



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного Образовательного учреждения



Поговорим о правильном питании

Кашель у детей:
патогенетические механизмы
его развития

Группы оздоровительной
направленности для детей
с аллергопатологией

Проведение профилактических
прививок детям

Актуальные проблемы
дезинфекции, дезинсекции
и дератизации в ДОУ

№ 6/2010

Содержание

2010, № 6

Колонка редактора	3
Гость номера И.Ю. Тармаева	4

ГИГИЕНА

Рациональное питание

<i>Харитончик Т.А.</i>	
Поговорим о правильном питании	10
<i>Аблахатова Е.А., Малкова О.А.</i>	
Организация рационального здорового	
питания в МДОУ	15

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

<i>Мартынович Н.Н.</i>	
Кашель у детей: патогенетические	
механизмы его развития	22
<i>Голубев В.В., Стрельцова Я.В.</i>	
Скрытые депрессии у детей	30

Реабилитация

<i>Анощенко Е.В. и др.</i>	
Массаж биологически активных точек	
для детей с нарушениями зрения	41

ПЕДАГОГИКА

Оздоровительная работа

<i>Халдыгерова Т.З., Данилюк О.Л.</i>	
Группы оздоровительной направленности	
для детей с аллергопатологией	56

Психологическая помощь*Великова С.А.*Отношения мальчиков старшего дошкольного
возраста к родителям 67**АКТУАЛЬНО****Медицинское обслуживание***Тимиргалеева Т.В.*Роль средних медработников ДОУ
в организации и проведении профилактических
прививок детям 72**Нормативные и руководящие документы**Гигиенические рекомендации по организации
воспитания и обучения детей дошкольного
(старшего дошкольного) возраста
в образовательных учреждениях 76О вспышечной заболеваемости в Российской
Федерации в I квартале 2010 г. 87

Постановление от 19.03.2010 № 21

«О профилактике острых кишечных инфекций» 88

Письмо от 11.02.2010 № 01/1867-0-32

руководителям управлений Роспотребнадзора
по субъектам Российской Федерации
и по железнодорожному транспорту«Об обогащении микронутриентами пищевых
продуктов, в том числе массовых сортов хлеба» 99**Профессиональный рост***Александров В.Н.*Гигиена детей и подростков в системе высшего
военно-медицинского образования 103**Горжусь профессией своей**

Всероссийский конкурс «Лучший врач года» 111

Самообразование*Назаров В.Ю. и др.*Актуальные проблемы дезинфекции, дезинсекции
и дератизации в ДОУ 118**Книжная полка** 125**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128**Подписные индексы журнала «Медработник ДОУ» в каталогах:**

«Роспечать» — 80553; 36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120; 39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10339 (в комплекте)

Журнал «Медработник ДОУ» выходит 8 раз в год: с февраля по май,
с сентября по декабрь.

Уважаемые коллеги!

Мы рады снова встретиться с вами на страницах журнала. Сегодня у нас в гостях доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены труда и гигиены питания Иркутского государственного медицинского университета Инна Юрьевна Тармаева. Ее исследования и основные направления деятельности посвящены проблемам и задачам организации рационального питания детей дошкольного возраста.

На страницах этого номера вы познакомитесь с опытом реабилитации и организацией оздоровительной работы с детьми, имеющими различные отклонения в состоянии здоровья. Несомненно интересна и актуальна статья В.В. Голубева и Я.В. Стрельцовой, посвященная проблеме, с которой сталкиваются не только врачи, но и большинство родителей. Скрытые депрессии у детей — причины, внешние проявления, основные этапы развития, диагностика, роль родителей и персонала ДОУ в лечении и профилактике данного заболевания.

Кроме этого, кашель у детей и механизмы его развития, роль медработников ДОУ в организации и проведении профилактических прививок детям, актуальные проблемы дезинфекции, дезинсекции и дератизации в ДОУ, профилактика острых кишечных инфекций и много других интересных материалов.

В этом выпуске журнала мы публикуем заключительную часть «Гигиенических рекомендаций по организации воспитания и обучения детей дошкольного (старшего дошкольного) возраста в образовательных учреждениях».

В сегодняшнем номере — итоги IX Всероссийского конкурса «Лучший врач года». Очень символично, что среди победителей много специалистов педиатрического профиля. Торжественную церемонию в этом году открывал Председатель Правительства РФ В.В. Путин. Он отметил, что профессия врача в России всегда пользовалась огромным почетом и уважением и очень важно, чтобы российские медики работали в хороших условиях, владели самыми передовыми технологиями и, конечно, получали достойную заработную плату за свой труд.

Наш коллектив присоединяется к многочисленным поздравлениям в адрес лауреатов конкурса.

Можете поздравить и нас — весной 2010 года учредитель журнала «Медработник ДОУ» — ООО «Творческий Центр Сфера» во главе с генеральным директором Т.В. Цветковой награждено Дипломом лауреата ежегодной международной премии «Лучшая кампания года»! Это радостное событие совпало с еще одним, знаковым: нынешней осенью «ТЦ Сфера» отмечает свой 15-летний юбилей.

С уважением, редакция

Гость номера

Тармаева Инна Юрьевна

д-р мед. наук, профессор кафедры гигиены труда и гигиены питания ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Иркутск

Современные представления об основных принципах питания детей дошкольного возраста

Проблема правильной организации питания детей имеет не только медицинское, но и большое социальное значение, поскольку является определяющим фактором. Рациональное питание, отвечающее физиологическим потребностям растущего организма, обеспечивает гармоничное развитие ребенка, повышает его иммунитет, выносливость к различным неблагоприятным факторам окружающей среды [3; 7; 10].

Особенность питания детей обусловлена усилением роста, преобладанием процессов ассимиляции и синтеза из пищевых белков и белковых структур, липидов, углеводов, минеральных и других соединений, необходимых для обеспечения стабильности и обновления морфологических структур, образования функционально активных соединений — ферментов, гормонов.

Детский организм отличается от взрослого бурным ростом и интенсивным течением обменных процессов. На протя-

жении первых лет жизни формируется структура и совершенствуется функция нервной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других жизненно важных систем. Физиологические особенности детей дошкольного возраста характеризуются продолжающимися высокими темпами роста, интенсивной двигательной активностью, структурной и функциональной перестройкой отдельных органов. В связи с этим организм ребенка испытывает высокую потребность во всех пищевых веществах — источниках пластического материала и энергии [5; 7].

Дошкольный возраст — своего рода ключевая фаза жизненного цикла, когда в ходе развития организм оказывается самым ранимым и легко повреждаемым.

Несмотря на существенные количественные различия, а также различия в рекомендуемой кулинарной обработке продуктов, для детей дошкольного возраста сформулированы принци-

пы рационального питания, обеспечивающие наиболее эффективную роль алиментарного фактора в поддержании здоровья. К числу таких принципов относятся:

- адекватная энергетическая ценность рациона, соответствующая энергозатратам ребенка;
- сбалансированность рациона по всем заменимым и незаменимым пищевым факторам, включая белки и аминокислоты, пищевые жиры и жирные кислоты, витамины, минеральные соли и микроэлементы, а также минорные, условно незаменимые нутриенты, необходимые для обеспечения оптимального питания (биофлавоноиды и др.);
- максимальное разнообразие рациона, являющееся основным условием обеспечения его сбалансированности;
- оптимальный режим питания;
- адекватная технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, обеспечивающая их высокие вкусовые достоинства и сохранность исходной пищевой ценности;
- учет индивидуальных особенностей детей (в том числе непереносимость ими отдельных продуктов и блюд);
- обеспечение безопасности питания, включая соблюдение всех санитарных требований к состоянию пищеблока, поставляемым продуктам питания, их транспортировке, хра-

нению, приготовлению и раздаче блюд.

Структура питания детей различных возрастных групп в настоящее время характеризуется продолжающимся снижением потребления наиболее ценных в биологическом отношении продуктов питания: мясо и мясопродукты, молоко и молочные продукты, рыба и рыбные продукты, яйца, растительные масла, фрукты, овощи. При этом увеличивается потребление хлеба и хлебобулочных изделий, картофеля. По обобщенным данным Института питания РАМН, дефицит полноценных белков в рационах детей достигает 25%, витаминов группы А и В — 20—30, аскорбиновой кислоты — 48, пищевых волокон и кальция — 40% [2; 6].

Недостаточное поступление с пищей полноценного белка, витаминов, минералов особенно негативно сказывается на здоровье детского и подросткового контингентов, приводя к нарушению психического развития, повышению склонности к развитию хронических заболеваний, и в конечном итоге препятствует формированию здорового поколения.

Роль белков в жизнедеятельности организма исключительно велика и многообразна.

Организм человека, в особенности детский, практически лишен резервов белка, причем углеводы и жиры также не могут служить его предшественника-

ми. В связи с этим единственным источником пополнения фонда аминокислот и обеспечения равновесия процессов синтеза и распада белка в организме могут служить белки пищевых продуктов, являющиеся в силу этого незаменимыми компонентами пищевого рациона, которые должны ежедневно поступать в организм детей.

В последнее время считается, что наиболее высокие показатели усвояемости белка, баланса и ретенции азота получены при следующих суточных дозах белка на 1 кг веса детей: до 1 года — 5—5,5 г; от 1 года до 3 лет — 4—4,5 г; от 4 до 7 лет — 3,5—4 г; от 8 до 12 лет — 3 г; старше 12 лет — 2—2,5 г. Имеет значение не только количество, но и качество вводимого белка. Полноценность белков определяется наличием в них аминокислот, необходимых для построения белков детского тела.

Доля белков животного происхождения в рационе детей от 1 года до 3 лет составляет 70%, от 3 до 7 — 65, для детей старше 7 лет — не менее 60% от общего количества белка.

Жиры как и белки — важнейшие компоненты, из которых формируются клетки и клеточные мембраны, являющиеся теми структурными единицами, из которых образуются различные ткани и органы человеческого организма. Жиры, следовательно, выполняют в организме пластическую функцию. Вместе

с тем пищевые жиры играют большую роль в удовлетворении потребностей человека в энергии (энергетическая функция жиров). Несмотря на относительно небольшое содержание жиров в обычном рационе детей дошкольного возраста, они удовлетворяют до 30—40% потребностей детей в энергии. Потребность в жире с возрастом изменяется. Жиры следует рассматривать как поставщиков в организм детей широкого спектра жирных кислот, аналогично тому, как белки являются поставщиками аминокислот.

С жиром доставляются растворимые в нем витамины А, D, Е, К — важный фактор роста и развития ребенка.

Нормальный рост и адекватное развитие детей определяется оптимальным соотношением жирных кислот: насыщенных, моно- и полиненасыщенных. Исследования, проведенные в последние десятилетия, позволили установить, что жирные кислоты из ω -6 и ω -3 семейств выполняют в организме важнейшие биологические функции.

Углеводы — основные энергонесущие макронутриенты в питании, обеспечивающие 50—70% общей энергетической ценности рациона. Для детей характерна большая интенсивность углеводного обмена. Минимум углеводов, необходимый детям различного возраста, индивидуально изменчив и в значитель-

ной мере зависит от количества и качества одновременно вводимых других пищевых ингредиентов. Суточное количество углеводов, которое дети должны получать с пищей, значительно увеличивается с возрастом: для детей от 1 до 2 лет — 174 г, 2—3 года — 203 г, от 3 до 7 лет — 261 г, согласно физиологическим нормам питания.

Особенность потребления детьми углеводов заключается в том, что в их питании должны преобладать легкоусвояемые углеводы, источники которых — фрукты, ягоды и их соки, быстро используемые в детском организме для гликогенообразования.

Большое значение в питании человека отводится клетчатке растительных продуктов, состоящей из пищевых волокон. Клетчатка влияет на интенсивность абсорбции и метаболизма жиров, углеводов и белков, а также способна менять обмен стероидов и баланс минеральных веществ, создает чувство насыщения пищей, стимулирует функцию кишечника и желчеотделения, формирует и увеличивает каловые массы, разжижает кишечное содержимое, изменяет скорость всасывания глюкозы из кишечника, что снижает уровень глюкозы в крови и соответственно потребность в инсулине, положительно влияет на кишечную микрофлору. В результате многолетних наблюдений установлено, что наилучшие

показатели физического и нервно-психологического развития детей дошкольного возраста были в тех случаях, когда соотношение белков, жиров и углеводов на 1 кг массы тела в ежедневном рационе составляло 1:1:4.

Микронутриенты относятся к незаменимым пищевым веществам и необходимы для нормального осуществления всех биохимических процессов в организме: обмена веществ, роста и развития. Организм не синтезирует и не депонирует микронутриенты, поэтому необходимо их регулярное поступление в полном объеме и физиологических количествах в готовом виде с пищей. Роль витаминов и минеральных веществ в детском возрасте особенно велика, что связано с интенсивностью процессов роста формирования организма ребенка, напряженностью обменных процессов в этот период. Чрезвычайно серьезная проблема питания детей — распространенный дефицит в их рационе витаминов, минеральных солей и микроэлементов (кальция, железа, йода, селена, цинка). Широкое распространение полигиповитаминозных состояний, их неблагоприятные последствия для здоровья молодого поколения диктуют необходимость принятия широкомасштабных мер по профилактике дефицита микронутриентов у детей как в домашних услови-

ях, так и в дошкольных, школьных и детских лечебно-профилактических учреждениях. При организации питания детей в организованных коллективах большое значение должно уделяться режиму питания. Под «режимом питания» понимаются:

- количество приемов пищи в течение суток (кратность питания);
- распределение суточного рациона по его энергоценности, химическому составу, продуктовому набору и массе на отдельные приемы пищи;
- время приема пищи в течение суток;
- интервалы между приемами пищи;
- время, затрачиваемое на прием пищи.

Особенность режима питания детей в организованных коллективах: дети получают трехразовое питание, обеспечивающее 75—80% от суточного рациона, при этом завтрак должен составлять 25% от суточной энергетической ценности, обед — 40, полдник — 15—20%. Ужин, на который остается 20% суточной калорийности, дети получают дома. Блюда, содержащие мясо, рыбу, яйца, рекомендуется принимать в первую половину дня — на завтрак и обед. На ужин желательно давать молочно-растительную, легко усваиваемую пищу, так как ночью, во время глубокого сна, процессы пищеварения замедляются. Не-

которые продукты должны включаться в рацион питания ребенка ежедневно, а некоторые он может получать 2—3 раза в неделю или через день. Для правильного питания детей необходимо соблюдение суточного и разового объема пищи, который должен строго соответствовать возрасту ребенка. Таким образом, при разработке здорового питания в организованных коллективах важно учитывать все особенности питания детей, обеспечивающие хорошее их развитие и профилактику неинфекционных заболеваний.

Литература

1. Баранов А.А., Ильин А.Г., Кучма В.Р. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // Российский педиатрический журнал. 2005. № 2.
2. Батулин А.К. Разработка системы оценки и характеристика структуры питания и пищевого статуса населения России // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998.
3. Горелова Ж.Ю., Кизенко О.А., Мосов А.В. Совершенствование организации питания детей и подростков в образовательных учреждениях // Вопросы детской диетологии. 2003. Т. 1. № 2.
4. Доценко В.А. Фундаментальные основы рационального, профилактического и диетического питания // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2007. № 2.
5. Ладодо К.С., Нетребко О.К. Питание детей раннего возраста // Педиатрия. 2001. № 4.

6. *Спиричев В.Б.* Дефицит витаминов в питании детского и взрослого населения России. Последствия и пути его восполнения // Сб. науч.-метод. конф. «Формирование профилактической медицины регионального уровня и прикладные вопросы медицинской профилактики». Иркутск, 2006.

7. *Тутельян В.А., Конь И.Я.* Руководство по детскому питанию. М., 2004.

8. *Тутельян В.А.* и др. Реализация концепции государственной политики здорового питания населения России на региональном уровне: формирование региональ-

ной политики и региональных программ. Методические аспекты разработки и реализации программ // Вопросы питания. 2005. Т. 74. № 2.

9. *Тутельян В.А., Конь И.Я., Каганов Б.С.* Питание здорового и больного ребенка. М., 2007.

10. *Шабров А.В.* и др. Региональные программы здорового питания населения Северо-западного региона // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2007. № 2.

11. *Щепин О.П.* и др. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России. М., 2007.

Роспотребнадзор сообщает

Оценка состояния здоровья детей и подростков в Республике Карелия свидетельствует о росте заболеваемости в возрасте от 1 года до 17 лет. Установлено, что состояние здоровья детей лучше в ДОУ по сравнению с детьми и подростками общеобразовательных учреждений.

Выявлено, что в структуре заболеваемости на долю болезней, связанных с организацией учебного процесса, приходится 57% в дошкольных учреждениях и 50% в школах. Алиментарно-зависимые заболевания составляют соответственно 31 и 30%, а на заболевания, зависмые от гиподинамии и обеспечения подбора учебной мебели, приходится у дошкольников 12%, у школьников — 20%.

Установлено, что в группе факторов образовательной среды наиболее сильное влияние на здоровье школьников оказывает уровень санитарно-технического состояния (коэффициент корреляции (r) 0,87 ($p < 0,05$), организация учебного процесса (r) 0,82 ($p < 0,05$), организация питания (r) 0,85 ($p < 0,05$) (Управление Роспотребнадзора по Республике Карелия).

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году».

Поговорим о правильном питании (семинар для работников ДОУ)

Харитончик Т.А.,
директор МДОУ ЦРР — д/с № 15, городской
округ Отрадный Самарской обл.

Цель: привлечь внимание руководителей к проблеме питания детей в ДОУ; обменяться опытом.

Участники: руководители ДОУ, старшие медицинские сестры, врачи-педиатры, члены родительского комитета.

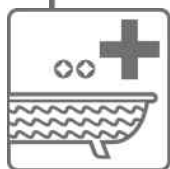
Выступление ведущего

Одно из приоритетных направлений деятельности МДОУ ЦРР — д/с № 15 — физкультурно-оздоровительное. Важно сформировать у детей представление о необходимости заботы о своем здоровье, и в первую очередь о значении правильного питания как составной части сохранения и укрепления здоровья. Качество питания оказывает решающее влияние на его состояние в любом возрасте. Оно зависит от пищевых ингредиентов (белки, жиры, углеводы) и микронутриентов (витамины + минеральные вещества). Рацион питания дошкольника зависит от особенности развития детей дошкольного возраста, их поведения, образа жизни, навыков и умений.

Как известно, у большинства дошкольников два дома. Организация питания детей в ДОУ должна сочетаться с правильным питанием в семье. Первый дом — детский сад, где они завтракают, обедают, полдничают, иногда ужинают, и родительский дом, где только ужинают. Исключение составляют субботние и воскресные дни, когда вся семья питается вместе, что вносит определенный диссонанс в питание дошкольника.

Готовясь к семинару, мы провели анкетирование родителей, в ходе которого выяснилось, что большинство из них не представляет, как правильно организовать питание дошкольника. Так, например, некоторые считают, что в детском саду кормят недостаточно и

ГИГИЕНА



стараятся устроить дома ужин поплотнее, в то время как он должен составлять 20% от суточной энергетической ценности. Следовательно, очень важно поддерживать правильный режим, т.е. домашнее питание должно дополнять рацион детского сада. Родителям необходимо сообщать о продуктах и блюдах, полученных ребенком в течение дня в ДООУ, для чего в группах вывешивается меню на день. Поэтому вечером необходимо дать ребенку продукты, которые он не получал днем. Кроме того, воспитатели и медицинские работники должны давать родителям рекомендации по составу домашних ужинов и питанию ребенка в выходные дни.

Некоторые родители хотят побаловать ребенка в выходные и особенно в праздничные дни, закармливают его сладостями и деликатесами, что вызывает иногда расстройство. Родители должны понимать, что перед отправлением в детский сад не следует кормить ребенка, а если приходится приводить рано, то можно дать ему стакан кефира или яблоко сразу после пробуждения.

Немаловажный аспект — особенности питания ребенка в период адаптации к ДООУ. Переход детей от домашнего воспитания к воспитанию в коллективе почти всегда сопровождается психологическими трудностями. Часто в период адаптации у них

ухудшается аппетит, нарушается сон. Поэтому перед поступлением в детский сад родителям рекомендуется приблизить режим питания и рацион к условиям детского учреждения, приучить ребенка к тем блюдам, которые там дают, особенно если дома он их не получал.

В дошкольном возрасте в организме ребенка продолжают активные процессы роста, формирования и становления всех органов и систем, интенсивно протекают обменные процессы. Ребенок вырастает на 8—10 см в год, а к 6—7 годам масса его тела приблизительно вдвое превышает массу годовалого ребенка. Особенно характерна для дошкольника двигательная активность. Они много бегают, прыгают, любят спортивные игры, что сопровождается большими затратами энергии. Такое интенсивное развитие требует относительно большого поступления пластического материала, в первую очередь белков, витаминов, минеральных веществ, а также богатых энергоносителями жиров и углеводов.

Рациональное питание — это соответствие количества и качества пищи потребностям организма.

Основные принципы питания ребенка

1. Достаточность, т.е. полное покрытие потребности детско-

го организма в основных пищевых веществах и энергии.

2. Сбалансированность, т.е. все пищевые вещества рациона находятся в определенном соотношении друг с другом.

Для дошкольника оптимальное соотношение в рационе белков, жиров, углеводов составляет 1:1:4. Нарушение этого соотношения ведет к разбалансированности и, как следствие, может вызвать нарушения в состоянии здоровья.

3. Максимальное разнообразие рациона.

4. Адекватная технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, обеспечивающая их высокие достоинства и сохранность исходной пищевой ценности.

5. Четырехразовое питание. Пищевые стрессы, вызванные резкими переменами в режиме питания, не проходят бесследно для организма. Режим питания должен соблюдаться постоянно. Это научно обоснованная рекомендация. Отклонение от установленного времени не должно превышать 15–30 мин, так как одни и те же интервалы между приемами пищи предоставляют организму достаточно времени для ее переваривания.

6. Учет индивидуальных особенностей (в том числе непереносимость отдельных продуктов и блюд).

Основные принципы составления меню

Обязательное условие рационального питания — правильно составленное меню, при разработке которого нужно учитывать следующие факторы:

- утвержденные наборы продуктов питания;
- длительность работы учреждения, определяющего число приемов пищи;
- сложившиеся традиции и привычки;
- совместимость продуктов и наилучшее сочетание блюд.

Как правило, меню составляется на декаду. Каждое ДОУ должно иметь два перспективных меню (зимне-весеннее и летне-осеннее): на 10 дней или две недели.

При составлении меню следует учитывать:

- утвержденный среднесуточный набор продуктов для каждой возрастной группы;
- объем порций для этих групп;
- нормы потерь при холодной и тепловой обработке продуктов;
- выход готовых блюд;
- нормы взаимозаменяемости продуктов при приготовлении блюд;
- данные о химическом составе продуктов и блюд.

Составляя меню, в первую очередь необходимо позаботиться о достаточном содержа-

нии в нем главного строительного материала — белка. Ежедневная потребность в нем у дошкольника 68 г, из них живых белков — 65%, приблизительно такая же потребность и в жирах, причем не менее 15% должны составлять растительные жиры. Углеводы — основные носители энергии. Их содержание в рационе ребенка должно в 4 раза превышать количество белка.

При составлении меню лучше не повторять блюда, сходные по составу. Если суп с крупой, то на второе блюдо — овощи, которые, особенно сырые, желательно вводить в рацион ежедневно в виде салатов. Овощные салаты, заправленные растительным маслом, даются в небольших количествах (до 3 лет — 1—2 столовые ложки, дошкольникам — 2—4). Большое значение имеет правильное сочетание блюд в рационе, что не только вносит разнообразие, но и повышает усвоение отдельных продуктов. Так, мясо лучше усваивается с овощами, а крупы — с молоком и творогом. Суточная калорийность: завтрака — 25—30%, обеда — 35—40, ужина — 20—25%.

После выступления ведущего участникам предлагается составить режим питания дошкольника с указанием интервалов между приемами пищи, а также меню на один день для ребенка 4—6 лет.

Типовой режим питания дошкольников (образец)

Завтрак: 8.30—9.00.

Обед: 11.45—12.30.

Полдник: 15.15—15.45.

Ужин: 17.30—18.00.

Затем ведущий предлагает поговорить о трудностях родителей при организации питания ребенка дошкольного возраста.

1. Современные проблемы питания взрослого и детского населения общеизвестны: избыточное потребление хлеба, картофеля, макаронных изделий и очень малое использование в меню плодов, овощей, трав, молочной продукции и рыбы. Имеющиеся в продаже рафинированные продукты бедны витаминами и другими биологически важными веществами.

Вкусовые ощущения и привычки зарождаются у человека в раннем возрасте. От того, насколько он привыкнет к той или иной пище, будет в дальнейшем зависеть характер его питания. Это важно знать родителям. Здесь нужно остановиться на использовании жевательной резинки, которую родители дают детям или вместо лакомства, или для развлечения, т.е. вне всякой связи с приемами пищи. Жевание ведет к выделению желудочного сока, а он нужен для переваривания пищи. Таким образом, чрезмерное бессистемное употребление жевательной резинки

может привести к повреждению слизистой кислым желудочным соком, а отсюда — прямой путь к эрозии, язве желудка.

2. Сейчас ассортимент всевозможных сладостей насчитывает свыше тысячи наименований. Никто не спорит о том, что сахар — один из незаменимых продуктов питания. Он прекрасно усваивается, обладает высоким энергетическими и хорошими вкусовыми свойствами. Однако необходимо помнить, что чрезмерное потребление сахара может оказаться вредным для организма. Вместо положенных 60 г в день большинство дошкольников получают в 2 раза больше. Уже упоминалось, что вкусовые привычки у человека формируются до 5-летнего возраста. Поэтому нужно как можно дальше отодвигать знакомство с сахаром, примерно до 6—7-летнего возраста. Потребление большого количества сахара и кондитерских изделий в известной степени оправдано лишь при напряженной физической нагрузке, усиленных занятиях спортом. Для детей избыток сахара — это всегда лишние калории, повышающие риск развития нарушений жирового и углеводного обмена.

Чрезмерное потребление сахара ведет к таким заболеваниям, как сахарный диабет, функциональная гипогликемия (снижение уровня сахара в крови).

Далее выступает врач-педиатр на тему «Сахарный диабет у детей дошкольного возраста».

После выступления врача-педиатра ведущий предлагает поучаствовать в викторине, посвященной правильному питанию. Для этого участники семинара делятся на две команды.

1-й тур. Какой витамин содержится в этих продуктах? (Демонстрируются их изображения.)

1. Черная смородина, шиповник, апельсин, красный перец, помидор, клюква, капуста, зеленый лук. (*Витамин С.*)

2. Ржаной хлеб, салат, морковь, картофель, дрожжи. (*Витамин В.*)

3. Яичный желток, подсолнечное масло, говяжья и тресковая печень, арахис, облепиха, шиповник, черноплодная рябина. (*Витамин Е.*)

4. Морковь, сливочное масло, молоко, яйца, рыбий жир, горох, капуста, щавель, облепиха. (*Витамин А.*)

2-й тур. Выбери нужное

1. В каком из продуктов наибольшее разнообразие витаминов и в самом большом количестве: хлебе, свежей капусте, печени, молоке? (*В печени.*)

2. Действия солнечных лучей позволяют организму вырабатывать один витамин — какой? А, D, E, B₆. (*Витамин D.*)

3. Какой из перечисленных витаминов водорастворимый? А, В, D, К. (*Витамин В.*)

4. Как лучше приготовить картофель, чтобы сохранить в нем витамин С? Сварить, поджарить, испечь в кожуре. (*Запечь в кожуре.*)

3-й тур. Витаминный салат

Два представителя от команды должны приготовить витаминный салат, дать ему оригинальное название, сказать, какие витамины в нем имеются. Оценивается в 5 баллов.

4-й тур. Конкурс плакатов

От каждой команды выбирается по одному художнику. Они должны придумать плакат на тему «Ешьте овощи и фрукты — витаминные продукты». Оценивается в 5 баллов.

Конкурсы 3-го и 4-го туров выполняются одновременно.

5-й тур. Конкурс частушек

Каждой команде предлагается сочинить по 2—3 частушки о питании.

6-й тур. Эстафета

Командам предлагается по очереди назвать витаминные препараты, имеющиеся в настоящее время в аптеках.

7-й тур. Подбери картинку

Каждая команда получает карточку с названием витамина. На отдельном столе лежат картинки с продуктами. Участники должны выбрать картинки с продуктами, в которых есть витамин, названный на их карточке.

8-й тур. Конкурс капитанов

Капитанам завязывают глаза, предлагают определить по запаху овощ или фрукт и сказать, какой витамин в нем находится.

По окончании последнего тура подводятся итоги. Затем участники семинара обмениваются мнениями.

Организация рационального здорового питания в МДОУ

Аблахатова Е.А.,
заведующий;

Малкова О.А.,
заместитель заведующего по УВР МДОУ ЦРР — д/с № 418,
г. Челябинск

Проблеме здорового питания детей в последнее время придается большое значение как одному из приоритетных направлений государственной политики. От-

раслевая целевая программа «Организация питания воспитанников и обучающихся в МОУ г. Челябинска на 2008—2010 гг.» является комплексом мероприя-

тий, направленных на укрепление здоровья, снижение заболеваемости подрастающего поколения, совершенствование организации и улучшение качества питания.

В целях систематизации методической работы в Тракторозаводском районе г. Челябинска, приказом районного Управления образования от 05.09.2008 № 86-у «О базовых муниципальных образовательных учреждениях» был определен ряд дошкольных учреждений, организующих методическую деятельность в районе. К их числу определили и наше ДООУ. Нам предстояло в 2008/09 уч. г. работать по направлению «Организация рационального здорового питания как приоритетное направление здоровьесбережения воспитанников МДОУ».

В соответствии с разработанным планом по данному направлению у нас в учреждении были организованы семинары для заведующих дошкольными учреждениями района, заместителей заведующих по УВР и старших воспитателей, оказывалась консультационная помощь по запросам.

План мероприятий предусматривал решение конкретных задач, таких как знакомство заведующих с организационно-управленческим аспектом организации питания воспитанников ДООУ, а именно — разработанной нормативной базой и организа-

ционными мероприятиями по обеспечению питания воспитанников. Нам предстояло обобщить и распространить опыт по организации методической работы с педагогами по формированию у детей здорового образа жизни в условиях программы «Разговор о правильном питании».

На семинар для руководителей ДООУ была приглашена врач-педиатр детской городской клинической больницы № 1 М.Е. Тимашкова. Она подробно остановилась на медицинском аспекте организации питания воспитанников, на примерах раскрыла необходимые и важные принципы соблюдения рациональности питания детей.

Особый интерес вызвал вопрос организационно-управленческого аспекта организации питания воспитанников в дошкольном учреждении, раскрытый заведующим МДОУ № 418 Е.А. Аблахатовой. Она рассказала об алгоритме действий руководителя по данному вопросу. Обеспечение нормативно-правовой документации является ведущим и определяющим в деятельности заведующего. Поэтому в январе каждого года деятельность руководителя по данному вопросу начинается с издания локального приказа по организации питания в дошкольном учреждении. Приказ предусматривает:

- полномочия всех ответственных лиц, отвечающих за организацию питания;
- графики закладки продуктов и выдачи готовой продукции;
- состав комиссии, отвечающей за организацию и контроль приготовления пищи;
- состав комиссии по снятию остатков продуктов питания в кладовой;
- документационный и материальный инструментарий на пищеблоке;
- назначение ответственных за организацию питания детей в каждой группе.

У каждого звена, отвечающего за организацию питания в учреждении, имеется свой пакет документов.

У руководителя ДООУ:

- приказы и распоряжения вышестоящих организаций по данному вопросу;
- наличие примерного 10-дневного меню, утвержденного органом Роспотребнадзора;
- методические рекомендации по организации питания в детском саду;
- внутрилокальный приказ, о котором шел разговор выше.

У медицинских работников и на пищеблоке:

- нормы потерь массы продуктов и блюд при холодной и тепловой обработке;
- таблицы отходов пищевых продуктов при холодной кулинарии;

- перечень признаков доброкачественности основных пищевых продуктов;
- утвержденные технологические карты приготовления блюд.

В нашем ДООУ у всех ответственных лиц, будь то заведующий, старшая медсестра или заместитель заведующего по УВР, составлены циклограммы совместного внутрилокального контроля организации питания детей, в которых четко прописываются день и кратность контроля. Два раза в месяц заведующий проводит малые аппаратные совещания по решению вопросов, стоящих на контроле по питанию. На совещаниях заслушиваются отчеты ответственных лиц, а также приглашаются сотрудники, допустившие нарушения и оплошности в работе. Здесь же проводится анализ накопительной ведомости и корректировка действующих меню. Это связано с тем, что не всегда у поставщиков в наличии имеются продукты, удовлетворяющие требованиям 10-дневного меню и СанПиН. Накопительная ведомость — единственный документ, который помогает скорректировать натуральные и денежные нормы при выявлении отклонений.

Хорошей традицией в ДООУ стал экономический анализ выполнения суточного набора продуктов и денежного норма-

тива на одного ребенка в день, проводимый бухгалтером дошкольного учреждения.

С целью информированности сотрудников и родительской общественности о питании детей в ДОУ перед пищеблоком размещены стенды «Уголок здорового питания» и «Для вас, сотрудники».

В «Уголке здорового питания» имеются таблицы с указанием выполнения натуральных норм на одного ребенка и массой порций для детей в зависимости от возраста. Для сотрудников составлен график выдачи пищи в группы, оборудованы кармашки для ежедневного указания количества детей в группах. На стенде ежедневно вывешивается меню с выходом объема порций для детей и рекомендациями по домашнему питанию в выходные дни (дополнительно для родителей вывешивается в каждой группе).

В каждом детском саду есть дети, у которых отмечается определенная непереносимость тех или иных продуктов, в связи с этим очень важно скоординировать деятельность всех взрослых на конкретного ребенка. Изучив медицинскую карту ребенка, сотрудники ДОУ выстраивают благоприятное для малыша отношение в вопросе организации питания. Взаимосвязь старшей медсестры, воспи-

тателей, младших воспитателей, поваров поможет избежать неблагоприятных ситуаций. В связи с этим на стенде «Для вас, сотрудники» располагаются не только график закладки продуктов в котел и указаны ответственные лица, но и таблица замены продуктов-аллергенов и список детей, имеющих определенную непереносимость отдельных продуктов питания. Провоцирующие продукты детям с пищевой аллергией не выдают, а заменяют (гарнир или третье блюдо: свеклу меняют на картофель, кисель — на чай и т.д.).

В ходе семинара для руководителей прошел обмен мнениями. В результате было установлено, что из присутствующих (44 заведующих) 70% руководителей увидели проблемы по организации питания и шаги к их решению, а 30% получили необходимые знания, что говорит о значимости проведенного мероприятия.

Таким образом, на семинаре определены приоритеты деятельности руководителя по организации питания в ДОУ.

1. Обеспечение нормативно-правовой основы организации качественного питания.

2. Создание кадрового поля, ответственного за осуществление рациональности и сбалансированности в питание детей.

3. Организация работы не только с персоналом ДОУ, но и с родителями и детьми.

Формирование навыков правильного питания, как составной части здорового образа жизни через просвещение, — одна из главных задач воспитания здорового образа жизни в дошкольном возрасте. Здесь главную роль играют педагоги, организующие данную работу в группах. Что сделать, чтобы они не ждали указаний, а сами творили? На этот вопрос был найден ответ на семинаре для заместителей заведующих по УВР и старших воспитателей района, который проводился в апреле 2009 г. Был представлен опыт работы методической службы ДОУ с педагогами, опыт работы воспитателей Л.В. Черданцевой «Программа “Разговор о правильном питании” как часть формирования здорового образа жизни на примере игры-драматизации “Огород — круглый год”» и О.В. Балиной «Реализация программы “Разговор о правильном питании”». Также вниманию участников семинара был представлен опыт издания в нашем учреждении газеты «Веселая семейка», где ежемесячно в доступной форме раскрывается информация о жизни учреждения и освещаются актуальные темы.

Сейчас на рынке книгоиздательской продукции много раз-

нообразной литературы по сохранению и укреплению здоровья детей. Как разобраться в них и выбрать нужную? Готового ответа не может быть. Все методики хороши, нужно предоставить альтернативу педагогам и предложить им самим выбрать, взвесив все «за» и «против». Не нужно забывать, что если предлагать педагогам готовые конспекты занятий и планы деятельности, то о развитии творчества у таких педагогов не может быть и речи.

Развитие креативных подходов к организации образовательного процесса и повышение мастерства педагогов в нашем учреждении происходит через разнообразные формы методической работы. Были проведены: педсовет «Здоровый ребенок — здоровое общество», консультация «Человек есть то, что он ест», семинар «Столовый этикет — с малых лет», тренинг «Педагог — основа благополучия в группе», конкурсы, круглые столы, совместные праздники. В результате в этом учебном году педагоги обобщили свой опыт работы по формированию у детей привычек здорового образа жизни и опубликовали его в журнале «Логопед» № 4 за 2009 г. (учитель-логопед С.И. Даренских, воспитатели О.Б. Балина и Е.Б. Дегтярева).

Самыми распространенными формами обучения педагогов в нашем ДОУ признаны формы,

позволяющие реализовывать субъект-субъектный подход в организации взаимодействия, способствующий формированию активной познавательной позиции педагогов. Организуя работу по программе «Разговор о правильном питании», мы проводим дискуссии, практикумы, взаимообучение (наставничество) и взаимоконтроль, презентации опыта на экране компьютера.

У нас в учреждении работает творческая группа педагогов, реализующих данную программу.

Приведем пример семинара-практикума «Столовый этикет — с малых лет».

Выбор темы семинара объяснялся возросшим интересом педагогов к теме соблюдения столового этикета детьми. За теоретическую основу были взяты критерии Программы воспитания и обучения (М.А. Васильева, В.В. Гербова, Т.С. Комарова) и раздел «Этикет» из программы «Разговор о правильном питании».

Семинар-практикум проводился с использованием интерактивных форм и методов обучения с целью удовлетворения потребностей педагогов в знании о столовом этикете.

Задачи семинара:

- активизировать знания воспитателей по данной проблеме;
- включить их в педагогический

поиск решения проблемы соблюдения этикета во время приема пищи детьми;

- активизировать творческий потенциал с помощью интерактивных форм и методов обучения (действия в команде, анализ ситуаций и т.д.);
- учить общаться, вести дискуссии, вырабатывать единое мнение в микрогруппах.

Первая часть занятия была посвящена рассмотрению теоретических аспектов правил соблюдения столового этикета. Далее предлагалось объединиться в микрогруппы для обоснования необходимости соблюдения этикета сотрудниками и детьми во время приема пищи. После выступлений команд вниманию воспитателей была предложена презентация «Этикет в жизни ДОУ», с помощью которой педагоги оценивали ситуации на фотографиях и определяли положительное и отрицательное в поведение окружающих. В заключение с педагогами была проведена игра «Какой столовый прибор для какого блюда, продукта?», где нужно было распределить предложенные продукты питания и виды блюд так, чтобы стало ясно, какими столовыми приборами необходимо пользоваться во время еды.

Таким образом, система заданий позволяет расширить кругозор педагогов, учит их

творчески подходить к решению задач, а также на практике применять теоретические знания.

Конечный результат любого методического мероприятия будет высок и отдача эффективна, если при подготовке и проведении используются разнообразные методы включения каждого педагога в активную работу. Выбор методов для каждого конкретного методического мероприятия определяется целями и задачами, особенностями содержания, контингентом педагогов, конкретным состоянием учебно-воспитательного процесса по проблеме.

Как отмечалось ранее, важнейшее условие развития личности ребенка — взаимодействие с семьей. В связи с этим в нашем учреждении в работе с родителями активно решается комплекс задач по вопросам здорового и правильного питания детей дома, решение которых позволяет:

- формировать позитивный эмоциональный контакт между педагогами группы и родителями;
- педагогически просвещать родителей;
- выстраивать единый подход к воспитанию и обучению детей путем согласования действий по преодолению трудностей;

— транслировать лучший опыт семейного воспитания.

В детском саду периодически организуются открытые занятия и развлечения с участием родителей по темам: «Знаю полезные продукты», «Путешествие Красной Шапочки», «За здоровьем мы идем, полезное с собой возьмем»; спектакли-драматизации: «Под грибом», «Каша из топора». Для молодых родителей проводятся круглые столы с дегустационными гостиницами, занятия в школе «Заботливых родителей». Родители также не остаются в стороне при подготовке мероприятий для детей по формированию привычек здорового образа жизни, а именно культуры питания. Они являются активными помощниками при изготовлении пособий для дидактических и сюжетно-ролевых игр, атрибутов и костюмов для спектаклей. Традиционным стало участие семей наших воспитанников в конкурсах семейных фотографий под тематикой программы «Разговор о правильном питании». Ежегодно родители активно подключаются к участию в данном конкурсе и находят признание на районном, городском и областных уровнях.

Кашель у детей: патогенетические механизмы его развития

Мартынович Н.Н.,

*д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой
педиатрии, Иркутский государственный
медицинский университет, г. Иркутск*

ПЕДИАТРИЯ



В своей повседневной работе сотрудникам ДОУ приходится сталкиваться с теми или иными отклонениями в состоянии здоровья детей. Заболевания респираторного тракта, клинически проявляющиеся в первую очередь кашлем, — наиболее распространенные. Знание физиологии кашля, основных причин его развития (патогенез), клинических проявлений, в зависимости от уровня поражения бронхиального дерева, позволит как медицинскому работнику, так и педагогу выбрать правильный алгоритм действий при первом контакте с больным ребенком и в процессе динамического наблюдения.

Кашель — частый и в подавляющем большинстве случаев обязательный симптом при различных заболеваниях органов дыхания. Кашель является одним из респираторных рефлексов, представляющих второй эшелон механической защиты дыхательных путей. Первым барьером, как известно, служат реснички мерцательного эпителия и секреторный аппарат дыхательных путей, которые постоянно и незаметно эвакуируют из бронхов и трахеи большую часть ингалированных примесей, создавая так называемый механизм мукоцилиарного клиренса (процесс физиологического очищения дыхательных путей).

Патофизиология кашля

Наши знания о причинах возникновения кашля далеко не полные. Известно, что кашель — сложный рефлекс, начинающийся в чувствительных окончаниях блуждающего нерва, которые имеются не только в дыхательных путях, но и других органах: плевре, пищеводе, желудке, наружном слуховом проходе, барабанной перепонке, задней стенке глотки и др. По афферентным путям блуж-

дающего нерва раздражение передается в продолговатый мозг, где вблизи дыхательного центра располагается кашлевой центр, а оттуда — по эфферентным двигательным путям спускается к органам-эффекторам: дыхательным мышцам, гортани, трахеи, бронхам, диафрагме. Существует и высший центр кашля, благодаря которому мы можем произвольно кашлять и задерживать кашель. Он находится в краниальной части моста.

Различают три фазы механизма кашля:

инспираторная — за счет глубокого вдоха при полностью открытой голосовой щели достигается максимальный объем легких, что можно сравнить с растяжением пружины в ударном механизме ружья;

компрессии — начинается с плотного смыкания голосовых связок благодаря сокращению мышц, приводящих черпаловидные хрящи;

экспираторная — на фоне продолжающегося сокращения грудных и брюшных мышц внезапно раскрывается голосовая щель и воздух с очень большой скоростью выталкивается наружу. Создаваемый при этом поток способен удалить из дыхательных путей не только патологический секрет, но и довольно крупные инородные тела.

Выход воздуха сопровождается характерным звуком, возникающим за счет вибрации голосовых связок и стенок гортани, этот

звук мы и называем кашлем. Вибрация стенок гортани способствует отделению слизи от стенок дыхательных путей и созданию взвеси секрета в выделяемом воздухе. Высокое внутригрудное (внутриплевральное) давление, создаваемое сокращением экспираторных мышц, вызывает динамическую компрессию трахеобронхиального дерева. Но компрессии в большей степени подвергаются крупные дыхательные пути, а эффективность кашля в мелких дыхательных путях неэффективна. Это хорошо известно бронхологам, которые видят при бронхоскопии у астматиков в субсегментарных бронхах плотные сгустки мокроты, которые не удается откашлять даже при форсированном кашле. Более эффективное очищение нижних дыхательных путей происходит именно во второй половине экспираторной фазы кашля. Отсутствие или нарушение тех или иных механизмов, обеспечивающих кашель, тяжело сказывается на состоянии респираторной системы. Примером являются тяжелые бронхиты и пневмонии у трахеотомированных и оперированных больных, у больных полирадикулоневритами и миастенией. То же происходит и у больных с выраженной бронхоконстрикцией на высоте астматического состояния и у больных с эмфиземой легкого. Отсутствие эффективного откашливания ведет к задержке мокроты, воспалению в ды-

хательных путях и гнойным легочным осложнениям.

Что же собой представляет кашлевой рецептор? Окончательного ответа на этот вопрос до настоящего времени не получено. По мнению одних ученых, в стенке бронхов существуют туссогенные рецепторы различного характера. Они считают, что механические, термические, химические раздражители воспри-

нимаются миелиновыми нервными волокнами, расположенными более поверхностно. Немиелиновые, так называемые С-волокна, реагируют на изменения тонуса мышц бронхов, а также на гуморальные факторы воспаления. Другая — бронхомоторная теория кашля предполагает, что раздражение слизистой ведет вначале к бронхоконстрикции, которая, в свою очередь, вызывает кашель. Но

Таблица 1

Частота, глубина и сила кашля

Кашель частый и резкий	Кашель слабый и короткий (покашливание)
Ларингит	Бронхиальная астма
Фарингит	Хроническая патология носоглотки (ринит, аденоидит, фарингит)
Трахеобронхит	Туберкулез легких
Пневмония	Плеврит
Инородное тело	—
Диссеминированные формы туберкулеза	—

Таблица 2

Специфические особенности кашля при некоторых заболеваниях в зависимости от тембра и тональности кашля

Заболевание	Характер кашля
Ларингит	Лающий, хриплый
Фарингит	Сухой, частый
Истинный и ложный круп	Лающий, непродуктивный
Туморозный бронхоаденит	Битональный
Пороки развития БЛС	Вибрирующий, продуктивный
Бронхиальная астма	Звонкий
Некротически-язвенный ларингит, поражение дыхательных путей при дифтерии	Афонический

эту теорию разделяют далеко не все, и она на опыте оказывается несостоятельной. Иначе говоря — кашель может возникать и при отсутствии изменений со стороны легочной паренхимы (доказано в опытах на животных). Нервные пути для кашля и бронхоконстрикции раздельны и каждый ответ может восприниматься независимо. Далеко не всегда при кашле отмечается бронхоконстрикция, но то, что бронхоспазм может провоцировать кашель, доказывают клинические и экспериментальные наблюдения.

Таким образом, мы видим, что в патофизиологии кашля еще много «белых пятен». Не меньше их и в диагностике причин возникновения кашля, тактике применения противокашлевых и отхаркивающих средств в каждом конкретном случае. Практикующему врачу необходимо усвоить такое правило: с кашлем не надо бороться, им нужно уметь управлять на разных этапах заболевания. Для этого необходимо дифференцировать кашель по ряду признаков и в каждом случае находить причину кашля (табл. 1, 2).

Основные параметры клинической характеристики кашля

Временная характеристика кашля:

- остро возникший кашель (рис. 1);
- затяжной (более 2-х недель) (рис. 2);

- рецидивирующий (сопровождает каждый эпизод ОРВИ и превышает длительность двух недель);
- длительный постоянный (в разные периоды заболевания может ослабевать или усиливаться, но принципиально важно, что ребенок постоянно кашляет).

Одной из важных характеристик кашля является его продуктивность. В зависимости от количества и качества образующейся мокроты различают **кашель сухой и влажный** (табл. 3). Влажный кашель делится в свою очередь на продуктивный и непродуктивный.

Особенности мокроты (цвет, консистенция) у детей не играют роли при диагностике причин кашля (табл. 4), так как дети мокроту в основном проглатывают и получить ее можно в основном при бронхологическом исследовании.

Наряду с частыми причинами кашля существуют и **редкие причины кашля**. Возникновение кашля может быть связано с заболеваниями легких, а также с патологическими состояниями других систем организма.

Редкие причины кашля

Связаны с патологическими состояниями БЛС:

- трахеобронхомаляция;
- стеноз;
- стриктура воздушных путей;
- трахеобронхомегалия;
- легочной гистиоцитоз;
- альвеолярный протеиноз;

Таблица 3

**Характеристика «продуктивности» кашля
при различных заболеваниях**

Кашель сухой	Кашель влажный
Начальная стадия острого фарингита, ларингита, бронхита, пневмонии	Хронические бронхо-легочные заболевания
Предприступный и приступный периоды бронхиальной астмы	Острый простой и обструктивный бронхиты
Катаральный период коклюша	Пневмония (период разгара)
Инородное тело ТБД	Приступный и послеприступный периоды бронхиальной астмы
Сдавление дыхательных путей объемным образованием извне	Спастический период коклюша
Плеврит	Муковисцидоз
	Абсцесс легкого
	Туберкулез легких
	Пороки развития трахеи и бронхов
	Паразитарные поражения легких

Таблица 4

**Клиническая характеристика кашля
при различных заболеваниях органов дыхания**

Заболевание	Характеристика кашля
1	2
Назофарингит, острый ринит, хронические заболевания носоглотки	Заложенность носа, воспалительные изменения со стороны носоглотки, а также стекание слизи по задней стенке глотки приводит к возникновению кашля. Усиление кашля обычно происходит ночью и утром
Ларингит, истинный и ложный круп	Кашель может быть одним из первых симптомов этих заболеваний, кашель при этом сухой и грубый («лающий»)
Острый бронхит и трахеобронхит	Кашель в начальном периоде обычно сухой и навязчивый. На второй неделе заболевания кашель становится влажным, продуктивным
Обструктивный бронхит	Характер кашля во многом зависит от возбудителя и стадии заболевания. Если возбудителем являются РС-вирус, вирус гриппа, парагриппа, энтеровирус, то кашель, пройдя стадии от сухого до влажного малопродуктивного, купируется на 10—14-й день заболевания.

Окончание табл.

1	2
	При бронхитах, вызванных аденовирусом, хламидией или микоплазмой, кашель более продолжительный и упорный, с трудноотделяемой мокротой. При этом кашель сохраняется на протяжении 3—4 недель
Инородное тело ТБД	Кашель при этом состоянии внезапный, в анамнезе эпизод аспирации. Кашель при этом частый, сухой, мучительный, не приносящий облегчения
Хроническая аспирация пищи	Кашель возникает при трахеопищеводном свище, гастроэзофагальном рефлюксе, а также органическом поражении ЦНС (бульбарные и псевдобульбарные нарушения). Характерный признак этих патологических состояний — возникновение приступов удушья, цианоза, сильного кашля сразу после еды
Острая пневмония	Как и при бронхите, характер кашля меняется в зависимости от стадии заболевания. В начале заболевания кашель сухой, таким он сохраняется 3—5 дней. Постепенно кашель становится более влажным, с отделением небольшого количества мокроты. Кашель при неосложненном течении пневмонии может отмечаться в течение 14—18 дней
Хронические неспецифические заболевания легких	Кашель присутствует длительно, усиливаясь при обострении. Локализация процесс, так же, как и объем поражения легких при ХНЗЛ, влияет на характер кашля. Так, нижнедолевые поражения, особенно левого легкого, сопровождаются более выраженным кашлем и большим количеством мокроты, чем при среднедольном поражении
Муковисцидоз	При легочной форме кашель — один из основных симптомов заболевания. При этом характер кашля зависит от стадии заболевания и степени поражения бронхолегочной патологии. В начальной стадии заболевания кашель непостоянный, в основном в утренние часы, сопровождается отделением небольшого количества мокроты. При дальнейшем прогрессировании заболевания кашель становится более постоянным, с отхождением вязкой, трудноотделяемой мокротой
Бронхиальная астма	В предприступный период может возникать першение в горле и сухой приступообразный кашель. В период приступа большого беспокоит кашель с трудноотделяемой мокротой
Синдром дискинезии ТБД	Кашель постоянный, влажный за счет формирования распространенного хронического бронхита



Рис. 1. Наиболее частые причины остро возникшего кашля

- альвеолярный микролитиаз;
- горная болезнь;
- медиастинальная лимфаденопатия (лимфогранулематоз)
- отек легких;
- легочная эмболия;
- лекарственный кашель;
- различный генез фиброзы;
- дисфункция голосовых связок.

Связаны с другими органами и системами:

- заболевания соединительной ткани;
- щитовидной железы;
- заболевания пищевода;
- системные васкулиты;
- воспалительные заболевания кишечника;
- экстрапиримидные расстройства.

Отдельно можно выделить так называемый привычный **психогенный кашель**, который рассматривается как проявление невроза навязчивых состояний. Такой кашель носит навязчивый характер и возникает в ситуациях, при которых ребенок хочет привлечь к себе внимание или добиться своих целей. Лечение необходимо проводить при участии невролога, психолога, а нередко и врача-психиатра.

Иногда, хотя достаточно редко, причину кашля можно не установить, даже проводя широкий круг исследований и консультаций. Такой кашель называют **идиопатическим**. Диагноз идиопатического кашля правомерен

только при исключении всех возможных причин кашля.

Частые ошибки в диагностике кашля

В процессе диагностики и лечения кашля врачи нередко допускают ряд ошибок, основные из которых можно свести к игнорированию:

— принципа «частые болезни встречаются часто, а редкие — редко»;

— возможности нескольких причин кашля;

— такой причины кашля, как прием ингибиторов АПФ;

— участия в диагностике других специалистов, в частности ЛОР-врача.

Лекарственные препараты, влияющие на кашель

В комплексном лечении заболеваний органов дыхания, сопровождающихся кашлем, час-

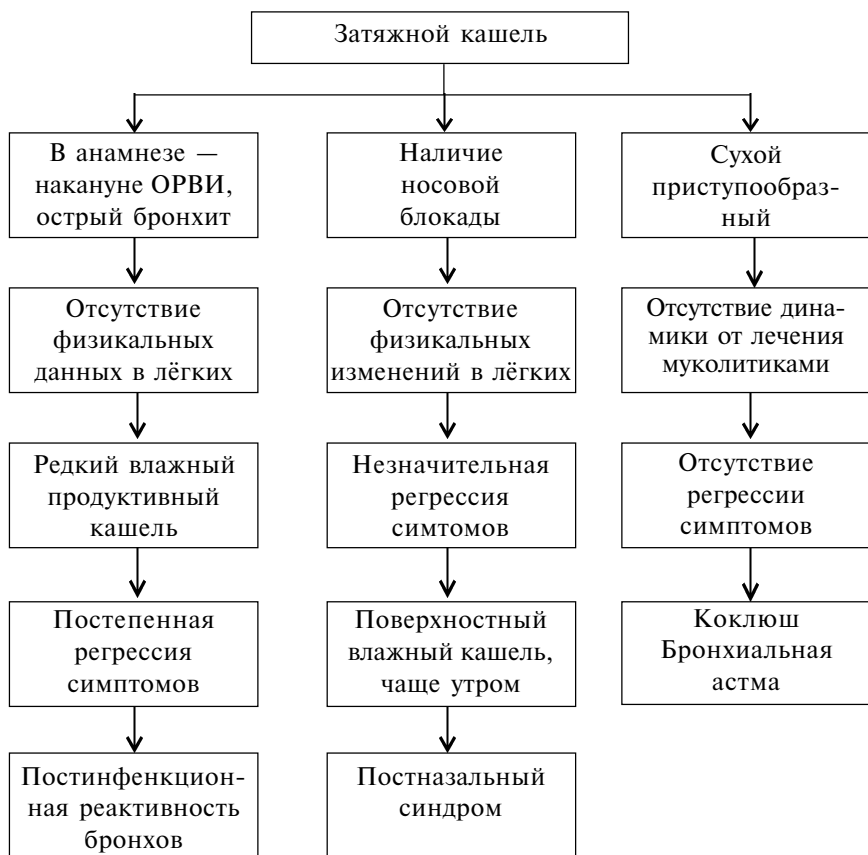


Рис. 2. Наиболее частые причины затяжного кашля

то используются противокашлевые или отхаркивающие средства. При этом каждый клинический случай ставит перед педиатром ответственную задачу, заключающуюся в рациональном выборе терапии. Выбор препарата должен быть в каждом случае обдуманным, оправданным, с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Классификация лекарственных препаратов, влияющих на кашель

Противокашлевые препараты (в основе механизма действия — угнетение кашлевого рефлекса):
— центрального действия (наркотические, ненаркотические);
— периферического действия.

Муколитические препараты (в основе механизма действия — разжижение мокроты):

- муколитики (препараты, разжижающие мокроту);
- муколитики-мукоурегуляторы (препараты, разжижающие мокроту и восстанавливающие мукоцилиарный клиренс);
- муколитики-мукокинетики (препараты, разжижающие мокроту и стимулирующие ее выведение).

Отхаркивающие лекарственные средства (в основе механизма действия — стимуляция процессов выведения мокроты из респираторного тракта).

Лекарственные препараты всех вышеуказанных групп представлены в доступных справочных пособиях по лекарственным средствам. Наиболее часто и широко в педиатрической практике используются природные отхаркивающие средства.

Скрытые депрессии у детей

Голубев В.В.,

канд. мед. наук, профессор кафедры медицины и безопасности жизнедеятельности МПГУ;

Стрельцова Я.В.,

студентка факультета дошкольной педагогики и психологии МПГУ, Москва

Депрессия... Какой взрослый в современном мире с ней не сталкивался?! Ухудшение настроения, тоска, раздражительность, страхи, физическая и даже умственная заторможенность. И все это на фоне общего ощущения невоз-

можности радоваться и получать удовольствие от жизни, самообвинения, нежелания общаться, активизировавшихся болезней. Депрессию по праву можно назвать современной чумой. Всего за каких-то сто лет внешняя

среда жизни изменилась настолько, что человеческий организм уже не в состоянии выдерживать такие нагрузки. Полностью изменилось питание, резко возросли требования к умственному и социальному развитию, многократно увеличился темп жизни. Как результат, депрессия сегодня поражает все большее и большее число людей самых разных возрастов.

А может ли депрессия возникнуть у ребенка? В детской психиатрии существуют три точки зрения по этому поводу. Одна группа психиатров признает наличие депрессий у детей и считает их проявления сходными с депрессиями у взрослых. Другая группа считает, что большинство детских депрессий скрытые, и относит к ним в том числе энурез, фобии, школьную неуспеваемость, нарушения контактов с окружающими. Представители психоаналитической концепции психозов отрицают существование детских депрессий вообще в связи с недоразвитостью «суперэго» у ребенка, а такие состояния, как фобии, энкопрез и др., квалифицируют как особенные, не относя их к депрессивным. Эта противоречивость прежде всего из-за невозможности зафиксировать стабильные и четкие симптомы депрессии у ребенка. Еще труднее отграничить их от изменений, связанных с естественными возрастными этапами развития (кризисы 2—4, 7—8 и 12—15 лет). Осложняется диагностика детских

депрессий также тем, что ребенок еще не может осознать, что конкретно его травмировало, вербально выразить свои переживания.

Однако, несмотря на трудности диагностики, большинство врачей сегодня сходятся во мнении, что депрессия может возникнуть в любом возрастном периоде, начиная с рождения. И по статистике встречается она у 30% детей. Например, депрессивный синдром у младенцев между 6-ю и 11-ю мес. жизни, полностью отделенных от матери и испытывающих эмоциональный дефицит, проявляется в бессоннице, снижении аппетита или отказе от еды, склонности к простудным заболеваниям и экземе. Если такое состояние продолжается более 3 мес., изменения приобретают необратимый характер и приводят к грубым нарушениям развития вплоть до идиотии. Этот яркий пример показывает, что депрессия, оказывая сильное влияние на психику взрослого, не обходит стороной и хрупкую развивающуюся нервную систему ребенка. При этом подавляющее большинство детских депрессий — скрытые (в литературе встречаются также названия — «маскированные», соматизированные), когда на первый план выступают симптомы, имитирующие какое-либо физическое заболевание и маскирующие обычные для депрессии расстройства настроения и поведения. Именно поэтому детские депрессии в большинстве случаев остаются незамеченными не

только родителями и воспитателями, но и педиатрами. Такие невылеченные затяжные депрессии приводят к серьезным негативным последствиям для адаптации ребенка в жизни.

