

МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного **О**бразовательного **У**чреждения



**Основные факторы сохранения
и укрепления здоровья
дошкольника**

**Двигательный режим
дошкольников в Заполярье**

**Оздоровительная работа в ДОУ
в условиях Крайнего Севера**

**Развитие дошкольников
промышленных центров
Восточной Сибири**

**Оздоровление
тубинфицированных
дошкольников**

**Мебель для медицинских
кабинетов ДОУ**

№ 4/2009

Содержание

2009, № 4

Колонка редактора	3
Гость номера <i>Г.Н. Дёгтева</i>	4

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

<i>Новикова И.И. и др.</i> Основные факторы сохранения и укрепления здоровья дошкольника в ДОУ	8
--	---

Рациональное питание

<i>Крылов И.А. и др.</i> Эффективность оздоровления дошкольников витамино-минеральными комплексами	17
--	----

Физическое воспитание

<i>Егоров Б.Б. и др.</i> Модель двигательного режима дошкольников в условиях Заполярья	27
<i>Ефимова Н.В.</i> Физическое развитие дошкольников и оздорови- тельные мероприятия в ДОУ Восточной Сибири	39

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

<i>Ушакова Т.В.</i> Состояние стоматологического здоровья дошкольников г. Архангельска	50
<i>Бабенко Л.Г.</i> Нарушение остроты зрения среди детей-северян в возрасте 3—7 лет	53

Инфекционные заболевания

<i>Зарубин С.С.</i> Опыт применения препарата Тонзилгон Н с профилактической целью у дошкольников	60
---	----

Реабилитация

<i>Бойко С.Г., Тюкина Э.М.</i> Слухопротезирование как элемент программы социальной реабилитации дошкольников с нарушением слуха	63
---	----

Григорьева Л.И. и др. Система оздоровления и реабилитации детей в ДОУ г. Северодвинска	66
--	----

ПЕДАГОГИКА

Оздоровительная работа

Котцова Н.П. Оздоровление в ДОУ детей с заболеваниями костно-мышечной системы	76
Горбатова О.А., Голубева Л.С. Оздоровительная работа в ДОУ в условиях Крайнего Севера	79
Колыгина Т.А. Реализация экологической оздоровительной программы в ДОУ Поморья	83
Другова Л.А. Оздоровительная работа в ДОУ Кольского полуострова	87
Пышненко М.А. Оздоровление тубинфицированных дошкольников в условиях сурового климата Якутии	89

Экология

Соколова Н.А. Экологические бытовые нормы	97
Пинигина О.В. Экологическое воспитание дошкольников в г. Ханты-Мансийске	100

АКТУАЛЬНО

Медицинское обслуживание

Зубов Л.А., Муратова А.П. Проблемы медицинского обслуживания детей коренных малочисленных народов Севера, ведущих кочевой образ жизни	106
--	-----

Медицинский кабинет

Ахметзянов И.М. Мебель для медицинских кабинетов ДОУ	112
---	-----

Документация

Павлова П.А. Циклограмма работы медработников ДОУ	114
--	-----

Горжусь профессией своей

Колбина Л.Г. Забота о здоровье дошкольников — мой долг	118
---	-----

Самообразование

Дроздова И.В. Оздоровительная работа с детьми-нэнцами дошкольного возраста	120
--	-----

Анкета подписчиков + лотерея

Книжная полка

Анонс

Уважаемые коллеги!

В феврале этого года завершился Третий Международный полярный год (МППГ), который продолжался 23 месяца — ведь на Севере такие долгие зимы! Первый МППГ, в котором приняли участие 12 стран, состоялся в позапрошлом веке — в 1882—1883 гг. Через 50 лет, в 1932—1933 гг., уже силами 44 стран был организован Второй МППГ. Именно в эти годы состоялся переход из Мурманска во Владивосток по Северному морскому пути парохода «Сибиряков». Третий МППГ ставил перед собой задачи не только изучения окружающей среды. Впервые на международном уровне были проведены исследования условий обитания и здоровья коренных народов Севера и пришлого населения, изменений экологической ситуации под влиянием антропогенной нагрузки.

Северные территории Европейской части России и Сибири — несметная кладовая природных богатств. Пророческими оказались слова М.В. Ломоносова о том, что «могущество России прирастать будет Сибирью и Северным океаном», а «...Северный океан есть пространное поле, где усугубиться может российская слава».

Первыми, кому пришлось решать на научном уровне проблемы охраны здоровья человека на Крайнем Севере и акклиматизации к высокоширотному климату, стали российские военно-морские врачи. Это было связано с возникшей в первой половине XX в. необходимостью обживать суровые территории от Кольского полуострова до Камчатки, входившие в сферу ответственности военно-морского флота.

Сегодня вопросы уязвимости и адаптации человека в Арктике, влияния на него северного климата и воздействия человека на природу Крайнего Севера изучаются во многих научных учреждениях страны. В июне 2009 г. на конференции «Международный полярный год: достижения и перспективы развития циркумполярной медицины» в г. Архангельске будут обсуждаться вопросы здоровьесбережения детей-северян. Желаем успехов нашим коллегам, понимаем, насколько трудны задачи, стоящие перед ними. Поэтому номер журнала, который вы держите в руках, мы с удовольствием посвящаем теме охраны здоровья детей на Крайнем Севере России.

Ждем от вас, уважаемые читатели, ваших писем и статей о достижениях и проблемах, стоящих перед медицинскими работниками, педагогами и руководителями ДОУ при решении вопросов охраны здоровья подрастающего поколения.

С уважением, редакция

Гость номера

Дёгтева Галина Николаевна,

*д-р мед. наук, профессор, директор НИИ полярной
медицины Северного государственного медицинского
университета, г. Архангельск*

Особенности охраны здоровья детей, проживающих в условиях Крайнего Севера

Сегодняшняя ситуация, сложившаяся в нашей стране, имеет негативные тенденции в состоянии здоровья детей, особенно северян. Основным показателем здоровья растущего организма — уровень физического развития, который с течением времени претерпевает некоторые изменения в ответ на изменяющиеся условия жизни человека с учетом специфики региона. Установлено, что соматометрические показатели у детей-северян имеют более низкие значения по сравнению с детьми, проживающими в средней полосе. Сдвигаются и сроки биологического развития у детей Крайнего Севера.

Дело в том, что суровые климатические условия Севера, степень выраженности которых определяется климатогеографическими особенностями района проживания, предъявляют более высокие требования к функциональному состоянию организма.

Климат северных территорий характеризуется рядом неблагоприятных факторов. Прежде всего — это «холод». Так, в северных районах температура наружного воздуха может достигать -40°C и ниже, в сочетании с ветром негативное воздействие низких температур усиливается, а высокая относительная влажность, свойственная прибрежным северным территориям, еще более способствует охлаждению организма. Охлаждение тела требует повышения теплопродукции, что влечет за собой напряжение функций всех органов и систем организма.

Важным является и недостаточное кислородное обеспечение организма на Севере из-за низкой плотности кислорода, обусловленной все теми же факторами: низкими температурами, высокой влажностью и низким атмосферным давлением. Геомагнитные возмущения, вызванные близким расположением северных территорий к полюсу, также

отрицательно влияют на усвоение кислорода, вызывая хроническую тканевую гипоксию.

Северу свойственна частая резкая изменчивость метеофакторов, разница температур в течение суток может достигать 15 °С и более.

Высоким широтам характерна специфическая фотопериодичность. Это в зимний период «полярная ночь», или «полярные сумерки» (в зависимости от широты местности), а летом — «белые ночи», которые по длительности намного короче (2—3 месяца). И то и другое имеет негативные стороны. Итог зимнего периода — ультрафиолетовое голодание, а летнего — отсутствие периода ночного покоя.

Функционирование организма ребенка в таких условиях приводит к некоторой задержке роста и развития, снижению резервов жизнедеятельности, и в итоге — к высокому риску развития различной патологии.

Статистика показателей соматического и психического здоровья детей РФ свидетельствует об увеличении показателей заболеваемости детей по всем классам болезней. Изучение и анализ причин растущей заболеваемости при широком внедрении инновационных педагогических технологий, разработка современных профилактических и лечебно-диагностических мероприятий важны не только для улучшения показателей здоровья детей, но и прогнозируемого здоровья насе-

ления страны в будущем. В связи с этим проблема создания оптимальных условий для роста и развития детского контингента приобретает сейчас на Севере особенное значение.

В соответствии с требованиями современного санитарного законодательства все инновации, связанные с изменением содержания программ воспитания, режима и технологий для воспитанников ДОО должны иметь гигиеническое заключение.

Несмотря на большое количество программ, имеются проблемы, связанные, например, с физическим воспитанием детей, организацией питания в ДОО и др. Стоит задача разработки научно обоснованных рецептур и технологий приготовления блюд детского рациона в ДОО. Особенно это важно в северных регионах, где имеется дефицит таких микроэлементов, как фтор, йод, железо и др., а также витаминов, в частности витамина С.

Сотрудниками НИИ полярной медицины СГМУ разработаны новые продукты питания, употребление которых помогает устранить имеющийся или формирующийся дефицит важных для организма микроэлементов и витаминов за счет обогащения основных продуктов питания минерально-витаминными комплексами. К таким продуктам относится колбаса, обогащенная гемовым железом. Недостаток железа в организме приводит к развитию железде-

фицитных состояний и анемий, характерных для северян. Низкие значения содержания гемоглобина в крови часто встречаются у населения Архангельской области, особенно у женщин и детей. Железо, входящее в состав данного продукта, хорошо усваивается организмом и ликвидирует имеющийся его дефицит.

Проведенные исследования показали высокую эффективность включения в рацион питания в ДОУ г. Архангельска продуктов новой рецептуры — котлет на основе ламинарии, что позволяет устранить дефицит йода.

Новый продукт питания, также разработанный в НИИ пищевой медицины, — это «молоко коровье фторированное и витаминизированное», которое рекомендовано как адаптоген детям, проживающим в экстремальных климатоэкологических зонах.

Задача профилактической медицины сегодня — профилактика развития детской патологии и раннее вмешательство с целью коррекции уже имеющихся отклонений в состоянии здоровья детей. В настоящее время наблюдается и снижение психического здоровья детей, рост пограничных нервно-психических расстройств, поэтому особо актуален поиск методик ранней диагностики и профилактики психологической дезадаптации детей, находящихся в общеобразовательной среде ДОУ.

Поступление в ДОУ и переход к новому образу жизни характе-

ризуется выраженными адаптационными изменениями, имеющими фазовый характер. На первый год посещения детского сада приходится период острой адаптации, что на фоне воздействия неблагоприятных природно-климатических и антропогенных факторов Севера приводит к значительному напряжению адаптационных механизмов ребенка, снижению его функциональной и иммунологической реактивности, что, безусловно, влияет на рост острой патологии, возникновение и хронизацию ЛОР-заболеваний. Распространенность хронической оториноларингологической патологии у детей в России составляет от 181,9 до 465,0 на 1000 детского населения, при этом аденоидно-гипертрофическая патология занимает ведущие позиции. В ДОУ северных территорий проводится большая работа по профилактике этих болезней у воспитанников. Это доступные и эффективные методы научно обоснованной системы, включающей в себя комплекс лечебно-профилактических мероприятий, куда входят закаливающие процедуры, элементы адаптивной физической культуры, а также минерало- и витаминотерапия.

В качестве одного из основных направлений профилактической деятельности ДОУ рассматривается усвоение воспитанниками основ здорового образа жизни. Надо отметить, что закаливание как основной способ противостояния неблагоп-

приятным климатическим факторам должен стать обязательным в каждом ДОУ северного края.

