

## Глава 1.

### ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Здоровье детей и подростков в настоящее время вызывает тревогу, как среди специалистов, так и педагогической, родительской общественности, руководителей органов управлений в сфере образования и здравоохранения.

Актуальной медико-социальной проблемой является значительная распространенность среди учащихся неблагоприятных факторов, обусловленных образом жизни, что определяет неблагоприятный прогноз состояния здоровья подрастающего поколения. Перспективным направлением сохранения и укрепления здоровья детей является формирование здорового образа жизни.

Стратегии формирования здорового образа жизни наиболее эффективно могут быть реализованы в организованных коллективах, т.е. среди детей и подростков, обучающихся в образовательных учреждениях.

В настоящее время *более половины учащихся не соблюдают здоровый образ жизни*, причем среди старшеклассников эта доля достигает 75%.

Среди современных подростков отмечается высокая распространенность неблагоприятных факторов, обусловленных образом жизни:

**гиподинамия:** 74,7% школьников не имеют ежедневной физической активности, рекомендуемой ВОЗ, половина не имеют достаточных возрастным потребностям прогулок (50,7%), треть подростков проводит значительное время за выполнением домашних заданий (31,3%), половина обучающихся не имеют достаточного свободного времени, что связано с интенсификацией учебной нагрузки, как школьной, так и внешкольной. Значительное количество времени (2 часа и более) в учебные дни подростки проводят перед устройствами, оснащенными экраном. Низкая физическая активность отмечается уже у каждого второго учащегося младших классов. С увеличением возраста и класса обучения участие школьников во всех видах физической активности заметно снижается. По данным последнего международного исследования Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (Health Behaviour in School aged

Children (HBSC)) 2017/2018 гг. среди 11-летних школьников уровень физической активности, рекомендуемый ВОЗ, имеют 26% мальчиков и 18% девочек, а в 15 лет только 16% мальчиков и 9% девочек. У каждого второго ребенка двигательная активность ограничена уроками физкультуры в школе.

**дефицит сна** встречается у 71,3% подростков, что приводит к тому, что практически половина обучающихся (49,6%) испытывают желание в дневном сне;

**нездоровое питание:** 69,4% обучающихся имеют длительные перерывы между приемами пищи (более 5-6 часов); 37,7% подростков не завтракают в учебные дни, половина детей не потребляют фрукты (52,5%) и овощи (50,3%) ежедневно, каждый третий ежедневно потребляет сладости (30,3%). Распространенность отдельных нарушений питания среди школьников возрастает уже в динамике начального обучения. К окончанию школы увеличивается число лиц, употребляющих 1 раз в неделю и реже молочные, мясные продукты, свежие овощи, фрукты, соки, снижается их ежедневное употребление.

**регулярное курение и употребление алкогольных напитков:** еженедельное табакокурение встречается у 8,4%. С возрастом отмечается резкий подъем частоты курения: в 11 лет еженедельно курят 3%, в 15 лет 19,1% обучающихся. В возрасте 11 лет и ранее первая проба употребления табака встречалась у 8,5% подростков. Более двух третей приобщившихся к курению подростков продолжают курить во взрослом состоянии. Среди школьников наблюдается значительная распространенность употребления алкоголя: частые случаи опьянения встречались у 14,4% обучающихся; первая проба алкоголя в 11 лет и ранее отмечал каждый десятый подросток (11,5%), а первое опьянение в раннем возрасте встречалось у 3,8% школьников.

Наличие неблагоприятных факторов, обусловленных образом жизни, уже в школьном возрасте ведет к напряжению адаптационных механизмов, к снижению функциональных возможностей организма, нарушениям вегетативной регуляции органов и систем. Установлено, что наличие двух и

более негативных факторов, обусловленных образом жизни, повышает риск формирования функциональных отклонений у школьников: сердечно-сосудистой системы в 3,5 раза, глаза и его придаточного аппарата в 3,5 раза, костно-мышечной системы в 4,2 раза, нервной системы в 4,8 раза.

Приоритетные поведенческие факторы риска неблагоприятно влияют на здоровье детей и подростков: продолжительное использование устройств, оснащенных экраном (компьютер, планшет, мобильный телефон) увеличивает риск развития функциональных и хронических заболеваний костно-мышечной системы. Способствуют развитию функциональных отклонений нервно-психической сферы: негативное отношение к школе, неудовлетворенность жизнью, просмотр телевизора 2 и более часов ежедневно и использование мобильного телефона 2 и более часов ежедневно. Обнаружена высокая степень связи нарушений зрения с преобладанием в свободное время статического компонента в деятельности, продолжительным использованием для игр планшета и мобильного телефона. Способствуют развитию функциональных нарушений пищеварительной системы: регулярные обиды со стороны сверстников, длительное выполнение домашних заданий, дефицит сна. Использование компьютера 2 и более часов в день в выходные дни и каникулы увеличивает риск развития избыточной массы тела в 17-20 раз.