Почему у детей возникают скрытые депрессии?

Первая депрессия у ребенка в основном провоцируется какой-то жизненной ситуацией, сильно травмирующей психику. У младенцев и детей до 4 лет «спусковым крючком» депрессии может быть смерть матери, пребывание без мамы в доме ребенка, больнице, детских яслях, депрессия и психоз у матери, ее эмоциональная отгороженность. С 4 лет депрессию могут также вызвать конфликты и проблемы в семье, рождение братика или сестренки, проблемы во время пребывания в ДОУ, слишком высокие требования к физическому и психическому уровню развития малыша.

Особенно подвержены депрессиям дети с ослабленной нервной системой. Как правило, это те, у которых в анамнезе можно встретить:

- алкоголизм родителей;
- различные психические расстройства и заболевания у родственников (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и пр.);
- токсикоз у матери при беременности;
- неблагоприятные условия развития во внутриутробном периоде жизни (недоедание и

сильные волнения матери, угроза выкидыша);

- родовые травмы, асфиксия;
- хронически протекающие инфекции, тяжелые соматические заболевания (токсический грипп, тяжелая ангина) и острые инфекции с осложнениями на ЦНС (дизентерия, корь, коклюш и др.);
- травмы головы.

Вероятность возникновения депрессии увеличивается и в так называемые кризисные периоды возрастного развития — в 2—4, 7—8 и 12—15 лет. Так, в 2—3 года, когда ребенок уже умеет ходить, бегать и начинает активно говорить, у него открывается большое количество новых возможностей для познания мира и появляется стремление к самостоятельности. Однако это стремление часто наталкивается на все еще достаточно ограниченные навыки, что приводит к неудачам и расстраивает ребенка. Зачастую окружающие ребенка взрослые не учитывают перемен, происходящих в нем, и пытаются продолжать воспитывать его так же, как делали это ранее, или даже ужесточить режим для того, чтобы «обуздать характер». Результатом такого подхода становятся упрямство, негативизм, протест во всех его формах. При очень сильном нажиме со стороны родителей и ослабленной нервной системе ребенка высока вероятность возникновения депрессивного состояния.

Возникшая под влиянием экзогенных факторов первая

депрессия при наличии генетических предпосылок может развиться и по типу более сложной эндогенной. Этот вид депрессии присущ детям с психическими заболеваниями (маниакально-депрессивным психозом или его начальной формой — циклотимией, шизофренией).

И эндогенная, и экзогенная депрессии у детей часто скрыты под различными «масками» соматических заболеваний. Вероятно, детские депрессии чаще, чем у взрослых, выражаются в физических заболеваниях из-за возрастных особенностей развития головного мозга. В норме у дошкольника эмоции выражаются через движения и тело. Эмоциональные реакции идут по типу «коротких замыканий» и, не проходя стадию осознания, мгновенно выражаются через уже доступные и развитые функциональные системы организма. При депрессиях ЦНС ребенка не справляется с координацией эмоций и физических ощущений. Вероятно, именно поэтому сильные отрицательные эмоции, как и любые другие эмоции ребенка, через некоторое время находят выход через болезненные реакции тела.

Как проявляются скрытые депрессии?

Первое, что можно заметить у больного депрессией ребенка, — это нарушения сна, аппетита, иногда повышение температуры, головные боли, тики, жалобы на боли в разных частях тела, похо-

жие на то или иное заболевание («болит живот»). Помимо телесных проявлений, также обостряются страхи, часто появляются патологические влечения (грызет ногти, царапает свое тело), происходит возврат к формам поведения и навыкам, характерным на более ранних стадиях развития (например, расстраивается речь, утрачиваются навыки контроля мочеиспускания — 30% детей с депрессией, ребенок начинает сосать пальцы — 80% детей и пр.). Изменения поведения, как правило, малозаметны, их трудно отделить от естественных для ребенка того или иного возраста, и часто их ошибочно приписывают к общей «нервности» или же избыточности ребенка. Скрытая депрессия также часто принимает формы хронического непослушания, лени, неуспеваемости, убегания из дома, драчливости. Как правило, депрессия проходит, если убрать из жизни ребенка травмирующий предмет или ситуацию, а также при грамотном лечении антидепрессантами.

Эндогенные депрессии характеризуются такими особенностями, как сезонная закономерность возникновения (март и ноябрь), появление полярных состояний (то маниакальное — с приподнятым настроением, то депрессивное — с пониженным), астенические и эмоциональные изменения. Кроме того, следует учитывать, что в отличие от экзогенной, эндогенная депрессия не исчезает при разрешении пси-

хотравмирующей ситуации, а во вторичных и последующих проявлениях все меньше зависит от влияния внешних факторов.

Выделяют следующие основные этапы развития «скрытых» депрессий:

1) тревожно-паническое, «шоковое» состояние (этот этап встречается при сильных психотравмах);

2) заторможенность, вплоть до «эмоционального ступора», повышенная чувствительность, раздражительность;

3) соматические проявления (в случае «скрытой» депрессии они нарастают, так что в период обострения расстройства почти полностью копируют соматическое заболевание);

4) поведенческие нарушения (разрушительные поступки — ломание игрушек, порча одежды, драки, отказ учиться и др.);

5) выздоровление (при устранении психотравмирующей ситуации и адекватном медикаментозном поддержании нервной системы).

При скрытых депрессиях в различных функциональных системах организма ребенка формируются патологические симптомы и синдромы. Как правило, у детей поражаются наиболее уязвимые системы. Причины этого в большинстве случаев можно найти в истории болезни детей. В таблице проанализированы наиболее часто встречающиеся синдромы, маскирующие депрессию. Они могут

встречаться как по отдельности, так и смешиваться друг с другом.

Помимо вышеназванных, также часто встречаются различные кожные проявления — экземы, эритемы, псориаз.

Как обнаружить скрытую депрессию?

Несмотря на то что скрытую депрессию очень трудно отличить от физического заболевания даже специалисту-врачу, при внимательном ежедневном наблюдении у родителей и воспитателей больше возможностей заметить ряд характерных признаков.

1. Изменение внешнего вида, эмоциональных реакций и характера ребенка:

— вид — бледность кожных покровов, понурый, подавленный, грустный и/или беспокойный взгляд;

— эмоциональные реакции — нет оживления при встрече со знакомыми людьми (воспитателями, родителями, друзьями), снижен интерес к игрушкам и общению;

— характер — меняется на полярный (общительный и открытый ребенок становится замкнутым; мягкий и добрый — злым и агрессивным и т.д.).

2. Обследование врачей не показывает наличия заболевания:

— внутренние органы без изменений;

— клинические анализы в норме.

3. Жалобы ребенка на болезненность специфичны:

Синдромы, маскирующие депрессию

Нарушение	Характерные проявления	Факторы возникновения (кроме названных выше)	Причины возникновения (кроме названных выше)	Частые ложные диагнозы
1	2	3	4	5
Функции органов пищеварения (абдоминальный синдром) — наиболее уязвимое место как у детей, так и у подростков	Анорексия (снижение аппетита, тошнота, рвота). Энкопрез (недержание кала). Ожирение (реже). Боли, спазмы, ощущения жжения, онемения. Запоры	Слабость пищевого центра. Эмбриональное положение желудка, облегчающее акт рвоты (особенно часто у недоношенных детей). Тяжело протекавшие инфекции (дизентерия, брюшной тиф и др.)	Насильственное кормление. Сочетание приема пищи с неприятным раздражением (например, ожог). Испуг. Резкое изменение обстановки	Пищевое отравление. Гастрит. Колит. Дисбактериоз и др.
Функции органов дыхания (псевдоастматический синдром)	Нервный кашель. Одышка. Ощущения нехватки воздуха, удушья, кома в горле	Тяжело протекавшие инфекции (коклюш) и заболевания (катаральной заболевание дыхательных путей, ревматизм, ангина)	Испуг во время заболевания дыхательных путей	Астма. Бронхит
Функции сердечно-сосудистого аппарата (кардиологический синдром) — встречаются очень редко	Тахикардия. Неприятные ощущения в области сердца (горение, спазм и др.)	Органические заболевания сердца. Осведомленность ребенка о том, что кто-нибудь из близких или хорошо знакомых ему лиц умер от болезни сердца	—	Кардиологические заболевания

1	2	3	4	5
Функции мочеиспускания (энурез) — очень частое явление	Ночное и дневное недержание мочи	Истощающие заболевания, приводящие к ослаблению мускулатуры мочевого пузыря. Слабость детрузора (мышца мочевого пузыря). Наследственность (если один из родителей страдал этим недугом)	Протест против родителей и учителей. Испуг, огорчение	—
Расстройство сна (агрипнический синдром)	Затруднения при засыпании. Поверхностный, беспокойный сон, частые пробуждения. Страхи среди ночи. Снохождение (лунатизм). Сильное изменение длительности сна	Полученная перед сном информация с волнующим ребенка содержанием (книги, телевизор, шумные игры, яркий свет, громкие разговоры между близкими людьми). Высокая или низкая температура в комнате. Кожный зуд. Боли. Беспокоящие сновидения. Органические заболевания головного мозга (при эпидемическом энцефалите, туберкулезном менингите и др.)	Запугивания со стороны взрослых («придет серый волчок и ухватит за бочок»). Сильные школьные впечатления (продолжает во сне отвечать уроки и т.д.). Перевозбуждение от полученной информации. Тяжелые переживания	—

Окончание табл.

1	2	3	4	5
Двигательные нарушения	Судорожные припадки (например, спазм мышц гортани, «закатывания», посинения). Тики (судорожные сокращения в мышцах лица, шеи, головы и верхних конечностей). «Выпадение» некоторых функций (временный паралич конечностей, глазных мышц, косоглазие)	Рахит. Высокая температура. Тяжело протекавший коклюш. Ревматоидит. Чрезмерное внимание и волнения близких по поводу этих реакций. Болезнь глаз. Зуд. Частичная инфантильность. Другие бытовые неудобства, в результате которых выработались определенные привычки (например, длинные волосы, которые необходимо откидывать со лба рывком головы)	Гнев, злоба. Дефицит внимания. Сильный испуг	Полиомиелит. Слепота. Глухота. Нарушения ЦНС
Расстройство функций речи	Мутизм. Заикание	Расстройства пищеварения и питания. Токсическая или хроническая форма дизентерии. Шизофрения	Сильный испуг. Дефицит внимания	Дефекты слуха. Общая психологическая отсталость

- не проходят после приема лекарств;
- исчезают при положительных эмоциях и переключении на интересные объекты и явления;
- не соответствуют стандартным клиническим проявлениям заболевания;
- меняется место локализации болей.

3. Страхи и беспокойство за свое здоровье, страхи смерти.

4. Суточные колебания состояния (физического и психического):

- утром — вялость, заторможенность;
- днем — улучшение состояния;
- вечером — нарастание страхов и жалоб на боли.

5. Расстройства сна.

6. Снижение активности, сужение круга интересов и общения.

7. Затяжной и циклический характер болезненного состояния на фоне снижения аппетита, расстройства сна и проявления агрессии.

При наличии следующих симптомов есть основания заподозрить психическое заболевание недепрессивного характера (циклотимию, шизофрению и пр.):

- серьезные расстройства сна (особенно частые просыпания среди ночи, крики, кошмарные сновидения, длительное засыпание);
- возникновение галлюцинаций, навязчивостей, патологических фантазий;

- сильная социальная дезадаптация;
- сильные и стабильные проявления изменений в поведении, не зависящие от внешних объективных факторов.

Как лечат скрытые депрессии? Что можно сделать в условиях ДОУ?

Лечение скрытых депрессий требует прежде всего консультации детского психотерапевта. Врачи в большинстве случаев применяют смешанный подход, предполагающий терапию антидепрессантами, удлинение сна и психотерапию. Однако во многих случаях родители и воспитатели могут вылечить депрессию без применения антидепрессантов, действуя совместно в следующих направлениях.

1. Увеличение продолжительности сна и отдыха, снижение количества возбуждающих нервную систему занятий и потока информации (физиологически это снижает напряжение больного очага головного мозга).

2. Устранение травмирующего предмета/ситуации из жизни ребенка.

3. Переключение сознания ребенка с объекта, являющегося причиной депрессии, на другие объекты (физиологически это создает конкурирующий очаг возбуждения в коре головного мозга, снимая напряжение и фиксацию с «болезненного»).

Методы — игра, общение со сверстниками и другими людьми.

ми, не имеющими отношения к травмирующей ситуации/предмету, посильный ребенку труд.

4. Игры и сказки, в содержании которых есть возможность проиграть травмирующую ребенка ситуацию и таким образом изменить его отношение к ней.

5. Спокойное поведение родителей и воспитателей относительно происходящего с ребенком (сообщает ребенку о том, что все нормально, не позволяет ему фиксироваться на болезненном поведении или болезненном физическом состоянии).

Здесь особенно следует отметить нежелательность чрезмерных волнений родителей относительно физических симптомов заболеваний детей. Видя такое повышенное внимание родителей к ним, ребенок подсознательно фиксируется и впоследствии может манипулировать ими для достижения нужной ему цели.

6. Устранение любого вида насилия (насильственное кормление, чрезмерные запреты, завышенные требования, не соответствующие психическому и физическому состоянию ребенка, и др.).

Дети, больные депрессией, требуют особенно чуткого отношения воспитателей. Их состояние схоже с восстановительным периодом после тяжело перенесенной болезни, однако в отсутствие четкого диагноза такие дети чаще всего продолжают ходить в ДОУ. Они могут подчас неадекватно реагировать на других де-

тей, отказываться от еды, плохо спать, капризничать и даже проявлять агрессию. Имеет смысл поговорить о состоянии ребенка с родителями, а также показать малыша детскому психотерапевту для точной диагностики.

Можно ли предупредить скрытую депрессию?

Профилактика скрытых депрессий по сути подразумевает предупреждение возникновения факторов этого заболевания в жизни ребенка.

На стадии зачатия и внутриутробного развития ребенка лучшей профилактикой, безусловно, являются разумный выбор партнера будущей матерью, правильное ведение беременности, лечение токсикозов и инфекций, избегание травм во время беременности. Именно поэтому так важен длительный отпуск по беременности, снижение трудовых нагрузок, правильное питание, соблюдение правил гигиены беременности, подготовка к родам с целью снижения болевого синдрома и т.д.

Во время родов определяющее значение имеют выбор лечебного учреждения и ведущего рода врача, способность его мгновенной реакции на любые затруднения в течение родового процесса и принятие решения в пользу здоровья ребенка.

Чрезвычайно важно оберегать ребенка от инфекций и травм мозга, а если таковые случились, правильно их долечивать (щадящий режим во время и некото-

рое время после болезни, снижение требований к ребенку в период восстановления). Особенно важны соблюдение режима дня и профилактика психических травм, возникающих в семье, детском саду и школе. Алкоголизм родителей, частые ссоры, развод, телесные наказания, неправильное отношение воспитателей и педагогов — все это сильно травмирует психику ребенка. Избегание таких ситуаций вкупе с правильным воспитанием, занятиями физкультурой, спортом, ритмикой и приучением к посильному труду укрепляют нервную систему ребенка и повышают ее устойчивость к внешним травмирующим воздействиям.

Выводы

1. Скрытые депрессии — часто встречающиеся у детей расстройства, когда психическую травму и возникшее в связи с ней угнетенное состояние маскируют симптомы соматического заболевания. Такие депрессии опасны тем, что их трудно диагностировать, в то время как их тормозящее влияние на психическое, социальное и физическое развитие ребенка неоспоримо.

2. Наиболее часто прячут под собой депрессию расстройства органов пищеварения, нарушения сна, астматические проявления, двигательные нарушения, энурез, расстройства речи.

3. Основными факторами возникновения скрытых депрессий

считают наследственность, отягощенное внутриутробное развитие, травмы головы, нарушения режима дня, инфекционные заболевания, ослабляющие нервную систему.

4. Наиболее распространенными «спусковыми крючками» депрессий, действующими на ослабленную нервную систему дошкольника, являются любые негативные ситуации, связанные с матерью, конфликты и тяжелые взаимоотношения в семье, а также поступление в дошкольное учреждение.

5. Первые признаки скрытой депрессии, в отличие от соматического заболевания, — это подавленный вид и эмоциональное состояние ребенка, расстройства сна и аппетита, отсутствие каких-либо клинических изменений внутренних органов при обследованиях, исчезновение жалоб на болезненные ощущения при положительных эмоциях и, наоборот, их устойчивость к лечению медицинскими препаратами. Депрессия носит затяжной характер (более 3—4 мес.).

6. Лечение скрытой депрессии у детей подразумевает терапию сном, психотерапию (игры, общение, труд), а также антидепрессанты.

7. Предупредить скрытые депрессии в постнатальном периоде позволяет гигиена нервной системы ребенка — соблюдение режима сна и отдыха, правильное питание, занятия физкультурой, минимизация травмирующих психику ситуаций.

Массаж биологически активных точек для детей с нарушениями зрения

Анощенкова Е. В.,

учитель-дефектолог, тифлопедагог;

Редкова О. В.,

заведующий МДОУ «Детский сад компенсирующего вида № 57»;

Салова М. Н.,

канд. мед. наук, ассистент кафедры поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми, ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Росздрава;

Абрамова Т. Ф.,

ассистент кафедры офтальмологии, врач-офтальмолог МУЗ «Детская городская поликлиника № 6», г. Иваново

МДОУ «Детский сад компенсирующего вида № 57» более 20 лет занимается воспитанием, оздоровлением и коррекционными мероприятиями у детей с нарушениями зрения. Детский сад посещают дети, основными диагнозами которых являются амблиопия (слабой степени — 30%, средней — 40, высокой — 5%), косоглазие и их сочетание. Так, среди обследованных 60 детей 3—7 лет пограничное зрение имеют большинство, 20% — относятся к слабовидящим, 1/3 — имеют инвалидность по зрению. Необходимо отметить у слабовидящих детей внутрисистемные нарушения зрения, такие как снижение остроты зрения у одного или обоих родителей (26,7 и 18,3% соответственно), ограниче-

ние глазодвигательных функций — 21,7, нарушение цвето-различения — 8,3, бинокулярности — 6,7, стереоскопического видения — 8,3% и др.

Практически каждый ребенок имеет сопутствующую неврологическую и соматическую патологию. У большинства воспитанников выявлены последствия перинатального поражения ЦНС (96,7%), при этом каждый четвертый ребенок страдает доброкачественной внутричерепной гипертензией. У трети детей выявлена задержка речевого развития, у четверти — двигательные нарушения. Каждый пятый ребенок имеет синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Синдром вегетативной дистонии определяется у

68,3% детей, кроме клинических признаков, он подтвержден инструментальными методами. Половина детей наблюдается логопедом по поводу дислалии.

Треть воспитанников относится к диспансерной группе часто болеющих детей, каждый шестой ребенок имеет хронические заболевания ЛОР-органов. Более чем у 60% детей выявлены признаки атопического дерматита. Каждый пятый ребенок страдает заболеваниями опорно-двигательного аппарата, которые представлены не только нарушениями осанки, но и сколиозами. Раннее формирование этой патологии отличает слабовидящих детей от сверстников с нормальным зрением.

Проведение проективных рисуночных тестов («Дерево», «Не существующее животное», «Моя семья — семья зверей») и консультация психолога позволили установить у большинства детей различные психоэмоциональные нарушения. Так, страхи (темноты, животных, чудовищ, потери близких и др.) выявлены у 80% детей. У половины детей определялся повышенный уровень тревожности. Только треть детей имели адекватную самооценку, у 68,3% она была низкой.

Таким образом, сложность медицинских и психологических проблем у слабовидящих детей требует осуществления коррекционно-педагогической работы в тесной связи с комп-

лексным лечебно-восстановительным процессом на основе максимального сближения медицинских и педагогических средств коррекции, что является особенностью специфики сада. Сочетанность и социальная значимость нарушений здоровья у таких детей обосновывает участие в их реабилитации и медико-психолого-педагогическом сопровождении не только педагогов-воспитателей, но и специалистов разных областей: офтальмолога, тифлопедагога, медсестры-ортопедистки, логопеда и психолога.

В работе этих специалистов используются эффективные, доступные, безопасные и обязательно интересные детям дошкольного возраста методы, направленные:

- на коррекцию нарушения зрения;
- развитие зрительного восприятия;
- словесно-образное эмоционально-волевое управление состоянием ребенка;
- снятие психоэмоционального напряжения;
- профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата;
- повышение резистентности организма.

Эти методики применяются на протяжении всего времени посещения ребенком детского сада, что позволяет воспитанникам прочно их осваивать и запоминать, использовать само-

Таблица 1

Характеристика развития осязания детей (И. Эллнебе, 1997)

Возраст	Характеристики осязательных функций ребенка
2 г.	Развивается чувство боли, ребенок понимает, что может причинить себе вред, например, если сам себя обожжет, следовательно, учится быть осторожным с огнем. Может переворачивать по одной странице в книге
2 г. 6 мес.	Определяет различные предметы с помощью пальцев, не глядя на то, к чему прикасается
3 г.	Может различить тепло и холод
4 г.	Может определить, к какому месту тела прикасаются, даже если его глаза закрыты. В состоянии чувствовать сам, холодно ему или тепло. Может распознавать предметы в сумке, не глядя на них. Может сказать, где болит
5 лет	Может на ощупь определить разницу между различными формами, например, кругом, квадратом или звездой
6 лет	Определяет температуру воды. На ощупь определяет такие формы, как прямоугольник, овал или треугольник. Может определять различные поверхности, структуру одежды
7 лет	На ощупь определяет такие различные фигуры, как пятиугольник или шестиугольник

стоятельно во время обучения в школе. По данным опроса наших выпускников, более чем у 80% из них происходит ухудшение зрения уже по окончании 1 класса школы. Поэтому мы считаем одной из важнейших задач детского сада — научить ребенка справляться с высокими школьными зрительными нагрузками и сохранять остроту зрения, достигнутую с большим трудом в период дошкольного детства.

Кроме известных оздоровительных мероприятий, включающих проведение гимнастик для

снятия зрительного утомления, использования офтальмотренажеров, упражнений для профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата, дыхательной гимнастики, психокоррекционной работы, в нашем детском саду широко используют метод массажа биологически активных точек.

Исследования, проведенные в лаборатории нейрофизиологии под руководством Л.А. Новиковой, показали, что депривация или неупотребление зрительной функции в сенситивный, наиболее чувствительный период ее развития, «катастрофически»

воздействует на зрительный функцию [4]. Абсолютный сенситивный период длится от рождения до 6 лет (табл. 1). В связи с этим успех восстановительной работы при любых видах аномалии в значительной мере определяется сенситивным периодом созревания разных функций, когда центральная нервная система проявляет наибольшую чувствительность к внешним воздействиям. Наиболее результативным периодом коррекционной работы, почти полностью восстанавливающей зрительную функцию при амблиопиях, является дошкольный возраст. Пропустить его — значит уменьшить шансы восстановления в последующее время [6].

Воздействие на биологически активные точки организма является дополнительным помощником в коррекционной работе тифлопедагога, позволяя влиять не только на орган зрения и его функции, но и развитие артикуляционного аппарата, тактильных ощущений и осязания. Все вышесказанное убеждает в том, что именно в дошкольном периоде использование этого метода будет особенно эффективно для детей с нарушением зрения.

В кожных покровах находится несколько анализаторных систем: *тактильная* (ощущение прикосновения), *болевая* (ощущение боли) и *температурная* (ощущение холода и тепла). Тактильная чувствительность равномерно распределена по

нашему телу. Больше всего тактильных рецепторов находится на ладонях, кончиках пальцев и губах. Эти ощущения дают знания о поверхности предмета. Благодаря им мы узнаем, какой предмет — мягкий, твердый, гибкий, липкий, шероховатый, гладкий и т.д.

Если значительно надавить на тело, то у нас появится болевое ощущение. Рецепторные окончания болевой чувствительности расположены под кожей глубже, чем тактильные рецепторы. Тактильная чувствительность дает знания о качествах предметов, а болевая — сигнализирует о вреде, наносимом организму. Древние греки говорили: «Боль — сторожевой пес организма» [1].

Температурные рецепторы, принимающие участие в регуляции теплообмена между организмом и окружающей средой, неравномерно распределены по коже. Наиболее чувствительна к холоду спина, наименее — грудь.

Тактильное ощущение — самое первое чувство, которое появляется у ребенка еще в утробе матери, оно формирует наши способности и способно влиять на здоровье. Прикосновение оказывает мощное психологическое воздействие, даже если мы этого не замечаем. Оно целительно не только для младенцев, детей, но и для взрослых, так как замедляет старение и снижает психоэмоциональное напряжение [5].

Тактильные ощущения руки, объединяясь с мышечно-суставной чувствительностью, образуют осязание, которое является познавательной деятельностью руки. В.А. Сухомлинский писал, что истоки способностей и дарования детей — в кончиках их пальцев. И.М. Семенов считал осязание чувством, параллельным зрению. Классифицируя ощущения, получаемые человеком от внешней среды, он утверждал, что слух дает возможность человеку постигать четыре категории явлений, зрение — восемь, а осязанием человек постигает одиннадцать категорий явлений [1].

Известно, что различные осязательные ощущения воспринимаются нервными окончаниями кожи и слизистых оболочек и передаются в кору головного мозга, где расположены высшие отделы осязательного анализатора. Наибольшие размеры в коре головного мозга (задней центральной извилине) имеет отдел, связанный с работой рук и кончиков пальцев. Это объясняется тем, что рука связана с познавательной и трудовой деятельностью человека. В основе связи между зрением и осязательными ощущениями лежит механическое воздействие на покровы тела (точки, зоны, имеющие рефлекторную связь с различными внутренними органами и функциональными системами).

Древнейшие источники литературы свидетельствуют о том, что

точечный массаж уже в I—II в. н.э. получил широкое распространение в Китае, Корее и других странах как метод народной медицины, а с VIII в. был признан официальным. Сущность точечного массажа сводится к механическому раздражению небольших участков (2—10 мм) поверхности кожи, которые названы **биологически активными точками** (БАТ), так как в них размещается большое количество нервных окончаний. Например, только ушные раковины содержат в себе более 170 точек. На сегодня учеными описано более 1000 БАТ, из них наиболее часто используются 140—150 [1].

В России этот метод активно пропагандируют Е.С. Вельховер и С.А. Татаринов [5].

Основные БАТ, используемые российскими офтальмологами, подразделяются на три категории:

- 1) общеоздоровительного действия (расположены большей частью на конечностях);
- 2) сегментарные (в воротниковой и затылочной зонах);
- 3) местные (вокруг глаз).

У детей задействован такой метод воздействия на БАТ, как акупрессура. Она отличается от традиционной, применяемой у взрослых акупунктуры, тем, что вместо игл используются большой и указательный пальцы рук, а точки воздействия те же. При этом достигается одинаковый эффект. Акупрессура не причи-

няет ни боли укола иглы, не вызывает кровотечения и исключает внесение инфекции при надавливании пальцами в организм. Она проста, надежна и безопасна, поэтому распространена в детской практике.

Китайскими учеными установлено, что мизинцы непосредственно связаны с сердечно-сосудистой системой и офтальмологической зоной. Каждому человеку показан ежедневный массаж мизинцев в течение 3 мин. При усталости глаз для снятия зрительного утомления рекомендовано массировать активные точки во впадинах между внутренними уголками глаз и переносицей большим и указательным пальцами [2; 3].

Поскольку на стопе находятся рефлекторные зоны всех органов (сюда входит до 72 тыс. нервных окончаний) тела, то такое воздействие тонизирует деятельность всего организма. В истории зафиксированы следующие факты: по свидетельству древнегреческого писателя Плуларха, философ Сократ «в целях обострения мысли» постоянно ходил босиком и требовал того же от своих учеников. Тех же правил придерживался известный римский философ Сенека, принципиально никогда не носивший обуви. Теорию хождения босиком в качестве эффективного средства профилактики и лечения многих болезней выдвинул

немецкий ученый XIX столетия Себастьян Кнейп. Одним из его последователей был Л.Н. Толстой. Известный русский учитель П.К. Иванов вообще не носил обуви всю вторую половину своей жизни.

Неровная поверхность, по которой ходят босые ноги, естественным образом воздействует на БАТ стопы, укрепляя здоровье и создавая бодрое настроение. В основе точечного массажа лежит механическое воздействие пальцем (палочкой, камнем, шариком и др.) на БАТ, которые имеют рефлекторную связь через нервную систему с различными внутренними органами и функциональными системами. О правильности нахождения точки свидетельствует ощущение ломоты, распирания, онемения. Зачастую точка отзывается болью. По болезненности какой-либо точки (зоны) можно иногда предположить заболевание того или иного органа.

Посредством точечного массажа происходит раздражение нервных окончаний кожи, мышц, сухожилий пальцев рук и массируемой зоны, что способствует нормализации кровообращения в этих зонах и органах, а также связанных с ними кровеносными, нервными, лимфатическими и соединительнотканными путями. За счет этого в организме увеличивается выработка таких биологически активных веществ, как

интерфероны, секреторные анти-тела, тимус-факторы, повышающих сопротивляемость всего организма.

Известные ученые, занимающиеся реабилитацией детей с нарушениями зрения, Л.И. Плаксина и А.А. Григорян используют воздействие слабым электрическим током на точки акупунктуры по определенной схеме. Электропунктура позитивно влияет на зрительные функции, аппарат аккомодации, гидро- и гемодинамику глаз. По мнению авторов, такой метод воздействия на БАТ может применяться в специализированном детском саду даже у детей раннего возраста ввиду ее безболезненности и хорошей переносимости [4; 5].

В отделении медико-биологических проблем, совместно с кафедрой глазных болезней Рижского медицинского института, разработан рефлексотерапевтический способ лечения амблиопии любого вида, независимо от степени и состояния фиксации [5].

Таким образом, массаж БАТ может использоваться у детей дошкольного возраста, положительно влияя на состояние органа зрения, а также повышая функциональные возможности организма ребенка. Наиболее доступными у детей являются БАТ, расположенные на кистях и стопах, массаж этих точек не требует специальных медицинских знаний и может быть ши-

роко использован в дошкольном учреждении. Немаловажен и такой факт, как абсолютная безопасность применения массажа ладоней и стоп. Это связано с тем, что неправильное нахождение и стимуляция точек не нанесут ребенку вред — они просто не эффективны. Известно, что при ходьбе, беге, работе руками происходит естественная стимуляция БАТ, поэтому лучшее лекарство от болезней — движение и работа. Учитывая, что все элементы системы при движении тела постоянно подвергаются естественной стимуляции, противопоказаний к лечению воздействием на БАТ практически нет. Кроме того, использование этого метода не требует дополнительного оборудования — массаж может осуществляться пальцем или подручными средствами (гречневая крупа, горох, камень, хвойные иглы, шишка и др.). Этот метод доступен каждому человеку, он не требует заучивания и запоминания. Что заучивается — легко забывается. Метод достаточно один раз понять, затем им можно пользоваться всю жизнь.

На кистях и стопах располагаются системы высокоактивных точек соответствия всем органам и участкам тела, их стимуляция оказывает профилактическое и лечебное действие. Точки на кистях и стопах располагаются в строгом порядке, отражая в уменьшенном виде анатомическое строение орга-

низма. Рекомендуется несколько раз в день массировать кисти и стопы до умеренного покраснения кожи и появления ощущения тепла. Для усиления массажного эффекта могут использоваться специальные эластические кольца, надеваемые на палец, которым проводится воздействие, а также роликовые, трубчатые и универсальные массажеры.

Семена — наиболее часто применяемый естественный стимулятор БАТ. Выбираются неповрежденные и способные прорасти семена гречихи, яблок, просо, редиса, свеклы, гороха, фасоли, перца, винограда, канареечное семя и др. Лучшими из них являются молодые семена, покрытые естественной оболочкой.

В МДОУ «Детский сад компенсирующего вида № 57» тифлопедагогом высшей категории Е.В. Анощенко разработана методика массажа БАТ для детей с нарушениями зрения, учитывающая возрастные физиологические возможности детей разного возраста.

Основная цель всех разработанных игр-упражнений — воздействие на БАТ стопы, кисти, ушных раковин, связанных с органом зрения. Для повышения интереса детей к таким оздоровительным мероприятиям, создано множество игр-упражнений, позволяющих педагогу их постоянно разнообразить. Они разра-

ботаны для всех групп детского сада с возрастающей степенью сложности от года к году. Календарный план игр приведен в табл. 2.

В *младшей группе* в основном проходит подготовительный этап упражнений, который ставит своей целью развитие тактильных восприятий в зонах дальнейшего воздействия на рецепторы в последующих возрастных группах. Исходя из особенностей возраста детей, каждая игра или упражнение рассчитаны на две недели. Оздоровительное упражнение проводится ежедневно в течение 1—2 мин (возможно дольше — по желанию ребенка). Мы проводим 17 игр-упражнений с начала октября по конец мая.

В *средней группе* после начального подготовительного этапа, рассчитанного на развитие тактильных восприятий, вводятся уже начальные упражнения по воздействию на БАТ определенных зон. В период с октября по январь, как и в младшей группе, здесь проводится по одной игре в течение двух недель, затем упражнения меняются еженедельно, всего за учебный год детям предлагается 27 игр. Длительность воздействия на БАТ составляет в среднем 2—3 мин.

В *старшей группе*, как и в подготовительной, для детей разработано по 34 игры-упражнения на весь учебный год (одна игра

Таблица 2

**Календарный план проведения массажа БАТ
у детей разных групп детского сада**

№ недели (с ок- тября)	Используемый материал	Реализуемая задача
1	2	3
Младшая группа (17 игр; продолжительность массажа 1—2 мин)		
1—2	Вода разных температур	Определить, какая вода — теплая или прохладная
3—4	Вода комнатной температу- ры	Плескаться, шлепать ладонью, пальцами по поверхности воды
5—6	Вода и камешки	Бросать камешки в воду, поднимать
7—8	Вода, цветные губки	Набирать в губки воду, отжимать их, бить струей в подставленную ладонь
9—10	Половинки скорлупы коко- совых орехов (ежики)	Стимулировать БАТ пальцев и ладони о шершавую поверхность при соприкосновении
11—12	Перышки	Проводить кончиком пера по пальцам, ладоням
13—14	Скалка средних размеров (d = 2—3 см)	Прокатывать босыми ступнями ног
15—16	Веер	Определить, с какой стороны «дует ветер»
17—18	Щетка для мытья рук	Чистить руки, «ноготки» — стимулировать БАТ на кончиках пальцев, ладони
19—20	Вата, мех, губка	Трогать, сравнивать, ощущать разницу
21—22	Песок	Набирать песок в горсть, просыпать сквозь пальцы
23—24	Шишки сосновые	Подержать, поперебирать, положить в сумочку, карман
25—26	Ребристые карандаши	Прокатывать ладонью карандаш по столу
27—28	Мяч с шипами	Отдавать другому ребенку или взрослому и брать
29—30	Телефонный металличе- ский диск	Набирать номер
31—32	Скалки: гладкая и шершавая	Обследовать обе скалки рукой, сравнить
33—34	Галька в противне	Постоять босиком, в носках на камешках, потоптаться

Продолжение табл.

1	2	3
Средняя группа (27 игр; продолжительность массажа 2—3 мин)		
1—2	Вода разных температур	Плескаться, подгоняя кораблик, отжимать губки, шлепать по воде ладонью
3—4	Галька	Встать на камешки босиком, потоптаться
5—6	Песок, яркая бусина	Отыскать зарытую в песке «чудесную» горошину
7—8	Ребристый карандаш	Прокатывать карандаш между ладонями
9—10	Мяч с шипами	Бросать мяч друг другу и ловить его
11—12	Шайбочки ребристые	Перебирать кончиками всех пальцев
13—14	Скалки (d = 3 см, d = 8 см)	Катать стопами босых ног по полу
15	Шайба	Определять гладкую и шершавую стороны каждым пальцем, ладонью
16	Морская раковина	Обследовать пальцами (гладкое, шершавое, шипы и т.д.)
17	Крышки цветные, капроновые (от пластиковых бутылок)	Обследовать предметы: гладкие, ребристые, с выступами
18	Бруски, скалки	Сравнивать острые грани с круглыми, гладкими поверхностями
19	Шишки сосны, ели, лиственницы, ольхи	Сравнивать зрительно и на ощупь
20	Черепаха с 50 петлями и пуговицами	Расстегивать и застегивать черепаху перед прогулкой
21	Мелкие (с гранями) игрушки в 2-х экземплярах, «чудесный мешочек»	Сравнивать образец, который перед глазами, с тем, что находится в руке (в «чудесном мешочке»)
22	Ребристая доска	Походить по ней босиком или по колючему коврику
23	Зеленые щеточки-пластинки (от конструктора)	Сжимать, обследовать, соединять друг с другом
24	Пластина с круглыми и овальными дырками	Определить (не глядя), в какую дырку попал палец — круглую или овальную
25	Дорожка с силуэтами ступней	Проходить по дорожке, ставя босые ноги точно в следы
26	Дорожка со следами пяток, мысков	Проходить на пятках, носках, ставя их точно в следы

Продолжение табл.

1	2	3
27	Дорожка со следами ладошек, коленок	Проходить на четвереньках, попадая точно в следы
28	Дорожка с цветными кружками	Проходить только по красным кружкам, потом по зеленым и т.д.
29	Мелкая мозаика	Разобрать по цветам, сортируя их
30	Песок с мелкими острыми камешками	Выбирать из песка мелкие острые камешки на поднос
31	Косточки фиников, абрикосов, слив, персиков	Разобрать по образцу, сортируя и складывая каждую в свой отсек
32	Мелкие игрушки с серебристыми краями	Ощупывать, обследовать с закрытыми глазами
33	Крупные шары-бусины и шнур	Нанизывать шары на трубчатый шнур
34	Камешки крупные, средние, мелкие	Обследовать, сравнивать, располагать в ряд, по кругу, вокруг самого большого камня
Старшая группа (34 игры; продолжительность массажа 3—4 мин)		
1	Спички без головок	Выкладывать фигурки
2	Солома, сено	Скатывать колкие шарики, плести, свивать гнезда
3	Штамп с изображением котенка (крупный)	Обводить пальцем, потом другим, третьим
4	Пришитые в ряд пуговицы на полосках картона	Считать с закрытыми глазами, опираясь на чувствительность пальцев
5	Линейки-пластины с прорезями фигур	Обводить кончиками пальцев обеих рук
6	Шишки ольхи, ели, сосны, лиственницы	Обследовать и называть, понимая разницу
7	Трафареты с острыми краями	Обследовать, «рисовать пальцем» — всеми по очереди
8	Шершавые, колючие коврики	Встать, походить босиком
9	Фундук (1—2 шт.)	Катать между ладонями и в одной руке
10	Косточки сливы, персика, абрикосов, фиников, черешни	Выкладывать несложные сюжеты

Продолжение табл.

1	2	3
11	Пуговки гладкие, шершавые, множество самых разных	Обследовать, сравнивать, выбирать самую лучшую, худшую
12	Бусы с острой гранью по центру от старых детских счет	Нанизать на леску, посчитать зеленые, белые бусины
13	Цветные резинки на каркасе	Щипать всеми пальцами по очереди
14	Мелкие острые камешки	Выкладывать контуры предметов по образцу
15	Брайль-прибор для обучения азбуке	Определить: сколько дырок, сколько бугорков
16	Камни острые и круглые	Обследовать, сравнивать, сортировать
17	«Чудесный мешочек»	Определять игрушки на ощупь без образца по памяти
18	Мячик с шипами	Подкидывать, ловить; отвечать на вопрос, возвращая мяч
19	Глина, перемешанная с гречей, пшеном	Лепить любые поделки по желанию ребенка
20	Скалки (d = 3 см и d = 8 см)	Катать босыми стопами по полу
21	«Бабушкин сундук» с тканями различной фактуры	Обследовать ткани, сравнивать, знать что из них шьют и почему
22	«Помоги Золушке»	Разбирать крупы: греча, рис, овес, пшено, перловка, кукуруза
23	«Лужайка с цветами» (колючий коврик с мелкими искусственными цветочками)	Гулять пальцами «по саду после посадки цветов»
24	Лабиринты из шершавых дорожек (наждачная и бархатная бумага)	«Пройти» по ним пальцами обеих рук
25	Цветные шнуры	Завязать узелки, посчитать их с закрытыми глазами обеими руками
26	Шершавая на ощупь аппликация	Отгадать — круг, квадрат, треугольник и т.д.
27	Мелкие игрушки	Найти при обследовании пальцами острые места у игрушек
28	Галька	Встать, разувшись, в противень с галькой, потоптаться, покружиться
29	Пластина с шипами	Нашупать шипы, посчитать их руками
30	Мелкие листья и цветы	Собрать букет из мягких листьев и цветов

Продолжение табл.

1	2	3
31	Кедровые орешки	Выкладывать различные фигурки по желанию или образцу
32	Разнофактурная бумага	Подобрать такую же на ощупь
33	Сиденье-массажер (для автолюбителей)	Почувствовать «костяшки» на разных частях спины, бедрах
34	Юла металлическая (маленькая вертушка)	Покрутить на столе, «заводя» обеими руками поочередно
Подготовительная к школе группа (34 игры; продолжительность массажа 4—5 мин)		
1	Острозубое колесико на ручке (для снятия выкроек)	Поворачивать колесико разными пальцами обеих рук поочередно
2	Проволока (d = 1—2 мм)	Выстраивать фигурки (гриб, лист, облако)
3	Скрепки металлические (канцелярские)	Составлять нанизыванием цепочку, бусы, браслет
4	Большое колесо с шипами	Поворачивать за выступы всеми пальцами обеих рук (штурвал)
5	Перышки	Проводить по пальцу (глаза закрыты), определить — по какому
6	Пальцы взрослого и спина ребенка	Определить, сколько пальцев на спине
7	Деревянные зубочистки	Рисовать рожицы острием зубочистки на подушечках пальцев
8	Массажер-мочалка	Водить по спине поперек, поднимаясь от поясницы к шее
9	Мелкие шахматы	Переставлять фигуры по полю, вставляя в прорези
10	Массажер для ног (ребристый)	Катать стопами босых ног вперед-назад
11	Массажер ножной с шипами	Катать стопами босых ног вперед-назад
12	Массажер с шипами на ручке	Прокатывать по спине вдоль вверх-вниз
13	Вибромассажер с шипами	Массировать ступни обеих ног
14	Вибромассажер с шипами	Массировать ладони обеих рук
15	Яркие пазлы куба, «почтовый ящик»	Обследуя края прорезей пальцем, определить, какая это фигура
16	Косточки: слива, абрикос, черешня, персик, финик	Классифицировать, раскладывая в различные емкости

Окончание табл.

1	2	3
17	Катушка ребристая	Всеми пальцами крутить катушку для сматывания ниток
18	Брайль-прибор для обучения азбуке	Определить, сколько бугорков и дырок на пластине и в каком месте они расположены
19	Брайль-прибор для обучения письму	Заправлять точки-бугорки внутрь кончиками пальцев
20	Массаж ногтями	Массировать нижними фалангами всех пальцев — подушечками
21	Массаж уха	Массировать то место, где бывает прокол на мочке уха
22	Роликовый массажер	Массировать кисти рук металлическим массажером
23	Универсальный массажер	Массировать ладони и стопы обеих рук и обеих ног
24	«Щелчки» всеми пальцами	Стартовая черта: ноготь на подушечке большого пальца руки
25	Универсальный массажер	Массировать пальцы рук и ног
26	Мелкая острая мозаика	Рассортировать по ячейкам, исходя из цвета фишек
27	Трубчатый массажер с шипами (пластмассовые бигуди)	Прокатывать между ладоней и пальцев рук
28	Острые дымные семечки	Выкладывать силуэты предметов, животных по образцу
29	Мелкие листики и цветы	Собрать букет только из жестких листьев и цветов
30	Скалка с шипами (массажер)	Массировать все участки тела по мере доступности
31	Массажер «каштан»	Прокатывать между ладонями и пальцами
32	Массажные кольца (от каштана)	Массировать пальцы обеих рук
33	Мандала (индийская игрушка — прообраз кубика-рубика) — сделана из жестких проволочек	Составить условные обозначения планет солнечной системы
34	Массажер на ручке с шипами	Массировать стопы обеих ног

в неделю). Время воздействия на БАТ в старшей группе составляет в среднем 3—4 минуты, в подготовительной — 4—5.

Количество игр-упражнений и их вариантов, приведенных в таблице, не исчерпывает всех игровых ситуаций, создаваемых детьми и взрослыми. Один из важных аспектов оздоровительных игр — их привлекательность для детей. Часто наблюдаются ситуации, когда вариант упражнения-массажа возникает в ходе игры по предложению кого-либо из детей или педагога. Эти игры можно проводить на занятиях, в тифлоуголке, на прогулках и в другие режимные моменты. Кроме того, регулярно организуются подробные консультации для родителей по проведению таких игр с демонстрацией наглядных пособий, что позволяет проводить эти мероприятия и в домашних условиях.

Оценивая эффективность этих упражнений в течение учебного года, мы установили, что они позволили в 1,5 раза улучшить медицинские показатели офтальмологической реабилитации воспитанников, уменьшить число часто болеющих детей на 20%, способствовали компенсации неврологического дефицита у 18% детей, улучшению речи — у 30% де-

тей. Кроме того, отмечено снижение уровня тревожности в 2,3 раза, уменьшение страхов в 1,8 раза, повышение самооценки в 1,5 раза.

Таким образом, предложенные оздоровительные игры-упражнения стали существенным дополнением в проводимых медицинских мероприятиях и коррекционно-педагогической работе у детей с нарушениями зрения.

Литература

1. *Васичкин В.И.* Массаж у детей. СПб., 1999.
2. *Ермаков В.П., Якунин Г.А.* Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения. М., 1990.
3. *Любимова Т.Г.* Учить не только мыслить, но и чувствовать. Чебоксары, 1994.
4. *Плаксына Л.И., Григорян А.А.* Содержание медико-педагогической помощи в дошкольном учреждении для детей с нарушением зрения. М., 1998.
5. *Плаксына Л.И.* Формирование социально-адаптивного поведения у учащихся с нарушением зрения в начальных классах. Калуга, 1998.
6. *Право детей на развитие.* Минск, 1997.
7. *Солнцева Л.А., Семенов Л.А.* Психолого-педагогические основы обучения слепых детей ориентированию в пространстве и мобильности. М., 1989.

Группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией

Халдыгероева Т.З.,
заведующий;

Данилюк О.Л.,
заместитель заведующего по ВМР, МДОУ
«Лукоморье», ЯНАО, г. Ноябрьск

ПЕДАГОГИКА

ДОУ призваны создавать равные «стартовые» возможности каждому ребенку, оказывать помощь и поддержку детям, имеющим проблемы в состоянии здоровья, а для этого необходимы *новые модели организации дошкольного образования.*

Основной прирост охвата детей дошкольным образованием тесно связан с удовлетворением потребностей жителей города в услугах детского сада, независимо от их места жительства, социального статуса семьи, уровня развития и здоровья ребенка.

В настоящее время актуальна проблема роста числа детей, страдающих аллергопатологией. Здоровье ребенка с аллергопатологией зависит от воздействия разных факторов:

- региональных особенностей ЯНАО, создающих дискомфортные условия для жизни (резкие перепады атмосферного давления, температуры, высокая сухость воздуха, частое столкновение атмосферных фронтов, некачественная вода);
- химических добавок в продукты питания, способствующих снижению иммунитета, развитию токсикоаллергических реакций, ухудшающих самочувствие детей;
- бытовых условий;
- психологического микроклимата.

Аллергические заболевания составляют существенную долю среди соматических заболеваний. У детей:

- нарушается привычный образ жизни (изменяются характер питания и сон; появляются зуд и высыпания



- на коже, экскориации (расчесы), реакции на изменение метеоситуации, табачный дым и др.);
- гармоничное и духовное развитие, приводящее к психопатологическому формированию личности (возникают эмоциональные проблемы: тревога, раздражительность, фрустрированность);
 - ограничивается контакт с различными средствами бытовой химии, животными.

Все это приводит к обострению клинических проявлений и снижению качества жизни.

В детские сады все чаще обращаются родители, дети которых страдают аллергопатологией. Такие дети не всегда имеют возможность посещать традиционное дошкольное учреждение по той причине, что развивающая среда ДОО насыщена различными аллергенами, воздействие которых неадекватно отражается на состоянии здоровья ребенка-аллергика. Следовательно, родители детей, страдающих аллергическими заболеваниями, в основном не работают, так как дошкольные учреждения не предусматривают возможность педагогического реабилитационного взаимодействия таких детей в условиях детского сада, что существенно снижает «стартовые» возможности детей при поступлении в школу.

Анализ состояния здоровья детей в 2006 г. показал, что из 3270 детей в возрасте 2—7 лет, проживающих в г. Ноябрьске,

1970 обратились к педиатрам и дерматологам за лечением кожных аллергических реакций, в основе которых лежит реакция на продукты питания. На каждом педиатрическом участке (а их в городе 25) примерно 10—12 детей страдают аллергией к белкам коровьего молока, 20 детей — на сладкое и цитрусовые. Что касается анализа состояния здоровья детей нашего детского сада, то мы отметили ежегодное увеличение детей с аллергопатологией. Так, за последние 3 года количество детей увеличилось с 8 до 28 чел.

Следует признать, что современная медицина оказывает значительную базисную и профилактическую помощь детям с аллергопатологией, но одной медицине с этой проблемой не справиться.

Поиск выхода из создавшейся ситуации заставил посмотреть на проблему с педагогической стороны. Так родилась идея организовать, в рамках «Программы развития МДОУ детский сад “Лукоморье” до 2010 г.», инновационное образовательное пространство для реабилитации детей с аллергопатологией.

Мы изучили специальную литературу по аллергопатологии, познакомились с опытом работы детских садов других регионов нашей страны.

Далее были разработаны нормативно-правовые основы функционирования группы — это прежде всего «Положение о груп-

пе оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией», регулирующее организацию деятельности группы, определяющую цель ее создания, порядок комплектования, штаты и руководство, механизм финансирования. Положение было утверждено приказом Управления образования.

Согласно данного Положения, в штатное расписание были введены дополнительные единицы врача-дерматолога (врача-аллерголога), составлена должностная инструкция.

В должностные инструкции воспитателя, помощника воспитателя внесены дополнения, определяющие их функциональные обязанности в группе оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией.

Определение контингента воспитанников происходило по мере обращения родителей всех возрастных дошкольных групп нашего ДОУ. В такой ситуации оказался наиболее приемлемым подбор группы по разновозрастному составу. На данный момент группа имеет постоянный состав детей из 17 чел. в возрасте от 3 до 6 лет. Отношения ДОУ с родителями (законными представителями), срок нахождения ребенка в данной группе определяются родительским договором, также разработанным специально для этой группы.

С целью упорядочения функционирования данной группы был разработан дополнительный пакет

документов, утвержденный приказом руководителя МДОУ.

Особое место в создании необходимых условий занимает режим дня. Традиционный режим в ДОУ жестко регламентирован и определен для каждой возрастной группы. Наша совместная работа с педагогами, медперсоналом позволила составить такой режим для разновозрастной группы оздоровительной направленности, где отсутствует жесткая поминутная регламентация, а указывается временной интервал, что дает возможность каждому ребенку войти в определенную режимом деятельность.

Режим дня разновозрастной группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией (холодный период года)

Доминанта благополучия:

07.00—08.15 — прием и осмотр, игры, индивидуальная работа, дежурство, утренняя гимнастика.

Доминанта познания и развития:

08.15—08.45 — подготовка к завтраку, завтрак;

08.45—09.00 — самостоятельная игровая деятельность, подготовка к занятиям;

09.00—10.50 — занятия по подгруппам;

10.50—12.00 — игры, индивидуальная работа, подготовка к прогулке, прогулка (игры, наблюдения, труд), возвращение с прогулки, игры;

12.00—12.45 — подготовка к обеду, обед.

Доминанта умиротворения:

12.45—15.00 — подготовка ко сну, дневной сон.

Доминанта радости:

15.00—15.30 — постепенный подъем, закаливающие процедуры, гимнастика после сна, полдник.

Доминанта познания и развития:

15.30—16.30 — занятие по подгруппам.

Доминанта духовной потребности:

16.05—17.10 — самостоятельная игровая деятельность, чтение художественной литературы;

17.10—17.30 — подготовка к ужину, ужин;

17.30—19.00 — игры, труд, индивидуальная работа, подготовка к прогулке, прогулка, уход детей домой.

Особо тщательного подхода требовало составление индивидуального гипоаллергенного меню (табл. 1). При этом мы руководствовались инструктивно-методическим письмом «Организация питания детей с пищевой аллергией». Индивидуальное гипоаллергенное меню для ребенка определяется путем исключения из рациона питания выявленных (аллерго-тест) продуктов, вызывающих аллергическую реакцию, и заменой их на продукты, равноценные по содержанию основных пищевых ингредиентов, с учетом возрастных физиологических норм и суточной потреб-

ности в основных пищевых веществах. Индивидуальное гипоаллергенное питание способствует уменьшению кожных проявлений аллергических реакций, обострений бронхиальной астмы и улучшает функцию пищеварительного тракта.

Специфика содержания работы в разновозрастной группе требует от педагогического коллектива выработки особых подходов к организации воспитательно-образовательного процесса. С целью соблюдения требований к организации режима дня и учебных занятий были составлены учебный воспитательно-образовательный план разновозрастной группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией (табл. 2) и сетка занятий (табл. 3). Занятия проводятся по возрастным подгруппам, их продолжительность дифференцируется от возраста детей.

За довольно небольшой отрезок времени функционирования группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией можно сделать вывод о ее востребованности среди населения (имеется спрос со стороны родителей других ДООУ на место в группе). В группе сложилась благоприятная обстановка, которая подтверждается положительной динамикой улучшения здоровья детей и отсутствием обострений аллергических проявлений.

Основные показатели эффективности работы группы оздоро-

вительной направленности для детей с аллергопатологией:

- охват дошкольным образованием детей с аллергопатологией, не посещающих МДОУ;
- стабилизация состояния здоровья детей с аллергопатологией

(уменьшение или отсутствие аллергических проявлений);

- стабилизация показателей уровня психоэмоциональных расстройств;
- успешная социализация детей с аллергопатологией.

Таблица 1

**Меню МДОУ детский сад «Лукоморье»
группа оздоровительной направленности
для детей с аллергопатологией**

Наименование блюда и ингредиенты	Выход порции	Ккал
1	2	3
Завтрак		
Лапшевник с творогом, со сгущенным молоком (сметаной) (творог, макароны, молоко, масло сливочное, яйцо, сахар). Лапшевник без яиц	180/25	422,6
Макароны отварные с творогом (макароны, творог, масло сливочное, сахар)	200	179,11
Чай с молоком, сахаром. Чай с сахаром без молока	200/200	87,6/56,1
Хлеб пшеничный. Хлеб ржаной с маслом	40/5	130,53
Обед		
Икра морковная (морковь, лук, сахар, масло растительное, томаты в с/соку, зелень). Икра без томатов	50	74,6
Суп картофельный с мясными фрикадельками (картофель, говядина, яйцо, лук, морковь, масло сливочное, масло растительное, зелень)	200	114,81
Суп картофельный с мясом (говядина, картофель, лук, морковь, масло сливочное, зелень)	200	103,19
Оладьи из печени (печень говяжья, мука, яйцо, масло растительное, молоко)	50	100,4

Окончание табл.

1	2	3
Печень тушеная (<i>печень, лук, зелень, масло растительное</i>)	60	98,4
Пюре картофельное с маслом сливочным. Пюре без молока	130	125,75
Компот из сухофруктов. Напиток клюквенный	200	103
(Витаминация 3-го блюда аскорбиновой кислотой — 100 мг на 1 порцию)		
Хлеб пшеничный	45	104,8
Хлеб ржаной	30	45,25
Полдник		
Молоко стерилизованное. Ряженка	180	104,4
Ужин		
Салат овощной с сыром (<i>морковь, сыр, огурцы консервированные, масло растительное</i>)	50	47,28
Салат из свежих огурцов с луком	50	43,29
Рыба под омлетом (<i>минтай, яйцо, молоко, масло сливочное</i>)	100	167
Рыба отварная с рисом (<i>рис, минтай, масло сливочное</i>)	50/100	176,15
Компот из свежих яблок	200	108,16
Шанежки (<i>мука, дрожжи, яйцо, сахар, молоко, масло сливочное, сметана</i>). Гренки ржаные с сыром	75	193,04
Хлеб пшеничный. Хлеб ржаной	25	88,2
Итого за день	—	2059,39

**Учебный воспитательно-образовательный план разновозрастной группы
оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией**

Вид деятельности	Инвариантная часть								Вариативная часть			
	3—4 года		4—5 лет		5—6 лет		6—7 лет		5—6 лет		6—7 лет	
	кол- во	вре- мя, мин	кол- во	вре- мя, мин	кол- во	вре- мя, мин	кол-во	вре- мя, мин	кол-во	вре- мя, мин	кол- во	вре- мя, мин
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Социальный мир: — этикет и ситуации общения; — предметный и рукотворный мир; — краеведение (НРК); — безопасное поведение; — художественная литература	1	15	1	20	1	25	1	30				
«Я + МИР = ?»	—	—	—	—	—	—	—	—	1	25	1	30
Мир природы	1	15	1	20	1	25	1	30	—	—	—	—

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Речевое развитие: — связная речь; — словарь; — грамматический строй речи; — ЗКР; — подготовка к обучению грамоте	1	15	1	20	1	25	2	60	1	15	1	20
Мир искусства и художественная деятельность: — рисование; — лепка; — аппликация; — конструирование; — ручной труд	0,5 0,5 0,5 0,5 —	7,5 7,5 7,5 7,5 —	1 1 0,5 0,5 —	20 20 10 10 —	0,5 1 0,5 0,5 0,5	1 2,5 25 12,5 12,5	0,5 1 0,5 0,5 0,5	15 30 15 15 15	—	—	—	—
Математическое развитие	1	15	1	20	2	50	2	60	—	—	—	—
Физическое развитие	2	30	2	40	2	50	2	60	—	—	—	—
Музыкальное развитие	2	30	2	40	2	50	2	60	—	—	—	—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Физическое развитие — плавание	1	15	1	20	1	25	1	30	—	—	—	—
Итого	11	2 ч 45 мин	12	4 ч	14	5 ч 50 мин	15	7 ч 30 мин	1	25	1	30
Всего	11 занятий — 2 ч 45 мин (недельная нагрузка)		12 занятий — 4 ч (недельная нагрузка)		14 занятий + 1 занятие (вариативная часть) = 15 занятий — 6 ч 15 мин (недельная нагрузка)		15 занятий + 1 занятие (вариативная часть) = 16 занятий — 8 ч (недельная нагрузка)					

Примечание

1. Воспитание и обучение осуществляется по программе развития и воспитания детей в детском саду «Детство» / Под ред. Т.Н. Бабаевой, З.А. Михайловой, Л.М. Гурович.

2. Педагогическое реабилитационное взаимодействие проводится по программе «Я + МИР = ?» (авт. В.А. Нагорная).

3. Музыкальное развитие проводится по программе музыкального воспитания «Ладушки». (Авт. И.Каплунова, И. Новоскольцева.)

4. Максимально допустимый объем недельной нагрузки детей (СанПиН 2.4.1.1249-03 п. 2.12.7):

4-го года жизни — 11 занятий;

5 — 12;

6 — 15;

7 — 17.

5. Длительность занятий дифференцируется в зависимости от возраста детей. С целью соблюдения возрастных регламентов продолжительности занятий, занятия начинаются со старшими детьми, постепенно подключая к занятию детей младшего возраста.

6. Введено третье физкультурное занятие (плавание) (протокол заседания Совета педагогов от 15.05.2007 г. № 8).

