

## К ВОПРОСУ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Ж. В. Гудинова<sup>1</sup>, А. А. Рыбкин<sup>1,2</sup>✉, Л. В. Демакова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия

<sup>2</sup> Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тюменской области, Тюмень, Россия

В условиях демографических изменений особое значение приобретает сохранение здоровья всех детей, включая детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Дети-инвалиды представляют собой особую группу, требующую создания специальных условий для эффективного обучения и воспитания. Методические трудности комплексной оценки здоровья детей-инвалидов обусловлены ведомственным разобщением и недостаточной гармонизацией нормативных документов. Целью исследования было оптимизировать комплексную оценку здоровья детей с ОВЗ. Для проведения исследования были использованы данные медицинских карт обучающихся ( $n = 104$ ). В ходе исследования установлены высокий уровень заболеваемости детей, низкий удельный вес детей с нормальным физическим развитием (57%), преобладание детей с низким ростом в структуре детей с нарушениями физического развития (20%). Рекомендовано использование двух методов оценки физического развития детей: шкалы регрессии информативны в отношении нарушений роста детей, индекс массы тела (ИМТ) — в отношении степени избытка массы тела. Выявлены противоречия результатов комплексной оценки здоровья: 68 детей 5-й группы здоровья отнесены к подготовительной группе физического воспитания, что предполагает высокий риск развития тяжелой клинической ситуации на уроке физкультуры. В целях оптимизации комплексной оценки здоровья детей-инвалидов рекомендованы более четкие формулировки в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ), их гармонизация с понятийным аппаратом приказов Министерства труда и социальной защиты РФ (Минтруд России).

**Ключевые слова:** дети с ограниченными возможностями здоровья, комплексная оценка здоровья, группа здоровья, группы физического воспитания, физическое развитие, нормативные акты, гармонизация

**Вклад авторов:** Ж. В. Гудинова — научное руководство, концепция исследования; развитие методологии, анализ и систематизация данных, критический пересмотр и редактирование текста рукописи; формулировка выводов; А. А. Рыбкин — сбор, анализ и обобщение данных литературы, сбор данных, применение статистических и математических методов для анализа данных; интерпретация результатов исследования, написание текста рукописи, работа с графическим материалом; Л. В. Демакова — сбор, анализ и обобщение данных литературы.

**Соблюдение этических стандартов:** исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России (протокол № 10 от 19 сентября 2023 г.). Получены письменные информированные согласия родителей (опекунов) участников исследования.

✉ **Для корреспонденции:** Александр Алексеевич Рыбкин  
ул. Карла Маркса, д. 77А, кв. 94, г. Ишим, 627750, Россия; aa-rybkin@ya.ru

**Статья получена:** 15.01.2025 **Статья принята к печати:** 03.09.2025 **Опубликована онлайн:** 27.09.2025

**DOI:** 10.24075/rbh.2025.139

## REGARDING THE COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE CONDITION OF SCHOOLCHILDREN WITH HEALTH LIMITATIONS

Gudinova ZhV<sup>1</sup>, Rybkin AA<sup>1,2</sup>✉, Demakova LV<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Omsk State Medical University, Omsk, Russia

<sup>2</sup> Tyumen Oblast Directorate of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, Tyumen, Russia

In the context of demographic changes, the preservation of the health of all children, including those with health limitations, acquires particular importance. Children with health limitations are a special group that needs special conditions for effective education and upbringing. The comprehensive assessment of the health of such children lacks methodological uniformity because of poor communication between the bodies and agencies involved in assisting them, as well as insufficient harmonization of the applicable regulations. This study aimed to optimize the respective assessment process. The materials were medical records of students ( $n = 104$ ), used as the sources of data. We revealed that children with health limitations tend to be ill often; the proportion of those developing normally in physical terms is low (57%); most of the children with abnormal physical development (20%) are short. The recommendation is to use two methods for assessing children's physical development: regression coefficients, which describe growth disorders, and body mass index (BMI), which reports the degree of excess body weight. We identified faults in the results of the comprehensive health assessment: 68 children belonging to the 5<sup>th</sup> health group were qualified for the preparatory physical education group, which creates a high risk of a severe clinical situation in a physical education lesson. From the perspective of optimization of the comprehensive assessment of the condition of children with health limitations, the recommendation is to make the wording of the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation more clear and to harmonize it with the conceptual framework of the Orders of the Ministry of Labour and Social Affairs of the Russian Federation.

**Keywords:** children with health limitations, comprehensive health assessment, health group, physical education groups, physical development, regulations, harmonization

**Author contribution:** Gudinova ZhV — research supervision, study concept; development of methodology, data analysis and systematization, critical revision and editing of the manuscript; formulation of conclusions; Rybkin AA — collection, analysis and generalization of literature data, data collection, application of statistical and mathematical methods for data analysis; interpretation of the study results, manuscript authoring, graphics; Demakova LV — collection, analysis and generalization of literature data.