В период с 1 апреля 2007 г. по 1 марта 2009 г. проходил III Международный полярный год (МПГ), проводимый по инициативе России. Это — глобальный проект с участием тысяч ученых разных специальностей: геологов, океанологов, гляциологов, метеорологов, геофизиков. Государственные интересы России в проведении МПГ в целом связаны со стратегическими направлениями устойчивого развития, в первую очередь — с задачами экономического развития районов Крайнего Севера, проблемами экологии и рационального природопользования, а так-

же проблемами народов Крайнего Севера. Один из ключевых вопросов, образующих научную программу МПГ, — *поддержание жизнеспособности народов полярных областей*. Это направление исследований отличает III МПГ от предыдущих. Активное экономическое освоение приполярных районов заставляет обращать особое внимание на здоровье людей — как коренных жителей, так и тех, кто приехал жить и работать на Север. Несомненно, что приоритетными здесь являются вопросы формирования здоровья детей-северян, которым предстоит продолжить освоение богатых недр северного края и обеспечивать стабильность экономики России.

ПРЕДСТАВЛЯЕМ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ КНИГУ

БЕСЕДЫ О РУССКОМ СЕВЕРЕ

Методические рекомендации

Автор — Шорыгина Т.А.

Обложка, 96 с. Формат 84x108/32



В пособии содержится интересная и полезная информация о Севере России, климате и природе, растительном и животном мире Арктики и тундры.

В доступной и интересной форме дети познакомятся с тем, как живут и чем занимаются люди в условиях Севера, получат представление о проблеме сохранения природы данного региона. Новые стихи, сказки и загадки помогут пробудить у дошкольников и младших школьников интерес к окружающему миру, воспитать бережное отношение к природе, почувствовать красоту родной земли.

Эту 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**.

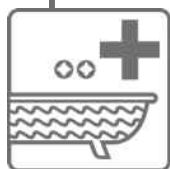
Основные факторы сохранения и укрепления здоровья дошкольника в ДОУ

Новикова И.И.,
д-р мед. наук, профессор;

Крига А.С.,
отличник здравоохранения РФ, Управление
Роспотребнадзора по Омской области;

Ерофеев Ю.В.,
д-р мед. наук, Министерство здравоохранения
Омской области, г. Омск

ГИГИЕНА



Здоровье подрастающего поколения России неуклонно ухудшается по всему спектру критериев, принятых для его оценки в системе здравоохранения. Немалая доля причин связана с недостаточным уровнем организации и качества оказания медицинских услуг, особенно в области профилактики болезней в условиях непрерывной реструктуризации и реформирования самой системы охраны здоровья детей. Здоровье детей дошкольного возраста, как и других групп населения, социально обусловлено и зависит от состояния окружающей среды, здоровья родителей и наследственности, условий жизни и воспитания ребенка в семье и образовательном учреждении, организации медицинской помощи, климатических факторов.

Образовательные учреждения для дошкольников подразделяются:

- на дошкольные образовательные учреждения (общеразвивающего, компенсирующего, комбинированного видов, присмотра и оздоровления, центры развития ребенка);
- образовательные учреждения для детей дошкольного и младшего школьного возраста (начальная шко-

- ла — детский сад, начальная школа — детский сад компенсирующего вида, прогимназия);
- специальные (коррекционные) образовательные учреждения для воспитанников с отклонениями в развитии (компенсирующие);
 - специальные (коррекционные) образовательные учреждения для детей с ограниченными возможностями здоровья (для незлышащих, слыбослышащих, позднооглыших, незрячих, слыбовидящих, поздноослепыших, детей с тяжелыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития, умственно отсталых, с другими отклонениями в развитии);
 - образовательные учреждения для детей-сирот (детский дом);
 - оздоровительные образовательные учреждения санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении (санаторный детский дом).
- Независимо от вида ДООу подготовка ребенка к поступлению в него включает следующие мероприятия:
- посещение кабинета здорового ребенка, работа по гигиеническому образованию родителей и родственников ребенка;
 - проведение диспансеризации детей за 2—3 мес. до поступления в ДООу;
 - оздоровление и лечение детей в зависимости от уровня здоровья и результатов последней диспансеризации;
 - профилактика ОРВИ и других острых заболеваний у детей за 1—2 мес. до поступления в ДООу с применением средств, направленных на повышение неспецифических защитных механизмов иммунитета (витаминотерапия, физкультура, закаливающие процедуры, дыхательная гимнастика, курсы УФО и т.д.);
 - оформление медицинской документации с написанием эпикриза для детского учреждения и рекомендациями участкового врача на период адаптации по режиму, питанию, физическому воспитанию, индивидуальному наблюдению, оздоровительно-лечебным мероприятиям для профилактики острых заболеваний, обострений хронических инфекций.
- Как показывает многолетняя практика, после вакцинации ребенка рекомендуется отправлять в ДООу не ранее чем через 2 недели. В случае острого заболевания ребенок может быть направлен в детский коллектив не ранее чем через 2 недели после клинического выздоровления. Вопрос о направлении в ДООу детей из «группы риска», а также с хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития решается индивидуально с учетом состояния ребенка.

Наиболее ответственным периодом — фундаментом благополучного (или неблагополучного) пребывания ребенка в ДОУ — является так называемый *адаптационный период*. Переход ребенка раннего возраста из привычных для него условий семейного воспитания в новую микросоциальную среду оказывает ощутимое эмоциональное воздействие и требует перестройки сформировавшихся ранее форм общения и поведения. К тому же тесный контакт с другими детьми увеличивает возможность перекрестного инфицирования и приводит к снижению общей резистентности организма.

В результате многочисленных исследований установлено, что чаще всего дети болеют именно в период адаптации — первые 10—15 дней после поступления в ДОУ. Наибольший удельный вес острых респираторных инфекций, перенесенных ребенком за все время пребывания в ДОУ, приходится именно на первые полгода.

Мероприятия по снижению заболеваемости детей в адаптационном периоде сводятся прежде всего к профилактике тяжелых форм адаптации ребенка, когда изменяется эмоциональный статус, нарушается поведение (ухудшаются сон, аппетит, дети отказываются от игр и общения со сверстниками и взрослыми, снижается речевая активность, отмечается отставание в нервно-пси-

хическом развитии и др.). При этом возникают неблагоприятные изменения и в других функциональных системах (изменяется температура тела и биоэлектрическая активность кожи, ослабевают защитные механизмы организма и пр.).

Особенности течения адаптационного периода во многом обусловлены степенью подготовленности ребенка к поступлению в ДОУ, в значительной степени определяющей и характер адаптации. Следует учитывать, что приспособление детей во многом зависит от эмоционального состояния и познавательной деятельности ребенка. Основная задача медицинского работника в этот период заключается в том, чтобы целенаправленно формировать и тренировать адаптационные возможности ребенка, без которых нельзя адекватно вести себя в разных ситуациях. Подготовка ребенка к поступлению в ДОУ тесно связана с подготовкой к школе, которая также во многом зависит от адаптационных возможностей детского организма.

Следует стремиться к тому, чтобы ребенок справился с трудностями привыкания к новой среде на уровне легкой адаптации, и предупреждать развитие признаков тяжелой адаптации. Для этого еще до поступления ребенка в ДОУ следует максимально приблизить его домашний режим к режиму дошкольного учреждения и выполнить

все рекомендации участкового педиатра. Важно также рационально организовать жизнь детей непосредственно в детском учреждении. Врач должен прогнозировать характер адаптации и своевременно делать необходимые медицинские назначения (коррекция режимных моментов, питания, двигательной активности и т.д.).

Не случайно не рекомендуется принимать в одну группу сразу много новых детей (не более трех в неделю), причем следует организовать их прием в разные дни недели. Лучше, если четвертый ребенок поступит в пятницу второй недели. На следующей неделе можно снова принять троих детей, а на четвертой еще одного, максимум двоих. Таким образом, при норме до 20 детей в группе прием детей будет осуществляться в течение полутора месяцев, что поможет безболезненной адаптации детей к новым условиям. Летом желательно начинать формирование новых групп не позднее 15 июля, так как большая часть родителей забирают детей на время отпуска, и в группе остается меньше ребят, следовательно, воспитатель может уделить больше внимания каждому вновь поступающему ребенку.

Все периоды адаптации условно можно разделить на три этапа (по И.И. Гребешевой).

1. *Острый период (дезадаптация)*, когда имеется более или

менее ярко выраженное рассогласование между привычными поведенческими стереотипами и требованиями новой социальной среды. В это время у детей отмечаются: нарушения взаимоотношений со взрослыми и сверстниками, снижение речевой активности, игровой деятельности; колебания массы тела; увеличение бактериальной обсемененности полостей носа, зева, рта и другие изменения реактивности организма.

2. *Подострый период (собственно адаптация)*, когда ребенок активно осваивает новую среду, вырабатывает соответствующие ей формы поведения. В это время постепенно уменьшается выраженность сдвигов в разных системах, причем это происходит асинхронно. Из параметров поведения быстрее всего нормализуется аппетит (в течение 15 дней), более продолжительны нарушения сна и эмоционального состояния, медленнее всего налаживаются игра и речевая активность (в течение 60 дней).

3. *Период компенсации (адаптированность)* к данным социальным условиям, когда показатели достигают исходного уровня, а иногда и превышают его.

Характер и особенности течения первых двух периодов адаптации позволяют классифицировать ее по степени тяжести. Основные параметры классификации — сроки нормализации поведения, частота и длитель-

ность заболевания (табл. 1). От слаженной организации работы медицинских работников, педагогического коллектива и роди-

телей в этот период во многом определяется продолжительность первого и второго периодов адаптации.

Таблица 1

**Рабочая классификация степени адаптации
детей ясельного возраста**

Признаки	Степень тяжести			
	легкая	средней тяжести	тяжелая	
			«а»	«б»
Нормализация поведенческих реакций (аппетит, сон, отрицательные эмоции в общении со взрослыми и детьми, боязнь пространства), восстановление речевой активности	10—20 дней	20—40 дней	До 60 дней	60 дней и больше
Нервно-психическое развитие	Нет отставания в сравнении с исходными данными	Замедление темпа речевой активности в течение 1—2 мес.	Отставание в развитии в течение I—II кварталов	— // —
Острые заболевания в первые дни (длительность и кратность)	10 дней, однократно, может совсем не быть	10 дней, могут быть повторные	Более 10 дней, повторные или длительные с осложнениями	Невротические реакции
Масса тела и рост	Не изменены	Потеря массы тела в течение 30—40 дней	Замедление темпов роста и прибавки массы тела при очередной проверке в течение 6 мес.	— // —

Каждый ребенок, поступающий в ДОУ, осматривается врачом-педиатром, который оценивает здоровье, физическое и нервно-психическое развитие и совместно с педагогом назначает ему соответствующий режим, питание, оздоровительные мероприятия. К сожалению, сегодня на момент поступления в ДОУ уже 30% детей имеют хронические заболевания, и это, несомненно, требует организации индивидуального подхода как в период адаптации ребенка к новой среде, так и всего дальнейшего пребывания его в ДОУ.

Плановые профилактические медицинские осмотры детей, а также оценка интегральных показателей здоровья (физическое и нервно-психическое развитие, физическая подготовленность, отнесение к определенной группе здоровья, медицинской группе для занятий физкультурой) проводятся в соответствии с приказом Минздрава РФ и Минобразования РФ от 30.06.92 г. № 186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях», приказом Минздрава РФ от 14.03.95 г. № 60 «Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов», приказом Минздрава РФ от 7.05.98 г. № 151 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям».