7. Развитие элементарных естественно-научных представлений проводится в игровой деятельности с помощью игр-экспериментов с разными материалами в кабинете познавательного развития «Почемучка» по графику (протокол заседания Совета педагогов от 06.05.2009 г. № 8).

8. Региональный компонент — интегрирован в различные виды деятельности.

9. Перерыв между занятиями 10 мин.

Таблица 3

Сетка занятий разновозрастной группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией

Дни недели	3—4 года — II младшая	4—5 лет — средняя	5—6 лет — старшая	6—7 лет — подготовительная к школе
1	2	3	4	5
Понедельник	1. Социальный мир 09.00—09.15 2. Музыкальное развитие 09.40—09.55	1. Социальный мир 09.00—09.20 2. Музыкальное развитие 09.40—10.00 3. Рисование/лепка 15.30—15.50	1. Социальный мир 09.00—09.25 2. Музыкальное развитие 09.40—10.05 3. Рисование/аппликация 10.20—10.45	1. Социальный мир 09.00—09.30 2. Музыкальное развитие 09.40—10.10 3. Рисование/аппликация 10.20—10.50 4. Речевое развитие 16.00—16.30
Вторник	1. Математическое развитие 09.00—09.15 2. Рисование/лепка 09.40—09.55 3. Физическое развитие 16.00—16.15	1. Математическое развитие 09.00—09.20 2. Рисование/лепка 09.40—10.00 3. Физическое развитие 16.00—16.20	1. Математическое развитие 09.00—09.25 2. Лепка 09.40—10.05 3. Физическое развитие 10.20—10.45 4. «Я + МИР = ?» 16.00—16.25	1. Математическое развитие 09.00—09.30 2. Лепка 09.40—10.10 3. Физическое развитие 10.20—10.50 4. «Я + МИР = ?» 16.00—16.30



1	2	3	4	5
Среда	1. Конструирование/аппликация 09.40—09.55 2. Физическое развитие (плавание) 15.30—15.45	1. Конструирование/аппликация 09.40—10.00 2. Физическое развитие (плавание) 15.30—15.50	1. Подготовка к обучению грамоте 09.00—09.25 2. Конструирование/ручной труд 09.40—10.05 3. Физическое развитие (плавание) 16.00—16.25	1. Подготовка к обучению грамоте 09.00—09.30 2. Конструирование/ручной труд 09.40—10.10 3. Физическое развитие (плавание) 16.00—16.30
Четверг	1. Музыкальное развитие 09.00—09.15 2. Речевое развитие 09.40—09.55	1. Музыкальное развитие 09.00—09.20 2. Речевое развитие 09.40—10.00	1. Математическое развитие 09.00—09.25 2. Музыкальное развитие 09.40—10.05 3. Речевое развитие 10.20—10.45	1. Математическое развитие 09.00—09.30 2. Музыкальное развитие 09.40—10.10 3. Речевое развитие 10.20—10.50
Пятница	1. Природный мир 09.00—09.15 2. Физическое развитие 09.40—09.55	1. Природный мир 09.00—09.20 2. Физическое развитие 09.40—10.00	1. Природный мир 09.00—09.25 2. Физическое развитие 09.40—10.05	1. Природный мир 09.00—09.30 2. Физическое развитие 09.40—10.10

Отношения мальчиков старшего дошкольного возраста к родителям

Великова С.А.,

канд. психол. наук, доцент, Владимирский
государственный университет, г. Владимир

Вопросы, связанные с особенностями пола человека и его психологическими различиями, в последнее время входят в число наиболее обсуждаемых проблем в обществе. Цель данного исследования — определить отношение мальчиков 5—6 лет к родителям. Для этого были использованы методы: наблюдение, методика Рене Жиля «Фильм — тест», объективные показатели, такие как аккуратность детей, отзывы мальчиков о матери и отце, совместной деятельности с родителями, вежливость детей, оказание посильной помощи родителям. Полученные в ходе исследования количественные числовые данные были проанализированы с помощью методов математической статистики. Процедура обследования проходила индивидуально с каждым ребенком в течение 20—25 мин. В исследовании приняли участие 14 мальчиков, посещающих ДОУ № 83 «Солнышко» г. Владимира.

Результаты отношения мальчиков старшего дошкольного возраста к родителям, по методике Рене Жиля, показали высокие баллы по отношению к матери

(средний балл $8,71 \pm 0,91$ балл). Данное исследование выявило, что отношение мальчиков к матери преобладает над отношением к отцу. Средний балл отношения к отцу составляет $5,42 \pm 0,64$ балла. Совместное отношение к родителям ниже. Средний балл показателей отношения к родителям $5,28 \pm 0,81$ баллов. Преобладание отношения к матери подтверждаются и отзывами о матери, средний балл которых соответствует $2,85 \pm 0,14$ баллов, над отзывами об отце, средний балл которых $1,85 \pm 0,14$ баллов (по объективным данным). Кроме того, по сравнению с отношениями к другим значимым взрослым родственникам (дедушкам, бабушкам, тетям, дядям), показатель среднего балла по методике Рене Жиля соответствует $0,71 \pm 0,35$ балла, что указывает на еще более низкую значимость взрослых для данной выборки.

Еще меньшую значимость представляют братья и сестры. Показатель среднего балла равен $0,14 \pm 0,14$. Данный аспект указывает на то, что мальчики воспитываются в однодетных семьях.

Показатель среднего балла по отношению к своим друзьям, подругам соответствует $4,14 \pm 0,59$ балла, что выше, чем отношение детей к воспитателю группы (средний балл $2,28 \pm 0,35$). Любознательность мальчиков по методике Рене Жиля составляет средний балл $4,28 \pm 0,42$ балла. Стремление к общению в больших группах детей («общительность в группе детей») имеет показатель среднего балла $2,57 \pm 0,64$. Средний показатель желанния лидерства в группе соответствует $2,0 \pm 0,69$ баллам. Шкала «конфликтность, агрессивность» имеет показатель среднего балла $0,71 \pm 0,28$ балла. Показатель среднего балла по шкале «реакция на фрустрацию» составляет $2,57 \pm 0,57$ балла. Средний балл стремления к уединению и отгороженности у мальчиков старшего дошкольного возраста по данной шкале равен $3,14 \pm 0,93$ балла.

Аккуратность детей (по объективным данным) имеет показатели среднего балла — $3,57 \pm 0,02$, что свидетельствует о высокой степени аккуратности и опрятности детей. Вежливость имеет показатель среднего балла — $2,14 \pm 0,26$. Отзывы мальчиков старшего дошкольного возраста о совместной деятельности со своими родителями соответствует среднему баллу $3,07 \pm 0,6$. Помощь родителям составляет средний балл — $1,85 \pm 0,14$ балла.

На первом месте у мальчиков старшего дошкольного возраста

находится отношение к матери, на втором месте отношение к отцу. Причем отношение к обоим родителям находится в такой же роли, что и отношение к отцу ($p > 0,05$). Отзывы о совместной деятельности с родителями тождественно равны отзывам мальчиков о матери ($p > 0,05$), следовательно, можно сделать вывод, что они имеют одинаковое значение для мальчиков-дошкольников. Оказание помощи родителям в домашних делах имеет для дошкольников 5—6 лет равное значение с отзывами мальчиков о своих отцах ($p > 0,05$). На последнем месте по значимости оказались отношения старших дошкольников с другими близкими взрослыми родственниками, братьями и сестрами, что можно объяснить спецификой выборки — полные однодетные семьи.

Корреляционный анализ показал, что на отношение мальчиков старшего дошкольного возраста к своим матерям влияют отзывы о матерях. Чем лучше и больше мальчики о них высказываются, тем лучше относятся к ним (коэффициент корреляции $r = 0,67$ при $p < 0,05$). На отношение мальчиков дошкольного возраста к отцу не влияет ни один показатель отношения. На отношение к родителям, как к родительской чете, влияет вежливость мальчиков дошкольного возраста. Причем связь обратная, поэтому можно сказать, что чем вежливее мальчики, тем хуже у них отношение к родителям (коэффициент

корреляции $r = -0,71$ при $p < 0,05$). На отношение мальчиков к другим близким взрослым родственникам оказывает сильное влияние отношения дошкольников к воспитателю группы. Чем лучше отношения с воспитателем, тем лучше отношение к другим близким взрослым родственникам. Коэффициент корреляции $r = 0,84$ при $p < 0,01$. Также на отношения к другим близким взрослым родственникам мальчиков-дошкольников оказывает влияние аккуратность детей. Чем аккуратнее выглядит ребенок, тем лучше у него отношения к другим родственникам (коэффициент корреляции $r = 0,7$ при $p < 0,05$). Отзывы мальчиков о совместной деятельности с родителями также оказывают влияние на отношения старших дошкольников к другим близким взрослым родственникам. Чем больше отзывов о совместной деятельности с родителями, тем хуже отношения к другим родственникам. Коэффициент корреляции $r = -0,7$ при $p < 0,05$. На отношение мальчиков к друзьям и подругам сильное влияние оказывают отзывы самих мальчиков о своих отцах. Чем лучше и больше мальчики отзываются об отцах, тем хуже они относятся к друзьям и подругам ($r = -0,8$ при $p < 0,01$). На отношения мальчиков старшего дошкольного возраста к воспитателям группы оказывают влияние отзывы мальчиков о совместной деятельности с родителями. Связь обратная, поэтому, чем

чаще мальчики отзываются о совместной деятельности с матерями и отцами, тем хуже у них отношение к воспитателю (коэффициент корреляции $r = -0,84$ при $p < 0,01$). Рассказы мальчиков-дошкольников о помощи своим родителям также играют важную роль на их отношение к воспитателям группы. Чем больше и ярче мальчики рассказывают о своей помощи родителям, тем хуже они относятся к воспитателю (коэффициент корреляции $r = -0,79$ при $p < 0,05$).

Корреляционный анализ показал, что на любознательность мальчиков данной выборки оказывает огромное влияние общение мальчиков со своими сверстниками. Получается, чем больше они общаются со своими друзьями, одноклассниками, тем больше у мальчиков стремление к приобретению новых знаний (коэффициент корреляции $r = 0,95$ при $p < 0,01$). Также огромное значение на приобретение мальчиками новых знаний оказывает стремление к уединению. Чем больше мальчик стремится к пребыванию в одиночестве, тем хуже у него развивается любознательность (коэффициент корреляции $r = -0,92$ при $p < 0,01$). Реакция мальчика на фрустрацию также оказывает сильное влияние на любознательность. Чем сильнее у ребенка реакция на фрустрацию, тем меньше желание приобретать новые знания (коэффициент корреляции $r = -0,9$ при $p < 0,01$).

Стремление к лидерству также играет значительную роль в развитии любознательности мальчиков старшего дошкольного возраста. Чем сильнее желание дошкольника быть лидером в группе сверстников, тем больше стремление приобретать новые знания. Данный вывод подтверждает коэффициент корреляции $r = 0,82$ при $p < 0,01$. На общение мальчиков старшего дошкольного возраста со своими сверстниками огромную роль играет их стремление к уединению. Чем сильнее ребенок стремится к уединению, тем меньше ему хочется общаться с детьми своего возраста. Коэффициент корреляции $r = -0,96$ при $p < 0,01$. Важную роль в общении мальчиков старшего дошкольного возраста играет их реакция на фрустрацию. Чем сильнее негативное психическое состояние ребенка, тем труднее ему общаться со сверстниками (коэффициент корреляции $r = -0,78$ при $p < 0,05$). Стремление к лидерству также оказывает влияние на общение старших дошкольников со своими сверстниками. Чем больше мальчики стремятся к лидерству в группе детей своего возраста, тем проще им общаться с ними (коэффициент корреляции $r = 0,67$ при $p < 0,05$). На стремление старших дошкольников к лидерству в группе сверстников оказывает влияние их стремление к уединению. Чем больше мальчики желают уединиться от коллектива сверстников, тем меньше они хотят ока-

заться лидерами группы детей своего возраста (коэффициент корреляции $r = -0,70$ при $p < 0,05$). На развитие конфликтности и агрессивности мальчиков старшего дошкольного возраста оказывают влияние отзывы детей о своих матерях. Чем лучше мальчики высказываются о матерях, тем меньше у них развиты такие черты характера, как конфликтность и агрессивность. Коэффициент корреляции $r = -0,75$ при $p < 0,05$. Также на развитие конфликтности и агрессивности влияют отзывы детей о совместной деятельности с родителями. Чем чаще и красочнее дети рассказывают о том, как они провели время с родителями и чем занимались, тем меньше у них развиты агрессивность и конфликтность по отношению к окружающим, что подтверждает коэффициент корреляции $r = -0,71$ при $p < 0,05$.

На негативное психическое состояние мальчиков старшего дошкольного возраста воздействует стремление детей к уединению. Чем больше дети желают остаться в одиночестве, тем сильнее у них реакция на фрустрацию. Коэффициент корреляции $r = 0,73$ при $p < 0,05$. Аккуратность оказывает влияние на стремление мальчиков-дошкольников к уединению. Чем аккуратнее мальчики, тем реже у них возникает желание играть одним, следовательно, от внешнего вида детей зависят их отношения со сверстниками, тем меньше им

хочется играть в одиночестве. Этот вывод подтверждает коэффициент корреляции $r = -0,7$ при $p < 0,05$. Также на стремление к уединению мальчиков-дошкольников влияют их отзывы о матерях. Чем больше дети рассказывают окружающим их людям о своих мамах, тем меньше они стремятся к уединению. Коэффициент корреляции $r = -0,69$ при $p < 0,05$. На отзывы об отце оказывает влияние такой показатель отношения, как вежливость. Получается, что чем вежливее мальчики, тем лучше они станут высказываться о своих отцах (коэффициент корреляции $r = 0,73$ при $p < 0,05$).

Выводы

1. Для мальчиков на первом месте стоят отношения с матерью, которые больше времени уделяют совместной деятельности с ребенком. На втором — с отцом, который привык больше контролировать деятельность детей, и отношение к обоим родителям как к родительской чете. Мальчики не различаются ранжированием отношений к отцу и к обоим родителям вместе. Тожественное значение для них имеют также отзывы о совместной деятельности с родителями и отзывы о матери. Незначимо различаются отзывы об отце и оказание помощи своим родителям.

2. На отношения мальчиков старшего дошкольного возраста к родителям оказывают сильное влияние отзывы самих маль-

чиков о совместной деятельности с родителями и их помощи дома мамам и папам.

3. Отношение мальчиков старшего дошкольного возраста к другим близким взрослым родственникам оказывает влияние на отношение к воспитателю группы, на аккуратность детей и на отзывы о совместной деятельности с родителями.

4. На развитие любознательности младших дошкольников влияет общение мальчиков со сверстниками, стремление занять лидерскую позицию в группе детей, фрустрация и стремление ребенка к уединению. На стремление ребенка к уединению воздействует показатель «аккуратность» и отзывы самих детей о матерях.

5. На общение мальчиков-дошкольников со своими сверстниками оказывает влияние их желание уединиться, реакция мальчиков на фрустрацию, их стремление к лидерству в группе сверстников и аккуратность детей. На развитие конфликтности и агрессивности влияют отзывы мальчиков о матерях и совместной деятельности с родителями.

Таким образом, выявленные особенности отношений мальчиков 5—6 лет с окружающими, некоторые поведенческие характеристики и черты личности позволяют понять механизмы воздействия на эти отношения, осуществлять их своевременную корректировку.

Роль средних медработников ДОУ в организации и проведении профилактических прививок детям

Тимиргалеева Т. В.,

*преподаватель I квалификационной категории, ГОУ
Центр повышения квалификации медработников, г. Уфа*

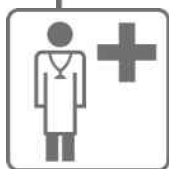
Снижение инфекционной заболеваемости — значимый резерв сокращения смертности и увеличения продолжительности жизни. К счастью, большинство инфекционных заболеваний у детей являются вакциноуправляемыми, поэтому перспективы их успешного предупреждения весьма реальны. В РФ в последние годы достигнуты существенные успехи в снижении инфекционной заболеваемости среди детей по всем нозологическим формам, управляемым средствами специфической профилактики.

Включение дополнительной иммунизации населения отдельным пунктом в национальный проект «Здоровье» свидетельствует о том, что решение этих вопросов вновь стало приоритетным. В 1998 г. был принят Федеральный закон № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», устанавливающий правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Конечная цель иммунопрофилактики — полная ликвидация вакциноуправляемых болезней, ближайшая — предотвращение заболеваний у отдельного ребенка или в организованном коллективе.

Не только государство, но и каждый детский коллектив (детский сад, школа и т.д.) должны быть заинтересованы в том, чтобы было своевременно привито как можно больше детей. Но не стоит забывать, что прививка — это медицинское вмешательство, поэтому интересы государства не должны противоречить пра-

АКТУАЛЬНО



вам конкретного пациента и его семьи. И эти права должны неукоснительно соблюдаться.

Пункт 2 ст. 11 Федерального закона № 157-ФЗ гласит: «Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних». Становится ясным, что врач и медицинская сестра могут только рекомендовать родителям сделать ребенку прививку и дать информацию о ней. При этом медицинская сестра ДОУ обязана информировать родителей (законных представителей) о плановых прививках, рекомендованных национальным календарем профилактических прививок, соответствующих возрасту ребенка.

Также надо помнить, что если раньше непривитого ребенка категорически запрещалось принимать в детский сад, то теперь в данном законе (п. 2 ст. 5) отсутствует подобное положение.

Кроме того, согласно законодательству РФ родители воспитанников имеют право:

1) на получение полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, поствакцинальных реакциях и осложнениях;

2) выбор учреждения, где сделать прививку (детский сад или детская поликлиника);

3) отказ от прививок.

Медицинская сестра ДОУ должна осознавать, что при проведении прививок детям очень

важно придерживаться следующих рекомендаций (согласно нормативных документов):

1) информировать родителей о прививке и получить их письменное информированное добровольное согласие на ее проведение;

2) соблюдать санитарно-гигиенические требования к получению, транспортировке и хранению медицинских иммунобиологических препаратов (система «холодовой цепи»);

3) обеспечить безопасность иммунизации;

4) перед вакцинацией ребенка провести термометрию и обеспечить осмотр врачом-педиатром;

5) успокоить и ободрить маленького пациента, обеспечить душевный комфорт при проведении прививки;

6) проводить профилактические прививки только в прививочных кабинетах, оснащенных необходимым оборудованием;

7) проводить иммунизацию только под контролем и в присутствии врача-педиатра;

8) после введения вакцины провести медицинское наблюдение за ребенком в течение 30 мин с целью своевременного выявления поствакцинальных реакций и осложнений и оказания неотложной медицинской помощи;

9) разъяснить рекомендации врача по профилактике поствакцинальных реакций и осложнений в рамках своей компетен-

ции и требований профессиональной этики.

В помещении, где проводят прививки, необходимо иметь наборы для оказания неотложной посиндромной помощи детям.

Медицинские сестры ДОУ, вновь поступающие на работу, проходят практическое обучение в течение 3-х дней в прививочном кабинете лечебно-профилактической организации. Также в течение года в ЛПО проводят постоянно действующие семинары по всем разделам иммунопрофилактики инфекционных болезней, по календарному плану, утвержденному главным врачом. По окончании семинара (1 раз в год) администрация и ответственный за прививочную работу диагностируют знания медицинского персонала с аттестацией и выдачей справки-допуска на проведение вакцинации детям в ДОУ.

Только соблюдение всех правил прививочного дела гарантирует развитие иммунитета у ребенка и позволяет избежать патологических постпрививочных реакций и осложнений.

Плановая иммунизация проводится уже много лет, и практика подтверждает, что такой метод предупреждения инфекционных заболеваний очень эффективен, так как при введении в организм ребенка вакцины происходит выработка специфических антител. Конечно, вакцинация имеет не только

положительные стороны. Любая вакцина, являясь чужеродным веществом для организма, может оказать и отрицательное влияние как сразу после иммунизации (в виде различных осложнений), так и в виде отдаленных последствий для здоровья ребенка. Но мировой опыт показывает, что риск реакций на введение современных вакцин ничтожно мал и несравним с теми реакциями и последствиями, которые закономерно возникают в результате естественного контакта с возбудителями инфекционных заболеваний.

Соблюдение сроков вакцинации детей в декретированные сроки — прямая обязанность медицинского персонала ДОУ, занимающегося проблемами иммунизации. При возникновении ситуации, приводящей к нарушению графика вакцинации, медицинские работники должны грамотно сочетать индивидуальную вакцинацию с обязательным соблюдением календаря прививок. Именно сочетание двух стратегий — обязательной и индивидуальной вакцинации детей — должно привести к успешной профилактике инфекционной заболеваемости в стране в целом и в каждом ДОУ в частности.

Также хочется напомнить, что медицинские работники, проводящие вакцинацию, 1 раз в 5 лет должны проходить последипломное обучение (усовершенствование) на базе учреждений

последипломного медицинского образования в соответствии с утвержденными программами переподготовки с получением соответствующих документов (свидетельства и сертификата).

ГОУ Центр повышения квалификации медработников осуществляет последипломную подготовку специалистов здравоохранения Республики Башкортостан уже более 25 лет. Одна из задач Центра — обеспечение современного уровня образования. Новая образовательная парадигма, ориентированная на развитие личности и ее активность в учебном процессе, требует непрерывного, динамического и разностороннего профессионального обучения средних медицинских работников. Цель такого обучения — формирование компетентного специалиста, способного самостоятельно строить и корректировать свою учебно-познавательную и профессиональную деятельность.

В процессе обучения преподавателями Центра используются разнообразные активные формы и методы обучения, в том числе инновационные, уделяется большое внимание формированию профессиональных качеств медицинских сестер. При проведении занятий с медицинскими сестрами ДОУ также рассматриваются вопросы иммунопрофилактики в образовательных учреждениях. Используя различные образовательные технологии — информационно-развивающие, дея-

тельность, личностно-ориентированные и др., — преподаватели ставят перед средними медицинскими работниками цель: сформировать четкие представления об обязанностях медицинской сестры ДОУ по реализации государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней. При этом не стоит забывать, что конечная цель повышения квалификации средних медицинских работников — это не столько получение теоретических знаний, сколько овладение практическими умениями и навыками.

Для повышения качества и эффективности последипломной подготовки средних медицинских работников по вопросам иммунизации в Центре используются как электронные информационные технологии в виде мультимедийных презентаций, обучающих и контролирующих программ, но и проводятся практические и семинарские занятия на базе детских поликлиник г. Уфы, где отрабатываются практические умения и навыки слушателей.

В заключение хочется отметить, что основная задача Центра на ближайшие годы — подготовка специалистов, способных на высоком профессиональном уровне оказывать квалифицированную первичную медико-санитарную помощь детям, в том числе по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней.

Гигиенические рекомендации по организации воспитания и обучения детей предшкольного (старшего дошкольного) возраста в образовательных учреждениях*

Методические рекомендации

Разработаны Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве (Синякова Д.В., Мамчур Н.Н.) и кафедрой гигиены детей и подростков ФППО педиатров ММА им. И.М. Сеченова (Кучма В.Р., Ямщикова Н.Л., Степанова М.И., Макарова А.Ю., Кавалерская Э.К.).

Утверждены Руководителем Управления Роспотребнадзора по г. Москве, Главным санитарным врачом по г. Москве Филатовым Н.Н. и заведующим кафедрой гигиены детей и подростков ФППО педиатров ММА им. И.М. Сеченова Кучмой В.Р.

Введены в действие с 15 июня 2009 г.

Введены впервые.

(Извлечения из документа)

Организация питания

Организация питания детей в группах предшкольной подготовки должна соответствовать СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и орга-

низации режима работы дошкольных образовательных учреждений», СанПиН 2.3.2.1940-05 «Санитарно-эпидемиологические требования к продуктам питания, организации их производства и оборота», дополнения и изменения № 1 к СанПиН 2.3.2.1940-05, СанПиН 2.3.2.2399-08 «Организация детского питания».

Питание должно обеспечивать растущий организм детей энергией и основными пищевыми веществами. При организации питания следует соблюдать возрастные физиологические нормы суточной потребности в основных пищевых веществах (табл. 1, приложение 1).

Организация рационального питания детей предусматривает строгое выполнение режима. Для детей оптимальным является прием пищи с интервалом не более 4 ч. В группах предшкольной подготовки с пребыванием детей 9,5 ч организуют 3-разовое питание с усилением полдников. Распределение общей калорийности суточного рациона питания детей с дневным пребыванием в группах предшкольной подготовки (9,5 ч): завтрак — 25%, обед — 35, полдник — 15%.

В суточном рационе допуска-

* Продолжение. Начало см. Медработник ДОУ. 2010. № 5. С. 100—114.

Таблица 1

Средние величины основного обмена детского населения

Возраст	Основной обмен (ккал/кг массы тела)	Основной обмен (ккал/сутки)
5—6 лет	48	900

ется отклонение калорийности на $\pm 5\%$.

В каждом образовательном учреждении следует иметь примерное 10-дневное или 2-недельное меню, разработанное на основе физиологических потребностей в пищевых веществах и норм питания (приложение 2.). Ассортимент основных продуктов питания, рекомендуемых для использования питания детей 5—6 лет, представлен в приложении 3.

Рекомендуемые объемы порций для детей 5—6 лет представлены в табл. 2.

В образовательных учреждениях с 3-часовым пребыванием детей организуют разовое питание — завтрак, после первого занятия.

С целью обеспечения полноценного сбалансированного питания детей разрешается проводить замену продуктов, которую производят в соответствии с таблицей замены продуктов (приложение 4).

Зимой и весной при отсутствии свежих овощей и фруктов рекомендуется включать в меню соки, свежемороженые овощи и фрукты при соблюдении сроков их реализации.

Для обеспечения преемственности питания родителей инфор-

мируют об ассортименте питания ребенка, вывешивая ежедневное меню за время его пребывания в образовательном учреждении.

Еженедельно или 1 раз в 10 дней медицинский работник контролирует выполнение среднесуточной нормы выдачи продуктов на 1 ребенка и при необходимости проводит коррекцию питания в следующей декаде. Подсчет основных пищевых ингредиентов по итогам накопительной ведомости проводит медицинская сестра 1 раз в месяц (подсчитывается калорийность, количество белков, жиров и углеводов).

В целях профилактики гиповитаминозов проводят искусственную витаминизацию холодных напитков (компот и др.) аскорбиновой кислотой (для детей 5—6 лет — 50 мг на 1 порцию). Возможно использование поливитаминного напитка «Золотой шар» (15 г на 1 стакан воды) или поливитаминных препаратов (1 драже в день во время или после еды).

Аскорбиновая кислота вводится в компот после его охлаждения до температуры не выше 15 °С (перед реализацией).

Витаминизированные блюда не подогреваются.

Таблица 2

Рекомендуемые объемы порций для детей 5—6 лет

Наименование блюд	Масса, г
Завтрак	
Каша, овощное блюдо	200
Яичное, творожное, мясное, рыбное блюдо	80
Салат овощной	50
Кофе, чай, молоко	200
Обед	
Салат, закуска	60
Первое блюдо	200
Блюдо из мяса, рыбы, птицы	80
Гарнир	150
Третье блюдо (напиток)	200
Полдник	
Кефир, молоко	200
Булочка, выпечка (печенье, вафли)	90
Блюдо из творога, круп, овощей	100
Свежие фрукты	200
Ужин	
Овощное, творожное блюдо, каша	250
Молоко, кефир	200
Свежие фрукты	120
Хлеб на весь день:	
пшеничный	110
ржаной	60

**Организация
физического воспитания**

Физическое воспитание детей должно быть направлено на улучшение состояния здоровья и физического развития, расширение функциональных возможностей растущего организма, формирование двигательных навыков и двигательных качеств.

Рациональный двигательный режим, физические упражнения и закаливающие мероприятия следует осуществлять с учетом состояния здоровья, возрастно-половых возможностей детей и сезона года (приложение 5).

Организованные формы двигательной деятельности должны включать: утреннюю гимнастику,

физкультурные занятия в помещении и на воздухе, физкультурные минутки, подвижные игры, спортивные упражнения, ритмическую гимнастику, занятия на тренажерах, плавание и т.п.

Следует предусмотреть объем двигательной активности воспитанников 5—6 лет в организованных формах оздоровительно-воспитательной деятельности до 6—8 ч в неделю с учетом психофизиологических особенностей детей, времени года и режима работы образовательного учреждения.

Для реализации двигательной деятельности детей следует использовать оборудование и инвентарь физкультурного зала и спортивных площадок.

Физкультурные занятия для детей 5—6 лет проводят не менее 3 раз в неделю в физкультурном зале, оборудованном для детей 5—6 лет. Длительность занятия составляет 20—25 мин.

Одно из трех физкультурных занятий для детей 5—6 лет следует круглогодично проводить на открытом воздухе. Его проводят только при отсутствии у детей медицинских противопоказаний и наличии у детей спортивной одежды, соответствующей погодным условиям.

В дождливые, ветреные и морозные дни физкультурные занятия проводят в зале.

В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях максимальное число занятий физкультурой проводят на открытом воздухе.

Оценку эффективности физкультурного занятия детей групп дошкольной подготовки проводят по показателю моторной плотности и среднего уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС) у детей.

Моторная плотность занятия в зале (отношение времени занятия, затраченного ребенком на движение, к общей продолжительности занятия, выраженное в процентах) должна составлять не менее 70%; на воздухе — не менее 80%.

Для обеспечения тренировочного эффекта на занятиях в зале средний уровень ЧСС у детей 5—6 лет — в зале 140—150 уд./мин; на воздухе — 150—160 уд./мин.

Оценка эффективности физического воспитания осуществляется на основе динамики состояния здоровья детей, развития двигательных качеств и навыков.

Тестирование физической подготовленности детей групп дошкольной подготовки проводят воспитатель по физической культуре в начале учебного года (сентябрь—октябрь) и в конце его (апрель—май) и контролирует методист (старший воспитатель) ОУ. Оценку уровня физической подготовленности медицинская сестра вносит в «Медицинскую карту».

Закаливание детей включает систему мероприятий:

— элементы закаливания в повседневной жизни: умывание прохладной водой, широкая аэрация помещений, правильно организованная прогулка;

физические упражнения, проводимые в легкой спортивной одежде в помещении и на открытом воздухе;

- специальные мероприятия: водные, воздушные и солнечные.

Для закаливания детей основные природные факторы (солнце, воздух и вода) используют дифференцированно в зависимости от состояния здоровья детей, с учетом подготовленности персонала и материальной базы образовательного учреждения, со строгим соблюдением методических рекомендаций.

Закаливающие мероприятия меняют по силе и длительности в зависимости от сезона года, температуры воздуха в классных комнатах, эпидемиологической обстановки.

Медицинский и педагогический контроль за организацией физического воспитания детей групп дошкольной подготовки включает:

- динамические наблюдения за состоянием здоровья и физическим развитием детей, физической подготовленностью, функциональными возможностями детского организма;
- медико-педагогические наблюдения за организацией двигательного режима, методикой проведения различных форм занятий физическими упражнениями и их воздействием на организм ребенка, контроль за осуществлением системы закаливания;
- контроль за санитарно-гигиеническим состоянием мест проведения занятий (помещение, участок), физкультурного оборудования, одежды и обуви детей;
- гигиеническое обучение и воспитание по вопросам физического воспитания дошкольников, формирование мотивации к регулярным занятиям физкультурой;
- профилактику травматизма.

Приложение 1

Нормы физиологических потребностей детей 5—6 лет в пищевых веществах и энергии (в день)

Показатели (в сутки)	Кол-во
1	2
Энергия (ккал)	1800
Белок, г	54
В том числе животный (%)	65
Жиры, г	60
Жир, % по ккал	30

Окончание табл.

1	2
ПНЖК, % по ккал	5—10
– щ — 6, % по ккал	4—9
Углеводы, г	261
Углеводы, % по ккал	58
В том числе сахар, % по ккал	< 10
Пищевые волокна, г	10
Витамины	
Витамин С, мг	50
Витамин В ₁ , мг	0,9
Витамин В ₂ , мг	1
Витамин В ₆ , мг	1,2
Ниацин, мг	11
Витамин В ₁₂ , мкг	1,5
Фолаты, мкг	200
Панто, мг	3
Биотин, мкг	15
Витамин А, мкг экв.	500
Витамин Е, мг ток. экв.	7
Витамин D, мкг	10
Витамин К, мкг	55
Минеральные вещества	
Кальций, мг	900
Фосфор, мг	800
Магний, мг	200
Калий, мг	600
Натрий, мг	700
Хлориды, мг	1100
Железо, мг	12
Цинк, мг	8
Йод, мг	0,1
Медь, мг	0,6
Селен, мг	0,02
Хром, мкг	15
Фтор, мг	2

Приложение 2

**Нормы питания детей в группах предшкольной подготовки (грамм
в день на одного ребенка)**

Продукты	9—10,5 часа пребывания
1	2
Хлеб пшеничный	80
Хлеб ржаной	40
Мука пшеничная	20
Мука картофельная	3
Крупа, бобовые, макаронные изделия	30
Картофель	190
Овощи разные	200
Фрукты свежие	60
Фрукты сухие	10
Кондитерские изделия	10
Сахар	45
Масло сливочное	20
Масло растительное	7
Яйцо (шт.)	0,5
Молоко	420
Творог	40
Мясо	100
Рыба	45
Сметана	5
Сыр	5
Чай	0,2
Кофе злаковый	2
Соль	0
Дрожжи	1

**Ассортимент основных продуктов питания,
рекомендуемых для использования в питании детей
и подростков организованных коллективов**

Мясо и мясопродукты:

- говядина I категории;
- телятина;
- мясо птицы (курица, индейка);
- мясо кролика;
- сосиски и сардельки (говяжьих), не чаще чем 1—2 раза в неделю);
- субпродукты (печень говяжья, язык).

Рыба и рыбопродукты:

- треска;
- хек;
- минтай;
- ледяная рыба;
- судак;
- сельдь (соленая).

Яйца куриные: в виде омлетов или в вареном виде.

Молоко и молочные продукты:

- молоко (2,5, 3,2, 3,5% жирности), пастеризованное, стерилизованное, сухое;
- сгущенное молоко (цельное и с сахаром), сгущенно-вареное молоко;
- творог (9% жирности) — после термической обработки;
- сыр неострых сортов (твердый, мягкий);
- сметана (10, 15% жирности) — после термической обработки;
- кефир;
- йогурты (предпочтительнее: не подвергшиеся термической обработке — «живые», молочные и сливочные);

- ряженка, варенец, бифидок и другие кисломолочные продукты промышленного выпуска;
- сливки (10, 20 и 30% жирности).

Пищевые жиры:

- сливочное масло (в том числе «Крестьянское»);
- растительное масло (подсолнечное, кукурузное, соевое — только рафинированное; рапсовое, оливковое) — в салаты, винегреты, сельдь, вторые блюда;

Кондитерские изделия:

- конфеты (предпочтительнее зефир, пастила, мармелад), шоколадные — не чаще одного раза в неделю;
- галеты, печенья, крекеры, вафли, кексы (предпочтительнее с минимальным количеством пищевых ароматизаторов);
- пирожные, торты (песочные и бисквитные, без крема);
- джемы, варенье, повидло, мед — промышленного выпуска.

Овощи:

- картофель, капуста белокочанная, капуста цветная, морковь, свекла, огурцы, томаты, кабачки, патиссоны, лук, чеснок (для детей дошкольного возраста с учетом индивидуальной переносимости), петрушка, укроп, сельдерей, томатная паста, томат-пюре.

Фрукты:

- яблоки, груши, бананы, ягоды (за исключением клубники);
- цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны) с учетом индивидуальной переносимости;
- сухофрукты.

Бобовые: горох, фасоль, соя.**Соки и напитки:**

- натуральные отечественные и импортные соки и нектары промышленного выпуска (осветленные и с мякотью), предпочтительно в мелкоштучной упаковке;
- напитки промышленного выпуска на основе натуральных фруктов;
- витаминизированные напитки промышленного выпуска без консервантов и искусственных пищевых добавок;
- кофе (суррогатный), какао, чай.

Консервы:

- говядина тушеная (в виде исключения при отсутствии

мяса) для приготовления пер-
вых блюд);

- лосось, сайра (для приготовления супов);
- компоты, фрукты дольками, кабачковая икра;
- зеленый горошек;
- томаты и огурцы стерилизованные без добавления уксуса.

Хлеб, крупы, макаронные изделия: все виды без ограничения.

Дополнительно при наличии финансовых возможностей в питании детей могут использоваться:

- икра осетровая и лососевая зернистая (не чаще 1 раза в 2 недели);
- рыба соленая красная (предпочтительнее горбуша, кета) — не чаще 1 раза в 2 недели;
- тропические фрукты (манго, киви, гуава и др.) — с учетом индивидуальной переносимости.

*Приложение 4***Таблица замены некоторых продуктов**

Продукт	Масса, г	Продукт заменитель	Масса, г
1	2	3	4
Мясо говядины	100	Мясо кролика	96
		Печень говяжья	116
		Печень свиная	107
		Куры I категории	110
		Куры II категории	97
		Рыба (треска)	125
		Творог	120
Молоко цельное	100	Молоко сухое цельное в герметичной упаковке	11

Окончание табл.

1	2	3	4
		Молоко сухое обезжиренное	7,5
		Молоко сгущенное с сахаром	40
		Творог 9%	17
		Мясо (говядина I кат.)	14
		Мясо (говядина II кат.)	17
		Рыба (треска)	17,5
		Сыр «Российский»	12,5
		Яйцо куриное	22
Творог 9%	100	Мясо говядина	83
		Рыба (треска)	105
Яйцо куриное (1 шт.)	41	Творог	31
		Мяса (говядина)	26
		Рыба (треска)	30
		Молоко цельное	186
		Сыр «Российский»	20
		Яичный порошок	11,5
Рыба (треска)	100	Мясо (говядина)	87
		Творог	105
Картофель	100	Капуста белокочанная	111
		Капуста цветная	80
		Морковь	154
		Свекла	118
		Бобы (фасоль)	33
		Горошек зеленый	49
		Горошек зеленый консервированный	64
		Кабачки	300
Яблоки свежие	100	Яблоки консервированные	200
		Сок яблочный	90
		Сок сливовый, виноградный	133
		Сухофрукты:	
		яблоки,	12
		чернослив,	17
		курага,	8
		изюм	22

Приложение 5

Рекомендации к одежде при проведении
физкультурных занятий на воздухе

Температура воздуха при скорости ветра 1—6 м/с	Одежда (число слоев)	Одежда и обувь
1	2	3
+20° и выше	1/1	Трусы, майка, носки, спортивные туфли
от +15° до +19 °С	2/2	Хлопчатобумажный трикотажный тонкий спортивный костюм, майка, трусы, носки, спортивные туфли
от +10° до +14 °С	2/2	Хлопчатобумажный трикотажный спортивный костюм, майка, трусы, носки, спортивные туфли (кеды)
от +3° до +9 °С	2/2	Тренировочный костюм с начесом, майка, трусы, хлопчатобумажные носки, кроссовки (кеды), шерстяная шапочка на хлопчатобумажной подкладке
от +2° до –5 °С	3/3	Тренировочный костюм с начесом, футболка с длинными рукавами, майка, трусы, колготки, шерстяные носки, шерстяная шапка на хлопчатобумажной подкладке, кроссовки (кеды)
от –6° до –11 °С	3/3	Тренировочный костюм с начесом, фланелевая рубашка, майка, трусы, колготки, шерстяные носки, кроссовки (кеды), шерстяная шапка на хлопчатобумажной подкладке, варежки
от –12° до –15 °С	4/3	Ветровка (куртка из ткани типа боло́ня), тренировочный костюм с начесом, фланелевая рубашка, майка, трусы, колготки, шерстяные носки, кроссовки, шерстяная шапка на хлопчатобумажной подкладке, варежки

О вспышечной заболеваемости в Российской Федерации в I квартале 2010 г.

Анализ вспышечной заболеваемости в РФ в I квартале 2010 г. свидетельствует, что эпидемиологическая ситуация в этот период значительно более напряженная, чем в предыдущие годы.

В подавляющем числе случаев причинами возникновения вспышек пищевого характера являлись грубейшие нарушения технологического процесса на предприятиях, занятых в сфере производства и оборота пищевых продуктов, а также на пищеблоках при приготовлении блюд. Наиболее распространенные нарушения — не соблюдение сроков хранения и правил транспортировки скоропортящихся продуктов питания, требований к санитарному содержанию помещений, мытью и обработке оборудования, инвентаря и посуды, невыполнение сотрудниками пищевых предприятий и пищеблоков правил личной гигиены.

Так, в январе—марте 2010 г. зарегистрировано 40 вспышек острых инфекционных кишечных заболеваний, в то время как суммарно в первом квартале 2007—2009 гг. было зарегистрировано 32 вспышки. География

вспышек охватывает практически всю территорию страны, а их причины в основном связаны с грубыми нарушениями требований санитарных правил персоналом предприятий общественного питания, воспитательных и образовательных учреждений для детей.

Также возросло количество пострадавших. Так, если в январе 2009 г. их было 30, то в январе 2010 г. — 741, в феврале — 36 и 874, в марте 38 и 269 соответственно. Следует особенно подчеркнуть, что заболевшие — в основном дети — воспитанники дошкольных учреждений и ученики школ.

Так, например, в январе 2010 г. в Ненецкой школе-интернате для детей-сирот около 40 чел., в основном дети, заболели сальмонеллёзом. Как выяснилось при расследовании вспышки, на пищеблоке работал больной сальмонеллёзом персонал, выявлены многочисленные нарушения требований санитарных правил.

Такие же причины привели к вспышке дизентерии у учащихся Финансово-экономического лицея № 29 г. Пензы, где пораждено 36 чел.

Около 50 случаев псевдотуберкулеза зарегистрировано у воспитанников коррекционной школы-интерната № 5 для детей с отклонениями в развитии (Амурская обл.). Причина — нарушение санитарных требований при изготовлении овощных салатов.

В феврале 2010 г. в Республике Саха (Якутия) зарегистрирована вспышка дизентерии. Заболело около 300 чел., из которых 2/3 — дети до 14 лет. Причина — употребление инфицированной продукции Якутского гормолзавода. При проверке предприятия выявлены многочисленные нарушения режима, послужившие причиной заражения продукции.

Также в феврале в г. Бийске (Алтайский край) салмонеллезом заболело более 220 сотрудников ЗАО «Алтайский бройлер». Причина — употребление в сто-

ловой предприятия салата, для приготовления которого использованы некондиционные яйца.

В сложившейся ситуации перед специалистами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека стоит ответственная задача — в условиях ограничений, установленных федеральным законодательством, существенно повысить эффективность надзорных мероприятий, при выявлении недостатков в полной мере использовать права и полномочия с тем, чтобы обеспечить эффективную охрану здоровья и жизни населения РФ.

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /[www.rosпотребнадzor.ru](http://www.rosпотребнадзор.ru)

Постановление

от 19.03.2010 № 21

«О профилактике острых кишечных инфекций»

Зарегистрировано: Министерство юстиции
Российской Федерации от 22.04.2010 № 16959

Я, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации Г.Г. Онищенко, проанализировав обстановку по острым кишечным инфекциям (ОКИ), отмечая, что в Российской Федерации наблюдается

устойчивая тенденция к росту заболеваемости ОКИ, вызванных установленными и неустановленными возбудителями со средним ежегодным темпом прироста 7% и 6%, соответственно. Сохраняются достаточно

высокие показатели заболеваемости сальмонеллезной инфекцией, которые за период 2003—2009 гг. регистрировались на уровне 30—35 на 100 тыс. населения.

Неблагополучие по острым кишечным инфекциям в Российской Федерации является отражением мировых тенденций. Ежегодно до 30% населения промышленно развитых стран страдает болезнями пищевого происхождения. Так, в США ежегодно регистрируется около 76 млн случаев таких болезней, которые приводят к 325 000 случаям госпитализации и 5000 смертей.

В последние годы в мире значительно возрастает роль гастроэнтеритов вирусной этиологии, наиболее значимыми этиологическими агентами которых являются ротавирусы и норовирусы. Причем это является общей проблемой как для развивающихся, так и для индустриально развитых государств. Так, по официальным данным, в связи с ротавирусной инфекцией ежегодно в США госпитализируется около 55 тыс., а в мире — порядка 600 тыс. детей. В структуре зарегистрированных эпидемических очагов пищевого происхождения в более чем половине случаев причиной является норовирусная инфекция. Второе место по значимости в вспышечной заболеваемости играет сальмонеллез и кампилобактериоз.

В Российской Федерации в 2009 г. 42 региона страны были неблагополучными по ОКИ, вызванным неустановленными инфекционными возбудителями, 33 — по ОКИ, вызванным установленными бактериальными и вирусными возбудителями, 37 — сальмонеллезу, 29 — бактериальной дизентерии.

Стабилизировался на высоких цифрах удельный вес этиологически нерасшифрованных ОКИ и пищевых токсикоинфекций, который в течение последних 7 лет составляет от 62,3 до 68,8%, что особенно важно на фоне многолетней тенденции к росту показателей этой категории нозологий. Такая ситуация свидетельствует о необходимости внедрения современных методик в деятельность лабораторий и повышения уровня заинтересованности лечебно-профилактических учреждений в проведении диагностических исследований. Наиболее плохо поставлен вопрос этиологической расшифровки ОКИ в Дальневосточном (Приморский край, Амурская и Сахалинская области) и Северо-Западном (Ненецкий автономный округ, г. Санкт-Петербург) федеральных округах.

Рост в последние годы показателей заболеваемости ОКИ, вызванных установленными бактериальными и вирусными возбудителями в Российской Федерации, обусловлен, в основном, ротавирусной инфекцией,

уровни заболеваемости которой за период 1999—2009 гг. выросли практически в 7 раз. Удельный вес указанной нозологии в структуре ОКИ увеличился с 1,4 до 7%. Наиболее поражаемым контингентом при ротавирусной инфекции являются дети до 14 лет, составляющие около 90% в структуре патологии, причем дети до 1 года составляют 28%, до 6 лет — 66,4%. В регионах России преобладают различные серотипы ротавирусов, но наиболее часто встречаются G1P и G4P, причем в предшествующий период преимущественно доминировал G1P. Эпидемическим сезоном для группы гастроэнтеритов вирусной этиологии на территории нашей страны, как и в странах, расположенных в зонах умеренного климата, является холодный период года. По данным научно-исследовательских институтов, на европейской территории России наблюдается смена доминирующего серотипа, что приведет к прогнозируемому росту заболеваемости указанными нозологиями в течение ближайших 2 лет. С 2008 г. в форму государственного статистического наблюдения введена норовирусная инфекция, которая, по данным зарубежных исследователей, в последние годы имеет тенденцию к широкому распространению и играет ведущую роль в формировании эпидемических очагов с пищевым фактором передачи инфекции.

Территориями с неблагоприятной эпидемической ситуацией по сальмонеллезу в последние годы являются регионы Дальневосточного, Сибирского, Уральского, Приволжского, Северо-Западного федеральных округов. В некоторых субъектах Российской Федерации (Ненецкий автономный округ, Ханты-Мансийский автономный округ, Магаданская область) в 2009 г. уровни заболеваемости сальмонеллезами превышали аналогичные цифры в целом по стране более чем в 2 раза. В структуре группы кишечных инфекций сальмонеллез в последние годы (2003—2008 гг.) составляет около 7%. Дети до 17 лет вовлекаются в эпидемический процесс практически наравне со взрослыми, составляя 42—48% среди пострадавших. Болеет преимущественно городское население (около 80%), что связано с возрастающей централизацией и интенсификацией производства продуктов питания, расширением производства различных полуфабрикатов и готовых блюд, реализуемых через торговую сеть, развитием сети общественного питания и т.д. В этиологической структуре сальмонеллезов с начала 80-х г. прошлого века доминирует *Salmonella enteritidis* (группа D), но в последние годы появились данные о возрастающей роли сальмонелл группы C, в частности *Salmonella infantis*, что свидетельствует о формировании новых резервуаров возбу-

дителя в природе и требует осуществления комплекса исследований, направленных на выявление возможных источников инфекции, не имеющих большого значения в предыдущие годы.

Уровни заболеваемости бактериальной дизентерией в последние годы достигли наиболее низких цифр за весь период наблюдения: со 147,7 на 100 тыс. населения в 1999 г. до 12,38 — в 2009 г. Вместе с тем в структуре наиболее значимых эпидемических очагов ежегодный удельный вес шигеллез составляет порядка 9%, при этом именно с этими возбудителями связаны массовые очаги, распространение инфекции в которых происходило через продукцию молокоперерабатывающих производств. В начале 2010 г. в Республике Саха (Якутия) была зарегистрирована крупная вспышка дизентерии, связанная с одним из молочных предприятий региона. В 2009 г. наиболее неблагополучными по заболеваемости бактериальной дизентерией были Южный (Республика Дагестан, Астраханская и Волгоградская области, Республика Северная Осетия), Сибирский (Республики Тыва и Хакасия, Кемеровская область) и Дальневосточный (Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область и Амурская область) федеральные округа.

Острые кишечные инфекции остаются наиболее значимой

группой болезней, ответственной за формирование эпидемических очагов. Ежегодно по форме отраслевого статистического наблюдения регистрируется около 500 вспышек ОКИ, составляя от 27,6 до 76,5% среди всех зарегистрированных очагов.

В этиологической структуре наиболее значимых (средних и крупных) очагов в 2009 г. острые кишечные инфекции суммарно составили 52% и были представлены сальмонеллезами, ротавирусной и норовирусной инфекциями, бактериальной дизентерией (Зонне и Флекснера), эшерихиозами, пищевыми токсикоинфекциями энтеробактериальной и стафилококковой природы.

Причинами возникновения вспышек пищевого характера, как правило, являлись грубейшие нарушения технологического процесса на предприятиях, занятых в сфере производства и оборота пищевых продуктов, а также на пищеблоках при приготовлении блюд, в том числе:

- несоблюдение сроков хранения и транспортировки скоропортящихся продуктов питания;
- несоблюдение требований к санитарному содержанию помещений, мытью и обработке оборудования, инвентаря и посуды;
- не выполнение сотрудниками пищевых предприятий и пищеблоков требований по об-

работке продуктов и соблюдению правил личной гигиены.

За трехлетний период ежегодно не соответствовали по микробиологическим показателям около 7% проб молока и молочной продукции. Также не изменился удельный вес нестандартных результатов при исследовании продуктов птицеводства. Удельный вес проб мяса и мясных продуктов, несоответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, за последние 15 лет снизился с 6,26 до 4,76%.

Не уменьшается значение водного пути передачи инфекций с реализацией фекально-орального механизма. Несмотря на снижение в многолетней динамике заболеваемости, при формировании вспышечной заболеваемости сохраняет свою значимость вирусный гепатит А (ГА). Так, в 2009 г. по форме отраслевого статистического наблюдения 23-09 «Сведения о вспышках инфекционных заболеваний» было зарегистрировано 59 вспышек ГА (в том числе 6 крупных) с числом пострадавших 786 чел., что составляет 7,6% от зарегистрированных в прошедшем году случаев ГА.

Эпидемические очаги 2009 г. с водным путем передачи инфекции были связаны с неудовлетворительным состоянием коммунальных систем, не соблюдением питьевого режима при использовании воды децентрализованных источников, а так-

же правил водоподготовки перед подачей воды населению. Это, в первую очередь, энтеровирусные, ротавирусные и норовирусные инфекции, гепатит А (Хабаровский край, Удмуртская республика, ХМАО, Республика Дагестан, Московская, Нижегородская и Рязанская области).

Качество воды после водоподготовки по санитарно-химическим показателям продолжает оставаться неудовлетворительным. В течение ряда лет удельный вес проб водопроводной воды, не отвечающей гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям, остается в районе 5–6%. В последние годы в 45 регионах страны показатели микробного загрязнения воды превышали аналогичные цифры по Российской Федерации.

Основной причиной такой ситуации является высокий износ водопроводных сооружений и сетей, который в некоторых регионах достигает 70%. Планово-предупредительный ремонт водопроводных сооружений и сетей полностью уступил место аварийно-восстановительным работам.

В 2009 г. по-прежнему наиболее эпидемически значимыми оставались детские учреждения (детские сады, школы, санатории и другие оздоровительные учреждения), где зарегистрировано 50% вспышек, из них в школах — 28%. На долю лечебно-профилактичес-

ких учреждениях приходится 10% очагов.

Распространение инфекции контактно-бытовым путем связано с систематическим несоблюдением противоэпидемического режима учреждений, поздним выявлением больных, отсутствием своевременного проведения мероприятий.

Несмотря на наметившуюся в последние годы тенденцию к уменьшению количества лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), относящихся к III (неблагополучной) группе санитарно-эпидемиологического благополучия (с 8,1% в 2006 г. до 4,3% в 2009 г.), их число на начало 2010 г. составляет более 3,5 тыс. Более 55,8 тыс. ЛПУ относятся ко II группе санитарно-эпидемиологического благополучия, стабильно составляющей порядка 57% в структуре всех ЛПУ. Более половины детских учреждений в стране также относятся к II группе санитарно-эпидемиологического благополучия. Такая ситуация в условиях неустойчивой эпидемической обстановки по ОКИ может приводить к формированию очагов инфекционных болезней внутри учреждений.

С начала 2010 г. в Российской Федерации наблюдается ухудшение эпидемиологической ситуации по острым кишечным инфекциям. За январь—февраль 2010 г. по оперативным данным зарегистрировано 26 эпидемических очагов, из которых 23

(88,5%) — представлены острыми кишечными инфекциями. Наиболее крупными явились эпидемические очаги ротавирусной и норовирусной инфекций (Иркутская область), дизентерии Флекснера (Республика Саха (Якутия), сальмонеллеза (Алтайский край).

На начало марта 2010 г. превышение уровней среднемноголетней заболеваемости по сумме ОКИ было зарегистрировано в 49 регионах страны. При этом превышение от 10 до 20% наблюдалось в 5 субъектах Российской Федерации, от 20 до 50% — в 24, от 50 до 100% — в 17, более 100% — в 3 (Республика Дагестан, Республика Саха (Якутия), Иркутская область).

В этиологической структуре регистрируемых в текущий зимне-осенний период, случаев ОКИ преобладают ротавирусная, норовирусная, астровирусная инфекции. Распространение происходит различными путями, возбудители выделяются из водопроводной воды, из смывов с бытовых поверхностей в домашних очагах и учреждениях, в смывах с фруктов и овощей (мандарины, яблоки, огурцы, капуста, салат), отобранных в торговой сети. Наиболее значимыми путями распространения вирусных гастроэнтеритов являются пищевая и контактно-бытовой, играет большую роль также реализация водного пути передачи инфекции. Практически всегда в очагах вирусных

гастроэнтеритов присутствие вирусов обнаруживают на рабочих поверхностях, в смывах с функционального и санитарно-технического оборудования. При формировании вспышек факторами передачи инфекции обычно выступают контаминированные носителями блюда и продукты питания, которые не подвергаются термической обработке: свежие фрукты и овощи (нарезки из них), салаты, молочные продукты, напитки. При заносе инфекции в учреждения (в первую очередь детские и лечебно-профилактические) в условиях несоблюдения противоэпидемического режима (переуплотненность палат стационаров, неисправность санитарно-технического оборудования, низкий уровень санитарной культуры) формируются очаги инфекции. При неудовлетворительном санитарно-техническом состоянии коммунальных сетей подключается водный путь передачи вирусных гастроэнтеритов.

В целях стабилизации эпидемиологической ситуации по острым кишечным инфекциям, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, руководствуясь Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. 1), ст. 2700;

2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. 1), ст. 5498; 2007, № 1 (ч. 1), ст. 21, ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч. 1), ст. 3418; № 44, ст. 4984; № 52 (ч. 1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17), в соответствии с пп. 5.4, 5.5, 5.6, 5.8 Постановления Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 322 «Об утверждении положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2899; 2006, № 22, ст. 2337; № 52 (3 ч.), ст. 5587; 2008, № 40, ст. 4548; № 46, ст. 5337; 2009, № 30, ст. 3823; № 33, ст. 4081; 2010, № 9, ст. 960), п. 13 Постановления Правительства Российской Федерации от 16.05.2005 г. № 303 «О разграничении полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения биологической и химической безопасности Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 21, ст. 2023; 2006, № 13, ст. 1409; 2008, № 12, ст. 1130; № 23, ст. 2713; № 24, ст. 2867; № 50, ст. 5946; 2009, № 6, ст. 738; № 10, ст. 1224; № 18 (2 ч.), ст. 2248), Международными медико-санитарными правилами (2005 г.),

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

1.1. Рассмотреть на заседаниях санитарно-противоэпидемических комиссий вопросы эпидемиологической ситуации и эффективности проводимых мероприятий по острым кишечным инфекциям в регионе.

1.2. Принять меры по разработке региональных программ по профилактике острых кишечных инфекций.

1.3. Потребовать в пределах компетенции от юридических лиц и индивидуальных предпринимателей выполнения требований санитарного законодательства в процессе производства, хранения и продажи продовольственных товаров, обеспечения населения доброкачественной водой и предоставлении населению качественных услуг в условиях неустойчивой эпидемической ситуации по группе острых кишечных инфекций.

1.4. Взять на контроль санитарно-техническое состояние лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь инфекционным больным.

1.5. Оказывать поддержку органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и управлениям Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации в организации активной разъяснительной работы среди населения по профилактике острых кишечных инфекций.

2. Органам исполнительной власти Хабаровского края, Уд-

муртской Республики, Ханты-Мансийского автономного округа, Республики Дагестан, Нижегородской, Ростовской-на-Дону, Свердловской и Иркутской областей, Ставропольского края рекомендовать:

2.1. Рассмотреть на заседаниях санитарно-противоэпидемических комиссий вопросы по обеспечению населения доброкачественной водой, в том числе по санитарно-техническому состоянию систем водоснабжения, канализования и очистных сооружений.

2.2. Принять дополнительные меры по выполнению существующих региональных программ по обеспечению населения доброкачественной водой, в случае их отсутствия — принять меры по их разработке, предусмотрев необходимый объем финансирования.

3. Руководителям органов управления образованием субъектов Российской Федерации рекомендовать:

3.1. Обеспечить выполнение предписаний, выданных учреждениями, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при подготовке образовательных учреждений к учебному году 2010—2011 гг.

3.2. Взять на контроль готовность учреждений летнего отдыха и оздоровления детей к сезону 2010 г., в том числе санитарно-техническое состояние учреждений и подготовку персонала.

4. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

4.2. Принять меры по оснащению современным лабораторным оборудованием лабораторий лечебно-профилактических учреждений с целью обеспечения этиологической расшифровки острых кишечных инфекций.

4.3. Обеспечить реализацию мер, направленных на соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в инфекционных стационарах и отделениях, а также наличие необходимого перечня медикаментов для лечения острых кишечных инфекций.

4.4. Предусмотреть развертывание дополнительного коечного фонда с учетом перепрофилирования отделений в условиях массового поступления больных при эпидемическом неблагополучии по острым кишечным инфекциям.

5. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации совместно с руководителями Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации организовать обучение персонала лечебно-профилактических учреждений по вопросам диагностики, лечения и профилактики острых кишечных инфекций вирусной этиологии.

6. Научно-исследовательским учреждениям Роспотребнадзора,

занимающихся проблематикой острых кишечных инфекций, обеспечить оказание субъектам Российской Федерации практической и методической помощи по вопросам эпидемиологии, диагностики и профилактики острых кишечных инфекций.

7. Рекомендовать государственным учреждениям науки Российской академии медицинских наук принять участие в разработке стандартов диагностики, лечения и профилактики острых кишечных инфекций, в частности вирусной этиологии.

8. Главным врачам Федеральных государственных учреждений здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации:

8.1. Принять необходимые меры по дальнейшему укреплению материально-технической базы лабораторий, оснащению современным оборудованием и подготовке специалистов по вопросам работы с возбудителями острых кишечных инфекций.

8.2. Обеспечить качество проводимых исследований как в рамках планового мониторинга за объектами окружающей среды, так и по эпидемическим показаниям — при работе в очагах острых кишечных инфекций.