**Compliance with ethical standards:** the study was approved by the Ethics Committee of the Omsk State Medical University (Minutes No. 10 of September 19, 2023). Parents (guardians) of the participants submitted written informed consent forms.

✉ **Correspondence should be addressed:** Alexander A. Rybkin  
Karl Marx St. 77A, ap. 94, Ishim, 627750, Russia; aa-rybkin@ya.ru

**Received:** 15.01.2025 **Accepted:** 03.09.2025 **Published online:** 27.09.2025

**DOI:** 10.24075/rbh.2025.139

В настоящее время здоровье детей становится все более важной проблемой для государства ввиду известных неблагоприятных демографических изменений: в условиях снижения рождаемости возрастает значение здоровья и образования каждого ребенка как потенциального работника, что распространяется и на детей с ОВЗ [1–5]. Как известно, дети с ОВЗ — это дети, имеющие недостатки в физическом и/или психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий (к специальным условиям образовательных организаций относятся адаптированные образовательные программы и методы обучения, учебники и технические средства обучения, услуги ассистента, обеспечение доступа в здания организаций и др.) [6]. Среди детей с ОВЗ могут быть дети, имеющие статус детей-инвалидов [7].

В ходе наших предыдущих исследований были отмечены методические трудности комплексной оценки здоровья детей-инвалидов, а именно определение группы здоровья и медицинской группы физического воспитания (ФВ) [8–12]. Несмотря на ряд многих обязательных исследований здоровья (или остатков здоровья) детей-инвалидов, проводимых в учреждениях медико-социальной экспертизы в целях разработки для каждого ребенка-инвалида Индивидуальной программы реабилитации [6, 13–15], комплексная оценка здоровья не только не теряет своей значимости, но и является дополнительным реабилитационным инструментом, элементом специальных условий общеобразовательной организации (школы) и спортивной организации из системы дополнительного образования.

Среди причин трудностей комплексной оценки здоровья было обозначено определенное ведомственное разобщение деятельности учреждений Минтруда России и МЗ РФ, в том числе в информационной сфере, вплоть до различий в численности детей-инвалидов в стране, а также в недостаточной гармонизации понятийного аппарата в ведомственных документах [9].

В доступной литературе нет работ, посвященных этой проблеме, в связи с чем и было проведено настоящее исследование.

## ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

На первом этапе проведено аналитическое исследование нормативно-правовых документов МЗ РФ, Минтруда России и Министерства науки и высшего образования РФ (Минобрнауки России), регламентирующих реабилитацию, комплексную оценку здоровья детей-инвалидов, их образование и ФВ [6, 13–20].

На втором этапе проведено исследование здоровья школьников, посещающих Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение «Ишимская школа-интернат» (г. Ишим, Тюменская область), где обучаются дети с ОВЗ, по результатам копирования сведений из медицинских карт учащихся (форма 026/у-2000), а также индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА), имеющих в медицинском кабинете школы. Исследование было проведено в мае 2024 г., в него были включены все обучавшиеся на тот момент в образовательном учреждении школьники ( $n = 104$ ).

Была изучена заболеваемость детей, в том числе инвалидизирующая патология, за которую был принят первый из нескольких диагнозов каждого ребенка.

Группы здоровья и группы ФВ были определены врачом-педиатром по результатам медицинского осмотра.

Физическое развитие (ФР) оценивали по антропометрическим измерениям, выполненным медицинским работником школы, двумя методами: 1) методом шкал регрессии с использованием нормативов для Тюменской области [21], 2) методом индексов с расчетом индекса массы тела (ИМТ) и с применением таблиц Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [22].

Статистическую обработку результатов исследования проводили с применением пакетов прикладных программ Microsoft Excel (Microsoft; США) и Statistica 6.0 (StatSoft; США). За критическое значение уровня статистической значимости при проверке нулевых гипотез принимали  $p < 0,05$ ; при значениях  $0,05 \leq p < 0,1$  результаты считали статистически значимой тенденцией.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В Ишимской школе-интернате обучались 104 школьника в возрасте от 8 до 18 лет: 44 девочки и 60 мальчиков, все — школьники начального и среднего звена (69 и 35 детей, соответственно). Несмотря на возраст детей, старших классов в школе нет.