Основные задачи оценки здоровья детей в условиях ДОУ заключаются в изучении здоровья каждого отдельно взятого ребенка и детского коллектива в целом, своевременном устранении факторов, отрицательно воздействующих на здоровье, разработке мероприятий по оздоровлению коллектива и оптимизации среды обитания, оценке эффективности комплексных профилактических мероприятий.

Несомненно, в условиях интенсивного роста и развития значимым фактором сохранения и укрепления здоровья ребенка в организованном коллективе являются организация питания, формирование доминанты здорового питания и потребности в нем.

В ДОУ с 24-часовым пребыванием детей (круглосуточные группы) организуется 5-разовое питание, обеспечивающее всю (100%) потребность в калорийности. В учреждениях с 12-часовым пребыванием, для того чтобы соблюдались физиологические интервалы между приемами пищи, дети должны получать 4-разовое питание. В учреждениях с 9—10-часовым пребыванием (дневные группы) питание 3-разовое, обеспечивающее 75% потребности в суточной калорийности рациона.

При организации 3-разового питания медицинские работники должны дать рекомендации родителям по правильной организации питания в домашних

условиях. Меню домашних ужинов должно составляться с учетом необходимости обеспечения полноценного питания ребенка в целом за день.

Поскольку в ДОУ зачастую объединяются различные возрастные контингенты детей, должна предусматриваться возрастная дифференциация в питании. Это учитывается при составлении циклического меню для яслей и детского сада. Допускается разная технология приготовления отдельных блюд. Масса пищи, получаемой ребенком, должна строго соответствовать его возрасту: дифференциация порций для детей от 1 года до 1,5 лет, от 1,5 до 3, от 3 до 5 и от 5 до 7 лет достигается за счет жидких блюд и гарниров. Летом, в связи с увеличением энерготрат, калорийность суточного рациона должна быть на 10% выше, чем зимой. На оздоровительный период в меню увеличивается количество фруктов и молочных продуктов. Питание детей, страдающих пищевой аллергией, с избыточной массой тела должно быть индивидуализировано. За счет рациона питания, соответствующего утвержденному циклическому меню, должна покрываться физиологическая потребность ребенка в пищевых и биологически активных веществах и энергии. С этой целью циклическое меню регулярно (2 раза в год) проходит процедуру согласования в органах Роспотребнадзора, где особое внимание уделяется

вопросам безопасности, разнообразия и физиологической полноценности рациона. Как показывает практика введения в циклическое меню витаминно-минеральных премиксов, витаминизированных и обогащенных минеральными веществами продуктов питания с учетом региональной эндемики, эта форма первичной профилактики (особенно в условиях неадекватной современной стоимости суточного финансирования на питание детей) является существенной и значимой в профилактике витаминно-микронутриентной недостаточности.

Большая социальная проблема — введение в действие Федерального закона от 21.07.2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (ред. от 30.12.2008 г.), предусматривающего проведение аукциона на поставку продуктов, в том числе в таких учреждениях, как ДОУ. Это в конечном итоге приводит исключительно к удешевлению питания, но при этом страдает качественная сторона вопроса. Аукцион проводится по отдельным группам продуктов, в результате возникают следующие проблемы: разное время поставки товаров в ДОУ; одновременное поступление товара от разных поставщиков; затруднение в ведении документации; отсутствие оперативной возможности адекватной замены одних

блюд на другие в случае срыва поставки продуктов одним из поставщиков.

Есть еще одна общая проблема — практически все ДОУ, с учетом имеющихся в составе пищеблоков помещений, могут организовать питание, используя в основном полуфабрикаты. Фактически же, с учетом проводимых тендеров и муниципального заказа, в соответствии с муниципальным контрактом в ДОУ поставляются не полуфабрикаты, а сырые продукты, в том числе овощи и фрукты, условий для обработки которых во многих учреждениях нет. В результате поставщик поставляет продукцию в соответствии с муниципальным контрактом — к нему формально претензий нет. ДОУ принимает продукты, и оснований для отказа поставщику у него также нет. Вместе с тем в пищеблоках грубо нарушаются гигиенические требования к обеспечению принципов поточности, повышается эпидемиологический риск технологического процесса приготовления пищи. Следовательно, из фактора оздоровления питание легко может в условиях ДОУ стать фактором риска. Это подтверждают итоги рейдовых мероприятий Роспотребнадзора, тематически посвященных этому вопросу. Удельный вес учреждений, нарушающих санитарное законодательства в вопросах организации питания (от этапа приема продуктов и ведения доку-

ментации до этапа собственно питания детей), составляет около 90%, и применяемая в этом случае ст. 6.6 (Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения) Кодекса РФ об административных правонарушениях является превалирующей в данной категории учреждений.

Значимый фактор укрепления здоровья — *физическое воспитание*, включающее разнообразные упражнения, закаливающие процедуры; важная роль отводится рациональному общему и двигательному режиму детей. Работа по физическому воспитанию осуществляется воспитателями групп при регулярном контроле со стороны медицинских работников и заведующего ДОУ.

Медицинский контроль за физическим воспитанием детей в ДОУ включает:

- динамическое наблюдение за здоровьем, в том числе и физическим развитием детей;
- медико-педагогические наблюдения за организацией двигательного режима, методикой проведения и организацией занятий физическими упражнениями и их воздействием на организм ребенка;
- контроль за осуществлением системы закаливания;
- контроль за санитарно-гигиеническим состоянием мест проведения занятий (помещение, участок), оборудовании, спортивной одеждой и обувью.

Вместе с тем, в современных условиях эффективность этих форм оздоровления существенно снижается, поскольку есть проблема с оборудованием спортивных площадок, гимнастических залов, поддержания в рабочем функциональном состоянии плавательных бассейнов. Так, только около 30% имеющихся в нашем регионе бассейнов в ДОУ полноценно функционируют и оздоравливают детей, на поддержание работы остальных — нет средств. К сожалению, в данном случае приоритет отдается не первичной профилактике, а мерам вторичной и третичной профилактики, т.е. менее эффективным в плане сохранения и укрепления здоровья детей.

Несомненно, к числу значимых факторов здоровьесбережения можно отнести *рациональную организацию рабочего места*, предусматривающую оптимальный уровень искусственной освещенности и наличие условий для поддержания оптимальной рабочей позы. В этот период у ребенка складывается динамический стереотип восприятия новых знаний и умений, формируется осанка, а вместе с ней при нерациональных условиях организации рабочего места и букет так называемых «школьных патологий» — нарушение осанки, сколиоз и патология зрения. В результате, по данным наших исследований, за последние 15 лет исход-

ные показатели здоровья первоклассников, т.е. детей, закончивших образовательный процесс в ДОУ, как раз по этой группе патологий существенно ухудшился (их распространенность увеличилась в 1,6 раза).

Более 30% ДОУ г. Омска на сегодняшний день не имеет положительных санитарно-эпидемиологических заключений, но продолжают функционировать. Эти учреждения посещают более 10 тыс. ребятишек, сохранение и укрепление здоровья которых в таких условиях медицинские работники гарантировать не могут. Основные проблемы в этих ДОУ:

- необеспеченность мебелью, соответствующей антропометрическим показателям детей;
- нарушение гигиенических требований к уровням искусственной освещенности;
- отсутствие условий для соблюдения персоналом правил личной гигиены;
- несоблюдение принципа точности в пищеблоке.

Таким образом, здоровьесбережение ребенка в ДОУ во многом определяется тактикой и стратегией социальной политики в регионе, организацией медицинского обслуживания, комплексным вниманием педагогов, врачей и родителей, индивидуальным подходом к ребенку как в период адаптации, так и на протяжении всего периода пребывания в ДОУ.

Эффективность оздоровления дошкольников витаминно-минеральными комплексами

Крылов И.А.,
д-р мед. наук, профессор;

Дёгтева Г.Н.,
д-р мед. наук, профессор;

Бочарова Е.А.,
д-р мед. наук, доцент;

Зарубин С.С.,
канд. мед. наук, доцент,
Северный государственный медицинский университет;

Колыбина Н.В.,
заведующий, МДОУ – д/с комбинированного вида
№ 178 «Россияночка», г. Архангельск

Существует большое разнообразие витаминных средств, содержащих в себе различные комплексы витаминов. Родители и педагоги часто задают врачам вопрос: «Какие минерально-витаминные комплексы наиболее предпочтительны для ребенка в период подготовки к школе: российские или импортные?» Исходя из этого, представляется целесообразным проведение клинических исследований двух сравниваемых витаминно-минеральных комплексов «АлфаВИТ Детский сад» (производитель ЗАО «Аквион», Россия) и «Мульти-табс Малыш» (Ferrosan/

Pharmacia & Upjohn, Дания) по оценке их эффективности при курсовом приеме у детей дошкольного возраста.

Витаминно-минеральный комплекс «АлфаВИТ Детский сад» разработан НИИ питания РАМН как сбалансированный и оптимально адаптированный для детей в возрасте от 3 до 7 лет, предназначенный для профилактики гиповитаминозных состояний и недостатка минеральных веществ, обеспечения гармоничного нервно-психического развития при подготовке ребенка к школьному периоду, адекватного его роста и развития.

Состав и дозировка минерально-витаминных комплексов подобраны с учетом физиологической потребности детского организма в витаминах и минеральных веществах (табл. 1—2).

Таблица 1

**Состав витаминно-минерального комплекса
«АлфаВИТ Детский сад»**

Вещества		Таблетка № 1 (Яблочный вкус)	Таблетка № 2 (Апельсиновый вкус)	Таблетка № 3 (Клубничный вкус)
1	2	3	4	5
Витамины	С	20 мг	20 мг	
	β-каротин	0,9 мг	0,9 мг	
	В ₁	0,9 мг		
	В ₂		0,8 мг	
	В ₆		1 мг	
	В ₁₂			1 мкг
	D ₃			2,5 мкг
	Е		5 мг	
	Пантотенат кальция			2,5 мг
	Фолиевая кислота	80 мкг		80 мкг
	Никотинамид (РР)		7 мг	
Минеральные вещества	Кальций			90 мг
	Магний		25 мг	
	Железо	5 мг		
	Цинк		5,0 мг	

Окончание табл.

1	2	3	4	5
Минеральные вещества	Йод		30 мкг	
	Медь	0,55 мг		
	Марганец		0,5 мг	
	Селен		20 мкг	

Таблица 2

**Состав витаминно-минерального комплекса
«Мульти-табс Малыш» Кальций+**

Таблетки жевательные с малиново-клубничным, банановым, фруктовым, апельсиново-ванильным вкусом и ароматом, а также со вкусом и ароматом колы и лимона	Доза
1	2
Витамин А (ретинола ацетат) — 1333 МЕ	400 мкг
Витамин D (холекальциферол) — 400 МЕ	10 мкг
Витамин Е (DL-альфа-токоферола ацетат) — 8,94 МЕ	6 мг
Витамин В ₁ (тиамина нитрат)	0,7 мг
Витамин В ₂ (рибофлавин)	0,8 мг
Витамин В ₆ (пиридоксин)	0,7 мг
Витамин В ₁₂ (цианокобаламин)	1 мкг
Никотинамид	8 мг
Пантотеновая кислота (кальция пантотенат)	3 мг
Фолиевая кислота	50 мкг
Биотин (D-биотин)	20 мкг
Витамин С (аскорбиновая кислота)	50 мг
Витамин К (фитоменадион)	15 мкг
Кальций (кальция карбонат)	200 мг
Магний (магния оксид)	25 мг
Железо (железа фумарат)	8 мг
Цинк (цинка оксид)	6 мг
Медь (меди оксид)	0,4 мг

Окончание табл.

