Действующая редакция

Письмо Минздрава России от 08.12.2025 № 15-2/6408

Письмо Минздрава России от 08.12.2025 № 15-2/6408

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

ПИСЬМО

от 8 декабря 2025 года № 15-2/6408

Департамент медицинской помощи детям, службы родовспоможения и общественного здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Департамент) в рамках исполнения решений совместного заседания Рабочей группы по вопросам развития доступного и качественного дошкольного и общего образования для детей-инвалидов Комиссии при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов и Экспертного совета по образованию инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья при Комитете Государственной Думы по науке и высшему образованию (протокол от 27 июня 2022 г.) направляет для использования в работе разработанные ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России методические рекомендации по медицинскому сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в пределах образовательных организаций дошкольного и общего образования для различных нозологических групп.

Директор Департамента
Р.Ф. Шавалиев

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГАУ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ"

Утверждаю
Директор ФГАУ
"НМИЦ здоровья детей"
Минздрава России
д.м.н., профессор,
А.П. Фисенко
14.10.2025

Методические рекомендации по медицинскому сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в пределах образовательных организаций дошкольного и общего образования для различных нозологических групп

Организация-разработчик - ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России

Авторы - разработчики: Храмцов П.И., Александрова И.Э., Горелова Ж.Ю., Березина Н.О., Гурьянова М.П., Барсукова Н.К., Курганский А.М., Краева А.Ю.

Методические рекомендации посвящены вопросам медицинского сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и детей-инвалидов в образовательных организациях дошкольного и общего образования и создания для них оптимальных условий обучения и социализации.

Предназначены для медицинских работников отделений медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях, а также для руководителей образовательных организаций, педагогов, воспитателей, психологов, социально-педагогических работников.

1. Введение

В настоящее время государством уделяется большое внимание проблеме сохранения и укрепления здоровья детей с ОВЗ и детей-инвалидов, оптимизации процесса их обучения и социализации, что отражается в целом ряде нормативно-методических документов.

Согласно Федеральному закону от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 28.02.2025) "Об образовании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2025) обучающийся с ограниченными возможностями здоровья - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК) и препятствующие получению образования без создания специальных условий [1].

---

[1] Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 28.02.2025) "Об образовании в Российской Федерации"

Согласно Федеральному закону от 24.11.1995 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функции организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. В зависимости от степени расстройства функций организма лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид"[2].

---

[2] Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"

Государство оказывает всемерную поддержку детям с ОВЗ и детям-инвалидам в сфере получения ими общего образования. Условия и организация обучения и воспитания обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов определяются в рекомендациях ПМПК, а для детей - инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и абилитации ребенка-инвалида.

Гарантируется создание для этого необходимых условий, обучение по адаптированным основным образовательным программам (АООП), удовлетворяющим их особые образовательные потребности. Инвалидам создаются необходимые условия для получения образования в организациях,

осуществляющих образовательную деятельность по реализации основных общеобразовательных программ, в которых созданы специальные условия для получения образования обучающимися с ОВЗ, а также в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по АООП. Образование детей с ОВЗ и детей-инвалидов может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

В Российской Федерации в настоящее время функционирует более 1500 организаций, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным образовательным программам для детей с ОВЗ и детей-инвалидов.

Разработаны АООП для обучения детей с ОВЗ и детей-инвалидов с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающие коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

В соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии выделяют следующие группы детей: с нарушением зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития (ЗПР), нарушением интеллектуального развития, расстройством поведения и общения, в том числе РАС и СДВГ, с множественными нарушениями развития.

В зависимости от вида ОВЗ ФГОС определены варианты АООП:

- для глухих обучающихся, 4 варианта АООП НОО

- для слабослышащих и позднооглохших обучающихся, 3 варианта

- для слепых обучающихся, 4 варианта

- для слабовидящих обучающихся, 3 варианта

- для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи (ТНР), 3 варианта

- для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА) 4 варианта;

- для обучающихся с задержкой психического развития (ЗПР), 3 варианта

- для обучающихся с расстройствами аутистического спектра (РАС), 4 варианта

- для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), 2 варианта.

В образовательных организациях для таких детей создаются специальные условия, которые помимо использования АООП, включают:

- создание условий обучения, воспитания и развития, обеспечивающие адаптацию содержания образования; учет особенностей психофизического развития и состояния здоровья;

- проведение групповых и коррекционных занятий;

- обеспечение специальными учебниками, учебными пособиями и т.п.;

- обеспечение предоставления услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую техническую помощь, переводчика (сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика), а также педагогических работников в соответствии с рекомендациями ПМПК;

- обеспечение доступа в здания и помещения организаций, осуществляющих образовательную деятельность.

Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, включает в себя:

1) психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;

2) коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия с обучающимися, логопедическую помощь обучающимся;

3) комплекс реабилитационных и других медицинских мероприятий;

4) помощь обучающимся в профориентации, получении профессии и социальной адаптации.

Для детей с ОВЗ и детей-инвалидов характерны эмоциональная неустойчивость, легкоранимость, быстрая утомляемость, сниженная устойчивость к стрессовым воздействиям, нестабильность нервно-психических процессов, что без проведения медицинского сопровождения, специальных мероприятий, включая коррекцию психоэмоциональных и учебно-воспитательных нагрузок, может угрожать развитием срыва адаптационных реакций при воздействии различных факторов.

2. Медицинское сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в пределах образовательных организаций

2.1. Основные направления деятельности медицинских работников медицинских пунктов образовательных организаций по сопровождению детей с ОВЗ и детей-инвалидов

Согласно Приказу МЗ РФ № 213н от 26.05.25 "Об утверждении порядка оказания несовершеннолетним медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях"[3], медицинский пункт образовательной организации осуществляет:

---

[3]Приказ МЗ РФ № 213н от 26.05.25 "Об утверждении порядка оказания несовершеннолетним медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях"

участие в организации условий образовательной работы с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ) по адаптированным программам обучения с учетом имеющихся ограничений здоровья и прав детей;

обеспечение применения лекарственных препаратов для медицинского применения и (или) специализированных продуктов лечебного питания обучающимися, нуждающимися в соблюдении режима лечения, необходимость

которого подтверждена справкой, выданной в соответствии с порядком выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений;

оказание обучающимся первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний;

направление обучающихся при наличии медицинских показаний в медицинскую организацию, в том числе выбранную обучающимся или его родителем (законным представителем) в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ [4];

---

[4] Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"(пункт 11 статьи 2)

участие в анализе состояния санитарно-гигиенических условий и организации процесса воспитания и обучения, в том числе питания, физического воспитания обучающих, а также трудового обучения;

работу по формированию групп обучающихся повышенного медико-социального и биологического риска формирования расстройств здоровья для оптимальной организации процессов обучения и воспитания, оказания медицинской помощи, в том числе коррекции нарушений здоровья и развития;

участие в анализе состояния здоровья обучающихся, подготовке предложений по приоритетам при разработке профилактических, коррекционных мероприятий, реализуемых в образовательных организациях;

участие в организации работы по коррекции нарушений здоровья обучающихся, снижающих возможности их социальной адаптации, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, подготовки к военной службе в рамках полномочий;

участие в работе психолого-медико-педагогической комиссии.

