

Одобрен  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
от «29» марта 2019 года  
Протокол №60

## **ПРОТОКОЛ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (САНАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ)**

### **БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

#### **1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

##### **1.1 Код (ы) МКБ -10:**

<b>МКБ -10</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
J 45.0	Астма с преобладанием аллергического компонента у детей
J 45.8	Смешанная астма у детей
J 45.9	Астма неуточненная у детей
J 40	Бронхит, не уточненный как острый или хронический у детей
J 41.0	Простой хронический бронхит у детей
J 42	Бронхит неуточненный у детей
J18.0	Бронхопневмония неуточненная у детей. ( реконвалесцент бронхопневмонии)

**1.2 Дата разработки протокола:** 2018 год.

**1.3 Сокращения, используемые в протоколе:**

БСФ	-	биосоциальные функции
УФО	-	ультрафиолетовое облучение
ЖЕЛ	-	жизненная емкость легких
ФЖЕЛ	-	форсированная жизненная емкость легких
ПСВ	-	пиковая скорость выдоха
ОАК	-	общий анализ крови
ОАМ	-	общий анализ мочи
ЛФК	-	лечебная физкультура
ЛОР	-	Отоларинголог
ЧСС	-	частота сердечных сокращений
АД	-	артериальное давление
SatO <sub>2</sub>	-	сатурация крови кислородом
БОС	-	биологическая обратная связь

**1.4 Пользователи протокола:** педиатры, врачи общей практики, пульмонологи, аллергологи, реабилитологи.

**1.5 Категория пациентов:** дети с 3 до 14 лет.

## **2. Методы и процедуры реабилитации**

**2.1 Цель реабилитации:**

- общее оздоровление организма, повышение его устойчивости и сопротивляемости;
- Улучшение качества жизни пациента.

## **3. Показания для медицинской реабилитации:**

Таблица – 1.

№ п/п	Нозологическая форма (код по МКБ-Х)
1.	Бронхиальная астма интерметрирующая, персистирующая легкой и средней степени тяжести контролируемая, частично контролируемая J 45.0 – Астма с преобладанием аллергического компонента
2.	Бронхиальная астма интерметрирующая, персистирующая легкой и средней степени тяжести контролируемая, частично контролируемая J45.8- Астма смешанная
3.	Бронхиальная астма интерметрирующая, персистирующая легкой и средней степени тяжести контролируемая, частично-контролируемая J 45.9 – Астма неуточненная
4.	J 18.0 Бронхопневмония неуточненная (Реконвалесцент бронхопневмонии )
5.	J 40. Бронхит, не уточненный как острый или хронический
6.	J 41.0. Простой хронический бронхит
7.	J 42. Бронхит неуточненный

**4. Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур**  
(Междуродный шкалы согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья)

Таблица – 1.

№ п/п	Нозологическая форма (код по МКБ-Х)	Международные критерии (степень нарушения БСФ( биосоциальных функций и (или) степень тяжести заболевания.
1	Бронхиальная астма интерметрирующая, персистирующая легкой и средней степени тяжести контролируемая, частично контролируемая	ПСВ > 80% от должного или наилучшего индивидуального значения, $SatO_2 > 95\% (>90\% \text{ у подростков})$ . Спирометрия: Параметры PEF, FEV 1 –

	J 45.0 – Астма с преобладанием аллергического компонента	физиологическая норма или > 80% от физиологической нормы;
2	Бронхиальная астма интерметириующая, персистирующая легкой и средней степени тяжести контролируемая, частично контролируемая J45.8- Астма смешанная	ПСВ > 80% от должного или наилучшего индивидуального значения, SatO <sub>2</sub> > 95% (>90% у подростков). Спирометрия: Параметры PEF, FEV 1 – физиологическая норма или > 80% от физиологической нормы;
3	Бронхиальная астма интерметириующая, персистирующая легкой и средней степени тяжести контролируемая, частично контролируемая J 45.9 – Астма неуточненная	ПСВ > 80% от должного или наилучшего индивидуального значения, SatO <sub>2</sub> > 95% (>90% у подростков). Спирометрия: Параметры PEF, FEV 1 – физиологическая норма или > 80% от физиологической нормы;
4	Нозологическая форма (код по <a href="#">МКБ-Х</a> )	Международные критерии (степень нарушения БСФ (биосоциальных функций) и (или) степень тяжести заболевания.
5	J 40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический	Проба Штанге – (задержка дыхания после максимального вдоха) – норма 22-68 с. (5-15лет) Проба Генче – (задержка дыхания после максимального выдоха) – норма – 12-27 с.(5-15лет) ФВД – ЖЕЛ: Норма – более 90%; Условная норма – 85-90%; Состояние полной ремиссии Через 1-3 месяца в стадии полной клинико-лабораторной ремиссии, в зависимости от степени тяжести воспалительного процесса, после последнего обострения заболевания.
6	J41.0 Простой хронический бронхит	Проба Штанге – (задержка дыхания после максимального вдоха) – норма 22-68 с. (5-15лет) Проба Генче – (задержка дыхания после максимального выдоха) – норма – 12-27 с.(5-15лет)