1	2
Марганец (марганца сульфат)	1 мг
Хром (хрома хлорид)	20 мкг
Селен (натрия селенат)	20 мкг
Йод (калия йодид)	70 мкг

Материалы и методы исследования

Поскольку влияние витаминных комплексов проявляется не сразу после начала приема, а через определенный период времени, требуется динамическое наблюдение за детьми. Проявления действия витаминных комплексов прежде всего отражаются на функциональном состоянии ЦНС, особенно у детей 6-летнего возраста, когда формируются навыки познавательной деятельности. Это является основанием для приоритетного использования в нашем исследовании методов, позволяющих оценить уровень развития познавательных процессов у детей подготовительных к школе групп ДОУ.

В период подготовки детей к обучению в школе клиническое наблюдение целесообразно сопровождать такими специалистами, как педиатр и невролог (крайне важно не упустить момент формирования возможных отклонений нервно-психических реакций ребенка на фоне интенсивных занятий по программе подготовки детей к

школьному обучению). В силу высокой распространенности среди детей-северян ЛОР-патологии к исследованию привлекался оториноларинголог.

Обследование проводилось в ДОУ № 178 «Россияночка» г. Архангельска в течение 7 мес. в период с 1 октября 2007 г. по 1 мая 2008 г. Продолжительность курса приема исследуемых витаминно-минеральных комплексов составила 4 мес. (декабрь — апрель). В исследовании участвовало 47 детей подготовительных к школе групп, из которых 25 детей (основная группа) получали «АлфаВИТ Детский сад» и 22 ребенка (группа сравнения) — витамин «Мульти-табс Малыш». Все дети с письменного согласия родителей были обследованы врачами-специалистами: педиатром, неврологом, ЛОР-врачом и психологом. Дополнительно по той же методике обследованы 24 воспитанника подготовительной к школе группы ДОУ № 140 г. Архангельска (контрольная группа), не получавшие витаминных препаратов.

Были использованы следующие неинвазивные методы исследования.

1. *Психолого-педагогическое обследование* по методике Е.А. Стребелевой (1998), направленное на исследование познавательных процессов у детей; включает в себя ряд субтестов:

- «Включение в ряд» (выявление уровня развития у ребенка ориентировочно-познавательной деятельности, а именно ориентировки на величину);
- «Лесенка» (выявление уровня развития конструктивных способностей, умения работать по памяти, по образцу);
- «Дорисуй» (выяснение уровня развития обобщенных представлений о свойствах и качествах предметов окружающей действительности, элементов воображения);
- «Счет» (выявление уровня развития количественных представлений, а также умения ребенка выполнять счетные операции в уме, т.е. уровня развития элементов логического мышления);
- «Найди время года» (выяснение уровня сформированности представлений о временах года);
- «Серия сюжетных картинок» (на понимание последовательности событий, изображенных на картинке).

Тесты «Классификация картинок по функциональному назначению», «Группировка

картинок по способу действия», «Счет», «Найди время года», «Серия сюжетных картинок» отражают уровень развития наглядно-образного мышления.

Методология оценки. Ребенок получает максимальную оценку 4 балла в случае принятия задания, понимания условий задачи, правильного его выполнения; 3 балла — если он принимает и понимает задание, но не может самостоятельно выполнить его сразу, обобщить, либо решить задачу или составить связный рассказ; 2 балла — принимает задание, но не понимает условия задачи; 1 балл — не понимает цель, в условиях обучения действует неадекватно.

2. *Неврологическое обследование.* В динамике проводилась оценка мышечной силы, двигательной активности, моторной ловкости, рефлексов, гиперкинезов, походки, осанки, вегетативных реакций.

3. *Оториноларингологическое обследование.* Разработана специальная форма анкеты для родителей, включающая вопросы о диспансерном учете у специалистов, по частоте острых заболеваний ЛОР-органов, наличию рецидивирующей или хронической патологии, аллергических реакций, наследственности.

Проведен клинический осмотр детей оториноларингологом с использованием инструментальных методов: передняя и задняя риноскопия, фарин-

госкопия, непрямая ларингоскопия, отоскопия и определение слуховой функции (разговорной и шепотной речью).

Результаты психолого-педагогического исследования

В ходе изучения познавательных процессов по методике Е.А. Стребелевой было установлено, что до приема витаминных препаратов все дети экспериментальных групп справились с заданиями (относительно возрастного критерия). Различия по таким субтестам, как «Классификация картинок по функциональному назначению», «Группировка картинок по способу действия», «Найди время года», «Серия сюжетных картинок», отражающим уровень наглядно-образного мышления, были статистически не достоверными. Вместе с тем количество детей в основной группе («АлфаВИТ Детский сад»), справившихся с такими субтестами, как «Лесенка», «Классификация картинок по функциональному назначению», «Серия сюжетных картинок», «Включение в ряд», «Группировка картинок по способу действия» несколько превышало число детей группы сравнения («Мульти-табс Малыш») ($p < 0,05$). Это объясняется различиями используемых программ в разных ДОУ, что не может являться поводом для отклонения данной группы от участия в исследовании, поскольку при анализе рассматри-

валась динамика показателей познавательной функции у детей испытуемых групп.

При изучении влияния длительного приема витаминно-минеральных комплексов на познавательные процессы у детей обеих групп (основной и сравнения) было выявлено увеличение количества правильных ответов по субтестам «Времена года», «Дорисуй», «Счет». При этом у детей основной группы результаты превышали показатели детей контрольной группы, не получавших дополнительно витаминно-минеральные комплексы.

После цикла приема комплекса «АлфаВИТ Детский сад» значительно увеличилось количество детей в основной группе, справившихся с субтестами «Времена года», «Группировка картинок по способу действия», «Дорисуй», отражающими уровень наглядно-образного мышления ($p < 0,05$). По остальным шкалам существенных различий не выявилось. В группе сравнения после курса витаминотерапии («Мульти-табс Малыш») достоверно увеличилось количество детей, справившихся с заданиями субтестов «Включение в ряд», «Лесенка», «Классификация картинок по функциональному назначению», «Группировка картинок по способу действия», «Счет», «Времена года», «Дорисуй» ($p < 0,05$).

Общее количество детей в основной группе, полностью

справившихся с заданиями до приема витаминно-минерального комплекса, составляло 26%, а через 4 мес. — 87% (увеличение на 61%). В группе сравнения таких детей изначально было 30%, после курса витаминотерапии — 70% (увеличение на 40%). Можно констатировать, что стимулирующими факторами, повлиявшими на уровень развития познавательных процессов в процессе выполнения развивающих программ, связанных с подготовкой детей к поступлению в школу, явились принимаемые детьми сбалансированные витаминно-минеральные комплексы.

Результаты неврологического обследования

При анализе результатов анкетирования родителей выявлено, что в основной группе детей после приема витаминно-минерального комплекса «АлфаВИТ Детский сад» уменьшилось количество жалоб на звукопроизношение — на 35,7%, нарушения сна — на 48,9%, головные боли — 61,3%. Однако отмечено увеличение частоты жалоб на неусидчивость, избыточную подвижность (12,7%). У испытуемых детей улучшились моторная ловкость (в 31,6% случаев), походка (28,5%), мимика (26,1%), уменьшилась девиация языка (32,9%), частота вегетативных нарушений, гипергидроза (на 41,0%).

В группе сравнения также незначительно уменьшилась частота жалоб на головные боли у детей (на 21,3%), нарушения сна (на 12,6%), снизилась избыточная подвижность (на 18,0%), без изменений остались жалобы на звукопроизношение, неусидчивость, невнимательность и раздражительность.

В контрольной группе детей (без витаминотерапии) также уменьшилось количество жалоб на нарушения сна (в 39,6% случаев), однако остались без динамики жалобы на нарушения звукопроизношения, внимания, головные боли. Необходимо отметить, что увеличилась частота жалоб (в 67,2% случаев) на повышенную утомляемость и раздражительность. Установлено снижение мышечного тонуса у 43,0% детей.

Результаты оториноларингологического обследования

До начала применения исследуемых препаратов достоверных различий в уровнях распространенности отдельных нозологических форм в группах испытуемых не установлено (табл. 3). В целом распространенность хронических заболеваний ЛОР-органов была выше в основной группе детей (1289,6 и 1025,6‰, $p < 0,05$).

При повторном обследовании выявлено достоверное снижение распространенности заболеваний в обеих группах: в основной («АлфаВИТ Детский сад») — на

Таблица 3

Распространенность хронических заболеваний ЛОР-органов у детей дошкольного возраста до и после витаминотерапии, ‰

Заболевание	До витаминотерапии		После витаминотерапии	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
Аденоиды	263,2	153,8	204,5	159,1
Гипертрофия небных миндалин	263,2	230,8	295,5	250,0
Хронический тонзиллит	184,2	153,8	181,8	159,1
Хронический ринит	—	51,3	—	45,5
Экссудативный средний отит	236,9	179,5	68,2	90,9
Всего	1289,6	1025,6	1068,2	931,8

17,2%, в группе сравнения («Мульти-табс Малыш») — на 9,1% ($p < 0,05$). После витаминотерапии в основной группе сохранился более высокий уровень распространенности заболеваний относительно группы сравнения (1068,2 и 931,8‰, $p < 0,05$). Снижение распространенности заболеваний произошло в основном за счет уменьшения частоты заболеваний среднего уха. Уменьшение частоты экссудативного отита зафиксировано в обеих группах: в основной достоверное снижение на 71,2% ($p < 0,05$), в группе сравнения — 49,4% ($p > 0,05$). По ос-

тальным нозологическим формам изменения незначительны и статистически не значимы.

Снижение частоты экссудативного отита вполне логично объясняется исходя из патогенеза этого заболевания, в основе которого лежит дисфункция слуховой трубы. Основные причины этого в данном возрасте — механическая обструкция глоточного устья аденоидами, а также частые ОРЗ, при которых не успевает восстанавливаться мукоцилиарный транспорт слуховых труб. Снижение заболеваемости ОРЗ приводит, во-первых, к уменьшению объема глоточной миндалины, а во-

вторых, способствует восстановлению мукоцилиарного транспорта слуховых труб, что обуславливает нормальное функционирование слуховых труб и уменьшение частоты экссудативного отита. Снижение частоты встречаемости других заболеваний ЛОР-органов за период исследования не выявлено, однако можно предполагать, что в последующем, при регулярном приеме витаминно-минеральных комплексов, произойдет уменьшение распространенности у детей таких заболеваний, как аденоиды, гипертрофия небных миндалин и хронический тонзиллит, поскольку в основе их патогенеза лежит воспаление (наряду с другими механизмами), обусловленное обсемененностью слизистой оболочки глотки вирусами и бактериями.

Курсовое применение витаминно-минерального комплекса «АлфаВИТ Детский сад», несомненно, приводит к усилению местного и общего иммунитета, нормализации микробиocenоза глотки, но формирование данных заболеваний имеет более длительный период, чем срок проведенной витаминотерапии. Можно отметить, что после применения этого поливитаминного препарата отмечено снижение доли детей с аденоидами II степени. При первичном обследовании в обеих группах у всех детей с аденоидами диагностирована

II степень, при повторном обследовании в группе сравнения не выявлено уменьшения доли аденоидов II степени, в основной же группе доля детей с аденоидами II степени уменьшилась со 100 до 33,3%.

Таким образом, профилактическое применение препарата «АлфаВИТ Детский сад» способствует уменьшению распространенности заболеваний ЛОР-органов, но следует признать, что профилактика хронических заболеваний уха, горла и носа требует комплексных, продолжительных (с первых дней посещения ДОУ), систематических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости детей дошкольного возраста, особенно часто болеющих. К ним относятся: рациональный режим дня, гигиеническое воспитание всех членов семьи, рациональное питание, контроль за факторами внешней среды, закаливание, профилактика ОРЗ (в том числе медикаментозная), наблюдение у оториноларинголога при наличии заболеваний ЛОР-органов.