Эффективная работа по медицинскому сопровождению детей с ОВЗ и детей-инвалидов в образовательных организациях возможна лишь в тесном сотрудничестве медицинских работников медицинских пунктов образовательных организаций с администрацией, педагогами, социальными работниками, родителями.

2.2. Создание оптимальных условий воспитания и обучения детей с ОВЗ и детей-инвалидов

Неотъемлемой частью медицинского сопровождения детей с ОВЗ и детей-инвалидов в образовательных организациях является обеспечение оптимальных условий воспитания и обучения, организации двигательной активности, питания обучающихся.

Медицинский работник медицинского пункта образовательной организации совместно с администрацией и педагогами осуществляет контроль условий и организации образовательного процесса на его соответствие гигиеническим нормативам СП 2.4.3648-20[5], СанПиН 1.2.3685-21[6].

[5] Санитарные правила СП 2.4.3648-20"Санитарно-эпидемиологические требования к организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи".

[6] Санитарные правила и нормы СанПиН 1.2.3685-21"Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания".

Планировка зданий, строений, сооружений должна обеспечивать соблюдение гигиенических нормативов и обеспечивать доступность услуг, оказываемых для детей с ОВЗ и детей-инвалидов. Для обеспечения их передвижения по собственной территории и объектам должны проводится мероприятия по созданию доступной среды. При расположении парт (столов) используемых при организации обучения и воспитания, обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов, следует учитывать особенности физического развития обучающихся.

Мебель для лиц с ОВЗ и инвалидов, должна быть приспособлена к особенностям их психофизического развития, индивидуальным возможностям и состоянию здоровья. На этаже обучения, пребывания инвалидов туалетная комната должна быть оборудована с учетом обеспечения условий доступности для инвалидов.

Дошкольное образование детей с ОВЗ может быть организовано как совместно с другими детьми, так и в отдельных группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность. Регламентируется наполняемость групп компенсирующей направленности (Приложение 1).

Допускается организация разновозрастных групп компенсирующей или комбинированной направленности для детей от 2 месяцев до 3 лет и от 3 лет и старше с учетом возможности соблюдения в них режима дня, соответствующего анатомическим и физиологическим особенностям детей каждой возрастной группы, с предельной наполняемостью 6 и 12 человек соответственно.

При комплектовании групп комбинированной направленности не допускается смешение более 3 категорий детей с ОВЗ; при объединении детей с разными нарушениями в развитии учитываются направленность адаптированных образовательных программ дошкольного образования и возможности их одновременной реализации в одной группе.

Образование [7] обучающихся с ОВЗ может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

[7] Начальное общее, основное общее, среднее общее образование

Предельная наполняемость отдельного класса (группы), группы продленного дня для обучающихся с ОВЗ устанавливается в зависимости от нозологической группы (Приложение 2).

Количество обучающихся с ОВЗ устанавливается из расчета не более 3 обучающихся при получении образования совместно с другими учащимися.

Урочная деятельность обучающихся с ОВЗ организуется по 5-дневной учебной неделе, в субботу возможны организация проведение внеурочной деятельности. В

общеобразовательных организациях, работающих в две смены, обучение 1, 5, 9 - 11 классов и классов для обучающихся с ОВЗ проводится в первую смену. Продолжительность урока не должна превышать 40 минут. Продолжительность дневной суммарной нагрузки для обучающихся с ОВЗ - 2 - 4 классов - не более 5 уроков; 5 - 11 классы - не более 6 уроков. Продолжительность перемен между уроками составляет не менее 10 минут, большой перемены (после 2 или 3 урока) - 20 - 30 минут. Вместо одной большой перемены допускается после 2 и 3 уроков устанавливать две перемены по 20 минут каждая. Продолжительность перемены между урочной и внеурочной деятельностью должна составлять не менее 30 минут, за исключением обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучение которых осуществляется по специальной индивидуальной программе развития.

Для слабовидящих обучающихся 1 - 4 классов при различных видах учебной деятельности продолжительность непрерывной зрительной нагрузки не должна превышать 10 минут, для слабовидящих обучающихся, осваивающих образовательные программы основного общего и среднего общего образования - не более 15 минут.

Для обучающихся с остаточным зрением для усвоения учебной информации по рельефной системе Брайля должны чередоваться тактильное восприятие информации - не менее 2 раз за урок с непрерывной зрительной работой - по 5 минут. Расписание уроков составляется с учетом дневной и недельной умственной работоспособности обучающихся и шкалы трудности учебных предметов, определенной гигиеническими нормативами.

Интенсивность. учебной деятельности определяют по показателю плотности урока (отношение времени, в течение которого обучающийся занят учебной работой, ко времени всего занятия, выраженное в процентах). Рекомендуемая плотность урока для начальных классов составляет в пределах 60 - 80%. Важным показателем урока является число смен видов деятельности (письмо, чтение, ответ у доски и т.д.), их число не должно превышать 7. Учебная деятельность должна чередоваться с перерывами для отдыха глаз от зрительной работы, физкультминутками, эмоциональными разрядками.

Внеурочная деятельность обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов формируется из часов, необходимых для обеспечения их индивидуальных потребностей и составляющих суммарно 10 часов в неделю на обучающегося, из которых не менее 5 часов должны включать обязательные занятия коррекционной направленности с учетом возрастных особенностей учащихся и их физиологических потребностей.

Обучение детей с ОВЗ и детей-инвалидов по специальным программам подразумевает индивидуальный подход к каждому из них. Физиолого-гигиенические исследования обучающихся и медико-социологические исследования педагогов свидетельствуют о преимуществе обучения таких детей в отдельных классах (или специальных отделениях образовательной организации) для сохранения оптимального функционального состояния организма в процессе учебной деятельности по сравнению с инклюзивным образованием. "Промежуточной" моделью образования детей с ОВЗ и детей-инвалидов является интегрированное обучение в различных его формах (постоянная/временная частичная, постоянная неполная/полная, эпизодическая интеграция), характеризующееся разной степенью включенности в учебный процесс и социального взаимодействия с нормотипичными детьми, что позволяет сделать

выбор для ребенка на основе его адаптационных возможностей и т.п. Постоянная полная интеграция близка по своим характеристикам к инклюзии.