### Заболеваемость детей-инвалидов

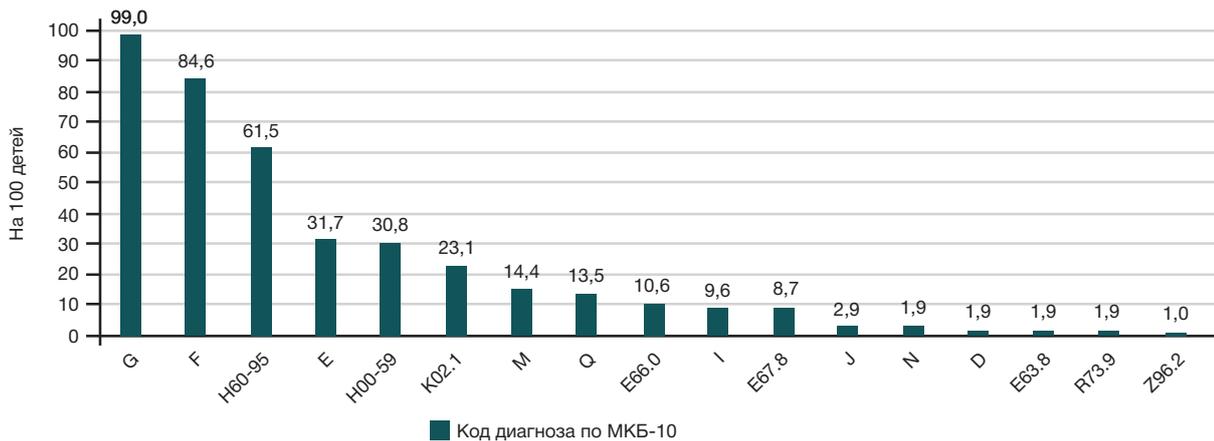
Высокий уровень заболеваемости установлен у всех детей: от двух до восьми диагнозов у каждого, в среднем по три диагноза. На рис. 1 представлена характеристика распространенности установленных диагнозов (по группам МКБ-10) среди исследуемых школьников.

Как видно из рис. 1, на первом месте по распространенности среди школьников болезни нервной системы (G): они встречаются в 99,0 случаях на 100 детей. На втором месте психические расстройства и расстройства поведения (F) — 84,6 случая на 100 детей. Они представлены в основном расстройствами, обусловленными повреждением или дисфункцией головного мозга, соматической болезнью (F06.8) и расстройством речевой артикуляции (F80.0), есть дети с задержкой психического развития (ЗПР). На третьем месте заболевания уха — они составили 61,5 случаев на 100 детей по распространенности, а самым распространенным диагнозом в этой группе стала «H90.3 Нейросенсорная потеря слуха двусторонняя». Этот диагноз был установлен у 63 школьников, что составляет 60,6 случаев на 100 детей. Все эти дети носят кохлеарные импланты.

Четвертое место по распространенности среди школьников занимали болезни эндокринной системы (E): 31,7 случаев на 100 детей. Самыми распространенными диагнозами по этому классу болезней были ожирение (E66.0) и избыточное питание (E67.8), которые составили 10,6 и 8,7 случаев на 100 детей соответственно (в сумме это 20 школьников, то есть 19,2 случая на 100 детей). Диагноз E63.8 (недостаточность питания) отмечен у 1,9 на 100 детей (2%).

### Физическое развитие

При использовании шкал регрессии [21] нормальное ФР отмечено у 57% школьников. У 12% наблюдается дефицит массы тела (MT), у 9% — избыточная MT; у 20% отмечен низкий рост, а у 2% — высокий рост (согласно форме Карты профилактического медицинского осмотра



**Рис. 1.** Распространенность патологии среди детей школы-интерната (по классам МКБ-10) на 100 детей. **Примечание:** G — болезни нервной системы; F — психические расстройства; H60-95 — болезни уха; E — болезни эндокринной системы; H00-59 — болезни глаза; K02.1 — кариес; M — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; Q — врожденные аномалии; E66.0 — ожирение; I — болезни системы кровообращения; E67.8 — избыточное питание; J — болезни органов дыхания; N — болезни мочеполовой системы; D — анемии; E63.8 — недостаточность питания; R73.9 — гипергликемия неуточненная; Z96.2 — наличие имплантата

несовершеннолетнего № 030-ПО/у-17 по Приказу № 514н, ФР ребенка может быть оценено как нормальное или с нарушениями, такими как дефицит МТ, избыток МТ, низкий рост, высокий рост).

