизни накладывается на изначальную предрасположенность или неустранимые факторы риска (возраст, наследственность, отягощенный семейный анамнез), и в сумме эти два обстоятельства становятся фундаментом заболевания диабетом 2-го типа. Доказано, что риск заболевания сахарным диабетом уменьшается на 50%, а смертность, связанная с этой болезнью, сокращается на 40% при снижении массы тела всего лишь на 7%. К другим устранимым факторам риска относятся курение и артериальная гипертензия.

Нормализация массы тела значительно облегчает течение диабета. Поэтому рационализация питания – важный фактор в профилактике сахарного диабета.

Правила питания учащихся с сахарным диабетом

- Питание должно быть регулярным, соответствовать энергетическим тратам
- Употребление рафинированных углеводов (сахар, мед, джемы и т.д.) и насыщенных жиров должно быть снижено до минимума. Основу питания должны составлять сложные углеводы и продукты, богатые растворимыми волокнами. В процентном соотношении содержание углеводов в пище должно быть 60%, жиров — около 20 %, белков — не более 20 %.
- Три основных приема пищи + перекусы между ними (по 1 фрукту).
- Овощи (группа №1) - три раза в день, составляют основу рациона и занимают ½ часть тарелки.
- Углеводы (из. группы №2) занимают 1/4 часть тарелки.
- Белки (из. группы №2) занимают 1/4 часть тарелки.
- Продукты группы №3 - на десерт, как исключение.
- Не рекомендуется употреблять слишком соленые блюда, исключить продукты, обжаренные на масле, включать в рацион большое овощей, фруктов, сложных углеводов (каши, зерновой хлеб), нежирных белков (молочные продукты, рыба, птица); добавлять в пищу определенное количество пищевых волокон и использовать небольшое количество жира
- Включайте в свой рацион фиточаи и лекарственный сборы
- по возможности нужно адаптировать питание больного СД к питанию семьи, не готовить отдельно.

Группа №1

Капуста, морковь, любая зелень, огурцы, помидоры, перец, кабачки, репа, баклажаны, зеленые бобовые (фасоль, горох), редис, грибы свежие или маринованные, лук, тыква, свекла, редька, любые несладкие напитки и на сахарозаменителях, чай, травяные настои, цикорий.

Группа №2

«Рекомендованные продукты, 1/4 часть вашего рациона на тарелке»

Картофель, любые крупы, кукуруза, хлеб черный и белый, макароны, любые супы (кроме жирных), бобовые (фасоль, чечевица, горох), обезжиренные кисломолочные продукты (до 1%), творог обезжиренный, сыр адыгейский, сулугуни, брынза нежирная, курица, говядина и телятина (нежирная), колбаса вареная и сосиски нежирные, треска и другая нежирная рыба, фрукты (кроме винограда, фиников), ягоды, сухофрукты.

Группа №3

«Избегайте или как исключение»

Маргарин, майонез, сало, корейка, баранина, свинина, субпродукты, жирные сорта птицы и жирная рыба, сыр (более 30% жирности), сливки, жирный кефир, жирное молоко, копчености, консервы в масле, оливки, орехи и семечки, кондитерские изделия - конфеты, печенье, пряники, сахар, мед, варенье, джемы, мороженое, шоколад. Соки, сладкие напитки, пиво, алкоголь, виноград.

Включение в диету сборов лекарственных растений:

Составы некоторых сборов лекарственных растений (рекомендуется для детей в домашних условиях).

Сбор № 1

Лист черники 50 г

Стручки фасоли 50 г

Трава галеги 50 г

Лист мяты 50 г

2 ст.л сбора залить 0,5 л крутого кипятка и выдержать 30 минут. Принимать по 1

стакану 3-4 раза в день

Сбор № 2

Лист черники 20 г

Корень одуванчика 20 г

Лист крапивы 20 г

Трава спорыша 20 г

Корень девясила 20 г

Готовить как сбор № 3 . Принимать по ½ стакана 3 раза в день до еды.

Сбор № 3

Лист черники 50 г

Лист крапивы 20 г

Лист брусники 30 г

Готовить как сбор № 3. Принимать в течение дня по 1 стакану до еды.

Учащимся с сахарным диабетом разрешаются следующие **виды физических нагрузок:**

- утренняя гигиеническая гимнастика (комплекс из 8-10 упражнений с 4-6-кратным повторением), продолжительность занятий — 10-15 мин;
- дозированная ходьба (по ровной местности 2-3 км со скоростью 80-90 шагов в

минуту, по возвышенной местности 1-2 км со скоростью 60-70 шагов в минуту). Если позволяет состояние сердечно-сосудистой системы, можно ходить до 10-12 км в сутки;

- езда на велосипеде (по ровной местности до 10-12 км со скоростью 10 км/ч);

- плавание (в медленном темпе 5-10 мин со скоростью 10-30 м/мин, с отдыхом

через каждые 2-3 мин);

- ходьба на лыжах (по ровной местности при температуре 10 °С и скорости ветра не более 5 м/с на расстояние 5-6 км со скоростью до 6 км/ч);

- катание на коньках (со скоростью до 15 км/ч, время непрерывного катания — до 20 мин);

- спортивные игры (бадминтон — 5-30 мин в зависимости от возраста, волейбол — 5-20 мин, теннис — 5-20 мин, городки — 15-40 мин).

При организованных формах занятий физкультурой необходимо учитывать:

- Необходимость регулярных тренировок, лучше каждый день или через день. Время занятий должно быть не более 30 минут

- В начале каждого занятия необходима вводная и подготовительная части занятия (5-10 минут)

- Сначала включают упражнения малой интенсивности, а затем в течение 20 минут – средней интенсивности

- В конце занятий снижать нагрузку необходимо постепенно в течение 5-10 минут

Противопоказаны все виды тяжелой атлетики, силовые виды спорта, особенно при диабетической ретинопатии, альпинизм, марафонский бег. Не рекомендуется участие в спортивных состязаниях, так как они сопровождаются большими физическими и психоэмоциональными нагрузками.

4.3. Йод-дефицитные состояния.

Йод-дефицитные патологии относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных заболеваний человека и являются серьезной медико-социальной проблемой.

В пубертатный период потребность в гормонах щитовидной железы резко возрастает, следовательно, возрастает и потребность в йоде. Недостаток йода в пубертатном периоде проявляется: 1) задержкой умственного и физического развития, снижением работоспособности, плохой успеваемостью; 2) высокой заболеваемостью и склонностью к хронической заболеваемости; 3) расстройствами ЦНС; 4) нарушением полового развития. В этот период в основном клинически проявляются поздний врожденный гипотиреоз, эндемический зоб и ювенильная струма. Два последних заболевания связаны с увеличением щитовидной железы.

Для преодоления дефицита йода используются следующие методы профилактики:

Массовая профилактика зоба заключается в использовании йодированной соли. Кроме соли йодируют хлеб, молоко, макаронные изделия, питьевую воду.

Для декретированных групп населения (дети, подростки, беременные и кормящие женщины, лица детородного возраста) предлагается групповая йодная профилактика, которая осуществляется путем регулярного длительного приема медикаментозных средств, содержащих фиксированную физиологическую дозу

йода (Йодбаланс 100, 200; Йодомарин 100, 200). Дети в возрасте до года должны получать йод в зависимости от режима вскармливания, на 2-3-м году жизни все дети должны получать йод, а после 3-х лет в группах особого риска (часто болеющие, дети с низкорослостью, с дефицитом массы тела). Обязателен прием препаратов йода в препубертатном и пубертатном периоде не менее 150 мкг в сутки.

Индивидуальная профилактика назначается лицам, которые перенесли операцию на щитовидной железе, временно проживающим в эндемичном по зубу регионе, работающим со струмогенными веществами. Одновременно рекомендуется употребление пищи богатой йодом: морская капуста, морская рыба и морепродукты, грецкие орехи, хурма.

По рекомендации Всемирной организации Здравоохранения для удовлетворения потребности организма в йоде приняты следующие нормы его ежедневного потребления:

- для детей грудного возраста (0–2 лет) — 50 мкг;
- для детей младшего возраста (2–6 лет) — 90 мкг;
- для детей школьного возраста (7–12 лет) — 120 мкг;
- для детей старшего возраста и взрослых (от 12 лет и старше) — 150 мкг;
- для беременных и кормящих женщин — 250 мкг йода.

Среднее потребление йода жителем России составляет 40–80 мкг в сутки, а это значительно меньше необходимого. Учитывая эпидемиологические данные, две трети регионов России имеют легкий или умеренный дефицит йода. В связи с этим каждый житель йододефицитного региона должен получать ежедневно дополнительное количество йода, а также включать в рацион питания продукты, богатые йодом. К таким продуктам питания относятся: морепродукты, морская капуста (ламинария), морская рыба, а именно тунец, лосось, палтус, треска, сельдь, камбала, морской окунь, печень трески.

5. Показания и противопоказания к использованию метода

Показания: выявление и профилактика эндокринных заболеваний обучающихся в образовательных организациях.

Противопоказаний нет.

6. Материально-техническое обеспечение профилактики

Весы медицинские, ростомер или антропометр, сантиметровая лента. Материально-техническое обеспечение данного протокола может быть изменено или дополнено с учетом внедрения в практику современной медицинской техники, оборудования и изделий медицинского назначения, в том числе включать аппаратно-программные комплексы.