Инклюзивная модель обучения оптимальна и эффективна для детей, которые по уровню психо-физиологического и речевого развития близки к возрастной норме и психологически готовы к обучению с нормотипичными детьми.

2.3. Создание оптимальных условий для организации двигательной активности детей с ОВЗ и детей-инвалидов

Занятия физической культурой и спортом играют важную роль в адаптации, социализации, приобщению к здоровому образу жизни обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов, а также являются основным специфическим средством, с помощью которого достигается направленное воздействие на обучающихся, решаются коррекционно-развивающие, компенсаторные, лечебные, профилактические, образовательные, оздоровительные и воспитательные задачи.

В качестве приоритетных задач физического воспитания детей с ОВЗ можно выделить следующие:

- коррекция осанки, основных движений (ходьбы, бега и других);

- укрепление мышечного корсета;

- коррекция телосложения;

- профилактика и предупреждение вторичных отклонений;

- активизация вегетативных функций.

При этом для достижения развивающе-профилактического эффекта необходимо использовать основные принципы физического воспитания детей с ОВЗ и детей-инвалидов:

- индивидуальный подход. Программа должна учитывать специфику заболевания, степень выраженности нарушений, физические возможности ребенка;

- постепенность и доступность. Нагрузка увеличивается постепенно, упражнения адаптируются к возможностям ребенка;

- комплексность. Занятия включают различные виды активности: ЛФК, игровые упражнения, адаптированные виды спорта;

- систематичность и регулярность. Занятия проводятся регулярно, желательно ежедневно;

- положительная мотивация. Создание комфортной атмосферы, поощрение успехов;

- межведомственное взаимодействие. Взаимодействие врачей, педагогов, психологов, родителей.

В образовательной организации должны быть созданы материально-технические условия для занятий физической культурой и спортом для обучающихся с ОВЗ, позволяющие обеспечить доступность образования с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей обучающихся:

- тренажерный зал, тренажерные устройства;

- зал (кабинет) по лечебной физической культуре;

- зал ритмической гимнастики (корригирующей гимнастики);

- зал хореографии (по возможности).

Целесообразно использовать специальное, нестандартное оборудование (мягкие модули), гимнастическое оборудование; индивидуальные технические средства передвижения, приборы для альтернативной и дополнительной коммуникации и другое специальное оборудование (включая специализированные компьютерные системы обучения).

Одним из средств, улучшающих психическое и физическое состояние детей, является адаптивная физическая культура (АФК). Это форма физического воспитания, предназначенная для лиц с ОВЗ и детей-инвалидов, имеет большое значение для восстановления и развития функций внутренних органов, исправления неправильной осанки, деформации позвоночника и стопы, нормализации целостной реакции детского организма на физическую нагрузку, оптимизации условий для повышения физической работоспособности.

Регулярные занятия АФК для детей с ОВЗ и детей-инвалидов являются необходимыми. Посредством АФК можно значительно улучшить психическое и физическое состояние обучающихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья, и главное, приобщить их к посильным для себя физическим упражнениям и умению управлять своим психофизиологическим состоянием.

В зависимости от целей и задач адаптивных программ занятия могут подразделяться на:

1) занятия образовательной направленности, предназначенные для формирования специальных знаний, обучения разнообразным двигательным умениям;

2) занятия коррекционно-развивающей направленности, предназначенные для развития и коррекции физических качеств и координационных способностей, коррекции движений, коррекции сенсорных систем и психических функций с помощью физических упражнений;

3) занятия оздоровительной направленности, предназначенные для коррекции осанки, деформации стопы, профилактики соматических заболеваний, нарушений сенсорных систем, укрепления сердечно-сосудистой и дыхательных систем;

4) занятия спортивной направленности, предназначенные для совершенствования физической, технической, тактической, психической, волевой, теоретической подготовки в избранном виде спорта;

5) занятия рекреационной направленности, предназначенные для организованного досуга, отдыха, игровой деятельности;

6) комплексные занятия, являющиеся наиболее востребованными для обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов, так как на таких занятиях могут решаться сразу две или три педагогические задачи. Такие занятия включают в себя упражнения из различных разделов физической подготовки в различных

сочетаниях, где могут отрабатываться упражнения на развитие быстроты, ловкости, приемы и действия, связанные с тонкой двигательной координацией.

Необходимо проводить регулярный контроль за состоянием организма детей с ОВЗ и детей-инвалидов в процессе занятий физической культурой с использованием усовершенствованной методики медико-педагогического контроля (Приложение 3). Данная методика позволяет оценивать и контролировать реакцию организма на физическую нагрузку и степень его толерантности в режиме экспресс-исследования. Для детей с ОВЗ и детей-инвалидов это является особо актуальной задачей, поскольку у таких детей имеются нарушения здоровья и они уязвимы в отношении повреждающего влияния неадекватной физической нагрузки на растущий организм.

На основании результатов функциональной пробы с дозированной физической нагрузкой формируются группы детей с благоприятной, допустимой и неблагоприятной реакциями сердечно-сосудистой системы. Обучающиеся с допустимой реакцией ЧСС на физическую нагрузку требуют повышенного внимания со стороны преподавателя физической культуры, а для обучающихся с неблагоприятной реакцией ЧСС необходимо применять индивидуальный подход к организации физического воспитания и контролю физических нагрузок на уроках физической культуры.

При организации занятий по физической культуре для детей с ОВЗ и детей-инвалидов, следует исходить из возможностей ребенка - задания должны быть умеренной трудности, но быть доступными для обеспечения переживания успеха на фоне определенной затраты усилий. Задания следует постепенно усложнять в соответствии с возрастающими возможностями ребенка.

Каждое занятие должно содержать элементы обучения, развития, коррекции, компенсации и профилактики.

Специфической направленностью в работе с этой категорией детей является ее коррекционно-компенсаторная направленность. Дети нуждаются в повышении двигательной активности. Исправление нарушений физического развития, моторики и расширение двигательных возможностей таких детей являются главным условием подготовки к жизни.

Особенность занятий физкультурой с детьми с ОВЗ и детьми-инвалидами заключается также в том, что педагогические воздействия должны быть направлены не только на коррекцию физического, но и психического здоровья.

Основными задачами на каждом занятии являются коррекция и профилактика нарушений осанки, плоскостопия; формирование правильной ходьбы, бега и других видов движений, активизация вегетативных функций и укрепление мышечного корсета. Именно поэтому занятия с данными детьми должны носить коррекционно-развивающую направленность.

Особо следует обратить внимание на индивидуальный подход в организации образовательной деятельности обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов, на выбор методических приемов в зависимости от структуры и тяжести основного дефекта, наличия или отсутствия сопутствующих и вторичных нарушений, возраста, физического и психического развития, сохранности или поражения сенсорных систем, органов опоры и движения, интеллекта, способности к обучению, медицинских показаний и противопоказаний и т.п.