Гиподинамия, нездоровое питание, токсическое воздействие алкоголя, табака на фоне морфофункциональной незрелости, незавершенности развития основных систем организма в значительной степени определяют формирование отклонений в состоянии здоровья детей и подростков, определяя неблагоприятный прогноз состояния здоровья населения в ближайшем будущем.

Установлена низкая информированность современных школьников в отношении факторов, негативно влияющих на здоровье. Только 59% учащихся 8-9 классов и 56% учащихся 10-11 классов информированы о негативном влиянии на здоровье курения, употребление алкоголя, низкой двигательной активности, нерационального питания. У каждого второго школьника отсутствует сформированность стойких установок на здоровый образ жизни, которая не зависит от возраста и года обучения, что свидетельствует о

недостаточной адекватности современной системы гигиенического обучения и воспитания учащихся по формированию здорового образа жизни, сознательного и ответственного отношения к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровью окружающих.

Факторы, обусловленные образом жизни, являются управляемыми. В этой связи возрастает актуальность обучения школьников навыкам сохранения и укрепления здоровья, формирования здорового образа жизни.

*Формирование здорового образа жизни у детей* – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья, пропаганду здорового образа жизни, мотивирование к личной ответственности за свое здоровье, разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни у детей, борьбу с факторами риска развития заболеваний, просвещение и информирование детского населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем, предотвращение социально-значимых заболеваний среди детского населения.<sup>1</sup>

*Современное российское законодательство определяет профилактику как комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.*

С позиций ВОЗ профилактика заболеваний, особенно хронических, основана на интегративном подходе, включающем в себя политику правительства, работу систем здравоохранения и стандарты профилактической деятельности, информирование населения и личную ответственность за заботу о своём здоровье.

Артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, курение, ожирение и

---

<sup>1</sup> Приложение № 6 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 597н от 19.08. 2009 г. Редакция от 30.09.2015 г.

малоподвижный образ жизни требуют множественных путей воздействия для достижения оптимального эффекта. При этом системе здравоохранения принадлежит особая роль, поскольку люди, входящие в группу риска, но пока не имеющие сердечно-сосудистых заболеваний, а также больные на ранней стадии или при субклиническом хроническом заболевании, могут получить эффективную помощь. Это снижает в будущем нагрузку на системы здравоохранения, а также на самого больного и его семью. Профилактика поистине касается каждого: правительство, частный сектор, система здравоохранения и отдельные люди несут значительную долю ответственности по использованию научно обоснованных мер профилактики для борьбы с растущей эпидемией хронических заболеваний. Все это чрезвычайно актуально для детей и подростков, так как среди них высока распространенность ведущих факторов риска хронических заболеваний, а особенности растущего организма делают влияние этих факторов еще более выраженным. Проводить работу по уменьшению распространенности факторов риска здоровью детей легче в стенах образовательного учреждения, нежели через участковых педиатров и семейных врачей.

Кроме того, врачам-профилактикам хорошо известно о влиянии на указанные риски и таких отдаленных факторов, как демографические изменения, бедность и другие социальные детерминанты, глобализация и окружающая среда, недостаток информации о факторах риска хронических заболеваний.

Профилактика может снизить бремя хронических болезней, уменьшая воздействие факторов риска. *В структуру профилактики должны входить первичный, вторичный и третичный подходы.*

*Первичная профилактика* осуществляется до развития заболевания (например, профилактика табакокурения среди молодежи для предотвращения заболеваемости раком легких) и включает мероприятия по снижению распространенности ведущих факторов риска здоровью различных групп населения.

*Вторичная профилактика* направлена на тех, у кого выявлены первые

симптомы или состояния, предшествующие развитию заболевания (например, обследование на артериальную гипертонию для её контроля и профилактики инсульта. В ходе профилактических осмотров в образовательных учреждениях официально выявляются сотни тысяч детей с отклонениями артериального давления, со сколиозом, с нарушением осанки, с понижением остроты зрения и др.).

*Третичная профилактика* направлена на тех, у кого заболевание уже есть. Её цель – снизить инвалидизацию и частоту осложнений (например, назначение оптико-физиологических и других методов лечения миопии у детей и др.).