		<p>ФВД – ЖЕЛ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Норма – более 90%;</li> <li>- Условная норма – 85-90%;</li> <li>- Состояние полной ремиссии</li> </ul> <p>Через 1-3 месяца в стадии полной клинико-лабораторной ремиссии, в зависимости от степени тяжести воспалительного процесса, после последнего обострения заболевания.</p>
7	J42 Бронхит неуточненный	<p>Проба Штанге – (задержка дыхания после максимального вдоха) – норма 22-68 с. (5-15 лет)</p> <p>Проба Генче – (задержка дыхания после максимального выдоха) – норма – 12-27 с.(5-15 лет)</p> <p>ФВД – ЖЕЛ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Норма – более 90%;</li> <li>- Условная норма – 85-90%;</li> <li>- Состояние полной ремиссии</li> </ul> <p>Через 1-3 месяца в стадии полной клинико-лабораторной ремиссии, в зависимости от степени тяжести воспалительного процесса, после последнего обострения заболевания.</p>
8	J18.0 Пневмония без уточнения возбудителя	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Реконвалесцент пневмонии.</li> <li>- Через 1-3 месяца, в стадии полной клинико-лабораторной ремиссии в зависимости от степени тяжести воспалительного процесса, после последнего обострения заболевания.</li> </ul> <p>Осложнения отсутствуют.</p>

## **5. Этапы и объемы медицинской реабилитации, предоставляемые в течение 21 календарных дней.**

### **Этап санаторной реабилитации:**

- поздняя реабилитация.

### **Объемы медицинской реабилитации:**

#### **Основные:**

- осмотр педиатра;
- осмотр реабилитолога;
- осмотр аллерголога;
- режим свободный;
- гипоаллергенный быт;
- диета стол № 15 (исключение продуктов, содержащих причинно-значимые аллергены) №21;

- климатотерапия, терренкур ежедневно;
- оксигенотерапия №10.
- массаж грудной клетки №7;
- массаж спины №7;
- ЛФК с целью укрепления дыхательной мускулатуры №14;
- индивидуальные дыхательные тренажеры №7;
- лечение методом Биологической обратной связи №10;
- спелеотерапия №14;
- лекарственный электрофорез №7.
- магнитотерапия №10;
- светолечение - биоптрон №10;
- лазерная терапия №7;
- шунгитотерапия стоп: №10;
- вибромассаж на стопы №10.

**Водные процедуры:**

- лечебные ванны (солевые, шунгитовые, вихревые) №7;
- лечебные души (циркулярный, душ виши, душ шарко, подводный душ массаж) №7;

**Термотерапия:**

- дозированная сауна №5;
- кедровая бочка №5;
- парафинотерапия №7.

**Дополнительные:**

- психологическая реабилитация;
- индивидуальные занятия и игровые занятия в сенсорной комнате;
- групповые занятия на логику с детьми - с элементами танцевальной терапии.

**NB!** Медикаментозная терапия в случае обострения основного заболевания в периоде адаптации (акклиматизации) с клиническими проявлениями.

**Показания для консультации специалистов:**

аллерголог	с целью оценки аллергологического статуса и уточнения формы БА
ЛОР	для диагностики и лечения аллергического ринита (АР) и лор-патологии
консультация других узких специалистов – по показаниям	

## **6. Диагностические мероприятия:**

**NB!** Оценка выраженности клинико-функциональных нарушений соответствует международным критериям степени нарушения или степени тяжести заболевания и включает в себя:

**Основные:**

- оценка боли (таблица1);
- оценка риска падения (таблица 2);
- определение индекса Кетле ( таблица №3).