Важное значение для обеспечения эффективной интеграции детей с ОВЗ и детей-инвалидов в физкультурное образование имеет проведение информационно-просветительской, разъяснительной работы по вопросам, связанным с особенностями образовательной деятельности по физической культуре для данной категории детей, со всеми участниками образовательного процесса - обучающимися, их родителями (законными представителями), педагогическими работниками.

В рамках информационно-просветительской деятельности с родителями целесообразно использовать следующие формы работы:

- проведение родительских лекториев по формированию здоровья и адаптации обучающихся средствами физической культуры и спорта;

- организация семейных клубов;

- участие в спортивных мероприятиях, в Днях здоровья и т.д.

Физическое воспитание детей с ОВЗ и детей-инвалидов в школе - длительный и сложный процесс, требующий индивидуального подхода и профессионализма специалистов. Основная цель таких занятий состоит не только в улучшении физического состояния, но и в гармоничном развитии личности ребенка, его социальной адаптации и повышении качества жизни.

Эффективность физического воспитания детей с ОВЗ и детей-инвалидов во многом зависит от междисциплинарного взаимодействия специалистов, в т.ч. медицинского, психолого-педагогического профиля, социальных педагогов в тесном сотрудничестве с родителями, воспитывающих детей с ОВЗ и детей-инвалидов.

2.4. Создание оптимальных условий для организации питания детей с ОВЗ и детей-инвалидов

Правильная организация питания обучающихся - важная составляющая сохранения и укрепления их здоровья.

При организации питания образовательная организация руководствуется санитарно-эпидемиологическими правилами и нормами СанПиН 2.3/2.4.3590-20"Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения"[8].

---

[8] Санитарные правила и нормы СанПиН 2.3/2.4.3590-20"Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения"

В организованных детских коллективах питание должно осуществляться посредством реализации основного (организованного) меню, включающего горячее питание, дополнительного питания, а также индивидуальных меню для детей, нуждающихся в лечебном и диетическом питании с учетом санитарно-эпидемиологических требований.

Для детей, нуждающихся в лечебном и диетическом питании, организацией, осуществляющей образовательную деятельность по основным образовательным

программам, по согласованию с органами здравоохранения определяются виды пищевой продукции и блюда с учетом заболеваний указанных лиц.

Для детей, нуждающихся в лечебном и диетическом питании, должно быть организовано лечебное и диетическое питание в соответствии с представленными родителями (законными представителями ребенка) назначениями лечащего врача. Индивидуальное меню должно быть разработано специалистом-диетологом с учетом заболевания ребенка (по назначениям лечащего врача). Предоставление детям рационов питания должно осуществляться в соответствии с утвержденными индивидуальными меню под контролем ответственных лиц, назначенных в организации. В организации, осуществляющей питание детей, нуждающихся в лечебном и диетическом питании, допускается употребление детьми готовых домашних блюд, предоставленных родителями детей, в обеденном зале или специально отведенных помещениях (местах), оборудованных столами и стульями, холодильником (в зависимости от количества питающихся в данной форме детей) для временного хранения готовых блюд и пищевой продукции, микроволновыми печами для разогрева блюд, условиями для мытья рук.

Организация питания детей с алиментарно-зависимыми заболеваниями (сахарным диабетом, фенилкетонурией, муковисцидозом, ожирением, пищевой аллергией и др. заболеваниями) осуществляется согласно действующим методическим рекомендациям Роспотребнадзора МР 2.4.0162-19 "Особенности организации питания детей, страдающих сахарным диабетом и иными заболеваниями, сопровождающимися ограничениями в питании (в образовательных и оздоровительных организациях)", в которых представлены предложения по организации питания в детских организованных коллективах для детей с заболеваниями, требующими индивидуального подхода [9].

---

[9]МР 2.4.0162-19"Особенности организации питания детей, страдающих сахарным диабетом и иными заболеваниями, сопровождающимися ограничениями в питании (в образовательных и оздоровительных организациях)"

Питание детей с ОВЗ и детей-инвалидов в образовательных организациях принципиально не отличается от питания нормотипичных детей и соответствует принципам рационального питания обучающихся в организованных коллективах, которое должно быть качественным, безопасным, сбалансированным, щадящим, правильно термически обработанным.

В образовательных организациях в соответствии с установленными требованиями СанПиН должны быть созданы следующие условия для организации питания обучающихся:

- предусмотрены производственные помещения для хранения, приготовления пищи, полностью оснащенные необходимым оборудованием, инвентарем;

- предусмотрены помещения для приема пищи, снабженные соответствующей мебелью;

- разработан и утвержден порядок питания учащихся (режим работы столовой, время перемен для принятия пищи).

Организация питания обучающихся осуществляется согласно приказу образовательной организации "О назначении ответственных за организацию питания", издаваемому к началу учебного года.

Приоритетным для ребенка является горячее, сбалансированное по пищевой ценности питание. Наряду с основным (горячим) питанием возможна организация дополнительного питания обучающихся через буфеты образовательных организаций, где дети могут купить выпечку, бутерброды, мелкоштучные кондитерские изделия в индивидуальной упаковке, салаты, соки, фрукты, молочные продукты, напитки, в том числе и горячие. Ассортимент предлагаемой продукции складывается из перечня пищевых продуктов, разрешенных для продажи в буфете, и согласовывается с органами Роспотребнадзора.

Питание в обеденном зале осуществляется в соответствии с установленным режимом. Обучающиеся каждого класса, в том числе с ОВЗ, дети-инвалиды, приходят в столовую в установленное время, и принимают пищу за закрепленными для каждого класса столами. Присутствие в зале лиц (лица), ответственных за питание, обязательно. В обеденном зале могут быть предусмотрены зоны для детей с ОВЗ и детей-инвалидов, удобные для приема пищи и удобства присутствия в обеденном зале, которые снабжены мебелью определенных размеров (высокими столами для подъезда колясочников); имеют специальное оборудование для оповещения (бегущая строка для слабовидящих детей, громкоговорители, наушники для слабослышащих и др.).

Меню должно предусматривать обеспечение суточных физиологических потребностей обучающихся в пищевых веществах и энергии в образовательной организации и дома. Белки, жиры, углеводы, витамины и минералы ребенок должен получать в течение дня. Ответственность возлагается на медицинских работников, педагогов и родителей.

Детям должен быть обеспечен питьевой режим.

Медицинский работник образовательных организаций и педагоги на занятиях информируют и обучают детей основам здорового питания.

Рациональный режим питания школьника включает: оптимально 5 - 6 приемов пищи в сутки через 3,5 - 4 часа. Более частые приемы приводят к снижению аппетита, редкие - к большим объемам пищи и растяжению желудка. Прием пищи рекомендуется в следующие часы:

- Завтрак дома - 7 - 7.30
- Горячий завтрак в школе - 10.00 - 10.30
- Обед дома или в школе - 14.00 - 15.00
- Полдник - 16.30 - 17.00
- Ужин - 18.00 - 19.00

Перед сном - за час до сна - стакан молока или кисломолочный напиток.