Безопасность (переносимость) витаминно-минеральных комплексов

При курсовом приеме препарата «АлфаВИТ Детский сад» отмечено 2 случая аллергического дерматоза, препарата «Мульти-табс Малыш» — 1 случай, в связи с чем прием препаратов этими детьми был прекра-

шен. Других побочных эффектов на протяжении всего курса приема изучаемых препаратов отмечено не было.

Выводы

1. После курса приема изучаемых витаминно-минеральных комплексов количество детей, справившихся с субтестами при психолого-педагогическом обследовании, было на 64,8% больше, чем до их приема ($p < 0,05$).

2. Проведение курса приема витаминно-минерального комплекса «АлфаВИТ Детский сад» приводит к улучшению неврологического статуса детей: уменьшается количество жалоб на утомляемость, головные боли, нарушения речи.

3. При профилактическом курсовом применении комплекса «АлфаВИТ Детский сад» происходит усиление резистентности организма ребенка, что способствует уменьшению распространенности заболеваний ЛОР-органов.

4. Длительное (4 мес.) применение витаминно-минерального комплекса «АлфаВИТ Детский сад» характеризуется относительно благоприятным профилем безопасности (переносимости).

Заключение

Длительное профилактическое курсовое (4-х месячное) применение сбалансированного витаминно-минерального

комплекса «АлфаВИТ Детский сад» характеризуется благоприятным профилем безопасности (переносимости), объективным улучшением показателей познавательных функций у детей дошкольного возраста, снижением частоты оториноларингологической патологии, позитивными изменениями общеневрологического статуса детей.

Таким образом, курсовое применение комплекса «АлфаВИТ Детский сад» показано в рамках подготовки детей в ДОУ к школьному периоду. Исходя из результатов исследования, особенно актуальным представляется проведение профилактических курсов комплексом «АлфаВИТ Детский сад» в зимне-весенний период с целью снижения частоты обострения хронической ЛОР-патологии у детей.

В сравнительном аспекте применение российского витаминно-минерального комплекса «АлфаВИТ Детский сад» не уступает, а по отдельным тестам и превосходит клиническую эффективность импортного препарата «Мульти-табс Малыш».

В рекомендательном плане необходимо отметить возможность проведения профилактического приема комплекса «АлфаВИТ Детский сад» по схеме: 3-месячный курсовой прием, перерыв в 1 мес. с последующим повторным 3-месячным курсом.

Модель двигательного режима дошкольников в условиях Заполярья

Егоров Б.Б.,

канд. пед. наук, Институт психолого-педагогических проблем детства РАО, Москва;

Ермулина Е.А.,

директор высшей категории;

Тараторкина Т.В.,

старший воспитатель высшей категории, МДОУ ЦРР – д/с № 53 «Радость», г. Воркута, Республика Коми

Особую остроту приобретает проблема сохранения здоровья детского населения Крайнего Севера, где многофакторность климатических, социально-экономических и экологических воздействий носит чрезвычайный характер.

Климатические условия г. Воркуты представляют собой сложный комплекс отрицательных факторов, воздействующих на детский организм. Город имеет ярко выраженную недостаточность солнечной радиации. По данным Воркутинской метеостанции установлено восемь изменяющихся сезонных периодов — биологических ритмов; в том числе определена их примерная продолжительность:

I. 21 сентября — 15 ноября — нормальная смена дня и ночи;

II. 15 ноября — 17 декабря — сумерки;

17 декабря — 27 декабря — полярная ночь;

III. 27 декабря — 15 февраля — сумерки;

15 февраля — 21 марта — нормальная смена дня и ночи;

IV. 21 марта — 7 мая — вечерние сумерки переходят в утренние, темной ночи нет;

V. 7 мая — 26 мая — белые ночи;

VI. 27 мая — 14 июля — полярный день;

VII. 15 июля — 8 августа — белые ночи;

VIII. 8 августа — 21 сентября — вечерние сумерки переходят в утренние.

Примерная продолжительность сезонных периодов и долгота дня представлены на рисунке и табл. 1.

Таблица 1

**Зависимость долготы дня от высоты солнца
над линией горизонта в г. Воркуте**

Месяц	Высота полуденного солнца 21 числа каждого месяца	Долгота дня 21 числа каждого месяца
Январь	3°	4 ч 28 мин
Февраль	11°	8 ч 45 мин
Март	23°	12 ч 20 мин
Апрель	35°	16 ч 21 мин
Май	44°	20 ч 58 мин
Июнь	47°	24 ч 00 мин
Июль	44°	21 ч 31 мин
Август	35°	16 ч 36 мин
Сентябрь	23°	12 ч 37 мин
Октябрь	11°	8 ч 50 мин
Ноябрь	3°	4 ч 37 мин
Декабрь	0°	0 ч 37 мин

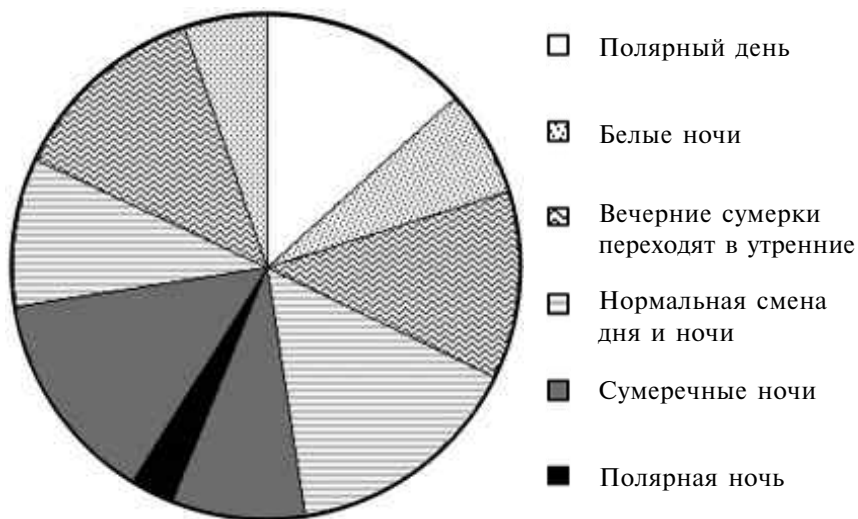


Рис. 1. Примерная продолжительность светлого и темного периодов года на широте 67°22'

В результате длительного ультрафиолетового голодания возникают расстройства ритмов физиологических функций, снижаются иммунологические свойства организма, понижается сопротивляемость к заболеваниям, снижается интенсивность обменных процессов, повышаются утомляемость и сонливость, склонность к аллергическим состояниям, авитаминозам.

Среди многообразных факторов, влияющих на состояние здоровья и работоспособность растущего организма, двигательная активность (ДА) — естественная потребность в движении, удовлетворение которой — важнейшее условие развития ребенка.

Низкие температуры воздуха в течение года, особенно околонулевые температуры в весенне-летне-осенний периоды, ограничивают возможности двигательной деятельности.

Задачу нейтрализации отрицательных природно-климатических факторов отчасти возможно решить, работая в следующих направлениях:

- создание условий, ограничивающих непосредственное воздействие неблагоприятных климатических факторов;
- практическое осуществление системы физкультурно-оздоровительных воздействий.

К *первому направлению* относятся все социально-бытовые и гигиенические факторы, связанные с созданием комфорта.

Второе направление — это система разнообразных профилактических мероприятий: витаминизированное питание, искусственное ультрафиолетовое облучение, использование закалывающих процедур, рациональная организация режима жизни детей, реализация модели двигательного режима.

Однако в режимах, рекомендованных для ДОО умеренных климатических зон, не учитывается специфика работы ДОО за полярным кругом. Для зоны Крайнего Севера необходимы уточнения именно в организации двигательного режима детей на основе знаний о каждом из восьми биологических ритмах года, так как климатические условия Крайнего Севера, оказывая влияние на величину ДА человека, влияют и на конкретные стороны моторики в каждом биологическом ритме года (табл. 2).

Выявленные закономерности формирования структуры физической работоспособности и ДА детей в условиях Заполярья заложены в основу обновленной модели двигательного режима детей дошкольного возраста.

Материалы, полученные в процессе ее реализации в МДОУ ЦРР — д/с № 53, позволяют говорить об эффективном влиянии на показатели здоровья, физического развития, физической подготовленности и двигательной активности детей. Данная модель двигательного режима —

Таблица 2

**Двигательная активность
и моторика дошкольников Заполярья**

Биоритм	Характеристика особенностей двигательной активности и моторики
I	Физическая подготовленность и работоспособность — наилучшая. Дети возвращаются из отпусков со значительным запасом локомоций и высоким уровнем общей выносливости. При этом наблюдается снижение (по сравнению с результатами на май) координационных и скоростных способностей. Снижение показателей максимального потребления кислорода, естественное понижение солнечной активности создают неблагоприятные условия для проведения занятий при высокой интенсивности и требуют постепенного увеличения количества движений аэробной направленности в режиме ДА детей
II	Резкое снижение физической работоспособности и физических качеств (быстроты, гибкости, координации). В связи с природными условиями (полярная ночь) резко снижается объем ДА, наступает период естественной гиподинамии. В связи с уменьшением ДА несколько возрастает общая масса тела, отмечается некоторое увеличение динамометрической силы
III—IV	При выходе из полярной ночи динамика показателей физической подготовленности носит резко изменяющийся (гетерохронный) характер. Кроме общего авитаминоза и плохо восстанавливаемой работоспособности, ухудшаются общая и скоростная выносливость, сила, глазомер, ловкость. Снижается произвольность психических процессов
V	Динамика гетерохронности ДА и работоспособности постепенно начинает стабилизироваться. Однако показатели основных физических качеств все еще довольно низкие. В связи с этим последний период перед массовым выездом детей в низкие широты следует максимально использовать для сохранения доступного уровня физической подготовленности
VI—VII	Наиболее благоприятные условия для развития и совершенствования физических качеств. В этот период резко возрастает естественная ДА детей
VIII	Максимальное моторно-функциональное состояние организма ребенка

один из возможных вариантов организации физкультурно-оздоровительного процесса и условий ДОУ, материально-технической базы, количества и состава

ва возрастных групп, состояния здоровья и физического развития детей, уровня их двигательной активности и физической подготовленности.

Представленная в таблице 3 модель двигательного режима для дошкольников учитывает влияние биологических ритмов года на величину двигательной активности и конкретные сторо-

ны моторики, она насыщена разнообразными видами и формами двигательной деятельности, а также целесообразным чередованием физических упражнений и игр разной интенсивности.

Таблица 3

Модель двигательного режима детей в ДОУ Заполярья

Виды занятий	Формы организации	Особенности организации	Возраст детей, лет
1	2	3	4
Физкультурно-оздоровительные занятия			
Утренняя гимнастика	— традиционная; — игрового характера; — с использованием полосы препятствий; — с включением оздоровительных пробежек; — с использованием простейших тренажеров; — ритмическая; — сюжетная	Ежедневно на открытом воздухе (по сезону) или в зале; длительность 4—12 мин	1,5—7
Двигательная разминка	— игровые упражнения; — танцевальные движения; — подвижные игры	Ежедневно во время перерыва между занятиями; длительность 7—10 мин	3—7
Физкультминутка	— общеразвивающие упражнения (ОРУ); — подвижная игра; — дидактическая игра с различными движениями; — танцевальные движения; — игровые упражнения	Ежедневно, по мере необходимости, в зависимости от вида и содержания занятий; длительность 2—3 мин	1,5—7

Продолжение табл.