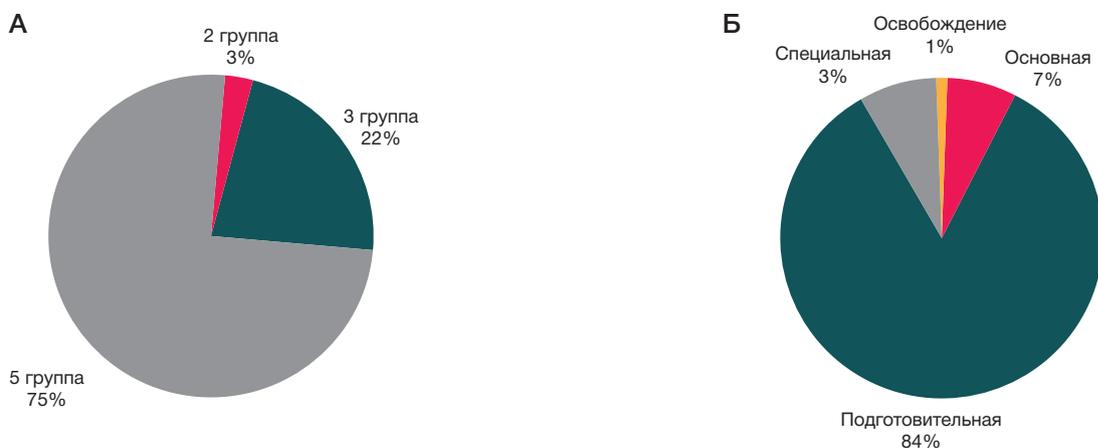
Согласно расчетам ИМТ, нормальное ФР наблюдалось у 61% школьников, дефицит МТ — у 13% школьников (в том числе тяжелый дефицит — у 3%), избыток МТ — у 26% школьников (в том числе ожирение 1-й степени — у 6% и 2-й степени — у 4%).

### Группы здоровья

Врачом школы для детей, посещающих школу-интернат, установлены три группы здоровья: 5-я группа (78 случаев или 75% от общего числа школьников), 3-я группа (23 случая или 22%) и 2-я группа (3 случая или 3%). Вторая группа здоровья определена у трех мальчиков младших классов (рис. 2).

### Группы физического воспитания

Врачом школы установлены три группы физического воспитания: подготовительная группа — 88 случаев (84%), специальная группа — 8 случаев (8%); основная группа — 7 случаев (7%) и освобождение от занятий — один случай (рис. 2). Деление специальной группы ФВ на специальную А и специальную Б в школе отсутствует.



**Рис. 2.** Распределение детей по группам здоровья и медицинским группам физического воспитания: (А) группы здоровья; (Б) медицинские группы физического воспитания

Среди детей с 5-й группой здоровья восемь детей отнесены к специальной группе ФВ, 68 отнесены к подготовительной группе для занятий физической культурой, и один ребенок отнесен к основной группе. Освобожден от занятий ребенок с 5-й группой здоровья.

Среди детей с 3-й группой здоровья большинство детей (20 человек) отнесены к подготовительной группе ФВ, а остальные трое — к основной группе.

Трое школьников 2-й группы здоровья отнесены к основной группе ФВ.

### ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В ходе проведенного исследования у детей, обучающихся в Ишимской школе-интернате, установлен высокий уровень заболеваемости и неудовлетворительное ФР коллектива, что вполне объяснимо спецификой обучающегося контингента — дети с ОВЗ и дети-инвалиды. В особенности обращает на себя внимание большое количество детей с низким ростом: таких детей в школе пятая часть (20%). Эксперты ВОЗ считают низкий рост детей большой проблемой [23, 24]. Детей с низким ростом от 4,5% в Восточной Азии до 34,5% в Восточной Африке [24, 25]. В России отмечается тенденция децелерации, то есть уменьшения длины тела детей по сравнению с предыдущими десятилетиями [26], однако таких высоких значений удельного веса детей с низким ростом исследователи все же не отмечают.

При сопоставлении оценок физического развития, проведенных по двум методам, отмечено, что результаты не противоречат друг другу в части нормального развития детей ( $57 \pm 4,8\%$  и  $61 \pm 4,8\%$ ,  $p = 0,558$ ) и дефицита МТ ( $12 \pm 3,2\%$  и  $13 \pm 3,3\%$ ,  $p = 0,827$ ).

Не соответствуют друг другу значения удельного веса избытка МТ: 9% по методу шкал регрессии и 26% по методу индексов ( $p = 0,002$ ). Согласно данным заболеваемости детей с диагнозами Е67.8 (избыточное питание) и Е66.0 (ожирение), в школе их 8,7 и 10,6 на 100 детей соответственно, что в сумме составляет почти 19,3%. То есть более точной по сравнению с показателями заболеваемости является оценка избытка МТ у детей, полученная по ИМТ (26%), а уменьшение доли детей с избытком МТ, выявленное методом шкал регрессии (9% в нашем исследовании), объясняется известным увеличением верхней границы нормы признака ( $M_{cp.} + 2\delta$ ). Однако ИМТ не включает в себя оценку нарушений роста, которую предполагает шкала регрессии, и как это было установлено в настоящем исследовании, суммарно выявлено 23% детей с низким и высоким ростом. Поэтому очевидно, что для наиболее точной оценки ФР детей с ОВЗ следует использовать обе методики, так как они дают разную информацию — в отношении нарушений роста детей (шкалы регрессии) и в отношении степени избытка МТ (метод ИМТ). Вероятно, следует сначала использовать шкалы регрессии, а при выявлении избытка МТ, низкого или высокого роста у ребенка рассчитывать ИМТ.