8.3. Обеспечить постоянное взаимодействие с научно-исследовательскими учреждениями,

на базах которых функционируют референс-центры, с целью получения методической и практической помощи в работе по мониторингу за возбудителями острых кишечных инфекций.

9. Руководителям Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации:

9.1. По результатам ретроспективного и оперативного анализа заболеваемости ОКИ (суммарно и по каждой нозологической форме) по субъекту Российской Федерации в целом и в разрезе муниципальных образований с установлением причинно-следственной связи эпидемиологического неблагополучия внести в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации предложения по стабилизации ситуации, при необходимости инициировать разработку региональных программ.

9.2. Продолжить еженедельный мониторинг заболеваемости по сумме ОКИ и отдельным нозологическим формам, входящим в указанную группу по субъекту Российской Федерации. Пересмотреть среднесезонные уровни с учетом современных требований по их расчету.

9.3. Обеспечить качественное проведение плановых мероприятий по надзору, установить жесткий контроль за выполнением предписаний в случае выявления нарушений требова-

ний санитарного законодательства в первую очередь на объектах общественного питания, торговли, в детских образовательных учреждениях, учреждениях отдыха и оздоровления, лечебно-профилактических учреждениях, организациях, занимающихся подачей воды населению.

9.4. Взять на контроль санитарно-техническое состояние лечебно-профилактических и детских учреждений, подготовить предложения по его улучшению в адрес органов управления здравоохранением и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, инициировать разработку программ по их ремонту или строительству, оснащению пищеблоков.

9.5. В течение года осуществлять подготовку к началу летнего оздоровительного сезона: провести анализ санитарно-технического состояния объектов летнего отдыха и оздоровления детей по данным предыдущих лет, уточнить список планируемых поставщиков продуктов питания, повысить персональную ответственность специалистов при выполнении плановых мероприятий по надзору.

9.6. В случае регистрации эпидемического неблагополучия по острым кишечным инфекциям организовывать санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в полном объеме:

- инициировать внеплановые заседания санитарно-противоэпидемических комиссий в субъектах Российской Федерации по проблемам острых кишечных инфекций;
- при необходимости вводить режим гиперхлорирования водопроводной воды с обязательным контролем остаточного хлора;
- усиливать контроль за соблюдением противоэпидемического режима в детских образовательных и лечебно-профилактических учреждениях;
- рекомендовать проведение внеочередных медицинских осмотров лицам декретированных групп;
- принимать меры по временному исключению холодных закусок, блюд и продуктов, не подвергающихся термической обработке, на пищеблоках детских образовательных учреждений, как факторов передачи инфекции, подозрительных на инфицирование, до завершения всего комплекса противоэпидемических мероприятий в соответствии с п. 4.8.3. «Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.1117-02 “Профилактика острых кишечных инфекций”» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача от 22.02.2010 № 13, зарегистрированы в Минюсте России 08.05.2010 № 3418 (Бюллетень нормативных актов федеральных

органов исполнительной власти, № 27, 08.07.2002);

- при необходимости осуществлять проведение внеплановых проверок организаций общественного питания и торговли по решению санитарно-противоэпидемических комиссий.

9.7. При выявлении нарушений требований санитарного законодательства в ходе проведения плановых и внеплановых проверок, в соответствии с Федеральным законом от 19.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», применять меры административного воздействия в соответствии с административным законодательством Российской Федерации.

9.8. Принять меры по недопущению ошибок в работе специалистов Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации при проведении эпидемиологического расследования с установлением причинно-следственной связи формирования эпидемических очагов и организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах инфекционных болезней.

9.9. Активизировать санитарно-просветительскую работу среди населения по профилактике острых кишечных инфекций.

10. Контроль за выполнением настоящего постановления оставляю за собой.

Г.Г. Онищенко

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /www.rospotrebnadzor.ru

Письмо

**от 11.02.2010 № 01/1867-0-32
руководителям управлений
Роспотребнадзора по субъектам
Российской Федерации
и по железнодорожному транспорту
«Об обогащении микронутриентами
пищевых продуктов, в том числе
массовых сортов хлеба»**

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, проанализировав материалы по выполнению постановлений Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 23.11.1999 № 14 «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом йода и других микронутриентов», от 05.05.2003 № 91 «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа в структуре питания населения», от 16.09.2003 № 148 «О дополнительных мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа в структуре питания населения», от 05.03.2004 № 9 «О дополнительных мерах по профи-

лактике заболеваний, обусловленных дефицитом микронутриентов», сообщает.

Одним из направлений профилактики заболеваний, связанных с дефицитом макро- и микронутриентов, является обогащение продуктов питания массового потребления витаминами и микронутриентами. Приоритетным направлением в данной деятельности является обогащение хлеба и хлебобулочных изделий как продуктов повседневного спроса и являющихся в этом отношении оптимальным средством для достижения данных целей. За счет хлеба восполняется около четверти суточной потребности в энергии, в его составе содержатся ценнейшие пищевые вещества — белки,

жиры, углеводы, органические кислоты, минеральные вещества, витамины.

Рекомендуемая норма потребления хлебных продуктов (включая хлеб и макаронные изделия в пересчете на муку, крупы, бобовые) в Российской Федерации на одного человека в год установлена Федеральным законом от 31.03.2006 № 44-ФЗ «О потребительской корзине в целом по Российской Федерации» и составляет в среднем: трудоспособное население — 133,7 кг, пенсионеры — 103,7 кг, дети — 84 кг.

Производство хлеба и хлебобулочных изделий в последние годы снижается и в 2008 г. составило около 7,6 млн т, в то время как в 2000 г. составляло более 9 млн т.

Более 70% регионов России осуществляют выпуск массовых сортов хлеба, обогащенных микронутриентами. Однако объем производства обогащенной продукции пока недостаточный от общего объема производимых продуктов питания. Хлеб и хлебобулочные изделия, обогащенные микронутриентами, составляют лишь около 2% от общего количества их производства.

В целом по Российской Федерации только около 2500 предприятий выпускают обогащенные пищевые продукты, что составляет 11,6% от общего числа пищевых предприятий. Наибольшее число предприятий

располагаются в Красноярском крае (216), Амурской области (214), Алтайском крае (126), Свердловской области (114), Ростовской области (102), Челябинской области (78), Республике Кабардино-Балкарии (76). Наименьшее число — в Костромской области (2), Сахалинской области (4), Республике Дагестан (6), Псковской и Читинской областях по (8).

В г. Москве в соответствии с распоряжением Правительства Москвы от 01.12.2006 № 2486-РП «О реализации мероприятий, направленных на обеспечение населения города Москвы хлебом и хлебобулочными изделиями, обогащенными микронутриентами» реализуются мероприятия, связанные с реализацией программы «Здоровье через хлеб», которой предусматривается поэтапный выпуск хлеба и хлебобулочных изделий, обогащенных микронутриентами, доведя их производство до 30% от общего объема выпускаемой продукции, а также закупок для организаций социальной сферы хлеба и хлебобулочных изделий, обогащенных микронутриентами. Также работа по разработке и реализации региональных программ «Здоровье через хлеб» велась в Московской, Рязанской, Курской, Брянской, Мурманской, Архангельской, Оренбургской, Волгоградской, Нижегородской, Новосибирской, Самарской и Свердловской областях.

Несмотря на реализацию региональных программ, принимаемые меры, направленные на снижение заболеваний, связанных с микронутриентной недостаточностью в питании населения, в настоящее время проблема производства обогащенных пищевых продуктов остается актуальной. В ряде субъектов имеется некоторое снижение заболеваний, обусловленных дефицитом йода, но увеличивается витаминная недостаточность.

В соответствии с Доктриной продовольственной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 30.01.2010 № 120, для формирования у населения здорового типа питания требуется наращивание производства новых обогащенных пищевых продуктов.

В целях обеспечения населения пищевыми продуктами, обогащенными микронутриентами, 14.01.2010 утверждены методические рекомендации МР 2.3.2.2571-10 «Методические рекомендации по обогащению витаминно-минеральными комплексами массовых сортов хлебобулочных изделий, вырабатываемых по национальным стандартам», которые размещены 19.01.2010 на сайте Роспотребнадзора по адресу: <http://www.rosпотребнадзор.ru/documents/pravila/>.

В связи с изложенным и в целях снижения заболеваний, обусловленных микронутриен-

тной недостаточностью в питании населения, необходимо:

1. Управлениям Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, по железнодорожному транспорту совместно с органами исполнительной власти в субъектах Российской Федерации:

- рекомендовать организациям и индивидуальным предпринимателям, осуществляющим производство, реализацию обогащенных пищевых продуктов, в том числе хлебобулочных изделий, увеличить объемы производства и реализации данной продукции;
- провести оценку эффективности принимаемых мер по насыщению потребительского рынка пищевыми продуктами, обогащенными микронутриентами;
- принять необходимые меры по обеспечению детских дошкольных, общеобразовательных, лечебных, лечебно-профилактических учреждений, учреждений и организаций социальной защиты пищевыми продуктами, обогащенными микронутриентами;
- внести корректировку в ранее утвержденные региональные программы, направленные на укрепление здоровья различных групп населения, в первую очередь детей, с учетом имеющихся в настоящее время данных о состоянии заболеваемости, связанной с микронутриентной недостаточ-

стью в питании населения. При необходимости провести заслушивание данного вопроса с принятием соответствующих решений.

2. Управлениям Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, по железнодорожному транспорту совместно с органами здравоохранения исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

— провести анализ работы по оценке состояния здоровья населения, в первую очередь детей, и принятых мер по снижению заболеваний, связанных с микронутриентной не-

достаточностью в питании населения, с целью установления причин возникновения и распространения данных заболеваний;

— постоянно проводить широкую разъяснительную работу среди населения о мерах профилактики заболеваний, обусловленных микронутриентной недостаточностью в питании населения.

Руководитель Г.Г. Онищенко

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /[www.rosпотребнадzor.ru](http://www.rosпотребнадзор.ru)

А знаете ли вы?

В 2010 г. 6—8 октября в г. Хабаровске проводится IV региональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы инфекционной патологии на Дальнем Востоке Российской Федерации», посвященная 85-летию Федерального государственного учреждения науки «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Программные вопросы:

1. Особенности эпидемиологии инфекционных заболеваний: гриппа, острых респираторных вирусных инфекций, острых кишечных инфекций, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, паразитозов, гельминтозов и природно-очаговых инфекций, актуальных для Дальнего Востока России.

2. Итоги реализации национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения на территории Дальнего Востока.

3. Достижения специфической и неспецифической профилактики инфекционных болезней.

4. Современные возможности лабораторной диагностики инфекционных заболеваний.

5. Роль международного взаимодействия в предупреждении распространения инфекционных заболеваний в приграничных территориях Дальнего Востока.

Гигиена детей и подростков в системе высшего военно-медицинского образования

Александров В.Н.,

заслуженный эколог РФ, д-р мед. наук, профессор,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Преподавание дисциплины здравоохранение детства в системе высшего военно-медицинского образования, в том числе в Военно-медицинской академии, где в этой области имеются давние традиции [2], как нельзя актуально. Военное здравоохранение заинтересовано в устойчивости показателей здоровья призывной молодежи, которые в последние годы, к сожалению, постоянно снижаются.

Отметим, что основоположник гигиены детей и подростков — профессор кафедры социальной гигиены 2-го МГУ А.В. Мольков (ныне — кафедра общественного здоровья и здравоохранения РГМУ им. Н.И. Пирогова). Ему удалось значительно расширить проблемы «школьной гигиены», обобщенной ранее профессором Ф.Ф. Эрисманом в его работах о влиянии школы на происхождение близорукости и рациональной конструкции школьной мебели, выполненных в Санкт-Петербурге в 1869—1872 гг.

В объемном труде одного из основоположников профилактического направления в педиатрии профессора Военно-медицинской академии Н.П. Гундобина «Общая и частная терапия детского возраста» (1896) отмечено, что «заботиться о питании грудного ребенка необходимо с учетом гигиенической обстановки. Значение гигиены в терапии детских болезней выступает рельефнее, чем у взрослых». Он один из первых обосновал, что «с физиологической точки зрения, детскому возрасту свойственны две важные функции — рост и развитие».

Будущие военные врачи, проходя обучение в Военно-медицинской академии, получают знания о том, что здоровье ребенка характеризуется не только наличием или отсутствием заболеваний, но и гармоничным, соответствующим возрасту, развитием и нормальным уровнем функционирования систем организма. Поэтому

в гигиене детей и подростков при решении многих проблем, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, необходим учет особенностей анатомо-физиологического развития, характера биологических изменений, происходящих в организме в процессе его роста и развития.

Рост и развитие ребенка — две взаимосвязанные и взаимообусловленные стороны жизни. Рост характеризует количественные изменения, связанные с увеличением размеров клеток, массы отдельных органов и тканей, всего организма, а развитие — качественные изменения, морфологическую дифференцировку тканей и органов и их функциональное совершенствование. Эти два процесса протекают неравномерно. Чем моложе организм, тем более интенсивно идут процессы роста и развития. Период полового созревания сопровождается эндокринной перестройкой и значительным усилением процессов роста и развития. Международным симпозиумом по возрастной периодизации (1965) предложена следующая схема, в которой этап созревания разбит на биологические возрастные периоды:

новорожденный — до 1-го мес.;
грудной возраст — до 1 года;
раннее детство — 1—3 года;
первое детство — 4—7 лет;

второе детство — мальчики 8—12 лет, девочки 8—11 лет;

подростковый возраст — мальчики 13—16 лет, девочки 12—15 лет;

юношеский возраст — юноши 17—21 год, девушки 16—20 лет.

Биологический возраст определяется совокупностью морфофункциональных особенностей организма, зависящих от индивидуального темпа роста и развития. Различают хронологический возраст. Это период, прожитый ребенком от рождения до момента его обследования.

Социально-возрастная периодизация развития ребенка (с учетом показателей биологического и хронологического возраста) на практике выглядит следующим образом:

грудной возраст — до 1 года;

преддошкольный возраст — 1—3 года;

дошкольный возраст — 3—7 лет;

младший школьный возраст — 7—10 лет;

средний школьный возраст — 11—14 лет;

старший школьный возраст — 15—18 лет.

В связи с недостаточной зрелостью у детей структур мозга, ЦНС не обеспечивает целостного функционирования организма в его взаимодействии с окружающей средой. Если у детей до 1 года образование условных рефлексов связано преимуще-

ственно с безусловными (условные связи могут быть выработаны лишь на непосредственные раздражители), то после года они вырабатываются и на речевые раздражители. При развитии интоксикации в экологически неблагоприятных условиях жизни понижается возбудимость коры головного мозга. Филогенетически раньше всего затормаживаются наиболее молодые функции коры мозга — речевые рефлексы, что проявляется в дефектах речевого развития. В этих случаях необходима консультация невропатолога и психолога, а также логопеда-дефектолога.

Дети с замедленным темпом биологического развития менее активны, в ходе учебного процесса выявляются более выраженное напряжение зрительного анализатора, нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы.

Оценка здоровья детей производится медико-статистическими и физиолого-гигиеническими методами. С экологических позиций здоровье зависит от среды обитания, биогеоценоза и качества антропогенного объекта (созданного человеком). В настоящее время в здравоохранении отчетливо проявилось противоречие между потребностями профилактического и лечебного направлений. Отечественное

здравоохранение провозглашает примат профилактической медицины, но на деле подготовка врачей ориентируется на «патологический подход», т.е. на диагностику и лечение болезней, а не на их профилактику.

Группы здоровья детей (мальчиков и девочек) формируются с учетом:

- наличия или отсутствия в момент обследования хронических заболеваний;
- функционального состояния основных систем организма;
- степени сопротивляемости организма к неблагоприятным воздействиям;
- уровня достигнутого организмом развития и степени его гармоничности.

С учетом этих критериев выделяют группы здоровья детей.

1. Здоровые, с нормальным развитием и уровнем функций.

2. Здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

3. Дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.

4. Дети, страдающие хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.

5. Дети, страдающие хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма. Как правило, дети данной группы не посещают детские образовательные учреждения и имеют постельный режим.

Для проведения уроков физического воспитания дети (девочки до 11, мальчики до 12 лет) и подростки (девочки 15, мальчики 16 лет) разделяются на 3 группы в зависимости от состояния здоровья.

Первая группа (основная) — дети 1-й и частично 2-й групп здоровья, с которыми можно проводить все виды физического воспитания в соответствии с их возрастными анатомо-физиологическими особенностями и степенью их физической подготовленности к той или иной нагрузке.

Вторая группа (подготовительная) — дети, физическое воспитание которых можно проводить ограниченно. К этой группе относятся дети с задержкой физического развития, реконвалесценты, страдающие анемией любой этиологии, имеющие компенсированные пороки сердца, лимфадениты, катары верхних дыхательных путей.

Третья группа (специальная) — дети, у которых все виды физического воспитания проводят очень осторожно, а закаливание

водными процедурами не осуществляется вообще. К этой группе относятся дети с 3-й и 4-й группами здоровья.

В *основной группе* могут заниматься здоровые дети, а также дети с небольшими функциональными отклонениями в деятельности сердечно-сосудистой системы, незначительным отставанием в физическом развитии, если общее самочувствие ребенка хорошее.

В *подготовительную группу* включают детей физически мало тренированных, с небольшими функциональными нарушениями деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, страдающих гастритами, бронхитами, перенесших острые инфекционные заболевания (дифтерия, скарлатина и т.д.). Учащиеся данной группы имеют повышенную возбудимость нервной системы и быструю утомляемость. В эту же группу должны относиться дети с проявлениями пищевой недостаточности социального происхождения. После восстановления здоровья ребенка его переводят в основную группу.

К *специальной группе* относят детей, больных ревматизмом, с пороками сердца в стадии субкомпенсации, со значительным отставанием в физическом развитии, перенесших острые желудочно-кишечные заболевания, сопровождающиеся понижен-

ным питанием, с близорукостью, дефектами опорно-двигательного аппарата. Детям этой группы целесообразнее назначать лечебную физкультуру.

Приоритетные проблемы в формировании здоровья детей и подростков — рациональное и адекватное питание, запрещение химических загрязнений компонентов окружающей среды, регламентации температурно-влажностного и светового режимов помещений ДОУ, инфекционная безопасности и бытовой травматизм.

При рассмотрении темы несбалансированности рационов питания детей в ДОУ внимание слушателей обращается на возможный дефицит витаминов и других микронутриентов, преобладание в рационе углеводно-жирового компонента животных жиров и недостаток полиненасыщенных жирных кислот, избыток простых углеводов, недостаточное количество пищевых волокон.

Так, при физиолого-гигиенической оценке адекватности качества питания детей в ДОУ Алтайского края и Санкт-Петербурга установлено:

1. По количеству получаемых в ДОУ данных регионов пищевых веществ существенных отклонений в рационе от физиологических норм не отмечается. Среднесуточное количество белков — 70 г (при норме 54), жиров — 69 г (при норме

60), углеводов — 265 г (при норме 261). Энергетическая ценность суточного рациона составляла 1999,8 ккал (при норме 1800 ккал).

2. Отмечается недостаточность белков животного происхождения (55 вместо 65%). Содержание пищевых веществ в рационе распределено неравномерно по дням недели. Из 7 дней 3 дня дети получают недостаточное количество белков. Недостаточно в рационе естественного витамина С — 30 мг (при норме 50).

3. При сравнении среднесуточного набора продуктов с нормами питания для детей в ДОУ установлено, что они недополучают молочные продукты (359 г вместо 420) при излишнем количестве картофеля.

4. Распределение рациона по приемам пищи не соответствует гигиеническим требованиям: энергетическая ценность завтрака низка, а ужина — завышена. Меню однообразно, например, за 7 дней дети получают 3 раза манную кашу, 3 раза овсяную кашу и 1 раз гречневую. Таким образом, ежедневно, а в отдельные дни даже 2—3 раза используются крупяные продукты. Гарниры ко вторым блюдам крупяные и макаронные, редко овощные, что снижает витаминную обеспеченность. Мало в рационе рыбных блюд, творога и часто отсутствуют свежие фрукты.

В последнее время возрастает роль биологического фактора как причины детского травматизма. Домашние животные и особенно бездомные собаки являются источниками покусов, различного рода телесных повреждений и травм, а также инфекционных заболеваний. Широко распространенные гельминтозы среди собак, бешенство, бруцеллез и туберкулез создают реальную угрозу здоровью детей.

Нами разработаны и апробированы методики: «Экологигиеническая оценка условий жизни детей в семье военнослужащего», «Методика изучения фактического питания детей», «Опросник детской занятости и свободного времени», а также «Оценка социально-экономического статуса ребенка семьи военнослужащего» [2].

Социальная гигиена предлагает рассматривать в настоящее время санологию как учение о коллективном здоровье населения, а валеологию — как учение об индивидуальном здоровье. Оба эти направления официально изучаются гигиеной уже более 140 лет и являются идеологической базой профилактических оздоровительных мероприятий. Безусловно, большая ответственность лежит на педагогах ДОУ за состояние здоровья детей. Интенсификация дошкольного воспитания и образования, без учета фундамен-

тальных научных разработок в области гигиены детей и подростков, приводит к ухудшению физического развития, утомлению, переутомлению детей и обострению у них соматических и психических заболеваний. Снижаются статус так называемой «школьной зрелости», основы роста и развития детей и подростков.

Профилактическая направленность современной медицины и военного здравоохранения требует от выпускников Военно-медицинской академии глубоких знаний в области фундаментальной гигиенической науки о здоровье, изучающей и внедряющей в практику оздоровительные требования по актуальному разделу — гигиене детей и подростков. В связи с реформированием Минобразования России и необоснованным увлечением педагогической администрации «рыночной» идеологией, направленной на обеспечение успеваемости и индивидуального здоровья материально обеспеченных воспитанников, традиционные и фундаментальные научные знания в области здравоохранения детства должны быть востребованы ради сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения в целом.

Профилактические гигиенические рекомендации родителям и персоналу ДОУ о выборе ме-

тодов и мероприятий по оздоровлению условий и образа жизни, учебы подрастающего поколения юридически имеют право давать только специалисты медицинской профессии. Оздоровительные и лечебные дифференцированные мероприятия являются прерогативой контроля медицинского персонала. Профилактические санитарно-гигиенические мероприятия должны охватывать весь период детства и быть направлены на снижение совокупной внешней средовой нагрузки на растущий организм, воздействуя на приоритетные и управляемые факторы для поддержания гомеостаза организма детей и подростков — будущих защитников нашего Отечества [1].

Гигиеническая профилактика детского травматизма — это комплексная медико-педагогическая проблема. Дети отличаются большой любознательностью, интересом к окружающему миру и вместе с тем отсутствием жизненных навыков. В рассматриваемой проблеме первичная гигиеническая профилактика детского бытового травматизма имеет несколько направлений, обусловленных характеристикой повреждающего фактора окружающей среды. Традиционно эти факторы можно определять как анатомо-физиологические особеннос-

ти ребенка и его возраста, пола, так и физические, химические, биологические и социальные факторы условий жизни семьи (ребенка и родителей). Преобладают у детей травмы нижних конечностей (колени, голень, голеностопный сустав и стопа). Опасны травмы головы, шеи, грудной клетки и позвоночника, приводящие к инвалидности. В структуре физических и химических факторов детского травматизма следует выделить ожоги, возникающие исключительно из-за любознательности детей во время отсутствия взрослых.

Показателен анализ заболеваемости, который проводится путем сравнения полученных данных (в пересчете на 1000 детей) со средними показателями заболеваемости по району (месту дислокации военного гарнизона). Результаты заболеваемости коррелируются с отдельными (приоритетными) факторами окружающей среды по специальным методикам с целью установления причинно-следственных связей в структуре заболеваемости. Обычно в этой структуре у детей дошкольного и дошкольного возраста первое место занимают заболевания органов дыхания. На втором месте — инфекционные заболевания детей 2—7 лет. На третьем месте находятся болезни нервной системы и органов чувств, среди которых

распространены отиты. Болезни органов пищеварения на четвертом месте у детей 1-го года жизни, затем их число значительно уменьшается и с этого возраста на четвертое место выходят болезни кожи (экссудативный диатез) и т.д.

Вопросы психогигиены и медико-психологической устойчивости детей и подростков разрабатываются гигиенистами, психологами и педагогами. Рациональные и адекватные психогигиенические методики и регламенты (режимы труда и отдыха, психологическое тестирование «школьной зрелости» у дошкольников) должны планироваться с учетом возраста, особенностей нервно-психической устойчивости, типов нервной деятельности и данных сенсорной чувствительности. Острота и неотложность проблемы профилактики нервно-психических расстройств (пограничных состояний) у детей вынуждает искать наиболее приемлемые формы психогигиенической работы. В генезе нервно-психических расстройств у детей большую роль играют социально-экономические и экологические факторы, а также качество воспитательной работы в целом.

Вся совокупность факторов окружающей среды достигает определенного воздействия на детский организм, отражая осо-

бенности взаимоотношения в семье. Некоторые аспекты образа жизни семьи напрямую зависят от материального обеспечения, культурно-образовательного уровня родителей, количества детей в семье, трудовой деятельности отца и матери ребенка. К сожалению, в условиях реформирования народного хозяйства и армии в настоящее время имеется в некоторых семьях военнослужащих и уволенных из армии материально-бытовые затруднения, негативно влияющие на здоровье детей.

В заключение подчеркнем, что с целью оптимизации учебного процесса при подготовке военных врачей на кафедрах гигиенического профиля, и особенно интернатуре, по всем специальностям необходимо ознакомление обучающихся с деятельностью врача по охране детского здоровья, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья детей и подростков — будущих защитников Родины.

Литература

1. Александров В.Н., Гребеньков С.В., Безденежных Л.А. Избранные разделы в преподавании гигиены детей и подростков в Военно-медицинской академии // Педиатрия: из XIX в XXI век. СПб., 2005.
2. Александров В.Н., Шабалов Н.П. Актуальность преподавания основ гигиены детства для военных врачей // Медработник ДОУ. 2008. № 2.

Всероссийский конкурс «Лучший врач года»

Премия «Лучший врач года» проводится с 2001 г. Конкурс разделен на три этапа: вначале кандидатуры выдвигаются трудовыми коллективами медицинских организаций. Затем конкурсные работы участников по принадлежности рассматривают комиссии органов управления здравоохранением субъектов РФ или федеральных органов исполнительной власти, в том числе федеральных служб или агентств. На третьем этапе оценку дают представители Центральной конкурсной комиссии в Москве. В ее состав входят главные специалисты Минздравсоцразвития России, представители Федерального собрания, академики РАМН, руководители ведущих научно-исследовательских институтов, организаторы здравоохранения,

члены общественных организаций. Возглавляет Центральную конкурсную комиссию глава Минздравсоцразвития России Татьяна Голикова.

С 2010 г. премия «Лучший врач года» приобрела статус правительственного мероприятия — подписано постановление Правительства России о премировании победителей: I место — 500 тыс. руб., II — 300 тыс. руб., III — 200 тыс. руб. Победители конкурса получают хрустальную фигуру богини здоровья «Хрустальная Гигиеня».

В 2010 г. 19 апреля в Московском международном Доме музыки прошла торжественная церемония награждения победителей IX Всероссийского конкурса «Лучший врач года». Победители были определены в 30 номинациях.

Победители IX Всероссийского конкурса «Лучший врач года»

«Лучший педиатр»

I место — А.А. Маганова, врач-педиатр, заведующий отделением медико-социальной помощи МБУ «Детская городская больница», Республика Башкортостан;

II место — Т.В. Жаркова, врач-педиатр Детской поликлиники МУЗ «Городская больница № 5», Республика Бурятия;

III место — Т.А. Протасова, врач-педиатр, заведующий отделением острых респираторных инфекций ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», Кемеровская обл.

«Лучший неонатолог»

I место — Ю.Н. Михалева, врач-неонатолог МУЗ «Центральная

районная больница Тисульского района», Кемеровская обл.;

II место — Т.П. Мякитинова, врач-неонатолог МЛПУ «Городская больница им. Архиепископа Луки», Тамбовская обл.;

III место — А.В. Кораблев, заведующий отделением выхаживания недоношенных и новорожденных детей ГУЗ «Республиканская детская больница», Республика Коми.

«Лучший детский хирург»

I место — Ю.А. Козлов, врач-детский хирург МУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница», заведующий центром хирургии и реанимации новорожденных, кандидат медицинских наук, Иркутская обл.;

II место — Л.И. Будкевич, руководитель отделения термических поражений ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Росмедтехнологий, д-р медицинских наук, профессор, Москва, МЗСР России;

III место — О.Г. Мокрушина, врач-детский хирург отделения хирургии новорожденных и недоношенных детей ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, доцент кафедры детской хирургии педиатрического факультета РГМУ, Москва, МЗСР России.

«Лучший терапевт»

I место — С.А. Коновалова, врач-терапевт МУЗ «Волосовская ЦРБ», Ленинградская обл.;

II место — О.Н. Токмакова, врач-терапевт МУЗ «Батыревская центральная районная больница», Чувашская Республика;

III место — А.Н. Федосеев, врач-терапевт, заведующий отделением гемодиализа (нефрологии) лаборатории детоксикации ФГУЗ Клинической больницы № 83 ФМБА России, д-р медицинских наук, Москва.

«Лучший хирург»

I место — В.П. Подзолков, заместитель директора по научной работе НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва;

II место — И.П. Парфенов, заведующий отделением, врач-хирург хирургического отделения № 1 государственного учреждения здравоохранения «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгородская обл.;

III место — О.Г. Тоначева, заведующий урологическим отделением краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», Красноярский край.

«Лучший акушер-гинеколог»

I место — Т.А. Степаненко, врач акушер-гинеколог акушерского наблюдательного отделения № 3 ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница»

ца Святителя Иоасафа», Белгородская обл.;

II место — И.В. Головнина, врач акушер-гинеколог, заведующий гинекологическим отделением № 3 МЛПУ «Городская клиническая больница № 1», Кемеровская обл.;

III место — И.В. Матвеева, заместитель главного врача по акушерству и гинекологии МБУЗ «Городская клиническая больница № 25», Новосибирская обл.

**«Лучший руководитель
медицинской организации»**

I место — С.Л. Петросян, руководитель ГУЗ «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр», Воронежская обл.;

II место — А.П. Тяжелков, главный врач МУЗ «Городская больница № 7», Хабаровский край;

III место — Р.М. Мустафин, главный врач муниципального района Дюртюлинский район, д-р медицинских наук, профессор, заслуженный врач Республики Башкортостан, Республика Башкортостан.

«Лучший стоматолог»

I место — С.Г. Ткаченко, врач-стоматолог районной поликлиники Петровской центральной районной больницы, Ставропольский край;

II место — Г.А. Кислицына, врач-стоматолог-терапевт ГУЗ «Областная клиническая стома-

тологическая поликлиника», Кемеровская обл.;

III место — О.О. Спасова, врач-стоматолог ГУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника», Республика Бурятия.

**«Лучший клинический
фармаколог»**

I место — О.Г. Шапошникова, клинический фармаколог ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна», Москва, ФМБА России;

II место — К.А. Луцевич, клинический фармаколог МУЗ «Городская поликлиника № 20», Саратовская обл.;

III место — А.В. Красильникова, руководитель Волгоградского регионального центра мониторинга безопасности лекарственных средств, кандидат медицинских наук, Волгоградская обл.

«Лучший санитарный врач»

I место — Л.В. Овсянникова, заведующий эпидемиологическим отделом ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Калужской области», Калужская обл.;

II место — С.П. Вершинин, начальник территориального отдела Управления Роспотребнадзора по Архангельской области в Пинежском, Мезенском, Лешуконском районах, Архангельская обл.;

III место — И.М. Бек, заведующий отделом гигиены ФГУЗ

«Центр гигиены и эпидемиологии», Санкт-Петербург.

**«Лучший врач
медико-социальной
экспертизы»**

I место — В.М. Ткаченко, заместитель руководителя ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Московской области», д-р медицинских наук, профессор, Московская обл., ФМБА России;

II место — Н.М. Кулькина, врач-невролог, руководитель Экспертного состава Главного бюро № 2 ФГУ «ГБ МСЭ по Омской области», Омская обл., ФМБА России;

III место — О.А. Каратаева, врач-невролог, руководитель экспертного состава № 9 педиатрического профиля главного бюро ФГУ «ГБ МСЭ по Нижегородской области», Нижегородская обл., ФМБА России.

**«Лучший
врач-инфекционист»**

I место — Я.С. Ульянова, заведующий отделением № 6 «Городская инфекционная клиническая больница № 1», Новосибирская обл.;

II место — А.А. Данилова, врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического отделения ФГУЗ «Государственный научный центр дерматовенерологии Росмедтехнологий», Москва;

III место — И.Л. Мартышова, врач-инфекционист ГУЗ «Тул-

ская областная клиническая больница», Тульская обл.

«Лучший врач-онколог»

I место — Г.Ю. Батталова, врач-онколог «Республиканского клинического онкологического диспансера», д-р медицинских наук, Республика Башкортостан;

II место — Т.В. Туробова, заведующий отделением химиотерапии, детский онколог государственного учреждения здравоохранения «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова», Архангельская обл.;

III место — Н.С. Киприянова, врач-онколог, заведующий Центральным городским онкологическим кабинетом муниципального учреждения «Поликлиника № 1 г. Якутска», д-р медицинских наук, Республика Саха (Якутия).

«Лучший врач-невролог»

I место — П.А. Ганжула, врач-невролог, заведующий неврологическим отделением ДКЦ № 1, кандидат медицинских наук, Москва;

II место — К.В. Голиков, заведующий отделением неврологии для больных с нарушением мозгового кровообращения ГМПБ № 2, главный невролог Выборгского района Санкт-Петербурга, заместитель главного невролога Санкт-Петербурга по вопросам инсульта, Санкт-Петербург;

III место — А.В. Носырев, заведующий краевым детским эпидемиологическим центром краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская краевая детская больница», Красноярский край.

**«Лучший врач
скорой медицинской
помощи»**

I место — А.Б. Муллов, врач скорой медицинской помощи МЛПУ, «Станция скорой медицинской помощи», кандидат медицинских наук, Кемеровская обл.;

II место — А.В. Яманов, старший врач станции скорой медицинской помощи МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», Ханты-Мансийский автономный округ — Югра;

III место — К.В. Хруслов, врач скорой медицинской помощи МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», Курская обл.

**«Лучший врач
анестезиолог-реаниматолог»**

I место — О.В. Лапин, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии № 1, врач анестезиолог-реаниматолог ГЛПУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», Челябинская обл.;

II место — М.М. Перепаденко, врач анестезиолог-реаниматолог МУЗ «Койгородская центральная районная больница», Республика Коми;

III место — Д.В. Морозов, заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 2, врач анестезиолог-реаниматолог ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронежская обл.

**«Лучший врач
восстановительной
медицины»**

I место — Е.А. Алексеева, врач-физиотерапевт высшей категории детской поликлиники МУЗ «Нефтеюганская городская больница», Ханты-Мансийский автономный округ — Югра;

II место — Е.В. Панкова, заведующий физиотерапевтическим отделением ГУЗ «Воронежская областная клиническая офтальмологическая больница», кандидат медицинских наук, Воронежская обл.;

III место — Е.А. Алексеева, врач по лечебной физкультуре, заведующий отделением восстановительной медицины и реабилитации МУЗ «Клинская городская больница», Московская обл.

**«Лучший
врач-отоларинголог»**

I место — С.В. Кулаков, врач-отоларинголог, заведующий отоларингологическим отделением МУЗ «Коряжемской городской больницы», Архангельская обл.;

II место — А.Н. Савин, врач-отоларинголог, заведующий ото-

ларингологическим отделением, ГУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург;

III место — А.А. Родин, врач сурдолог-оториноларинголог, заведующий сурдологическим кабинетом поликлинического отделения ОГУЗ «Орловская областная клиническая больница», Орловская обл.

**«Лучший врач
травматолог-ортопед»**

I место — В.П. Кузьмин, врач травматолог-ортопед, заместитель главного врача ГУЗ «Калужская областная детская больница», Калужская обл.;

II место — Т.Н. Поткина, врач травматолог-ортопед, заведующий травматологическим отделением МУЗ «Клиническая поликлиника № 5», Кемеровская обл.;

III место — С.Н. Колчанов, врач-травматолог МУЗ «ГКБ № 2», Приморский край.

**«Лучший
врач-офтальмолог»**

I место — А.В. Малышев, заведующий отделением микрохирургии ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского», Краснодарский край;

II место — Е.К. Захарова, заведующий стационарным отделением ГУЗ «Якутская республиканская офтальмологическая больница», Республика Саха (Якутия);

III место — Ю.И. Бельский, врач-офтальмолог отделения микрохирургии глаза ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгородская обл.

**«Лучший
врач-фтизиатр»**

I место — Н.А. Епифанцева, врач-фтизиатр участкового ГУЗ «Камчатский краевой противотуберкулезный диспансер», Камчатский край;

II место — К.А. Гилязитдинов, врач-фтизиатр, заместитель главного врача по медицинской части ГУЗ «Республиканский противотуберкулезный диспансер», заслуженный врач Республики Башкортостан, Республика Башкортостан;

III место — В.А. Гудырева, врач-фтизиатр, заведующий отделением ГУ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер», Республика Коми.

**«Лучший
сельский врач»**

I место — В.П. Пустовой, врач-педиатр МУЗ «ЦРБ Азовского района», Ростовская обл.;

II место — А.А. Прусова, врач общей практики МУЗ «Палкинская центральная районная больница», Псковская обл.;

III место — Н.И. Шамардина, врач общей практики амбулатории хутор Восточный Сосык МУЗ «ЦРБ муниципального

образования Староминский район», Краснодарский край.

**«Лучший
врач-исследователь»**

I место — С.Н. Ставцева, врач-генетик медико-генетической консультации ОГУЗ «Орловский перинатальный центр», Орловская обл.;

II место — Ю.К. Шукин, врач-патологоанатом МЛПУ «Городская больница им. Архиепископа Луки», Тамбовская обл.;

III место — М. С-Х. Созаева, заведующий клинико-диагностической лабораторией, врач клинической лабораторной диагностики ГУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, Кабардино-Балкарская Республика.

**«Лучший врач
службы крови»**

I место — В.П. Боровикова, врач-трансфузиолог, заведующий отделением переливания крови «ЦМСЧ № 21», Московская обл.;

II место — В.Г. Чистякова, врач-трансфузиолог, заведующий отделением переливания крови «Старорусской центральной районной больницы», Новгородская обл.;

III место — Г.Н. Лукина, врач-трансфузиолог, заведующий отделением заготовки крови и ее компонентов Санкт-Петербургского ГУЗ «ГСПК», Санкт-Петербург.

**«Лучший врач
госпиталя ветеранов
войн»**

I место — Л.В. Канунникова, начальник Новосибирского областного госпиталя № 2 ветеранов войн, Новосибирская обл.;

II место — А.В. Крылов, врач-уролог ГУЗ «Республиканский госпиталь для ветеранов войн», Республика Мордовия;

III место — Н.Ю. Долгова, врач-невролог, заведующий отделением второго неврологического отделения, Ставропольский край.

**«Лучший
военный врач»**

I место — С.А. Федоров, старший ординатор-врач 19 отделения ФГУ Главного военного клинического госпиталя ФСБ России, Московская обл.;

II место — А.Е. Войновский, подполковник медицинской службы, ведущий хирург Главного военного клинического госпиталя Внутренних войск МВД России, Московская обл.;

III место — не определен.

**«Любимый доктор»
(совместно с телеканалом
«Россия»)**

Н.А. Лобанова, участковый терапевт Первой городской поликлиники г. Архангельска.

Присоединяемся к многочисленным поздравлениям в адрес лауреатов конкурса «Лучший врач 2009 года»!

Актуальные проблемы дезинфекции, дезинсекции и дератизации в ДОУ

Назаров В. Ю.,

Веселов А. А.,

Лелис Н. В.,

Дацкевич А. М.,

*врачи-дезинфектологи высшей категории,
городская дезинфекционная станция, Санкт-Петербург*

Мероприятия по уборке и дезинфекции помещений и оборудования, включая регуляцию численности синантропных (обитающих рядом с человеком) грызунов и насекомых, личной гигиене персонала ДОУ являются средствами неспецифической профилактики инфекционных заболеваний и должны выполняться в строгом соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами.

Особое внимание в период сезонного подъема гриппа, в том числе высокопатогенного гриппа АН1N1 и ОРЗ, обращают на проветривание помещений, обработку посуды, игрушек, предметов обстановки, уборочного инвентаря, соблюдение правил личной гигиены.

В период сезонного подъема гриппа и ОРЗ для обеззараживания помещений (пол, стены и др.), оборудования, поверхностей обеденных столов, подносов,

санитарно-технического оборудования, уборочного инвентаря рекомендуется использовать любые дезинфицирующие средства, **обладающие вирулицидной активностью** и разрешенные в установленном порядке к применению на указанных объектах в соответствии с инструкцией по применению средства. Наиболее полные перечни современных дезинфицирующих средств (около 500 наименований), разрешенных к применению в РФ, и информационные материалы о них (регистрационные удостоверения, инструкции по применению, сертификаты) размещены на сайтах www.dezreestr.ru или www.infodez.ru, опубликованы в специальных справочниках.

В качестве примера можно привести дезинфицирующие средства, обладающие вирулицидной активностью, выпускаемые в Санкт-Петербурге предприятием ЗАО «Петроспирт» — Хлорапин, Делансин, Лизафин,

Лизафин-специаль, Цеприл, Амидин Аква, Амифлайн плюс.

Для мытья и дезинфекции столовой посуды оптимально использование современных посудомоечных машин со стерилизующим эффектом как самый надежный метод обеззараживания.

При отсутствии таких машин в ДОУ посуду и столовые приборы после мытья обеззараживают одним из следующих способов:

- обработка в сухожаровом шкафу при температуре 160 °С в течение 30 мин;
- погружение в раствор любого разрешенного для обеззараживания посуды дезинфицирующего средства по режиму для вирусных инфекций, затем тщательное ополаскивание в проточной водопроводной воде до исчезновения запаха средства в соответствии с инструкцией по применению данного дезинфицирующего средства.

Для обеззараживания посуды в каждой группе следует иметь емкость с крышкой для замачивания посуды в дезинфицирующем растворе.

В ясельных группах бутылочки после молочных смесей промывают теплой проточной водой с помощью ерша и моющих средств, затем стерилизуют в автоклаве при температуре 120 °С в течение 45 мин или кипятят в воде в течение 15 мин и

хранят в промаркированной закрытой эмалированной посуде. Ерши после использования промывают проточной водой и кипятят 30 мин, высушивают и хранят в сухом виде. Соски после употребления промывают, замачивают в 2% растворе питьевой соды в течение 15—20 мин, потом промывают водой, кипятят 3 мин в воде и хранят в промаркированной емкости с закрытой крышкой.

Обеззараживание воздуха в группах ДОУ осуществляют механическим способом — тщательное проветривание либо при помощи приточно-вытяжной вентиляции. Все помещения ежедневно и неоднократно проветриваются в отсутствие детей. Наиболее эффективное — сквозное проветривание. Длительность проветривания зависит от температуры наружного воздуха, направления ветра, эффективности отопительной системы. Сквозное проветривание проводят не менее 10 мин через каждые 1,5 ч. Проветривание проводят в отсутствие детей и заканчивают за 30 мин до их прихода с прогулки или занятий. Неэкранированные бактерицидные лампы (в том числе переносные) могут быть использованы для обеззараживания воздуха в ДОУ только в отсутствие детей. Их включают в специально отведенное время на 30—45 мин из расчета 2—2,5 Вт мощности лампы на 1 м³ объе-

ма помещения. Следует помнить, что ультрафиолетовое излучение, создаваемое такими лампами, опасно для глаз и использование их в присутствии людей без средств индивидуальной защиты категорически запрещено.

Все помещения 2 раза в день убирают влажным способом с применением дезинфицирующих и моющих средств. Уборку помещений проводят при открытых фрамугах или окнах. Особо тщательно моют часто загрязняющиеся поверхности (ручки дверей, шкафов, подоконники, выключатели, жесткую мебель и др.) и места скопления пыли (полы у плинтусов и под мебелью, радиаторы, арматуру осветительных приборов, вентиляционные решетки и др.).

Влажную уборку в спальнях проводят после ночного и дневного сна, в групповых — после каждого приема пищи. Столы в групповых помещениях промывают горячей водой с мылом до и после каждого приема пищи специальной ветошью, которую простирывают, просушивают и хранят в сухом виде в специальной промаркированной посуде с крышкой. Стулья, пеленальные столы, манежи и другое оборудование, а также подкладочные клеенки, клеенчатые нагрудники ежедневно протирают горячей водой с мылом.

Санитарно-техническое обслуживание подлежит обеззараживанию с применением де-

зинфицирующих и моюще-дезинфицирующих средств. Сидения на унитазах, ручки сливных бачков и дверей моют теплой водой с мылом ежедневно. Горшки моют после каждого пользования при помощи квачей и моющих средств. Ванны, раковины, унитазы чистят дважды в день квачами или щетками с использованием моющих и дезинфицирующих средств. Уборочный инвентарь для туалета (тряпки, ведра, щетки) маркируют и хранят в туалетной комнате в специальном шкафу. Весь уборочный инвентарь после использования промывают горячей водой с моющими средствами и просушивают.

Дезинфицирующие растворы и моющие средства хранят в местах, недоступных детям.

В теплое время года с целью предупреждения залета насекомых следует засетчивать окна и двери металлической сеткой или синтетическими материалами с размером ячеек не более 2—2,2 мм. Для борьбы с мухами внутри помещений можно использовать механические методы (липкие ленты, мухоловки). Разрешенные химические средства по борьбе с мухами используют в установленном порядке.

Жалюзийные решетки вытяжных вентиляционных систем должны быть открыты; прикрывать их следует только при резком перепаде температур воздуха

помещений и наружного воздуха. По мере загрязнения их очищают от пыли. Игрушки моют ежедневно в конце дня, а в ясельных группах — 2 раза в день. Курочная одежда стирается по мере загрязнения с использованием детского мыла и проглаживается. Подлежат дезинфекции медицинские инструменты многократного пользования в соответствии с действующими нормативными документами Минздравсоцразвития России. Необходимо использовать стерильный инструментарий разового пользования с последующим обеззараживанием и утилизацией.

Белье после употребления складывают в специальный бак, ведро с крышкой, клеенчатый, пластиковый или из двойной материи мешок. Грязное белье доставляют в прачечную. Матерчатые мешки сдают в стирку, клеенчатые и пластиковые — обрабатывают горячим мыльным или содовым раствором. Постельные принадлежности: матрацы, подушки, спальные мешки следует проветривать непосредственно в спальнях при открытых окнах во время каждой генеральной уборки, периодически выносить на воздух.

Мочалки для мытья детей (число мочалок соответствует количеству детей в группе) после пользования замачивают в дезинфицирующем растворе в течение 15 мин, промывают про-

точной водой, просушивают и хранят в чистых матерчатых мешках.

Пищевые отходы на пищеблоке и в группах собирают в промаркированные металлические ведра с крышками или педальные бачки, очистка которых проводится по мере заполнения их не более чем на 2/3 объема. Ежедневно в конце дня ведра и бачки, независимо от наполнения, очищают.

В помещениях пищеблока ежедневно проводят уборку: мытье полов, удаление пыли и паутины, протирание радиаторов, подоконников; еженедельно с применением моющих средств проводят мытье стен, осветительной арматуры, очистку стекол от пыли и копоти и т.п. Один раз в месяц необходимо проводить генеральную уборку с последующей дезинфекцией всех помещений, оборудования и инвентаря.

В помещениях пищеблока проводят санитарно-профилактические мероприятия по борьбе с мухами, тараканами и грызунами, а при их появлении — истребительные, с использованием разрешенных химических препаратов, в порядке, установленном Минздравсоцразвития России.

Персонал ДОУ должен соблюдать правила личной гигиены: приходить на работу в чистой одежде и обуви; оставлять верхнюю одежду, головной убор

и личные вещи в индивидуальном шкафу для одежды; коротко стричь ногти. Перед началом работы необходимо тщательно вымыть руки, надеть чистый халат или другой специальный костюм, иметь сменную обувь; аккуратно подобрать волосы. У технического персонала дополнительно должны быть фартук и косынка для раздачи пищи, фартук для мытья посуды и специальный (темный) халат для уборки помещений.

Перед входом в туалетную комнату следует снимать халат и после выхода тщательно вымыть руки с мылом; пользоваться детским туалетом персоналу запрещается.

Все работники пищеблока ежедневно осматриваются медсестрой на наличие порезов, ссадин, гнойничковых заболеваний на кожных покровах и опрашиваются на наличие катаральных явлений верхних дыхательных путей с осмотром зева, с отметкой в журнале установленного образца. Персонал пищеблока не должен во время работы носить кольца, серьги, закалывать спецодежду булавками, принимать пищу и курить на рабочем месте.

Для персонала ДОУ следует предусмотреть не менее трех комплектов санитарной одежды.

При появлении признаков простудного заболевания или кишечной дисфункции у себя

или в семье работник ДОУ обязан сообщить об этом администрации и обратиться в медицинское учреждение для лечения.

В качестве дополнительного мероприятия в период гриппа и ОРЗ следует рекомендовать в местах массового скопления людей, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, работу в защитных масках, полностью закрывающих нос и рот. Замена и утилизация масок проводится в соответствии с инструкцией по их применению.

Медицинский персонал учреждений здравоохранения (в том числе медицинских кабинетов ДОУ) и обслуживающий персонал карантинных групп ДОУ как профессиональные группы, подверженные наибольшему риску заражения, в период сезонного подъема гриппа и ОРЗ обязаны работать в защитных масках.

Дератизация — комплекс мероприятий, направленных на предотвращение появления грызунов и их уничтожение. В ДОУ Санкт-Петербурга дератизация проводится постоянно на основании постановления Главного государственного санитарного врача по городу Санкт-Петербургу от 02.03.2009 № 4 «О мерах по усилению борьбы с грызунами в Санкт-Петербурге» и в соответствии с «Планом мероприятий профилактики природно-очаговых,

особо опасных инфекционных заболеваний и борьбы с грызунами в Санкт-Петербурге», утвержденным губернатором Санкт-Петербурга и включающим в себя организационные, санитарно-технические и истребительные мероприятия.

Организационные меры предусматривают: оценку заселенности грызунами ДОУ, заключение договора на проведение профилактической дезинфекции с организацией дезинфекционного профиля, оценку эффективности проведенной дератизации.

Истребительные мероприятия предусматривают уничтожение, отпугивание грызунов с помощью механических или электрических устройств либо применение отравленных приманок в местах, недоступных для детей.

Санитарно-технические мероприятия направлены на обеспечение грызунонепроницаемости объектов, для этого проводят ремонтно-строительные работы: асфальтируются отсыпка зданий, контейнерные площадки и места сбора отходов, заделываются песчано-цементными смесями отверстия по ходу технических коммуникаций, устанавливаются сетки в местах выхода вентиляционных отверстий, стоках воды, обеспечивается плотный притвор наружных дверей.

ДОУ относятся к объектам, имеющим особое эпидемиологи-

ческое значение, поэтому дератизационные работы в них осуществляются ежемесячно силами специализированной организации дезинфекционного профиля. Администрация ДОУ должна обеспечить сопровождение работника дезинфекционной организации и заверить подписью и печатью факт оказания услуг в документах этой организации. Для дератизации применяют готовые родентицидные средства, имеющие сертификаты соответствия и допущенные в установленном порядке к использованию на территории РФ. Дератизацию проводят одновременно во всех помещениях объекта и на прилегающей территории, заселенных грызунами, не допуская ее попадания в руки детей и персонала ДОУ.

Дезинсекция — комплекс мероприятий, направленных на уничтожение вредных насекомых и предотвращение их появления в помещениях ДОУ. Дезинсекция в ДОУ проводится против мух, тараканов, блох, рыжих домовых муравьев, комаров и пр.

Для предотвращения появления насекомых проводят регулярную уборку помещений, обеспечивают освещение в подвалах, их немедленную осушку при затоплении, укрывают вентиляционные отверстия и оконные проемы в летний период съемными сетками, применяют

устройства автоматического закрывания входных дверей.

При появлении насекомых в помещениях ДООУ необходимо срочно подать заявку за подписью руководителя ДООУ в организацию дезинфекционного профиля, с которой заключен договор на профилактическую дезинфекцию, с указанием вида насекомого, площади обрабатываемых помещений и работника от ДООУ, ответственного за подготовку к дезинсекции, предупрежденного о мерах предосторожности и заверяющего факт оказания услуг в документах дезинфекционной организации.

Перед проведением дезинсекции в ДООУ необходимо убрать все игрушки, удалить домашних животных, птиц, рыб, пищевые продукты в помещения, не подлежащие обработке. Обработка проводится только при отсутствии детей и персонала. Проветрить помещение после обработки, вымыть пол, стены и столы и другие поверхности предметов, на которых может находиться дезинсекционное средство, мыльно-содовым раствором не менее чем через 8 ч после дезинсекции.

Выполнение санитарно-гигиенических требований к ДООУ в полном объеме является основной профилактики возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

Литература

Дезинфекция, дезинсекция, дератизация на предприятиях общественного питания. Рекомендации / Под ред. Н.В. Шестопалова. М., 2008.

Методические рекомендации по организации и проведению дезинфекционных мероприятий при гриппе и других респираторных заболеваниях / Утв. Минздравом СССР от 30.03.1978 № 1835-78.

О направлении временных рекомендаций по использованию масок и респираторов: Письмо Роспотребнадзора от 02.07.2009 № 01/9202-9-32.

Профилактика гриппа. СП 3.1.2.1319-03.

Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий против синантропных членистоногих. СанПиН 3.5.2.1376-03.

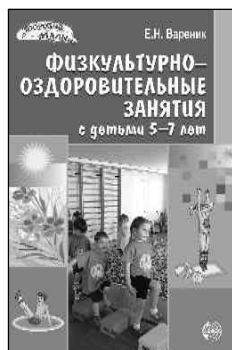
Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья. СП 2.3.6.1079-01.

Санитарно-эпидемиологические требования к организациям торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов. СП 2.3.6.1066-01.

Санитарно-эпидемиологические требования к проведению дератизации. СП 3.5.3.1129-02.

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249-03.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги по организации оздоровительной работы в ДОУ



ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ

Автор — Вареник Е.Н.

Обложка, 128 с. Формат 60х90/16

Книга представляет интегрированную систему физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию нарушений функций опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного возраста. Авторская программа, апробированная в течение нескольких лет, дает педагогу возможность для творческого подхода к выбору содержания и методов работы, позволяет учитывать возраст и индивидуальные особенности детей.



ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.

Обложка, 224 с. Формат 60х90/16

В методическом пособии представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге широко представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики, физкультминутки, пальчиковый игротренинг, специально подобранный песенный репертуар, ритмические танцы, подвижные игры и т.д.



ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДОУ Методическое пособие

Автор — Гаврючина Л.В.

Обложка, 160 с. Формат 60х90/16

В пособии раскрываются механизмы реализации здоровьесберегающих технологий в ДОУ. На примере комплексной программы «Подари здоровье детям» решается проблема сохранения и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возраста при взаимодействии медиков, педагогов, психологов и родителей.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом. Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40, по E-mail: sfera@cnt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

или закажите в интернет-магазине: www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой индекс и обратный адрес.

Уважаемые коллеги!

В 2010 году издательство «ТЦ Сфера» отмечает свое **15-летие**.

В связи с этим мы проводим акцию —
ВСЕ ЖУРНАЛЫ, изданные до 2010 г.,
ПО ФИКСИРОВАННОЙ ЦЕНЕ 15 руб.

Количество журналов ограничено.
**ПОПОЛНИТЕ СВОЮ БИБЛИОТЕКУ
СЕГОДНЯ!**

Приобрести журналы можно в Центре образовательной книги по адресу: Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3. (Уточните по телефону наличие экземпляров нужного журнала.)

Кроме того, с 15 мая по 15 декабря будут проходить другие акции: книги бесплатно, книги и открытки с большими скидками или по фиксированной цене и др.

Наши телефоны:

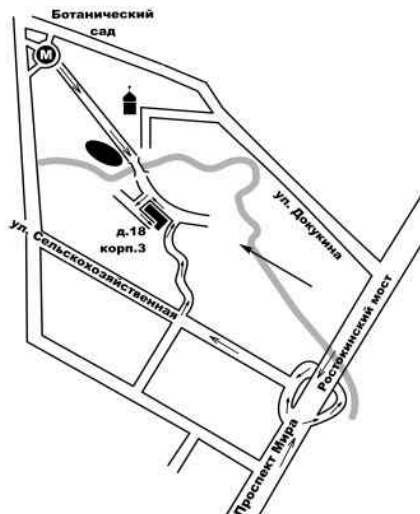
(495) 656-75-05, 656-72-05,
(499) 181-21-58, 181-16-95,
181-34-52.

Наш адрес: Москва,
ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3 (вход со двора,
первый этаж 17-этажного
жилого дома).

Проезд: станция метро «Ботанический сад» (последний вагон из центра), далее по схеме (10 минут пешком по живописной местности).

Проезд для автомобилей: по
Проспекту Мира, далее по схеме.

**ЗВОНИТЕ, ПРИХОДИТЕ,
МЫ ВАС ЖДЕМ!**





СОЗВЕЗДИЕ ПОДПИСНЫХ ИЗДАНИЙ ДЛЯ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ!

*Если вы хотите получать в первом полугодии 2011 г.
наши журналы с приложениями, не забудьте подписаться!*

2011 1-е полугодие

Комплект	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
«Управление ДОУ» с приложением журналами: «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»; Рабочие журналы для ДОУ (восемь наименований)	36804	39757 (без рабочих журналов)	10399 (без рабочих журналов)
«Управление ДОУ» с приложением	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой и приложением «Конфетка»	18036	39756	10396
«Логопед»	82686		
Предшкольная подготовка (комплект из 19 книг)	20572	42121	

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания Вашего учреждения,
вам потребуется **четыре индекса** в каталоге **Роспечать**
36804, 18036, 80899, 20572

В следующем номере!

У нас в гостях наши коллеги из Пермской государственной медицинской академии им. Е.А. Вагнера

Диагностика и лечение детей с синдромом Шерешевско-го-Тернера

Состояние поствакцинального иммунитета у детей без атопии и с атопией в анамнезе

Модель комплексного патронажа семей детей-инвалидов

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ». Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте по адресу: 129626, Москва, а/я 40, или по **E-mail:** sfera@cnt.ru

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2010, № 6

**Научно-практический
журнал**

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор
Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор
И.С. Шиловских

Редколлегия:

И.М. Ахметзянов, А.Ф. Виноградов,
Г.Н. Дёгтева, Л.В. Макарова,
Н.А. Матвеева, Д.В. Синякова,
Е.М. Старобина, М.И. Степанова,
Э.А. Цветков, Н.П. Шабалов,
А.В. Шишова, Н.Л. Ямщикова

Оформление, макет
Т.Н. Полозова

Художник обложки
Е.В. Кустарова

Корректор
Т.Э. Балоунова

При перепечатке материалов и использовании их в любой форме, в том числе в электронных СМИ, ссылка на журнал «Медработник ДОУ» обязательна.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия 13.07.07

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписной индекс в каталоге
Роспечати **80553**

Адрес редакции:

Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.
Почтовый адрес: 129626, Москва, а/я 40.

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

E-mail: sfera.post@mail.ru; www: tc-sfera.ru

Номер подписан в печать 11.08.10. Формат 60×90¹/₁₆.

Усл. печ. л. 8. Тираж 8000 экз.

Заказ №

Точка зрения редакции может не совпадать с мнениями авторов. Ответственность за достоверность публикуемых материалов несут авторы.

Редакция не рецензирует присланные материалы и не возвращает.

© Журнал «Медработник ДОУ», 2010

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2010

© Т.В. Цветкова, 2010

Отпечатано с готовых диапозитивов

в ОАО ордена «Знак Почета»

«Смоленская областная типография
им. В.И. Смирнова».

214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, д. 2.



