

о нарастании активной циркуляции данного вируса, в том числе и у наркозависимых лиц. Оценка эффективности серологических методов диагностики ЦМВ-инфекции подтвердила низкую значимость теста по выявлению IgG. Вместе с тем IgM- и IgA-серопозитивность следует рассматривать как критерии ее реактивации. Для мониторинга течения ЦМВ-инфекции у ВИЧ-инфицированных лиц первое ранговое место по диагностической значимости должны занять «прямые» методы (реакция иммунофлуоресценции и полимеразная цепная реакция), особенно у наркозависимых лиц, среди которых положительные находки при исследовании лейкоцитарной взвеси на нашем материале составили 46%. У ВИЧ-инфицированных пациентов других групп эти анализы следует оценивать в комплексе с результатами серологических тестов на присутствие антител к ЦМВ класса IgM и, особенно, IgA. Также зарегистрирована положительная корреляция между наличием в клетках крови ДНК ЦМВ и генерализацией ЦМВ-инфекции.

Литература

1. Бутыльский А.Н., Кузник Б.И., Розенберг В.Я. Динамика показателей иммунитета у больных в различных стадиях ВИЧ-инфекции // *Мед. иммунология*. 2005. Т. 7, № 2–3. С. 153–154.
2. Тишкевич О.А., Шахгильдян В.И., Пархоменко Ю.Г. Структура летальных исходов и патологическая анатомия у больных ВИЧ-инфекцией в Москве // *Эпидемиол. и инфекц. болезни*. 2004. № 4. С. 42–46.

3. Шахгильдян В.И. Клиническая характеристика, диагностика и лечение цитомегаловирусной инфекции у больных с ВИЧ-инфекцией // *Медицинская кафедра*. 2003. № 1. С. 29–36.
4. Шахгильдян В.И., Кравченко А.В., Марченко Н.Р. Лечение манифестной цитомегаловирусной инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов // *Эпидемиол. и инфекц. болезни*. — 1999. № 3. С. 45–50.

Поступила в редакцию 01.06.2009.

LABORATORY CRITERIA FOR CYTOMEGALOVIRAL ACTIVITY IN HIV-POSITIVE PATIENTS

T.I. Dolgikh¹, O.I. Nazarova²

¹Central Scientific Research Laboratory of Omsk State Medical Academy (12 Lenina St. Omsk 644043 Russia), ²Regional Clinical Centre of Prevention and Fight against AIDS and Infectious Diseases (119a 50 Years of Trade Unions St. Omsk 644089 Russia) Summary — The paper provides analysis of laboratory tests used to identify activity of *Cytomegalovirus* infection in groups of HIV-positive patients with venereal and percutaneous channels of infection. It has been revealed that in more frequent cases the leukocytic suspension obtained from HIV-positive injecting drug users was indicative of *Cytomegalovirus* DNA or antigens, which levels correlated to *Cytomegalovirus* manifestation. The low efficiency of serologic tests was proved for diagnostics and prediction of the disease progress. The authors suggested using the following serologic markers as basic laboratory criteria: IgM Immunoglobulin M and, especially, IgA Immunoglobulin A originated from *Cytomegalovirus* as well as DNA and antigens ("early" proteins) detected in the leukocytic suspension during immunofluorescence reaction and polymerase chain reaction.

Key words: *Cytomegalovirus*, immune deficiency, laboratory criteria.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 4, p. 68–70.

УДК 616-082(083):616.1/9-053.5:614.23/.25

А.В. Шишова, Л.А. Жданова

Ивановская государственная медицинская академия (153462 г. Иваново, пр-т Ф. Энгельса, 8)

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Ключевые слова: образовательные учреждения, стандартизация, профилактический осмотр.

Повышению качества профилактической работы с учащимися и снижению их заболеваемости способствует стандартизация работы медицинского персонала образовательных учреждений. Обосновывается необходимость уточнения, конкретизации и экономического обеспечения работы врачей и медицинских сестер, направленной на совершенствование профосмотров и оптимизацию физического и нервно-психического развития, а также социальной адаптации. Уточняется алгоритм действий медработников образовательного учреждения по контролю санитарного состояния и организации учебного процесса, физического воспитания, реабилитации детей с хроническими заболеваниями, иммунопрофилактике, гигиеническому воспитанию учащихся, родителей и педагогов. Это позволит объективно обосновать нагрузку на врача и медицинскую сестру, уточнить критерии качества их работы, а также дифференцированно подходить к оплате труда.