Курение как фактор риска хронических заболеваний, которые можно устранить, возможно, наиболее изучено. Оно играет роль в развитии злокачественных опухолей, сердечно-сосудистых заболеваний и болезней дыхательной системы. А в совокупности с другими факторами риска (гиперхолестеринемия, сахарный диабет и артериальная гипертония), курение ведёт к возникновению сердечно-сосудистых заболеваний, многократно усиливая риск их развития при сочетанном воздействии данных факторов.

Фундаментальными исследованиями гигиенистов и клиницистов показано влияние табакокурения на детей и подростков, научно обоснованы профилактические воздействия в разные периоды жизни детей и показана их высокая эффективность.

Среди детей и подростков быстро прогрессируют избыточный вес и ожирение. В 2016 г. 340 миллионов детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет страдали избыточным весом или ожирением. Распространенность избыточного веса и ожирения среди детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет резко возросла с всего лишь 4% в 1975 г. до немногим более 18% в 2016 году. Этот рост в равной степени распределен среди детей и подростков обоих полов: в 2016 г. избыточным весом страдали 18% девочек и 19% мальчиков. В 1975 г. ожирением страдало чуть менее 1% детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет, а в 2016 г. их число достигло 124 миллионов (6% девочек и 8% мальчиков).

В ряде стран Европейского региона ВОЗ каждый третий ребенок в возрасте

от шести до девяти лет страдает от избыточного веса или ожирения.

По итогам 2020 года ожирение среди детей в России составило 1318 случаев на 100 тысяч населения, а среди подростков в 2,3 раза выше – 3075 случаев на 100 тысяч населения. В последние годы получены данные о распространенности ожирения у детей и подростков в разных регионах Российской Федерации со значительными колебаниями показателей – от 2,3% до 14,5%. Среднегодовой темп прироста ожирения у детей за последние 10 лет составил 9% в год, у подростков – 7,6% в год. По итогам исследования, которое прошло в рамках федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» нацпроекта «Демография», избыточная масса тела выявлена у 18% школьников, ожирение – у 8% из них. В некоторых регионах число детей с избыточной массой тела в начальной школе превышает 30%. При этом чаще всего ожирение встречается среди мальчиков. Так, сегодня Россия занимает 14 место в мире по числу детей с ожирением, при этом по девочкам – 21 место, а по мальчикам – 9 место. С ростом доходов населения наблюдаются изменения в рационе в сторону жирных продуктов быстрого питания, чему способствует глобализация пищевых рынков.

Ожирение отрицательно влияет на артериальное давление, уровень холестерина и липидов крови, вызывает заболевания дыхательных путей, хронические заболеваний опорно-двигательного аппарата, остеопороз, желчнокаменную болезнь, бесплодие и кожные заболевания. Ожирение ведёт к повышенному риску возникновения сахарного диабета, нарушений метаболизма половых гормонов и других эндокринных заболеваний.

Информирование населения, в том числе детей, о составе пищевых продуктов с помощью понятной маркировки на упаковках пищевых продуктов, включающей информацию о риске, связанном с содержанием натрия, жиров и углеводов, наподобие сигналов светофора, является важной составляющей профилактики. Реклама может в значительной степени формировать привычки детей и молодёжи, а также влиять на структуру покупок их родителей. Регулирование содержания рекламы пищевых продуктов для предотвращения

недобросовестной рекламы, ориентированной на молодёжь, может позднее в жизни защитить её от неразумных пищевых привычек.

ВОЗ признает влияние цены на выбор продуктов и поддерживает защитников общественного здоровья, предлагающих ввести налог на «нездоровые» пищевые продукты, в качестве сдерживающей меры, препятствующей потреблению рекламируемых неполезных пищевых продуктов.

Правильному питанию должны быть посвящены регулярные уроки в школе, массовые информационные кампании, индивидуальные консультации во время контакта с врачом и т.п. Об эффективности расходов на первичную, вторичную и третичную профилактику свидетельствуют данные Cawley: затраты на программы профилактики избыточного веса в школах обследованного им региона составили 4.305 долларов США, а там же стоимость хирургического лечения ожирения – составила 35.600 долларов США.

Антропогенная окружающая среда может быть небезопасной для детей. Во многих бедных сообществах окружающая среда не способствует здоровому образу жизни, включая доступ к полезным пищевым продуктам, учреждениям для отдыха и развлечений и безопасным местам для активного отдыха. Очень часто мы это наблюдаем в сельской местности нашей страны.

В развитых странах все больше сокращаются возможности и снижается мотивация к занятиям спортом, физическому труду или активному отдыху. Резкое снижение физической активности является следствием урбанизации – сокращение передвижения пешком и поездок на велосипеде – а также механизации различных видов деятельности.