1	2	3	4
Подвижные игры, физические и игровые упражнения на прогулке	— подвижные игры разной степени интенсивности; — игры-эстафеты; — игры с правилами; — упражнения в основных видах движений; — спортивные упражнения; — спортивные игры	Ежедневно во время утренней и вечерней прогулки; длительность 10—30 мин. Фронтально, подгруппами	1,5—7
Индивидуальная работа по развитию движений	— физические упражнения в основных видах движений; — спортивные упражнения	Ежедневно во время утренней и вечерней прогулки, физкультурные занятия; длительность 12—15 мин. Малыми подгруппами, индивидуально	1,5—7
Прогулки-походы	— пешие; — в зависимости от сезонных и погодных условий определяются цель и задачи	2—3 раза в год во время, отведенное для физкультурного занятия или занятия по экологии, организованных воспитателем игр и упражнений на утренней прогулке; длительность 60—120 мин	5—7
Бодрящая гимнастика после дневного сна	— музыкально-ритмические движения; — танцевальные движения; — ОРУ; — игровая деятельность; — имитационные упражнения;	Ежедневно в сочетании с закаливающими процедурами; длительность 8—20 мин	1,5—7

Продолжение табл.

1	2	3	4
	— пробежки по массажным дорожкам; — корригирующие упражнения		
Сауна с последующими играми в бассейне	— комплекс «бассейн — сауна — фитобар»	2 раза в мес., подгруппами в первой половине дня; длительность 30 мин (весь комплекс)	4—7
Игры в бассейне	— подвижные игры; — упражнения имитационного характера	1 раз в неделю, подгруппами в первой половине дня; длительность 15 мин	1,5—3
Логоритмическая гимнастика	— подвижные игры; — дыхательная гимнастика; — пальчиковая гимнастика; — массаж и самомассаж; — музыкотерапия; — упражнения имитационного характера	1 раз в неделю, подгруппами; длительность 25 мин. Проводится учителем-логопедом и музыкальным руководителем	5—7
Динамический час	— подвижные игры разной степени интенсивности; — игры-эстафеты, в том числе с детьми из других групп; — сюжетные двигательные задания; — командные спортивные игры, в том числе с детьми из других групп; — самостоятельные занятия детей на спортивных комплексах «Батыр»	1 раз в неделю, вся группа в физкультурном зале; длительность 20—30 мин. Проводится воспитателями группы	3—7
Занятия ЛФК	— комплекс упражнений по коррекции нарушений осанки	3 раза в неделю, по показаниям; длительность 30 мин	5—7

Продолжение табл.

1	2	3	4
	— комплекс упражнений по коррекции плоскостопия	2 раза в неделю, по показаниям; длительность 20 мин	5—7
Переходы из одного помещения в другое	— спокойный шаг; — быстрая ходьба; — осложненная ходьба по лестнице	Ежедневно по мере необходимости, под руководством воспитателя	1,5—7
Учебные занятия			
Физическая культура	— традиционное; — тренировочное; — игровое; — сюжетно-игровое; — с использованием тренажеров; — по интересам; — тематическое; — комплексное; — контрольно-проверочное; — прогулка-поход	2 раза в неделю, фронтально, подгруппами; длительность 10—30 мин. Проводятся: ранний возраст — воспитатели групп; дошкольные группы — инструктор по физкультуре с активным участием воспитателя группы	1,5—7
Плавание	— традиционное; — игровое; — сюжетно-игровое; — контрольно-проверочное	1—2 раза в неделю, подгруппами в первой половине дня; длительность 15—20 мин. Проводятся инструктором по физкультуре с правом обучения плаванию	3—7
Самостоятельная двигательная деятельность			
Самостоятельная двигательная деятельность	— движения с различными игрушками, пособиями; — сюжетно-ролевые игры, основанные на движении и имеющие спортивную и оздоровительную идеи; — спектакли и театрализованные представ-	Ежедневно, под руководством воспитателя в помещении и на воздухе. Характер и продолжительность зависят от индивидуальных данных и потребностей ребенка	1,5—7

Продолжение табл.

1	2	3	4
	ления, разработанные и поставленные на сюжеты сказок и рассказов на спортивную тематику; — подвижные игры разной степени интенсивности		
Физкультурно-массовые занятия			
Физкультурный досуг	— физкультурные упражнения и подвижные игры; — спортивные игры; — упражнения в основных видах движений и спортивные упражнения; — игры-эстафеты; — музыкально-ритмические импровизации	1 раз в месяц в помещении физкультурного зала или на улице (в том числе со сверстниками других групп); длительность 20—40 мин	3—7
Физкультурно-спортивные праздники	— в физкультурном зале; — на открытом воздухе: «Взятие снежного городка», «Гонки санок», «Парад снеговиков», «Футбольный клуб», «Велосипедисты, вперед!»; — на воде (бассейн): «Праздник Нептуна», «Морское сражение»	2—3 раза в год, в том числе совместно со сверстниками соседнего ДОУ; длительность 30—90 мин	4—7
День здоровья	— комплексные занятия; — прогулки-походы; — игры-эстафеты по возрастным параллелям; — физкультурно-спортивные праздники	1 раз в квартал; по возможности отмена всех других видов занятий	3—7

Окончание табл.

1	2	3	4
Спартакиада	— физкультурно-спортивные соревнования в спортивных залах города; — соревнования по плаванию на большой воде в бассейне города	1 раз в год среди детей дошкольного возраста ДОУ города; участвуют дети с высоким уровнем физической подготовленности; длительность 75—90 мин	6—7
Дополнительные виды занятий			
Кружки по видам физических и спортивных упражнений, игр, танцев	В зависимости от учебного плана: — группы общей физической подготовки; — школа мяча; — ритмическая гимнастика; — степ-аэробика	1 раз в неделю, по желанию родителей и детей; длительность 25—30 мин	5—7
Совместная физкультурно-оздоровительная работа ДОУ и семьи			
Домашние задания	— дифференцированные задания по отдельным направлениям; — общие задания	Определяются воспитателями и инструкторами по физической культуре	3—7
Физкультурные занятия детей совместно с родителями в ДОУ	— учебные занятия по физической культуре; — спортивный кружок	По взаимному желанию родителей, инструктора по физкультуре, воспитателей, детей	3—7
Участие родителей в физкультурно-оздоровительных, массовых мероприятиях ДОУ	— подготовка и помощь в проведении физкультурных досугов, праздников, Дня здоровья, прогулок-походов, посещения открытых занятий	— // —	3—7

Динамика показателей физической подготовленности детей

Осуществляемая коллективом МДОУ ЦРР — д/с № 53 в тече-

ние 2005—2008 гг. работа по совершенствованию двигательного режима детей дошкольного возраста оказала положительное

влияние на развитие двигательной сферы детей, в частности — на развитие основных движений и физических качеств.

Для получения более точного представления о развитии движений и физических качеств была проанализирована динамика развития каждого показателя физической подготовленности детей дошкольного возраста.

Сопоставление всех диагностических показателей позволило распределить детей по трем уровням физической подготовленности (высокий, средний, низкий). Результаты обследования сопоставлялись с ориентировочными показателями для соответствующего возраста. Дети, имеющие показатели, находящиеся в рамках возрастных норм (базисные), были отнесены к среднему уровню физической подготовленности, с показателями выше или ниже базисных — к высокому и низкому.

Изучение диагностических карт физической подготовленности детей в начале внедрения модели двигательного режима (2005 г.) выявило, что средний уровень физической подготовленности имели 54% детей, высокий — 23, низкий — 23%. Через три года увеличилось количество детей с высоким и средним уровнем (54 и 46% соответственно), детей с низким уровнем физической подготовленности нет. За этот период показатели развития скоростных качеств увеличились с 31,5 до 72,6%, скоростно-сило-

вых — с 44,4 до 87,3%, общей выносливости — с 75,2 до 85,5%. Практически у каждого ребенка отмечается положительная динамика развития ловкости и координации движений, силы и гибкости и других показателей физической подготовленности, особенно таких, как выносливость, бег и ходьба.

Изменение характера двигательной активности детей

Выявлены позитивные изменения по всем трем параметрам ДА у детей: увеличались объем, продолжительность и интенсивность ДА.

Количество детей со средним уровнем ДА увеличилось, несколько уменьшилось число детей с высоким и низким уровнем ДА. Увеличение ДА у малоподвижных детей достигалось за счет более интенсивной ежедневной физической нагрузки в организованных подвижных играх и упражнениях, а также в результате использования специальных игровых упражнений (на быстроту реакции, скорость, быстрое переключение с одного вида деятельности на другой) и привлечение к коллективным играм соревновательного характера на прогулке.

Некоторое уменьшение интенсивности ДА у гиперактивных детей обусловлено целенаправленным педагогическим воздействием. Предлагаемые этим детям разнообразные игровые упражнения на внимание, координацию, ловкость, требующие точности

действий, способствовали уменьшению количества движений. Сокращение объема ДА у этих детей происходило из-за снижения интенсивности движений в единицу времени за счет уменьшения хаотичных действий, мешающих им сосредоточиться.

Выявлены значительные изменения в содержании самостоятельной деятельности детей. Так, умения и навыки, приобретенные в организованных видах деятельности по физическому воспитанию, дети превносили в самостоятельную деятельность. Практически у всех детей старшего возраста появился устойчивый интерес к спортивным играм и упражнениям.

Динамика состояния здоровья и физического развития детей

За период внедрения модели двигательного режима улучшилось физическое развитие детей,

укрепилось их здоровье, снизилась морбидность (табл. 4).

Анализ исходного уровня состояния здоровья детей показал, что большую часть составляли дети II группы здоровья — 89,3% (210 чел.). Многие дети (28%) имели показатели мышечной силы кистей рук ниже средних возрастно-половых нормативов, 12% детей столкнулись с затруднениями при тестировании координации движений. У части детей (16,5%) были отмечены неблагоприятные реакции сердечно-сосудистой системы на дозированную мышечную нагрузку — появлялись выраженные признаки утомления.

В результате внедрения рационально организованного двигательного режима удалось добиться улучшения состояния здоровья детей, повышения уровня функциональных возможностей и моторного развития, что под-

Таблица 4

Показатели здоровья и физического развития детей

Год	Количество детей	Группа здоровья, %				Физическое развитие, %			Средняя продолжительность заболевания, дни	ЧДБ, %	Индекс здоровья
		I	II	III	IV	ниже среднего	среднее	выше среднего			
2005	235	4,2	89,3	5,5	1,0	1,8	94,0	4,2	8,5	2,6	32,8
2006	240	4,2	92,9	2,1	0,8	1,2	94,6	4,2	8,1	0,8	44,6
2007	236	4,7	93,6	1,3	0,4	0,4	97,0	2,6	9,2	0,9	50,7
2008	230	7,8	90,0	1,8	0,4	0,9	92,2	6,9	8,4	0,8	23,5

тверждается результатами обследования детей перед поступлением в школу.

Наблюдения за детьми в течение 4-х лет позволили отметить значительное снижение заболеваемости органов дыхательной системы. Наиболее информативным показателем эффективности предложенной модели двигательного режима является повышение сопротивляемости организма детей, что подтверждается значительным уменьшением числа ЧДБ (см. табл. 4) — с 2,6 до 0,8%, а также увеличением индекса здоровья — с 32,8 до 50,7%. Отмечено перераспределение детей по группам здоровья — количество детей III группы здоровья значительно уменьшилось, II — увеличилось.

Возросло число детей (87%) со средними и высокими показате-

лями мышечной силы кистей рук, большинство детей имело благоприятный тип реакции на дозированную мышечную нагрузку. В результате увеличения основных антропометрических показателей (рост, масса тела, окружность грудной клетки), которое происходило равномерно в течение года, возросло число детей с физическим развитием выше среднего (с 10 до 16 чел.) и уменьшилось с физическим развитием ниже среднего (с 4 до 2 чел.).