Шишова Анастасия Владимировна — канд. мед. наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми ИвГМА; тел.: 8 (803) 888-67-16; email: shishova@inbox.ru.

Состояние здоровья современных детей имеет неуклонную тенденцию к ухудшению. Негативная динамика особенно выражена в школьном возрасте, что определяет актуальность повышения качества профилактической работы в образовательных учреждениях. В связи с этим встает вопрос о необходимости стандартизации деятельности врача и медицинской сестры образовательного учреждения по охране здоровья учащихся.

В настоящее время в России существует три типа стандартов: протоколы ведения больных, стандарты выполнения медицинских технологий (услуг), стандарты медицинской помощи (скорой, стационарной, амбулаторно-поликлинической и др.) [1]. Однако стандарты работы медицинского персонала образовательных учреждений до настоящего времени не созданы. Эта проблема требует внимания, так как ее решение позволит объективно обосновать нагрузку на врача и на медицинскую сестру, уточнить критерии

качества работы, а также дифференцированно подходить к оплате труда с учетом качества.

Стандартизация работы врача и медицинской сестры образовательного учреждения должна основываться на имеющейся нормативной базе, новых научных данных и хронометраже деятельности. И сегодня в большей степени мы готовы говорить лишь о создании стандартов профилактических осмотров. В настоящее время Министерством здравоохранения и социального развития РФ четко определена нормативно-правовая база, регламентирующая организацию и проведение ежегодной диспансеризации [5–8]. В этих приказах прописана программа для каждого возрастного периода, включающая объем обследования на доврачебном, психолого-педагогическом, специализированном и врачебном этапах, структуру заключения и рекомендаций, которые должны получить ребенок и родители по результатам профосмотра. Однако существующий норматив не всегда выполняется качественно и в полном объеме. Это касается, прежде всего, доврачебного и специализированного этапов и связано, главным образом, с недостаточной укомплектованностью медицинскими кадрами и слабой материальной базой медицинских кабинетов образовательных учреждений. В настоящее время стандарт пересматривается, в основном в сторону расширения (особенно доврачебного этапа), которое повлечет увеличение объема работы, прежде всего среднего медицинского персонала, что требует экономического обоснования увеличения нагрузки.

Определенные трудности возникают при стандартизации психолого-педагогического этапа профилактического осмотра. С одной стороны, школа имеет лицензию лишь на образовательную деятельность и учитель не должен привлекаться к медицинскому освидетельствованию детей. С другой стороны, ряд критериев комплексной оценки здоровья медицинский персонал не может качественно проанализировать без участия педагогов. Это касается, прежде всего, физической подготовленности и психического развития, социальной адаптации к учебе и коллективу. Между тем отклонения этих показателей выявляются достаточно часто: у младших школьников снижение силовых качеств отмечено в 16% случаев, снижение скоростных качеств — в 15%, снижение физической работоспособности — в 17%, замедление моторного развития — в 32% случаев. Психологический дискомфорт в семье и коллективе сверстников испытывают 50% учащихся, повышенный уровень тревожности отмечен у 80% подростков, снижение уровня интеллектуального развития ниже среднего установлено у 14% учащихся. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью определяется у 25%, эмоциональные отклонения (страх, пониженное настроение, агрессия) — у 40% школьников. В связи с этим рациональный выбор и дозировка физических упражнений,

а также подбор учебных нагрузок в зависимости от уровня здоровья и наличия заболеваний являются важными задачами как для медицинского персонала, так и для педагогов. Поэтому необходим нормативный документ Министерства образования и науки РФ, согласованный с Министерством здравоохранения и социального развития РФ, вменяющий в обязанности учителя контроль показателей, которые могут использоваться и для оценки здоровья и развития ребенка.