7. Форма учёта результатов контроля

Необходимо систематически проводить анализ данных о распространенности отклонений со стороны эндокринной системы и нарушений обмена веществ (или подозрений на нарушения), выявленных у обучающихся в образовательной организации на основании обследования в текущем году и последующих годах, что позволит установить влияние неблагоприятных факторов на здоровье детей и/или эффективность

проводимой профилактической и оздоровительной работы в образовательной организации.

7.1. Форма учёта распространённости нарушений со стороны эндокринной системы, выявленных у обучающихся в образовательной организации на основании обследования.

*Распространённость нарушений со стороны эндокринной системы, выявленных у обучающихся в образовательной организации на основании обследования в _____ годах
(в %)*

Год	Выявленные нарушения или подозрения на возможные нарушения со стороны эндокринной системы	Количество обследованных	Относительное количество выявленных нарушений (в % к числу обследованных)	Диагностировано заболевание ЭС (впервые выявлено, учетная форма 30)
2014	Физическое развитие			
	Нарушение сроков созревания			
	Избыток массы тела			
	Низкая длина тела			
	Высокая длина			
	Заболевания ЩЖ			
	Ожирение			
	СД			
	Другие			

По данным экспертов ВОЗ, деятельность по укреплению здоровья, ориентированные на физическую активность и рацион питания являются эффективными в:

- Изменении образа жизни в виде повышения физической активности и изменение привычек питания;
- Улучшении результатов, связанных со здоровьем (оптимизация массы тела);
- Содействии изменениям на организационном уровне.

7.2. Форма учета результатов деятельности медицинского работника по профилактике болезней эндокринной системы обучающихся.

*Эффективность медицинской профилактики болезней эндокринной системы
(количество детей/ кол-во несоответствий)*

Год	Показатели эффективности	Классы											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
2014	Количество параметров среды ОУ (школьной среды), имеющих влияние на ДА, получивших оценку -0/3												
	Удельный вес детей с ИМТ, %												
	Количество детей с патологией ЭС, имеющих нормальную массу тела, %												
	Количество пропусков занятий физической культурой без медицинской справки у детей с патологией ЭС												

8. Список нормативно-методических документов

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. N 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».
4. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
7. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях. – 206-ВС, утв. Минздравсоцразвития РФ 15.01.2008.
8. Методические рекомендации по организации деятельности медицинских работников, осуществляющих медицинское обеспечение обучающихся в общеобразовательных учреждениях. Утв. Минздравсоцразвития России 15.01.2008.
9. Руководство по медицинскому обеспечению детей в образовательных учреждениях. (Руководство по школьной медицине). Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.Р. Кучмы. М. Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2012.- 215 с.: илл.

10. Руководство по диагностике и профилактике школьно обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях / Под ред. чл.-корр. РАМН профессора Кучмы В.Р. и д.м.н. Храмцова П.И. - М.: Издатель НЦЗД, 2012. - 181 с.

11. Руководство по разработке школьной стратегии по здоровому питанию и физической активности. Инструмент NEPS для школ / Под ред. д.м.н. Храмцова П.И. - М.: 2013. – 35 с.

9. Список литературы

- 12.Справочник по диетологии/ Под ред. В.А. Тутельяна, М.А. Самсонова. – М.: Медицина, 2002. – С. 280-286.
- 13.Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю., Чернова Л.А. Ожирение у подростков. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 216 с.
- 14.Ожирение (руководство для врачей)/ Под ред. Н.А. Белякова, В.И. Мазурова. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2003. – С. 256-270.
- 15.Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика, лечение. – М.- БИНОМ. – 2004. – 239 с.
- 16.Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью. Женева, ВОЗ, 2004.
- 17.Вирт А. Ожирение и метаболический синдром // Обзоры клинич. кардиологии, 2006. № 5. С. 2—10.
- 18.Касаткина Э.П. Актуальные проблемы тиреоидологии: профилактика йоддефицитных заболеваний // Проблемы эндокринологии, 2006. Т. 52, № 6. С. 30—34.
- 19.Ожирение (клинические очерки)/ Под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобинной.- СПб.: Диалект, 2007. – С. 7-154.
- 20.Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности// Доклад ВОЗ. Библиотечный каталог публикаций ВОЗ. – 2008. – 47 с.
- 21.Алимбекова П.Р., Павленко О.А., Хлынин С.М. Опыт внедрения программы профилактики эндокринной патологии // Бюллетень сибирской медицины, 6, 2012. С. 185-190.
- 22.Кучма В.Р., Скоблина Н.А., Сухарева Л.М., Бокарева Н.А. и соавт. Оценка физического развития детей и подростков в образовательных учреждениях. Профилактика ожирения у школьников// Пособие для медицинских работников образовательных учреждений. – М.: 2013. – 44 с.
- 23.Ожирение и избыточный вес // Информационный бюллетень ВОЗ № 311 от 13.03.13. Женева, ВОЗ, 2013
- 24.Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 752 с.

10. Приложения

Приложение 1.

Интерпретация показателей ИМТ (рекомендации ВОЗ)

Индекс МТ (кг/м ²)	Вариант оценки МТ	Риск ССЗ и диабета
Ниже 18,5	Дефицит массы тела	Низкий
18,5-24,9	Нормальная масса тела	Ниже среднего
25—29,9	Избыточная масса тела	Повышенный
30—34,9	Ожирение 1 степени	Высокий
35—39,9	Ожирение 2 степени	Очень высокий
40 и более	Ожирение 3 степени	Чрезвычайно высокий

Приложение 2.

Тренировочный план для малоактивных детей и подростков

Месяцы	Ежедневное количество времени, затрачиваемое на ФА умеренной интенсивности (минуты)	Ежедневное количество времени, затрачиваемое на ФА высокой интенсивности (минуты)	Общее количество времени, ежедневно затрачиваемое на ФА (минуты)	Ежедневное уменьшение неактивного времени (минуты)
1-й месяц	не менее 20 +	10 =	30	30
2-й месяц	не менее 30 +	15 =	45	45
3-й месяц	не менее 40 +	20 =	60	60
4-й месяц	не менее 50 +	25 =	75	75
5-й месяц	не менее 60 +	30 =	90	90

Приложение 3.

Ассортимент продуктов и блюд для питания детей с ожирением

Продукты и блюда	Разрешаются	Ограничиваются до 1-2 раз в	Исключаются

		неделю	
Хлеб и хлебобулочные изделия	Хлеб из муки грубого помола, содержащий отруби, хлеб из цельного зерна, хлеб ржаной	Ржано-пшеничный	Сдобные мучные изделия, хлеб пшеничный
Крупы и продукты из них (в первую половину дня)	Гречневая, овсяная, перловая, пшенная каши	Рисовая, бобовые	Макаронные изделия, манная крупа
Супы	Супы вегетарианские на овощных отварах (щи, борщи и т.д.); свекольники.		Бульоны мясные, рыбные, грибные, супы на бульонах, студни, заливные блюда
Мясо и птица	Нежирные сорта говядины, телятина, нежирная свинина, куры, индейка, кролики (в виде котлет, запеканок, отварного, а затем запеченного порционного мяса, тефтелей, фрикаделей, суфле, голубцов и др.)	Копченые колбасы и деликатесы из мяса, ограничено в праздничные дни	Жирные сорта говядины, телятина, жирная свинина, вареные колбасы, продукты с высоким содержанием соли, консервы
Рыба	Нежирная (отварная, запеченная куском, а также в виде котлет, суфле, рулетов, тефтелей, фрикаделей и др.)	Малосоленая рыба для закусок и бутербродов, икра, деликатесы из рыбы, ограничено в праздничные дни	Продукты с высоким содержанием соли: пресервы, консервы
Море-продукты	Кальмары, мидии, морской гребешок,	Деликатесы ограничено в праздничные	Продукты с высоким содержанием соли: пресервы, консервы

	креветки, морская капуста (отварные и в виде пловов, котлет, запеканок)	дни.	из морепродуктов
Молоко и молочные продукты с пониженным содержанием жира	Молоко, кисломолочные продукты (кефир, йогурт, бифидокефир и др.), творог и блюда из него с фруктами, морковью и т.д., неострый сыр, сметана 10% (в блюдах)	Сыры твердые и плавленые Продукты с высоким содержанием соли: брынза, сыры в рассолах	Сыры твердые с высоким содержанием жира
Яйца	Для приготовления различных блюд	Всмятку и в виде омлетов (не более 2-3 яиц в неделю)	Яйца жареные
Жиры	Масло сливочное несоленое, растительные масла (подсолнечное, кукурузное, рапсовое, оливковое, оливковое, соевое) в натуральном виде и в блюдах		Жиры животные (говяжий, свиной, бараний), сало
Овощи	Белокочанная капуста, цветная капуста, огурцы, томаты, тыква, салат, зеленый горошек, зеленый лук, петрушка, укроп (свежие и отварные, в виде запеканок, рагу и др.)	Картофель, морковь, свекла	Продукты с высоким содержанием соли: консервы из овощей, квашеные и маринованные овощи
Фрукты, ягоды, орехи	Яблоки, груши, сливы, вишня, клубника, малина, абрикосы, персики и др. (ежедневно в натуральном виде и в	Орехи в небольших количествах, виноград, арбуз, дыня	Компоты и цельные фруктовые соки

	блюдах)		
Сухофрукты	Отвары из сухофруктов	Шиповник	Инжир, курага, изюм, чернослив,
Кондитерские изделия	Несдобное печенье, мед, зефир, пастила	Шоколад и шоколадные конфеты, вафли с фруктовой начинкой, варенье, джемы, мармелад, карамель	Овсяное печенье, галетное печенье, крекеры, сахар для приготовления напитков и блюд
Соусы	На овощном отваре, молочные, сметанные, томатные, фруктовые	Ограниченно в праздничные дни соусы «Кетчуп», «Майонез»	Соусы «Кетчуп», «Майонез»,
Закуски	Салаты из свежих овощей с растительным маслом, винегреты, овощная икра, салаты фруктовые и с отварными морепродуктами		Салаты с майонезом и острыми приправами
Напитки	Некрепкий чай, фруктовые и овощные соки 1:1, отвар шиповника, компот из сухофруктов (кураги, чернослива и т.д.), напитки из злакового кофе (цикорий, ячмень, рожь)	Какао 1-2 раза в неделю	Натуральный кофе, крепкий чай, тонизирующие напитки типа «Кока-кола», «Пепси-кола», «Байкал»
Соль поваренная	5 г в сутки при приготовлении блюд		
Сахар	Ксилит, сорбит	Сахар, фруктоза	

Приложение 4.