Таким образом, предлагаемая физкультурно-оздоровительная система способствует росту функциональных возможностей организма ребенка, что подтверждается позитивными изменениями основных функциональных показателей, регистрируемыми в течение ряда лет.

Физическое развитие дошкольников и оздоровительные мероприятия в ДОУ Восточной Сибири

Ефимова Н.В.,

*д-р мед. наук, НИИ медицины труда и экологии человека
ВСНЦ СО РАМН, г. Ангарск Иркутской обл.*

Актуальность исследований, включающих оценку предболезненных, донозологических состояний организма, особенно в дошкольном возрасте, и внедре-

ние мер профилактики не вызывает сомнений. Развивающийся организм, в связи с функциональной незрелостью тканей и систем, особенно чувствителен к

влиянию сложного комплекса факторов окружающей среды [3, 5]. В связи с этим очень важен дифференцированный подход к формированию и внедрению оздоровительных программ в ДОУ. Представляется необходимым учитывать не только результаты обследования, но и факторы, характерные для территории. Наши многолетние исследования показали, что в промышленных центрах, особенно расположенных в северных районах Восточной Сибири, уровень физического развития ниже, чем в населенных пунктах, не подвергающихся техногенному воздействию.

В качестве примера приведем данные по оценке здоровья детей дошкольного возраста, проживающих в крупном промышленном центре Восточной Сибири (г. Братск) и поселке городского типа, который можно рассматривать как фоновый район применительно к исследованиям особенностей формирования здоровья детей, подвергающихся действию техногенных выбросов. Проведено исследование физического развития организованных детей 5—7-летнего возраста в г. Братске (578 чел.) и контрольном районе (243 чел.), по результатам медицинского осмотра детей, отнесенных к I—II группам здоровья. Определение параметров осуществляли на основе соматометрических, соматоскопических, физиомет-

рических методов, а также по результатам функциональной пробы (30 приседаний) [4, 6]. Оценка результатов пробы проводилась с учетом типов реакций на физическую нагрузку (нормотоническая, гипертоническая, гипотоническая, ступенчатая или дистоническая). Оценку гармоничности физического развития проводили с использованием региональных таблиц процентильного типа [8]. Результаты исследований легочных объемов оценивали путем сравнения с должными величинами, рассчитанными по регрессионным уравнениям, отражающим связь объемов легких с ростом детей. Для выявления влияния фактора техногенной нагрузки на формирование здоровья ребенка были рассчитаны показатели средних значений длины, массы тела и объема грудной клетки.

Братск — крупный индустриальный центр, расположен на северо-западе Иркутской области. Градообразующие предприятия — Братская ГЭС и гигантские промышленные комплексы по переработке древесины и производству алюминия. При интегральной оценке содержания примесей в воздушном бассейне города, по данным комитета по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды, отмечается очень высокий уровень загрязнения воздушного бассейна селитебной зоны. Повторяемость неблагоприятных метеорологических условий,

затрудняющих рассеивание вредных примесей в г. Братске достигает 60%, потенциал загрязнения атмосферы составляет 3,9. Длительное многокомпонентное загрязнение атмосферного воздуха оценивалось от «высокого» до «чрезвычайно высокого» по интегральному показателю Р, характеризующему степень опасности для населения каждого из ксенобиотиков и их комплекса в целом. Приоритетными поллютантами являлись сероуглерод, бенз(а)пирен, диоксид азота, метилмеркаптан, фтористый водород, твердые фториды. Известно, что ингаляционное поступление 3,4-бенз(а)-пирена и сероуглерода может оказать влияние на темпы развития организма [7]. Вещества с общетоксическим действием представляют опасность для следующих органов и систем: иммунной системы (коэффициент опасности $HQ = 19,4$), респираторной системы ($HQ = 14,1$), органов зрения ($HQ = 9,7$), физического и нервно-психического развития ($HQ = 9,4$), костной системы и зубов ($HQ = 1,74$).

В ходе обследования установлено, что длина тела девочек в возрасте 5—7 лет как в г. Братске, так и в контрольном районе несколько выше средних региональных показателей для детей соответствующего возраста. Средние показатели массы тела девочек соответствуют норме для детей данного возраста, а у мальчиков г. Братска отмечено пре-

вышение массы тела. Показатели активной массы тела (АМТ) у $73,9 \pm 6,4\%$ мальчиков и $76,3 \pm 3,2\%$ девочек, проживающих в обеих исследуемых районах, соответствуют региональным показателям физического развития детей и подростков Иркутской области. Толщина кожно-жировых складок не превышают средние показатели для детей данного возраста. С повышенной активной массой тела выявлено только $5,3 \pm 2,1\%$ девочек в г. Братске и $15,4 \pm 3,6\%$ в контрольном районе ($p < 0,05$). Пониженная АМТ встречается у мальчиков г. Братска в 1,4 раза чаще, чем у девочек ($26,1 \pm 2,6\%$ против $18,4 \pm 2,3\%$).

Среди обследуемых детей в г. Братске $40,0 \pm 2,8\%$ мальчиков и $46,9 \pm 3,0\%$ девочек имели гармоничное развитие по соотношению роста-весовых параметров, в контрольном районе данные величины составили $59,6 \pm 4,3\%$ и $52,9 \pm 4,5\%$ соответственно (различие достоверно только для мальчиков) (табл. 1). В то же время признаки дисгармоничности среди детей имеют некоторые особенности. Девочек с повышенной массой тела и повышенной длиной тела больше, чем мальчиков (соответственно $15,4 \pm 2,1\%$ и $10,6 \pm 1,7\%$ в Братске и $15,4 \pm 2,6\%$ и $9,6 \pm 2,8\%$ в контрольном поселке). У $28,2 \pm 2,6\%$ обследованных мальчиков г. Братска ($12,7 \pm 3,0\%$ — в контроле) и

$20,8 \pm 2,4\%$ девочек ($13,2 \pm 3,2\%$) вне зависимости от длины тела выявлены сниженные показатели массы тела. Среди детей с малой окружностью грудной клетки (менее 25-й проценти-

ли) больше ($23,3 \pm 1,4\%$ против $5,7 \pm 2,4\%$ в контроле) детей из г. Братска.

Гармоничность физического развития определяется не только оптимальностью соотноше-

Таблица 1

Распределение детей по уровню физического развития, %

Группы детей	Соотношение длины и массы тела		ЖЕЛ		ОМС		Тип реакции на физическую нагрузку		Морфофункциональное физическое развитие	
	гармоничное	дисгармоничное	норма	ниже нормы	норма	ниже нормы	нормотоническая	другие	гармоничное	дисгармоничное
г. Братск:										
мальчики	40,0 $\pm 2,8$	60,0 $\pm 2,8$	36,0 $\pm 2,7$	64,0 $\pm 2,8$	40,2 $\pm 2,8$	59,8 $\pm 2,8$	43,3 $\pm 2,8$	56,7 $\pm 2,7$	65,1 $\pm 2,7$	34,9 $\pm 2,8$
девочки	46,9 $\pm 3,0$	59,1 $\pm 3,0$	16,2 $\pm 2,7$	83,8 $\pm 2,7$	43,6 $\pm 3,1$	56,4 $\pm 3,1$	59,1 $\pm 3,0$	40,9 $\pm 3,0$	62,5 $\pm 2,8$	37,5 $\pm 2,7$
Контроль:										
мальчики	59,6 $\pm 4,3$	40,4 $\pm 4,2$	59,6 $\pm 4,3$	40,4 $\pm 4,3$	53,2 $\pm 4,5$	46,8 $\pm 4,6$	65,2 $\pm 4,3$	34,8 $\pm 4,3$	42,6 $\pm 4,5$	57,4 $\pm 4,4$
девочки	52,9 $\pm 4,5$	47,1 $\pm 4,4$	50,0 $\pm 4,0$	50,0 $\pm 4,0$	50,3 $\pm 4,5$	49,7 $\pm 4,5$	61,1 $\pm 3,3$	38,9 $\pm 3,3$	46,4 $\pm 3,2$	53,6 $\pm 3,2$

ния длины и массы тела, окружности грудной клетки, на что обычно обращают внимание медицинские работники при обследовании детей, но и соответствием функциональных возможностей их возрасту. При оценке физиометрических показателей отмечено, что средние значения жизненной емкости легких (ЖЕЛ) у дошкольников, проживающих в различных условиях, не имели значимых различий и составили $1,2 \pm 0,03$ л в контрольном районе и $1,0 \pm 0,1$ л — у детей промышленного центра. Несмотря на это ЖЕЛ находилась в пределах возрастной нормы только у $36,0 \pm 2,7\%$ мальчиков, проживающих в г. Братске, против $59,6 \pm 4,3\%$ мальчиков в контрольном поселке ($p < 0,01$). Удельный вес девочек с нормальным уровнем ЖЕЛ в г. Братске еще более низок — $16,2 \pm 2,7\%$ ($50,0 \pm 4,5\%$ — в контроле, $p < 0,01$). Жизненная емкость легких снижается в результате влияния многих факторов, как внелегочных (мышечная слабость, высокое стояние диафрагмы, деформация грудной клетки), так и легочных: обструкция воздухоносных путей (ограничение резервного объема выдоха), ограничение растяжимости легких, утрата части функциональной легочной паренхимы.

Силой мышц обозначают максимальное усилие, которое может развить группа мышц в

произвольных условиях. Этот показатель отображает уровень мышечной тренированности, характер питания, образ жизни. По данным динамометрии можно судить не только о физической подготовленности, но и явлениях переутомляемости, степени адаптации к воздействию внешних факторов. Относительная мышечная сила (ОМС) соответствовала норме у $40,2 \pm 2,8\%$ мальчиков г. Братска и $53,2 \pm 4,5\%$ — контрольного района (различия достоверны, $p < 0,05$), у девочек различие не выявлено ($43,6 \pm 3,1\%$ и $50,3 \pm 4,5\%$ соответственно). Показатели ОМС, превышающие региональные нормативы для детей соответствующего возраста, выявлены только в контрольном районе: у $17,4\%$ мальчиков и $36,0\%$ девочек ($p < 0,05$).

Известно, что индикатор адаптационно-приспособительных реакций организма — сердечно-сосудистая система, чутко реагирующая на воздействие различных факторов [1, 2]. Средние показатели артериального давления (АД) у всех групп дошкольников соответствовали возрастным нормам, однако в г. Братске в $4,6\%$ случаев отмечено повышенное АД, которое при стойком выявлении может расцениваться как пограничная артериальная гипертензия. Детей с состоянием гипертензии в контрольном районе выявлено не было.