## **Мониторинг и динамическое наблюдение:**

- пульсоксиметрия – 2 раза в начале и конце курса лечения;
- пикфлюметрия – ежедневно 2 раза (утром и вечером).
- спирометрия – 2 раза в начале и конце курса лечения;

## **Дополнительные мероприятия:**

NB! Лабораторные и бактериологические исследования проводятся по показаниям.

## **Консультации специалистов:**

- консультация аллерголога 1 раз и далее по показаниям;
- консультация психолога - 1 раз и далее по показаниям;

## **7. Тактика санаторной реабилитации**

В зависимости от состояния ребенка тактика лечения делится на немедикаментозную и медикаментозную.

## **8. Основные мероприятия**

Немедикаментозные реабилитационные мероприятия:

- дыхательная гимнастика по Стрельниковой;
- галотерапия - соляная комната;
- соляная комната с аэроинотерапией;
- оксигенотерапия;
- индивидуальные дыхательные тренажеры;
- лекарственный электрофорез на грудную клетку;
- магнитотерапия;
- биоптрон;
- лазеротерапия;
- шунгитотерапия для стоп;
- вибромассаж стоп;
- лечебные ванны (Солевые, Хвойные, Шунгитовые, Вихревые для ног и спины)
- лечебные души (душ Виши, душ Шарко, Подводный душ массаж);
- термотерапия (Дозированная термотерапия-сауна, Фито-бочка);
- парафинолечение;
- глинолечение
- лечение методом Биологической обратной связи.

**Медикаментозные мероприятия:** При обострении основного заболевания применять клинический протокол лечения Бронхиальной астмы у детей.

## **9. Дополнительные мероприятия: нет.**

## **10. Индикаторы эффективности реабилитации:**

- динамика общесоматического статуса – улучшение окраски кожи и слизистых, положительное изменение параметров массы тела, роста, тургора тканей и др;
- регресс выраженности жалоб, отмеченных при поступлении: плохой сон, утомляемость, плохой аппетит, головные боли и т.д;

- динамика эмоционального статуса: изменение настроения, поведения, появление общительности, уменьшение плаксивости, конфликтности;
- динамика лабораторных данных: показателей периферической крови, мочи, биохимических исследований (при наличии возможностей определения);

### **Оценка эффективности оздоровления детей.**

Для проведения оценки необходимо сопоставить данные двух медицинских осмотров – в начале и в конце заезда.

Анализируются следующие показатели:

**Оценка физического развития** ребенка определяется индексом Кетле ( таблица №3).

**Функциональное состояние дыхательной системы** оценивается с помощью пробы Генча (задержка дыхания на выдохе).

Величина показателя задержки дыхания на выдохе у детей в секунду

Возраст в годах	Мальчики	Девочки
7	$10 \pm 2,8$	$8,3 \pm 4,0$
8	$17 \pm 12,4$	$13,0 \pm 7,2$
9	$16,8 \pm 11,0$	$12,1 \pm 6,3$
10	$15,5 \pm 7,5$	$11,0 \pm 4,0$
11	$18,2 \pm 8,5$	$13,0 \pm 8,6$
12	$20,0 \pm 12,0$	$16,0 \pm 13,6$
13	$18,5 \pm 11,0$	$16,0 \pm 6,2$
14	$19,6 \pm 6,7$	$19,0 \pm 9,2$

Оздоровительный эффект пребывания детей в детских оздоровительных организациях проявляется в совершенствовании глубоких тканевых биохимических процессов – повышении устойчивости к гипоксии. Увеличение за время отдыха показателя задержки дыхания ребенком на 10% и более характеризуется как положительный сдвиг; снижение времени задержки дыхания на 10% характеризуется отрицательно и свидетельствует о снижении устойчивости к дефициту кислорода.

**Спирометрия** - Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) – максимальное количество воздуха, которое можно выдохнуть после максимального вдоха.