Что касается результатов комплексной оценки здоровья детей с ОВЗ, для этой школы установлены определенные противоречия. С одной стороны, в коллективе преобладают дети 5-й ГЗ (75%) — это, согласно Приказу № 514н, дети хронически больные с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением заболевания. С другой стороны, большинство школьников (84%) отнесены к подготовительной группе ФВ, в которую, согласно этому же Приказу, должны входить дети с хроническими заболеваниями в состоянии стойкой ремиссии. В этой школе 68 детей 5-й группы здоровья отнесены к подготовительной группе ФВ. То есть либо группы здоровья определены неверно, либо группы ФВ выбраны неправильно, что может создавать риск развития тяжелых клинических состояний на уроках физкультуры [27, 28]. Вероятнее всего, на наш взгляд, первое предположение — о неверном отнесении детей к 5-й группе здоровья, ввиду того, что дети посещают общеобразовательную школу, многие живут дома и ежедневно самостоятельно добираются до школы и обратно. Многие из них посещают спортивные секции (параолимпийские), ведут весьма обычный для детей их возраста образ жизни, то есть возможности их обучения ограничены незначительно и к 5-й группе они не относятся. Хотя и назначение подготовительной группы для большинства детей данной школы неверно. Правильнее всего было бы отнести большинство детей с ОВЗ к специальной группе А, но в этой школе специальная группа, в нарушение Приказа МЗ РФ [19], на подгруппы А и Б не подразделяется. Продолжая вышеизложенную мысль, в качестве одной из главных причин некорректного определения групп ФВ следует, очевидно, предположить несовершенство формулировок Приказа МЗ РФ [19] в отношении понятий «ограничения возможности обучения или труда». При определении групп здоровья это понятие используется в отношении 3-й группы (возможность не ограничена), 4-й группы (возможность ограничена) и 5-й группы (возможность значительно ограничена). В приказе

не регламентировано, каким образом врач-педиатр должен установить это ограничение и отличить значительное ограничение от незначительного. Для определения групп ФВ понятие «ограничения возможности обучения» не используется вовсе, то есть определение групп ФВ не гармонизировано (в данном контексте под гармонизацией подразумеваются взаимное согласование, унификация, упорядочение, обеспечение взаимного соответствия) в этом отношении даже с определением групп здоровья.

Очевидно, для решения этого вопроса следует использовать нормативную базу других ведомств (Минтруда и Минобрнауки России). Так, Приказом № 374н Минтруда России регламентированы не только критерии установления категории «ребенок-инвалид», но и группы инвалидности для детей-инвалидов, назначаемые в зависимости от количественной системы оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма (в процентах), что повышает объективность и точность диагностики [17]. Другие приказы Минтруда предполагают также степени ограничения способности к обучению и других категорий жизнедеятельности человека [14, 15]. В этой связи представляется целесообразным определять группу здоровья и группу ФВ ребенка-инвалида с учетом его группы инвалидности (от I до III) и степени ограничения жизнедеятельности, причем оптимальным было бы определять их при разработке Индивидуальной программы реабилитации в учреждении медико-социальной экспертизы. Кроме того, заслуживает большого внимания документ Минобрнауки России, регламентирующий корректное физическое воспитание больных школьников, который содержит рекомендации по определению медицинских групп здоровья, определению типа реакции кардиореспираторной системы на дозированную физическую нагрузку, контролю состояния учеников во время уроков физкультуры и др. [20].

## ВЫВОДЫ

У детей, обучающихся в Ишимской школе-интернате, установлен высокий уровень заболеваемости: от двух до восьми диагнозов у каждого, в среднем по три диагноза. Наиболее распространенными диагнозами у исследованных школьников были болезни нервной системы, психические расстройства и болезни уха.

Отмечено неудовлетворительное физическое развитие (ФР) коллектива детей, посещающих школу-интернат (всего 57% детей с нормальным развитием). В структуре детей с нарушениями ФР преобладает группа детей с низким ростом (20%). Сравнение оценок ФР детей, полученных методами шкал регрессии и индекса массы тела (ИМТ), и сопоставление с показателями заболеваемости детей позволяет рекомендовать использование обеих методик: шкалы регрессии информативны в отношении нарушений роста детей и дефицита массы тела (МТ), а ИМТ — в отношении степени избытка МТ. Следует сначала использовать шкалы регрессии, а при выявлении нарушений ФР у ребенка рассчитывать ИМТ.