Учащимся второй смены лучше завтракать в 8 часов, обедать в 12.30, в 16.30 - полдник, ужин дома в 20 часов.

Если горячий завтрак в школе по какой-то причине невозможен, его можно заменить на молочно-фруктовый (молоко, йогурт, булочка, сыр, фрукты). Питание в школе необходимо сочетать с домашним питанием таким образом, чтобы рацион не был однообразным или недостаточным в соответствии с наличием или отсутствием физической нагрузки в связи с соответствующими ограничениями по здоровью, о чем педагоги и медицинские работники образовательной организации должны информировать родителей и обучающихся.

В первую половину дня лучше съедать продукты богатые животным белком, а на ужин - молочно-растительные блюда.

Распределение калорийности питания в течение суток при 5 - 6-разовом питании представлено в таблице.

Таблица

Приемы пищи для школьников в течение дня (с учетом домашнего питания)

Прием пищи	**% калорийности**	**Время приема**	**Место приема**
1 завтрак	10%	7.00 - 7.30	дома
2 завтрак	20%	10.00 - 10.30	в школе
обед	30%	14.00 - 14.30	в школе
полдник	15%	16.30 - 17.00	в школе или дома
ужин	20%	18.00 - 19.00	дома
2 ужин	5%	21.30 - 22.00	дома

Ребенок обязательно должен поесть в школе. Педагоги обязаны разъяснять школьнику необходимость и важность горячего питания в образовательной организации.

Педагоги осуществляют взаимодействие с родителями, обучающимися, медперсоналом и информируют их о возможности заранее ознакомиться с рационом, который ребенок получает в данный конкретный день, и с рекомендациями по домашнему питанию (чем желательно накормить ребенка дома на ужин, и какой завтрак рекомендован в последующий день утром перед школой).

Важно, чтобы питание было физиологически полноценным и сбалансированным, как в организованном коллективе, так и в домашних условиях. Оценка питания детей и подростков в современных условиях, их пищевого поведения показывают, что отсутствует преемственность домашнего и школьного питания, а блюда, которые предлагаются в школьном меню часто не нравятся обучающимся, они не едят или съедают их не полностью, что определяет необходимость обучения

правильному формированию современных навыков здорового питания, с учетом особенностей и пищевых предпочтений школьников.

Вкусовые привычки детей формируются с учетом традиций семьи и индивидуальных особенностей каждого ребенка, поэтому необходимо знакомить детей с разными и новыми для них вкусами в индивидуальном порядке и прививать правильное пищевое поведение в школе и дома.

Основными задачами педагогов, связанными с формированием основ здорового питания у детей школьного возраста, являются: формирование навыков самостоятельного соблюдения основных правил гигиены питания, таких как мытье рук, использование в пищу продуктов, прошедших термическую обработку, вымытых овощей и фруктов, использование индивидуальных столовых приборов; самостоятельное соблюдение режима питания, формирование представления о продуктах и блюдах ежедневного рациона; развитие умения оценивать вкус различных блюд, формирование позитивного отношения к полезным продуктам и блюдам; развитие представления об основных правилах культуры питания и стремления их выполнять. Нельзя забывать о взаимосвязи и преемственности домашнего и школьного питания. Для реализации этих задач педагоги осуществляют взаимодействие с медицинскими работниками и родителями (Памятка для родителей, Приложение 4).

3. Перечень нормативно-методических документов и научно-методической литературы

3.1 Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" (ред. от 11.06.2021).

3.2. Приказ МЗ РФ № 213н от 26.05.25 "Об утверждении порядка оказания несовершеннолетним медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях".

3.3. Санитарные правила СП 2.4.3648-20"Санитарно-эпидемиологические требования к организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи".

3.4. Санитарные правила и нормы СанПиН 1.2.3685-21"Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания".

3.5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.11.2015 № 1309 (ред. от 18.08.2016) "Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи".

3.6. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации".

3.7. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (ред. от 05.12.2022) "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской федерации".

3.8. Санитарные правила и нормы СанПиН 2.3/2.4.3590-20"Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения".

3.9. Методические рекомендации от 30.12.2019 № МР 2.4.0162-19 "Особенности организации питания детей, страдающих сахарным диабетом и иными заболеваниями, сопровождающимися ограничениями в питании (в образовательных и оздоровительных организациях)".

3.10. Методические рекомендации "Организация питания детей с ментальными нарушениями, обучающихся в коррекционных школах", утвержденные Ученым советом ФГБНУ "Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований" 30.10.2024.

3.11. Методические рекомендации по проведению в организациях отдыха детей и их оздоровления инклюзивных смен для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, утвержденные Министерством просвещения Российской Федерации от 08.11.2021 № АБ-45/06ВН.

3.12. Методические рекомендации по реализации программ для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение "Всероссийский детский центр "Смена" Министерства просвещения Российской Федерации 2023 г.

Рекомендуемая литература

1. Бурганова И.Н. Стратегия развития образования детей с ограниченными возможностями здоровья и детей с инвалидностью в Российской Федерации на период до 2030 года: от теории к практике//Вестник Башкирского государственного педагогического университета им. М. Акмуллы. 2022. № 1-3(62). С. 94 - 97.

2. Смирнова О.В., Овчаренко Е.С., Каспаров Э.В., Фефелова В.В. Реактивность вегетативной нервной системы у детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью//Гигиена и санитария. 2023. № 102(2) С. 69 - 174.

3. Sit CH, McKenzie TL, Cerin E, Chow BC Huang WY, Yu J. Physical Activity and Sedentary Time among Children with Disabilities at School. Med Sci Sports Exerc. 2017 Feb; 49(2): 292 - 297. doi: 10.1249/MSS.0000000000001097. PMID: 28092643.

4. Yang W, Liang X, Sit CH. Physical activity and mental health in children and adolescents with intellectual disabilities: a meta-analysis using the RE-AIM framework. Int J Behav Nutr Phys Act. 2022 Jul 7; 19(1): 80. doi: 10.1186/s12966-25022-01312-1. PMID: 35799257; PMCID: PMC9261031.

5. Sit CHP, Huang WY, Yu JJ, McKenzie TL. Accelerometer-Assessed Physical Activity and Sedentary Time at School for Children with Disabilities: Seasonal Variation. Int J Environ Res Public Health. 2019 Aug 30; 16(17): 3163. doi: 10.3390/ijerph16173163. PMID: 31480233; PMCID: PMC6747188.