4 607091 440263



0 0016

Содержание

2010, № 6

Колонка редактора	3
Гость номера И.Ю. Тармаева	4

ГИГИЕНА

Рациональное питание

<i>Харитончик Т.А.</i> Поговорим о правильном питании	10
<i>Аблахатова Е.А., Малкова О.А.</i> Организация рационального здорового питания в МДОУ	15

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

<i>Мартынович Н.Н.</i> Кашель у детей: патогенетические механизмы его развития	22
<i>Голубев В.В., Стрельцова Я.В.</i> Скрытые депрессии у детей	30

Реабилитация

<i>Анощенкова Е.В. и др.</i> Массаж биологически активных точек для детей с нарушениями зрения	41
--	----

ПЕДАГОГИКА

Оздоровительная работа

<i>Халдыгероева Т.З., Данилюк О.Л.</i> Группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией	56
--	----

Психологическая помощь*Великова С.А.*Отношения мальчиков старшего дошкольного
возраста к родителям 67**АКТУАЛЬНО****Медицинское обслуживание***Тимиргалеева Т.В.*Роль средних медработников ДОУ
в организации и проведении профилактических
прививок детям 72**Нормативные и руководящие документы**Гигиенические рекомендации по организации
воспитания и обучения детей дошкольного
(старшего дошкольного) возраста
в образовательных учреждениях 76О вспышечной заболеваемости в Российской
Федерации в I квартале 2010 г. 87Постановление от 19.03.2010 № 21
«О профилактике острых кишечных инфекций» 88Письмо от 11.02.2010 № 01/1867-0-32
руководителям управлений Роспотребнадзора
по субъектам Российской Федерации
и по железнодорожному транспорту
«Об обогащении микронутриентами пищевых
продуктов, в том числе массовых сортов хлеба» 99**Профессиональный рост***Александров В.Н.*Гигиена детей и подростков в системе высшего
военно-медицинского образования 103**Горжусь профессией своей**

Всероссийский конкурс «Лучший врач года» 111

Самообразование*Назаров В.Ю. и др.*Актуальные проблемы дезинфекции, дезинсекции
и дератизации в ДОУ 118**Книжная полка** 125**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128**Подписные индексы журнала «Медработник ДОУ» в каталогах:**

«Роспечать» — 80553; 36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120; 39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10339 (в комплекте)

Журнал «Медработник ДОУ» выходит 8 раз в год: с февраля по май,
с сентября по декабрь.

Уважаемые коллеги!

Мы рады снова встретиться с вами на страницах журнала. Сегодня у нас в гостях доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены труда и гигиены питания Иркутского государственного медицинского университета Инна Юрьевна Тармаева. Ее исследования и основные направления деятельности посвящены проблемам и задачам организации рационального питания детей дошкольного возраста.

На страницах этого номера вы познакомитесь с опытом реабилитации и организацией оздоровительной работы с детьми, имеющими различные отклонения в состоянии здоровья. Несомненно интересна и актуальна статья В.В. Голубева и Я.В. Стрельцовой, посвященная проблеме, с которой сталкиваются не только врачи, но и большинство родителей. Скрытые депрессии у детей — причины, внешние проявления, основные этапы развития, диагностика, роль родителей и персонала ДОУ в лечении и профилактике данного заболевания.

Кроме этого, кашель у детей и механизмы его развития, роль медработников ДОУ в организации и проведении профилактических прививок детям, актуальные проблемы дезинфекции, дератизации в ДОУ, профилактика острых кишечных инфекций и много других интересных материалов.

В этом выпуске журнала мы публикуем заключительную часть «Гигиенических рекомендаций по организации воспитания и обучения детей дошкольного (старшего дошкольного) возраста в образовательных учреждениях».

В сегодняшнем номере — итоги IX Всероссийского конкурса «Лучший врач года». Очень символично, что среди победителей много специалистов педиатрического профиля. Торжественную церемонию в этом году открывал Председатель Правительства РФ В.В. Путин. Он отметил, что профессия врача в России всегда пользовалась огромным почетом и уважением и очень важно, чтобы российские медики работали в хороших условиях, владели самыми передовыми технологиями и, конечно, получали достойную заработную плату за свой труд.

Наш коллектив присоединяется к многочисленным поздравлениям в адрес лауреатов конкурса.

Можете поздравить и нас — весной 2010 года учредитель журнала «Медработник ДОУ» — ООО «Творческий Центр Сфера» во главе с генеральным директором Т.В. Цветковой награждено Дипломом лауреата ежегодной международной премии «Лучшая кампания года»! Это радостное событие совпало с еще одним, знаковым: нынешней осенью «ТЦ Сфера» отмечает свой 15-летний юбилей.

С уважением, редакция

Гость номера

Тармаева Инна Юрьевна

д-р мед. наук, профессор кафедры гигиены труда и гигиены питания ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Росздрава, г. Иркутск

Современные представления об основных принципах питания детей дошкольного возраста

Проблема правильной организации питания детей имеет не только медицинское, но и большое социальное значение, поскольку является определяющим фактором. Рациональное питание, отвечающее физиологическим потребностям растущего организма, обеспечивает гармоничное развитие ребенка, повышает его иммунитет, выносливость к различным неблагоприятным факторам окружающей среды [3; 7; 10].

Особенность питания детей обусловлена усилением роста, преобладанием процессов ассимиляции и синтеза из пищевых белков и белковых структур, липидов, углеводов, минеральных и других соединений, необходимых для обеспечения стабильности и обновления морфологических структур, образования функционально активных соединений — ферментов, гормонов.

Детский организм отличается от взрослого бурным ростом и интенсивным течением обменных процессов. На протя-

жении первых лет жизни формируется структура и совершенствуется функция нервной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других жизненно важных систем. Физиологические особенности детей дошкольного возраста характеризуются продолжающимися высокими темпами роста, интенсивной двигательной активностью, структурной и функциональной перестройкой отдельных органов. В связи с этим организм ребенка испытывает высокую потребность во всех пищевых веществах — источниках пластического материала и энергии [5; 7].

Дошкольный возраст — своего рода ключевая фаза жизненного цикла, когда в ходе развития организм оказывается самым ранимым и легко повреждаемым.

Несмотря на существенные количественные различия, а также различия в рекомендуемой кулинарной обработке продуктов, для детей дошкольного возраста сформулированы принци-

пы рационального питания, обеспечивающие наиболее эффективную роль алиментарного фактора в поддержании здоровья. К числу таких принципов относятся:

- адекватная энергетическая ценность рациона, соответствующая энергозатратам ребенка;
- сбалансированность рациона по всем заменимым и незаменимым пищевым факторам, включая белки и аминокислоты, пищевые жиры и жирные кислоты, витамины, минеральные соли и микроэлементы, а также минорные, условно незаменимые нутриенты, необходимые для обеспечения оптимального питания (биофлавоноиды и др.);
- максимальное разнообразие рациона, являющееся основным условием обеспечения его сбалансированности;
- оптимальный режим питания;
- адекватная технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, обеспечивающая их высокие вкусовые достоинства и сохранность исходной пищевой ценности;
- учет индивидуальных особенностей детей (в том числе непереносимость ими отдельных продуктов и блюд);
- обеспечение безопасности питания, включая соблюдение всех санитарных требований к состоянию пищеблока, поставляемым продуктам питания, их транспортировке, хра-

нению, приготовлению и раздаче блюд.

Структура питания детей различных возрастных групп в настоящее время характеризуется продолжающимся снижением потребления наиболее ценных в биологическом отношении продуктов питания: мясо и мясные продукты, молоко и молочные продукты, рыба и рыбные продукты, яйца, растительные масла, фрукты, овощи. При этом увеличивается потребление хлеба и хлебобулочных изделий, картофеля. По обобщенным данным Института питания РАМН, дефицит полноценных белков в рационах детей достигает 25%, витаминов группы А и В — 20—30, аскорбиновой кислоты — 48, пищевых волокон и кальция — 40% [2; 6].

Недостаточное поступление с пищей полноценного белка, витаминов, минералов особенно негативно сказывается на здоровье детского и подросткового контингентов, приводя к нарушению психического развития, повышению склонности к развитию хронических заболеваний, и в конечном итоге препятствует формированию здорового поколения.

Роль белков в жизнедеятельности организма исключительно велика и многообразна.

Организм человека, в особенности детский, практически лишен резервов белка, причем углеводы и жиры также не могут служить его предшественника-

ми. В связи с этим единственным источником пополнения фонда аминокислот и обеспечения равновесия процессов синтеза и распада белка в организме могут служить белки пищевых продуктов, являющиеся в силу этого незаменимыми компонентами пищевого рациона, которые должны ежедневно поступать в организм детей.

В последнее время считается, что наиболее высокие показатели усвояемости белка, баланса и ретенции азота получены при следующих суточных дозах белка на 1 кг веса детей: до 1 года — 5—5,5 г; от 1 года до 3 лет — 4—4,5 г; от 4 до 7 лет — 3,5—4 г; от 8 до 12 лет — 3 г; старше 12 лет — 2—2,5 г. Имеет значение не только количество, но и качество вводимого белка. Полноценность белков определяется наличием в них аминокислот, необходимых для построения белков детского тела.

Доля белков животного происхождения в рационе детей от 1 года до 3 лет составляет 70%, от 3 до 7 — 65, для детей старше 7 лет — не менее 60% от общего количества белка.

Жиры как и белки — важнейшие компоненты, из которых формируются клетки и клеточные мембраны, являющиеся теми структурными единицами, из которых образуются различные ткани и органы человеческого организма. Жиры, следовательно, выполняют в организме пластическую функцию. Вместе

с тем пищевые жиры играют большую роль в удовлетворении потребностей человека в энергии (энергетическая функция жиров). Несмотря на относительно небольшое содержание жиров в обычном рационе детей дошкольного возраста, они удовлетворяют до 30—40% потребностей детей в энергии. Потребность в жире с возрастом изменяется. Жиры следует рассматривать как поставщиков в организм детей широкого спектра жирных кислот, аналогично тому, как белки являются поставщиками аминокислот.

С жиром доставляются растворимые в нем витамины А, D, Е, К — важный фактор роста и развития ребенка.

Нормальный рост и адекватное развитие детей определяется оптимальным соотношением жирных кислот: насыщенных, моно- и полиненасыщенных. Исследования, проведенные в последние десятилетия, позволили установить, что жирные кислоты из ω -6 и ω -3 семейств выполняют в организме важнейшие биологические функции.

Углеводы — основные энергонесущие макронутриенты в питании, обеспечивающие 50—70% общей энергетической ценности рациона. Для детей характерна большая интенсивность углеводного обмена. Минимум углеводов, необходимый детям различного возраста, индивидуально изменчив и в значитель-

ной мере зависит от количества и качества одновременно вводимых других пищевых ингредиентов. Суточное количество углеводов, которое дети должны получать с пищей, значительно увеличивается с возрастом: для детей от 1 до 2 лет — 174 г, 2—3 года — 203 г, от 3 до 7 лет — 261 г, согласно физиологическим нормам питания.

Особенность потребления детьми углеводов заключается в том, что в их питании должны преобладать легкоусвояемые углеводы, источники которых — фрукты, ягоды и их соки, быстро используемые в детском организме для гликогенообразования.

Большое значение в питании человека отводится клетчатке растительных продуктов, состоящей из пищевых волокон. Клетчатка влияет на интенсивность абсорбции и метаболизма жиров, углеводов и белков, а также способна менять обмен стероидов и баланс минеральных веществ, создает чувство насыщения пищей, стимулирует функцию кишечника и желчеотделения, формирует и увеличивает каловые массы, разжижает кишечное содержимое, изменяет скорость всасывания глюкозы из кишечника, что снижает уровень глюкозы в крови и соответственно потребность в инсулине, положительно влияет на кишечную микрофлору. В результате многолетних наблюдений установлено, что наилучшие

показатели физического и нервно-психологического развития детей дошкольного возраста были в тех случаях, когда соотношение белков, жиров и углеводов на 1 кг массы тела в ежедневном рационе составляло 1:1:4.

Микронутриенты относятся к незаменимым пищевым веществам и необходимы для нормального осуществления всех биохимических процессов в организме: обмена веществ, роста и развития. Организм не синтезирует и не депонирует микронутриенты, поэтому необходимо их регулярное поступление в полном объеме и физиологических количествах в готовом виде с пищей. Роль витаминов и минеральных веществ в детском возрасте особенно велика, что связано с интенсивностью процессов роста формирования организма ребенка, напряженностью обменных процессов в этот период. Чрезвычайно серьезная проблема питания детей — распространенный дефицит в их рационе витаминов, минеральных солей и микроэлементов (кальция, железа, йода, селена, цинка). Широкое распространение полигиповитаминозных состояний, их неблагоприятные последствия для здоровья молодого поколения диктуют необходимость принятия широкомасштабных мер по профилактике дефицита микронутриентов у детей как в домашних услови-

ях, так и в дошкольных, школьных и детских лечебно-профилактических учреждениях. При организации питания детей в организованных коллективах большое значение должно уделяться режиму питания. Под «режимом питания» понимаются:

- количество приемов пищи в течение суток (кратность питания);
- распределение суточного рациона по его энергоценности, химическому составу, продуктовому набору и массе на отдельные приемы пищи;
- время приема пищи в течение суток;
- интервалы между приемами пищи;
- время, затрачиваемое на прием пищи.

Особенность режима питания детей в организованных коллективах: дети получают трехразовое питание, обеспечивающее 75—80% от суточного рациона, при этом завтрак должен составлять 25% от суточной энергетической ценности, обед — 40, полдник — 15—20%. Ужин, на который остается 20% суточной калорийности, дети получают дома. Блюда, содержащие мясо, рыбу, яйца, рекомендуется принимать в первую половину дня — на завтрак и обед. На ужин желательно давать молочно-растительную, легко усваиваемую пищу, так как ночью, во время глубокого сна, процессы пищеварения замедляются. Не-

которые продукты должны включаться в рацион питания ребенка ежедневно, а некоторые он может получать 2—3 раза в неделю или через день. Для правильного питания детей необходимо соблюдение суточного и разового объема пищи, который должен строго соответствовать возрасту ребенка. Таким образом, при разработке здорового питания в организованных коллективах важно учитывать все особенности питания детей, обеспечивающие хорошее их развитие и профилактику неинфекционных заболеваний.

Литература

1. Баранов А.А., Ильин А.Г., Кучма В.Р. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // Российский педиатрический журнал. 2005. № 2.
2. Батулин А.К. Разработка системы оценки и характеристика структуры питания и пищевого статуса населения России // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1998.
3. Горелова Ж.Ю., Кизенко О.А., Мосов А.В. Совершенствование организации питания детей и подростков в образовательных учреждениях // Вопросы детской диетологии. 2003. Т. 1. № 2.
4. Доценко В.А. Фундаментальные основы рационального, профилактического и диетического питания // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2007. № 2.
5. Ладодо К.С., Нетребко О.К. Питание детей раннего возраста // Педиатрия. 2001. № 4.

6. *Спиричев В.Б.* Дефицит витаминов в питании детского и взрослого населения России. Последствия и пути его восполнения // Сб. науч.-метод. конф. «Формирование профилактической медицины регионального уровня и прикладные вопросы медицинской профилактики». Иркутск, 2006.

7. *Тутельян В.А., Конь И.Я.* Руководство по детскому питанию. М., 2004.

8. *Тутельян В.А.* и др. Реализация концепции государственной политики здорового питания населения России на региональном уровне: формирование региональ-

ной политики и региональных программ. Методические аспекты разработки и реализации программ // Вопросы питания. 2005. Т. 74. № 2.

9. *Тутельян В.А., Конь И.Я., Каганов Б.С.* Питание здорового и больного ребенка. М., 2007.

10. *Шабров А.В.* и др. Региональные программы здорового питания населения Северо-западного региона // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова. 2007. № 2.

11. *Щепин О.П.* и др. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России. М., 2007.

Роспотребнадзор сообщает

Оценка состояния здоровья детей и подростков в Республике Карелия свидетельствует о росте заболеваемости в возрасте от 1 года до 17 лет. Установлено, что состояние здоровья детей лучше в ДООУ по сравнению с детьми и подростками общеобразовательных учреждений.

Выявлено, что в структуре заболеваемости на долю болезней, связанных с организацией учебного процесса, приходится 57% в дошкольных учреждениях и 50% в школах. Алиментарно-зависимые заболевания составляют соответственно 31 и 30%, а на заболевания, зависящие от гиподинамии и обеспечения подбора учебной мебели, приходится у дошкольников 12%, у школьников — 20%.

Установлено, что в группе факторов образовательной среды наиболее сильное влияние на здоровье школьников оказывает уровень санитарно-технического состояния (коэффициент корреляции (r) 0,87 ($p < 0,05$), организация учебного процесса (r) 0,82 ($p < 0,05$), организация питания (r) 0,85 ($p < 0,05$) (Управление Роспотребнадзора по Республике Карелия).

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году».

Поговорим о правильном питании (семинар для работников ДОУ)

Харитончик Т.А.,
директор МДОУ ЦРР — д/с № 15, городской
округ Отрадный Самарской обл.

Цель: привлечь внимание руководителей к проблеме питания детей в ДОУ; обменяться опытом.

Участники: руководители ДОУ, старшие медицинские сестры, врачи-педиатры, члены родительского комитета.

Выступление ведущего

Одно из приоритетных направлений деятельности МДОУ ЦРР — д/с № 15 — физкультурно-оздоровительное. Важно сформировать у детей представление о необходимости заботы о своем здоровье, и в первую очередь о значении правильного питания как составной части сохранения и укрепления здоровья. Качество питания оказывает решающее влияние на его состояние в любом возрасте. Оно зависит от пищевых ингредиентов (белки, жиры, углеводы) и микронутриентов (витамины + минеральные вещества). Рацион питания дошкольника зависит от особенности развития детей дошкольного возраста, их поведения, образа жизни, навыков и умений.

Как известно, у большинства дошкольников два дома. Организация питания детей в ДОУ должна сочетаться с правильным питанием в семье. Первый дом — детский сад, где они завтракают, обедают, полдничают, иногда ужинают, и родительский дом, где только ужинают. Исключение составляют субботние и воскресные дни, когда вся семья питается вместе, что вносит определенный диссонанс в питание дошкольника.

Готовясь к семинару, мы провели анкетирование родителей, в ходе которого выяснилось, что большинство из них не представляет, как правильно организовать питание дошкольника. Так, например, некоторые считают, что в детском саду кормят недостаточно и

ГИГИЕНА



стараятся устроить дома ужин поплотнее, в то время как он должен составлять 20% от суточной энергетической ценности. Следовательно, очень важно поддерживать правильный режим, т.е. домашнее питание должно дополнять рацион детского сада. Родителям необходимо сообщать о продуктах и блюдах, полученных ребенком в течение дня в ДОУ, для чего в группах вывешивается меню на день. Поэтому вечером необходимо дать ребенку продукты, которые он не получал днем. Кроме того, воспитатели и медицинские работники должны давать родителям рекомендации по составу домашних ужинов и питанию ребенка в выходные дни.

Некоторые родители хотят побаловать ребенка в выходные и особенно в праздничные дни, закармливают его сладостями и деликатесами, что вызывает иногда расстройство. Родители должны понимать, что перед отправлением в детский сад не следует кормить ребенка, а если приходится приводить рано, то можно дать ему стакан кефира или яблоко сразу после пробуждения.

Немаловажный аспект — особенности питания ребенка в период адаптации к ДОУ. Переход детей от домашнего воспитания к воспитанию в коллективе почти всегда сопровождается психологическими трудностями. Часто в период адаптации у них

ухудшается аппетит, нарушается сон. Поэтому перед поступлением в детский сад родителям рекомендуется приблизить режим питания и рацион к условиям детского учреждения, приучить ребенка к тем блюдам, которые там дают, особенно если дома он их не получал.

В дошкольном возрасте в организме ребенка продолжают активные процессы роста, формирования и становления всех органов и систем, интенсивно протекают обменные процессы. Ребенок вырастает на 8—10 см в год, а к 6—7 годам масса его тела приблизительно вдвое превышает массу годовалого ребенка. Особенно характерна для дошкольника двигательная активность. Они много бегают, прыгают, любят спортивные игры, что сопровождается большими затратами энергии. Такое интенсивное развитие требует относительно большого поступления пластического материала, в первую очередь белков, витаминов, минеральных веществ, а также богатых энергоносителями жиров и углеводов.

Рациональное питание — это соответствие количества и качества пищи потребностям организма.

Основные принципы питания ребенка

1. Достаточность, т.е. полное покрытие потребности детско-

го организма в основных пищевых веществах и энергии.

2. Сбалансированность, т.е. все пищевые вещества рациона находятся в определенном соотношении друг с другом.

Для дошкольника оптимальное соотношение в рационе белков, жиров, углеводов составляет 1:1:4. Нарушение этого соотношения ведет к разбалансированности и, как следствие, может вызвать нарушения в состоянии здоровья.

3. Максимальное разнообразие рациона.

4. Адекватная технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, обеспечивающая их высокие достоинства и сохранность исходной пищевой ценности.

5. Четырехразовое питание. Пищевые стрессы, вызванные резкими переменами в режиме питания, не проходят бесследно для организма. Режим питания должен соблюдаться постоянно. Это научно обоснованная рекомендация. Отклонение от установленного времени не должно превышать 15—30 мин, так как одни и те же интервалы между приемами пищи предоставляют организму достаточно времени для ее переваривания.

6. Учет индивидуальных особенностей (в том числе непереносимость отдельных продуктов и блюд).

Основные принципы составления меню

Обязательное условие рационального питания — правильно составленное меню, при разработке которого нужно учитывать следующие факторы:

- утвержденные наборы продуктов питания;
- длительность работы учреждения, определяющего число приемов пищи;
- сложившиеся традиции и привычки;
- совместимость продуктов и наилучшее сочетание блюд.

Как правило, меню составляется на декаду. Каждое ДОУ должно иметь два перспективных меню (зимне-весеннее и летне-осеннее): на 10 дней или две недели.

При составлении меню следует учитывать:

- утвержденный среднесуточный набор продуктов для каждой возрастной группы;
- объем порций для этих групп;
- нормы потерь при холодной и тепловой обработке продуктов;
- выход готовых блюд;
- нормы взаимозаменяемости продуктов при приготовлении блюд;
- данные о химическом составе продуктов и блюд.

Составляя меню, в первую очередь необходимо позаботиться о достаточном содержа-

нии в нем главного строительного материала — белка. Ежедневная потребность в нем у дошкольника 68 г, из них живых белков — 65%, приблизительно такая же потребность и в жирах, причем не менее 15% должны составлять растительные жиры. Углеводы — основные носители энергии. Их содержание в рационе ребенка должно в 4 раза превышать количество белка.

При составлении меню лучше не повторять блюда, сходные по составу. Если суп с крупой, то на второе блюдо — овощи, которые, особенно сырые, желательно вводить в рацион ежедневно в виде салатов. Овощные салаты, заправленные растительным маслом, даются в небольших количествах (до 3 лет — 1–2 столовые ложки, дошкольникам — 2–4). Большое значение имеет правильное сочетание блюд в рационе, что не только вносит разнообразие, но и повышает усвоение отдельных продуктов. Так, мясо лучше усваивается с овощами, а крупы — с молоком и творогом. Суточная калорийность: завтрака — 25–30%, обеда — 35–40, ужина — 20–25%.

После выступления ведущего участникам предлагается составить режим питания дошкольника с указанием интервалов между приемами пищи, а также меню на один день для ребенка 4–6 лет.

Типовой режим питания дошкольников (образец)

Завтрак: 8.30–9.00.

Обед: 11.45–12.30.

Полдник: 15.15–15.45.

Ужин: 17.30–18.00.

Затем ведущий предлагает поговорить о трудностях родителей при организации питания ребенка дошкольного возраста.

1. Современные проблемы питания взрослого и детского населения общеизвестны: избыточное потребление хлеба, картофеля, макаронных изделий и очень малое использование в меню плодов, овощей, трав, молочной продукции и рыбы. Имеющиеся в продаже рафинированные продукты бедны витаминами и другими биологически важными веществами.

Вкусовые ощущения и привычки зарождаются у человека в раннем возрасте. От того, насколько он привыкнет к той или иной пище, будет в дальнейшем зависеть характер его питания. Это важно знать родителям. Здесь нужно остановиться на использовании жевательной резинки, которую родители дают детям или вместо лакомства, или для развлечения, т.е. вне всякой связи с приемами пищи. Жевание ведет к выделению желудочного сока, а он нужен для переваривания пищи. Таким образом, чрезмерное бессистемное употребление жевательной резинки

может привести к повреждению слизистой кислым желудочным соком, а отсюда — прямой путь к эрозии, язве желудка.

2. Сейчас ассортимент всевозможных сладостей насчитывает свыше тысячи наименований. Никто не спорит о том, что сахар — один из незаменимых продуктов питания. Он прекрасно усваивается, обладает высоким энергетическими и хорошими вкусовыми свойствами. Однако необходимо помнить, что чрезмерное потребление сахара может оказаться вредным для организма. Вместо положенных 60 г в день большинство дошкольников получают в 2 раза больше. Уже упоминалось, что вкусовые привычки у человека формируются до 5-летнего возраста. Поэтому нужно как можно дальше отодвигать знакомство с сахаром, примерно до 6—7-летнего возраста. Потребление большого количества сахара и кондитерских изделий в известной степени оправдано лишь при напряженной физической нагрузке, усиленных занятиях спортом. Для детей избыток сахара — это всегда лишние калории, повышающие риск развития нарушений жирового и углеводного обмена.

Чрезмерное потребление сахара ведет к таким заболеваниям, как сахарный диабет, функциональная гипогликемия (снижение уровня сахара в крови).

Далее выступает врач-педиатр на тему «Сахарный диабет у детей дошкольного возраста».

После выступления врача-педиатра ведущий предлагает поучаствовать в викторине, посвященной правильному питанию. Для этого участники семинара делятся на две команды.

1-й тур. Какой витамин содержится в этих продуктах? (Демонстрируются их изображения.)

1. Черная смородина, шиповник, апельсин, красный перец, помидор, клюква, капуста, зеленый лук. (*Витамин С.*)

2. Ржаной хлеб, салат, морковь, картофель, дрожжи. (*Витамин В.*)

3. Яичный желток, подсолнечное масло, говяжья и тресковая печень, арахис, облепиха, шиповник, черноплодная рябина. (*Витамин Е.*)

4. Морковь, сливочное масло, молоко, яйца, рыбий жир, горох, капуста, щавель, облепиха. (*Витамин А.*)

2-й тур. Выбери нужное

1. В каком из продуктов наибольшее разнообразие витаминов и в самом большом количестве: хлебе, свежей капусте, печени, молоке? (*В печени.*)

2. Действия солнечных лучей позволяют организму вырабатывать один витамин — какой? А, D, E, B₆. (*Витамин D.*)

3. Какой из перечисленных витаминов водорастворимый? А, В, D, К. (*Витамин В.*)

4. Как лучше приготовить картофель, чтобы сохранить в нем витамин С? Сварить, поджарить, испечь в кожуре. (*Запечь в кожуре.*)

3-й тур. Витаминный салат

Два представителя от команды должны приготовить витаминный салат, дать ему оригинальное название, сказать, какие витамины в нем имеются. Оценивается в 5 баллов.

4-й тур. Конкурс плакатов

От каждой команды выбирается по одному художнику. Они должны придумать плакат на тему «Ешьте овощи и фрукты — витаминные продукты». Оценивается в 5 баллов.

Конкурсы 3-го и 4-го туров выполняются одновременно.

5-й тур. Конкурс частушек

Каждой команде предлагается сочинить по 2—3 частушки о питании.

6-й тур. Эстафета

Командам предлагается по очереди назвать витаминные препараты, имеющиеся в настоящее время в аптеках.

7-й тур. Подбери картинку

Каждая команда получает карточку с названием витамина. На отдельном столе лежат картинки с продуктами. Участники должны выбрать картинки с продуктами, в которых есть витамин, названный на их карточке.

8-й тур. Конкурс капитанов

Капитанам завязывают глаза, предлагают определить по запаху овощ или фрукт и сказать, какой витамин в нем находится.

По окончании последнего тура подводятся итоги. Затем участники семинара обмениваются мнениями.

Организация рационального здорового питания в МДОУ

Аблахатова Е.А.,
заведующий;

Малкова О.А.,
заместитель заведующего по УВР МДОУ ЦРР — д/с № 418,
г. Челябинск

Проблеме здорового питания детей в последнее время придается большое значение как одному из приоритетных направлений государственной политики. От-

раслевая целевая программа «Организация питания воспитанников и обучающихся в МОУ г. Челябинска на 2008—2010 гг.» является комплексом мероприя-

тий, направленных на укрепление здоровья, снижение заболеваемости подрастающего поколения, совершенствование организации и улучшение качества питания.

В целях систематизации методической работы в Тракторозаводском районе г. Челябинска, приказом районного Управления образования от 05.09.2008 № 86-у «О базовых муниципальных образовательных учреждениях» был определен ряд дошкольных учреждений, организующих методическую деятельность в районе. К их числу определили и наше ДООУ. Нам предстояло в 2008/09 уч. г. работать по направлению «Организация рационального здорового питания как приоритетное направление здоровьесбережения воспитанников МДОУ».

В соответствии с разработанным планом по данному направлению у нас в учреждении были организованы семинары для заведующих дошкольными учреждениями района, заместителей заведующих по УВР и старших воспитателей, оказывалась консультационная помощь по запросам.

План мероприятий предусматривал решение конкретных задач, таких как знакомство заведующих с организационно-управленческим аспектом организации питания воспитанников ДООУ, а именно — разработанной нормативной базой и организа-

ционными мероприятиями по обеспечению питания воспитанников. Нам предстояло обобщить и распространить опыт по организации методической работы с педагогами по формированию у детей здорового образа жизни в условиях программы «Разговор о правильном питании».

На семинар для руководителей ДООУ была приглашена врач-педиатр детской городской клинической больницы № 1 М.Е. Тимашкова. Она подробно остановилась на медицинском аспекте организации питания воспитанников, на примерах раскрыла необходимые и важные принципы соблюдения рациональности питания детей.

Особый интерес вызвал вопрос организационно-управленческого аспекта организации питания воспитанников в дошкольном учреждении, раскрытый заведующим МДОУ № 418 Е.А. Аблахатовой. Она рассказала об алгоритме действий руководителя по данному вопросу. Обеспечение нормативно-правовой документации является ведущим и определяющим в деятельности заведующего. Поэтому в январе каждого года деятельность руководителя по данному вопросу начинается с издания локального приказа по организации питания в дошкольном учреждении. Приказ предусматривает:

- полномочия всех ответственных лиц, отвечающих за организацию питания;
- графики закладки продуктов и выдачи готовой продукции;
- состав комиссии, отвечающей за организацию и контроль приготовления пищи;
- состав комиссии по снятию остатков продуктов питания в кладовой;
- документационный и материальный инструментарий на пищеблоке;
- назначение ответственных за организацию питания детей в каждой группе.

У каждого звена, отвечающего за организацию питания в учреждении, имеется свой пакет документов.

У руководителя ДОО:

- приказы и распоряжения вышестоящих организаций по данному вопросу;
- наличие примерного 10-дневного меню, утвержденного органом Роспотребнадзора;
- методические рекомендации по организации питания в детском саду;
- внутрилокальный приказ, о котором шел разговор выше.

У медицинских работников и на пищеблоке:

- нормы потерь массы продуктов и блюд при холодной и тепловой обработке;
- таблицы отходов пищевых продуктов при холодной кулинарии;

- перечень признаков доброкачественности основных пищевых продуктов;
- утвержденные технологические карты приготовления блюд.

В нашем ДОО у всех ответственных лиц, будь то заведующий, старшая медсестра или заместитель заведующего по УВР, составлены циклограммы совместного внутрилокального контроля организации питания детей, в которых четко прописываются день и кратность контроля. Два раза в месяц заведующий проводит малые аппаратные совещания по решению вопросов, стоящих на контроле по питанию. На совещаниях заслушиваются отчеты ответственных лиц, а также приглашаются сотрудники, допустившие нарушения и оплошности в работе. Здесь же проводится анализ накопительной ведомости и корректировка действующих меню. Это связано с тем, что не всегда у поставщиков в наличии имеются продукты, удовлетворяющие требованиям 10-дневного меню и СанПиН. Накопительная ведомость — единственный документ, который помогает скорректировать натуральные и денежные нормы при выявлении отклонений.

Хорошей традицией в ДОО стал экономический анализ выполнения суточного набора продуктов и денежного норма-

тива на одного ребенка в день, проводимый бухгалтером дошкольного учреждения.

С целью информированности сотрудников и родительской общественности о питании детей в ДОО перед пищеблоком размещены стенды «Уголок здорового питания» и «Для вас, сотрудники».

В «Уголке здорового питания» имеются таблицы с указанием выполнения натуральных норм на одного ребенка и массой порций для детей в зависимости от возраста. Для сотрудников составлен график выдачи пищи в группы, оборудованы кармашки для ежедневного указания количества детей в группах. На стенде ежедневно вывешивается меню с выходом объема порций для детей и рекомендациями по домашнему питанию в выходные дни (дополнительно для родителей вывешивается в каждой группе).

В каждом детском саду есть дети, у которых отмечается определенная непереносимость тех или иных продуктов, в связи с этим очень важно скоординировать деятельность всех взрослых на конкретного ребенка. Изучив медицинскую карту ребенка, сотрудники ДОО выстраивают благоприятное для малыша отношение в вопросе организации питания. Взаимосвязь старшей медсестры, воспи-

тателей, младших воспитателей, поваров поможет избежать неблагоприятных ситуаций. В связи с этим на стенде «Для вас, сотрудники» располагаются не только график закладки продуктов в котел и указаны ответственные лица, но и таблица замены продуктов-аллергенов и список детей, имеющих определенную непереносимость отдельных продуктов питания. Провоцирующие продукты детям с пищевой аллергией не выдают, а заменяют (гарнир или третье блюдо: свеклу меняют на картофель, кисель — на чай и т.д.).

В ходе семинара для руководителей прошел обмен мнениями. В результате было установлено, что из присутствующих (44 заведующих) 70% руководителей увидели проблемы по организации питания и шаги к их решению, а 30% получили необходимые знания, что говорит о значимости проведенного мероприятия.

Таким образом, на семинаре определены приоритеты деятельности руководителя по организации питания в ДОО.

1. Обеспечение нормативно-правовой основы организации качественного питания.

2. Создание кадрового поля, ответственного за осуществление рациональности и сбалансированности в питании детей.

3. Организация работы не только с персоналом ДООУ, но и с родителями и детьми.

Формирование навыков правильного питания, как составной части здорового образа жизни через просвещение, — одна из главных задач воспитания здорового образа жизни в дошкольном возрасте. Здесь главную роль играют педагоги, организующие данную работу в группах. Что сделать, чтобы они не ждали указаний, а сами творили? На этот вопрос был найден ответ на семинаре для заместителей заведующих по УВР и старших воспитателей района, который проводился в апреле 2009 г. Был представлен опыт работы методической службы ДООУ с педагогами, опыт работы воспитателей Л.В. Черданцевой «Программа “Разговор о правильном питании” как часть формирования здорового образа жизни на примере игры-драматизации “Огород — круглый год”» и О.В. Балиной «Реализация программы “Разговор о правильном питании”». Также вниманию участников семинара был представлен опыт издания в нашем учреждении газеты «Веселая семейка», где ежемесячно в доступной форме раскрывается информация о жизни учреждения и освещаются актуальные темы.

Сейчас на рынке книгоиздательской продукции много раз-

нообразной литературы по сохранению и укреплению здоровья детей. Как разобраться в них и выбрать нужную? Готового ответа не может быть. Все методики хороши, нужно предоставить альтернативу педагогам и предложить им самим выбрать, взвесив все «за» и «против». Не нужно забывать, что если предлагать педагогам готовые конспекты занятий и планы деятельности, то о развитии творчества у таких педагогов не может быть и речи.

Развитие креативных подходов к организации образовательного процесса и повышение мастерства педагогов в нашем учреждении происходит через разнообразные формы методической работы. Были проведены: педсовет «Здоровый ребенок — здоровое общество», консультация «Человек есть то, что он ест», семинар «Столовый этикет — с малых лет», тренинг «Педагог — основа благополучия в группе», конкурсы, круглые столы, совместные праздники. В результате в этом учебном году педагоги обобщили свой опыт работы по формированию у детей привычек здорового образа жизни и опубликовали его в журнале «Логопед» № 4 за 2009 г. (учитель-логопед С.И. Даренских, воспитатели О.Б. Балина и Е.Б. Дегтярева).

Самыми распространенными формами обучения педагогов в нашем ДООУ признаны формы,

позволяющие реализовывать субъект-субъектный подход в организации взаимодействия, способствующий формированию активной познавательной позиции педагогов. Организуя работу по программе «Разговор о правильном питании», мы проводим дискуссии, практикумы, взаимообучение (наставничество) и взаимоконтроль, презентации опыта на экране компьютера.

У нас в учреждении работает творческая группа педагогов, реализующих данную программу.

Приведем пример семинар-практикума «Столовый этикет — с малых лет».

Выбор темы семинара объяснялся возросшим интересом педагогов к теме соблюдения столового этикета детьми. За теоретическую основу были взяты критерии Программы воспитания и обучения (М.А. Васильева, В.В. Гербова, Т.С. Комарова) и раздел «Этикет» из программы «Разговор о правильном питании».

Семинар-практикум проводился с использованием интерактивных форм и методов обучения с целью удовлетворения потребностей педагогов в знании о столовом этикете.

Задачи семинара:

- активизировать знания воспитателей по данной проблеме;
- включить их в педагогический

поиск решения проблемы соблюдения этикета во время приема пищи детьми;

- активизировать творческий потенциал с помощью интерактивных форм и методов обучения (действия в команде, анализ ситуаций и т.д.);
- учить общаться, вести дискуссии, вырабатывать единое мнение в микрогруппах.

Первая часть занятия была посвящена рассмотрению теоретических аспектов правил соблюдения столового этикета. Далее предлагалось объединиться в микрогруппы для обоснования необходимости соблюдения этикета сотрудниками и детьми во время приема пищи. После выступлений команд вниманию воспитателей была предложена презентация «Этикет в жизни ДОУ», с помощью которой педагоги оценивали ситуации на фотографиях и определяли положительное и отрицательное в поведение окружающих. В заключение с педагогами была проведена игра «Какой столовый прибор для какого блюда, продукта?», где нужно было распределить предложенные продукты питания и виды блюд так, чтобы стало ясно, какими столовыми приборами необходимо пользоваться во время еды.

Таким образом, система заданий позволяет расширить кругозор педагогов, учит их

творчески подходить к решению задач, а также на практике применять теоретические знания.

Конечный результат любого методического мероприятия будет высок и отдача эффективна, если при подготовке и проведении используются разнообразные методы включения каждого педагога в активную работу. Выбор методов для каждого конкретного методического мероприятия определяется целями и задачами, особенностями содержания, контингентом педагогов, конкретным состоянием учебно-воспитательного процесса по проблеме.

Как отмечалось ранее, важнейшее условие развития личности ребенка — взаимодействие с семьей. В связи с этим в нашем учреждении в работе с родителями активно решается комплекс задач по вопросам здорового и правильного питания детей дома, решение которых позволяет:

- формировать позитивный эмоциональный контакт между педагогами группы и родителями;
- педагогически просвещать родителей;
- выстраивать единый подход к воспитанию и обучению детей путем согласования действий по преодолению трудностей;

— транслировать лучший опыт семейного воспитания.

В детском саду периодически организуются открытые занятия и развлечения с участием родителей по темам: «Знаю полезные продукты», «Путешествие Красной Шапочки», «За здоровьем мы идем, полезное с собой возьмем»; спектакли-драматизации: «Под грибом», «Каша из топора». Для молодых родителей проводятся круглые столы с дегустационными гостиницами, занятия в школе «Заботливых родителей». Родители также не остаются в стороне при подготовке мероприятий для детей по формированию привычек здорового образа жизни, а именно культуры питания. Они являются активными помощниками при изготовлении пособий для дидактических и сюжетно-ролевых игр, атрибутов и костюмов для спектаклей. Традиционным стало участие семей наших воспитанников в конкурсах семейных фотографий под тематикой программы «Разговор о правильном питании». Ежегодно родители активно подключаются к участию в данном конкурсе и находят признание на районном, городском и областных уровнях.

Кашель у детей: патогенетические механизмы его развития

Мартынович Н.Н.,

*д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой
педиатрии, Иркутский государственный
медицинский университет, г. Иркутск*

ПЕДИАТРИЯ



В своей повседневной работе сотрудникам ДОУ приходится сталкиваться с теми или иными отклонениями в состоянии здоровья детей. Заболевания респираторного тракта, клинически проявляющиеся в первую очередь кашлем, — наиболее распространенные. Знание физиологии кашля, основных причин его развития (патогенез), клинических проявлений, в зависимости от уровня поражения бронхиального дерева, позволит как медицинскому работнику, так и педагогу выбрать правильный алгоритм действий при первом контакте с больным ребенком и в процессе динамического наблюдения.

Кашель — частый и в подавляющем большинстве случаев обязательный симптом при различных заболеваниях органов дыхания. Кашель является одним из респираторных рефлексов, представляющих второй эшелон механической защиты дыхательных путей. Первым барьером, как известно, служат реснички мерцательного эпителия и секреторный аппарат дыхательных путей, которые постоянно и незаметно эвакуируют из бронхов и трахеи большую часть ингалированных примесей, создавая так называемый механизм мукоцилиарного клиренса (процесс физиологического очищения дыхательных путей).

Патофизиология кашля

Наши знания о причинах возникновения кашля далеко не полные. Известно, что кашель — сложный рефлекс, начинающийся в чувствительных окончаниях блуждающего нерва, которые имеются не только в дыхательных путях, но и других органах: плевре, пищеводе, желудке, наружном слуховом проходе, барабанной перепонке, задней стенке глотки и др. По афферентным путям блуж-

дающего нерва раздражение передается в продолговатый мозг, где вблизи дыхательного центра располагается кашлевой центр, а оттуда — по эфферентным двигательным путям спускается к органам-эффекторам: дыхательным мышцам, гортани, трахеи, бронхам, диафрагме. Существует и высший центр кашля, благодаря которому мы можем произвольно кашлять и задерживать кашель. Он находится в краниальной части моста.

Различают три фазы механизма кашля:

инспираторная — за счет глубокого вдоха при полностью открытой голосовой щели достигается максимальный объем легких, что можно сравнить с растяжением пружины в ударном механизме ружья;

компрессии — начинается с плотного смыкания голосовых связок благодаря сокращению мышц, приводящих черпаловидные хрящи;

экспираторная — на фоне продолжающегося сокращения грудных и брюшных мышц внезапно раскрывается голосовая щель и воздух с очень большой скоростью выталкивается наружу. Создаваемый при этом поток способен удалить из дыхательных путей не только патологический секрет, но и довольно крупные инородные тела.

Выход воздуха сопровождается характерным звуком, возникающим за счет вибрации голосовых связок и стенок гортани, этот

звук мы и называем кашлем. Вибрация стенок гортани способствует отделению слизи от стенок дыхательных путей и созданию взвеси секрета в выделяемом воздухе. Высокое внутригрудное (внутриплевральное) давление, создаваемое сокращением экспираторных мышц, вызывает динамическую компрессию трахеобронхиального дерева. Но компрессии в большей степени подвергаются крупные дыхательные пути, а эффективность кашля в мелких дыхательных путях неэффективна. Это хорошо известно бронхологам, которые видят при бронхоскопии у астматиков в субсегментарных бронхах плотные сгустки мокроты, которые не удается откашлять даже при форсированном кашле. Более эффективное очищение нижних дыхательных путей происходит именно во второй половине экспираторной фазы кашля. Отсутствие или нарушение тех или иных механизмов, обеспечивающих кашель, тяжело сказывается на состоянии респираторной системы. Примером являются тяжелые бронхиты и пневмонии у трахеотомированных и оперированных больных, у больных полирадикулоневритами и миастенией. То же происходит и у больных с выраженной бронхоконстрикцией на высоте астматического состояния и у больных с эмфиземой легкого. Отсутствие эффективно-го откашливания ведет к задержке мокроты, воспалению в ды-

хательных путях и гнойным легочным осложнениям.

Что же собой представляет кашлевой рецептор? Окончательного ответа на этот вопрос до настоящего времени не получено. По мнению одних ученых, в стенке бронхов существуют туссогенные рецепторы различного характера. Они считают, что механические, термические, химические раздражители воспри-

нимаются миелиновыми нервными волокнами, расположенными более поверхностно. Немиелиновые, так называемые С-волокна, реагируют на изменения тонуса мышц бронхов, а также на гуморальные факторы воспаления. Другая — бронхомоторная теория кашля предполагает, что раздражение слизистой ведет вначале к бронхоконстрикции, которая, в свою очередь, вызывает кашель. Но

Таблица 1

Частота, глубина и сила кашля

Кашель частый и резкий	Кашель слабый и короткий (покашливание)
Ларингит	Бронхиальная астма
Фарингит	Хроническая патология носоглотки (ринит, аденоидит, фарингит)
Трахеобронхит	Туберкулез легких
Пневмония	Плеврит
Инородное тело	—
Диссеминированные формы туберкулеза	—

Таблица 2

Специфические особенности кашля при некоторых заболеваниях в зависимости от тембра и тональности кашля

Заболевание	Характер кашля
Ларингит	Лающий, хриплый
Фарингит	Сухой, частый
Истинный и ложный круп	Лающий, непродуктивный
Туморозный бронхоаденит	Битональный
Пороки развития БЛС	Вибрирующий, продуктивный
Бронхиальная астма	Звонкий
Некротически-язвенный ларингит, поражение дыхательных путей при дифтерии	Афонический

эту теорию разделяют далеко не все, и она на опыте оказывается несостоятельной. Иначе говоря — кашель может возникать и при отсутствии изменений со стороны легочной паренхимы (доказано в опытах на животных). Нервные пути для кашля и бронхоконстрикции раздельны и каждый ответ может восприниматься независимо. Далеко не всегда при кашле отмечается бронхоконстрикция, но то, что бронхоспазм может провоцировать кашель, доказывают клинические и экспериментальные наблюдения.

Таким образом, мы видим, что в патофизиологии кашля еще много «белых пятен». Не меньше их и в диагностике причин возникновения кашля, тактике применения противокашлевых и отхаркивающих средств в каждом конкретном случае. Практикующему врачу необходимо усвоить такое правило: с кашлем не надо бороться, им нужно уметь управлять на разных этапах заболевания. Для этого необходимо дифференцировать кашель по ряду признаков и в каждом случае находить причину кашля (табл. 1, 2).

Основные параметры клинической характеристики кашля

*Временная характеристика
кашля:*

- остро возникший кашель (рис. 1);
- затяжной (более 2-х недель) (рис. 2);

- рецидивирующий (сопровождает каждый эпизод ОРВИ и превышает длительность двух недель);
- длительный постоянный (в разные периоды заболевания может ослабевать или усиливаться, но принципиально важно, что ребенок постоянно кашляет).

Одной из важных характеристик кашля является его продуктивность. В зависимости от количества и качества образующейся мокроты различают **кашель сухой и влажный** (табл. 3). Влажный кашель делится в свою очередь на продуктивный и непродуктивный.

Особенности мокроты (цвет, консистенция) у детей не играют роли при диагностике причин кашля (табл. 4), так как дети мокроту в основном проглатывают и получить ее можно в основном при бронхологическом исследовании.

Наряду с частыми причинами кашля существуют и **редкие причины кашля**. Возникновение кашля может быть связано с заболеваниями легких, а также с патологическими состояниями других систем организма.

Редкие причины кашля

Связаны с патологическими состояниями БЛС:

- трахеобронхомаляция;
- стеноз;
- стриктура воздушных путей;
- трахеобронхомегалия;
- легочной гистиоцитоз;
- альвеолярный протеиноз;

Таблица 3

**Характеристика «продуктивности» кашля
при различных заболеваниях**

Кашель сухой	Кашель влажный
Начальная стадия острого фарингита, ларингита, бронхита, пневмонии	Хронические бронхо-легочные заболевания
Предприступный и приступный периоды бронхиальной астмы	Острый простой и обструктивный бронхиты
Катаральный период коклюша	Пневмония (период разгара)
Инородное тело ТБД	Приступный и послеприступный периоды бронхиальной астмы
Сдавление дыхательных путей объемным образованием извне	Спастический период коклюша
Плеврит	Муковисцидоз
	Абсцесс легкого
	Туберкулез легких
	Пороки развития трахеи и бронхов
	Паразитарные поражения легких

Таблица 4

**Клиническая характеристика кашля
при различных заболеваниях органов дыхания**

Заболевание	Характеристика кашля
1	2
Назофарингит, острый ринит, хронические заболевания носоглотки	Заложенность носа, воспалительные изменения со стороны носоглотки, а также стекание слизи по задней стенке глотки приводит к возникновению кашля. Усиление кашля обычно происходит ночью и утром
Ларингит, истинный и ложный круп	Кашель может быть одним из первых симптомов этих заболеваний, кашель при этом сухой и грубый («лающий»)
Острый бронхит и трахеобронхит	Кашель в начальном периоде обычно сухой и навязчивый. На второй неделе заболевания кашель становится влажным, продуктивным
Обструктивный бронхит	Характер кашля во многом зависит от возбудителя и стадии заболевания. Если возбудителем являются РС-вирус, вирус гриппа, парагриппа, энтеровирус, то кашель, пройдя стадии от сухого до влажного малопродуктивного, купируется на 10—14-й день заболевания.

Окончание табл.

1	2
	При бронхитах, вызванных аденовирусом, хламидией или микоплазмой, кашель более продолжительный и упорный, с трудноотделяемой мокротой. При этом кашель сохраняется на протяжении 3—4 недель
Инородное тело ТБД	Кашель при этом состоянии внезапный, в анамнезе эпизод аспирации. Кашель при этом частый, сухой, мучительный, не приносящий облегчения
Хроническая аспирация пищи	Кашель возникает при трахеопищеводном свище, гастроэзофагальном рефлюксе, а также органическом поражении ЦНС (бульбарные и псевдобульбарные нарушения). Характерный признак этих патологических состояний — возникновение приступов удушья, цианоза, сильного кашля сразу после еды
Острая пневмония	Как и при бронхите, характер кашля меняется в зависимости от стадии заболевания. В начале заболевания кашель сухой, таким он сохраняется 3—5 дней. Постепенно кашель становится более влажным, с отделением небольшого количества мокроты. Кашель при неосложненном течении пневмонии может отмечаться в течение 14—18 дней
Хронические неспецифические заболевания легких	Кашель присутствует длительно, усиливаясь при обострении. Локализация процесс, так же, как и объем поражения легких при ХНЗЛ, влияет на характер кашля. Так, нижнедолевые поражения, особенно левого легкого, сопровождаются более выраженным кашлем и большим количеством мокроты, чем при среднедовом поражении
Муковисцидоз	При легочной форме кашель — один из основных симптомов заболевания. При этом характер кашля зависит от стадии заболевания и степени поражения бронхолегочной патологии. В начальной стадии заболевания кашель непостоянный, в основном в утренние часы, сопровождается отделением небольшого количества мокроты. При дальнейшем прогрессировании заболевания кашель становится более постоянным, с отхождением вязкой, трудноотделяемой мокротой
Бронхиальная астма	В предприступный период может возникать першение в горле и сухой приступообразный кашель. В период приступа больного беспокоит кашель с трудноотделяемой мокротой
Синдром дискинезии ТБД	Кашель постоянный, влажный за счет формирования распространенного хронического бронхита



Рис. 1. Наиболее частые причины остро возникшего кашля

- альвеолярный микролитиаз;
- горная болезнь;
- медиастинальная лимфаденопатия (лимфогранулематоз)
- отек легких;
- легочная эмболия;
- лекарственный кашель;
- различный генез фиброзы;
- дисфункция голосовых связок.

Связаны с другими органами и системами:

- заболевания соединительной ткани;
- щитовидной железы;
- заболевания пищевода;
- системные васкулиты;
- воспалительные заболевания кишечника;
- экстрапирамидные расстройства.

Отдельно можно выделить так называемый привычный **психогенный кашель**, который рассматривается как проявление невроза навязчивых состояний. Такой кашель носит навязчивый характер и возникает в ситуациях, при которых ребенок хочет привлечь к себе внимание или добиться своих целей. Лечение необходимо проводить при участии невролога, психолога, а нередко и врача-психиатра.

Иногда, хотя достаточно редко, причину кашля можно не установить, даже проведя широкий круг исследований и консультаций. Такой кашель называют **идиопатическим**. Диагноз идиопатического кашля правомерен

только при исключении всех возможных причин кашля.

Частые ошибки в диагностике кашля

В процессе диагностики и лечения кашля врачи нередко допускают ряд ошибок, основные из которых можно свести к игнорированию:

— принципа «частые болезни встречаются часто, а редкие — редко»;

— возможности нескольких причин кашля;

— такой причины кашля, как прием ингибиторов АПФ;

— участия в диагностике других специалистов, в частности ЛОР-врача.

Лекарственные препараты, влияющие на кашель

В комплексном лечении заболеваний органов дыхания, сопровождающихся кашлем, час-

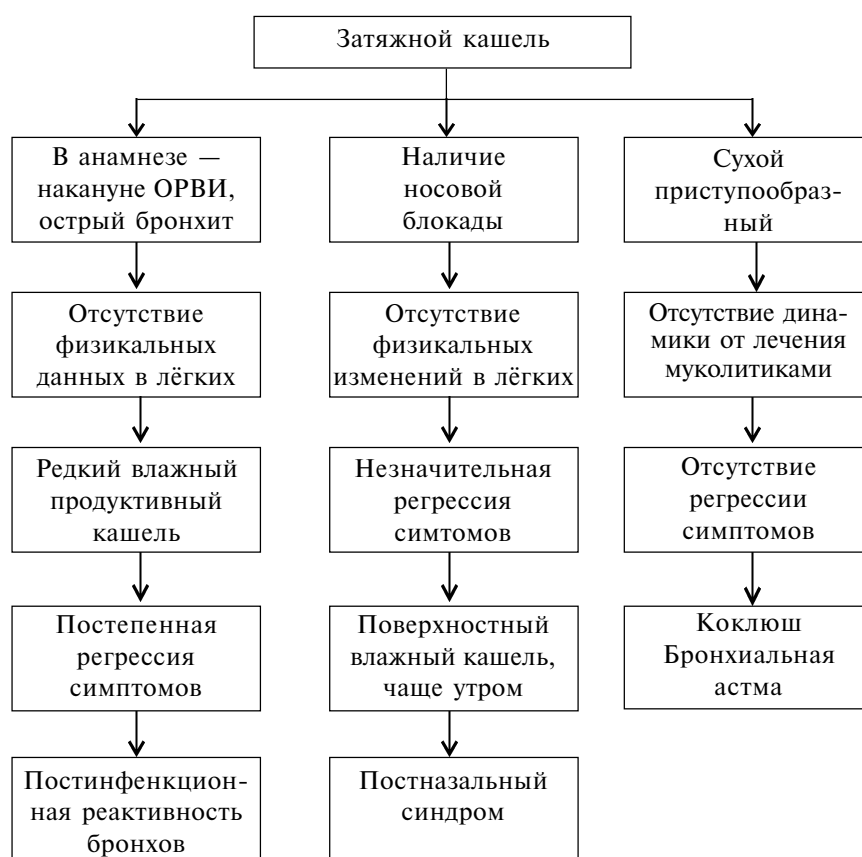


Рис. 2. Наиболее частые причины затяжного кашля

то используются противокашлевые или отхаркивающие средства. При этом каждый клинический случай ставит перед педиатром ответственную задачу, заключающуюся в рациональном выборе терапии. Выбор препарата должен быть в каждом случае обдуманным, оправданным, с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Классификация лекарственных препаратов, влияющих на кашель

Противокашлевые препараты (в основе механизма действия — угнетение кашлевого рефлекса):
— центрального действия (наркотические, ненаркотические);
— периферического действия.

Муколитические препараты (в основе механизма действия — разжижение мокроты):

— муколитики (препараты, разжижающие мокроту);
— муколитики-мукорегуляторы (препараты, разжижающие мокроту и восстанавливающие мукоцилиарный клиренс);
— муколитики-мукокинетики (препараты, разжижающие мокроту и стимулирующие ее выведение).

Отхаркивающие лекарственные средства (в основе механизма действия — стимуляция процессов выведения мокроты из респираторного тракта).

Лекарственные препараты всех вышеуказанных групп представлены в доступных справочных пособиях по лекарственным средствам. Наиболее часто и широко в педиатрической практике используются природные отхаркивающие средства.

Скрытые депрессии у детей

Голубев В.В.,

канд. мед. наук, профессор кафедры медицины и безопасности жизнедеятельности МПГУ;

Стрельцова Я.В.,

студентка факультета дошкольной педагогики и психологии МПГУ, Москва

Депрессия... Какой взрослый в современном мире с ней не сталкивался?! Ухудшение настроения, тоска, раздражительность, страхи, физическая и даже умственная заторможенность. И все это на фоне общего ощущения невоз-

можности радоваться и получать удовольствие от жизни, самообвинения, нежелания общаться, активизировавшихся болезней. Депрессию по праву можно назвать современной чумой. Всего за каких-то сто лет внешняя

среда жизни изменилась настолько, что человеческий организм уже не в состоянии выдерживать такие нагрузки. Полностью изменилось питание, резко возросли требования к умственному и социальному развитию, многократно увеличился темп жизни. Как результат, депрессия сегодня поражает все большее и большее число людей самых разных возрастов.

А может ли депрессия возникнуть у ребенка? В детской психиатрии существуют три точки зрения по этому поводу. Одна группа психиатров признает наличие депрессий у детей и считает их проявления сходными с депрессиями у взрослых. Другая группа считает, что большинство детских депрессий скрытые, и относит к ним в том числе энурез, фобии, школьную неуспеваемость, нарушения контактов с окружающими. Представители психоаналитической концепции психозов отрицают существование детских депрессий вообще в связи с недоразвитостью «суперэго» у ребенка, а такие состояния, как фобии, энкопрез и др., квалифицируют как особенные, не относя их к депрессивным. Эта противоречивость прежде всего из-за невозможности зафиксировать стабильные и четкие симптомы депрессии у ребенка. Еще труднее отграничить их от изменений, связанных с естественными возрастными этапами развития (кризисы 2—4, 7—8 и 12—15 лет). Осложняется диагностика детских

депрессий также тем, что ребенок еще не может осознать, что конкретно его травмировало, вербально выразить свои переживания.

Однако, несмотря на трудности диагностики, большинство врачей сегодня сходятся во мнении, что депрессия может возникнуть в любом возрастном периоде, начиная с рождения. И по статистике встречается она у 30% детей. Например, депрессивный синдром у младенцев между 6-ю и 11-ю мес. жизни, полностью отделенных от матери и испытывающих эмоциональный дефицит, проявляется в бессоннице, снижении аппетита или отказе от еды, склонности к простудным заболеваниям и экземе. Если такое состояние продолжается более 3 мес., изменения приобретают необратимый характер и приводят к грубым нарушениям развития вплоть до идиотии. Этот яркий пример показывает, что депрессия, оказывая сильное влияние на психику взрослого, не обходит стороной и хрупкую развивающуюся нервную систему ребенка. При этом подавляющее большинство детских депрессий — скрытые (в литературе встречаются также названия — «маскированные», соматизированные), когда на первый план выступают симптомы, имитирующие какое-либо физическое заболевание и маскирующие обычные для депрессии расстройства настроения и поведения. Именно поэтому детские депрессии в большинстве случаев остаются незамеченными не

только родителями и воспитателями, но и педиатрами. Такие невылеченные затяжные депрессии приводят к серьезным негативным последствиям для адаптации ребенка в жизни.

Почему у детей возникают скрытые депрессии?