Выявлены определенные противоречия результатов комплексной оценки здоровья: вызывает сомнение обоснованность отнесения 68 детей 5-й группы здоровья к подготовительной группе ФВ, что на наш взгляд, предполагает высокий риск развития тяжелых клинических ситуаций на уроках физкультуры. Деления специальной группы на подгруппы А и Б в школе-интернате нет, что создает трудности при организации занятий физической культурой.

Возможной причиной затруднений медицинского персонала школы при распределении детей по группам по результатам комплексной оценки здоровья является несовершенство формулировок нормативных актов Приказа № 514н в отсутствие их гармонизации с понятийным аппаратом Минтруда России. В целях оптимизации комплексной оценки здоровья детей с ограниченными возможностями здоровья требуются, на наш взгляд, более четкие

формулировки для 3–5-й групп здоровья и медицинских групп физического воспитания, отнесения ребенка к той или иной группе с учетом его группы инвалидности (от I до III) и количественной оценки степени ограничения его жизнедеятельности, причем оптимальным было бы отнести ребенка к определенной группе при разработке Индивидуальной программы реабилитации в учреждении медико-социальной экспертизы.

## Литература

1. Вдовина М. В., Семочкина Н. Н. Социальное здоровье семьи с ребенком-инвалидом в период раннего детства и в школьные годы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021; 29 (2): 287–92. DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-2-287-292.
2. Зелинская Д. И., Терлецкая Р. Н. Инвалидность детского населения России (современные правовые и медико-социальные процессы): монография. 1-е изд. М.: Юрайт, 2019; 194 с.
3. 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): 39–45. DOI: 10.46563/1560-9561-2023-26-1-39-45.
4. Терлецкая Р. Н., Винярская И. В., Антонова Е. В., Фисенко А. П., Черников В. В., Алексеева Е. И. и др. Положение детей-инвалидов в условиях современных правовых и медико-социальных процессов в России. Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2021; 100 (4): 198–207. DOI: 10.24110/0031-403X-2021-100-4-198-207.
5. Яковлева Т. В., Зелинская Д. И., Туренко О. Ю. Управление детской инвалидностью: медицинские аспекты. Национальное здравоохранение. 2022; 3 (1): 5–14. DOI: 10.47093/2713-069X.2022.3.1.5-14.
6. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
7. Письмо Минобрнауки России от 20.07.2017 № 08-ПГ-МОН-26725 «О регулировании вопросов образования лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья».
8. Гудинова Ж. В. Гигиеническая оценка здоровья и адаптации детей с нарушением слуха в специализированном дошкольном учреждении [диссертация]. Омск, 1995.
9. Гудинова Ж. В. Научные основы социально-гигиенического мониторинга инвалидности детей [диссертация]. Омск, 2005.
10. Гудинова Ж. В., Щерба Е. В., Гегечкори И. В., Толькова Е. И., Жернакова Г. Н. Сравнительная характеристика здоровья и адаптации детей-инвалидов с нарушением слуха в дошкольном и старшем школьном возрасте (факторный анализ). Современные проблемы науки и образования. 2016; (5). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25202>.
11. Гудинова Ж. В., Щерба Е. В., Гегечкори И. В., Толькова Е. И., Жернакова Г. Н. О прогнозе профессиональной абилитации глухих и слабослышащих подростков на основе их психофизиологического статуса в дошкольном возрасте. Современные проблемы науки и образования. 2016; (6). URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=25649>.
12. Щерба Е. В. Гигиеническая оценка здоровья и реабилитации школьников с нарушениями слуха [диссертация]. Омск, 2004.
13. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
14. Приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
15. Приказ Минтруда России от 3.12.2018 № 765 «Об утверждении методических рекомендаций по определению потребности инвалида, ребенка-инвалида в мероприятиях по реабилитации и абилитации на основе оценки ограничения жизнедеятельности с учетом социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных».
16. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
17. Приказ Минтруда России от 26.07.2024 № 374н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы».
18. Приказ Минздрава России от 30.12.2003 № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
19. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
20. Письмо Минобрнауки России от 30.05.2012 № МД-583/19 «О методических рекомендациях «Медико-педагогический контроль за организацией занятий физической культурой обучающихся с отклонениями в состоянии здоровья»».
21. Никитюк Д. Б., Попов В. И., Скоблина Н. А. и др. Нормативы для оценки физического развития детей и подростков Российской Федерации. Ч. 2. М.: Научная книга, 2023; 446 с.
22. BMI-for-age (5-19 years). World Health Organization (WHO) [Internet]. [cited 2024 Sep 30]. URL: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>.
23. Нагаева Е. В. Низкорослость, обусловленная задержкой внутриутробного развития. Клинические и гормонально-метаболические особенности, возможности ростостимулирующей терапии. Проблемы эндокринологии. 2022; 68 (5): 4–13. DOI: 10.14341/probl13178.
24. Аналбаева Б. Ж., Нұрмахан Л. С., Серкбаева Е. А., Сейдакпар Ж. П., Шим В. Р., Жунусбекова Н. Ж. и др. Современный взгляд на проблему низкорослости у детей (обзор литературы). Вестник Казахского национального медицинского университета. 2022; (1): 223–30.
25. Федеральная служба государственной статистики: портал [Интернет]. М., 1999 [дата обращения 19.10.2024]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12993>.
26. Девришов Р. Д. Гигиеническая оценка влияния факторов среды обитания на гармоничность роста и развития школьников [диссертация]. Астрахань, 2023.
27. Гудинова Ж. В., Жаркова Ю. В. Исследование случаев смерти школьников на уроках физкультуры в России. Академический журнал Западной Сибири. 2019; 15 (1): 29–33.
28. Гудинова Ж. В., Жернакова Г. Н., Гегечкори И. В., Толькова Е. И., Васильковская Ю. С. О значении информации листов здоровья классных журналов в предупреждении возникновения тяжелых клинических ситуаций на уроках физкультуры. Санитарный врач. 2020; (11): 29–36. DOI: 10.33920/med-08-2011-03.