6. Лазуренко С.Б., Конова С.Р., Фисенко А.П., Терлецкая Р.Н., Соловьева Т.А., Нурлыгаянов И.Н. Организация здоровьесберегающего пространства при обучении детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов//Российский педиатрический журнал. 2023. № 26(1). С. 39 - 45. https://doi.org/10.46563/1560-9561-2023-26-1-39-45.

7. Гончарова Г.А., Лазуренко С.Б., Дробышева М.М. Здоровьесберегающие технологии в процессе обучения детей с ограниченными возможностями

здоровья//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. № 30(4). С. 673 - 678. https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-4-673-678

8. Феталиева Л.П., Шихалиева С.Х., Караева С.А. Исторические этапы развития инклюзивного образования младших школьников//Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2016. № 2. С. 94 - 99.

9. Нурлыгаянов И.Н., Соловьева Т.А., Лазуренко С.Б., Голубчикова А.В. Здоровьесбережение в образовании обучающихся с ОВЗ: принципы и организация//Психологическая наука и образование. 2022. Том 27. № 5. С. 34 - 45. DOI: 10.17759/pse.2022270503

10. Цыренов В.Ц. Педагогические модели образования детей с ОВЗ в условиях трансформации российского общества//Вестник Бурятского государственного университета. 2012. № 1. С. 57 - 63.

16. Попова Н.Е., Смирнова Н.А., Лемешенко Г.П. Модель обучения детей с ограниченными возможностями//Современный ученый. 2021. № 1. С. 166 - 70.

17. Fernandez-Batanero J.M., Montenegro-Rueda M., Fernandez-Cerero J. Are primary education teachers trained for the use of the technology with disabled students?//RPTEL. 2022. № 17. Article number: 19. DOI: 10.1186/s41039-022-00195-x

18. Гуськова Е.А. Условия успешной интеграции обучающихся с ограниченными возможностями в образовательную среду//Начальная школа. 2019. № 6. С. 18 - 22.

19. Рапопорт И.К. Ресурсы коррекционных школ в сфере укрепления здоровья детей с особыми потребностями (по материалам Всероссийского конкурса)//Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2020. № 4. С. 45 - 54.

20. Клочко Е.Ю. Предложения по реализации комплексного межведомственного подхода в совершенствовании механизмов организации образования детей с ОВЗ и инвалидностью//Аутизм и нарушения развития. 2018. № 10(1). С. 3 - 12. https://doi.org/10.17759/autdd.2018160101.

21. Гурьянова М.П., Гераськин А.В., Храмцов П.И. Оценка условий реализации инклюзивного образования в школах муниципального района//Педагогика. Т. 89. № 4. 2025. С. 78 - 84.

22. Ткачук Е.А., Мартынович Н.Н., Глобенко Н.Э. Особенности пищевого статуса и питания детей с расстройствами аутистического спектра//Вопросы питания. 2021. № 5. С. 67 - 76.

Приложение 1

Наполняемость групп компенсирующей направленности

(СП 2.4.3648-20"Санитарно-эпидемиологические требования к организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи".)

Количество детей в группах компенсирующей направленности не должно превышать:

для детей с тяжелыми нарушениями речи - 6 детей в возрасте до 3 лет и 10 детей в возрасте старше 3 лет,

для детей с фонетико-фонематическими нарушениями речи - 12 детей в возрасте старше 3 лет,

для глухих детей - 6 детей для обеих возрастных групп,

для слабослышащих детей - 6 детей в возрасте до 3 лет и 8 детей в возрасте старше 3 лет,

для слепых детей - 6 детей для обеих возрастных групп,

для слабовидящих детей - 6 детей в возрасте до 3 лет и 10 детей в возрасте старше 3 лет,

для детей с амблиопией, косоглазием - 6 детей в возрасте до 3 лет и 10 детей в возрасте старше 3 лет,

для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата - 6 детей в возрасте до 3 лет и 8 детей в возрасте старше 3 лет,

для детей с задержкой психоречевого развития - 6 детей в возрасте до 3 лет, для детей с задержкой психического развития - 10 детей в возрасте старше 3 лет,

для детей с умственной отсталостью легкой степени - 10 детей в возрасте старше 3 лет,

для детей с умственной отсталостью умеренной, тяжелой степени - 8 детей в возрасте старше 3 лет,

для детей с расстройствами аутистического спектра - 5 детей для обеих возрастных групп,

для детей со сложными дефектами (тяжелыми и множественными нарушениями развития) - 5 детей для обеих возрастных групп.

Количество детей в группах комбинированной направленности не должно превышать: в возрасте до 3 лет - не более 10 детей, в том числе не более 3 детей с ограниченными возможностями здоровья;

в возрасте старше 3 лет, в том числе: не более 10 детей, в том числе не более 3 глухих детей, или слепых детей, или детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, или детей с умственной отсталостью умеренной, тяжелой степени, или с расстройствами аутистического спектра, или детей со сложным дефектом, не более 15 детей, в том числе не более 4 слабовидящих и (или) детей с амблиопией и (или) косоглазием, или слабослышащих детей, или детей, имеющих тяжелые нарушения речи, или детей с умственной отсталостью легкой степени, не более 17 детей, в том числе не более 5 детей с задержкой психического развития, детей с фонетико-фонематическими нарушениями речи.

Приложение 2

Предельная наполняемость отдельного класса (группы), группы продленного дня для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

(СП 2.4.3648-20"Санитарно-эпидемиологические требования к организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи".)

Предельная наполняемость отдельного класса (группы), группы продленного дня для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья:

для глухих обучающихся - 6 человек,

для слабослышащих и позднооглохших обучающихся с легким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха, - 10 человек,

для слабослышащих и позднооглохших обучающихся с глубоким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха, - 6 человек,

для слепых обучающихся - 8 человек,

для слабовидящих обучающихся - 12 человек,

для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи - 12 человек,

для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата - 10 человек,

для обучающихся, имеющих задержку психического развития, - 12 человек,

для учащихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) - 12 человек,

для обучающихся с расстройствами аутистического спектра - 8 человек,

для обучающихся со сложными дефектами (с тяжелыми множественными нарушениями развития) - 5 человек.

Приложение 3

Усовершенствованная методика медико-педагогического контроля за детьми, занимающимися физической культурой и спортом

Перед началом проведения функциональной пробы необходимо оценить исходное состояние сердечно-сосудистой системы у обучающихся для установления их допуска к выполнению данной пробы.

Функциональная проба должна проводиться ежегодно в начале и в конце учебного года. Обследование осуществляется медицинским работником индивидуально каждого обучающегося в первой половине дня в отдельном помещении в спокойной обстановке при комфортной температуре. Исключается присутствие посторонних лиц (педагогов, родителей, обучающихся других классов). Каждому ребенку необходимо объяснить цель обследования и обучить технике правильного выполнения двигательного задания - приседания.