Физическая активность особенно важна для здорового развития детей и юношества. Она сводится не только к спорту или организованным видам активности, но зависит от природного, антропогенного, социального окружения людей. Расовая и этническая принадлежность, уровень преступности, типы дорог, состояние тротуаров и наличие оздоровительных учреждений являются существенными факторами, влияющими на уровень физической активности (Nelson et al.). Социально ущемлённые группы населения в свободное время



менее активны физически, поскольку имеют меньший доступ к оздоровительным программам и учреждениям здравоохранения и зачастую живут в районах, страдающих от преступности и небезопасного дорожного движения, что также мешает физической активности. Возможности для физической активности должны быть созданы там, где живут дети. Главная роль в создании такой среды, а также программ, способствующих физической активности и активному образу жизни, принадлежит местным органам власти.

Физическая активность – важный компонент любой стратегии, направленной на борьбу с малоподвижным образом жизни и ожирением у детей. Активный образ жизни укрепляет не только физическое и психическое здоровье отдельных людей, но также социальную сплоченность и благополучие общества в целом. Люди более активны, если легко могут добраться до таких объектов как парки, озеленённые территории, рабочие места и магазины. Другими препятствиями к активному образу жизни являются, в частности, страх перед преступностью и небезопасностью дорожного движения, транспортные выбросы и загрязнение окружающей среды, проблемы с доступом либо отсутствием мест для отдыха и развлечений, а также отрицательное отношение к физической активности.

К отдаленным факторам риска хронических заболеваний относятся бедность и социальное неравенство, глобализация, окружающая среда, значимость которых для современной России возрастает.

В большинстве европейских стран бюджет программ поддержки здорового образа жизни составляет менее 1% бюджета здравоохранения, хотя есть убедительные данные по эффективности программ по укреплению здоровья и санитарному просвещению, многие из которых взаимодействуют с мерами систем здравоохранения.

Службы здравоохранения являются ключевой частью профилактики и, чтобы способствовать более систематическому подходу медицинских работников к профилактике, разработан целый ряд практических руководств, в том числе отечественных.

Сфера деятельности систем здравоохранения в отношении профилактики хронических заболеваний гораздо шире, чем предоставление отдельных медицинских услуг. У педиатров есть множество возможностей для санитарного просвещения и проведения профилактики во время контакта с больными, но есть и обязанность: отстаивать и поддерживать меры, направленные на профилактику заболеваний. Медицинские услуги по профилактике включают в себя поведенческие, структурные и коммуникативные действия, направленные на снижение факторов риска развития хронических заболеваний. Наиболее эффективно эта работа в детских организованных коллективах.

Современные научно-практические исследования убедительно свидетельствуют о возможностях и эффективности школьной медицины и медицинского обеспечения учащихся силами медицинской организации для детей.

Европейское региональное бюро ВОЗ констатирует, что в силу своего положения школьные службы здравоохранения (ШСЗ) обладают широкими возможностями в плане воздействия на многие показатели здоровья и развития подростков. По данным доклада Всемирной организации здравоохранения услуги ШСЗ в европейском регионе в основном являются доступными. Однако них характерны и некоторые проблемы, такие как, например, нехватка персонала ШСЗ, неясное определение положения ШСЗ в образовательных учреждениях, нечеткое разделение задач и обязанностей между школьной медсестрой, школьным врачом и врачом общей практики/семейными врачами.

Вследствие сложности процессов роста и развития детей, формирования их здоровья, возникновения и распространения заболеваний, *система формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний среди детей и подростков* является многокомпонентной, многоуровневой и иерархичной.

Система должна постоянно воздействовать, прежде всего, на детей и подростков, их родителей, педагогических и медицинских работников, а также лиц, принимающих решения в сфере обеспечения условий жизнедеятельности

детей и подростков.

Воздействие должно базироваться на реальной оценке здоровья детей с учетом их поведения в области здоровья, распространенности основных факторов риска развития неинфекционных и школьно обусловленных заболеваний, травматизма и включать улучшение основных детерминантов здоровья детей и подростков. Эти процессы динамичны и иногда очень быстро меняются в процессе роста и развития детей, зависят от условий их жизнедеятельности и требуют постоянной оценки со стороны медиков, психологов, социальных работников, педагогов. Распространенность факторов риска здоровью детей должна постоянно оцениваться. Это является одним из обязательных элементов развития здравоохранения, дружественного детям, и здорового образа жизни, зафиксированных в мероприятиях Десятилетия детства (2018-2027 гг.), утвержденного Указом Президента Российской Федерации 29 мая 2017 г. № 240.