## References

- Vdovina MV, Semochkina NN. Social'noe zdorov'e sem'i s rebenkom-invalidom v period rannego detstva i v shkol'nye gody. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2021; 29 (2): 287–92 (in Rus.). DOI: 10.32687/0869-866X-2021-29-2-287-292.
- Zelinskaja DI, Terleckaja RN. Invalidnost' detskogo naselenija Rossii (sovremennye pravovye i mediko-social'nye processy): monografija. 1-e izd. M.: Jurajt, 2019; 194 p. (in Rus.).
- Lazurenko SB, Konova SR, Fisenko AP, Terleckaja RN, Soloveva TA, Nurygajnov IN. Organizacija zdorov'esberegajushhego prostanstva pri obuchenii detej s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja i detej-invalidov. *Rossijskij pediatričeskij zhurnal*. 2023; 26 (1): 39–45 (in Rus.). DOI: 10.46563/1560-9561-2023-26-1-39-45.
- Terleckaja RN, Vinjarskaja IV, Antonova EV, Fisenko AP, Chemikov VV, Aleksejeva EI, et al. Polozhenie detej-invalidov v uslovijah sovremennyh pravovyh i mediko-social'nyh processov v Rossii. *Pediatrija. Zhurnal im. G. N. Speranskogo*. 2021; 100 (4): 198–207 (in Rus.). DOI: 10.24110/0031-403X-2021-100-4-198-207.
- Jakovleva TV, Zelinskaja DI, Turenko OJu. Upravlenie detskoj invalidnost'ju: medicinskie aspekty. *Nacional'noe zdravooohranenie*. 2022; 3 (1): 5–14 (in Rus.). DOI: 10.47093/2713-069X.2022.3.1.5-14.
- Federal'nyj zakon ot 29.12.2012 № 273-FZ "Ob obrazovanii v Rossijskoj Federacii" (in Rus.).
- Pis'mo Minobrnauki Rossii ot 20.07.2017 № 08-PG-MON-26725 "O regulirovanii voprosov obrazovanija lic s invalidnost'ju i ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja" (in Rus.).
- Gudinova ZhV. Gigieničeskaja ocenka zdorov'ja i adaptacii detej s narusheniem sluha v specializirovannom doshkol'nom uchrezhdenii [dissertacija]. Omsk, 1995 (in Rus.).
- Gudinova ZhV. Nauchnye osnovy social'no-gigieničeskogo monitoringa invalidnosti detej [dissertacija]. Omsk, 2005 (in Rus.).
- Gudinova ZhV, Shherba EV, Gegechkori IV, Tolkova EI, Zhernakova GN. Sravnitel'naja harakteristika zdorov'ja i adaptacii detej-invalidov s narusheniem sluha v doshkol'nom i staršem shkol'nom vozraste (faktornyj analiz). *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija*. 2016; (5) (in Rus.). Available from: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25202>.
- Gudinova ZhV, Shherba EV, Gegechkori IV, Tolkova EI, Zhernakova GN. O prognoze professional'noj abilitacii gluhih i slaboslyshashhijh podrostkov na osnove ih psihofiziologičeskogo statusa v doshkol'nom vozraste. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija*. 2016; (6) (in Rus.). Available from: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=25649>.
- Shherba EV. Gigieničeskaja ocenka zdorov'ja i reabilitacii shkol'nikov s narushenijami sluha [dissertacija]. Omsk, 2004 (in Rus.).
- Federal'nyj zakon ot 24.11.1995 № 181-FZ "O social'noj zashhite invalidov v Rossijskoj Federacii" (in Rus.).