Отдельно в системе профилактических осмотров предусмотрен контроль адаптации учащихся в переломные периоды обучения. В соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ [9], он предполагает на доврачебном этапе оценку динамики массы тела, остроты зрения, осанки, выявление симптомов невротизации, изменение артериального давления, учет заболеваемости. В конце года после бригады специалистов всех детей осматривает врач-педиатр. Он проводит комплексную оценку здоровья и течения адаптации по перечисленным медицинским критериям. Если никаких нарушений здоровья не возникает, это трактуется как благоприятное течение. По нашим данным, в 1-м классе и при переходе к предметному обучению такой вариант наблюдается соответственно у 34,5 и 30% учащихся. Если возникают нарушения здоровья функционального характера, то диагностируется условно-благоприятное течение адаптации, в случае более выраженных нарушений здоровья, возникновения хронических заболеваний ставится неблагоприятная оценка. Для детей, имеющих условно-благоприятное (47,6 и 32,0%) и неблагоприятное (17,9 и 38%) течение адаптации, даются медицинские рекомендации по реабилитации. С педагогической точки зрения полезным приспособительным эффектом может считаться усвоение учебной программы и школьных норм поведения. Поэтому параллельно с медицинскими работниками проводится психолого-педагогический контроль. Педагог оценивает динамику эмоционально-поведенческих реакций и успеваемость. Психолог образовательного учреждения осуществляет контроль адаптации ребенка в коллективе. С учетом этих данных дается интегральная медико-психолого-педагогическая оценка адаптации, которая сопоставляет динамику здоровья и успешность социальной и познавательной адаптации. При этом динамика здоровья рассматривается как «плата» за адаптацию. Использование такого подхода позволяет для каждого ребенка выработать рекомендации не только по реабилитации, но и по дальнейшему обучению. По нашим данным, число детей с успешной социальной и/или познавательной адаптацией без проявлений нарушений здоровья составляет в 1-м классе 31%, при переходе к предметному обучению — 28%. Этим детям можно рекомендовать обучение по программам повышенной сложности.

От 1-го к 5-му классу практически неизменным остается число детей, «расплачивающихся» за адаптацию здоровьем (17 и 18% соответственно), а также не адаптирующихся к школе и ухудшающих здоровье (52 и 51%). Целесообразен перевод этих детей на обучение по программам меньшей сложности. Дети, плохо адаптирующиеся к школе, но не ухудшающие при этом своего здоровья, составляют всего 2–3%. Как правило, они имеют крайне низкую мотивацию к учебе. Эта технология четко прописана, но также необходима ее стандартизация и согласование с Министерством образования и науки РФ нормативной базы, регламентирующей участие педагогов.

Еще одной проблемой является отсутствие стандартов рекомендаций по воспитанию здорового ребенка. Поэтому врач образовательного учреждения при профилактическом осмотре ориентирован в большей степени на диагностику заболеваний, а не особенности развития. При этом он выявляет детей с отклонениями здоровья и направляет их в детскую поликлинику для уточнения диагноза и назначения лечения, а также составления перечня ограничений для школы. Особенности развития ребенка выявляются формально или не выявляются совсем и не учитываются при выработке рекомендаций для родителей и педагогов. В результате после профилактического осмотра более половины учителей не получают никаких рекомендаций и оценивают свое взаимодействие с медицинским персоналом как малоэффективное. До сведения родителей результаты профилактических осмотров тоже доводятся далеко не всегда. Согласно опросу, проведенному нами в одной из школ (109 человек), ни разу не получали информацию по результатам профилактического осмотра о состоянии здоровья ребенка большинство родителей (61%), еще 33% родителей получали подобную информацию лишь 1–2 раза за весь период обучения ребенка. Это подтверждает формальность проведения профилактических осмотров, а следовательно, их низкую эффективность. Рекомендации, которые выдаются родителям после профилактического осмотра, носят формальный характер. Согласно нашему опросу, подавляющее большинство рекомендаций, данных в школе (64%), касались необходимости обратиться к врачам-специалистам, и лишь 22% рекомендаций носили профилактическую направленность (по питанию, закаливанию и т.п.). Остальные родители отмечали, что получали информацию о факте проведения медицинского осмотра, о недомогании ребенка в школе или о проведении прививки. Это подтверждает формальность и недостаточную эффективность проведения ежегодной диспансеризации.