Первая депрессия у ребенка в основном провоцируется какой-то жизненной ситуацией, сильно травмирующей психику. У младенцев и детей до 4 лет «спусковым крючком» депрессии может быть смерть матери, пребывание без мамы в доме ребенка, больнице, детских яслях, депрессия и психоз у матери, ее эмоциональная отгороженность. С 4 лет депрессию могут также вызвать конфликты и проблемы в семье, рождение братика или сестренки, проблемы во время пребывания в ДООУ, слишком высокие требования к физическому и психическому уровню развития малыша.

Особенно подвержены депрессиям дети с ослабленной нервной системой. Как правило, это те, у которых в анамнезе можно встретить:

- алкоголизм родителей;
- различные психические расстройства и заболевания у родственников (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и пр.);
- токсикоз у матери при беременности;
- неблагоприятные условия развития во внутриутробном периоде жизни (недоедание и

сильные волнения матери, угроза выкидыша);

- родовые травмы, асфиксия;
- хронически протекающие инфекции, тяжелые соматические заболевания (токсический грипп, тяжелая ангина) и острые инфекции с осложнениями на ЦНС (дизентерия, корь, коклюш и др.);
- травмы головы.

Вероятность возникновения депрессии увеличивается и в так называемые кризисные периоды возрастного развития — в 2—4, 7—8 и 12—15 лет. Так, в 2—3 года, когда ребенок уже умеет ходить, бегать и начинает активно говорить, у него открывается большое количество новых возможностей для познания мира и появляется стремление к самостоятельности. Однако это стремление часто наталкивается на все еще достаточно ограниченные навыки, что приводит к неудачам и расстраивает ребенка. Зачастую окружающие ребенка взрослые не учитывают перемен, происходящих в нем, и пытаются продолжать воспитывать его так же, как делали это ранее, или даже ужесточить режим для того, чтобы «обуздать характер». Результатом такого подхода становятся упрямство, негативизм, протест во всех его формах. При очень сильном нажиме со стороны родителей и ослабленной нервной системе ребенка высока вероятность возникновения депрессивного состояния.

Возникшая под влиянием экзогенных факторов первая

депрессия при наличии генетических предпосылок может развиться и по типу более сложной эндогенной. Этот вид депрессии присущ детям с психическими заболеваниями (маниакально-депрессивным психозом или его начальной формой — циклотимией, шизофренией).

И эндогенная, и экзогенная депрессии у детей часто скрыты под различными «масками» соматических заболеваний. Вероятно, детские депрессии чаще, чем у взрослых, выражаются в физических заболеваниях из-за возрастных особенностей развития головного мозга. В норме у дошкольника эмоции выражаются через движения и тело. Эмоциональные реакции идут по типу «коротких замыканий» и, не проходя стадию осознания, мгновенно выражаются через уже доступные и развитые функциональные системы организма. При депрессиях ЦНС ребенка не справляется с координацией эмоций и физических ощущений. Вероятно, именно поэтому сильные отрицательные эмоции, как и любые другие эмоции ребенка, через некоторое время находят выход через болезненные реакции тела.

Как проявляются скрытые депрессии?

Первое, что можно заметить у больного депрессией ребенка, — это нарушения сна, аппетита, иногда повышение температуры, головные боли, тики, жалобы на боли в разных частях тела, похо-

жие на то или иное заболевание («болит живот»). Помимо телесных проявлений, также обостряются страхи, часто появляются патологические влечения (грызет ногти, царапает свое тело), происходит возврат к формам поведения и навыкам, характерным на более ранних стадиях развития (например, расстраивается речь, утрачиваются навыки контроля мочеиспускания — 30% детей с депрессией, ребенок начинает сосать пальцы — 80% детей и пр.). Изменения поведения, как правило, малозаметны, их трудно отделить от естественных для ребенка того или иного возраста, и часто их ошибочно приписывают к общей «нервности» или же избытованности ребенка. Скрытая депрессия также часто принимает формы хронического непослушания, лени, неуспеваемости, убегания из дома, драчливости. Как правило, депрессия проходит, если убрать из жизни ребенка травмирующий предмет или ситуацию, а также при грамотном лечении антидепрессантами.

Эндогенные депрессии характеризуются такими особенностями, как сезонная закономерность возникновения (март и ноябрь), появление полярных состояний (то маниакальное — с приподнятым настроением, то депрессивное — с пониженным), астенические и эмоциональные изменения. Кроме того, следует учитывать, что в отличие от экзогенной, эндогенная депрессия не исчезает при разрешении пси-

хотравмирующей ситуации, а во вторичных и последующих проявлениях все меньше зависит от влияния внешних факторов.

Выделяют следующие основные этапы развития «скрытых» депрессий:

1) тревожно-паническое, «шоковое» состояние (этот этап встречается при сильных психотравмах);

2) заторможенность, вплоть до «эмоционального ступора», повышенная чувствительность, раздражительность;

3) соматические проявления (в случае «скрытой» депрессии они нарастают, так что в период обострения расстройства почти полностью копируют соматическое заболевание);

4) поведенческие нарушения (разрушительные поступки — ломание игрушек, порча одежды, драки, отказ учиться и др.);

5) выздоровление (при устранении психотравмирующей ситуации и адекватном медикаментозном поддержании нервной системы).

При скрытых депрессиях в различных функциональных системах организма ребенка формируются патологические симптомы и синдромы. Как правило, у детей поражаются наиболее уязвимые системы. Причины этого в большинстве случаев можно найти в истории болезни детей. В таблице проанализированы наиболее часто встречающиеся синдромы, маскирующие депрессию. Они могут

встречаться как по отдельности, так и смешиваться друг с другом.

Помимо вышеназванных, также часто встречаются различные кожные проявления — экземы, эритемы, псориаз.

Как обнаружить скрытую депрессию?

Несмотря на то что скрытую депрессию очень трудно отличить от физического заболевания даже специалисту-врачу, при внимательном ежедневном наблюдении у родителей и воспитателей больше возможностей заметить ряд характерных признаков.

1. Изменение внешнего вида, эмоциональных реакций и характера ребенка:

— вид — бледность кожных покровов, понурый, подавленный, грустный и/или беспокойный взгляд;

— эмоциональные реакции — нет оживления при встрече со знакомыми людьми (воспитателями, родителями, друзьями), снижен интерес к игрушкам и общению;

— характер — меняется на полярный (общительный и открытый ребенок становится замкнутым; мягкий и добрый — злым и агрессивным и т.д.).

2. Обследование врачей не показывает наличия заболевания:

— внутренние органы без изменений;

— клинические анализы в норме.

3. Жалобы ребенка на болезненность специфичны:

Таблица

Синдромы, маскирующие депрессию

Нарушение	Характерные проявления	Факторы возникновения (кроме названных выше)	Причины возникновения (кроме названных выше)	Частые ложные диагнозы
1	2	3	4	5
Функции органов пищеварения (абдоминальный синдром) — наиболее уязвимое место как у детей, так и у подростков	Анорексия (снижение аппетита, тошнота, рвота). Энкопрез (недержание кала). Ожирение (реже). Боли, спазмы, ощущения жжения, онемения. Запоры	Слабость пищевого центра. Эмбриональное положение желудка, облегчающее акт рвоты (особенно часто у недоношенных детей). Тяжело протекавшие инфекции (дизентерия, брюшной тиф и др.)	Насильственное кормление. Сочетание приема пищи с неприятным раздражением (например, ожог). Испуг. Резкое изменение обстановки	Пищевое отравление. Гастрит. Колит. Дисбактериоз и др.
Функции органов дыхания (псевдо-астматический синдром)	Нервный кашель. Одышка. Ощущения нехватки воздуха, удушья, кома в горле	Тяжело протекавшие инфекции (коклюш) и заболевания (катаральное заболевание дыхательных путей, ревматизм, ангина)	Испуг во время заболевания дыхательных путей	Астма. Бронхит
Функции сердечно-сосудистого аппарата (кардиологический синдром) — встречаются очень редко	Тахикардия. Неприятные ощущения в области сердца (горение, спазм и др.)	Органические заболевания сердца. Осведомленность ребенка о том, что кто-нибудь из близких или хорошо знакомых ему лиц умер от болезни сердца	—	Кардиологические заболевания

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
Функции мочеиспускания (энурез) — очень частое явление	Ночное и дневное недержание мочи	Истощающие заболевания, приводящие к ослаблению мускулатуры мочевого пузыря. Слабость детрузора (мышца мочевого пузыря). Наследственность (если один из родителей страдал этим недугом)	Протест против родителей и учителей. Испуг, огорчение	—
Расстройство сна (агриппнический синдром)	Затруднения при засыпании. Поверхностный, беспокойный сон, частые пробуждения. Страхи среди ночи. Снохождение (лунализм). Сильное изменение длительности сна	Полученная перед сном информация с волнующим ребенка содержанием (книги, телевизор, шумные игры, яркий свет, громкие разговоры между близкими людьми). Высокая или низкая температура в комнате. Кожный зуд. Боли. Беспокоящие сновидения. Органические заболевания головного мозга (при эпидемическом энцефалите, туберкулезном менингите и др.)	Запугивания со стороны взрослых («придет серенький волчок и ухватит за бочок»). Сильные школьные впечатления (продолжает во сне отвечать уроки и т.д.). Перевозбуждение от полученной информации. Тяжелые переживания	—

Окончание табл.

1	2	3	4	5
Двигательные нарушения	Судорожные припадки (например, спазм мышц гортани, «закатывания», посинения). Тики (судорожные сокращения в мышцах лица, шеи, головы и верхних конечностей). «Выпадение» некоторых функций (временный паралич конечностей, глазных мышц, косоглазие)	Рахит. Высокая температура. Тяжело протекавший коклюш. Ревмоартрит. Чрезмерное внимание и волнения близких по поводу этих реакций. Болезнь глаз. Зуд. Частичная инфантильность. Другие бытовые неудобства, в результате которых выработались определенные привычки (например, длинные волосы, которые необходимо откидывать со лба рывком головы)	Гнев, злоба. Дефицит внимания. Сильный испуг	Полиомиелит. Слепота. Глухота. Нарушения ЦНС
Расстройство функций речи	Мутизм. Заикание	Расстройства пищеварения и питания. Токсическая или хроническая форма дизентерии. Шизофрения	Сильный испуг. Дефицит внимания	Дефекты слуха. Общая психологическая отсталость

- не проходят после приема лекарств;
- исчезают при положительных эмоциях и переключении на интересные объекты и явления;
- не соответствуют стандартным клиническим проявлениям заболевания;
- меняется место локализации болей.

3. Страхи и беспокойство за свое здоровье, страхи смерти.

4. Суточные колебания состояния (физического и психического):

- утром — вялость, заторможенность;
- днем — улучшение состояния;
- вечером — нарастание страхов и жалоб на боли.

5. Расстройства сна.

6. Снижение активности, сужение круга интересов и общения.

7. Затяжной и циклический характер болезненного состояния на фоне снижения аппетита, расстройства сна и проявления агрессии.

При наличии следующих симптомов есть основания заподозрить психическое заболевание недепрессивного характера (циклотимию, шизофрению и пр.):

- серьезные расстройства сна (особенно частые просыпания среди ночи, крики, кошмарные сновидения, длительное засыпание);
- возникновение галлюцинаций, навязчивостей, патологических фантазий;

— сильная социальная дезадаптация;

— сильные и стабильные проявления изменений в поведении, не зависящие от внешних объективных факторов.

Как лечат скрытые депрессии? Что можно сделать в условиях ДОУ?

Лечение скрытых депрессий требует прежде всего консультации детского психотерапевта. Врачи в большинстве случаев применяют смешанный подход, предполагающий терапию антидепрессантами, удлинение сна и психотерапию. Однако во многих случаях родители и воспитатели могут вылечить депрессию без применения антидепрессантов, действуя совместно в следующих направлениях.

1. Увеличение продолжительности сна и отдыха, снижение количества возбуждающих нервную систему занятий и потока информации (физиологически это снижает напряжение большого очага головного мозга).

2. Устранение травмирующего предмета/ситуации из жизни ребенка.

3. Переключение сознания ребенка с объекта, являющегося причиной депрессии, на другие объекты (физиологически это создает конкурирующий очаг возбуждения в коре головного мозга, снимая напряжение и фиксацию с «болезненного»).

Методы — игра, общение со сверстниками и другими людьми.

ми, не имеющими отношения к травмирующей ситуации/предмету, посильный ребенку труд.

4. Игры и сказки, в содержании которых есть возможность проиграть травмирующую ребенка ситуацию и таким образом изменить его отношение к ней.

5. Спокойное поведение родителей и воспитателей относительно происходящего с ребенком (сообщает ребенку о том, что все нормально, не позволяет ему фиксироваться на болезненном поведении или болезненном физическом состоянии).

Здесь особенно следует отметить нежелательность чрезмерных волнений родителей относительно физических симптомов заболеваний детей. Видя такое повышенное внимание родителей к ним, ребенок подсознательно фиксируется и впоследствии может манипулировать ими для достижения нужной ему цели.

6. Устранение любого вида насилия (насильственное кормление, чрезмерные запреты, завышенные требования, не соответствующие психическому и физическому состоянию ребенка, и др.).

Дети, больные депрессией, требуют особенно чуткого отношения воспитателей. Их состояние схоже с восстановительным периодом после тяжело перенесенной болезни, однако в отсутствие четкого диагноза такие дети чаще всего продолжают ходить в ДОУ. Они могут подчас неадекватно реагировать на других де-

тей, отказываться от еды, плохо спать, капризничать и даже проявлять агрессию. Имеет смысл поговорить о состоянии ребенка с родителями, а также показать малыша детскому психотерапевту для точной диагностики.

Можно ли предупредить скрытую депрессию?

Профилактика скрытых депрессий по сути подразумевает предупреждение возникновения факторов этого заболевания в жизни ребенка.

На стадии зачатия и внутриутробного развития ребенка лучшей профилактикой, безусловно, являются разумный выбор партнера будущей матерью, правильное ведение беременности, лечение токсикозов и инфекций, избегание травм во время беременности. Именно поэтому так важен длительный отпуск по беременности, снижение трудовых нагрузок, правильное питание, соблюдение правил гигиены беременности, подготовка к родам с целью снижения болевого синдрома и т.д.

Во время родов определяющее значение имеют выбор лечебного учреждения и ведущего роды врача, способность его мгновенной реакции на любые затруднения в течение родового процесса и принятие решения в пользу здоровья ребенка.

Чрезвычайно важно оберегать ребенка от инфекций и травм мозга, а если таковые случились, правильно их долечивать (щадящий режим во время и некото-

рое время после болезни, снижение требований к ребенку в период восстановления). Особенно важны соблюдение режима дня и профилактика психических травм, возникающих в семье, детском саду и школе. Алкоголизм родителей, частые ссоры, развод, телесные наказания, неправильное отношение воспитателей и педагогов — все это сильно травмирует психику ребенка. Избегание таких ситуаций вкупе с правильным воспитанием, занятиями физкультурой, спортом, ритмикой и приучением к посильному труду укрепляют нервную систему ребенка и повышают ее устойчивость к внешним травмирующим воздействиям.

Выводы

1. Скрытые депрессии — часто встречающиеся у детей расстройства, когда психическую травму и возникшее в связи с ней угнетенное состояние маскируют симптомы соматического заболевания. Такие депрессии опасны тем, что их трудно диагностировать, в то время как их тормозящее влияние на психическое, социальное и физическое развитие ребенка неоспоримо.

2. Наиболее часто прячут под собой депрессию расстройства органов пищеварения, нарушения сна, астматические проявления, двигательные нарушения, энурез, расстройства речи.

3. Основными факторами возникновения скрытых депрессий

считают наследственность, отягощенное внутриутробное развитие, травмы головы, нарушения режима дня, инфекционные заболевания, ослабляющие нервную систему.

4. Наиболее распространены «спусковыми крючками» депрессий, действующими на ослабленную нервную систему дошкольника, являются любые негативные ситуации, связанные с матерью, конфликты и тяжелые взаимоотношения в семье, а также поступление в дошкольное учреждение.

5. Первые признаки скрытой депрессии, в отличие от соматического заболевания, — это подавленный вид и эмоциональное состояние ребенка, расстройства сна и аппетита, отсутствие каких-либо клинических изменений внутренних органов при обследованиях, исчезновение жалоб на болезненные ощущения при положительных эмоциях и, наоборот, их устойчивость к лечению медицинскими препаратами. Депрессия носит затяжной характер (более 3—4 мес.).

6. Лечение скрытой депрессии у детей подразумевает терапию сном, психотерапию (игры, общение, труд), а также антидепрессанты.

7. Предупредить скрытые депрессии в постнатальном периоде позволяет гигиена нервной системы ребенка — соблюдение режима сна и отдыха, правильное питание, занятия физкультурой, минимизация травмирующих психику ситуаций.

Массаж биологически активных точек для детей с нарушениями зрения

Анощенкова Е. В.,
учитель-дефектолог, тифлопедагог;

Редкова О. В.,
заведующий МДОУ «Детский сад компенсирующего вида № 57»;

Салова М. Н.,
канд. мед. наук, ассистент кафедры поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми, ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Росздрава;

Абрамова Т. Ф.,
ассистент кафедры офтальмологии, врач-офтальмолог МУЗ «Детская городская поликлиника № 6», г. Иваново

МДОУ «Детский сад компенсирующего вида № 57» более 20 лет занимается воспитанием, оздоровлением и коррекционными мероприятиями у детей с нарушениями зрения. Детский сад посещают дети, основными диагнозами которых являются амблиопия (слабой степени — 30%, средней — 40, высокой — 5%), косоглазие и их сочетание. Так, среди обследованных 60 детей 3—7 лет пограничное зрение имеют большинство, 20% — относятся к слабовидящим, 1/3 — имеют инвалидность по зрению. Необходимо отметить у слабовидящих детей внутрисистемные нарушения зрения, такие как снижение остроты зрения у одного или обоих родителей (26,7 и 18,3% соответственно), ограниче-

ние глазодвигательных функций — 21,7, нарушение цвето-различения — 8,3, бинокулярности — 6,7, стереоскопического видения — 8,3% и др.

Практически каждый ребенок имеет сопутствующую неврологическую и соматическую патологию. У большинства воспитанников выявлены последствия перинатального поражения ЦНС (96,7%), при этом каждый четвертый ребенок страдает доброкачественной внутричерепной гипертензией. У трети детей выявлена задержка речевого развития, у четверти — двигательные нарушения. Каждый пятый ребенок имеет синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Синдром вегетативной дистонии определяется у

68,3% детей, кроме клинических признаков, он подтвержден инструментальными методами. Половина детей наблюдается логопедом по поводу дислалии.

Треть воспитанников относится к диспансерной группе часто болеющих детей, каждый шестой ребенок имеет хронические заболевания ЛОР-органов. Более чем у 60% детей выявлены признаки атопического дерматита. Каждый пятый ребенок страдает заболеваниями опорно-двигательного аппарата, которые представлены не только нарушениями осанки, но и сколиозами. Раннее формирование этой патологии отличает слабовидящих детей от сверстников с нормальным зрением.

Проведение проективных рисуночных тестов («Дерево», «Не существующее животное», «Моя семья — семья зверей») и консультация психолога позволили установить у большинства детей различные психоэмоциональные нарушения. Так, страхи (темноты, животных, чудовищ, потери близких и др.) выявлены у 80% детей. У половины детей определялся повышенный уровень тревожности. Только треть детей имели адекватную самооценку, у 68,3% она была низкой.

Таким образом, сложность медицинских и психологических проблем у слабовидящих детей требует осуществления коррекционно-педагогической работы в тесной связи с комп-

лексным лечебно-восстановительным процессом на основе максимального сближения медицинских и педагогических средств коррекции, что является особенностью специфики сада. Сочетанность и социальная значимость нарушений здоровья у таких детей обосновывает участие в их реабилитации и медико-психолого-педагогическом сопровождении не только педагогов-воспитателей, но и специалистов разных областей: офтальмолога, тифлопедагога, медсестры-ортоптистки, логопеда и психолога.

В работе этих специалистов используются эффективные, доступные, безопасные и обязательно интересные детям дошкольного возраста методы, направленные:

- на коррекцию нарушения зрения;
- развитие зрительного восприятия;
- словесно-образное эмоционально-волевое управление состоянием ребенка;
- снятие психоэмоционального напряжения;
- профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата;
- повышение резистентности организма.

Эти методики применяются на протяжении всего времени посещения ребенком детского сада, что позволяет воспитанникам прочно их осваивать и запоминать, использовать само-

Таблица 1

Характеристика развития осязания детей (И. Эллнебе, 1997)

Возраст	Характеристики осязательных функций ребенка
2 г.	Развивается чувство боли, ребенок понимает, что может причинить себе вред, например, если сам себя обожжет, следовательно, учится быть осторожным с огнем. Может переворачивать по одной странице в книге
2 г. 6 мес.	Определяет различные предметы с помощью пальцев, не глядя на то, к чему прикасается
3 г.	Может различить тепло и холод
4 г.	Может определить, к какому месту тела прикасаются, даже если его глаза закрыты. В состоянии чувствовать сам, холодно ему или тепло. Может распознавать предметы в сумке, не глядя на них. Может сказать, где болит
5 лет	Может на ощупь определить разницу между различными формами, например, кругом, квадратом или звездой
6 лет	Определяет температуру воды. На ощупь определяет такие формы, как прямоугольник, овал или треугольник. Может определять различные поверхности, структуру одежды
7 лет	На ощупь определяет такие различные фигуры, как пятиугольник или шестиугольник

стоятельно во время обучения в школе. По данным опроса наших выпускников, более чем у 80% из них происходит ухудшение зрения уже по окончании 1 класса школы. Поэтому мы считаем одной из важнейших задач детского сада — научить ребенка справляться с высокими школьными зрительными нагрузками и сохранять остроту зрения, достигнутую с большим трудом в период дошкольного детства.

Кроме известных оздоровительных мероприятий, включающих проведение гимнастик для

снятия зрительного утомления, использования офтальмотренажеров, упражнений для профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата, дыхательной гимнастики, психокоррекционной работы, в нашем детском саду широко используют метод массажа биологически активных точек.

Исследования, проведенные в лаборатории нейрофизиологии под руководством Л.А. Новиковой, показали, что депривация или неупотребление зрительной функции в сенситивный, наиболее чувствительный период ее развития, «катастрофически»

воздействует на зрительный функцию [4]. Абсолютный сенситивный период длится от рождения до 6 лет (табл. 1). В связи с этим успех восстановительной работы при любых видах аномалии в значительной мере определяется сенситивным периодом созревания разных функций, когда центральная нервная система проявляет наибольшую чувствительность к внешним воздействиям. Наиболее результативным периодом коррекционной работы, почти полностью восстанавливающей зрительную функцию при амблиопиях, является дошкольный возраст. Пропустить его — значит уменьшить шансы восстановления в последующее время [6].

Воздействие на биологически активные точки организма является дополнительным помощником в коррекционной работе тифлопедагога, позволяя влиять не только на орган зрения и его функции, но и развитие артикуляционного аппарата, тактильных ощущений и осязания. Все вышесказанное убеждает в том, что именно в дошкольном периоде использование этого метода будет особенно эффективно для детей с нарушением зрения.

В кожных покровах находится несколько анализаторных систем: *тактильная* (ощущение прикосновения), *болевая* (ощущение боли) и *температурная* (ощущение холода и тепла). Тактильная чувствительность неравномерно распределена по

нашему телу. Больше всего тактильных рецепторов находится на ладонях, кончиках пальцев и губах. Эти ощущения дают знания о поверхности предмета. Благодаря им мы узнаем, какой предмет — мягкий, твердый, гибкий, липкий, шероховатый, гладкий и т.д.

Если значительно надавить на тело, то у нас появится болевое ощущение. Рецепторные окончания болевой чувствительности расположены под кожей глубже, чем тактильные рецепторы. Тактильная чувствительность дает знания о качествах предметов, а болевая — сигнализирует о вреде, наносимом организму. Древние греки говорили: «Боль — сторожевой пес организма» [1].

Температурные рецепторы, принимающие участие в регуляции теплообмена между организмом и окружающей средой, неравномерно распределены по коже. Наиболее чувствительна к холоду спина, наименее — грудь.

Тактильное ощущение — самое первое чувство, которое появляется у ребенка еще в утробе матери, оно формирует наши способности и способно влиять на здоровье. Прикосновение оказывает мощное психологическое воздействие, даже если мы этого не замечаем. Оно целительно не только для младенцев, детей, но и для взрослых, так как замедляет старение и снижает психоэмоциональное напряжение [5].

Тактильные ощущения руки, объединяясь с мышечно-суставной чувствительностью, образуют осязание, которое является познавательной деятельностью руки. В.А. Сухомлинский писал, что истоки способностей и дарования детей — в кончиках их пальцев. И.М. Сеченов считал осязание чувством, параллельным зрению. Классифицируя ощущения, получаемые человеком от внешней среды, он утверждал, что слух дает возможность человеку постигать четыре категории явлений, зрение — восемь, а осязанием человек постигает одиннадцать категорий явлений [1].

Известно, что различные осязательные ощущения воспринимаются нервными окончаниями кожи и слизистых оболочек и передаются в кору головного мозга, где расположены высшие отделы осязательного анализатора. Наибольшие размеры в коре головного мозга (задней центральной извилине) имеет отдел, связанный с работой рук и кончиков пальцев. Это объясняется тем, что рука связана с познавательной и трудовой деятельностью человека. В основе связи между зрением и осязательными ощущениями лежит механическое воздействие на покровы тела (точки, зоны, имеющие рефлекторную связь с различными внутренними органами и функциональными системами).

Древнейшие источники литературы свидетельствуют о том, что

точечный массаж уже в I—II в. н.э. получил широкое распространение в Китае, Корее и других странах как метод народной медицины, а с VIII в. был признан официальным. Сущность точечного массажа сводится к механическому раздражению небольших участков (2—10 мм) поверхности кожи, которые названы **биологически активными точками** (БАТ), так как в них размещается большое количество нервных окончаний. Например, только ушные раковины содержат в себе более 170 точек. На сегодня учеными описано более 1000 БАТ, из них наиболее часто используются 140—150 [1].

В России этот метод активно пропагандируют Е.С. Вельхвер и С.А. Татаринов [5].

Основные БАТ, используемые российскими офтальмологами, подразделяются на три категории:

- 1) общеоздоровительного действия (расположены большей частью на конечностях);
- 2) сегментарные (в воротниковой и затылочной зонах);
- 3) местные (вокруг глаз).

У детей задействован такой метод воздействия на БАТ, как акупрессура. Она отличается от традиционной, применяемой у взрослых акупунктуры, тем, что вместо игл используются большой и указательный пальцы рук, а точки воздействия те же. При этом достигается одинаковый эффект. Акупрессура не причи-

няет ни боли укола иглы, не вызывает кровотечения и исключает внесение инфекции при надавливании пальцами в организм. Она проста, надежна и безопасна, поэтому распространена в детской практике.

Китайскими учеными установлено, что мизинцы непосредственно связаны с сердечно-сосудистой системой и офтальмологической зоной. Каждому человеку показан ежедневный массаж мизинцев в течение 3 мин. При усталости глаз для снятия зрительного утомления рекомендовано массировать активные точки во впадинах между внутренними уголками глаз и переносицей большим и указательным пальцами [2; 3].

Поскольку на стопе находятся рефлекторные зоны всех органов (сюда входит до 72 тыс. нервных окончаний) тела, то такое воздействие тонизирует деятельность всего организма. В истории зафиксированы следующие факты: по свидетельству древнегреческого писателя Плутарха, философ Сократ «в целях обострения мысли» постоянно ходил босиком и требовал того же от своих учеников. Тех же правил придерживался известный римский философ Сенека, принципиально никогда не носивший обуви. Теорию хождения босиком в качестве эффективного средства профилактики и лечения многих болезней выдвинул

немецкий ученый XIX столетия Себастьян Кнейп. Одним из его последователей был Л.Н. Толстой. Известный русский учитель П.К. Иванов вообще не носил обуви всю вторую половину своей жизни.

Неровная поверхность, по которой ходят босые ноги, естественным образом воздействует на БАТ стопы, укрепляя здоровье и создавая бодрое настроение. В основе точечного массажа лежит механическое воздействие пальцем (палочкой, камнем, шариком и др.) на БАТ, которые имеют рефлекторную связь через нервную систему с различными внутренними органами и функциональными системами. О правильности нахождения точки свидетельствует ощущение ломоты, распирающего, онемения. Зачастую точка отзывается болью. По болезненности какой-либо точки (зоны) можно иногда предположить заболевание того или иного органа.

Посредством точечного массажа происходит раздражение нервных окончаний кожи, мышц, сухожилий пальцев рук и массируемой зоны, что способствует нормализации кровообращения в этих зонах и органах, а также связанных с ними кровеносными, нервными, лимфатическими и соединительнотканными путями. За счет этого в организме увеличивается выработка таких биологически активных веществ, как

интерфероны, секреторные анти-тела, тимус-факторы, повышающих сопротивляемость всего организма.

Известные ученые, занимающиеся реабилитацией детей с нарушениями зрения, Л.И. Плаксина и А.А. Григорян используют воздействие слабым электрическим током на точки акупунктуры по определенной схеме. Электропунктура позитивно влияет на зрительные функции, аппарат аккомодации, гидро- и гемодинамику глаз. По мнению авторов, такой метод воздействия на БАТ может применяться в специализированном детском саду даже у детей раннего возраста ввиду ее безболезненности и хорошей переносимости [4; 5].

В отделении медико-биологических проблем, совместно с кафедрой глазных болезней Рижского медицинского института, разработан рефлексотерапевтический способ лечения амблиопии любого вида, независимо от степени и состояния фиксации [5].

Таким образом, массаж БАТ может использоваться у детей дошкольного возраста, положительно влияя на состояние органа зрения, а также повышая функциональные возможности организма ребенка. Наиболее доступными у детей являются БАТ, расположенные на кистях и стопах, массаж этих точек не требует специальных медицинских знаний и может быть ши-

роко использован в дошкольном учреждении. Немаловажен и такой факт, как абсолютная безопасность применения массажа ладоней и стоп. Это связано с тем, что неправильное нахождение и стимуляция точек не нанесут ребенку вред — они просто не эффективны. Известно, что при ходьбе, беге, работе руками происходит естественная стимуляция БАТ, поэтому лучшее лекарство от болезней — движение и работа. Учитывая, что все элементы системы при движении тела постоянно подвергаются естественной стимуляции, противопоказаний к лечению воздействием на БАТ практически нет. Кроме того, использование этого метода не требует дополнительного оборудования — массаж может осуществляться пальцем или подручными средствами (гречневая крупа, горох, камень, хвойные иглы, шишка и др.). Этот метод доступен каждому человеку, он не требует заучивания и запоминания. Что заучивается — легко забывается. Метод достаточно один раз понять, затем им можно пользоваться всю жизнь.

На кистях и стопах располагаются системы высокоактивных точек соответствия всем органам и участкам тела, их стимуляция оказывает профилактическое и лечебное действие. Точки на кистях и стопах располагаются в строгом порядке, отражая в уменьшенном виде анатомическое строение орга-

низма. Рекомендуется несколько раз в день массировать кисти и стопы до умеренного покраснения кожи и появления ощущения тепла. Для усиления массажного эффекта могут использоваться специальные эластические кольца, надеваемые на палец, которым проводится воздействие, а также роликовые, трубчатые и универсальные массажеры.

Семена — наиболее часто применяемый естественный стимулятор БАТ. Выбираются неповрежденные и способные прорасти семена гречихи, яблок, просо, редиса, свеклы, гороха, фасоли, перца, винограда, канареечное семя и др. Лучшими из них являются молодые семена, покрытые естественной оболочкой.

В МДОУ «Детский сад комбинированного вида № 57» тифлопедагогом высшей категории Е.В. Анощенко разработана методика массажа БАТ для детей с нарушениями зрения, учитывающая возрастные физиологические возможности детей разного возраста.

Основная цель всех разработанных игр-упражнений — воздействие на БАТ стопы, кисти, ушных раковин, связанных с органом зрения. Для повышения интереса детей к таким оздоровительным мероприятиям, создано множество игр-упражнений, позволяющих педагогу их постоянно разнообразить. Они разра-

ботаны для всех групп детского сада с возрастающей степенью сложности от года к году. Календарный план игр приведен в табл. 2.

В *младшей группе* в основном проходит подготовительный этап упражнений, который ставит своей целью развитие тактильных восприятий в зонах дальнейшего воздействия на рецепторы в последующих возрастных группах. Исходя из особенностей возраста детей, каждая игра или упражнение рассчитаны на две недели. Оздоровительное упражнение проводится ежедневно в течение 1—2 мин (возможно дольше — по желанию ребенка). Мы проводим 17 игр-упражнений с начала октября по конец мая.

В *средней группе* после начального подготовительного этапа, рассчитанного на развитие тактильных восприятий, вводятся уже начальные упражнения по воздействию на БАТ определенных зон. В период с октября по январь, как и в младшей группе, здесь проводится по одной игре в течение двух недель, затем упражнения меняются еженедельно, всего за учебный год детям предлагается 27 игр. Длительность воздействия на БАТ составляет в среднем 2—3 мин.

В *старшей группе*, как и в подготовительной, для детей разработано по 34 игры-упражнения на весь учебный год (одна игра

Таблица 2

**Календарный план проведения массажа БАТ
у детей разных групп детского сада**

№ недели (с ок- тября)	Используемый материал	Реализуемая задача
1	2	3
Младшая группа (17 игр; продолжительность массажа 1—2 мин)		
1—2	Вода разных температур	Определить, какая вода — теплая или прохладная
3—4	Вода комнатной температу- ры	Плескаться, шлепать ладонью, пальцами по поверхности воды
5—6	Вода и камешки	Бросать камешки в воду, поднимать
7—8	Вода, цветные губки	Набирать в губки воду, отжимать их, бить струей в подставленную ладонь
9—10	Половинки скорлупы коко- совых орехов (ежики)	Стимулировать БАТ пальцев и ладони о шершавую поверхность при соприкосновении
11—12	Перышки	Проводить кончиком пера по пальцам, ладоням
13—14	Скалка средних размеров (d = 2—3 см)	Прокатывать босыми ступнями ног
15—16	Веер	Определить, с какой стороны «дует ветер»
17—18	Щетка для мытья рук	Чистить руки, «ноготки» — стимулировать БАТ на кончиках пальцев, ладони
19—20	Вата, мех, губка	Трогать, сравнивать, ощущать разницу
21—22	Песок	Набирать песок в горсть, просыпать сквозь пальцы
23—24	Шишки сосновые	Подержать, поперебирать, положить в сумочку, карман
25—26	Ребристые карандаши	Прокатывать ладонью карандаш по столу
27—28	Мяч с шипами	Отдавать другому ребенку или взрослому и брать
29—30	Телефонный металличе- ский диск	Набирать номер
31—32	Скалки: гладкая и шершавая	Обследовать обе скалки рукой, сравнить
33—34	Галька в противне	Постоять босиком, в носках на камешках, потоптаться

Продолжение табл.

1	2	3
Средняя группа (27 игр; продолжительность массажа 2—3 мин)		
1—2	Вода разных температур	Плескаться, подгонять кораблик, отжимать губки, шлепать по воде ладонью
3—4	Галька	Встать на камешки босиком, потоптаться
5—6	Песок, яркая бусина	Отыскать зарытую в песке «чудесную» горошину
7—8	Ребристый карандаш	Прокатывать карандаш между ладонями
9—10	Мяч с шипами	Бросать мяч друг другу и ловить его
11—12	Шайбочки ребристые	Перебирать кончиками всех пальцев
13—14	Скалки (d = 3 см, d = 8 см)	Катать стопами босых ног по полу
15	Шайба	Определять гладкую и шершавую стороны каждым пальцем, ладонью
16	Морская раковина	Обследовать пальцами (гладкое, шершавое, шипы и т.д.)
17	Крышки цветные, капроновые (от пластиковых бутылок)	Обследовать предметы: гладкие, ребристые, с выступами
18	Брусочки, скалки	Сравнивать острые грани с круглыми, гладкими поверхностями
19	Шишки сосны, ели, лиственницы, ольхи	Сравнивать зрительно и на ощупь
20	Черепаха с 50 петлями и пуговицами	Расстегивать и застегивать черепаху перед прогулкой
21	Мелкие (с гранями) игрушки в 2-х экземплярах, «чудесный мешочек»	Сравнивать образец, который перед глазами, с тем, что находится в руке (в «чудесном мешочке»)
22	Ребристая доска	Походить по ней босиком или по колючему коврику
23	Зеленые щеточки-пластинки (от конструктора)	Сжимать, обследовать, соединять друг с другом
24	Пластина с круглыми и овальными дырками	Определить (не глядя), в какую дырку попал палец — круглую или овальную
25	Дорожка с силуэтами ступней	Проходить по дорожке, ставя босые ноги точно в следы
26	Дорожка со следами пяток, мысков	Проходить на пятках, носках, ставя их точно в следы

Продолжение табл.

1	2	3
27	Дорожка со следами ладошек, коленок	Проходить на четвереньках, попадая точно в следы
28	Дорожка с цветными кружками	Проходить только по красным кружкам, потом по зеленым и т.д.
29	Мелкая мозаика	Разобрать по цветам, сортируя их
30	Песок с мелкими острыми камешками	Выбирать из песка мелкие острые камешки на поднос
31	Косточки фиников, абрикосов, слив, персиков	Разобрать по образцу, сортируя и складывая каждую в свой отсек
32	Мелкие игрушки с серебристыми краями	Ощупывать, обследовать с закрытыми глазами
33	Крупные шары-бусины и шнур	Нанизывать шары на трубчатый шнур
34	Камешки крупные, средние, мелкие	Обследовать, сравнивать, располагать в ряд, по кругу, вокруг самого большого камня
Старшая группа (34 игры; продолжительность массажа 3—4 мин)		
1	Спички без головок	Выкладывать фигурки
2	Солома, сено	Скатывать колкие шарики, плести, свивать гнезда
3	Штамп с изображением котенка (крупный)	Обводить пальцем, потом другим, третьим
4	Пришитые в ряд пуговицы на полосках картона	Считать с закрытыми глазами, опираясь на чувствительность пальцев
5	Линейки-пластины с прорезями фигур	Обводить кончиками пальцев обеих рук
6	Шишки ольхи, ели, сосны, лиственницы	Обследовать и называть, понимая разницу
7	Трафареты с острыми краями	Обследовать, «рисовать пальцем» — всеми по очереди
8	Шершавые, колючие коврики	Встать, походить босиком
9	Фундук (1—2 шт.)	Катать между ладонями и в одной руке
10	Косточки сливы, персика, абрикосов, фиников, черешни	Выкладывать несложные сюжеты

Продолжение табл.

1	2	3
11	Пуговки гладкие, шершавые, множество самых разных	Обследовать, сравнивать, выбирать самую лучшую, худшую
12	Бусы с острой гранью по центру от старых детских счет	Нанизать на леску, посчитать зеленые, белые бусины
13	Цветные резинки на каркасе	Щипать всеми пальцами по очереди
14	Мелкие острые камешки	Выкладывать контуры предметов по образцу
15	Брайль-прибор для обучения азбуке	Определить: сколько дырок, сколько бугорков
16	Камни острые и круглые	Обследовать, сравнивать, сортировать
17	«Чудесный мешочек»	Определять игрушки на ощупь без образца по памяти
18	Мячик с шипами	Подкидывать, ловить; отвечать на вопрос, возвращая мяч
19	Глина, перемешанная с гречей, пшеном	Лепить любые поделки по желанию ребенка
20	Скалки (d = 3 см и d = 8 см)	Катать босыми стопами по полу
21	«Бабушкин сундук» с тканями различной фактуры	Обследовать ткани, сравнивать, знать что из них шьют и почему
22	«Помоги Золушке»	Разбирать крупы: греча, рис, овес, пшено, перловка, кукуруза
23	«Лужайка с цветами» (колючий коврик с мелкими искусственными цветочками)	Гулять пальцами «по саду после посадки цветов»
24	Лабиринты из шершавых дорожек (наждачная и бархатная бумага)	«Пройти» по ним пальцами обеих рук
25	Цветные шнуры	Завязать узелки, посчитать их с закрытыми глазами обеими руками
26	Шершавая на ощупь аппликация	Отгадать — круг, квадрат, треугольник и т.д.
27	Мелкие игрушки	Найти при обследовании пальцами острые места у игрушек
28	Галька	Встать, разувшись, в противень с галькой, потоптаться, покружиться
29	Пластина с шипами	Нащупать шипы, посчитать их руками
30	Мелкие листья и цветы	Собрать букет из мягких листьев и цветов

Продолжение табл.

1	2	3
31	Кедровые орешки	Выкладывать различные фигурки по желанию или образцу
32	Разнофактурная бумага	Подобрать такую же на ощупь
33	Сиденье-массажер (для автолюбителей)	Почувствовать «костяшки» на разных частях спины, бедрах
34	Юла металлическая (маленькая вертушка)	Покрутить на столе, «заводя» обеими руками поочередно
Подготовительная к школе группа (34 игры; продолжительность массажа 4—5 мин)		
1	Острозубое колесико на ручке (для снятия выкроек)	Поворачивать колесико разными пальцами обеих рук поочередно
2	Проволока (d = 1—2 мм)	Выстраивать фигурки (гриб, лист, облако)
3	Скрепки металлические (канцелярские)	Составлять нанизыванием цепочку, бусы, браслет
4	Большое колесо с шипами	Поворачивать за выступы всеми пальцами обеих рук (штурвал)
5	Перышки	Проводить по пальцу (глаза закрыты), определить — по какому
6	Пальцы взрослого и спина ребенка	Определить, сколько пальцев на спине
7	Деревянные зубочистки	Рисовать рожицы острием зубочистки на подушечках пальцев
8	Массажер-мочалка	Водить по спине поперек, поднимаясь от поясницы к шее
9	Мелкие шахматы	Переставлять фигуры по полю, вставляя в прорези
10	Массажер для ног (ребристый)	Катать стопами босых ног вперед-назад
11	Массажер ножной с шипами	Катать стопами босых ног вперед-назад
12	Массажер с шипами на ручке	Прокатывать по спине вдоль вверх-вниз
13	Вибромассажер с шипами	Массировать ступни обеих ног
14	Вибромассажер с шипами	Массировать ладони обеих рук
15	Яркие пазлы куба, «почтовый ящик»	Обследуя края прорезей пальцем, определить, какая это фигура
16	Косточки: слива, абрикос, черешня, персик, финик	Классифицировать, раскладывая в различные емкости

Окончание табл.

1	2	3
17	Катушка ребристая	Всеми пальцами крутить катушку для сматывания ниток
18	Брайль-прибор для обучения азбуке	Определить, сколько бугорков и дырок на пластине и в каком месте они расположены
19	Брайль-прибор для обучения письму	Заправлять точки-бугорки внутрь кончиками пальцев
20	Массаж ногтями	Массировать нижними фалангами всех пальцев — подушечками
21	Массаж уха	Массировать то место, где бывает прокол на мочке уха
22	Роликовый массажер	Массировать кисти рук металлическим массажером
23	Универсальный массажер	Массировать ладони и стопы обеих рук и обеих ног
24	«Щелчки» всеми пальцами	Стартовая черта: ноготь на подушечке большого пальца руки
25	Универсальный массажер	Массировать пальцы рук и ног
26	Мелкая острая мозаика	Рассортировать по ячейкам, исходя из цвета фишек
27	Трубчатый массажер с шипами (пластмассовые бигуди)	Прокатывать между ладоней и пальцев рук
28	Острые дымные семечки	Выкладывать силуэты предметов, животных по образцу
29	Мелкие листики и цветы	Собрать букет только из жестких листьев и цветов
30	Скалка с шипами (массажер)	Массировать все участки тела по мере доступности
31	Массажер «каштан»	Прокатывать между ладонями и пальцами
32	Массажные кольца (от каштана)	Массировать пальцы обеих рук
33	Мандала (индийская игрушка — прообраз кубика-рубика) — сделана из жестких проволочек	Составить условные обозначения планет солнечной системы
34	Массажер на ручке с шипами	Массировать стопы обеих ног

в неделю). Время воздействия на БАТ в старшей группе составляет в среднем 3—4 минуты, в подготовительной — 4—5.

Количество игр-упражнений и их вариантов, приведенных в таблице, не исчерпывает всех игровых ситуаций, создаваемых детьми и взрослыми. Один из важных аспектов оздоровительных игр — их привлекательность для детей. Часто наблюдаются ситуации, когда вариант упражнения-массажа возникает в ходе игры по предложению кого-либо из детей или педагога. Эти игры можно проводить на занятиях, в тифлоуголке, на прогулках и в другие режимные моменты. Кроме того, регулярно организуются подробные консультации для родителей по проведению таких игр с демонстрацией наглядных пособий, что позволяет проводить эти мероприятия и в домашних условиях.

Оценивая эффективность этих упражнений в течение учебного года, мы установили, что они позволили в 1,5 раза улучшить медицинские показатели офтальмологической реабилитации воспитанников, уменьшить число часто болеющих детей на 20%, способствовали компенсации неврологического дефицита у 18% детей, улучшению речи — у 30% де-

тей. Кроме того, отмечено снижение уровня тревожности в 2,3 раза, уменьшение страхов в 1,8 раза, повышение самооценки в 1,5 раза.

Таким образом, предложенные оздоровительные игры-упражнения стали существенным дополнением в проводимых медицинских мероприятиях и коррекционно-педагогической работе у детей с нарушениями зрения.

Литература

1. Васичкин В.И. Массаж у детей. СПб., 1999.
2. Ермаков В.П., Якунин Г.А. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушением зрения. М., 1990.
3. Любимова Т.Г. Учить не только мыслить, но и чувствовать. Чебоксары, 1994.
4. Плаксина Л.И., Григорян А.А. Содержание медико-педагогической помощи в дошкольном учреждении для детей с нарушением зрения. М., 1998.
5. Плаксина Л.И. Формирование социально-адаптивного поведения у учащихся с нарушением зрения в начальных классах. Калуга, 1998.
6. Право детей на развитие. Минск, 1997.
7. Солнцева Л.А., Семенов Л.А. Психолого-педагогические основы обучения слепых детей ориентированию в пространстве и мобильности. М., 1989.

Группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией

Халдыгероева Т.З.,
заведующий;

Данилюк О.Л.,
заместитель заведующего по ВМР, МДОУ
«Лукоморье», ЯНАО, г. Ноябрьск

ПЕДАГОГИКА

ДОУ призваны создавать равные «стартовые» возможности каждому ребенку, оказывать помощь и поддержку детям, имеющим проблемы в состоянии здоровья, а для этого необходимы *новые модели организации дошкольного образования.*

Основной прирост охвата детей дошкольным образованием тесно связан с удовлетворением потребностей жителей города в услугах детского сада, независимо от их места жительства, социального статуса семьи, уровня развития и здоровья ребенка.

В настоящее время актуальна проблема роста числа детей, страдающих аллергопатологией. Здоровье ребенка с аллергопатологией зависит от воздействия разных факторов:

- региональных особенностей ЯНАО, создающих дискомфортные условия для жизни (резкие перепады атмосферного давления, температуры, высокая сухость воздуха, частое столкновение атмосферных фронтов, некачественная вода);
- химических добавок в продукты питания, способствующих снижению иммунитета, развитию токсикоаллергических реакций, ухудшающих самочувствие детей;
- бытовых условий;
- психологического микроклимата.

Аллергические заболевания составляют существенную долю среди соматических заболеваний. У детей:

- нарушается привычный образ жизни (изменяются характер питания и сон; появляются зуд и высыпания



на коже, экскориации (расчесы), реакции на изменение метеоситуации, табачный дым и др.); — гармоничное и духовное развитие, приводящее к психопатологическому формированию личности (возникают эмоциональные проблемы: тревога, раздражительность, фрустрированность); — ограничивается контакт с различными средствами бытовой химии, животными.

Все это приводит к обострению клинических проявлений и снижению качества жизни.

В детские сады все чаще обращаются родители, дети которых страдают аллергопатологией. Такие дети не всегда имеют возможность посещать традиционное дошкольное учреждение по той причине, что развивающая среда ДОО насыщена различными аллергенами, воздействие которых неадекватно отражается на состоянии здоровья ребенка-аллергика. Следовательно, родители детей, страдающих аллергическими заболеваниями, в основном не работают, так как дошкольные учреждения не предусматривают возможность педагогического реабилитационного взаимодействия таких детей в условиях детского сада, что существенно снижает «стартовые» возможности детей при поступлении в школу.

Анализ состояния здоровья детей в 2006 г. показал, что из 3270 детей в возрасте 2—7 лет, проживающих в г. Ноябрьске,

1970 обратились к педиатрам и дерматологам за лечением кожных аллергических реакций, в основе которых лежит реакция на продукты питания. На каждом педиатрическом участке (а их в городе 25) примерно 10—12 детей страдают аллергией к белкам коровьего молока, 20 детей — на сладкое и цитрусовые. Что касается анализа состояния здоровья детей нашего детского сада, то мы отметили ежегодное увеличение детей с аллергопатологией. Так, за последние 3 года количество детей увеличилось с 8 до 28 чел.

Следует признать, что современная медицина оказывает значительную базисную и профилактическую помощь детям с аллергопатологией, но одной медицине с этой проблемой не справиться.

Поиск выхода из создавшейся ситуации заставил посмотреть на проблему с педагогической стороны. Так родилась идея организовать, в рамках «Программы развития МДОУ детский сад “Лукоморье” до 2010 г.», инновационное образовательное пространство для реабилитации детей с аллергопатологией.

Мы изучили специальную литературу по аллергопатологии, познакомились с опытом работы детских садов других регионов нашей страны.

Далее были разработаны нормативно-правовые основы функционирования группы — это прежде всего «Положение о груп-

пе оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией», регулирующее организацию деятельности группы, определяющую цель ее создания, порядок комплектования, штаты и руководство, механизм финансирования. Положение было утверждено приказом Управления образования.

Согласно данного Положения, в штатное расписание были введены дополнительные единицы врача-дерматолога (врача-аллерголога), составлена должностная инструкция.

В должностные инструкции воспитателя, помощника воспитателя внесены дополнения, определяющие их функциональные обязанности в группе оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией.

Определение контингента воспитанников происходило по мере обращения родителей всех возрастных дошкольных групп нашего ДОО. В такой ситуации оказался наиболее приемлемым подбор группы по разновозрастному составу. На данный момент группа имеет постоянный состав детей из 17 чел. в возрасте от 3 до 6 лет. Отношения ДОО с родителями (законными представителями), срок нахождения ребенка в данной группе определяются родительским договором, также разработанным специально для этой группы.

С целью упорядочения функционирования данной группы был разработан дополнительный пакет

документов, утвержденный приказом руководителя МДОУ.

Особое место в создании необходимых условий занимает режим дня. Традиционный режим в ДОО жестко регламентирован и определен для каждой возрастной группы. Наша совместная работа с педагогами, медперсоналом позволила составить такой режим для разновозрастной группы оздоровительной направленности, где отсутствует жесткая поминутная регламентация, а указывается временной интервал, что дает возможность каждому ребенку войти в определенную режимом деятельность.

Режим дня разновозрастной группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией (холодный период года)

Доминанта благополучия:

07.00—08.15 — прием и осмотр, игры, индивидуальная работа, дежурство, утренняя гимнастика.

Доминанта познания и развития:

08.15—08.45 — подготовка к завтраку, завтрак;

08.45—09.00 — самостоятельная игровая деятельность, подготовка к занятиям;

09.00—10.50 — занятия по подгруппам;

10.50—12.00 — игры, индивидуальная работа, подготовка к прогулке, прогулка (игры, наблюдения, труд), возвращение с прогулки, игры;

12.00—12.45 — подготовка к обеду, обед.

Доминанта умиротворения:

12.45—15.00 — подготовка ко сну, дневной сон.

Доминанта радости:

15.00—15.30 — постепенный подъем, закаливающие процедуры, гимнастика после сна, полдник.

Доминанта познания и развития:

15.30—16.30 — занятие по подгруппам.

Доминанта духовной потребности:

16.05—17.10 — самостоятельная игровая деятельность, чтение художественной литературы;

17.10—17.30 — подготовка к ужину, ужин;

17.30—19.00 — игры, труд, индивидуальная работа, подготовка к прогулке, прогулка, уход детей домой.

Особо тщательного подхода требовало составление индивидуального гипоаллергенного меню (табл. 1). При этом мы руководствовались инструктивно-методическим письмом «Организация питания детей с пищевой аллергией». Индивидуальное гипоаллергенное меню для ребенка определяется путем исключения из рациона питания выявленных (аллерго-тест) продуктов, вызывающих аллергическую реакцию, и заменой их на продукты, равноценные по содержанию основных пищевых ингредиентов, с учетом возрастных физиологических норм и суточной потреб-

ности в основных пищевых веществах. Индивидуальное гипоаллергенное питание способствует уменьшению кожных проявлений аллергических реакций, обострений бронхиальной астмы и улучшает функцию пищеварительного тракта.

Специфика содержания работы в разновозрастной группе требует от педагогического коллектива выработки особых подходов к организации воспитательно-образовательного процесса. С целью соблюдения требований к организации режима дня и учебных занятий были составлены учебный воспитательно-образовательный план разновозрастной группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией (табл. 2) и сетка занятий (табл. 3). Занятия проводятся по возрастным подгруппам, их продолжительность дифференцируется от возраста детей.

За довольно небольшой отрезок времени функционирования группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией можно сделать вывод о ее востребованности среди населения (имеется спрос со стороны родителей других ДОО на место в группе). В группе сложилась благоприятная обстановка, которая подтверждается положительной динамикой улучшения здоровья детей и отсутствием обострений аллергических проявлений.

Основные показатели эффективности работы группы оздоро-

- вительной направленности для детей с аллергопатологией: (уменьшение или отсутствие аллергических проявлений);
- охват дошкольным образованием детей с аллергопатологией, не посещающих МДОУ; — стабилизация показателей уровня психоэмоциональных расстройств;
 - стабилизация состояния здоровья детей с аллергопатологией — успешная социализация детей с аллергопатологией.

Таблица 1

**Меню МДОУ детский сад «Лукоморье»
группа оздоровительной направленности
для детей с аллергопатологией**

Наименование блюда и ингредиенты	Выход порции	Ккал
1	2	3
Завтрак		
Лапшевник с творогом, со сгущенным молоком (сметаной) (творог, макароны, молоко, масло сливочное, яйцо, сахар). Лапшевник без яиц	180/25	422,6
Макароны отварные с творогом (макароны, творог, масло сливочное, сахар)	200	179,11
Чай с молоком, сахаром. Чай с сахаром без молока	200/200	87,6/56,1
Хлеб пшеничный. Хлеб ржаной с маслом	40/5	130,53
Обед		
Икра морковная (морковь, лук, сахар, масло растительное, томаты в с/соку, зелень). Икра без томатов	50	74,6
Суп картофельный с мясными фрикадельками (картофель, говядина, яйцо, лук, морковь, масло сливочное, масло растительное, зелень)	200	114,81
Суп картофельный с мясом (говядина, картофель, лук, морковь, масло сливочное, зелень)	200	103,19
Оладьи из печени (печень говяжья, мука, яйцо, масло растительное, молоко)	50	100,4

Окончание табл.

1	2	3
Печень тушеная (печень, лук, зелень, масло растительное)	60	98,4
Пюре картофельное с маслом сливочным. Пюре без молока	130	125,75
Компот из сухофруктов. Напиток клюквенный	200	103
(Витаминация 3-го блюда аскорбиновой кислотой — 100 мг на 1 порцию)		
Хлеб пшеничный	45	104,8
Хлеб ржаной	30	45,25
Полдник		
Молоко стерилизованное. Ряженка	180	104,4
Ужин		
Салат овощной с сыром (морковь, сыр, огурцы консервированные, масло растительное)	50	47,28
Салат из свежих огурцов с луком	50	43,29
Рыба под омлетом (минтай, яйцо, молоко, масло сливочное)	100	167
Рыба отварная с рисом (рис, минтай, масло сливочное)	50/100	176,15
Компот из свежих яблок	200	108,16
Шанежки (мука, дрожжи, яйцо, сахар, молоко, масло сливочное, сметана). Гренки ржаные с сыром	75	193,04
Хлеб пшеничный. Хлеб ржаной	25	88,2
Итого за день	—	2059,39

Таблица 2

**Учебный воспитательно-образовательный план разновозрастной группы
оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией**

Вид деятельности	Инвариантная часть								Вариативная часть			
	3—4 года		4—5 лет		5—6 лет		6—7 лет		5—6 лет		6—7 лет	
	кол- во	вре- мя, мин	кол- во	вре- мя, мин	кол- во	вре- мя, мин	кол-во	вре- мя, мин	кол-во	вре- мя, мин	кол- во	вре- мя, мин
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Социальный мир: — этикет и ситуации общения; — предметный и рукотворный мир; — краеведение (НРК); — безопасное поведение; — художественная литература	1	15	1	20	1	25	1	30				
«Я + МИР = ?»	—	—	—	—	—	—	—	—	1	25	1	30
Мир природы	1	15	1	20	1	25	1	30	—	—	—	—

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Речевое развитие: — связная речь; — словарь; — грамматический строй речи; — ЗКР; — подготовка к обучению грамоте	1	15	1	20	1	25	2	60	1	15	1	20
Мир искусства и художественная деятельность: — рисование; — лепка; — аппликация; — конструирование; — ручной труд	0,5 0,5 0,5 0,5 —	7,5 7,5 7,5 7,5 —	1 1 0,5 0,5 —	20 20 10 10 —	0,5 1 0,5 0,5 0,5	1 25 12,5 12,5 12,5	0,5 1 0,5 0,5 0,5	15 30 15 15 15	—	—	—	—
Математическое развитие	1	15	1	20	2	50	2	60	—	—	—	—
Физическое развитие	2	30	2	40	2	50	2	60	—	—	—	—
Музыкальное развитие	2	30	2	40	2	50	2	60	—	—	—	—

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Физическое развитие — плавание	1	15	1	20	1	25	1	30	—	—	—	—
Итого	11	2 ч 45 мин	12	4 ч	14	5 ч 50 мин	15	7 ч 30 мин	1	25	1	30
Всего	11 занятий — 2 ч 45 мин (недельная нагрузка)		12 занятий — 4 ч (недельная нагрузка)		14 занятий + 1 занятие (вариативная часть) = 15 занятий — 6 ч 15 мин (недельная нагрузка)		15 занятий + 1 занятие (вариативная часть) = 16 занятий — 8 ч (недельная нагрузка)					

Примечание

1. Воспитание и обучение осуществляется по программе развития и воспитания детей в детском саду «Детство» / Под ред. Т.Н. Бабаевой, З.А. Михайловой, Л.М. Гурович.
2. Педагогическое реабилитационное взаимодействие проводится по программе «Я + МИР = ?» (авт. В.А. Нагорная).
3. Музыкальное развитие проводится по программе музыкального воспитания «Ладушки». (Авт. И.Каплунова, И. Новоскольцева.)
4. Максимально допустимый объем недельной нагрузки детей (СанПиН 2.4.1.1249-03 п. 2.12.7):
4-го года жизни — 11 занятий;
5 — 12;
6 — 15;
7 — 17.

5. Длительность занятий дифференцируется в зависимости от возраста детей. С целью соблюдения возрастных регламентов продолжительности занятий, занятия начинаются со старшими детьми, постепенно подключая к занятию детей младшего возраста.
6. Введено третье физкультурное занятие (плавание) (протокол заседания Совета педагогов от 15.05.2007 г. № 8).
7. Развитие элементарных естественно-научных представлений проводится в игровой деятельности с помощью игр-экспериментов с разными материалами в кабинете познавательного развития «Почемучка» по графику (протокол заседания Совета педагогов от 06.05.2009 г. № 8).
8. Региональный компонент — интегрирован в различные виды деятельности.
9. Перерыв между занятиями 10 мин.