Среднесуточный набор продуктов для детей с ожирением

Наименование продуктов	Рекомендуемое количество, в граммах (брутто)	
	6-10 лет	11-17 лет
Хлеб ржаной	40	50
Хлеб пшеничный	80	100
Мука пшеничная	5	6
Мука картофельная	2	2
Крупы, бобовые, макаронные изделия	80	90
Картофель	180	180
Овощи ,зелень	400	500
Фрукты свежие	150	200
Соки		
Томат-паста		
Фрукты (плоды) свежие	150	200
Фрукты сухие	15	15
Сахар, в том числе мед	30	30
Кондитерские изделия		
Кофейный напиток	3	3
Какао- порошок		
Чай	0,4	0,4
Мясо 1 категории бескостное	80	90
Птица (цыплята 1 категории потр.)	30	40
Рыба-филе, в том числе сельдь	40	45

(филе)		
Колбасные изделия		
Молоко, кисломолочные продукты 3,5% жирности	400	400
Творог 5-9%	35	35
Сметана 10%	10	10
Сыр	5	5
Масло сливочное	25	25
Масло растительное	10	12
Яйцо диетическое	½ шт.	½ шт.
Соль	4	5
Химический состав набора:		
Белки, г	68,9	78,5
Жиры, г	55,8	62,7
Углеводы, г	202	230
Энергетическая ценность, ккал	1578	1785

УТВЕРЖДЕН
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подрост-
ков
6 мая 2014 г.
протокол № 4

УТВЕРЖДЕН
на IV Конгрессе
РОШУМЗ
Санкт-Петербург,
15-16 мая 2014 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ
ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ОБУЧАЮЩИМСЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ
В ЗАГОРОДНЫХ СТАЦИОНАРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
ОТДЫХА И ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ**
ФП РОШУМЗ-15-2014

(версия 1.0)

Май 2014 год

Разработчики: В.Р. Кучма, И.В. Звездина (НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН), И.З. Мустафина (Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека).

Протокол содержит методику комплексной оценки эффективности оздоровления детей в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления по данным динамики показателей физического развития, функциональных возможностей организма, физической подготовленности и показателям заболеваемости ребенка за период смены.

Протокол предназначен: медицинским работникам, специалистам, осуществляющим медицинское обеспечение в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей, педиатрам, школьным врачам.

Утверждены Рабочей группой Минздрава России по гигиене детей и подростков 6 мая 2014 г. (протокол №4), Президиумом РОШУМЗ 6 мая 2014 г. (протокол №18), на IV Конгрессе Всероссийского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья (Санкт-Петербург, 15-16 мая 2014 г.).

Оглавление

1. Методология.....	4
2. Введение.....	5
3. Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления.....	5
3.1. Описание метода.....	5
3.2. Оценка динамики показателей физического развития.....	6
3.3. Оценка динамики показателей функционального состояния.....	8
3.4. Оценка динамики показателей физической подготовленности	9
3.5. Оценка заболеваемости за период смены.....	14
3.6. Комплексная оценка эффективности оздоровления.....	14
4. Показания и противопоказания к использованию метода.....	17
5. Материально-техническое обеспечение метода	17
6. Эффективность использования метода.....	17
7. Список литературы.....	17

1. МЕТОДОЛОГИЯ

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

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

Консенсус экспертов;

Руководство по медицинскому обеспечению детей в образовательных учреждениях. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.Р.Кучмы. М.: Издательство Научного центра здоровья детей РАМН, 2012. – 215 с.

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

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

Экономический анализ:

Использование методики позволит оценить работу типовых местных загородных стационарных учреждений отдыха, провести анализ качества оздоровления в целом по учреждению, что будет способствовать оптимизации работы учреждений, повышению эффективности оздоровления, что снизит трудовые и материальные затраты, направленные на коррекцию отклонений в состоянии здоровья у детей.

Метод валидации протокола:

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации протокола:

Настоящий протокол в предварительной версии был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе протокола доступна для понимания.

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

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

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

Консультации и экспертная оценка:

Предварительная версия была выставлена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы была возможность заинтересованным лицам принять участие в обсуждении и совершенствовании протокола. Проект протокола был рецензирован так же независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества протокол был повторно проанализирован членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что

все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведён к минимуму.

2. ВВЕДЕНИЕ

Значительные учебные нагрузки, гипокинезия, несбалансированное питание и другие неблагоприятные факторы приводят к напряжению эмоциональной сферы ребёнка, истощению адаптационных резервов, снижению функциональных возможностей организма, что в большей степени проявляется в конце учебного года.

Важным этапом оздоровления детей является оздоровительная кампания в каникулярное время, а в качестве одной из её форм – пребывание детей в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей (далее – загородное стационарное учреждение отдыха).

Загородные стационарные учреждения отдыха предназначены для оздоровления детей от 6 до 18 лет на время летних и зимних каникул (СанПиН 2.4.4.1204-03, 2003 г.). В эти учреждения принимаются, в основном, здоровые дети, дети с функциональными отклонениями, и, отчасти, дети с хроническими болезнями в стадии стойкой ремиссии, не нуждающиеся в специальных коррекционно-терапевтических условиях (диета, специальный режим, лечебные назначения по поддерживающей терапии и т.д.) и не имеющие противопоказаний для активного отдыха.

Однако анализ качества оздоровления детей в данных учреждениях затруднён, так как отсутствуют единые требования к оценке эффективности оздоровления в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей.

Предлагаемая методика является простой и доступной для использования в практике, и, позволяет оценить эффективность оздоровления подрастающего поколения в загородных стационарных учреждениях отдыха на основе показателей основных функциональных систем организма.

3. Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления в загородных стационарных учреждениях отдыха и оздоровления детей

3.1. Описание метода

Комплексная оценка эффективности оздоровления проводится на основании анализа данных медицинских осмотров детей в начале и конце оздоровительной смены: впервые 2-3 дня после заезда и за 2-3 дня до окончания смены. Об эффективности оздоровления будет свидетельствовать положительная динамика показателей за период смены.

В качестве критериев оценки эффективности оздоровления детей используются данные динамики показателей физического развития, функционального состояния организма, физической подготовленности, заболеваемости детей за период смены.

Анализ динамики данных показателей позволяет оценить эффективность оздоровления каждого ребёнка за период его пребывания в загородном стационарном учреждении отдыха, оценить оздоровление детей по отряду и в целом по учреждению.

Для оценки динамики показателей применяется система баллов: положительная динамика показателей (улучшение) оценивается в 2 балла, отсутствие динамики – 1 балл, отрицательная динамика (ухудшение) – 0 баллов.

Оценка показателей физического развития, функционального состояния организма, заболеваемости детей за период смены выполняется медицинскими работниками загородного стационарного учреждения отдыха. Оценка уровня физи-

ческой подготовленности проводится физкультурными работниками данного учреждения. Данные заносятся в «Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления ребёнка за смену» (табл. 1).

3.2. Оценка динамики показателей физического развития

Оценка показателей физического развития выполняется медицинскими работниками загородного стационарного учреждения отдыха и оздоровления.

В начале и в конце смены у детей измеряют длину и массу тела для определения уровня физического развития – нормальное физическое развитие (НФР), дефицит массы тела (ДМТ), избыточная масса тела (ИМТ).

Оценку проводят по региональным стандартам физического развития, которые должны предоставляться медицинскому персоналу загородного стационарного учреждения отдыха местными органами Управления здравоохранения или органами Управления здравоохранения в субъектах Российской Федерации. В случае, когда ребёнок прибывает из другого региона, стандарты (с учётом возраста данного ребёнка) прилагаются к медицинской справке Ф. № 079/у. Примеры оценки физического развития с использованием оценочных таблиц для Московского региона представлены ниже.

Перед проведением оценки физического развития необходимо вычислить возраст ребёнка. Возрастные группы формируются, как это принято в медицинской практике. Например, 10 лет – дети в возрасте от 9 лет 6 месяцев до 10 лет 5 месяцев 29 дней, 11 лет – от 10 лет 6 месяцев до 11 лет 5 месяцев 29 дней и т.д.

Оздоровление будет считаться **эффективным** в том случае, когда у детей с дефицитом массы тела к концу смены вес увеличится; у детей с избыточной массой тела – вес уменьшится, а у детей с НФР изменение веса тела не приведёт к изменению уровня физического развития.