На наш взгляд, необходима переориентация школьной медицины с нозоцентрического подхода на нормоцентрический, направленный на интеграцию ребенка в образовательный процесс с учетом его

индивидуальных физических и психических свойств, на повышение качества его жизни. В связи с этим требуется стандартизация рекомендаций, направленных на оптимизацию развития и социальной адаптации детей. Современная концепция работы школьного врача, подходы к стандартизации профилактических осмотров детей с позиции медико-педагогической интеграции изложены нами в монографии «Межведомственная интеграция в охране здоровья детей школьного возраста» [3], где описывается технология создания дифференцированных программ медико-педагогического сопровождения каждого ребенка в переломные периоды обучения. В ней приводятся модули стандартных рекомендаций при различных отклонениях в физическом и психическом развитии, а также по социальной адаптации:

- по физическому воспитанию с учетом физической подготовленности — 6 модулей (модуль ФВ № 1 содержит рекомендации для ребенка, родителей, учителя, классного руководителя при снижении скоростных качеств, ФВ № 2 — выносливости, ФВ № 3 — ловкости, ФВ № 4 — мышечной силы, ФВ № 5 — гибкости, ФВ № 6 — равновесия);
- по дальнейшему обучению ребенка и его медико-педагогическому сопровождению в учебном процессе с учетом течения адаптации — 6 вариантов стандартных рекомендаций в зависимости от динамики здоровья в процессе обучения, успешности обучения и адаптации в коллективе;
- по воспитанию с учетом состояния психического здоровья (ПЗ) — 9 модулей рекомендаций для ребенка, родителей, учителя, классного руководителя: ПЗ № 1 — при снижении интеллекта, ПЗ № 2 — при высоком уровне тревожности, ПЗ № 3 — при чрезмерном спокойствии, ПЗ № 4 — при высоком уровне невротизации, ПЗ № 5 — при высоком уровне экстраверсии, ПЗ № 6 — при высоком уровне интроверсии, ПЗ № 7 — при неблагоприятном социальном статусе, ПЗ № 8 — блок работы с семьей, ПЗ № 9 — раздел работы с учителем.

Внедрение этих модулей значительно облегчит составление индивидуальных программ оздоровления и воспитания детей.

Еще один раздел работы врача и медсестры образовательного учреждения — иммунопрофилактика. Он регламентирован Федеральным законом «О вакцинопрофилактике» и Национальным календарем профилактических прививок. Однако в реализации этого раздела работы есть проблемы, которые могут решаться при стандартизации работы медицинского персонала. В последние годы значительно возросло количество прививок у детей дошкольного и школьного возраста, а следовательно, увеличилась загруженность медицинских работников. Национальный календарь дополнен прививками против вирусного гепатита В, краснухи, гриппа. Однако увеличение объема работы не отразилось на заработной плате, не

произошло и увеличения количества ставок медработников. Следовательно, необходим хронометраж этого раздела работы для оптимизации нагрузки на врача и медицинскую сестру.

Стандартизация мероприятий по контролю санитарного состояния школ и организации учебного процесса также очень важна. Эта работа в школе нередко проводится формально и недостаточно анализируется. В существующей нормативной базе — СанПиН для различных образовательных учреждений — в большей степени представлены требования к размещению, участку, зданию, помещениям и оборудованию, освещению, водоснабжению и режиму и недостаточно регламентирована организация и частота проведения этого контроля. В приказах и методических рекомендациях Министерства здравоохранения и социального развития РФ также нет разъяснений по его организации, лишь подтверждается, что он является должностной обязанностью врача (проводится 2 раза в год) и медсестры образовательного учреждения, осуществляющей контроль постоянно. При этом не конкретизировано, какие показатели подлежат постоянному контролю. Мы считаем, что в стандарте этого раздела работы должно быть четко прописано, какие требования СанПиН контролирует медсестра, врач школы, а также врач по гигиене детей и подростков с указанием бюджета времени. Министерство образования и науки РФ должно конкретизировать роль и ответственность педагогов.