Для измерения частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериального давления (АД) используют автоматические или полуавтоматические осциллометрические тонометры с детскими манжетами, сертифицированные согласно международным протоколам.

Перед измерением ЧСС и АД обследуемый должен сидеть спокойно не менее 3 мин. Во время измерения рука удобно лежит на столе ладонью кверху примерно на уровне сердца. Манжета накладывается на плечо так, чтобы ее нижний край находился на 2 см выше внутренней складки локтевого сгиба. Резиновая трубка, соединяющая манжету с аппаратом, располагается с наружной стороны. Ребенок должен сидеть, опираясь на спинку стула, с расслабленными, не скрещенными ногами (ноги должны опираться на пол), не менять положения и не разговаривать на протяжении всей процедуры измерения. Измерение проводится три раза через каждые 2 мин после полного выпускания воздуха из манжеты.

Регистрируются величины всех трех измерений и выбираются наименьшие значения показателей, на основании которых осуществляется оценка ЧСС и АД. Полученные данные вносятся в Протокол № 1.

ПРОТОКОЛ № 1
допуска обучающихся _____ класса
к выполнению функциональной пробы с дозированной физической нагрузкой

(Дата обследования _____)

N п/п	Фамилия, имя	ЧСС	Оценка ЧСС	АДс *	Оценка АДс	АДд **	Оценка АДд	Отметка о допуске
1.								
2.								
3.								

_____

* АДс - артериальное давление систолическое

** АДд - артериальное давление диастолическое

Необходимость трехкратного измерения АД продиктована высокой лабильностью АД в ответ на внешние раздражители. В связи с возможной тревожной реакцией ребенка на процесс измерения может выявляться однократное повышение АД и тахикардия, так называемый феномен "гипертонии на белый халат", которое не должно учитываться.

Для оценки исходного уровня ЧСС и АД рекомендуется использовать их нормативные значения с учетом возраста и пола (табл. 1).

Таблица 1

Нормативные значения ЧСС и АД у детей и подростков 7 - 18 лет разного пола (Г.Н. Серюковская, 1983)

Показатели	**Девочки**	**Мальчики**
7 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	76 - 94	81 - 98
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	43 - 58	44 - 58
Частота сердечных сокращений, уд/мин	83 - 105	78 - 102
8 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	76 - 94	81 - 98
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	43 - 58	44 - 58
Частота сердечных сокращений, уд/мин	81 - 100	77 - 99
9 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	79 - 97	80 - 99
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	42 - 61	45 - 61
Частота сердечных сокращений, уд/мин	77 - 100	74 - 93
10 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	83 - 100	84 - 102
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	48 - 60	47 - 62
Частота сердечных сокращений, уд/мин	74 - 92	74 - 93
11 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	83 - 102	86 - 102
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	47 - 62	48 - 63

Частота сердечных сокращений, уд/мин	75 - 94	73 - 93
12 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	85 - 106	86 - 107
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	50 - 64	47 - 64
Частота сердечных сокращений, уд/мин	72 - 89	73 - 91
13 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	86 - 106	89 - 108
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	50 - 66	48 - 65
Частота сердечных сокращений, уд/мин	71 - 91	71 - 90
14 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	90 - 113	92 - 112
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	52 - 69	49 - 66
Частота сердечных сокращений, уд/мин	71 - 90	71 - 90
15 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	91 - 113	95 - 115
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	52 - 67	48 - 69
Частота сердечных сокращений, уд/мин	71 - 90	71 - 90
16 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	91 - 114	95 - 117
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	55 - 69	54 - 71
Частота сердечных сокращений, уд/мин	71 - 88	71 - 85

17 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	96 - 116	98 - 121
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	54 - 67	50 - 71
Частота сердечных сокращений, уд/мин	71 - 87	71 - 84
18 лет		
Систолическое АД, мм. рт. ст.	96 - 116	98 - 121
Диастолическое АД, мм. рт. ст.	54 - 67	50 - 71
Частота сердечных сокращений, уд/мин	65 - 87	65 - 84

Календарный возраст ребенка определяется с точностью до 6 месяцев. Например, к 8-летним относят детей от 7 лет 6 мес до 8 лет 5 мес 29 дней.

Дети, имеющие противопоказания к занятиям физической культурой в связи с наличием у них острых или хронических заболеваний, а также с отклонениями от нормы ЧСС и АД, к выполнению пробы с дозированной физической нагрузкой не допускаются и направляются на консультацию к врачу. При наличии брадикардии необходим индивидуальный подход, в том числе с учетом спортивного анамнеза обучающегося. Следует также учитывать, что предельным нижним нормативным значением ЧСС у детей и подростков 7 - 18 лет считается 60 уд/мин.

При наличии допуска к выполнению функциональных проб перед ее началом определяется исходный уровень ЧСС до нагрузки. Для этого ребенку в положении сидя пальпаторно в области луче-запястного сустава измеряют пульс в течение 1 мин и полученные данные вносят в протокол № 2 (значения ЧСС должны быть в пределах возрастно-половой нормы).

ПРОТОКОЛ № 2
оценки реакции сердечно-сосудистой системы обучающихся _____ класса на дозированную физическую нагрузку

(Дата обследования _____)

N п/п	Фамилия, имя	ЧСС до нагрузки (уд/мин)	ЧСС после нагрузки		Прирост ЧСС (%)	Восстановление		Реакция (Б, Д, НБ) *
			За первые 10 с	Перерасчет за 1 мин (уд/мин)		ЧСС на 3 мин (уд/мин)	ЧСС на 5 мин (уд/мин)	
1.								

2.								
3.								

_____

* Б - благоприятная реакция, Д - допустимая реакция, НБ - неблагоприятная реакция

Далее ребенок выполняет 20 глубоких приседаний за 30 с. Необходимо строго контролировать темп и глубину выполнения приседаний с помощью устного счета (раз - приседание, два - вставание). Очень важным является качество выполнения двигательного задания - при каждом приседании обследуемый вытягивает руки вперед, при вставании - опускает их вниз.

Сразу же после нагрузки ЧСС измеряется в течение 10 с сидя и данные заносятся в протокол. Через 2 мин вновь ЧСС измеряется в течение всей 3-й мин восстановления. Полученные данные вносят в протокол и сопоставляют с исходными значениями ЧСС до нагрузки.

Если значение ЧСС после нагрузки превышает исходное значение до нагрузки не более 5%, то это свидетельствует о его восстановлении. На практике для определения верхнего значения величины, к которому должна восстановится ЧСС, исходное значение умножают на 0,05 и результат прибавляют к исходному значению ЧСС. Полученные данные сравнивают со значением ЧСС на 3-й мин. При значении, большем, чем ЧСС на 3-й мин, отмечается восстановление. В противном случае, восстановление не произошло и продолжают вести наблюдение до 5-й мин, в течение которой вновь измеряют ЧСС и сравнивают вышеописанным способом с исходным значением ЧСС.