В настоящее время «школьная медицина», гигиена детей и подростков располагают технологиями скрининг-обследования, мониторинга, оценки распространенности факторов риска здоровью в детской популяции, в том числе с использованием современных аппаратно-программных комплексов и компьютерных технологий. В отношении детей от 3-х до 18 лет наиболее эффективно эта работа может быть осуществлена в образовательных организациях.

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

- Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» № 822н от 05.11.2013;

- Руководства по профилактике заболеваний/симптомов, разрабатываемые специалистами, утверждаемые Министерством здравоохранения Российской

Федерации и размещаемые на его портале<sup>2</sup>;

- Федеральные рекомендации оказания медицинской помощи обучающимся (руководства по профилактике), подготовленные Российским обществом развития школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ)<sup>3</sup>;

- Санитарно-эпидемиологические требования к условиям обучения в образовательных учреждениях;

- Руководства для медицинских и педагогических работников, подготовленные специалистами ведущих научных и образовательных организаций страны.

Чрезвычайно значим для реформирования школьного здравоохранения Приказ Минздрава России от 5 ноября 2013 г. №822н и необходимо его применение в полном объеме во всех субъектах федерации.

Медицинские организации, обеспечивающие помощь несовершеннолетним обучающимся, имеют в своих штатах врачей по гигиене детей и подростков. Они призваны обеспечить санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся в образовательных организациях и прежде всего в сфере условий и организации образовательного процесса, питания, двигательной активности.

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

---

<sup>2</sup> <https://cr.minzdrav.gov.ru/manuals>

<sup>3</sup> <http://roshumz.com/doctor/federalnye-rekomendacii-rukovodstva-po-profilaktike.html>

организации и др.).

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

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

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

Современные технологии обучения и воспитания детей, в том числе в сфере формирования здорового образа жизни, требуют адекватных условий. Занятия в 2 и 3 смены, 1 спортзал, неработающие крошечные душевые, отсутствие современных раздевалок, питание только буфетной (фаст-фудной) продукцией, неправильно организованное рабочее место обучающегося, отсутствие вентиляции и проветривания, современного спортивного оборудования и инвентаря, конечно же не способствуют формированию здорового образа жизни. Это требует постоянного внимания врача по гигиене детей и подростков, администрации школ, руководителей органов управления образованием. В этой сфере необходимо тесное взаимодействие с Управлениями Роспотребнадзора и Центрами гигиены и эпидемиологии в субъектах федерации.

Повышению двигательной активности обучающихся способствует

возможность добраться до школы пешком, на велосипеде, самокате, скайте, соответствующая инфраструктура микрорайона в шаговой досуговой доступности ребенка (в районе школы, дома). При этом родителей интересует безопасность пребывания детей на этих объектах. Эти вопросы решаются с участием лиц, принимающих решения на соответствующем уровне (муниципалитет, район и т.п.). От этих лиц также зависит и что находится рядом со школой, что видит ребенок рядом со школой или домом. Это может быть фестиваль пива в парке, а может быть кросс, соревнования «Спортивная семья». Если за время перемены ребенок может вне школы купить чипсы, энергетические напитки, то организованное рациональное, здоровое питание в школьной столовой останется для части ребят невостребованным.

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

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

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

Клиники, дружественные подросткам и молодёжи, - также важные партнёры.

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

В соответствии с Приказом Минздрава России от 5 ноября 2013 №822н медицинская организация может сформировать работоспособное отделение. Например, при численности обучающихся в 2.500 отделение будет насчитывать: врачей-педиатров – 2,5 ставки; врача по гигиене детей и подростков – 1 ставка; медицинских сестёр 5 ставок (итого – 8,5 ставок).

Штатные единицы будут варьировать в зависимости от численности детей дошкольного и школьного возраста, посещающих образовательные организации, и от включения или нет врачей стоматологов и гигиениста-стоматологического.

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

Многокомпонентность системы формирования здорового образа жизни и профилактики инфекционных и школьно обусловленных заболеваний у детей и подростков, межсекторальность взаимодействия требуют соответствующей координации работы в этой сфере. Она должна быть возложена на Межведомственную (административную) Комиссию по формированию здорового образа жизни и профилактике инфекционных заболеваний среди детей и подростков. При необходимости Комиссия может привлекать к работе родительские, пациентские, профессиональные некоммерческие организации региона, субъекта (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Система формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных и школьно обусловленных заболеваний детей и подростков.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Определение профилактики.
2. Виды (уровни) профилактики.
3. Эффективность профилактики.
4. Основные факторы риска здоровью детей в современных условиях.
5. Современная система формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний среди детей и подростков.