Нельзя не согласиться, что материально-техническая база многих образовательных учреждений, прежде всего дошкольных, особенно в сельской местности, разрушена и требует коренного улучшения [4]. Темпы старения и износа зданий существенно опережают темпы их реконструкции и строительства новых. Из-за недостатка школьных помещений дети продолжают обучаться в 2–3 смены. Во многих школах отсутствуют специально оборудованные спортивные залы, столовые, химические и физические кабинеты, нередко столы и стулья не соответствуют росту учащихся. Проблемой является обеспечение образовательных учреждений учебно-наглядными пособиями, техническими средствами обучения. В связи с этим текущий контроль этих параметров со стороны медицинских работников образовательного учреждения утрачивает смысл, так как устранить эти проблемы силами образовательного учреждения невозможно. Поэтому очень важно при разработке стандарта конкретизировать, какие санитарно-эпидемиологические показатели компетентны контролировать врач и медицинская сестра образовательного учреждения с точки зрения возможности последующего устранения или оптимизации при выявлении отклонений от нормативов.

Одним из важных разделов работы врача и медсестры, нуждающихся в стандартизации, является

контроль физического воспитания. Фактором, особенно негативно влияющим на функциональное состояние органов и систем и физическое развитие детей, является гипокинезия. Известно, что два урока физкультуры в неделю удовлетворяют лишь 18% потребности детей в физической активности. Между тем у 50% младших школьников двигательная активность ограничена именно этими уроками. Рекомендации по введению во всех школах Российской Федерации третьего урока физической культуры реализуют не все образовательные учреждения. Зачастую отклонения в состоянии здоровья являются здесь препятствием для занятий. Число детей, занимающихся физкультурой в основной группе, сегодня не превышает 50%. Около миллиона российских школьников сегодня полностью отлучено от занятий физической культурой. Отказываясь от последних, ребенок усугубляет дисгармонию здоровья. Существующие программы физического воспитания в образовательных учреждениях мало ориентированы на детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, а преподаватели физической культуры не имеют достаточной квалификации для работы с этим контингентом. Традиционные формы занятий лечебной физкультурой в лечебно-профилактических учреждениях практически не связаны с процессом физического воспитания в образовательных учреждениях. Поэтому стандартизация этого раздела работы врача и медицинской сестры в образовательном учреждении приобретает особую актуальность. Особенно это касается контроля уроков физкультуры. Требуется конкретизация работы медсестры, которая один раз в месяц проводит контроль занятий. Необходимо уточнение в стандарте частоты посещения урока по классам, по параллелям, по группам физического воспитания, а также определение бюджета времени на эту работу.

Стандартизация каждого раздела работы должна предусматривать пересмотр документации и регламентацию документооборота, в том числе на межведомственном уровне.

Следует усилить и клиническую подготовленность врача образовательного учреждения. Особенно актуально это для сельской местности, где укомплектованность медицинскими кадрами недостаточная. При специальной подготовке такой врач вполне может овладеть диагностическим комплексом, который согласно приказу № 60 Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 14.03.1995 г. [6] выполняется при профилактическом осмотре детей отоларингологом, ортопедом, неврологом, окулистом. С одной стороны, это будет способствовать повышению клинического статуса врача школы, а значит, и престижности его работы. С другой стороны — это уменьшит нагрузку на врачей-специалистов детских поликлиник и в большей степени позволит им оказывать высокоспециализированную помощь детям

в условиях лечебно-профилактических учреждений. Но в этом случае, конечно, требуется существенное уменьшение нагрузки на медперсонал школы.

В последние годы большая дискуссия ведется в отношении участия медработников образовательного учреждения в реабилитации детей с хроническими заболеваниями. Ряд педиатров считает, что «школу не следует превращать в лечебное учреждение» и реабилитацией должны заниматься участковые педиатры. Однако известно, что за период обучения в школе резко увеличивается заболеваемость детей. По данным Всероссийской диспансеризации детского населения (2002) 3-ю группу здоровья в возрасте 7–10 лет имеют 14,9%, в 15–17 лет – 22% детей [2]. По результатам углубленных медицинских исследований более половины подростков имеют хронические заболевания. При этом уровень медицинской активности населения остается низким. По нашим данным, только 15% родителей со своим ребенком регулярно обращаются к врачу с профилактической целью, более половины (52,1%) – лишь изредка, 32,9% не обращаются никогда. Только пятая часть родителей (20,5%) регулярно и в полном объеме выполняют все врачебные рекомендации, 35,7% выполняют их частично, 43,8% не выполняют совсем. Учитывая все это, следует признать целесообразной при наличии условий организацию ряда индивидуальных оздоровительных и реабилитационных мероприятий для детей с нарушениями здоровья в образовательном учреждении. Однако эта деятельность также требует стандартизации и должна оплачиваться дополнительно.