**Пульсоксиметрия** – определение степени насыщения крови кислородом, спектрофотометрическим способом.

#### **4. Динамика показателей эффективности оздоровления детей**

Улучшение плюс (далее - «+»), «-» ухудшение минус (далее - «-»), «0» без изменений ноль (далее - «0»). Итого: ребенок с выраженным эффектом, со слабым оздоровительным эффектом, отсутствием оздоровительного эффекта.

ФИО	Показатели	Физ. развитие	Проба Генче	Спирометрия	Пульсоксиметрия	Всего
	Первичные					

	Заключительные					
--	----------------	--	--	--	--	--

## **11. Организационные аспекты протокола**

### **12. Список разработчиков протокола:**

- 1) Мусаева Каншайм Каирлыевна – педиатр, директор РГКП «Детский клинический санаторий «Алатау»» МЗ РК, организатор высшей категории, магистр здравоохранения.
- 2) Палтушева Тамара Палтушевна – кандидат медицинских наук, заведующая организационно-методического отдела РГКП «Детский клинический санаторий «Алатау»» МЗ РК.
- 3) Джансейтова Ажар Олжагуловна - педиатр высшей категории, заведующая соматического отделения РГКП «Детский клинический санаторий «Алатау»» МЗ РК.
- 4) Чингисова Нургуль Турдыновна - педиатр-аллерголог высшей категории РГКП «Детский клинический санаторий «Алатау»» МЗ РКЮ
- 5) Каймоданова Нургуль Мелисовна – врач – реабилитолог Городского детского санатория № 4 города Алматы.

### **13. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.**

### **14. Рецензенты:**

- 1) Булекбаева Шолпан Адильжановна - доктор медицинских наук, профессор, Президент ассоциации реабилитологов и курортологов РК. Директор филиала Корпоративного фонда «УМС» Национальный центр детской реабилитации.
- 2) Оспанова Шолпан Хожановна - кандидат медицинских наук, секретарь ассоциации реабилитологов и курортологов РК, заместитель директора по менеджменту качества и безопасности пациентов филиала Корпоративного фонда «УМС». Национальный центр детской реабилитации.
- 3) Мырзабекова Гульшара Торебековна – доктор медицинских наук, профессор. заведующая кафедрой педиатрии АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования».

### **13. Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

### **14. Список использованной литературы:**

- 1) Программа по менеджменту бронхиальной астмы и аллергического ринита на современном этапе в Республике Казахстан. Испаева Ж.Б., Дадамбаев Е.Т., Есенжанова Г.М., Розенсон Р.И., Моренко М.А. и соавт. Алматы, 2011. С.40.
- 2) Global strategy for asthma management and prevention, 2012 (Update).- M.FitzGerald et al, 2012.- 128 p. –доступно на [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)
- 3) British guideline on the management of asthma - quick reference guide.-Scottish Intercollegiate Guidelines Network.- London, 2011.- 28 p. -Доступно на [www.sign.ac.uk/pdf/qry101.pdf](http://www.sign.ac.uk/pdf/qry101.pdf)

- 4) British guideline on the management of asthma - a national clinicalguideline.- Scottish Intercollegiate Guidelines Network.- London, 2012.-151 p.
- 5) Expert panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma - Summary Report 2007.- J. Allergy Clinical Immunology.- 2007.-Vol. 120.- Supp1.5.- P. 94-138
- 6) Sotomayor H., Vera A., Naveas R., Sotomayor C. Assessment of techniqueand errors in the use of metered dose inhalers in the adult patients *I/Rev.Med. Chil.*- 2001.- Vol. 129.- N.4.- P.413-420
- 7) Bateman ED, Clark TJ, Frith L, Bousquet J, Busse WW, Pedersen SE; GoalInvestigators Group. Rate of response of individual asthma control measuresvaries and may overestimate asthma control: an analysis of the goal study. *J. Asthma* 2007, Oct;44(8):667 \_73
- 8) Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH, Eigenmann PA, Frischer T, Gotz M, Helms PJ, Hunt J, Liu A, Papadopoulos N, Platts-Mills T, PohunekP, Simons FE, Valovirta E, Wahn U, Wildhaber J; European Pediatric AsthmaGroup. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACT ALLconsensus report. *Allergy*. 2008 Jan;63(1 ):5-34.
- 9) Tasche MJ, Uijen JH, Bernsen RM, de Jongste JC, van Der WoudenJC. Inhaled disodium cromoglycate (DSCG) as maintenance therapy in childrenwith asthma: a systematic review. *Thorax* 2000;55(11):913-20.
- 10) Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия 2005г.
- 11) Илларионов В.Е., Симоненко В.Б. «Современные методы физиотерапии», М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007 г.
- 12) Клинический протокол, 2013. [www.rcrz.kz](http://www.rcrz.kz)
- 13) Asthma. Most Recent Asthma Data. – 2017.
- 14) «Физиотерапия в педиатрии». – Авт.-сост. А.Н.Разумов и др. - РНЦ восстановительной медицины и курортологии МЗ РФ, Омская ГМА. – М. - Омск, 2003.
- 15) «Применение физиотерапии в педиатрии» - Методические указания. Сост. А.С.Сенаторова, О.В.Николаева. – Харьков: ХГМУ, 2005.
- 16) «Практическая физиотерапия». – А.А.Ушаков. – М., 2009.
- 17) «Спирометрия и пикфлюметрия при бронхиальной астме у детей» (практика оценки и мониторинга). – Учебное пособие пол ред. з.д.н.РФ, профессора И.М.Воронцова. СПбГПМА, 2005.