Примеры оценки динамики показателей физического развития:

1. Ира П., 14 лет 5мес. (14 лет)

Начало смены: длина тела 158,1 см., масса тела 42,1 кг.

Дефицит массы тела.

Конец смены: длина тела 158,4 см., масса тела 42,6 кг.

Дефицит массы тела.

К концу смены у девочки с ДМТ вес тела увеличился.

Положительная динамика – 2 балла.

2. Николай И., 13 лет 10 мес. (14 лет)

Начало смены: длина тела 172,3 см., масса тела 60,2 кг.

Нормальное физическое развитие.

Конец смены: длина тела 172,5 см., масса тела 59,9 кг.

Нормальное физическое развитие.

Уровень физического развития за период смены не изменился.

Отсутствие динамики – 1 балл.

3. Виктор И. 14 лет 1 мес. (14 лет).

Начало смены: длина тела 159,8 см., масса 61,2 кг.

Избыточная масса тела.

Конец смены: длина тела 160,1 см., масса 60,7 кг.

Нормальное физическое развитие.

К концу смены у мальчика с ИМТ вес тела уменьшился, причём изменился и уровень физического развития.

Положительная динамика – 2 балла.

4. Анна Б., 14 лет 3 мес. (14 лет)

Начало смены: длина тела 155,1 см., масса тела 57,0 кг.

Нормальное физическое развитие.

Конец смены: длина тела 155,3 см., масса тела 58,9 кг. Избыточная масса тела. За период смены девочка прибавила в весе и изменился уровень её физического развития с НФР на ИМТ.

Отрицательная динамика – 0 баллов.

3.3. Оценка динамики показателей функционального состояния

Оценка показателей функционального состояния организма выполняется медицинскими работниками загородного стационарного учреждения отдыха и оздоровления.

В начале и в конце смены у детей измеряют артериальное давление, частоту сердечных сокращений за 1 минуту, жизненную ёмкость лёгких. Данные заносятся в «Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления ребёнка за смену» (табл. 1).

3.3.1. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы рассчитывается индекс «двойное произведение» (ДП):

ЧСС x САД

$$\text{ДП} = \frac{\quad}{100},$$

где ЧСС – частота сердечных сокращений, САД – систолическое артериальное давление в покое.

Чем ниже ДП в покое, тем выше максимальные аэробные возможности и уровень соматического здоровья.

Оздоровление будет считаться эффективным в том случае, когда показатель ДП к концу смены уменьшится - положительная динамика (2 балла). Увеличение показателя свидетельствует об отрицательной динамике (0 баллов); отсутствие динамики – 1 балл.

Примеры оценки динамики показателя «двойное произведение»:

1. Николай И.

Начало смены: ЧСС – 72 уд/мин., АД - 118/72 мм рт. ст.

ДП=72 x 118/100=85

Конец смены: ЧСС – 71 уд/мин., АД - 110/70 мм рт. ст.

ДП=68 x 110/100=78. Значение показателя уменьшилось.

Положительная динамика – 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: ЧСС – 69 уд/мин., АД - 115/62 мм рт. ст.

ДП= 69 x 115/100= 79

Конец смены: ЧСС – 75 уд/мин., АД - 114/65 мм рт. ст.

ДП=78 x 114/100=85,5. Значение показателя увеличилось.

Отрицательная динамика – 0 баллов.

3. Виктор И.

Начало смены: ЧСС – 75 уд/мин., АД - 120/64 мм рт. ст.

ДП = 75x120 /100 = 90.

Конец смены: ЧСС – 79 уд/мин., АД - 114/67 мм рт. ст.
ДП = 78 x 115/100 = 90. Значение показателя не изменилось.
Отсутствие динамики – 1 балл.

3.3.2. Для оценки функциональных возможностей дыхательной системы определяется показатель внешнего дыхания – жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ).

Измерение ЖЕЛ производится с помощью воздушного или водяного спирометра: обследуемый делает максимально глубокий вдох через рот, плотно обхватывает мундштук спирометра губами и делает энергичный выдох до конца, исключая выдох через нос (на нос испытуемого желательнее надеть зажим). Процедуру проводят 2-3 раза с регистрацией наилучшего результата.

Оздоровление будет считаться **эффективным**, в том случае, когда к концу смены исходное значение ЖЕЛ увеличится на 100 и более мл, что будет свидетельствовать об улучшении функционального состояния (2 балла). Отрицательной динамикой будет считаться уменьшение исходного значения ЖЕЛ на 100 и более мл (0 баллов). Показатели, не удовлетворяющие данным требованиям, следует рассматривать как отсутствие динамики (1 балл).

Примеры оценки динамики показателя ЖЕЛ

1. Николай И.

Начало смены: ЖЕЛ= 2100 мл.

Конец смены: ЖЕЛ= 2250 мл. ЖЕЛ увеличилась на 150 мл.

Положительная динамика – 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: ЖЕЛ= 3200 мл

Конец смены: ЖЕЛ= 3250 мл. Увеличение ЖЕЛ менее 100 мл.

Отсутствие динамики – 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: ЖЕЛ= 2900 мл

Конец смены: ЖЕЛ= 2780 мл. ЖЕЛ уменьшилась больше, чем на 100 мл

Отрицательная динамика – 0 баллов.

3.4. Оценка динамики показателей физической подготовленности

Важным показателем улучшения функциональных возможностей организма ребёнка является увеличение показателей физической подготовленности.

Оценка уровня физической подготовленности проводится физкультурными работниками загородного стационарного учреждения отдыха и оздоровления..

В начале и в конце смены у детей измеряют показатели физической подготовленности: кистевая динамометрия, прыжок в длину с места, бег на 30 метров, для мальчиков - подтягивание на перекладине, для девочек – подъём туловища в сед за 30 секунд. Данные заносятся в «Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления ребёнка за смену» (табл. 1).

3.4.1. Исследование максимальной мышечной силы рук (кистевая динамометрия) проводят с помощью кистевого плоскопружинного динамометра, измеряя силу мышц сильнейшей кисти (у правой – правой, у левой – левой). Оценивается динамика показателей кистевой динамометрии одной и той же руки (правая или левая). Недопустимо проводить оценку динамики показателей кистевой динамометрии разных рук (например, в начале смены – данные динамометрии правой руки, в конце смены - левой руки).

Динамометр берётся в руку максимально удобно, рука отведена вперёд и в сторону. Выполняется 2-3 попытки, фиксируется лучший результат.

Увеличение показателей динамометрии на 1 кг и более считается положительной динамикой (2 балла) и свидетельствует о правильном применении физических упражнений в частности, силовой и скоростно-силовой направленности в системе оздоровительных мероприятий; уменьшение силы мышц на 1 кг и более считается отрицательной динамикой (0 баллов). Данные, не удовлетворяющие вышеуказанным требованиям, следует расценивать как отсутствие динамики (1 балл).

Примеры оценки динамики показателя кистевой динамометрии:

1. Николай И.

Начало смены: динамометрия (левая рука) - 24 кг.

Конец смены: динамометрия (левая рука) – 26 кг.

Увеличение показателя больше, чем на 1 кг.

Положительная динамика – 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: динамометрия (правая рука) - 20 кг.

Конец смены: динамометрия (правая рука) – 20,5 кг.

Показатель увеличился, меньше, чем на 1 кг.

Отсутствие динамики – 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: динамометрия (правая рука) - 23 кг.

Конец смены: динамометрия (правая рука) - 21,5 кг.

Показатель уменьшился больше, чем на 1 кг.

Отрицательная динамика – 0 баллов.

3.4.2. Для определения скоростно-силовых качеств используется тест «Прыжок в длину с места». Тест необходимо проводить на мягком грунтовом покрытии (яма с песком) или на резиновой дорожке. Прыжок вперёд с места выполняется из исходного положения, стоя, стопы слегка врозь, носки стоп на одной линии со стартовой чертой. Участник слегка сгибает ноги, отводит руки назад, туловище наклоняет вперёд и, смещая вперёд центр тяжести тела, с махом рук вперёд и толчком двух ног прыгает на максимально возможное расстояние. Используется две попытки, с зачётом лучшего результата.

Увеличение к концу смены длины прыжка считается положительной динамикой показателя (2 балла), уменьшение – отрицательной динамикой (0 баллов). Данные, не удовлетворяющие вышеуказанным требованиям, следует расценивать как отсутствие динамики (1 балл).

Примеры оценки показателей теста «Прыжок в длину с места»:

1. Николай И.

Начало смены: прыжок в длину с места = 175 см.

Конец смены: прыжок в длину с места = 181 см.

Показатель к концу смены увеличился.

Положительная динамика – 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: прыжок в длину с места = 161 см.

Конец смены: прыжок в длину с места = 161 см.

Показатель к концу смены не изменился.

Отсутствие динамики – 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: прыжок в длину с места = 170 см.

Конец смены: прыжок в длину с места = 168 см.

Показатель к концу смены уменьшился.

Отрицательная динамика – 0 баллов.

3.4.3. Для оценки быстроты и скорости движений используется тест «Бег на 30 метров». Тест проводится двумя исследователями на прямой ровной дорожке шириной 2-3 метра, длиной не менее 40 метров, где обозначена линия старта и через 30 метров – линия финиша. Забег проводится парами. Детям необходимо пробежать всю дистанцию с максимально возможной скоростью, не замедляя движения. Участники встают у черты, лицом по направлению бега, отставив одну ногу назад, слегка сгибают ноги и, чуть вперёд наклоняют туловище. По команде «Марш!» дети бегут в полную силу до ориентира. Участникам даётся одна попытка. Бег на скорость следует проводить на дорожке стадиона или на спортивной площадке, с высокого старта, с фиксацией времени преодоления дистанции. Время измеряется с точностью до 0,1 сек. Бег проводится в присутствии медперсонала (обязательно наличие медицинской аптечки).