Требуется уточнения бюджета времени на гигиеническое воспитание не только учащихся и родителей, но и педагогов, так как от их здоровья и образа жизни зависит эффективность здоровьесберегающей деятельности. Мы установили, что большинство педагогов имеют заболевания, при этом неадекватно оценивают и свой образ жизни, и свое здоровье. По данным углубленных обследований, здоровы лишь 3,7% педагогов, при этом лишь 8% из них оценивают свое здоровье как плохое, 81,5% учителей считают свой образ жизни здоровым, но при этом 36% имеют вредные привычки. 78% преподавателей школы отмечают нерациональный режим питания; 80% оценивают свой образ жизни как малоподвижный. В настоящее время мы начали разработку системы формирования здоровьесберегающей деятельности педагогов. Она предполагает информирование их о здоровье детей и формирующих его факторах, о здоровом образе жизни, а также освоение методик оздоровления учащихся и получение знаний о методах профилактики наиболее частых заболеваний учащихся, освоение методов снятия эмоционального напряжения и ликвидации вегетативной дисфункции.

В целом повышение эффективности школьного здравоохранения возможно через расширение сети школ, содействующих здоровью. Однако в настоящее

время не создана нормативно-правовая база таких образовательных учреждений с четко прописанным стандартом и экономическим обоснованием деятельности медицинского персонала, что не способствует активности ни медицинских работников, ни педагогов в этом направлении.

Литература

1. Воробьев П.А. Стандартизация в медицине: в русле реформ // Ремедиум. 2007. № 6. URL: http://www.remedium-journal.ru/archiv/section.php?SECTION_ID=1629 (дата обращения 5.03.2008).
2. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). М., 2003. 96 с.
3. Межведомственная интеграция в охране здоровья детей школьного возраста / Жданова Л.А., Шишова А.В., Бобшко И.Е., Нежкина Н.Н. и др. Иваново: ИвГМА, 2004. 360 с.
4. Научная сессия академий, имеющих государственный статус «Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития российского общества и государства»: решение. М., 2006, 20 с.
5. Приказ МЗ РФ и МО РФ № 186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» (приложение 1) от 30.06.1992 г.
6. Приказ МЗ и медицинской промышленности РФ № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» от 14.03.1995 г.
7. Приказ МЗ РФ № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» от 7.05.1998 г.
8. Приказ МЗ РФ № 241 «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений» от 3.07.2000 г.
9. Шиляев Р.Р., Солнцев А.А., Жданова Л.А., Философова М.С. Мероприятия по облегчению адаптации детей к условиям дошкольного учреждения и школы: методические рекомендации МЗ РСФСР. Иваново, 1987, 30 с.

Поступила в редакцию 12.01.2009.

UPCOMING TRENDS FOR WORK STANDARDS APPLIED BY MEDICAL PERSONNEL IN EDUCATIONAL INSTITUTIONS

A.V. Shishova, L.A. Zhdanova

Ivanovo State Medical Academy (8 F. Engels Av. Ivanovo 153462 Russia)

Summary – Application of standards by medical personnel working in educational institutions facilitates improving the quality of students' preventive care and decreasing their incidence rate. This paper shows why it is so significant to specify, particularise and economically ensure the work of doctor and trained nurse for the purpose to improve preventive examinations and increase effectiveness of recommendations for optimising physical and neuropsychic growth as well as social adaptation. The paper interprets an algorithm for actions to be taken by medical personnel of the educational institution with a view to control health situation and organisation of academic activity, physical education, rehabilitation of children suffering from chronic diseases, immunologic prophylaxis, and hygienic education of students, parents and teachers. This will allow substantiating in an unbiased manner the load of doctor and trained nurse, specifying the criteria of quality of their work as well as differentiating the remuneration of labour taking account of its quality.

Key words: educational institutions, applying standards, preventive examination.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 4, p. 70–74.