Таблица 3

Сетка занятий разновозрастной группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией

Дни недели	3—4 года — II младшая	4—5 лет — средняя	5—6 лет — старшая	6—7 лет — подготовительная к школе
1	2	3	4	5
Понедель- ник	1. Социальный мир 09.00—09.15 2. Музыкальное развитие 09.40—09.55	1. Социальный мир 09.00—09.20 2. Музыкальное развитие 09.40—10.00 3. Рисование/лепка 15.30—15.50	1. Социальный мир 09.00—09.25 2. Музыкальное развитие 09.40—10.05 3. Рисование/аппликация 10.20—10.45	1. Социальный мир 09.00—09.30 2. Музыкальное развитие 09.40—10.10 3. Рисование/аппликация 10.20—10.50 4. Речевое развитие 16.00—16.30
Вторник	1. Математическое разви- тие 09.00—09.15 2. Рисование/лепка 09.40—09.55 3. Физическое развитие 16.00—16.15	1. Математическое разви- тие 09.00—09.20 2. Рисование/лепка 09.40—10.00 3. Физическое развитие 16.00—16.20	1. Математическое разви- тие 09.00—09.25 2. Лепка 09.40—10.05 3. Физическое развитие 10.20—10.45 4. «Я + МИР = ?» 16.00—16.25	1. Математическое разви- тие 09.00—09.30 2. Лепка 09.40—10.10 3. Физическое развитие 10.20—10.50 4. «Я + МИР = ?» 16.00—16.30

Окончание табл.

1	2	3	4	5
Среда	1. Конструирование/аппликация 09.40—09.55 2. Физическое развитие (плавание) 15.30—15.45	1. Конструирование/аппликация 09.40—10.00 2. Физическое развитие (плавание) 15.30—15.50	1. Подготовка к обучению грамоте 09.00—09.25 2. Конструирование/ручной труд 09.40—10.05 3. Физическое развитие (плавание) 16.00—16.25	1. Подготовка к обучению грамоте 09.00—09.30 2. Конструирование/ ручной труд 09.40—10.10 3. Физическое развитие (плавание) 16.00—16.30
Четверг	1. Музыкальное развитие 09.00—09.15 2. Речевое развитие 09.40—09.55	1. Музыкальное развитие 09.00—09.20 2. Речевое развитие 09.40—10.00	1. Математическое развитие 09.00—09.25 2. Музыкальное развитие 09.40—10.05 3. Речевое развитие 10.20—10.45	1. Математическое развитие 09.00—09.30 2. Музыкальное развитие 09.40—10.10 3. Речевое развитие 10.20—10.50
Пятница	1. Природный мир 09.00—09.15 2. Физическое развитие 09.40—09.55	1. Природный мир 09.00—09.20 2. Физическое развитие 09.40—10.00	1. Природный мир 09.00—09.25 2. Физическое развитие 09.40—10.05	1. Природный мир 09.00—09.30 2. Физическое развитие 09.40—10.10

Отношения мальчиков старшего дошкольного возраста к родителям

Великова С.А.,

канд. психол. наук, доцент, Владимирский
государственный университет, г. Владимир

Вопросы, связанные с особенностями пола человека и его психологическими различиями, в последнее время входят в число наиболее обсуждаемых проблем в обществе. Цель данного исследования — определить отношение мальчиков 5—6 лет к родителям. Для этого были использованы методы: наблюдение, методика Рене Жиля «Фильм — тест», объективные показатели, такие как аккуратность детей, отзывы мальчиков о матери и отце, совместной деятельности с родителями, вежливость детей, оказание посильной помощи родителям. Полученные в ходе исследования количественные числовые данные были проанализированы с помощью методов математической статистики. Процедура обследования проходила индивидуально с каждым ребенком в течение 20—25 мин. В исследовании приняли участие 14 мальчиков, посещающих ДОУ № 83 «Солнышко» г. Владимира.

Результаты отношения мальчиков старшего дошкольного возраста к родителям, по методике Рене Жиля, показали высокие баллы по отношению к матери

(средний балл $8,71 \pm 0,91$ балл). Данное исследование выявило, что отношение мальчиков к матери преобладает над отношением к отцу. Средний балл отношения к отцу составляет $5,42 \pm 0,64$ балла. Совместное отношение к родителям ниже. Средний балл показателей отношения к родителям $5,28 \pm 0,81$ баллов. Преобладание отношения к матери подтверждаются и отзывами о матери, средний балл которых соответствует $2,85 \pm 0,14$ баллов, над отзывами об отце, средний балл которых $1,85 \pm 0,14$ баллов (по объективным данным). Кроме того, по сравнению с отношениями к другим значимым взрослым родственникам (дедушкам, бабушкам, тетям, дядям), показатель среднего балла по методике Рене Жиля соответствует $0,71 \pm 0,35$ балла, что указывает на еще более низкую значимость взрослых для данной выборки.

Еще меньшую значимость представляют братья и сестры. Показатель среднего балла равен $0,14 \pm 0,14$. Данный аспект указывает на то, что мальчики воспитываются в однодетных семьях.

Показатель среднего балла по отношению к своим друзьям, подругам соответствует $4,14 \pm 0,59$ балла, что выше, чем отношение детей к воспитателю группы (средний балл $2,28 \pm 0,35$). Любознательность мальчиков по методике Рене Жиля составляет средний балл $4,28 \pm 0,42$ балла. Стремление к общению в больших группах детей («общительность в группе детей») имеет показатель среднего балла $2,57 \pm 0,64$. Средний показатель желания лидерства в группе соответствует $2,0 \pm 0,69$ баллам. Шкала «конфликтность, агрессивность» имеет показатель среднего балла $0,71 \pm 0,28$ балла. Показатель среднего балла по шкале «реакция на фрустрацию» составляет $2,57 \pm 0,57$ балла. Средний балл стремления к уединению и отгороженности у мальчиков старшего дошкольного возраста по данной шкале равен $3,14 \pm 0,93$ балла.

Аккуратность детей (по объективным данным) имеет показатели среднего балла — $3,57 \pm 0,02$, что свидетельствует о высокой степени аккуратности и опрятности детей. Вежливость имеет показатель среднего балла — $2,14 \pm 0,26$. Отзывы мальчиков старшего дошкольного возраста о совместной деятельности со своими родителями соответствует среднему баллу $3,07 \pm 0,6$. Помощь родителям составляет средний балл — $1,85 \pm 0,14$ балла.

На первом месте у мальчиков старшего дошкольного возраста

находится отношение к матери, на втором месте отношение к отцу. Причем отношение к обоим родителям находится в такой же роли, что и отношение к отцу ($p > 0,05$). Отзывы о совместной деятельности с родителями тождественно равны отзывам мальчиков о матери ($p > 0,05$), следовательно, можно сделать вывод, что они имеют одинаковое значение для мальчиков-дошкольников. Оказание помощи родителям в домашних делах имеет для дошкольников 5—6 лет равное значение с отзывами мальчиков о своих отцах ($p > 0,05$). На последнем месте по значимости оказались отношения старших дошкольников с другими близкими взрослыми родственниками, братьями и сестрами, что можно объяснить спецификой выборки — полные однодетные семьи.

Корреляционный анализ показал, что на отношение мальчиков старшего дошкольного возраста к своим матерям влияют отзывы о матерях. Чем лучше и больше мальчики о них высказываются, тем лучше относятся к ним (коэффициент корреляции $r = 0,67$ при $p < 0,05$). На отношение мальчиков дошкольного возраста к отцу не влияет ни один показатель отношения. На отношение к родителям, как к родительской чете, влияет вежливость мальчиков дошкольного возраста. Причем связь обратная, поэтому можно сказать, что чем вежливее мальчики, тем хуже у них отношение к родителям (коэффициент

корреляции $r = -0,71$ при $p < 0,05$). На отношение мальчиков к другим близким взрослым родственникам оказывает сильное влияние отношения дошкольников к воспитателю группы. Чем лучше отношения с воспитателем, тем лучше отношение к другим близким взрослым родственникам. Коэффициент корреляции $r = 0,84$ при $p < 0,01$. Также на отношения к другим близким взрослым родственникам мальчиков-дошкольников оказывает влияние аккуратность детей. Чем аккуратнее выглядит ребенок, тем лучше у него отношения к другим родственникам (коэффициент корреляции $r = 0,7$ при $p < 0,05$). Отзывы мальчиков о совместной деятельности с родителями также оказывают влияние на отношения старших дошкольников к другим близким взрослым родственникам. Чем больше отзывов о совместной деятельности с родителями, тем хуже отношения к другим родственникам. Коэффициент корреляции $r = -0,7$ при $p < 0,05$. На отношение мальчиков к друзьям и подругам сильное влияние оказывают отзывы самих мальчиков о своих отцах. Чем лучше и больше мальчики отзываются об отцах, тем хуже они относятся к друзьям и подругам ($r = -0,8$ при $p < 0,01$). На отношения мальчиков старшего дошкольного возраста к воспитателям группы оказывают влияние отзывы мальчиков о совместной деятельности с родителями. Связь обратная, поэтому, чем

чаще мальчики отзываются о совместной деятельности с матерями и отцами, тем хуже у них отношение к воспитателю (коэффициент корреляции $r = -0,84$ при $p < 0,01$). Рассказы мальчиков-дошкольников о помощи своим родителям также играют важную роль на их отношение к воспитателям группы. Чем больше и ярче мальчики рассказывают о своей помощи родителям, тем хуже они относятся к воспитателю (коэффициент корреляции $r = -0,79$ при $p < 0,05$).

Корреляционный анализ показал, что на любознательность мальчиков данной выборки оказывает огромное влияние общение мальчиков со своими сверстниками. Получается, чем больше они общаются со своими друзьями, одноклассниками, тем больше у мальчиков стремление к приобретению новых знаний (коэффициент корреляции $r = 0,95$ при $p < 0,01$). Также огромное значение на приобретение мальчиками новых знаний оказывает стремление к уединению. Чем больше мальчик стремится к пребыванию в одиночестве, тем хуже у него развивается любознательность (коэффициент корреляции $r = -0,92$ при $p < 0,01$). Реакция мальчика на фрустрацию также оказывает сильное влияние на любознательность. Чем сильнее у ребенка реакция на фрустрацию, тем меньше желание приобретать новые знания (коэффициент корреляции $r = -0,9$ при $p < 0,01$).

Стремление к лидерству также играет значительную роль в развитии любознательности мальчиков старшего дошкольного возраста. Чем сильнее желание дошкольника быть лидером в группе сверстников, тем больше стремление приобретать новые знания. Данный вывод подтверждает коэффициент корреляции $r = 0,82$ при $p < 0,01$. На общение мальчиков старшего дошкольного возраста со своими сверстниками огромную роль играет их стремление к уединению. Чем сильнее ребенок стремится к уединению, тем меньше ему хочется общаться с детьми своего возраста. Коэффициент корреляции $r = -0,96$ при $p < 0,01$. Важную роль в общении мальчиков старшего дошкольного возраста играет их реакция на фрустрацию. Чем сильнее негативное психическое состояние ребенка, тем труднее ему общаться со сверстниками (коэффициент корреляции $r = -0,78$ при $p < 0,05$). Стремление к лидерству также оказывает влияние на общение старших дошкольников со своими сверстниками. Чем больше мальчики стремятся к лидерству в группе детей своего возраста, тем проще им общаться с ними (коэффициент корреляции $r = 0,67$ при $p < 0,05$). На стремление старших дошкольников к лидерству в группе сверстников оказывает влияние их стремление к уединению. Чем больше мальчики желают уединиться от коллектива сверстников, тем меньше они хотят ока-

заться лидерами группы детей своего возраста (коэффициент корреляции $r = -0,70$ при $p < 0,05$). На развитие конфликтности и агрессивности мальчиков старшего дошкольного возраста оказывают влияние отзывы детей о своих матерях. Чем лучше мальчики высказываются о матерях, тем меньше у них развиты такие черты характера, как конфликтность и агрессивность. Коэффициент корреляции $r = -0,75$ при $p < 0,05$. Также на развитие конфликтности и агрессивности влияют отзывы детей о совместной деятельности с родителями. Чем чаще и красочнее дети рассказывают о том, как они провели время с родителями и чем занимались, тем меньше у них развиты агрессивность и конфликтность по отношению к окружающим, что подтверждает коэффициент корреляции $r = -0,71$ при $p < 0,05$.

На негативное психическое состояние мальчиков старшего дошкольного возраста воздействует стремление детей к уединению. Чем больше дети желают остаться в одиночестве, тем сильнее у них реакция на фрустрацию. Коэффициент корреляции $r = 0,73$ при $p < 0,05$. Аккуратность оказывает влияние на стремление мальчиков-дошкольников к уединению. Чем аккуратнее мальчики, тем реже у них возникает желание играть одним, следовательно, от внешнего вида детей зависят их отношения со сверстниками, тем меньше им

хочется играть в одиночестве. Этот вывод подтверждает коэффициент корреляции $r = -0,7$ при $p < 0,05$. Также на стремление к уединению мальчиков-дошкольников влияют их отзывы о матерях. Чем больше дети рассказывают окружающим их людям о своих мамах, тем меньше они стремятся к уединению. Коэффициент корреляции $r = -0,69$ при $p < 0,05$. На отзывы об отце оказывает влияние такой показатель отношения, как вежливость. Получается, что чем вежливее мальчики, тем лучше они станут высказываться о своих отцах (коэффициент корреляции $r = 0,73$ при $p < 0,05$).

Выводы

1. Для мальчиков на первом месте стоят отношения с матерью, которые больше времени уделяют совместной деятельности с ребенком. На втором — с отцом, который привык больше контролировать деятельность детей, и отношение к обоим родителям как к родительской чете. Мальчики не различаются ранжированием отношений к отцу и к обоим родителям вместе. Тожественное значение для них имеют также отзывы о совместной деятельности с родителями и отзывы о матери. Незначимо различаются отзывы об отце и оказание помощи своим родителям.

2. На отношения мальчиков старшего дошкольного возраста к родителям оказывают сильное влияние отзывы самих маль-

чиков о совместной деятельности с родителями и их помощи дома мамам и папам.

3. Отношение мальчиков старшего дошкольного возраста к другим близким взрослым родственникам оказывает влияние на отношение к воспитателю группы, на аккуратность детей и на отзывы о совместной деятельности с родителями.

4. На развитие любознательности младших дошкольников влияет общение мальчиков со сверстниками, стремление занять лидерскую позицию в группе детей, фрустрация и стремление ребенка к уединению. На стремление ребенка к уединению воздействует показатель «аккуратность» и отзывы самих детей о матерях.

5. На общение мальчиков-дошкольников со своими сверстниками оказывает влияние их желание уединиться, реакция мальчиков на фрустрацию, их стремление к лидерству в группе сверстников и аккуратность детей. На развитие конфликтности и агрессивности влияют отзывы мальчиков о матерях и совместной деятельности с родителями.

Таким образом, выявленные особенности отношений мальчиков 5—6 лет с окружающими, некоторые поведенческие характеристики и черты личности позволяют понять механизмы воздействия на эти отношения, осуществлять их своевременную корректировку.

Роль средних медработников ДОУ в организации и проведении профилактических прививок детям

Тимиргалеева Т.В.,
преподаватель I квалификационной категории, ГОУ
Центр повышения квалификации медработников, г. Уфа

АКТУАЛЬНО



Снижение инфекционной заболеваемости — значимый резерв сокращения смертности и увеличения продолжительности жизни. К счастью, большинство инфекционных заболеваний у детей являются вакциноуправляемыми, поэтому перспективы их успешного предупреждения весьма реальны. В РФ в последние годы достигнуты существенные успехи в снижении инфекционной заболеваемости среди детей по всем нозологическим формам, управляемым средствами специфической профилактики.

Включение дополнительной иммунизации населения отдельным пунктом в национальный проект «Здоровье» свидетельствует о том, что решение этих вопросов вновь стало приоритетным. В 1998 г. был принят Федеральный закон № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», устанавливающий правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Конечная цель иммунопрофилактики — полная ликвидация вакциноуправляемых болезней, ближайшая — предотвращение заболеваний у отдельного ребенка или в организованном коллективе.

Не только государство, но и каждый детский коллектив (детский сад, школа и т.д.) должны быть заинтересованы в том, чтобы было своевременно привито как можно больше детей. Но не стоит забывать, что прививка — это медицинское вмешательство, поэтому интересы государства не должны противоречить пра-

вам конкретного пациента и его семьи. И эти права должны неукоснительно соблюдаться.

Пункт 2 ст. 11 Федерального закона № 157-ФЗ гласит: «Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних». Становится ясным, что врач и медицинская сестра могут только рекомендовать родителям сделать ребенку прививку и дать информацию о ней. При этом медицинская сестра ДОУ обязана информировать родителей (законных представителей) о плановых прививках, рекомендованных национальным календарем профилактических прививок, соответствующих возрасту ребенка.

Также надо помнить, что если раньше непривитого ребенка категорически запрещалось принимать в детский сад, то теперь в данном законе (п. 2 ст. 5) отсутствует подобное положение.

Кроме того, согласно законодательству РФ родители воспитанников имеют право:

1) на получение полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, поствакцинальных реакциях и осложнениях;

2) выбор учреждения, где сделать прививку (детский сад или детская поликлиника);

3) отказ от прививок.

Медицинская сестра ДОУ должна осознавать, что при проведении прививок детям очень

важно придерживаться следующих рекомендаций (согласно нормативных документов):

1) информировать родителей о прививке и получить их письменное информированное добровольное согласие на ее проведение;

2) соблюдать санитарно-гигиенические требования к получению, транспортировке и хранению медицинских иммунобиологических препаратов (система «холодовой цепи»);

3) обеспечить безопасность иммунизации;

4) перед вакцинацией ребенка провести термометрию и обеспечить осмотр врачом-педиатром;

5) успокоить и ободрить маленького пациента, обеспечить душевный комфорт при проведении прививки;

6) проводить профилактические прививки только в прививочных кабинетах, оснащенных необходимым оборудованием;

7) проводить иммунизацию только под контролем и в присутствии врача-педиатра;

8) после введения вакцины провести медицинское наблюдение за ребенком в течение 30 мин с целью своевременного выявления поствакцинальных реакций и осложнений и оказания неотложной медицинской помощи;

9) разъяснить рекомендации врача по профилактике поствакцинальных реакций и осложнений в рамках своей компетен-

ции и требований профессиональной этики.

В помещении, где проводят прививки, необходимо иметь наборы для оказания неотложной посиндромной помощи детям.

Медицинские сестры ДОУ, вновь поступающие на работу, проходят практическое обучение в течение 3-х дней в прививочном кабинете лечебно-профилактической организации. Также в течение года в ЛПО проводят постоянно действующие семинары по всем разделам иммунопрофилактики инфекционных болезней, по календарному плану, утвержденному главным врачом. По окончании семинара (1 раз в год) администрация и ответственный за прививочную работу диагностируют знания медицинского персонала с аттестацией и выдачей справки-допуска на проведение вакцинации детям в ДОУ.

Только соблюдение всех правил прививочного дела гарантирует развитие иммунитета у ребенка и позволяет избежать патологических постпрививочных реакций и осложнений.

Плановая иммунизация проводится уже много лет, и практика подтверждает, что такой метод предупреждения инфекционных заболеваний очень эффективен, так как при введении в организм ребенка вакцины происходит выработка специфических антител. Конечно, вакцинация имеет не только

положительные стороны. Любая вакцина, являясь чужеродным веществом для организма, может оказать и отрицательное влияние как сразу после иммунизации (в виде различных осложнений), так и в виде отдаленных последствий для здоровья ребенка. Но мировой опыт показывает, что риск реакций на введение современных вакцин ничтожно мал и несравним с теми реакциями и последствиями, которые закономерно возникают в результате естественного контакта с возбудителями инфекционных заболеваний.

Соблюдение сроков вакцинации детей в декретированные сроки — прямая обязанность медицинского персонала ДОУ, занимающегося проблемами иммунизации. При возникновении ситуации, приводящей к нарушению графика вакцинации, медицинские работники должны грамотно сочетать индивидуальную вакцинацию с обязательным соблюдением календаря прививок. Именно сочетание двух стратегий — обязательной и индивидуальной вакцинации детей — должно привести к успешной профилактике инфекционной заболеваемости в стране в целом и в каждом ДОУ в частности.

Также хочется напомнить, что медицинские работники, проводящие вакцинацию, 1 раз в 5 лет должны проходить последипломное обучение (усовершенствование) на базе учреждений

последипломного медицинского образования в соответствии с утвержденными программами переподготовки с получением соответствующих документов (свидетельства и сертификата).

ГОУ Центр повышения квалификации медработников осуществляет последипломную подготовку специалистов здравоохранения Республики Башкортостан уже более 25 лет. Одна из задач Центра — обеспечение современного уровня образования. Новая образовательная парадигма, ориентированная на развитие личности и ее активность в учебном процессе, требует непрерывного, динамического и разностороннего профессионального обучения средних медицинских работников. Цель такого обучения — формирование компетентного специалиста, способного самостоятельно строить и корректировать свою учебно-познавательную и профессиональную деятельность.

В процессе обучения преподавателями Центра используются разнообразные активные формы и методы обучения, в том числе инновационные, уделяется большое внимание формированию профессиональных качеств медицинских сестер. При проведении занятий с медицинскими сестрами ДООУ также рассматриваются вопросы иммунопрофилактики в образовательных учреждениях. Используя различные образовательные технологии — информационно-развивающие, дея-

тельностьные, личностно-ориентированные и др., — преподаватели ставят перед средними медицинскими работниками цель: сформировать четкие представления об обязанностях медицинской сестры ДООУ по реализации государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней. При этом не стоит забывать, что конечная цель повышения квалификации средних медицинских работников — это не столько получение теоретических знаний, сколько овладение практическими умениями и навыками.

Для повышения качества и эффективности последипломной подготовки средних медицинских работников по вопросам иммунизации в Центре используются как электронные информационные технологии в виде мультимедийных презентаций, обучающих и контролирующих программ, но и проводятся практические и семинарские занятия на базе детских поликлиник г. Уфы, где отрабатываются практические умения и навыки слушателей.

В заключение хочется отметить, что основная задача Центра на ближайшие годы — подготовка специалистов, способных на высоком профессиональном уровне оказывать квалифицированную, доступную и качественную первичную медико-санитарную помощь детям, в том числе по вопросам иммунопрофилактики инфекционных болезней.

Гигиенические рекомендации по организации воспитания и обучения детей предшкольного (старшего дошкольного) возраста в образовательных учреждениях*

Методические рекомендации

Разработаны Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве (Синякова Д.В., Мамчур Н.Н.) и кафедрой гигиены детей и подростков ФППО педиатров ММА им. И.М. Сеченова (Кучма В.Р., Ямщикова Н.Л., Степанова М.И., Макарова А.Ю., Кавалерская Э.К.).

Утверждены Руководителем Управления Роспотребнадзора по г. Москве, Главным санитарным врачом по г. Москве Филатовым Н.Н. и заведующим кафедрой гигиены детей и подростков ФППО педиатров ММА им. И.М. Сеченова Кучмой В.Р.

Введены в действие с 15 июня 2009 г.

Введены впервые.

(Извлечения из документа)

Организация питания

Организация питания детей в группах предшкольной подготовки должна соответствовать СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и орга-

низации режима работы дошкольных образовательных учреждений», СанПиН 2.3.2.1940-05 «Санитарно-эпидемиологические требования к продуктам питания, организации их производства и оборота», дополнения и изменения № 1 к СанПиН 2.3.2.1940-05, СанПиН 2.3.2.2399-08 «Организация детского питания».

Питание должно обеспечивать растущий организм детей энергией и основными пищевыми веществами. При организации питания следует соблюдать возрастные физиологические нормы суточной потребности в основных пищевых веществах (табл. 1, приложение 1).

Организация рационального питания детей предусматривает строгое выполнение режима. Для детей оптимальным является прием пищи с интервалом не более 4 ч. В группах предшкольной подготовки с пребыванием детей 9,5 ч организуют 3-разовое питание с усилением полдников. Распределение общей калорийности суточного рациона питания детей с дневным пребыванием в группах предшкольной подготовки (9,5 ч): завтрак — 25%, обед — 35, полдник — 15%.

В суточном рационе допуска-

* Продолжение. Начало см. Медработник ДОУ. 2010. № 5. С. 100—114.

Таблица 1

Средние величины основного обмена детского населения

Возраст	Основной обмен (ккал/кг массы тела)	Основной обмен (ккал/сутки)
5—6 лет	48	900

ется отклонение калорийности на $\pm 5\%$.

В каждом образовательном учреждении следует иметь примерное 10-дневное или 2-недельное меню, разработанное на основе физиологических потребностей в пищевых веществах и норм питания (приложение 2.). Ассортимент основных продуктов питания, рекомендуемых для использования питания детей 5—6 лет, представлен в приложении 3.

Рекомендуемые объемы порций для детей 5—6 лет представлены в табл. 2.

В образовательных учреждениях с 3-часовым пребыванием детей организуют разовое питание — завтрак, после первого занятия.

С целью обеспечения полноценного сбалансированного питания детей разрешается проводить замену продуктов, которую производят в соответствии с таблицей замены продуктов (приложение 4).

Зимой и весной при отсутствии свежих овощей и фруктов рекомендуется включать в меню соки, свежемороженые овощи и фрукты при соблюдении сроков их реализации.

Для обеспечения преемственности питания родителей инфор-

мируют об ассортименте питания ребенка, вывешивая ежедневное меню за время его пребывания в образовательном учреждении.

Еженедельно или 1 раз в 10 дней медицинский работник контролирует выполнение среднесуточной нормы выдачи продуктов на 1 ребенка и при необходимости проводит коррекцию питания в следующей декаде. Подсчет основных пищевых ингредиентов по итогам накопительной ведомости проводит медицинская сестра 1 раз в месяц (подсчитывается калорийность, количество белков, жиров и углеводов).

В целях профилактики гиповитаминозов проводят искусственную витаминизацию холодных напитков (компот и др.) аскорбиновой кислотой (для детей 5—6 лет — 50 мг на 1 порцию). Возможно использование поливитаминного напитка «Золотой шар» (15 г на 1 стакан воды) или поливитаминных препаратов (1 драже в день во время или после еды).

Аскорбиновая кислота вводится в компот после его охлаждения до температуры не выше 15 °C (перед реализацией).

Витаминизированные блюда не подогреваются.

Таблица 2

Рекомендуемые объемы порций для детей 5—6 лет

Наименование блюд	Масса, г
Завтрак	
Каша, овощное блюдо	200
Яичное, творожное, мясное, рыбное блюдо	80
Салат овощной	50
Кофе, чай, молоко	200
Обед	
Салат, закуска	60
Первое блюдо	200
Блюдо из мяса, рыбы, птицы	80
Гарнир	150
Третье блюдо (напиток)	200
Полдник	
Кефир, молоко	200
Булочка, выпечка (печенье, вафли)	90
Блюдо из творога, круп, овощей	100
Свежие фрукты	200
Ужин	
Овощное, творожное блюдо, каша	250
Молоко, кефир	200
Свежие фрукты	120
Хлеб на весь день: пшеничный	110
ржаной	60

**Организация
физического воспитания**

Физическое воспитание детей должно быть направлено на улучшение состояния здоровья и физического развития, расширение функциональных возможностей растущего организма, формирование двигательных навыков и двигательных качеств.

Рациональный двигательный режим, физические упражнения и закаливающие мероприятия следует осуществлять с учетом состояния здоровья, возрастно-половых возможностей детей и сезона года (приложение 5).

Организованные формы двигательной деятельности должны включать: утреннюю гимнастику,

физкультурные занятия в помещении и на воздухе, физкультурные минутки, подвижные игры, спортивные упражнения, ритмическую гимнастику, занятия на тренажерах, плавание и т.п.

Следует предусмотреть объем двигательной активности воспитанников 5–6 лет в организованных формах оздоровительно-воспитательной деятельности до 6–8 ч в неделю с учетом психофизиологических особенностей детей, времени года и режима работы образовательного учреждения.

Для реализации двигательной деятельности детей следует использовать оборудование и инвентарь физкультурного зала и спортивных площадок.

Физкультурные занятия для детей 5–6 лет проводят не менее 3 раз в неделю в физкультурном зале, оборудованном для детей 5–6 лет. Длительность занятия составляет 20–25 мин.

Одно из трех физкультурных занятий для детей 5–6 лет следует круглогодично проводить на открытом воздухе. Его проводят только при отсутствии у детей медицинских противопоказаний и наличии у детей спортивной одежды, соответствующей погодным условиям.

В дождливые, ветреные и морозные дни физкультурные занятия проводят в зале.

В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях максимальное число занятий физкультурой проводят на открытом воздухе.

Оценку эффективности физкультурного занятия детей групп дошкольной подготовки проводят по показателю моторной плотности и среднего уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС) у детей.

Моторная плотность занятия в зале (отношение времени занятия, затраченного ребенком на движение, к общей продолжительности занятия, выраженное в процентах) должна составлять не менее 70%; на воздухе — не менее 80%.

Для обеспечения тренировочного эффекта на занятиях в зале средний уровень ЧСС у детей 5–6 лет — в зале 140–150 уд./мин; на воздухе — 150–160 уд./мин.

Оценка эффективности физического воспитания осуществляется на основе динамики состояния здоровья детей, развития двигательных качеств и навыков.

Тестирование физической подготовленности детей групп дошкольной подготовки проводят воспитатель по физической культуре в начале учебного года (сентябрь–октябрь) и в конце его (апрель–май) и контролирует методист (старший воспитатель) ОУ. Оценка уровня физической подготовленности медицинская сестра вносит в «Медицинскую карту».

Закаливание детей включает систему мероприятий:

— элементы закаливания в повседневной жизни: умывание прохладной водой, широкая аэрация помещений, правильно организованная прогулка;

физические упражнения, проводимые в легкой спортивной одежде в помещении и на открытом воздухе;
— специальные мероприятия: водные, воздушные и солнечные.

Для закаливания детей основные природные факторы (солнце, воздух и вода) используют дифференцированно в зависимости от состояния здоровья детей, с учетом подготовленности персонала и материальной базы образовательного учреждения, со строгим соблюдением методических рекомендаций.

Закаливающие мероприятия меняют по силе и длительности в зависимости от сезона года, температуры воздуха в классных комнатах, эпидемиологической обстановки.

Медицинский и педагогический контроль за организацией физического воспитания детей групп предшкольной подготовки включает:

- динамические наблюдения за состоянием здоровья и физическим развитием детей, физической подготовленностью, функциональными возможностями детского организма;
- медико-педагогические наблюдения за организацией двигательного режима, методикой проведения различных форм занятий физическими упражнениями и их воздействием на организм ребенка, контроль за осуществлением системы закаливания;
- контроль за санитарно-гигиеническим состоянием мест проведения занятий (помещение, участок), физкультурного оборудования, одежды и обуви детей;
- гигиеническое обучение и воспитание по вопросам физического воспитания дошкольников, формирование мотивации к регулярным занятиям физкультурой;
- профилактику травматизма.

Приложение 1

Нормы физиологических потребностей детей 5—6 лет в пищевых веществах и энергии (в день)

Показатели (в сутки)	Кол-во
1	2
Энергия (ккал)	1800
Белок, г	54
В том числе животный (%)	65
Жиры, г	60
Жир, % по ккал	30

Окончание табл.

1	2
ПНЖК, % по ккал	5—10
– щ— 6, % по ккал	4—9
Углеводы, г	261
Углеводы, % по ккал	58
В том числе сахар, % по ккал	< 10
Пищевые волокна, г	10
Витамины	
Витамин С, мг	50
Витамин В ₁ , мг	0,9
Витамин В ₂ , мг	1
Витамин В ₆ , мг	1,2
Ниацин, мг	11
Витамин В ₁₂ , мкг	1,5
Фолаты, мкг	200
Панто, мг	3
Биотин, мкг	15
Витамин А, мкг экв.	500
Витамин Е, мг ток. экв.	7
Витамин D, мкг	10
Витамин К, мкг	55
Минеральные вещества	
Кальций, мг	900
Фосфор, мг	800
Магний, мг	200
Калий, мг	600
Натрий, мг	700
Хлориды, мг	1100
Железо, мг	12
Цинк, мг	8
Йод, мг	0,1
Медь, мг	0,6
Селен, мг	0,02
Хром, мкг	15
Фтор, мг	2

АКТУАЛЬНО

Приложение 2

**Нормы питания детей в группах дошкольной подготовки (грамм
в день на одного ребенка)**

Продукты	9—10,5 часа пребывания
1	2
Хлеб пшеничный	80
Хлеб ржаной	40
Мука пшеничная	20
Мука картофельная	3
Крупа, бобовые, макаронные изделия	30
Картофель	190
Овощи разные	200
Фрукты свежие	60
Фрукты сухие	10
Кондитерские изделия	10
Сахар	45
Масло сливочное	20
Масло растительное	7
Яйцо (шт.)	0,5
Молоко	420
Творог	40
Мясо	100
Рыба	45
Сметана	5
Сыр	5
Чай	0,2
Кофе злаковый	2
Соль	0
Дрожжи	1

Приложение 3

**Ассортимент основных продуктов питания,
рекомендуемых для использования в питании детей
и подростков организованных коллективов***Мясо и мясопродукты:*

- говядина I категории;
- телятина;
- мясо птицы (курица, индейка);
- мясо кролика;
- сосиски и сардельки (говяжьи), не чаще чем 1—2 раза в неделю);
- субпродукты (печень говяжья, язык).

Рыба и рыбопродукты:

- треска;
- хек;
- минтай;
- ледяная рыба;
- судак;
- сельдь (соленая).

Яйца куриные: в виде омлетов или в вареном виде.

Молоко и молочные продукты:

- молоко (2,5, 3,2, 3,5% жирности), пастеризованное, стерилизованное, сухое;
- сгущенное молоко (цельное и с сахаром), сгущенно-вареное молоко;
- творог (9% жирности) — после термической обработки;
- сыр неострых сортов (твердый, мягкий);
- сметана (10, 15% жирности) — после термической обработки;
- кефир;
- йогурты (предпочтительнее: не подвергшиеся термической обработке — «живые», молочные и сливочные);

- ряженка, варенец, бифидок и другие кисломолочные продукты промышленного выпуска;
- сливки (10, 20 и 30% жирности).

Пищевые жиры:

- сливочное масло (в том числе «Крестьянское»);
- растительное масло (подсолнечное, кукурузное, соевое — только рафинированное; рапсовое, оливковое) — в салаты, винегреты, сельдь, вторые блюда;

Кондитерские изделия:

- конфеты (предпочтительнее зефир, пастила, мармелад), шоколадные — не чаще одного раза в неделю;
- галеты, печенье, крекеры, вафли, кексы (предпочтительнее с минимальным количеством пищевых ароматизаторов);
- пирожные, торты (песочные и бисквитные, без крема);
- джемы, варенье, повидло, мед — промышленного выпуска.

Овощи:

- картофель, капуста белокочанная, капуста цветная, морковь, свекла, огурцы, томаты, кабачки, патиссоны, лук, чеснок (для детей дошкольного возраста с учетом индивидуальной переносимости), петрушка, укроп, сельдерей, томатная паста, томат-пюре.

Фрукты:

- яблоки, груши, бананы, ягоды (за исключением клубники);
- цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны) с учетом индивидуальной переносимости;
- сухофрукты.

Бобовые: горох, фасоль, соя.

Соки и напитки:

- натуральные отечественные и импортные соки и нектары промышленного выпуска (осветленные и с мякотью), предпочтительно в мелкоштучной упаковке;
- напитки промышленного выпуска на основе натуральных фруктов;
- витаминизированные напитки промышленного выпуска без консервантов и искусственных пищевых добавок;
- кофе (суррогатный), какао, чай.

Консервы:

- говядина тушеная (в виде исключения при отсутствии

мяса) для приготовления первых блюд);

- лосось, сайра (для приготовления супов);
- компоты, фрукты дольками, кабачковая икра;
- зеленый горошек;
- томаты и огурцы стерилизованные без добавления уксуса.

Хлеб, крупы, макаронные изделия: все виды без ограничения.

Дополнительно при наличии финансовых возможностей в питании детей могут использоваться:

- икра осетровая и лососевая зернистая (не чаще 1 раза в 2 недели);
- рыба соленая красная (предпочтительнее горбуша, кета) — не чаще 1 раза в 2 недели;
- тропические фрукты (манго, киви, гуава и др.) — с учетом индивидуальной переносимости.

*Приложение 4***Таблица замены некоторых продуктов**

Продукт	Масса, г	Продукт заменитель	Масса, г
1	2	3	4
Мясо говядины	100	Мясо кролика	96
		Печень говяжья	116
		Печень свиная	107
		Куры I категории	110
		Куры II категории	97
		Рыба (треска)	125
		Творог	120
Молоко цельное	100	Молоко сухое цельное в герметичной упаковке	11

Окончание табл.

1	2	3	4
		Молоко сухое обезжиренное	7,5
		Молоко сгущенное с сахаром	40
		Творог 9%	17
		Мясо (говядина I кат.)	14
		Мясо (говядина II кат.)	17
		Рыба (треска)	17,5
		Сыр «Российский»	12,5
		Яйцо куриное	22
Творог 9%	100	Мясо говядина	83
		Рыба (треска)	105
Яйцо куриное (1 шт.)	41	Творог	31
		Мяса (говядина)	26
		Рыба (треска)	30
		Молоко цельное	186
		Сыр «Российский»	20
		Яичный порошок	11,5
Рыба (треска)	100	Мясо (говядина)	87
		Творог	105
Картофель	100	Капуста белокочанная	111
		Капуста цветная	80
		Морковь	154
		Свекла	118
		Бобы (фасоль)	33
		Горошек зеленый	49
		Горошек зеленый консервированный	64
		Кабачки	300
Яблоки свежие	100	Яблоки консервированные	200
		Сок яблочный	90
		Сок сливовый, виноградный	133
		Сухофрукты:	
		яблоки,	12
		чернослив,	17
		курага,	8
		изюм	22

АКТУАЛЬНО

Приложение 5

**Рекомендации к одежде при проведении
физкультурных занятий на воздухе**

Температура воздуха при скорости ветра 1—6 м/с	Одежда (число слоев)	Одежда и обувь
1	2	3
+20° и выше	1/1	Трусы, майка, носки, спортивные туфли
от +15° до +19 °С	2/2	Хлопчатобумажный трикотажный тонкий спортивный костюм, майка, трусы, носки, спортивные туфли
от +10° до +14 °С	2/2	Хлопчатобумажный трикотажный спортивный костюм, майка, трусы, носки, спортивные туфли (кеды)
от +3° до +9 °С	2/2	Тренировочный костюм с начесом, майка, трусы, хлопчатобумажные носки, кроссовки (кеды), шерстяная шапочка на хлопчатобумажной подкладке
от +2° до –5 °С	3/3	Тренировочный костюм с начесом, футболка с длинными рукавами, майка, трусы, колготки, шерстяные носки, шерстяная шапка на хлопчатобумажной подкладке, кроссовки (кеды)
от –6° до –11 °С	3/3	Тренировочный костюм с начесом, фланелевая рубашка, майка, трусы, колготки, шерстяные носки, кроссовки (кеды), шерстяная шапка на хлопчатобумажной подкладке, варежки
от –12° до –15 °С	4/3	Ветровка (куртка из ткани типа боло́нья), тренировочный костюм с начесом, фланелевая рубашка, майка, трусы, колготки, шерстяные носки, кроссовки, шерстяная шапка на хлопчатобумажной подкладке, варежки

О вспышечной заболеваемости в Российской Федерации в I квартале 2010 г.

Анализ вспышечной заболеваемости в РФ в I квартале 2010 г. свидетельствует, что эпидемиологическая ситуация в этот период значительно более напряженная, чем в предыдущие годы.

В подавляющем числе случаев причинами возникновения вспышек пищевого характера являлись грубейшие нарушения технологического процесса на предприятиях, занятых в сфере производства и оборота пищевых продуктов, а также на пищеблоках при приготовлении блюд. Наиболее распространенные нарушения — не соблюдение сроков хранения и правил транспортировки скоропортящихся продуктов питания, требований к санитарному содержанию помещений, мытью и обработке оборудования, инвентаря и посуды, невыполнение сотрудниками пищевых предприятий и пищеблоков правил личной гигиены.

Так, в январе—марте 2010 г. зарегистрировано 40 вспышек острых инфекционных кишечных заболеваний, в то время как суммарно в первом квартале 2007—2009 гг. было зарегистрировано 32 вспышки. География

вспышек охватывает практически всю территорию страны, а их причины в основном связаны с грубыми нарушениями требований санитарных правил персоналом предприятий общественного питания, воспитательных и образовательных учреждений для детей.

Также возросло количество пострадавших. Так, если в январе 2009 г. их было 30, то в январе 2010 г. — 741, в феврале — 36 и 874, в марте 38 и 269 соответственно. Следует особенно подчеркнуть, что заболевшие — в основном дети — воспитанники дошкольных учреждений и ученики школ.

Так, например, в январе 2010 г. в Ненецкой школе-интернате для детей-сирот около 40 чел., в основном дети, заболели салмонеллёзом. Как выяснилось при расследовании вспышки, на пищеблоке работал больной салмонеллёзом персонал, выявлены многочисленные нарушения требований санитарных правил.

Такие же причины привели к вспышке дизентерии у учащихся Финансово-экономического лицея № 29 г. Пензы, где пострададо 36 чел.

Около 50 случаев псевдотуберкулеза зарегистрировано у воспитанников коррекционной школы-интерната № 5 для детей с отклонениями в развитии (Амурская обл.). Причина — нарушение санитарных требований при изготовлении овощных салатов.

В феврале 2010 г. в Республике Саха (Якутия) зарегистрирована вспышка дизентерии. Заболело около 300 чел., из которых 2/3 — дети до 14 лет. Причина — употребление инфицированной продукции Якутского гормолзавода. При проверке предприятия выявлены многочисленные нарушения режима, послужившие причиной заражения продукции.

Также в феврале в г. Бийске (Алтайский край) сальмонеллезом заболело более 220 сотрудников ЗАО «Алтайский бройлер». Причина — употребление в сто-

ловой предприятия салата, для приготовления которого использованы некондиционные яйца.

В сложившейся ситуации перед специалистами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека стоит ответственная задача — в условиях ограничений, установленных федеральным законодательством, существенно повысить эффективность надзорных мероприятий, при выявлении недостатков в полной мере использовать права и полномочия с тем, чтобы обеспечить эффективную охрану здоровья и жизни населения РФ.

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /www.rosпотребнадзор.ru

Постановление

от 19.03.2010 № 21

«О профилактике острых кишечных инфекций»

Зарегистрировано: Министерство юстиции
Российской Федерации от 22.04.2010 № 16959

Я, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации Г.Г. Онищенко, проанализировав обстановку по острым кишечным инфекциям (ОКИ), отмечаю, что в Российской Федерации наблюдается

устойчивая тенденция к росту заболеваемости ОКИ, вызванных установленными и неустановленными возбудителями со средним ежегодным темпом прироста 7% и 6%, соответственно. Сохраняются достаточно

высокие показатели заболеваемости сальмонеллезной инфекцией, которые за период 2003—2009 гг. регистрировались на уровне 30—35 на 100 тыс. населения.

Неблагополучие по острым кишечным инфекциям в Российской Федерации является отражением мировых тенденций. Ежегодно до 30% населения промышленно развитых стран страдает болезнями пищевого происхождения. Так, в США ежегодно регистрируется около 76 млн случаев таких болезней, которые приводят к 325 000 случаям госпитализации и 5000 смертей.

В последние годы в мире значительно возрастает роль гастроэнтеритов вирусной этиологии, наиболее значимыми этиологическими агентами которых являются ротавирусы и норовирусы. Причем это является общей проблемой как для развивающихся, так и для индустриально развитых государств. Так, по официальным данным, в связи с ротавирусной инфекцией ежегодно в США госпитализируется около 55 тыс., а в мире — порядка 600 тыс. детей. В структуре зарегистрированных эпидемических очагов пищевого происхождения в более чем половине случаев причиной является норовирусная инфекция. Второе место по значимости в вспышечной заболеваемости играет сальмонеллез и кампилобактериоз.

В Российской Федерации в 2009 г. 42 региона страны были неблагополучными по ОКИ, вызванным неустановленными инфекционными возбудителями, 33 — по ОКИ, вызванным установленными бактериальными и вирусными возбудителями, 37 — сальмонеллезу, 29 — бактериальной дизентерии.

Стабилизировался на высоких цифрах удельный вес этиологически нерасшифрованных ОКИ и пищевых токсикоинфекций, который в течение последних 7 лет составляет от 62,3 до 68,8%, что особенно важно на фоне многолетней тенденции к росту показателей этой категории нозологий. Такая ситуация свидетельствует о необходимости внедрения современных методик в деятельность лабораторий и повышения уровня заинтересованности лечебно-профилактических учреждений в проведении диагностических исследований. Наиболее плохо поставлен вопрос этиологической расшифровки ОКИ в Дальневосточном (Приморский край, Амурская и Сахалинская области) и Северо-Западном (Ненецкий автономный округ, г. Санкт-Петербург) федеральных округах.

Рост в последние годы показателей заболеваемости ОКИ, вызванных установленными бактериальными и вирусными возбудителями в Российской Федерации, обусловлен, в основном, ротавирусной инфекцией,

уровни заболеваемости которой за период 1999—2009 гг. выросли практически в 7 раз. Удельный вес указанной нозологии в структуре ОКИ увеличился с 1,4 до 7%. Наиболее поражаемым контингентом при ротавирусной инфекции являются дети до 14 лет, составляющие около 90% в структуре патологии, причем дети до 1 года составляют 28%, до 6 лет — 66,4%. В регионах России преобладают различные серотипы ротавирусов, но наиболее часто встречаются G1P и G4P, причем в предшествующий период преимущественно доминировал G1P. Эпидемическим сезоном для группы гастроэнтеритов вирусной этиологии на территории нашей страны, как и в странах, расположенных в зонах умеренного климата, является холодный период года. По данным научно-исследовательских институтов, на европейской территории России наблюдается смена доминирующего серотипа, что приведет к прогнозируемому росту заболеваемости указанными нозологиями в течение ближайших 2 лет. С 2008 г. в форму государственного статистического наблюдения введена норовирусная инфекция, которая, по данным зарубежных исследователей, в последние годы имеет тенденцию к широкому распространению и играет ведущую роль в формировании эпидемических очагов с пищевым фактором передачи инфекции.

Территориями с неблагоприятной эпидемической ситуацией по сальмонеллезу в последние годы являются регионы Дальневосточного, Сибирского, Уральского, Приволжского, Северо-Западного федеральных округов. В некоторых субъектах Российской Федерации (Ненецкий автономный округ, Ханты-Мансийский автономный округ, Магаданская область) в 2009 г. уровни заболеваемости сальмонеллезами превышали аналогичные цифры в целом по стране более чем в 2 раза. В структуре группы кишечных инфекций сальмонеллез в последние годы (2003—2008 гг.) составляет около 7%. Дети до 17 лет вовлекаются в эпидемический процесс практически наравне со взрослыми, составляя 42—48% среди пострадавших. Болеет преимущественно городское население (около 80%), что связано с возрастающей централизацией и интенсификацией производства продуктов питания, расширением производства различных полуфабрикатов и готовых блюд, реализуемых через торговую сеть, развитием сети общественного питания и т.д. В этиологической структуре сальмонеллезов с начала 80-х г. прошлого века доминирует *Salmonella enteritidis* (группа D), но в последние годы появились данные о возрастающей роли сальмонелл группы C, в частности *Salmonella infantis*, что свидетельствует о формировании новых резервуаров возбу-

дителя в природе и требует осуществления комплекса исследований, направленных на выявление возможных источников инфекции, не имеющих большого значения в предыдущие годы.

Уровни заболеваемости бактериальной дизентерией в последние годы достигли наиболее низких цифр за весь период наблюдения: со 147,7 на 100 тыс. населения в 1999 г. до 12,38 — в 2009 г. Вместе с тем в структуре наиболее значимых эпидемических очагов ежегодный удельный вес шигеллез составляет порядка 9%, при этом именно с этими возбудителями связаны массовые очаги, распространение инфекции в которых происходило через продукцию молокоперерабатывающих производств. В начале 2010 г. в Республике Саха (Якутия) была зарегистрирована крупная вспышка дизентерии, связанная с одним из молочных предприятий региона. В 2009 г. наиболее неблагополучными по заболеваемости бактериальной дизентерией были Южный (Республика Дагестан, Астраханская и Волгоградская области, Республика Северная Осетия), Сибирский (Республики Тыва и Хакасия, Кемеровская область) и Дальневосточный (Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область и Амурская область) федеральные округа.

Острые кишечные инфекции остаются наиболее значимой

группой болезней, ответственной за формирование эпидемических очагов. Ежегодно по форме отраслевого статистического наблюдения регистрируется около 500 вспышек ОКИ, составляя от 27,6 до 76,5% среди всех зарегистрированных очагов.

В этиологической структуре наиболее значимых (средних и крупных) очагов в 2009 г. острые кишечные инфекции суммарно составили 52% и были представлены сальмонеллезами, ротавирусной и норовирусной инфекциями, бактериальной дизентерией (Зонне и Флекснера), эшерихиозами, пищевыми токсикоинфекциями энтеробактериальной и стафилококковой природы.

Причинами возникновения вспышек пищевого характера, как правило, являлись грубейшие нарушения технологического процесса на предприятиях, занятых в сфере производства и оборота пищевых продуктов, а также на пищеблоках при приготовлении блюд, в том числе:

- несоблюдение сроков хранения и транспортировки скоропортящихся продуктов питания;
- несоблюдение требований к санитарному содержанию помещений, мытью и обработке оборудования, инвентаря и посуды;
- не выполнение сотрудниками пищевых предприятий и пищеблоков требований по об-

работке продуктов и соблюдению правил личной гигиены.

За трехлетний период ежегодно не соответствовали по микробиологическим показателям около 7% проб молока и молочной продукции. Также не изменился удельный вес нестандартных результатов при исследовании продуктов птицеводства. Удельный вес проб мяса и мясных продуктов, несоответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, за последние 15 лет снизился с 6,26 до 4,76%.

Не уменьшается значение водного пути передачи инфекций с реализацией фекально-орального механизма. Несмотря на снижение в многолетней динамике заболеваемости, при формировании вспышечной заболеваемости сохраняется свою значимость вирусный гепатит А (ГА). Так, в 2009 г. по форме отраслевого статистического наблюдения 23-09 «Сведения о вспышках инфекционных заболеваний» было зарегистрировано 59 вспышек ГА (в том числе 6 крупных) с числом пострадавших 786 чел., что составляет 7,6% от зарегистрированных в прошедшем году случаев ГА.

Эпидемические очаги 2009 г. с водным путем передачи инфекции были связаны с неудовлетворительным состоянием коммунальных систем, не соблюдением питьевого режима при использовании воды децентрализованных источников, а так-

же правил водоподготовки перед подачей воды населению. Это, в первую очередь, энтеровирусные, ротавирусные и норовирусные инфекции, гепатит А (Хабаровский край, Удмуртская республика, ХМАО, Республика Дагестан, Московская, Нижегородская и Рязанская области).

Качество воды после водоподготовки по санитарно-химическим показателям продолжает оставаться неудовлетворительным. В течение ряда лет удельный вес проб водопроводной воды, не отвечающей гигиеническим требованиям по микробиологическим показателям, остается в районе 5–6%. В последние годы в 45 регионах страны показатели микробного загрязнения воды превышали аналогичные цифры по Российской Федерации.

Основной причиной такой ситуации является высокий износ водопроводных сооружений и сетей, который в некоторых регионах достигает 70%. Планово-предупредительный ремонт водопроводных сооружений и сетей полностью уступил место аварийно-восстановительным работам.

В 2009 г. по-прежнему наиболее эпидемически значимыми оставались детские учреждения (детские сады, школы, санатории и другие оздоровительные учреждения), где зарегистрировано 50% вспышек, из них в школах — 28%. На долю лечебно-профилактичес-

ких учреждениях приходится 10% очагов.

Распространение инфекции контактно-бытовым путем связано с систематическим несоблюдением противоэпидемического режима учреждений, поздним выявлением больных, отсутствием своевременного проведения мероприятий.

Несмотря на наметившуюся в последние годы тенденцию к уменьшению количества лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), относящихся к III (неблагополучной) группе санитарно-эпидемиологического благополучия (с 8,1% в 2006 г. до 4,3% в 2009 г.), их число на начало 2010 г. составляет более 3,5 тыс. Более 55,8 тыс. ЛПУ относятся ко II группе санитарно-эпидемиологического благополучия, стабильно составляющей порядка 57% в структуре всех ЛПУ. Более половины детских учреждений в стране также относятся к II группе санитарно-эпидемиологического благополучия. Такая ситуация в условиях неустойчивой эпидемической обстановки по ОКИ может приводить к формированию очагов инфекционных болезней внутри учреждений.

С начала 2010 г. в Российской Федерации наблюдается ухудшение эпидемиологической ситуации по острым кишечным инфекциям. За январь—февраль 2010 г. по оперативным данным зарегистрировано 26 эпидемических очагов, из которых 23

(88,5%) — представлены острыми кишечными инфекциями. Наиболее крупными явились эпидемические очаги ротавирусной и норовирусной инфекций (Иркутская область), дизентерии Флекснера (Республика Саха (Якутия), сальмонеллеза (Алтайский край).

На начало марта 2010 г. превышение уровней среднегодовой заболеваемости по сумме ОКИ было зарегистрировано в 49 регионах страны. При этом превышение от 10 до 20% наблюдалось в 5 субъектах Российской Федерации, от 20 до 50% — в 24, от 50 до 100% — в 17, более 100% — в 3 (Республика Дагестан, Республика Саха (Якутия), Иркутская область).

В этиологической структуре регистрируемых в текущий зимне-осенний период, случаев ОКИ преобладают ротавирусная, норовирусная, астровирусная инфекции. Распространение происходит различными путями, возбудители выделяются из водопроводной воды, из смывов с бытовых поверхностей в домашних очагах и учреждениях, в смывах с фруктов и овощей (мандарины, яблоки, огурцы, капуста, салат), отобранных в торговой сети. Наиболее значимыми путями распространения вирусных гастроэнтеритов являются пищевая и контактно-бытовая, играет большую роль также реализация водного пути передачи инфекции. Практически всегда в очагах вирусных

гастроэнтеритов присутствие вирусов обнаруживают на рабочих поверхностях, в смывах с функционального и санитарно-технического оборудования. При формировании вспышек факторами передачи инфекции обычно выступают контаминированные носителями блюда и продукты питания, которые не подвергаются термической обработке: свежие фрукты и овощи (нарезки из них), салаты, молочные продукты, напитки. При заносе инфекции в учреждения (в первую очередь детские и лечебно-профилактические) в условиях несоблюдения противоэпидемического режима (переуплотненность палат стационаров, неисправность санитарно-технического оборудования, низкий уровень санитарной культуры) формируются очаги инфекции. При неудовлетворительном санитарно-техническом состоянии коммунальных сетей подключается водный путь передачи вирусных гастроэнтеритов.

В целях стабилизации эпидемиологической ситуации по острым кишечным инфекциям, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, руководствуясь Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. 1), ст. 2700;

2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; № 52 (ч. 1), ст. 5498; 2007, № 1 (ч. 1), ст. 21, ст. 29; № 27, ст. 3213; № 46, ст. 5554; № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; № 29 (ч. 1), ст. 3418; № 44, ст. 4984; № 52 (ч. 1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17), в соответствии с пп. 5.4, 5.5, 5.6, 5.8 Постановления Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 322 «Об утверждении положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2899; 2006, № 22, ст. 2337; № 52 (3 ч.), ст. 5587; 2008, № 40, ст. 4548; № 46, ст. 5337; 2009, № 30, ст. 3823; № 33, ст. 4081; 2010, № 9, ст. 960), п. 13 Постановления Правительства Российской Федерации от 16.05.2005 г. № 303 «О разграничении полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения биологической и химической безопасности Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 21, ст. 2023; 2006, № 13, ст. 1409; 2008, № 12, ст. 1130; № 23, ст. 2713; № 24, ст. 2867; № 50, ст. 5946; 2009, № 6, ст. 738; № 10, ст. 1224; № 18 (2 ч.), ст. 2248), Международными медико-санитарными правилами (2005 г.),

ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

1.1. Рассмотреть на заседаниях санитарно-противоэпидемических комиссий вопросы эпидемиологической ситуации и эффективности проводимых мероприятий по острым кишечным инфекциям в регионе.

1.2. Принять меры по разработке региональных программ по профилактике острых кишечных инфекций.

1.3. Потребовать в пределах компетенции от юридических лиц и индивидуальных предпринимателей выполнения требований санитарного законодательства в процессе производства, хранения и продажи продовольственных товаров, обеспечения населения доброкачественной водой и предоставлении населению качественных услуг в условиях неустойчивой эпидемической ситуации по группе острых кишечных инфекций.

1.4. Взять на контроль санитарно-техническое состояние лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь инфекционным больным.

1.5. Оказывать поддержку органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и управлениям Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации в организации активной разъяснительной работы среди населения по профилактике острых кишечных инфекций.

2. Органам исполнительной власти Хабаровского края, Уд-

муртской Республики, Ханты-Мансийского автономного округа, Республики Дагестан, Нижегородской, Ростовской-на-Дону, Свердловской и Иркутской областей, Ставропольского края рекомендовать:

2.1. Рассмотреть на заседаниях санитарно-противоэпидемических комиссий вопросы по обеспечению населения доброкачественной водой, в том числе по санитарно-техническому состоянию систем водоснабжения, канализования и очистных сооружений.

2.2. Принять дополнительные меры по выполнению существующих региональных программ по обеспечению населения доброкачественной водой, в случае их отсутствия — принять меры по их разработке, предусмотрев необходимый объем финансирования.

3. Руководителям органов управления образованием субъектов Российской Федерации рекомендовать:

3.1. Обеспечить выполнение предписаний, выданных учреждениями, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при подготовке образовательных учреждений к учебному году 2010—2011 гг.

3.2. Взять на контроль готовность учреждений летнего отдыха и оздоровления детей к сезону 2010 г., в том числе санитарно-техническое состояние учреждений и подготовку персонала.

4. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

4.2. Принять меры по оснащению современным лабораторным оборудованием лабораторий лечебно-профилактических учреждений с целью обеспечения этиологической расшифровки острых кишечных инфекций.

4.3. Обеспечить реализацию мер, направленных на соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в инфекционных стационарах и отделениях, а также наличие необходимого перечня медикаментов для лечения острых кишечных инфекций.

4.4. Предусмотреть развертывание дополнительного коечного фонда с учетом перепрофилирования отделений в условиях массового поступления больных при эпидемическом неблагополучии по острым кишечным инфекциям.

5. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации совместно с руководителями Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации организовать обучение персонала лечебно-профилактических учреждений по вопросам диагностики, лечения и профилактики острых кишечных инфекций вирусной этиологии.

6. Научно-исследовательским учреждениям Роспотребнадзора,

занимающихся проблематикой острых кишечных инфекций, обеспечить оказание субъектам Российской Федерации практической и методической помощи по вопросам эпидемиологии, диагностики и профилактики острых кишечных инфекций.

7. Рекомендовать государственным учреждениям науки Российской академии медицинских наук принять участие в разработке стандартов диагностики, лечения и профилактики острых кишечных инфекций, в частности вирусной этиологии.

8. Главным врачам Федеральных государственных учреждений здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации:

8.1. Принять необходимые меры по дальнейшему укреплению материально-технической базы лабораторий, оснащению современным оборудованием и подготовке специалистов по вопросам работы с возбудителями острых кишечных инфекций.

8.2. Обеспечить качество проводимых исследований как в рамках планового мониторинга за объектами окружающей среды, так и по эпидемическим показаниям — при работе в очагах острых кишечных инфекций.

8.3. Обеспечить постоянное взаимодействие с научно-исследовательскими учреждениями,

на базах которых функционируют референс-центры, с целью получения методической и практической помощи в работе по мониторингу за возбудителями острых кишечных инфекций.

9. Руководителям Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации:

9.1. По результатам ретроспективного и оперативного анализа заболеваемости ОКИ (суммарно и по каждой нозологической форме) по субъекту Российской Федерации в целом и в разрезе муниципальных образований с установлением причинно-следственной связи эпидемиологического неблагополучия внести в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации предложения по стабилизации ситуации, при необходимости инициировать разработку региональных программ.