Уменьшение времени бега к концу смены расценивается как положительная динамика (2 балла), увеличение времени – как отрицательная (0 баллов). Данные, не удовлетворяющие вышеуказанным требованиям, следует расценивать как отсутствие динамики (1 балл).

Примеры оценки показателей теста «Бег на 30 метров»:

1. Николай И.

Начало смены: бег на 30 метров = 4,7 сек.

Конец смены: бег на 30 метров = 4,3 сек.

Показатель к концу смены уменьшился.

Положительная динамика – 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: бег на 30 метров = 5,2 сек.

Конец смены: бег на 30 метров = 5,2 сек.

Показатель к концу смены не изменился.

Отсутствие динамики – 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: бег на 30 метров = 4,9 сек.

Конец смены: бег на 30 метров = 5,2 сек.

Показатель к концу смены увеличился.

Отрицательная динамика – 0 баллов.

3.4.4. Для оценки силы и силовой выносливости мышц верхнего плечевого пояса у мальчиков с 7 лет и юношей применяется тест «Подтягивание на перекладине». В висе на перекладине с прямыми руками мальчик должен выполнить максимально возможное число подтягиваний, при этом руки разгибаются полностью, ноги в коленных суставах не сгибаются, движения – без рывков и махов. В этом случае подтягивание считается выполненным правильно, в противном случае под-

тягивание не засчитывается. Используется две попытки, учитывается лучший результат.

Увеличение числа подтягиваний к концу смены свидетельствует об улучшении силы и силовой выносливости мышц верхнего плечевого пояса и, расценивается как положительная динамика (2 балла), уменьшение числа подтягиваний – как отрицательная динамика (0 баллов), число подтягиваний остаётся таким же, как в начале смены – отсутствие динамики (1 балл).

Примеры оценки показателей теста «Подтягивание на перекладине»:

1. Николай И.

Начало смены: подтягивание на перекладине = 12 раз.

Конец смены: подтягивание на перекладине = 14 раз.

Показатель к концу смены увеличился.

Оценка показателя: положительная динамика – 2 балла.

2. Павел Г.

Начало смены: подтягивание на перекладине = 7 раз.

Конец смены: подтягивание на перекладине = 7 раз.

Показатель к концу смены не изменился.

Оценка показателя: отсутствие динамики – 1 балл.

3. Виктор И.

Начало смены: подтягивание на перекладине = 10 раз.

Конец смены: подтягивание на перекладине = 9 раз.

Показатель к концу смены уменьшился.

Оценка показателя: отрицательная динамика – 0 баллов.

4.5. Скоростно-силовая выносливость мышц сгибателей туловища у девочек и девушек оценивается с использованием теста «Подъём туловища в сед за 30 секунд». Упражнение выполняется на гимнастическом мате или ковре. Из исходного положения лёжа на спине, ноги согнуты в коленных суставах строго под углом 90°, стопы на ширине плеч, руки разведены в стороны, касаются пола. По команде «Марш!» за 30 секунд девочка выполняет максимально возможное число подъёмов туловища, касаясь, при сгибании, локтями бёдер и возвращаясь обратным движением в исходное положение, т.е. касаясь пола одновременно тремя частями тела: лопатками, затылком, локтями (правильное выполнение теста). Участницам даётся одна попытка.

Увеличение количества подъёмов в сед за 30 секунд расценивается как положительная динамика (2 балла), уменьшение – как отрицательная динамика (0 баллов), без изменений – отсутствие динамики (1 балл).

Примеры оценки показателей теста «Подъём туловища в сед за 30 секунд»:

1. Оля М.

Начало смены: подъём туловища в сед за 30 секунд = 20 раз.

Конец смены: подъём туловища в сед за 30 секунд = 22 раза.

Показатель к концу смены увеличился.

Положительная динамика – 2 балла.

2. Ира П.

Начало смены: подъём туловища в сед за 30 секунд = 18 раз.

Конец смены: подъём туловища в сед за 30 секунд = 18 раза.

Показатель к концу смены не изменился.

Отсутствие динамики – 1 балл.

3. Марина П.

Начало смены: подъём туловища в сед за 30 секунд = 15 раз.

Конец смены: подъём туловища в сед за 30 секунд = 13 раза.

Показатель к концу смены уменьшился.

Отрицательная динамика – 0 баллов.

3.5. Оценка заболеваемости за период смены

Оценка показателей заболеваемости детей за период смены выполняется медицинскими работниками загородного стационарного учреждения отдыха и оздоровления. При анализе эффективности оздоровления необходимо учитывать показатели острой и хронической заболеваемости у ребёнка за период смены, используя систему баллов. Наличие («+») острого заболевания и/или обострения хронических болезней за период смены рассматривается как отрицательная динамика и оценивается в 0 баллов. Отсутствие острой заболеваемости и обострений хронических болезней – 2 балла.

Данные заносятся в «Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления ребёнка за смену» (табл. 1).

3.6. Комплексная оценка эффективности оздоровления

Для комплексной оценки оздоровления детей в загородном стационарном учреждении отдыха проводится оценка динамики полученных показателей, используя систему баллов: положительная динамика показателей (улучшение) оценивается в 2 балла, отсутствие динамики – 1 балл, отрицательная динамика (ухудшение) – 0 баллов. Наличие («+») острого заболевания и/или обострения хронических болезней за период смены рассматривается как отрицательная динамика и оценивается в 0 баллов.

Комплексная оценка эффективности оздоровления ребёнка будет зависеть от суммы баллов всех показателей:

- **выраженный оздоровительный эффект** – 12-16 баллов;
- **слабый оздоровительный эффект** – 8-11 баллов;
- **отсутствие оздоровительного эффекта** – 0-7 баллов.

Результаты комплексной оценки эффективности оздоровления ребенка заносятся в «Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления ребёнка за смену» (табл. 1).

На основании данных комплексной оценки эффективности оздоровления ребенка заполняется «Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления детей по отряду» (табл. 2) и «Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления в целом по учреждению» (табл. 3).

**Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления
ребёнка за смену**

Учреждение _____ Отряд _____

Фамилия, имя _____

Дата рождения (число, месяц, год) _____ Возраст _____

Дополнительная информация (наличие хронических болезней и т.д.) _____

Показатели состояния здоровья	Начало смены	Конец смены	Баллы
Физическое развитие			
Длина тела (см)			
Масса тела (кг)			
Индекс ДП			
Артериальное давление мм рт. ст.			
ЧСС за 1 минуту			
ЖЕЛ (мл)			
Заболеваемость за смену (+/-)			
Острая заболеваемость	-		
Обострение хронических болезней	-		
Физическая подготовленность			
Динамометрия сильнейшей руки, кг			

Бег на 30 м, сек			
Прыжок в длину с места, см			
Перекладина (мальчики), раз			
Пресс (девочки), раз			
Всего баллов:			
ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ (отметить):			
			Выраженный
			Слабый
			Отсутствует

Таблица 2

**Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления
детей по отряду «_____»**

№	Фамилия, имя	Оздоровительный эффект		
		выраженный	Слабый	Отсутствует
1.				
2.				
3.				
4.				
...				
Всего:				

Протокол комплексной оценки эффективности оздоровления детей

в целом по учреждению « _____ »

Название/номер отряда	Кол-во детей	Выраженный оздоровительный эффект		Слабый оздоровительный эффект		Отсутствие оздоровительного эффекта	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего:							

Итого:

Количество детей с выраженным оздоровительным эффектом (на 100 чел.) ___%

Количество детей со слабым оздоровительным эффектом (на 100 чел.) ___%

Количество детей с отсутствием оздоровительного эффекта (на 100 чел.) ___%

4. Противопоказаний для использования предлагаемых в настоящей работе методов исследований нет.

5. Материально-техническое обеспечение метода.

Медицинские кабинеты загородных стационарных учреждений отдыха должны быть оснащены ростомером, весами, динамометром, спирометром, тонометром, секундомером, что позволит оценить эффективность оздоровления детей на основе динамики показателей физического развития, функциональных возможностей организма, физической подготовленности за период смены.

6. Эффективность использования метода

Комплексная оценка эффективности оздоровления детей позволяет оценить работу типовых местных загородных стационарных учреждений отдыха, провести анализ качества оздоровления в целом по учреждению и в сравнении друг с другом.

По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН наибольшее количество детей с выраженным эффектом оздоровления (45,8% – 66,7%) отмечается в учреждениях с правильно организованным распорядком дня; рациональным питанием; максимальным пребыванием детей на свежем воздухе, с использованием естественных факторов природы; проведением занятий по физической культуре и спорту; с продолжительностью смены 21-24 дня.

7. Список литературы

1. Комплексная оценка функциональной адаптации детей в организованных коллективах к условиям летнего отдыха // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова. - 2002. - № 4. - С.47-55. (Афанасьева Е.В., Мустафина И.З., Кучма В.Р., Звездина И.В. и др.).
2. Комплексная оценка адаптации детей к условиям летнего отдыха // Российский педиатрический журнал. – 2004. - №5. – С. 28-32 (Афанасьева Е.В., Мустафина И.З., Звездина И.В.).
3. Руководство по медицинскому обеспечению детей в образовательных учреждениях. Медицинское обеспечение детей в дошкольных, общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального и среднего профессионального образования. / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. В.Р.Кучмы. М.: Изд. Научный центр здоровья детей РАМН, 2012. – 215 с.