После того, как установлено восстановление на 3-й или 5-й мин, а также, если восстановление ЧСС на 5-й мин не установлено, определяют прирост ЧСС, вызванный выполнением функциональной пробы по формуле:

$ЧСС\ (\%) = (4СС_1 - ЧСС_0) / ЧСС_0 \times 100\%$,

где $ЧСС_0$ - исходное значение ЧСС до нагрузки,

$ЧСС_1$ - значение ЧСС сразу после нагрузки Результаты исследования восстановления и прироста ЧСС заносят в протокол № 2.

На основании анализа соотношений значений прироста ЧСС после нагрузки и времени восстановления ЧСС разработаны критерии оценки реакции сердечно-сосудистой системы на дозированную физическую нагрузку (табл. 2).

Таблица 2

Критерии оценки реакции сердечно-сосудистой системы на дозированную физическую нагрузку у обучающихся

Реакция	Прирост ЧСС, %	Время восстановления ЧСС, мин
Благоприятная	Не более 50,0	Не более 3
Допустимая	не более 50,0	не более 5
	от 51,0 до 70,0	не более 3
	от 51,0 до 70,0	не более 5
Неблагоприятная	не более 50,0	более 5
	от 51,0 до 70,0	более 5
	более 70,0	не более 3
	более 70,0	не более 5
	более 70,0	более 5

Реакция сердечно-сосудистой системы считается благоприятной, если прирост значения ЧСС по сравнению с исходным значением не превышает 50,0% и в течение 3-й мин происходит восстановление ЧСС до исходного уровня.

Реакция является допустимой, если оба показателя (прирост ЧСС и время восстановления ЧСС) соответствуют критерию допустимой реакции или один из показателей соответствует критерию благоприятной реакции, а другой - допустимой реакции.

Реакцию следует считать неблагоприятной, если оба показателя (прирост ЧСС и время восстановления ЧСС) соответствуют критерию неблагоприятной реакции или один из показателей соответствует неблагоприятной реакции, а другой - благоприятной или допустимой.

Приложение 4

Памятка
для родителей о рациональном питании детей

В настоящее время повседневный рацион большинства россиян - это пища углеводно-жировая, с недостаточным количеством белка, дефицитом волокон, витаминов и микроэлементов.

Питание в фаст-фуд, употребление высоко жировых рафинированных продуктов, огромное количество газированных напитков, чипсы, гамбургеры, хот-доги, супы и лапша быстрого приготовления - реалии нашего времени. Именно таким характером питания объясняется стремительный рост числа людей с избыточной массой тела, ожирением, сахарным диабетом, атеросклерозом, сердечно-

сосудистыми заболеваниями, что диктует необходимость перехода к правильному питанию и к здоровому образу жизни.

Не все школьники строго соблюдают режим питания. Увлекшись занятиями или игрой, они часто пропускают время приема пищи. Это нарушает работу желудочно-кишечного тракта, препятствует выработке и упрочению стереотипов, что ухудшает переваривание и усвоение съеденной пищи.

Пища должна быть не только полезной, но и вкусной, разнообразной, красиво приготовленной и поданной к столу. Навыки культурного поведения за столом - пользование ножом, вилкой, салфеткой - должны быть сформированы в дошкольном возрасте. Ребенку необходимо объяснять, что во время приема пищи он не должен отвлекаться на посторонние игры, разговоры, чтение, телевизионные передачи, компьютер. При таких условиях пища хуже усваивается (тормозится выделение пищеварительных соков).

В формировании принципов и навыков здорового питания, полезных и правильных привычек очень важен пример взрослых. Семейные завтраки, обеды или ужины более привлекательны для ребенка, в отличие от одиночного приема пищи. Родители являются главным образцом поведения для ребенка. Даже самые эффективные методы обучения не дадут достаточного результата, если в семье не соблюдаются правила здорового питания и родители не заботятся о своем здоровье.

Педагогам необходимо разъяснять как детям, так и родителям необходимость ограничивать, а лучше всего исключить в питании использование новых неизвестных специй, кетчупов, майонезов, газированных напитков и других продуктов, не рекомендованных специалистами к употреблению в детском возрасте. Беспорядочное употребление детьми сладостей, питье и еда между завтраком, обедом и ужином, уменьшает желание есть в назначенное время.

Необходимо приучать детей мыть руки перед едой, вести себя за столом спокойно, есть не спеша, правильно пользоваться столовыми приборами - ложкой, вилкой, ножом, применять салфетку, не отвлекаться чем-либо посторонним. Одновременно надо следить за тем, чтобы дети не слишком долго сидели за столом (во время обеда не более получаса).

Хороший аппетит вызывает не только запах и вид вкусной пищи, но и обстановка, в которой принимается пища. Чистая скатерть и посуда создают хорошее настроение и способствуют возбуждению аппетита.

Питание ребенка должно быть всегда не только полноценным, но и безопасным. Выполнение детьми гигиенических требований играет важную роль в предупреждении желудочно-кишечных и глистных заболеваний. Санитарная культура приготовления пищи (чистота помещения, посуды и всего инвентаря, который используется в процессе приготовления пищи) имеет большое значение в профилактике желудочно-кишечной патологии. Положительное действие на пищеварение оказывает температура пищи. Температура подачи первых блюд должна быть не ниже +75 °С, вторых блюд - не ниже +65 °С, температура подачи холодных блюд +14… +15 °С.

Питание должно соответствовать принципам щадящего питания, предусматривающим способы приготовления блюд, таких, как варка,

приготовление на пару, тушение, запекание, и исключать продукты с раздражающими свойствами.

Педагогам, как и родителям, следует приучать детей готовиться к приему пищи и правильно вести себя за столом. Перед едой они должны привести себя в порядок: причесаться, поправить одежду, чисто вымыть руки. Объяснение важности, настойчивые требования выполнять этот несложный, но обязательный ритуал приготовления к еде, сами по себе недостаточны. Решающее значение в этом отношении так же имеет пример взрослых, как и пример поведения за столом. Ребенок должен есть только сидя за столом, сохраняя при этом правильную позу. Нельзя класть локти на стол, мешать соседу. Его следует приучать быть вежливым, внимательным к другим.

Очень полезно привлекать ребенка, начиная уже с дошкольного возраста, к несложной сервировке стола, позволять ребенку расставить посуду и разложить приборы вместе со старшими членами семьи, а в дальнейшем самостоятельно, это поможет сформировать у ребенка правильное представление о подготовке к различным приемам пищи, привить привычки культуры питания.

© Материал из Справочной системы «Образование»
https://1obraz.ru
Дата копирования: 23.03.2026