9.2. Продолжить еженедельный мониторинг заболеваемости по сумме ОКИ и отдельным нозологическим формам, входящим в указанную группу по субъекту Российской Федерации. Пересмотреть среднесезонные уровни с учетом современных требований по их расчету.

9.3. Обеспечить качественное проведение плановых мероприятий по надзору, установить жесткий контроль за выполнением предписаний в случае выявления нарушений требова-

ний санитарного законодательства в первую очередь на объектах общественного питания, торговли, в детских образовательных учреждениях, учреждениях отдыха и оздоровления, лечебно-профилактических учреждениях, организациях, занимающихся подачей воды населению.

9.4. Взять на контроль санитарно-техническое состояние лечебно-профилактических и детских учреждений, подготовить предложения по его улучшению в адрес органов управления здравоохранением и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, инициировать разработку программ по их ремонту или строительству, оснащению пищеблоков.

9.5. В течение года осуществлять подготовку к началу летнего оздоровительного сезона: провести анализ санитарно-технического состояния объектов летнего отдыха и оздоровления детей по данным предыдущих лет, уточнить список планируемых поставщиков продуктов питания, повысить персональную ответственность специалистов при выполнении плановых мероприятий по надзору.

9.6. В случае регистрации эпидемического неблагополучия по острым кишечным инфекциям организовывать санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в полном объеме:

- инициировать внеплановые заседания санитарно-противоэпидемических комиссий в субъектах Российской Федерации по проблемам острых кишечных инфекций;
- при необходимости вводить режим гиперхлорирования водопроводной воды с обязательным контролем остаточного хлора;
- усиливать контроль за соблюдением противоэпидемического режима в детских образовательных и лечебно-профилактических учреждениях;
- рекомендовать проведение внеочередных медицинских осмотров лицам декретированных групп;
- принимать меры по временному исключению холодных закусок, блюд и продуктов, не подвергающихся термической обработке, на пищеблоках детских образовательных учреждений, как факторов передачи инфекции, подозрительных на инфицирование, до завершения всего комплекса противоэпидемических мероприятий в соответствии с п. 4.8.3. «Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.1117-02 “Профилактика острых кишечных инфекций”» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача от 22.02.2010 № 13, зарегистрированы в Минюсте России 08.05.2010 № 3418 (Бюллетень нормативных актов федеральных

органов исполнительной власти, № 27, 08.07.2002);

- при необходимости осуществлять проведение внеплановых проверок организаций общественного питания и торговли по решению санитарно-противоэпидемических комиссий.

9.7. При выявлении нарушений требований санитарного законодательства в ходе проведения плановых и внеплановых проверок, в соответствии с Федеральным законом от 19.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», применять меры административного воздействия в соответствии с административным законодательством Российской Федерации.

9.8. Принять меры по недопущению ошибок в работе специалистов Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации при проведении эпидемиологического расследования с установлением причинно-следственной связи формирования эпидемических очагов и организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах инфекционных болезней.

9.9. Активизировать санитарно-просветительскую работу среди населения по профилактике острых кишечных инфекций.

10. Контроль за выполнением настоящего постановления оставляю за собой.

Г.Г. Онищенко

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /www.gospotrebnadzor.ru

Письмо

от 11.02.2010 № 01/1867-0-32

руководителям управлений

Роспотребнадзора по субъектам

Российской Федерации

и по железнодорожному транспорту

«Об обогащении микронутриентами

пищевых продуктов, в том числе

массовых сортов хлеба»

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, проанализировав материалы по выполнению постановлений Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 23.11.1999 № 14 «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом йода и других микронутриентов», от 05.05.2003 № 91 «О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа в структуре питания населения», от 16.09.2003 № 148 «О дополнительных мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом железа в структуре питания населения», от 05.03.2004 № 9 «О до-

полнительных мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом микронутриентов», сообщает.

Одним из направлений профилактики заболеваний, связанных с дефицитом макро- и микронутриентов, является обогащение продуктов питания массового потребления витаминами и микронутриентами. Приоритетным направлением в данной деятельности является обогащение хлеба и хлебобулочных изделий как продуктов повседневного спроса и являющихся в этом отношении оптимальным средством для достижения данных целей. За счет хлеба восполняется около четверти суточной потребности в энергии, в его составе содержатся ценнейшие пищевые вещества — белки,

жиры, углеводы, органические кислоты, минеральные вещества, витамины.

Рекомендуемая норма потребления хлебных продуктов (включая хлеб и макаронные изделия в пересчете на муку, крупы, бобовые) в Российской Федерации на одного человека в год установлена Федеральным законом от 31.03.2006 № 44-ФЗ «О потребительской корзине в целом по Российской Федерации» и составляет в среднем: трудоспособное население — 133,7 кг, пенсионеры — 103,7 кг, дети — 84 кг.

Производство хлеба и хлебобулочных изделий в последние годы снижается и в 2008 г. составило около 7,6 млн т, в то время как в 2000 г. составляло более 9 млн т.

Более 70% регионов России осуществляют выпуск массовых сортов хлеба, обогащенных микронутриентами. Однако объем производства обогащенной продукции пока недостаточный от общего объема производимых продуктов питания. Хлеб и хлебобулочные изделия, обогащенные микронутриентами, составляют лишь около 2% от общего количества их производства.

В целом по Российской Федерации только около 2500 предприятий выпускают обогащенные пищевые продукты, что составляет 11,6% от общего числа пищевых предприятий. Наибольшее число предприятий

располагаются в Красноярском крае (216), Амурской области (214), Алтайском крае (126), Свердловской области (114), Ростовской области (102), Челябинской области (78), Республике Кабардино-Балкарии (76). Наименьшее число — в Костромской области (2), Сахалинской области (4), Республике Дагестан (6), Псковской и Читинской областях по (8).

В г. Москве в соответствии с распоряжением Правительства Москвы от 01.12.2006 № 2486-РП «О реализации мероприятий, направленных на обеспечение населения города Москвы хлебом и хлебобулочными изделиями, обогащенными микронутриентами» реализуются мероприятия, связанные с реализацией программы «Здоровье через хлеб», которой предусматривается поэтапный выпуск хлеба и хлебобулочных изделий, обогащенных микронутриентами, доведя их производство до 30% от общего объема выпускаемой продукции, а также закупок для организаций социальной сферы хлеба и хлебобулочных изделий, обогащенных микронутриентами. Также работа по разработке и реализации региональных программ «Здоровье через хлеб» велась в Московской, Рязанской, Курской, Брянской, Мурманской, Архангельской, Оренбургской, Волгоградской, Нижегородской, Новосибирской, Самарской и Свердловской областях.

Несмотря на реализацию региональных программ, принимаемые меры, направленные на снижение заболеваний, связанных с микронутриентной недостаточностью в питании населения, в настоящее время проблема производства обогащенных пищевых продуктов остается актуальной. В ряде субъектов имеется некоторое снижение заболеваний, обусловленных дефицитом йода, но увеличивается витаминная недостаточность.

В соответствии с Доктриной продовольственной безопасности Российской Федерации, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 30.01.2010 № 120, для формирования у населения здорового типа питания требуется наращивание производства новых обогащенных пищевых продуктов.

В целях обеспечения населения пищевыми продуктами, обогащенными микронутриентами, 14.01.2010 утверждены методические рекомендации МР 2.3.2.2571-10 «Методические рекомендации по обогащению витаминно-минеральными комплексами массовых сортов хлебобулочных изделий, вырабатываемых по национальным стандартам», которые размещены 19.01.2010 на сайте Роспотребнадзора по адресу: <http://www.rospotrebnadzor.ru/documents/pravila/>.

В связи с изложенным и в целях снижения заболеваний, обусловленных микронутриен-

тной недостаточностью в питании населения, необходимо:

1. Управлениям Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, по железнодорожному транспорту совместно с органами исполнительной власти в субъектах Российской Федерации:

- рекомендовать организациям и индивидуальным предпринимателям, осуществляющим производство, реализацию обогащенных пищевых продуктов, в том числе хлебобулочных изделий, увеличить объемы производства и реализации данной продукции;
- провести оценку эффективности принимаемых мер по насыщению потребительского рынка пищевыми продуктами, обогащенными микронутриентами;
- принять необходимые меры по обеспечению детских дошкольных, общеобразовательных, лечебных, лечебно-профилактических учреждений, учреждений и организаций социальной защиты пищевыми продуктами, обогащенными микронутриентами;
- внести корректировку в ранее утвержденные региональные программы, направленные на укрепление здоровья различных групп населения, в первую очередь детей, с учетом имеющихся в настоящее время данных о состоянии заболеваемости, связанной с микронутриентной недостаточ-

стью в питании населения. При необходимости провести заслушивание данного вопроса с принятием соответствующих решений.

2. Управлениям Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, по железнодорожному транспорту совместно с органами здравоохранения исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

— провести анализ работы по оценке состояния здоровья населения, в первую очередь детей, и принятых мер по снижению заболеваний, связанных с микронутриентной не-

достаточностью в питании населения, с целью установления причин возникновения и распространения данных заболеваний;

— постоянно проводить широкую разъяснительную работу среди населения о мерах профилактики заболеваний, обусловленных микронутриентной недостаточностью в питании населения.

Руководитель Г.Г. Онищенко

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека /www.rosпотребнадзор.ru

А знаете ли вы?

В 2010 г. 6—8 октября в г. Хабаровске проводится IV региональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы инфекционной патологии на Дальнем Востоке Российской Федерации», посвященная 85-летию Федерального государственного учреждения науки «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Программные вопросы:

1. Особенности эпидемиологии инфекционных заболеваний: гриппа, острых респираторных вирусных инфекций, острых кишечных инфекций, ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, паразитозов, гельминтозов и природно-очаговых инфекций, актуальных для Дальнего Востока России.

2. Итоги реализации национального приоритетного проекта в сфере здравоохранения на территории Дальнего Востока.

3. Достижения специфической и неспецифической профилактики инфекционных болезней.

4. Современные возможности лабораторной диагностики инфекционных заболеваний.

5. Роль международного взаимодействия в предупреждении распространения инфекционных заболеваний в приграничных территориях Дальнего Востока.

Гигиена детей и подростков в системе высшего военно- медицинского образования

Александров В.Н.,
заслуженный эколог РФ, д-р мед. наук, профессор,
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,
Санкт-Петербург

Преподавание дисциплины здравоохранение детства в системе высшего военно-медицинского образования, в том числе в Военно-медицинской академии, где в этой области имеются давние традиции [2], как нельзя актуально. Военное здравоохранение заинтересовано в устойчивости показателей здоровья призывной молодежи, которые в последние годы, к сожалению, постоянно снижаются.

Отметим, что основоположник гигиены детей и подростков — профессор кафедры социальной гигиены 2-го МГУ А.В. Мольков (ныне — кафедра общественного здоровья и здравоохранения РГМУ им. Н.И. Пирогова). Ему удалось значительно расширить проблемы «школьной гигиены», обобщенной ранее профессором Ф.Ф. Эрисманом в его работах о влиянии школы на происхождение близорукости и рациональной конструкции школьной мебели, выполненных в Санкт-Петербурге в 1869—1872 гг.

В объемном труде одного из основоположников профилактического направления в педиатрии профессора Военно-медицинской академии Н.П. Гундобина «Общая и частная терапия детского возраста» (1896) отмечено, что «заботиться о питании грудного ребенка необходимо с учетом гигиенической обстановки. Значение гигиены в терапии детских болезней выступает рельефнее, чем у взрослых». Он один из первых обосновал, что «с физиологической точки зрения, детскому возрасту свойственны две важные функции — рост и развитие».

Будущие военные врачи, проходя обучение в Военно-медицинской академии, получают знания о том, что здоровье ребенка характеризуется не только наличием или отсутствием заболеваний, но и гармоничным, соответствующим возрасту, развитием и нормальным уровнем функционирования систем организма. Поэтому

в гигиене детей и подростков при решении многих проблем, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей, необходим учет особенностей анатомо-физиологического развития, характера биологических изменений, происходящих в организме в процессе его роста и развития.

Рост и развитие ребенка — две взаимосвязанные и взаимообусловленные стороны жизни. Рост характеризует количественные изменения, связанные с увеличением размеров клеток, массы отдельных органов и тканей, всего организма, а развитие — качественные изменения, морфологическую дифференцировку тканей и органов и их функциональное совершенствование. Эти два процесса протекают неравномерно. Чем моложе организм, тем более интенсивно идут процессы роста и развития. Период полового созревания сопровождается эндокринной перестройкой и значительным усилением процессов роста и развития. Международным симпозиумом по возрастной периодизации (1965) предложена следующая схема, в которой этап созревания разбит на биологические возрастные периоды:

новорожденный — до 1-го мес.;
грудной возраст — до 1 года;
раннее детство — 1—3 года;
первое детство — 4—7 лет;

второе детство — мальчики 8—12 лет, девочки 8—11 лет;

подростковый возраст — мальчики 13—16 лет, девочки 12—15 лет;

юношеский возраст — юноши 17—21 год, девушки 16—20 лет.

Биологический возраст определяется совокупностью морфофункциональных особенностей организма, зависящих от индивидуального темпа роста и развития. Различают хронологический возраст. Это период, прожитый ребенком от рождения до момента его обследования.

Социально-возрастная периодизация развития ребенка (с учетом показателей биологического и хронологического возраста) на практике выглядит следующим образом:

грудной возраст — до 1 года;

преддошкольный возраст — 1—3 года;

дошкольный возраст — 3—7 лет;

младший школьный возраст — 7—10 лет;

средний школьный возраст — 11—14 лет;

старший школьный возраст — 15—18 лет.

В связи с недостаточной зрелостью у детей структур мозга, ЦНС не обеспечивает целостного функционирования организма в его взаимодействии с окружающей средой. Если у детей до 1 года образование условных рефлексов связано преимуще-

ственно с безусловными (условные связи могут быть выработаны лишь на непосредственные раздражители), то после года они вырабатываются и на речевые раздражители. При развитии интоксикации в экологически неблагоприятных условиях жизни понижается возбудимость коры головного мозга. Филогенетически раньше всего затормаживаются наиболее молодые функции коры мозга — речевые рефлексы, что проявляется в дефектах речевого развития. В этих случаях необходима консультация невропатолога и психолога, а также логопеда-дефектолога.

Дети с замедленным темпом биологического развития менее активны, в ходе учебного процесса выявляются более выраженное напряжение зрительного анализатора, нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы.

Оценка здоровья детей производится медико-статистическими и физиолого-гигиеническими методами. С экологических позиций здоровье зависит от среды обитания, биогеоценоза и качества антропогенного объекта (созданного человеком). В настоящее время в здравоохранении отчетливо проявилось противоречие между потребностями профилактического и лечебного направлений. Отечественное

здравоохранение провозглашает примат профилактической медицины, но на деле подготовка врачей ориентируется на «патологический подход», т.е. на диагностику и лечение болезней, а не на их профилактику.

Группы здоровья детей (мальчиков и девочек) формируются с учетом:

- наличия или отсутствия в момент обследования хронических заболеваний;
- функционального состояния основных систем организма;
- степени сопротивляемости организма к неблагоприятным воздействиям;
- уровня достигнутого организмом развития и степени его гармоничности.

С учетом этих критериев выделяют группы здоровья детей.

1. Здоровые, с нормальным развитием и уровнем функций.

2. Здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

3. Дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.

4. Дети, страдающие хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.

5. Дети, страдающие хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма. Как правило, дети данной группы не посещают детские образовательные учреждения и имеют постельный режим.

Для проведения уроков физического воспитания дети (девочки до 11, мальчики до 12 лет) и подростки (девочки 15, мальчики 16 лет) разделяются на 3 группы в зависимости от состояния здоровья.

Первая группа (основная) — дети 1-й и частично 2-й групп здоровья, с которыми можно проводить все виды физического воспитания в соответствии с их возрастными анатомо-физиологическими особенностями и степенью их физической подготовленности к той или иной нагрузке.

Вторая группа (подготовительная) — дети, физическое воспитание которых можно проводить ограниченно. К этой группе относятся дети с задержкой физического развития, реконвалесценты, страдающие анемией любой этиологии, имеющие компенсированные пороки сердца, лимфадениты, катары верхних дыхательных путей.

Третья группа (специальная) — дети, у которых все виды физического воспитания проводят очень осторожно, а закаливание

водными процедурами не осуществляется вообще. К этой группе относятся дети с 3-й и 4-й группами здоровья.

В *основной группе* могут заниматься здоровые дети, а также дети с небольшими функциональными отклонениями в деятельности сердечно-сосудистой системы, незначительным отставанием в физическом развитии, если общее самочувствие ребенка хорошее.

В *подготовительную группу* включают детей физически мало тренированных, с небольшими функциональными нарушениями деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, страдающих гастритами, бронхитами, перенесших острые инфекционные заболевания (дифтерия, скарлатина и т.д.). Учащиеся данной группы имеют повышенную возбудимость нервной системы и быструю утомляемость. В эту же группу должны относиться дети с проявлениями пищевой недостаточности социального происхождения. После восстановления здоровья ребенка его переводят в основную группу.

К *специальной группе* относят детей, больных ревматизмом, с пороками сердца в стадии субкомпенсации, со значительным отставанием в физическом развитии, перенесших острые желудочно-кишечные заболевания, сопровождающиеся понижен-

ным питанием, с близорукостью, дефектами опорно-двигательного аппарата. Детям этой группы целесообразнее назначать лечебную физкультуру.

Приоритетные проблемы в формировании здоровья детей и подростков — рациональное и адекватное питание, запрещение химических загрязнений компонентов окружающей среды, регламентации температурно-влажностного и светового режимов помещений ДОУ, инфекционная безопасности и бытовой травматизм.

При рассмотрении темы несбалансированности рационов питания детей в ДОУ внимание слушателей обращается на возможный дефицит витаминов и других микронутриентов, преобладание в рационе углеводно-жирового компонента животных жиров и недостаток полиненасыщенных жирных кислот, избыток простых углеводов, недостаточное количество пищевых волокон.

Так, при физиолого-гигиенической оценке адекватности качества питания детей в ДОУ Алтайского края и Санкт-Петербурга установлено:

1. По количеству получаемых в ДОУ данных регионов пищевых веществ существенных отклонений в рационе от физиологических норм не отмечается. Среднесуточное количество белков — 70 г (при норме 54), жиров — 69 г (при норме

60), углеводов — 265 г (при норме 261). Энергетическая ценность суточного рациона составляла 1999,8 ккал (при норме 1800 ккал).

2. Отмечается недостаточность белков животного происхождения (55 вместо 65%). Содержание пищевых веществ в рационе распределено неравномерно по дням недели. Из 7 дней 3 дня дети получают недостаточное количество белков. Недостаточно в рационе естественного витамина С — 30 мг (при норме 50).

3. При сравнении среднесуточного набора продуктов с нормами питания для детей в ДОУ установлено, что они недополучают молочные продукты (359 г вместо 420) при излишнем количестве картофеля.

4. Распределение рациона по приемам пищи не соответствует гигиеническим требованиям: энергетическая ценность завтрака низка, а ужина — завышена. Меню однообразно, например, за 7 дней дети получают 3 раза манную кашу, 3 раза овсяную кашу и 1 раз гречневую. Таким образом, ежедневно, а в отдельные дни даже 2—3 раза используются крупяные продукты. Гарниры ко вторым блюдам крупяные и макаронные, редко овощные, что снижает витаминную обеспеченность. Мало в рационе рыбных блюд, творога и часто отсутствуют свежие фрукты.

В последнее время возрастает роль биологического фактора как причины детского травматизма. Домашние животные и особенно бездомные собаки являются источниками покусыв, различного рода телесных повреждений и травм, а также инфекционных заболеваний. Широко распространенные гельминтозы среди собак, бешенство, бруцеллез и туберкулез создают реальную угрозу здоровью детей.

Нами разработаны и апробированы методики: «Экологическая гигиеническая оценка условий жизни детей в семье военнослужащего», «Методика изучения фактического питания детей», «Опросник детской занятости и свободного времени», а также «Оценка социально-экономического статуса ребенка семьи военнослужащего» [2].

Социальная гигиена предлагает рассматривать в настоящее время санологию как учение о коллективном здоровье населения, а валеологию — как учение об индивидуальном здоровье. Оба эти направления официально изучаются гигиеной уже более 140 лет и являются идеологической базой профилактических оздоровительных мероприятий. Безусловно, большая ответственность лежит на педагогах ДООУ за состояние здоровья детей. Интенсификация дошкольного воспитания и образования, без учета фундамен-

тальных научных разработок в области гигиены детей и подростков, приводит к ухудшению физического развития, утомлению, переутомлению детей и обострению у них соматических и психических заболеваний. Снижаются статус так называемой «школьной зрелости», основы роста и развития детей и подростков.

Профилактическая направленность современной медицины и военного здравоохранения требует от выпускников Военно-медицинской академии глубоких знаний в области фундаментальной гигиенической науки о здоровье, изучающей и внедряющей в практику оздоровительные требования по актуальному разделу — гигиене детей и подростков. В связи с реформированием Минобробразования России и необоснованным увлечением педагогической администрации «рыночной» идеологией, направленной на обеспечение успеваемости и индивидуального здоровья материально обеспеченных воспитанников, традиционные и фундаментальные научные знания в области здравоохранения детства должны быть востребованы ради сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения в целом.

Профилактические гигиенические рекомендации родителям и персоналу ДООУ о выборе ме-

тодов и мероприятий по оздоровлению условий и образа жизни, учебы подрастающего поколения юридически имеют право давать только специалисты медицинской профессии. Оздоровительные и лечебные дифференцированные мероприятия являются прерогативой контроля медицинского персонала. Профилактические санитарно-гигиенические мероприятия должны охватывать весь период детства и быть направлены на снижение совокупной внешней средовой нагрузки на растущий организм, воздействуя на приоритетные и управляемые факторы для поддержания гомеостаза организма детей и подростков — будущих защитников нашего Отечества [1].

Гигиеническая профилактика детского травматизма — это комплексная медико-педагогическая проблема. Дети отличаются большой любознательностью, интересом к окружающему миру и вместе с тем отсутствием жизненных навыков. В рассматриваемой проблеме первичная гигиеническая профилактика детского бытового травматизма имеет несколько направлений, обусловленных характеристикой повреждающего фактора окружающей среды. Традиционно эти факторы можно определять как анатомо-физиологические особеннос-

ти ребенка и его возраста, пола, так и физические, химические, биологические и социальные факторы условий жизни семьи (ребенка и родителей). Преобладают у детей травмы нижних конечностей (колени, голень, голеностопный сустав и стопа). Опасны травмы головы, шеи, грудной клетки и позвоночника, приводящие к инвалидности. В структуре физических и химических факторов детского травматизма следует выделить ожоги, возникающие исключительно из-за любознательности детей во время отсутствия взрослых.

Показателен анализ заболеваемости, который проводится путем сравнения полученных данных (в пересчете на 1000 детей) со средними показателями заболеваемости по району (месту дислокации военного гарнизона). Результаты заболеваемости коррелируются с отдельными (приоритетными) факторами окружающей среды по специальным методикам с целью установления причинно-следственных связей в структуре заболеваемости. Обычно в этой структуре у детей дошкольного и дошкольного возраста первое место занимают заболевания органов дыхания. На втором месте — инфекционные заболевания детей 2—7 лет. На третьем месте находятся болезни нервной системы и органов чувств, среди которых

распространены отиты. Болезни органов пищеварения на четвертом месте у детей 1-го года жизни, затем их число значительно уменьшается и с этого возраста на четвертое место выходят болезни кожи (экссудативный диатез) и т.д.

Вопросы психогигиены и медико-психологической устойчивости детей и подростков разрабатываются гигиенистами, психологами и педагогами. Рациональные и адекватные психогигиенические методики и регламенты (режимы труда и отдыха, психологическое тестирование «школьной зрелости» у дошкольников) должны планироваться с учетом возраста, особенностей нервно-психической устойчивости, типов нервной деятельности и данных сенсорной чувствительности. Острота и неотложность проблемы профилактики нервно-психических расстройств (пограничных состояний) у детей вынуждает искать наиболее приемлемые формы психогигиенической работы. В генезе нервно-психических расстройств у детей большую роль играют социально-экономические и экологические факторы, а также качество воспитательной работы в целом.

Вся совокупность факторов окружающей среды достигает определенного воздействия на детский организм, отражая осо-

бенности взаимоотношения в семье. Некоторые аспекты образа жизни семьи напрямую зависят от материального обеспечения, культурно-образовательного уровня родителей, количества детей в семье, трудовой деятельности отца и матери ребенка. К сожалению, в условиях реформирования народного хозяйства и армии в настоящее время имеется в некоторых семьях военнослужащих и уволенных из армии материально-бытовые затруднения, негативно влияющие на здоровье детей.

В заключение подчеркнем, что с целью оптимизации учебного процесса при подготовке военных врачей на кафедрах гигиенического профиля, и особенно интернатуре, по всем специальностям необходимо ознакомление обучающихся с деятельностью врача по охране детского здоровья, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья детей и подростков — будущих защитников Родины.

Литература

1. Александров В.Н., Гребеньков С.В., Безденежных Л.А. Избранные разделы в преподавании гигиены детей и подростков в Военно-медицинской академии // Педиатрия: из XIX в XXI век. СПб., 2005.
2. Александров В.Н., Шабалов Н.П. Актуальность преподавания основ гигиены детства для военных врачей // Медработник ДОУ. 2008. № 2.

Всероссийский конкурс «Лучший врач года»

Премия «Лучший врач года» проводится с 2001 г. Конкурс разделен на три этапа: вначале кандидатуры выдвигаются трудовыми коллективами медицинских организаций. Затем конкурсные работы участников по принадлежности рассматривают комиссии органов управления здравоохранением субъектов РФ или федеральных органов исполнительной власти, в том числе федеральных служб или агентств. На третьем этапе оценку дают представители Центральной конкурсной комиссии в Москве. В ее состав входят главные специалисты Минздравсоцразвития России, представители Федерального собрания, академики РАМН, руководители ведущих научно-исследовательских институтов, организаторы здравоохранения,

члены общественных организаций. Возглавляет Центральную конкурсную комиссию глава Минздравсоцразвития России Татьяна Голикова.

С 2010 г. премия «Лучший врач года» приобрела статус правительственного мероприятия — подписано постановление Правительства России о премировании победителей: I место — 500 тыс. руб., II — 300 тыс. руб., III — 200 тыс. руб. Победители конкурса получают хрустальную фигуру богини здоровья «Хрустальная Гигиеня».

В 2010 г. 19 апреля в Московском международном Доме музыки прошла торжественная церемония награждения победителей IX Всероссийского конкурса «Лучший врач года». Победители были определены в 30 номинациях.

Победители IX Всероссийского конкурса «Лучший врач года»

«Лучший педиатр»

I место — А.А. Маганова, врач-педиатр, заведующий отделением медико-социальной помощи МБУ «Детская городская больница», Республика Башкортостан;

II место — Т.В. Жаркова, врач-педиатр Детской поликлиники МУЗ «Городская больница № 5», Республика Бурятия;

III место — Т.А. Протасова, врач-педиатр, заведующий отделением острых респираторных инфекций ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», Кемеровская обл.

«Лучший неонатолог»

I место — Ю.Н. Михалева, врач-неонатолог МУЗ «Центральная

районная больница Тисульского района», Кемеровская обл.;

II место — Т.П. Мяктинова, врач-неонатолог МЛПУ «Городская больница им. Архиепископа Луки», Тамбовская обл.;

III место — А.В. Кораблев, заведующий отделением выхаживания недоношенных и новорожденных детей ГУЗ «Республиканская детская больница», Республика Коми.

«Лучший детский хирург»

I место — Ю.А. Козлов, врач-детский хирург МУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница», заведующий центром хирургии и реанимации новорожденных, кандидат медицинских наук, Иркутская обл.;

II место — Л.И. Будкевич, руководитель отделения термических поражений ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Росмедтехнологий, д-р медицинских наук, профессор, Москва, МЗСР России;

III место — О.Г. Мокрушина, врач-детский хирург отделения хирургии новорожденных и недоношенных детей ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, доцент кафедры детской хирургии педиатрического факультета РГМУ, Москва, МЗСР России.

«Лучший терапевт»

I место — С.А. Коновалова, врач-терапевт МУЗ «Волосовская ЦРБ», Ленинградская обл.;

II место — О.Н. Токмакова, врач-терапевт МУЗ «Батыревская центральная районная больница», Чувашская Республика;

III место — А.Н. Федосеев, врач-терапевт, заведующий отделением гемодиализа (нефрологии) лаборатории детоксикации ФГУЗ Клинической больницы № 83 ФМБА России, д-р медицинских наук, Москва.

«Лучший хирург»

I место — В.П. Подзолков, заместитель директора по научной работе НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва;

II место — И.П. Парфенов, заведующий отделением, врач-хирург хирургического отделения № 1 государственного учреждения здравоохранения «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгородская обл.;

III место — О.Г. Тоначева, заведующий урологическим отделением краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой онкологический диспансер им. А.И. Крыжановского», Красноярский край.

«Лучший акушер-гинеколог»

I место — Т.А. Степаненко, врач акушер-гинеколог акушерского observationalного отделения № 3 ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница»;

ца Святителя Иоасафа», Белгородская обл.;

II место — И.В. Головнина, врач акушер-гинеколог, заведующий гинекологическим отделением № 3 МЛПУ «Городская клиническая больница № 1», Кемеровская обл.;

III место — И.В. Матвеева, заместитель главного врача по акушерству и гинекологии МБУЗ «Городская клиническая больница № 25», Новосибирская обл.

**«Лучший руководитель
медицинской организации»**

I место — С.Л. Петросян, руководитель ГУЗ «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр», Воронежская обл.;

II место — А.П. Тяжелков, главный врач МУЗ «Городская больница № 7», Хабаровский край;

III место — Р.М. Мустафин, главный врач муниципального района Дюртюлинский район, д-р медицинских наук, профессор, заслуженный врач Республики Башкортостан, Республика Башкортостан.

«Лучший стоматолог»

I место — С.Г. Ткаченко, врач-стоматолог районной поликлиники Петровской центральной районной больницы, Ставропольский край;

II место — Г.А. Кислицына, врач-стоматолог-терапевт ГУЗ «Областная клиническая стома-

тологическая поликлиника», Кемеровская обл.;

III место — О.О. Спасова, врач-стоматолог ГУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника», Республика Бурятия.

**«Лучший клинический
фармаколог»**

I место — О.Г. Шапошникова, клинический фармаколог ФГУ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна», Москва, ФМБА России;

II место — К.А. Луцевич, клинический фармаколог МУЗ «Городская поликлиника № 20», Саратовская обл.;

III место — А.В. Красильникова, руководитель Волгоградского регионального центра мониторинга безопасности лекарственных средств, кандидат медицинских наук, Волгоградская обл.

«Лучший санитарный врач»

I место — Л.В. Овсянникова, заведующий эпидемиологическим отделом ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Калужской области», Калужская обл.;

II место — С.П. Вершинин, начальник территориального отдела Управления Роспотребнадзора по Архангельской области в Пинежском, Мезенском, Лешуконском районах, Архангельская обл.;

III место — И.М. Бек, заведующий отделом гигиены ФГУЗ

«Центр гигиены и эпидемиологии», Санкт-Петербург.

**«Лучший врач
медико-социальной
экспертизы»**

I место — В.М. Ткаченко, заместитель руководителя ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Московской области», д-р медицинских наук, профессор, Московская обл., ФМБА России;

II место — Н.М. Кулькина, врач-невролог, руководитель Экспертного состава Главного бюро № 2 ФГУ «ГБ МСЭ по Омской области», Омская обл., ФМБА России;

III место — О.А. Каратаева, врач-невролог, руководитель экспертного состава № 9 педиатрического профиля главного бюро ФГУ «ГБ МСЭ по Нижегородской области», Нижегородская обл., ФМБА России.

**«Лучший
врач-инфекционист»**

I место — Я.С. Ульянова, заведующий отделением № 6 «Городская инфекционная клиническая больница № 1», Новосибирская обл.;

II место — А.А. Данилова, врач-дерматовенеролог консультативно-диагностического отделения ФГУЗ «Государственный научный центр дерматовенерологии Росмедтехнологий», Москва;

III место — И.Л. Мартюшова, врач-инфекционист ГУЗ «Тулъ-

ская областная клиническая больница», Тульская обл.

«Лучший врач-онколог»

I место — Г.Ю. Батталова, врач-онколог «Республиканского клинического онкологического диспансера», д-р медицинских наук, Республика Башкортостан;

II место — Т.В. Турובה, заведующий отделением химиотерапии, детский онколог государственного учреждения здравоохранения «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова», Архангельская обл.;

III место — Н.С. Киприянова, врач-онколог, заведующий Центральным городским онкологическим кабинетом муниципального учреждения «Поликлиника № 1 г. Якутска», д-р медицинских наук, Республика Саха (Якутия).

«Лучший врач-невролог»

I место — П.А. Ганжула, врач-невролог, заведующий неврологическим отделением ДКЦ № 1, кандидат медицинских наук, Москва;

II место — К.В. Голиков, заведующий отделением неврологии для больных с нарушением мозгового кровообращения ГМПБ № 2, главный невролог Выборгского района Санкт-Петербурга, заместитель главного невролога Санкт-Петербурга по вопросам инсульта, Санкт-Петербург;

III место — А.В. Носырев, заведующий краевым детским эпилептологическим центром краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская краевая детская больница», Красноярский край.

**«Лучший врач
скорой медицинской
помощи»**

I место — А.Б. Муллов, врач скорой медицинской помощи МЛПУ, «Станция скорой медицинской помощи», кандидат медицинских наук, Кемеровская обл.;

II место — А.В. Яманов, старший врач станции скорой медицинской помощи МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», Ханты-Мансийский автономный округ — Югра;

III место — К.В. Хруслов, врач скорой медицинской помощи МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», Курская обл.

**«Лучший врач
анестезиолог-реаниматолог»**

I место — О.В. Лапин, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии № 1, врач анестезиолог-реаниматолог ГЛПУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», Челябинская обл.;

II место — М.М. Перепаденко, врач анестезиолог-реаниматолог МУЗ «Койгородская центральная районная больница», Республика Коми;

III место — Д.В. Морозов, заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 2, врач анестезиолог-реаниматолог ГУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронежская обл.

**«Лучший врач
восстановительной
медицины»**

I место — Е.А. Алексеева, врач-физиотерапевт высшей категории детской поликлиники МУЗ «Нефтеюганская городская больница», Ханты-Мансийский автономный округ — Югра;

II место — Е.В. Панкова, заведующий физиотерапевтическим отделением ГУЗ «Воронежская областная клиническая офтальмологическая больница», кандидат медицинских наук, Воронежская обл.;

III место — Е.А. Алексеева, врач по лечебной физкультуре, заведующий отделением восстановительной медицины и реабилитации МУЗ «Клинская городская больница», Московская обл.

**«Лучший
врач-отоларинголог»**

I место — С.В. Кулаков, врач-отоларинголог, заведующий отоларингологическим отделением МУЗ «Коряжемской городской больницы», Архангельская обл.;

II место — А.Н. Савин, врач-отоларинголог, заведующий ото-

ларингологическим отделением, ГУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург;

III место — А.А. Родин, врач сурдолог-оториноларинголог, заведующий сурдологическим кабинетом поликлинического отделения ОГУЗ «Орловская областная клиническая больница», Орловская обл.

**«Лучший врач
травматолог-ортопед»**

I место — В.П. Кузьмин, врач травматолог-ортопед, заместитель главного врача ГУЗ «Калужская областная детская больница», Калужская обл.;

II место — Т.Н. Поткина, врач травматолог-ортопед, заведующий травматологическим отделением МУЗ «Клиническая поликлиника № 5», Кемеровская обл.;

III место — С.Н. Колчанов, врач-травмотолог МУЗ «ГКБ № 2», Приморский край.

**«Лучший
врач-офтальмолог»**

I место — А.В. Малышев, заведующий отделением микрохирургии ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. профессора С.В. Очаповского», Краснодарский край;

II место — Е.К. Захарова, заведующий стационарным отделением ГУЗ «Якутская республиканская офтальмологическая больница», Республика Саха (Якутия);

III место — Ю.И. Бельский, врач-офтальмолог отделения микрохирургии глаза ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгородская обл.

**«Лучший
врач-фтизиатр»**

I место — Н.А. Епифанцева, врач-фтизиатр участкового ГУЗ «Камчатский краевой противотуберкулезный диспансер», Камчатский край;

II место — К.А. Гилязитдинов, врач-фтизиатр, заместитель главного врача по медицинской части ГУЗ «Республиканский противотуберкулезный диспансер», заслуженный врач Республики Башкортостан, Республика Башкортостан;

III место — В.А. Гудырева, врач-фтизиатр, заведующий отделением ГУ РК «Республиканский противотуберкулезный диспансер», Республика Коми.

**«Лучший
сельский врач»**

I место — В.П. Пустовой, врач-педиатр МУЗ «ЦРБ Азовского района», Ростовская обл.;

II место — А.А. Прусова, врач общей практики МУЗ «Палкинская центральная районная больница», Псковская обл.;

III место — Н.И. Шамардина, врач общей практики амбулатории хутор Восточный Сосык МУЗ «ЦРБ муниципального

образования Староминский район», Краснодарский край.

**«Лучший
врач-исследователь»**

I место — С.Н. Ставцева, врач-генетик медико-генетической консультации ОГУЗ «Орловский перинатальный центр», Орловская обл.;

II место — Ю.К. Шукин, врач-патологоанатом МЛПУ «Городская больница им. Архиепископа Луки», Тамбовская обл.;

III место — М. С-Х. Созаева, заведующий клинико-диагностической лабораторией, врач клинической лабораторной диагностики ГУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ КБР, Кабардино-Балкарская Республика.

**«Лучший врач
службы крови»**

I место — В.П. Боровикова, врач-трансфузиолог, заведующий отделением переливания крови «ЦМСЧ № 21», Московская обл.;

II место — В.Г. Чистякова, врач-трансфузиолог, заведующий отделением переливания крови «Старорусской центральной районной больницы», Новгородская обл.;

III место — Г.Н. Лукина, врач-трансфузиолог, заведующий отделением заготовки крови и ее компонентов Санкт-Петербургского ГУЗ «ГСПК», Санкт-Петербург.

**«Лучший врач
госпиталя ветеранов
войн»**

I место — Л.В. Канунникова, начальник Новосибирского областного госпиталя № 2 ветеранов войн, Новосибирская обл.;

II место — А.В. Крылов, врач-уролог ГУЗ «Республиканский госпиталь для ветеранов войн», Республика Мордовия;

III место — Н.Ю. Долгова, врач-невролог, заведующий отделением второго неврологического отделения, Ставропольский край.

**«Лучший
военный врач»**

I место — С.А. Федоров, старший ординатор-врач 19 отделения ФГУ Главного военного клинического госпиталя ФСБ России, Московская обл.;

II место — А.Е. Войновский, подполковник медицинской службы, ведущий хирург Главного военного клинического госпиталя Внутренних войск МВД России, Московская обл.;

III место — не определен.

**«Любимый доктор»
(совместно с телеканалом
«Россия»)**

Н.А. Лобанова, участковый терапевт Первой городской поликлиники г. Архангельска.

Присоединяемся к многочисленным поздравлениям в адрес лауреатов конкурса «Лучший врач 2009 года»!

Актуальные проблемы дезинфекции, дезинсекции и дератизации в ДОУ

Назаров В.Ю.,

Веселов А.А.,

Лелис Н.В.,

Дацкевич А.М.,

врачи-дезинфектологи высшей категории,

городская дезинфекционная станция, Санкт-Петербург

Мероприятия по уборке и дезинфекции помещений и оборудования, включая регуляцию численности синантропных (обитающих рядом с человеком) грызунов и насекомых, личной гигиене персонала ДОУ являются средствами неспецифической профилактики инфекционных заболеваний и должны выполняться в строгом соответствии с действующими санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами.

Особое внимание в период сезонного подъема гриппа, в том числе высокопатогенного гриппа АН1N1 и ОРЗ, обращают на проветривание помещений, обработку посуды, игрушек, предметов обстановки, уборочного инвентаря, соблюдение правил личной гигиены.

В период сезонного подъема гриппа и ОРЗ для обеззараживания помещений (пол, стены и др.), оборудования, поверхностей обеденных столов, подносов,

санитарно-технического оборудования, уборочного инвентаря рекомендуется использовать любые дезинфицирующие средства, **обладающие вирулицидной активностью** и разрешенные в установленном порядке к применению на указанных объектах в соответствии с инструкцией по применению средства. Наиболее полные перечни современных дезинфицирующих средств (около 500 наименований), разрешенных к применению в РФ, и информационные материалы о них (регистрационные удостоверения, инструкции по применению, сертификаты) размещены на сайтах www.dezreestr.ru или www.infodez.ru, опубликованы в специальных справочниках.

В качестве примера можно привести дезинфицирующие средства, обладающие вирулицидной активностью, выпускаемые в Санкт-Петербурге предприятием ЗАО «Петроспирт» — Хлорапин, Делансин, Лизафин,

Лизафин-специаль, Цеприл, Амидин Аква, Амифлайн плюс.

Для мытья и дезинфекции столовой посуды оптимально использование современных посудомоечных машин со стерилизующим эффектом как самый надежный метод обеззараживания.

При отсутствии таких машин в ДОУ посуду и столовые приборы после мытья обеззараживают одним из следующих способов:

- обработка в сухожаровом шкафу при температуре 160 °С в течение 30 мин;
- погружение в раствор любого разрешенного для обеззараживания посуды дезинфицирующего средства по режиму для вирусных инфекций, затем тщательное ополаскивание в проточной водопроводной воде до исчезновения запаха средства в соответствии с инструкцией по применению данного дезинфицирующего средства.

Для обеззараживания посуды в каждой группе следует иметь емкость с крышкой для замачивания посуды в дезинфицирующем растворе.

В ясельных группах бутылочки после молочных смесей промывают теплой проточной водой с помощью ерша и моющих средств, затем стерилизуют в автоклаве при температуре 120 °С в течение 45 мин или кипятят в воде в течение 15 мин и

хранят в промаркированной закрытой эмалированной посуде. Ерши после использования промывают проточной водой и кипятят 30 мин, высушивают и хранят в сухом виде. Соски после употребления промывают, замачивают в 2% растворе питьевой соды в течение 15—20 мин, потом промывают водой, кипятят 3 мин в воде и хранят в промаркированной емкости с закрытой крышкой.

Обеззараживание воздуха в группах ДОУ осуществляют механическим способом — тщательное проветривание либо при помощи приточно-вытяжной вентиляции. Все помещения ежедневно и неоднократно проветриваются в отсутствие детей. Наиболее эффективное — сквозное проветривание. Длительность проветривания зависит от температуры наружного воздуха, направления ветра, эффективности отопительной системы. Сквозное проветривание проводят не менее 10 мин через каждые 1,5 ч. Проветривание проводят в отсутствие детей и заканчивают за 30 мин до их прихода с прогулки или занятий. Неэкранированные бактерицидные лампы (в том числе переносные) могут быть использованы для обеззараживания воздуха в ДОУ только в отсутствие детей. Их включают в специально отведенное время на 30—45 мин из расчета 2—2,5 Вт мощности лампы на 1 м³ объе-

ма помещения. Следует помнить, что ультрафиолетовое излучение, создаваемое такими лампами, опасно для глаз и использование их в присутствии людей без средств индивидуальной защиты категорически запрещено.

Все помещения 2 раза в день убирают влажным способом с применением дезинфицирующих и моющих средств. Уборку помещений проводят при открытых фрамугах или окнах. Особо тщательно моют часто загрязняющиеся поверхности (ручки дверей, шкафов, подоконники, выключатели, жесткую мебель и др.) и места скопления пыли (полы у плинтусов и под мебелью, радиаторы, арматуру осветительных приборов, вентиляционные решетки и др.).

Влажную уборку в спальнях проводят после ночного и дневного сна, в групповых — после каждого приема пищи. Столы в групповых помещениях промывают горячей водой с мылом до и после каждого приема пищи специальной ветошью, которую стирают, просушивают и хранят в сухом виде в специальной промаркированной посуде с крышкой. Стулья, пеленальные столы, манежи и другое оборудование, а также подкладочные клеенки, клеенчатые нагрудники ежедневно протирают горячей водой с мылом.

Санитарно-техническое обслуживание подлежит обеззараживанию с применением де-

зинфицирующих и моюще-дезинфицирующих средств. Сидения на унитазах, ручки сливных бачков и дверей моют теплой водой с мылом ежедневно. Горшки моют после каждого пользования при помощи квачей и моющих средств. Ванны, раковины, унитазы чистят дважды в день квачами или щетками с использованием моющих и дезинфицирующих средств. Уборочный инвентарь для туалета (тряпки, ведра, щетки) маркируют и хранят в туалетной комнате в специальном шкафу. Весь уборочный инвентарь после использования промывают горячей водой с моющими средствами и просушивают.

Дезинфицирующие растворы и моющие средства хранят в местах, недоступных детям.

В теплое время года с целью предупреждения залета насекомых следует засетчивать окна и двери металлической сеткой или синтетическими материалами с размером ячеек не более 2—2,2 мм. Для борьбы с мухами внутри помещений можно использовать механические методы (липкие ленты, мухоловки). Разрешенные химические средства по борьбе с мухами используют в установленном порядке.

Жалюзийные решетки вытяжных вентиляционных систем должны быть открыты; прикрывать их следует только при резком перепаде температур воздуха

помещений и наружного воздуха. По мере загрязнения их очищают от пыли. Игрушки моют ежедневно в конце дня, а в ясельных группах — 2 раза в день. Кукольная одежда стирается по мере загрязнения с использованием детского мыла и проглаживается. Подлежат дезинфекции медицинские инструменты многократного пользования в соответствии с действующими нормативными документами Минздравсоцразвития России. Необходимо использовать стерильный инструментарий разового пользования с последующим обеззараживанием и утилизацией.

Белье после употребления складывают в специальный бак, ведро с крышкой, клеенчатый, пластиковый или из двойной материи мешок. Грязное белье доставляют в прачечную. Матерчатые мешки сдают в стирку, клеенчатые и пластиковые — обрабатывают горячим мыльным или содовым раствором. Постельные принадлежности: матрацы, подушки, спальные мешки следует проветривать непосредственно в спальнях при открытых окнах во время каждой генеральной уборки, периодически выносить на воздух.

Мочалки для мытья детей (число мочалок соответствует количеству детей в группе) после пользования замачивают в дезинфицирующем растворе в течение 15 мин, промывают про-

точной водой, просушивают и хранят в чистых матерчатых мешках.

Пищевые отходы на пищеблоке и в группах собирают в промаркированные металлические ведра с крышками или педальные бачки, очистка которых проводится по мере заполнения их не более чем на 2/3 объема. Ежедневно в конце дня ведра и бачки, независимо от наполнения, очищают.

В помещениях пищеблока ежедневно проводят уборку: мытье полов, удаление пыли и паутины, протирание радиаторов, подоконников; еженедельно с применением моющих средств проводят мытье стен, осветительной арматуры, очистку стекол от пыли и копоти и т.п. Один раз в месяц необходимо проводить генеральную уборку с последующей дезинфекцией всех помещений, оборудования и инвентаря.

В помещениях пищеблока проводят санитарно-профилактические мероприятия по борьбе с мухами, тараканами и грызунами, а при их появлении — истребительные, с использованием разрешенных химических препаратов, в порядке, установленном Минздравсоцразвития России.

Персонал ДОУ должен соблюдать правила личной гигиены: приходить на работу в чистой одежде и обуви; оставлять верхнюю одежду, головной убор

и личные вещи в индивидуальном шкафу для одежды; коротко стричь ногти. Перед началом работы необходимо тщательно вымыть руки, надеть чистый халат или другой специальный костюм, иметь сменную обувь; аккуратно подобрать волосы. У технического персонала дополнительно должны быть фартук и косынка для раздачи пищи, фартук для мытья посуды и специальный (темный) халат для уборки помещений.

Перед входом в туалетную комнату следует снимать халат и после выхода тщательно вымыть руки с мылом; пользоваться детским туалетом персоналу запрещается.

Все работники пищеблока ежедневно осматриваются медсестрой на наличие порезов, ссадин, гнойничковых заболеваний на кожных покровах и опрашиваются на наличие катаральных явлений верхних дыхательных путей с осмотром зева, с отметкой в журнале установленного образца. Персонал пищеблока не должен во время работы носить кольца, серьги, закалывать спецодежду булавками, принимать пищу и курить на рабочем месте.

Для персонала ДОУ следует предусмотреть не менее трех комплектов санитарной одежды.

При появлении признаков простудного заболевания или кишечной дисфункции у себя

или в семье работник ДОУ обязан сообщить об этом администрации и обратиться в медицинское учреждение для лечения.

В качестве дополнительного мероприятия в период гриппа и ОРЗ следует рекомендовать в местах массового скопления людей, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, работу в защитных масках, полностью закрывающих нос и рот. Замена и утилизация масок проводится в соответствии с инструкцией по их применению.

Медицинский персонал учреждений здравоохранения (в том числе медицинских кабинетов ДОУ) и обслуживающий персонал карантинных групп ДОУ как профессиональные группы, подверженные наибольшему риску заражения, в период сезонного подъема гриппа и ОРЗ обязан работать в защитных масках.

Дератизация — комплекс мероприятий, направленных на предотвращение появления грызунов и их уничтожение. В ДОУ Санкт-Петербурга дератизация проводится постоянно на основании постановления Главного государственного санитарного врача по городу Санкт-Петербургу от 02.03.2009 № 4 «О мерах по усилению борьбы с грызунами в Санкт-Петербурге» и в соответствии с «Планом мероприятий профилактики природно-очаговых,

особо опасных инфекционных заболеваний и борьбы с грызунами в Санкт-Петербурге», утвержденным губернатором Санкт-Петербурга и включающим в себя организационные, санитарно-технические и истребительные мероприятия.

Организационные меры предусматривают: оценку заселенности грызунами ДОУ, заключение договора на проведение профилактической дезинфекции с организацией дезинфекционного профиля, оценку эффективности проведенной дератизации.

Истребительные мероприятия предусматривают уничтожение, отпугивание грызунов с помощью механических или электрических устройств либо применение отравленных приманок в местах, недоступных для детей.

Санитарно-технические мероприятия направлены на обеспечение грызунонепроницаемости объектов, для этого проводят ремонтно-строительные работы: асфальтируются отстойники зданий, контейнерные площадки и места сбора отходов, заделываются песчано-цементными смесями отверстия по ходу технических коммуникаций, устанавливаются сетки в местах выхода вентиляционных отверстий, стоках воды, обеспечивается плотный притвор наружных дверей.

ДОУ относятся к объектам, имеющим особое эпидемиологи-

ческое значение, поэтому дератизационные работы в них осуществляются ежемесячно силами специализированной организации дезинфекционного профиля. Администрация ДОУ должна обеспечить сопровождение работника дезинфекционной организации и заверить подписью и печатью факт оказания услуг в документах этой организации. Для дератизации применяют готовые родентицидные средства, имеющие сертификаты соответствия и допущенные в установленном порядке к использованию на территории РФ. Дератизацию проводят одновременно во всех помещениях объекта и на прилегающей территории, заселенных грызунами, не допуская ее попадания в руки детей и персонала ДОУ.

Дезинсекция — комплекс мероприятий, направленных на уничтожение вредных насекомых и предотвращение их появления в помещениях ДОУ. Дезинсекция в ДОУ проводится против мух, тараканов, блох, рыжих домовых муравьев, комаров и пр.

Для предотвращения появления насекомых проводят регулярную уборку помещений, обеспечивают освещение в подвалах, их немедленную осушку при затоплении, укрывают вентиляционные отверстия и оконные проемы в летний период съемными сетками, применяют

устройства автоматического закрывания входных дверей.

При появлении насекомых в помещениях ДОУ необходимо срочно подать заявку за подписью руководителя ДОУ в организацию дезинфекционного профиля, с которой заключен договор на профилактическую дезинфекцию, с указанием вида насекомого, площади обрабатываемых помещений и работника от ДОУ, ответственного за подготовку к дезинсекции, предупрежденного о мерах предосторожности и заверяющего факт оказания услуг в документах дезинфекционной организации.

Перед проведением дезинсекции в ДОУ необходимо убрать все игрушки, удалить домашних животных, птиц, рыб, пищевые продукты в помещения, не подлежащие обработке. Обработка проводится только при отсутствии детей и персонала. Проветрить помещение после обработки, вымыть пол, стены и столы и другие поверхности предметов, на которых может находиться дезинсекционное средство, мыльно-содовым раствором не менее чем через 8 ч после дезинсекции.

Выполнение санитарно-гигиенических требований к ДОУ в полном объеме является основой профилактики возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний.

Литература

Дезинфекция, дезинсекция, дератизация на предприятиях общественного питания. Рекомендации / Под ред. Н.В. Шестопалова. М., 2008.

Методические рекомендации по организации и проведению дезинфекционных мероприятий при гриппе и других респираторных заболеваниях / Утв. Минздравом СССР от 30.03.1978 № 1835-78.

О направлении временных рекомендаций по использованию масок и респираторов: Письмо Роспотребнадзора от 02.07.2009 № 01/9202-9-32.

Профилактика гриппа. СП 3.1.2.1319-03.

Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий против синантропных членистоногих. СанПиН 3.5.2.1376-03.

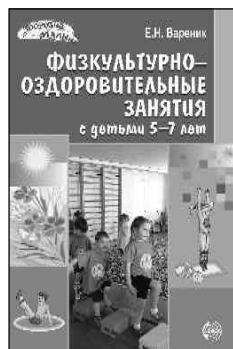
Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья. СП 2.3.6.1079-01.

Санитарно-эпидемиологические требования к организациям торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов. СП 2.3.6.1066-01.

Санитарно-эпидемиологические требования к проведению дератизации. СП 3.5.3.1129-02.

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249-03.

**Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги
по организации оздоровительной работы в ДОУ**



**ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ
ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ**

Автор — Вареник Е.Н.

Обложка, 128 с. Формат 60х90/16

Книга представляет интегрированную систему физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию нарушений функций опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного возраста. Авторская программа, апробированная в течение нескольких лет, дает педагогу возможность для творческого подхода к выбору содержания и методов работы, позволяет учитывать возраст и индивидуальные особенности детей.



**ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ
С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ**

Автор — Картушина М.Ю.

Обложка, 224 с. Формат 60х90/16

В методическом пособии представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге широко представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики, физкультминутки, пальчиковый игротренинг, специально подобранный песенный репертуар, ритмические танцы, подвижные игры и т.д.



**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ
ТЕХНОЛОГИИ В ДОУ
Методическое пособие**

Автор — Гаврючина Л.В.

Обложка, 160 с. Формат 60х90/16

В пособии раскрываются механизмы реализации здоровьесберегающих технологий в ДОУ. На примере комплексной программы «Подари здоровье детям» решается проблема сохранения и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возраста при взаимодействии медиков, педагогов, психологов и родителей.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.
Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, **по E-mail:** sfera@cnt.ru,
по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05
или закажите в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru
Не забудьте разборчиво написать свой **индекс и обратный адрес.**

Уважаемые коллеги!

В 2010 году издательство «ТЦ Сфера»
отмечает свое **15-летие**.

В связи с этим мы проводим акцию —
ВСЕ ЖУРНАЛЫ, изданные до 2010 г.,
ПО ФИКСИРОВАННОЙ ЦЕНЕ 15 руб.

Количество журналов ограничено.
**ПОПОЛНИТЕ СВОЮ БИБЛИОТЕКУ
СЕГОДНЯ!**

Приобрести журналы можно в Центре образовательной
книги по адресу: Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3. (Уточните по телефону наличие экземпляров нуж-
ного журнала.)

Кроме того, с 15 мая по 15 декабря будут проходить дру-
гие акции: книги бесплатно, книги и открытки с больши-
ми скидками или по фиксированной цене и др.

Наши телефоны:

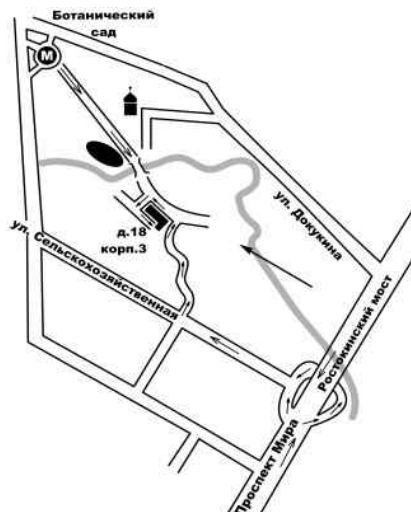
(495) 656-75-05, 656-72-05,
(499) 181-21-58, 181-16-95,
181-34-52.

Наш адрес: Москва,
ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3 (вход со двора,
первый этаж 17-этажного
жилого дома).

Проезд: станция метро «Бота-
нический сад» (последний вагон
из центра), далее по схеме (10 ми-
нут пешком по живописной ме-
стности).

Проезд для автомобилей: по
Проспекту Мира, далее по схеме.

**ЗВОНИТЕ, ПРИХОДИТЕ,
МЫ ВАС ЖДЕМ!**





СОЗВЕЗДИЕ ПОДПИСНЫХ ИЗДАНИЙ ДЛЯ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ!

*Если вы хотите получать в первом полугодии 2011 г.
наши журналы с приложениями, не забудьте подписаться!*

2011 1-е полугодие

	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
Комплект «Управление ДОУ» с приложением журналами: «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»; Рабочие журналы для ДОУ (восемь наименований)	36804	39757 (без рабочих журналов)	10399 (без рабочих журналов)
«Управление ДОУ» с приложением	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой	18036	39756	10396
и приложением «Конфетка»			
«Логопед»	82686		
Предшкольная подготовка	20572	42121	
(комплект из 19 книг)			

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания Вашего учреждения,
вам потребуется **четыре индекса** в каталоге **Роспечать**
36804, 18036, 80899, 20572

АКТУАЛЬНО

В следующем номере!

У нас в гостях наши коллеги из Пермской государственной медицинской академии им. Е.А. Вагнера

Диагностика и лечение детей с синдромом Шерешевского-Тернера

Состояние поствакцинального иммунитета у детей без атопии и с атопией в анамнезе

Модель комплексного патронажа семей детей-инвалидов

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ». Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте по адресу: 129626, Москва, а/я 40, или по E-mail: sfera@cnt.ru

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2010, № 6

Научно-практический
журнал

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор
Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор
И.С. Шиловских

Редколлегия:

И.М. Ахметзянов, А.Ф. Виноградов,
Г.Н. Дёгтева, Л.В. Макарова,
Н.А. Матвеева, Д.В. Синякова,
Е.М. Старобина, М.И. Степанова,
Э.А. Цветков, Н.П. Шабалов,
А.В. Шишова, Н.Л. Ямщикова

Оформление, макет
Т.Н. Полозова

Художник обложки
Е.В. Кустарова

Корректор
Т.Э. Балоунова

При перепечатке материалов
и использовании их в любой форме, в том
числе в электронных СМИ, ссылка на
журнал «Медработник ДОУ» обязательна.



4 607091 440263



0 0016

Журнал зарегистрирован в Федеральной
службе по надзору в сфере массовых
коммуникаций, связи и охраны культурного
наследия 13.07.07

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписной индекс в каталоге
Роспечати **80553**

Адрес редакции:

Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.
Почтовый адрес: 129626, Москва, а/я 40.

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05
E-mail: sfera.post@mail.ru; www:tc-sfera.ru

Номер подписан в печать 11.08.10. Формат 60×90¹/₁₆.

Усл. печ. л. 8. Тираж 8000 экз.

Заказ №

Точка зрения редакции может не совпадать
с мнениями авторов. Ответственность
за достоверность публикуемых материалов
несут авторы.

Редакция не рецензирует присланные
материалы и не возвращает.

© Журнал «Медработник ДОУ», 2010

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2010

© Т.В. Цветкова, 2010

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ОАО «Знак Почета»
«Смоленская областная типография
им. В.И. Смирнова».

214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, д. 2.