УТВЕРЖДЕН
Профильной комиссией
Минздрава России
по гигиене детей и подрост-
ков
6 мая 2014 г.
протокол № 4

УТВЕРЖДЕН
на XVII Конгрессе
педиатров России
Москва,
15-16 февраля 2014 г.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ
ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ОБУЧАЮЩИМСЯ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

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

ФП РОШУМЗ-16-2014

(версия 1.0)

Май 2014 год

Разработчик: Чубаровский В.В., В.Р. Кучма

Протокол включает необходимые критериях и алгоритме выявления расстройств личности у учащихся подростков при профилактических осмотрах.

Протокол предназначен для врачей, медицинских сестер учебных заведений, педагогов, психологов и социальных работников муниципальных учреждений.

Протокол одобрен и рекомендован к использованию Президиумом Российского общества развития школьной и университетской медицины и здоровья
21 декабря 2011, Протокол № 12

СОДЕРЖАНИЕ

Методология.....	3
I. Введение.....	4
II. Область применения.....	7
III. Критерии оценки расстройств личности субклинической степени выраженности.....	7
3.1 Оценка учебной дезадаптации подростка.....	8
3.2. Оценка общей и внутрисемейной дезадаптации.....	8
VI. Алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом) уровне	10
4.1 Доврачебный этап.....	10
4.2 Врачебный этап.....	12
4.3 Этап специализированной помощи.....	13
Приложение 1.....	15
Приложение 2.....	21
Приложение 3.....	25
Приложение 4.....	28

1. Методология

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств:

Поиск в электронных базах данных.

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

Консенсус экспертов;

Критерии оценки и алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом (донозологическом уровне) при проведении профилактических осмотров лиц старшего подросткового возраста. Гигиена детей и подростков. Сборник нормативно-методических документов/ Под редакцией члена-корр. РАМН В.Р.Кучмы. Чубаровский В.В., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Бережков Л.Ф., Бирюкова Е.Г.

М.: Издательство Научного центра здоровья детей РАМН, 2013.- С.83-92

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points – GPPs):

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

Экономический анализ:

Анализ стоимости не проводился.

Метод валидации протокола:

- внешняя экспертная оценка;
- внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации протокола:

Настоящий протокол в предварительной версии был рецензирован независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе Протокола, доступна для понимания.

Получены комментарии со стороны врачей первичного звена, педагогов, школьных психологов, врачей-психиатров, психотерапевтов и участковых педиатров в отношении доходчивости изложения протокола и их оценки важности протокола, как рабочего инструмента повседневной практики.

Предварительная версия была так же направлена рецензенту, не имеющему медицинского образования (родители), для получения комментариев.

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

Консультации и экспертная оценка:

Последние изменения в настоящий протокол были представлены для дискуссии в предварительной версии на XVII Конгрессе педиатров России (Москва, 14-16 февраля 2014 г.). Предварительная версия была размещена для широкого обсуждения на сайте РОШУМЗ, для того, чтобы лица, не участвующие в конгрессе имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании протокола.

Проект протокола был рецензирован также независимыми экспертами, которые дали комментарии, прежде всего, о доходчивости и точности интерпретации доказательной базы, лежащих в основе протокола.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества протокол был повторно проанализирован членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке протокола сведён к минимуму.

I. Введение

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Предболезненные, субклинические состояния:

- не достигают степени выраженности синдромально очерченных состояний,
- возникают от незначительных причин,
- имеют тенденцию к стереотипному повторению,
- нестойки и не сопровождаются выраженной социальной дезадаптацией (Семичёв С.Б. 1987, Семке В.Я. 2002, Александровский Ю.А. 2011).

Для постановки диагноза «патохарактерологическая» или «невротическая» реакция необходимо, чтобы моносимптомная форма нарушений беспокоила ребенка или подростка более 1 раза в неделю, т.к. в норме семидневный цикл чередования труда и отдыха должен позволять восстановиться «барьеру психической адаптации». При предболезненных субклинических состояниях ребенок или подросток должен быть отнесен ко II группе здоровья.

II. Область применения

Настоящие методические рекомендации предназначены для использования врачами специалистами при проведении профилактических медицинских осмотров и формировании групп риска в отношении формирования различных форм личностной патологии. Методические рекомендации адресованы также педагогам, возрастным психологам и медицинским работникам учебных заведений при осуществлении ранней диагностики, первичной и вторичной профилактики донологических расстройств личности на доврачебном этапе.

III. Критерии оценки расстройств личности субклинической степени выраженности

На основе клинических и гигиенических исследований разработаны следующие критерии выявления расстройств личности субклинического (донологического уровня) у подростков: 1. Учебная дезадаптация (полная, частичная и относительная). 2. Социальная дезадаптация (внутрисемейная, общая) 3. Различные формы отклоняющегося поведения - криминальное, делинквентное, аддиктивное в сочетании с рядом преморбидных личностных свойств: акцентуаций характера возбудимого, истероидного и неустойчивого типа. 4. Сильно выра-

женные специфические подростковые реакции эмансипации, группирования со сверстниками, «обусловленных формирующимся половым влечением»; 5. Динамическая характеристика нарушений по следующим градациям: а) время проявления первых клинических признаков (с рождения, младший школьный возраст, препубертат, пубертат); б) длительность (от 1 до 6 месяцев, от 6 месяцев до 1 года, свыше 1 года); в) особенности клинического течения (улучшение, ухудшение, отсутствие динамики (стационарное, стабильное течение).

3.1 Оценка учебной дезадаптации подростка.

Учебная дезадаптация (полная, частичная и относительная) в сочетании с внутрисемейной и общей социальной дезадаптацией. Следует отметить, что учебная дезадаптация определяется по критериям, предложенным Жариковым Н.М., Логиновой М.С. 1983. Фиксировались следующие признаки:

- Низкая успеваемость;
- Конфликтные отношения с педагогами;
- Конфликтные отношения с соучениками.

Степень дезадаптации определяется по следующим критериям: полная дезадаптация – наличие всех трёх признаков – 3 балла, частичная – любых двух (2 балла) и относительная – одного (1 балл). Информацию предоставляет педагог и школьный психолог. Основанием для включения подростка в группу риска и необходимости консультации невролога, а затем психотерапевта является наличие полной учебной дезадаптации учащегося в течении 6 и более месяцев (3 балла), наличие частичной учебной дезадаптации более года – повышающий коэффициент 1,5 (3 балла).

3.2. Оценка общей и внутрисемейной дезадаптации

Общая социальная и внутрисемейная дезадаптации определяются сочетанием комплекса признаков: а) наличие различных форм отклоняющегося поведения (криминальное, делинквентное, аддиктивное, «обусловленные формирующимся половым влечением», аутоагрессивное); б) конфликтные отношения с близкими первой и второй линии родства и сиблингами, побеги и уходы из дома, хронические внутрисемейные психогении; в) аномальные формы воспитания («ежовые рукавицы, эмоционального отвержения «золушка», гипоопека и безнадзорность, «кумир семьи», альтернативных педагогических установок и пр.); г) частичная и полная учебная дезадаптация. Данные предоставляются педагогами, школьным психологом, инспекторами по делам несовершеннолетних и пр.;

3. Сильно выраженные специфические подростковые реакции эмансипации, группирования со сверстниками, «обусловленных формирующимся половым влечением», увлечения (проявляющиеся рискованными формами поведения Приложение 2). Их выраженность определяет школьный психолог;

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

Критерии формирования группы риска расстройств личности у учащихся подросткового возраста

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

VI. Алгоритм выявления расстройств личности на субклиническом уровне

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

4.1 Доврачебный этап

На I этапе сбор объективных данных осуществляется педагогами средним медицинским персоналом при координирующей роли школьного психолога. При диагностике преморбидных свойств личности школьным психологам рекомендуется использовать психометрическую методику - «Усовершенствованный метод патохарактерологического исследования подростков» (Иванов Н.Я., Личко А.Е. 1985) см. Приложение 1. Предоставляются данные о выраженности и типе акцентированных характерологических особенностей, наличии признаков, указывающих на вероятность психопатизации и склонности к делинквентному и аддиктивному поведению, вероятности органического поражения ЦНС. На основании анализа полученных данных формируется группа риска в отношении расстройств личности у подростков.