- Prikaz Mintruda Rossii ot 27.08.2019 № 585n "O klassifikacijah i kriterijah, ispol'zuemyh pri osushhestvlenii mediko-social'noj jekspertizy grazhdan federal'nymi gosudarstvennymi uchrezhdenijami mediko-social'noj jekspertizy" (in Rus.).
- Prikaz Mintruda Rossii ot 3.12.2018 № 765 "Ob utverzhenii metodicheskijh rekomendacij po opredeleniju potrebnosti invalida, rebenka-invalida v meroprijatijah po reabilitacii i abilitacii na osnove ocenki ogranichenija zhiznedejatel'nosti s uchedom social'no-bytovykh, professional'no-trudovyh i psihologičeskijh dannyh" (in Rus.).
- Federal'nyj zakon ot 30.03.1999 № 52-FZ "O sanitarno-jepidemiologičeskom blagopoluchii naselenija" (in Rus.).
- Prikaz Mintruda Rossii ot 26.07.2024 № 374n "Ob utverzhenii klassifikacij i kriteriev, ispol'zuemyh pri osushhestvlenii mediko-social'noj jekspertizy grazhdan federal'nymi uchrezhdenijami mediko-social'noj jekspertizy" (in Rus.).
- Prikaz Minzdrava Rossii ot 30.12.2003 № 621 "O kompleksnoj ocenke sostojanija zdorov'ja detej" (in Rus.).
- Prikaz Minzdrava Rossii ot 10.08.2017 № 514n "O Porjadke provedenija profilaktičeskijh medicinskih osmotrov nesovershennoletnih" (in Rus.).
- Pis'mo Minobrnauki Rossii ot 30.05.2012 № MD-583/19 "O metodicheskijh rekomendacijah "Mediko-pedagogičeskij kontrol' za organizacii zanjatij fizičeskoj kul'turoj obuchajushhijhja s otklonenijami v sostojanii zdorov'ja" (in Rus.).
- Nikitjuk DB, Popov VI, Skoblina NA, et al. Normativy dlja ocenki fizičeskogo razvitija detej i podrostkov Rossijskoj Federacii. Ch. 2. M.: Nauchnaja kniga, 2023; 446 p. (in Rus.).
- BMI-for-age (5–19 years). World Health Organization (WHO) [Internet]. [cited 2024 Sep 30]. Available from: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>.
- Nagaeva EV. Nizkoroslost', obuslovlennaja zaderzhkoj vnutritrobnogo razvitija. Kliničeskie i gormonal'no-metabolicheskie osobennosti, vozmozhnosti rostostimulirujushhej terapii. *Problemy jendokrinologii*. 2022; 68 (5): 4–13 (in Rus.).DOI: 10.14341/probl13178.
- Onalbaeva BZh, Njrmahan LS, Serkbaeva EA, Sejdakpar ZhP, Shim VR, Zhunusbekova NZh, et al. Sovremennij vzgljad na problemu nizkoroslosti u detej (obzor literatury). *Vestnik Kazahskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta*. 2022; (1): 223m30 (in Rus.).
- Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki: portal [Internet]. M., 1999 [cited 2024 Oct 19]. Available from: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/12993>.
- Devrishov RD. Gigieničeskaja ocenka vlijanija faktorov sredi obitanija na garmoničnost' rosta i razvitija shkol'nikov [dissertacija]. Astrahan', 2023 (in Rus.).
- Gudinova ZhV, Zharkova JuV. Issledovanie sluchaev smerti shkol'nikov na urokah fizkul'tury v Rossii. *Akademičeskij zhurnal Zapadnoj Sibiri*. 2019; 15 (1): 29–33 (in Rus.).
- Gudinova ZhV, Zhernakova GN, Gegechkori IV, Tolkova EI, Vaskovskaja JuS. O znachenii informacii listov zdorov'ja klassnyh zhurnalov v preduprezhdenii vozniknovenija tjazhelyh kliničeskijh situacij na urokah fizkul'tury. *Sanitarnyj vrach*. 2020; (11): 29–36 (in Rus.). DOI: 10.33920/med-08-2011-03.