Приложения:

(Таблица1)  
ЛИСТ ОЦЕНКИ БОЛИ

ФИО пациента \_\_\_\_\_ Дата рождения

«\_\_\_\_\_» г.  
МКСБ №\_\_\_\_\_

Цифровая рейтинговая  
шкала оценки боли (Ц) ⇒

Бо ли нет	Боль незначите льная	Боль умеренная	Боль выраженн ая	Боль невы носимая
0	1	2	3	4
5	6	7	8	9
10				

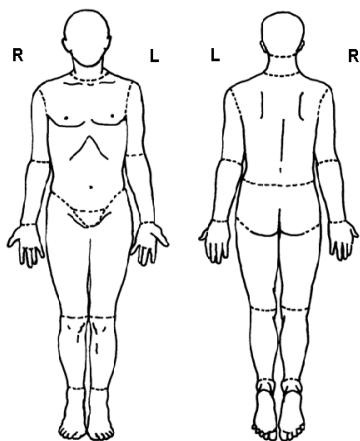
Шкала гримас Вонг-Бейкера

(Г) ⇒



**Локализация боли**

Отметьте  
локализацию боли на  
схеме



**Таблица №1**  
**Характер боли**

жг - жгучая	Кол - колючая
остр - острая	н-ноющая
реж - режущая	тян - тянущая

Дата →									
Время →									
Использован ная шкала (Ц или Г)									
Шкала боли	1								
	0								
	9								
	8								
	7								
	6								
	5								
	4								
	3								
	2								
	1								
	0								

Характер боли (в соответствии с таблицей №1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Частота боли

стр -	туп-тупая	постоянная периодическа я (время)											
пул- пульсирующ ая	др.												
сх- схваткообраз ная													
<b>Таблица №2</b> <b>Медикаментозная</b> <b>терапия</b>		<b>Боль усугубляется</b>											
НА-	наркотическ анальгетики	при движении											
ННА-	ненаркотическ анальгетики	в покое											
СП-	спазмолитическ препараты	глубоком											
АП-	анестетическ препараты	дыхании											
др.		другое.....											
		.....											
		.....											
<b>Немедикаментозная</b> <b>помощь</b>		<b>Обычно облегчается</b> (в соответствии с таблицей №2)											
упр-	упражнения	медицинск оизно											
имоб-	иммобилизация	немедикамент оизно											
ПВП-	придание												
	возвышенного положени												
СПТ-	смена положен тела												
ПП-	психологическ поддержка												
об-	обучение												
м-	массаж												
ГК/ХК-	горячие/холодн компрессы												
отвл-	отвлекающ терапия												
др.		другое.....											
		.....											
		.....											
<b>Повторная оценка боли по ранее использованной</b> <b>шкале</b>													
<b>Примечание:</b> эффект													

*проведенной терапии  
и снижение  
интенсивности боли  
оценивается:*

1. Снижение на 10 – 20% – минимальные значения обезболивания
2. Снижение на 30% – умеренные значения обезболивания
3. Снижение 50% – существенное облегчение боли

**Эффект проведенной терапии (см. примечание)**

<i>минимальное</i>											
<i>умеренное</i>											
<i>существенное</i>											

**ФИО медицинского сотрудника проводившего оценку**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Комментарий:**

---

---

---

---

**Лист оценки риска падения**

ФИО

пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_ г.