Оценка значимости отдельных форм девиантного поведения производится по следующей бальной методике (Чубаровский В.В., Рапопорт И.К., Бережков Л.Ф. 2009)

Таблица 3.10

Алгоритм ранней диагностики расстройств личности у учащихся подросткового возраста

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

КАРТА ОЦЕНКИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

ФОРМЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ	Эпизодическое (транзиторное) (баллы)	Втечении 1 года (баллы)	Возникли до 12 лет (баллы)
Делинквентное поведение*	2	3	4
Асоциальное (криминальное поведение)	4	5	5
Побеги и уходы из дома	2	3	4
Ранняя алкоголизация	1	2	4
Курение	0	1	2
Признаки употребления наркотических и других психотропных средств	4	5	5
Девиации сексуального поведения**	1	2	4
Суицидальное поведение	4	5	5

Участие в неформальных подростковых группах (фанаты, готы, эмо, асоциальные компании)	1	2	3
Сумма баллов по столбцам			
ВСЕГО (баллы)			

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

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

Примечания:

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

****Девياции сексуального поведения** – ранняя половая жизнь (до 16 лет), промискуитет (беспорядочные половые связи), транзиторийный подростковый гомосексуализм

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

4.2 Врачебный этап

Предварительный диагноз ставится врачом педиатром или невропатологом при профилактических осмотрах на **II этапе** исследования на основании: 1. Клинической оценки состояния подростка на момент обследования и 2. Оценки представленных критериев и факторов риска формирования расстройств личности. При проведении профилактического осмотра и оценке психоневрологического компонента личности врач-педиатр должен опираться на: 1) результаты изучения анамнеза развития пациента - перинатальная патология, наличие экзогенных воздействий (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и т.д.), задержки развития моторики, речи, явления невропатии в раннем возрасте (ночной энурез, заикание, яктация, эпилептиформные расстройства и т.д.); 2) изучение данных доврачебного этапа обследования; 3) получение объективных сведений о поведении и особенностях социальной адаптации обследуемого от родителей, педагогов, школьного психолога, среднего медицинского персонала учебного заведения; 4) использования унифицированных систематик оценки психического состояния на момент осмотра. При оценке психического состояния особое внимание следует уделить эмоциональной и волевой сфере обследуемого. Эмоциональная сфера: настроение – устойчивое, колебания в течение суток, ранимость, агрессивность, злобность, конфликтность, наличие патохарактерологических реакции (возбудимого, истероидного, психастенического, эмоционально-лабильного типов), выраженность специфических подростковых реакций – эмансипации, группирования со сверстниками, увлечения, реакций, обусловленных формирующимся половым

влечением; воля, влечения – гиперсексуальность (демонстративность во внешнем виде с акцентом на подчёркивании вторичных половых признаков (пирсинг, татуировки, чрезмерное использование косметики и т.д.), слабоволие, подчиняемость, лидерские тенденции;

- - наличие следов инъекций или порезов на тыльных поверхностях плечей и предплечий; интеллект – соответствует физиологическому возрасту или нет;
- - нарушения поведения – делинквентные (асоциальные, криминальные), аутоагрессивные, девиации сексуального поведения;
- - аддиктивные расстройства включая информационные - компьютерная и игровая зависимости

При наличии отклонений даже в одной сфере показана консультация психотерапевта или психиатра. При наличии криминальных форм поведения, аддиктивных расстройств суицидальных тенденций или действий и отказе подростков, их родителей или опекунов от консультации врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом специализированная помощь, оказывается при содействии правоохранительных органов, через ПНД или медико-психолого-педагогические консультации и комиссии на основании «Закона о психиатрической помощи и гарантиях граждан при её оказании» (См. Приложение 4).

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

4.3 Этап специализированной помощи

На **III этапе осуществляется** постановка психиатрического диагноза, как субклинической степени выраженности, так и синдромально и нозологически очерченных состояний. Диагноз ставится врачом психотерапевтом, психиатром или психиатром-наркологом при направлении в психоневрологический диспансер (ПНД) или в рамках медико-психолого-педагогических консультаций и комиссий, организованных по региональному принципу.

В связи с выраженными трудностями диагностики предболезненных состояний (донозологических форм), основанной на выявление особенностей психопатологической симптоматики (т.е. качественных признаков), при диагностике патохарактерологических и невротических реакций следует использовать количественный критерий - частота возникновения предболезненных расстройств. Квалифицировать состояние как невротическая или патохарактерологическая реакция следует в тех случаях, когда они возникают у пациента один или более раз в неделю. Данная частота свидетельствует о перенапряжении «барьера психической адаптации» личности (Александровский Ю.А., 2005, 2011) и свидетельствует о недостаточных адаптационных возможностях оптимального функционирования психических процессов в рамках недельного ритма труда и отдыха. Именно количественный показатель позволяет в значительной степени унифицировать диагностический подход к данной форме нарушений на врачебном этапе, особенно в условиях массовых профилактических осмотров.

В ходе комплексного медико-психолого-педагогического обследования на доврачебном и врачебном этапе формируются группы риска подростков в отношении формирования аномальных личностных свойств. В зависимости от степени выраженности и структуры выявленных нарушений разрабатывается, а затем осуществляется первичная и вторичная психопрофилактика расстройств с использованием, как психотерапевтических, так и биологических методов коррекции

на основе принципов междисциплинарности, возрастной преемственности, комплексности. При диагностике синдромально и нозологически очерченных расстройств, координирующая роль в разработке психокоррекционных мероприятий принадлежит врачам психиатрам, психотерапевтам и психиатрам наркологами.

Список литературы:

1. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Москва, «Литерра», 2010
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах (Руководство для врачей). – Авторский коллектив, Москва, 2004
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Вторичная профилактика аддиктивных форм поведения у подростков. (Пособие для врачей.) / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М.Сухарева, В.В Чубаровский // МЗ Российской Федерации, ГУ НЦЗД РАМН, НИИ гигиены и охраны здоровья, Москва, 2004
4. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании от 2 июля 1992 года N 3185-1 С изменениями на 29.06.2004 г.
5. Личко А. Е., Иванов Н.Я. “Усовершенствованный метод патохарактерологического исследования подростков”, Ленинград, 1983.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей.-2-е издание доп. и перераб. - Ленинград: Медицина, 1985.
7. Приказ МЗ РФ № 621от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
8. Циркин С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста.- Санкт-Петербург, 1999.

Приложения

ПОНЯТИЕ АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ТИПОВ

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

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

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ДИАГНОСТИРУЕМЫХ ТИПОВ⁴

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

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

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

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

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

⁴ Подробное описание дано в монографии А.Е.Личко «Психопатии и акцентуации характера у подростков». Изд. 2–е. — Л., Медицина, 1983.

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

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

Сенситивный тип (С). У этого типа две главные черты — большая впечатлительность и чувство собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно во внешности и в области качеств морально-этических и волевых. Замкнутость, робость и застенчивость выступают среди посторонних и в непривычной обстановке. С незнакомыми бывают трудны даже самые поверхностные формальные контакты, но с тем к кому привыкли, бывают достаточно общительны и откровенны. Ни к алкоголизации, ни к делинквентности склонности не обнаруживают. Непосильной оказывается ситуация, где подросток оказывается объектом неблагоприятного внимания окружения, когда на его репутацию падает тень или он подвергается несправедливым обвинениям или насмешкам. Самооценка отличается высоким уровнем объективности. При этом типе нередко бывает ярко выражена реакция гиперкомпенсации — стремление преуспеть именно в той области, где таится комплекс собственной неполноценности (например, парашютные прыжки, чтобы преодолеть робость; усиленные занятия гимнастикой, чтобы исправить дефекты фигуры; стремление к общественной работе, чтобы преодолеть застенчивость и т.п.). Сенситивные черты начинают выявляться с детства робостью, застенчивостью, боязнью незнакомцев, но критическим является возраст 16–18 лет — вступление в самостоятельную социальную активность после многих лет учебы в привычном окружении сверстников. Некоторые действительные физические дефекты (например, заикание) могут способствовать заострению сенситивных черт или насаивать их на некоторые другие типы акцентуаций (эмоционально-лабильную, психастеническую, шизоидную). Необходимость отвечать не только за себя, но и за других, может наоборот, сглаживать сенситивные черты.

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

Шизоидный тип (Ш). Главными чертами является замкнутость и недостаток интуиции в процессе общения. Трудно устанавливать неформальные, эмоциональные контакты — эта неспособность нередко тяжело переживается. Быстрая истощаемость в контакте побуждает к еще

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

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

Истерический (гистрионический) тип (И). Главными чертами являются беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. Все остальные особенности питаются этим. Лживость и фантазирование целиком служат приукрашению своей особы. Внешние проявления эмоциональности на деле оборачиваются отсутствием глубоких чувств при большой выразительности, театральности переживаний, склонности к рисовке и позерству. Неспособность к упорному труду сочетается с высокими притязаниями в отношении будущей профессии. Выдумывая, легко вживаются в роль, искусной игрой вводят в заблуждение доверчивых людей. Неудовлетворенный эгоцентризм часто подталкивает к яростной оппозиционности. Выигрывают в ситуации неразберихи, сумятицы, внезапно возникшей неопределенности, когда крикливость может быть принята за энергию, театральная воинственность — за решительность, умение быть у всех на виду — за организаторские способности. Но лидерский час скоро проходит, так как истероиды не столько лидируют, сколько играют в вожаков, и окружение скоро разбирается, что кроме позерства и трескучих фраз они ни на что не способны. Среди сверстников претендуют на первенство или на исключительное положение. Пытаются возвыситься среди них рассказывая о своих удачах и похождениях. Товарищи скоро распознают их выдумки, их ненадежность, поэтому они часто меняют компании. Самооценка далека от объективности. Обычно представляют себя такими, какими в данный момент легче всего произвести впечатление.

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

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

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

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

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

Практически не сочетаются следующие типы:

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

Циклоидный — со всеми типами, кроме гипертимного и лабильного.

Лабильный — с гипертимным, психастеническим, шизоидным, эпилептоидным.

Сенситивный — с гипертимным, циклоидным, эпилептоидным, истероидным, неустойчивым.

Психастенический — с гипертимным, циклоидным, лабильным, эпилептоидным, истероидным, неустойчивым.

Шизоидный — с гипертимным, циклоидным, лабильным, астено-невротическим.

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

Истероидный — с циклоидным, сенситивным, психастеническим.

Неустойчивый — с циклоидным, сенситивным, психастеническим.

Смешанные типы бывают двоякого рода.

Промежуточные типы. Эти сочетания обусловлены эндогенными, прежде всего генетическими факторами, а также, возможно, особенностями развития в раннем детстве. К ним относятся лабильно-циклоидный и конформно-гипертимный типы, сочетания лабильного типа с астено-невротическим и сенситивным, последних друг с другом и с психастеническим. Промежуточными могут быть такие типы, как шизоидно-сенситивный, шизоидно-психастенический, шизоидно-

эпилептоидный, шизоидно-истероидный, эпилептоидно-истероидный. В силу эндогенных закономерностей с возрастом возможна трансформация гипертимного типа в циклоидный.

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

Приложение 2

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

Расстройства личности

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

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

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

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

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

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

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

Патологические поведенческие реакции могут лежать в основе развития неврозов, алкоголизма и наркоманий. Во всех случаях диагностируются те или иные психические расстройства.

Патологические поведенческие реакции могут возникать также на фоне акцентуаций характера. В таких случаях их относят к группе непсихотических реактивных (психогенных) расстройств и к II группе здоровья (В. В. Ковалев, 1979).

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

Понятию **эпилептоидное психопатическое состояние (эксплозивный вариант)** соответствует также широко используемое в отечественной литературе понятие **психопатия возбудимого типа**. Для детей и подростков с данными расстройствами ключевым признаком является несбалансированность процессов возбуждения и торможения, лежащих в основе психопатических аффективных реакций, проявляющихся преимущественно агрессивным поведением, и приводящих к полной социальной дезадаптации. Проявлением особенностей психофизиологического функционирования, выступает крайняя слабость процессов торможения, существенно затрудняющая интериоризацию (восприятие) норм общественного поведения, формирование моральных ценностей и динамического стереотипа поведения, соответствующих требованиям конкретного общества, и лежащих в основе социальной адаптации личности. Психопатологические нарушения в детском возрасте представлены преимущественно **гипердинамическим синдромом**. Дети драчливы, конфликтны, воспитатели и педагоги предъявляют жалобы на их «неуправляемость». Дисгармония в сфере воли и влечений зачастую проявляется садистическими наклонностями – мучение животных, стремление к просмотру телевизионных программ, содержащих многочисленные сцены насилия, и фильмов ужасов, крайняя жестокость в многочисленных драках со сверстниками, инициаторами которых они сами являются.

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

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

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

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

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

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

Асинхрония развития отдельных сфер психики приводит к опережающему формированию понятийного, абстрактного мышления при одновременной задержке чувственно-образного. Таким детям легко даются точные дисциплины – математика, физика, геометрия, химия гораздо меньше их успехи в гуманитарных предметах. В строении тела отмечается часто астенический или дис-

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

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

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

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

Приложение 3

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

1. Патохарактерологические реакции

Пример: Александр М., 15 лет. Родился в семье служащих. Раннее развитие без особенностей. Рос подвижным ребёнком. Отношения с соучениками и преподавателями были ровными, бесконфликтными. С началом пубертатного периода несколько изменился по характеру, стал ранимым, обидчивым по самым незначительным причинам. В классе дружил преимущественно с девочками, так как считал, что они «могут лучше понять другого человека, чем ребята». Отмечались резкие колебания настроения, которое могло меняться несколько раз в день. С родителями отношения стали напряженными, так как сильно тяготился их чрезмерной опекой. В 10-м классе поссорился с соучениками, несколько дней не ходил в школу, из-за чего возник длительный конфликт с классным руководителем, в это же время отмечался длительный период депрессивных расстройств: снизилось настроение, работоспособность, расстроился сон, был вял, несколько моторно-заторможен (**депрессивный синдром - F43.21**). После сдачи экзаменов забрал документы из школы и поступил в колледж. Вскоре познакомился с группой лиц увлекающихся индийской философией. Очень увлёкся индуизмом. Практически всё своё свободное время проводил изучая физические упражнения и учения различных восточных школ. Запустил учёбу в колледже, и был отчислен за неуспеваемость. После чего вновь поступил в 10 класс другой школы. Здесь также от-

мечались частые прогулы занятий. С соучениками в группе отношения ровные, бесконфликтные, однако большей частью держится особняком. Имеет нескольких друзей, с которыми сошёлся на почве общности интеллектуальных интересов.

Психический статус: Охотно вступает в беседу. Во время разговора настроение несколько раз меняется в зависимости от характера обсуждаемой темы, с увлечением говорит о своём хобби, считает его много интереснее чем учёба в школе и колледже. Подробно излагает свои взгляды на философские аспекты учения йоги, при этом старается поразить собеседника, произвести благоприятное впечатление. Интеллект соответствует уровню полученного образования. Круг интересов ограничен предметом увлечения, в связи, с чем отмечаются серьёзные пробелы в знаниях по общеобразовательным предметам в объёме программы последнего года обучения. С раздражением отзывается обо всех лицах и препятствиях, мешающих его хобби. Предъявляет жалобы на периодически возникающие при волнении сердцебиениях, повышенную потливость, тревожность. После окончания школы собирается поступать в МГУ на факультет философии, при этом недостаточно критичен к уровню своих знаний и способностей. С выраженным раздражением говорит о родителях, которые «постоянно пристают с советами, мешают свободно жить, достают». Выказывает настойчивое желание жить отдельно от родных «возможно, уехать учиться в Индию». Продуктивной психопатологической симптоматики психотического уровня не выявляется.

Диагноз: Патохарактерологическая подростковая реакция увлечения (P92) у личности с акцентуацией характера эмоционально-лабильного типа (P73.1). Данное состояние может быть отнесено ко II группе здоровья. В коррекции наблюдаемых нарушений ведущая роль принадлежит психолого-педагогическим мероприятиям.

2. Психопатический синдром

Пример: Павел М., русский. Родился вторым ребёнком в семье. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец - по характеру вспыльчивый, жестокий, всегда неприязненно относился к подростку. Мать – домохозяйка, тревожная женщина во всём подчиняющаяся мужу. С раннего детства рос очень подвижным, общительным ребенком. За многочисленные шалости отец сурово наказывал, преимущественно физическими методами. В младших классах успевал хорошо, активно занимался общественной работой, участвовал в художественной самодеятельности. С началом пубертатного периода стал вспыльчивым, заносчивым, резко снизилась успеваемость. Дома обострились отношения с отцом, несколько раз после крупных ссор убежал к соседям или друзьям, жил у них по несколько дней. В 13 лет возникло сильное увлечение современной музыкой – играл на гитаре в школьном ансамбле. Всё свободное время проводил с приятелями, ведущими «богемный образ жизни», совершенно запустил учёбу. В школе стал дерзить учителями, оскорбил директора. В классе также сложились крайне конфликтные отношения с соучениками. В 14 летнем возрасте после очередной драки с отцом пытался повеситься в ванной комнате. Попытка была предотвращена матерью и сестрой. В 9-м классе возникла угроза исключения из школы, родителей неоднократно вызывали на педсоветы. В течение одного из домашних скандалов, схватил топор и, бросился на отца, во время другой ссоры бросился на улицу с дробовиком в руке. После окончания 9-и классов поступил в ПУ. Сразу возникли конфликтные отношения с педагогами и мастерами. Со слов преподавателей крайне лжив, проявляет большую изобретательность для объяснения многочисленных прогулов. Соученики по группе относятся к нему с откровенной неприязнью, объясняя это тем, что он постоянно стремится выделиться, принизить других.

Психический статус: В беседу вступает охотно. Возбуждённо говорит о своих многочисленных конфликтах и проблемах. С ненавистью отзывается об отце: «Когда он умрёт, на похоронах с ребятами буду играть рок-н-ролл!». В беседе старается произвести наилучшее впечатление, несколько театрален, начинает говорить с пафосом, очень живая мимика, речь изобилует сленговыми выражениями. Отмечает, что в состоянии возбуждения «когда меня доведут до точки, готов сделать, что угодно, лишь бы меня оставили в покое!». Подробно и красочно описывает состояние «уже виденного», иногда возникающее у него в период сильного волнения. Отмечается интенсивная алкоголизация – 2-3 раза в неделю, иногда до глубоких степеней опьянения. Несколько раз пробовал курить марихуану. Настроение неустойчивое – меняется от незначительных причин. Определяется патохарактерологическая реакция увлечения. Оживлённо обсуждает выступление ансамбля, которым, по его словам, и руководит. Каких либо определённых планов на будущее не строит, установок на продолжение учёбы не выявляется. Продуктивно психопатологической симптоматики психотического уровня не обнаружено.

Диагноз: Психопатический синдром истероидного типа. (МКБ-10 - F60.4). Индивидуальная зависимость от спиртного.

По совокупности патологических признаков относится к III здоровью. Подлежит направлению на консультацию и лечение психиатра-нарколога или психоневролога.

Выписка из закона:
ЗАКОН
О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ
от 2 июля 1992 года N 3185-I
С изменениями на 29.06.2004г.
Некоторые статьи с комментарием.

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу - психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом "а" части четвертой и частью пятой [статьи 23 настоящего Закона](#), решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой [статьи 23 настоящего Закона](#), решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