МКСБ №\_\_\_\_\_

Дата оценки: «\_\_» \_\_\_\_ г. Время \_\_\_\_ ч \_\_\_\_ мин.

Ответить на нижеприведенные вопросы:

1. падал ли в последние 3 месяца; Да \_\_\_\_ (25б) Нет \_\_\_\_ (0б)

2. есть ли сопутствующие заболевания; Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

3. ходит ли самостоятельно; Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

4. принимает ли внутривенные вливания; Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

5. есть ли нарушение походки; Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

6. есть ли нарушения психического состояния. Да \_\_\_\_ Нет \_\_\_\_

- в случае оценки риска падения в количестве **от 0 до 24** баллов – нет риска падения, осуществляется основной уход;

- в случае оценки риска падения в количестве **от 25 до 50** баллов – низкий риск падения, осуществляются профилактические меры;

- в случае оценки риска падения в количестве **от 51 и выше** – высокий риск падения, осуществляются меры для пациента высокого риска падения.

Высокий риск падения	Это вероятность падения пациента с выраженным причинением вреда для здоровья
Низкий риск падения	Это вероятность падения пациента с незначительным причинением вреда для здоровья

(Таблица 2)

ФИО медицинского сотрудника проводившего оценку:

## Индекс Кетле таблица №3

*Массо-ростовой индекс Кетле (кг/м<sup>2</sup>) - мальчики*

Возраст (лет)	Оценка, баллы				
	2 дефицит массы	4 гармонич- ное (-)	5 гармо- ничное	3 гармонич- ное (+)	1 тучное
6	≤13	13,1-14,9	15,0-17,0	17,1-18,9	≥19
7	≤13	13,1-14,9	15,0-17,0	17,1-18,9	≥19
8	≤13	13,1-14,9	15,0-17,0	17,1-18,9	≥19
9	≤14	14, 1-15,9	16,0-18,0	18, 1-19,9	≥20
10	≤14	14, 1-15,9	16,0-18,0	18, 1-19,9	≥20
11	≤15	15,1-16,9	17,0-19,0	19,1-20,9	≥21
12	≤16	16,1-17,9	18,0-20,0	20,1-21,9	≥22
13	≤17	17,1-18,9	19,0-21,0	21,1-22,9	≥23
14	≤17	17,1-18,9	19,0-21,0	21,1-22,9	≥23
15	≤17	17,1-18,9	19,0-21,0	21,1-22,9	≥23
16	≤18	18,1-19,9	20,0-22,0	22,1-23,9	≥24
17	≤19	19,1-20,9	21,0-23,0	23,1-24,9	≥25
18	≤19	19,1-20,9	21,0-23,0	23,1-24,9	≥25

*Массо-ростовой индекс Кетле (кг/м<sup>2</sup>) - девочки*

Возраст (лет)	Оценка, баллы				
	2 дефицит массы	4 гармонич- ное (-)	5 гармо- ничное	3 гармонич- ное (+)	1 тучное
6	≤13	13,1-14,9	15,0-17,0	17,1-18,9	≥19
7	≤13	13,1-14,9	15,0-17,0	17,1-18,9	≥19
8	≤13	13,1-14,9	15,0-17,0	17,1-18,9	≥19
9	≤14	14, 1-15,9	16,0-18,0	18,1-19,9	≥20
10	≤14	14, 1-15,9	16,0-18,0	18,1-19,9	≥20
11	≤15	15,1-16,9	17,0-19,0	19,1-20,9	≥21
12	≤16	16,1-17,9	18,0-20,0	20,1-21,9	≥22
13	≤17	17,1-18,9	19,0-21,0	21,1-22,9	≥23
14	≤17	17,1-18,9	19,0-21,0	21,1-22,9	≥23
15	≤18	18,1-19,9	20,0-22,0	22,1-23,9	≥24
16	≤19	19,1-20,9	21,0-23,0	23,1-24,9	≥25
17	≤20	20,1-21,9	22,0-24,0	24,1-25,9	≥26
18	≤20	20,1-21,9	22,0-24,0	24,1-25,9	≥26