Анализ результатов исследований с функциональной пробой показал, что в контрольном районе у $65,2 \pm 4,3\%$ мальчиков и $61,1 \pm 4,3\%$ девочек наблюдается нормотоническая реакция на физическую нагрузку вне зависимости от параметров физического развития (табл. 2). В г. Братске доля мальчиков с нормотонической реакцией достоверно ниже. Важный крите-

рий для нормотонической реакции — быстрое восстановление частоты сердечных сокращений (ЧСС) и АД после прекращения нагрузки. Гипертонический тип реакции выявлен только у $13,0 \pm 3,1\%$ мальчиков и $11,1 \pm 8,0\%$ девочек контрольного района. В промышленном центре данный показатель выше — $23,3 \pm 2,4\%$ среди мальчиков и $17,5 \pm 2,4\%$ среди

Таблица 2

**Распределение детей по типам реакции
на физическую нагрузку, %**

Группы детей	Нормотоническая	Гипертоническая	Гипотоническая	Ступенчатая	Дистоническая
г. Братск:					
мальчики	$43,3 \pm 3,4^{**}$	$23,3 \pm 2,4^{**}$	$6,7 \pm 1,4$	$3,3 \pm 1,2$	—
девочки	$59,1 \pm 6,8^*$	$17,5 \pm 2,4$	$12,5 \pm 2,3$	$5,0 \pm 1,0$	—
оба пола	$52,3 \pm 5,2$	$20,0 \pm 2,8^{**}$	$12,7 \pm 1,7$	$4,5 \pm 0,9$	—
Контроль:					
мальчики	$65,2 \pm 4,3$	$13,0 \pm 3,1$	—	$8,7 \pm 2,5$	$13,0 \pm 3,1$
девочки	$61,1 \pm 4,3$	$11,1 \pm 2,8$	—	$13,9 \pm 3,0$	$13,9 \pm 3,0$
оба пола	$62,6 \pm 3,1$	$11,9 \pm 2,1$	—	$11,9 \pm 2,1$	$13,6 \pm 2,2$

Примечание:

* различие показателей в группах мальчиков и девочек достоверно ($p < 0,05$);

** различие показателей в группах г. Братска и контрольной достоверно ($p < 0,05$).

девочек. Гипертонический тип реакции характеризуется главным образом резким повышением АД и высокой пульсовой реакцией с замедленным восстановлением ЧСС до исходного уровня. Гипертонический тип реакции может быть признан предгипертензионным состоянием, такой тип реакции связан с переутомлением, но может наблюдаться и у вполне здоровых детей. Гипотонический тип реакции характеризуется незначительным повышением систолического АД и резким учащением пульса, восстановление ЧСС и АД замедлено, данный тип реакции рассматривается как неблагоприятный. Среди обследованных детей значимых различий по удельному весу лиц с гипотонической реакцией не выявлено. В единичных случаях во всех рассматриваемых группах были зарегистрированы ступенчатая или астеническая реакция, оцениваемая как ухудшение функционального состояния организма детей.

В качестве параметра, характеризующего степень адаптированности, функциональные резервы организма и прогнозирующего негативные изменения здоровья, Р.М. Баевским предложен индекс функциональных изменений (ИФИ), учитывающий ЧСС и АД в покое, возраст, массу тела и рост [2]. Значение ИФИ до 2,10 свидетельствует о достаточных функциональных возможностях и удовлетвори-

тельной адаптации, от 2,11 до 3,20 — о состоянии функционального напряжения, более 3,20 — о срыве адаптации. Средние показатели ИФИ в группах детей не имели значимых различий ($1,86 \pm 0,09$ у мальчиков г. Братска и $1,80 \pm 0,06$ — в контроле; $1,71 \pm 0,08$ и $1,72 \pm 0,06$ у девочек). Однако количество детей с величинами ИФИ, свидетельствующими о напряжении функционального состояния, в промышленном центре достоверно выше, чем в контрольном районе ($25,0 \pm 1,6$ против $9,8 \pm 6,2$, $p < 0,05$).

Для более объективной оценки физического развития детей целесообразно учитывать не только соотношение роста и массы тела, но и функциональные возможности организма с учетом физической нагрузки. Именно последние определяют способность к адаптивным реакциям. Среди обследованных детей, проживающих в промышленном центре и условно чистом контрольном поселке, доли детей с дисгармоничным физическим развитием по комплексной оценке достоверно различались. Гармоничное морфофункциональное физическое развитие выявлено среди 34,9% мальчиков и 37,5% девочек, проживающих в г. Братске, против 57,4 и 53,6% — в контрольном районе. Основной вклад в формирование дисгармоничного состояния в промышленном центре вносили:

низкая жизненная емкость легких и повышенная длина тела при низкой окружности грудной клетки, что особенно характерно для девочек.

Выявленные особенности определяют направленность здоровьесберегающих программ для ДОУ. Комплекс физических упражнений для детей промышленных центров с высокими ингаляционными рисками для органов дыхания должен быть ориентирован на тренировку респираторного тракта и закаливающие упражнения. При проведении занятий на открытом воздухе в промышленных центрах следует учитывать высокий уровень загрязнения воздушного бассейна. Необходимо либо сокращать время и интенсивность физических упражнений, либо проводить занятия в закрытом помещении. В дни с неблагоприятными условиями для рассеивания примесей в атмосфере не рекомендуются проводить на открытом воздухе не только физические упражнения и активные игры, но и обычные прогулки. Режим проветривания в такие дни также должен быть скорректирован.

При разработке комплекса физических упражнений следует учитывать возрастные закономерности двигательной функции. Каждый возрастной период характеризуется своими специфическими особенностями двигательной активности, пове-

денческих актов и пр. Переход от одного возрастного периода к другому связан с преобразованием центральных звеньев регуляции, присущей предыдущему возрастному периоду. Эти переходы, так называемые переломные или критические периоды, определяются узкими временными границами, в течение которых происходит преобразование деятельности различных органов и систем на новые уровни, обеспечивающие адаптацию организма к условиям окружающей среды.

Дошкольный возраст характеризуется значительной динамикой показателей, которыми определяют физическое и двигательное развитие ребенка. Быстрыми темпами идет рост скелета и мышечной массы. Особенности психики детей этого возраста обуславливают целесообразность коротких по времени, но часто повторяющихся занятий разнообразного, преимущественно игрового содержания. Недопустимы перегрузки организма, связанные с силовым напряжением и общим утомлением. В то же время необходимо отметить, что развитие выраженного утомления у ребенка маловероятно, ибо он не в состоянии противодействовать развивающемуся чувству усталости и прекращает тренировку.

В младшем дошкольном возрасте (3—4 года) нужно создать все условия для освоения

ребенком многих видов простейших движений, действий и закаливающих процедур. В 5—6 лет необходимо осваивать новые виды физических упражнений, повышать уровень физических способностей, стимулировать участие в коллективных играх и соревнованиях со сверстниками. Закаливание должно стать привычным элементом режима дня. Следует учитывать, что в дошкольном возрасте для высшей нервной деятельности еще характерна неустойчивость основных нервных процессов, поэтому не следует рассчитывать на прочное освоение ребенком этого возраста сложных двигательных умений и действий. Однако следует уделять особое внимание освоению и совершенствованию новых видов движений — пальцев рук и кисти, ловкости. Ловкость развивается при перемещениях со сменой направления ходьбы и бега, в упражнениях с предметами, особенно с мячом, игре с кубиками и пластилином.

Занятия физическими упражнениями следует проводить ежедневно в форме зарядки, занятий по освоению и совершенствованию движений и различных игр. Их продолжительность в 3-летнем возрасте в начале периода составляет 15—20 мин, к концу его достигает 20—25, в 4-летнем — 30—35, в 5-летнем — до 40 мин. Следует учесть, что 5-й год

жизни — критический для многих параметров физического здоровья ребенка. В этот период отмечается ослабление некоторых звеньев мышечной системы и суставных связок. Следствием этого могут быть нарушения осанки, плоскостопие, искривление нижних конечностей, уплощение грудной клетки или ее деформация, выпуклый и отвислый живот. Все это затрудняет акт дыхания и оксигенацию организма ребенка. Правильно организованная физическая активность детей, регулярные и правильно построенные занятия способны предотвратить развитие этих нарушений.

На 6-м году жизни ребенка все большее внимание следует уделять специальному развитию отдельных физических качеств и способностей. Главная задача в этот период — заложить прочный фундамент для интенсификации физического воспитания в последующие годы. Отличие этого этапа от предыдущего заключается в усилении акцента на развитие физических качеств, преимущественно выносливости и быстроты. Однако это не самоцель. Необходимость таких занятий — в подготовке организма ребенка, функций управления движениями и их энергетического обеспечения, а также психики к предстоящему обучению в школе. Что касается силовых качеств, то речь идет лишь о воспитании способности про-

являть незначительные по величине напряжения в течение достаточно длительного времени и точно дозировать мышечные усилия. Не следует предлагать ребенку упражнения с отягощениями, за исключением метаний (масса метаемых снарядов не должна превышать 100—150 г). Общий физический потенциал 6-летнего ребенка возрастает настолько, что в программу занятий можно включать упражнения на выносливость: пробежки трусцой по 5—7 мин, длительные прогулки, ходьбу на лыжах, катание на велосипеде. Общее время занятия составляет 30—35 мин. К моменту поступления в школу ребенок должен обладать определенным уровнем развития двигательных качеств и навыков, которые являются соматической основой «школьной зрелости», поскольку они базируются на определенном фундаменте физиологических резервов функций.

Таким образом, комплексная оценка физического развития по морфофункциональным показателям свидетельствует о нарушении гармоничности развития детей в промышленных центрах, характеризующихся высоким техногенным загрязнением веществами с общетоксическим действием. Формирование здоровьесберегающих программ для ДОУ Восточной Сибири требует

участия специалистов различных профилей, поскольку необходимо учитывать качество среды обитания, возрастные особенности развития, данные индивидуальной оценки состояния здоровья детей.

Литература

1. *Антропова М.В* и др. Прогностическая значимость адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы у детей 10—11 лет // *Физиология человека*. 2000. Т. 26. № 1.
2. *Баевский Р.М., Берсенева А.П.* Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М., 1997.
3. *Величковский Б.Т.* и др. Рост и развитие детей и подростков в России // *Вестник РАМН*. 2004. № 1.
4. *Захарченко М.П.* и др. Диагностика в профилактической медицине. СПб., 1997.
5. *Кучма В.Р.* Дети в мегаполисе: некоторые гигиенические проблемы. М., 2002.
6. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге (руководство для врачей) / Под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. М., 1999.
7. Основы оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду / Под ред. Ю.А. Рахманина, Г.Г. Онищенко. М., 2002.
8. Региональные показатели физического развития детей и подростков Иркутской области. Иркутск, 2004.

А знаете ли вы?

31 мая ежегодно, начиная с 1988 г., проводится Всемирный день без табака (World No-Tobacco Day). Этот день был объявлен Всемирной организацией здравоохранения с целью добиться решения проблемы табакокурения.

Через 5 лет после объявления Всемирного дня без табака 21 мая 2003 г. в Женеве была подписана «Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака», которая вступила в силу в нашей стране 1 сентября 2008 г. в соответствии с Федеральным законом от 24 апреля 2008 г. № 51-ФЗ «О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака».

Как отмечено в «Европейском докладе о борьбе против табака», по распространенности курения среди мужчин Россия занимает в Европе печальное первое место — 57,8% при средневзвешенном показателе по европейским странам — 41%. Распространенность курения среди российских женщин достигает 21,8% (в среднем по Европе — 18,2) — 16-е место из 41. По данным различных опросов, в России выкуривают не меньше одной сигареты в неделю от 27 до 40% 15-летних мальчиков и 18—29% их сверстниц.

В связи с этим наносится значительный ущерб здоровью населения, так как употребление табака — один из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых, бронхо-легочных и желудочно-кишечных заболеваний. Так, например, хроническая обструктивная болезнь легких, основным фактором развития которой является курение табака, за последние пять лет поднялась в структуре смертности населения России с 12-го на 4-е место. Раком легкого, причина которого в 90% случаев — табакокурение, ежегодно заболевает около 50 тыс. мужчин.

Особую тревогу вызывает стремительное увеличение курения среди детей, подростков и женщин, а также снижение возраста начала курения, который приближается к 8 годам. По различным оценкам в Российской Федерации от болезней, связанных с табакокурением, ежегодно умирают от 330 до 500 тыс. человек. При этом с употреблением табака связано от 10 до 15% потерянных лет жизни.

В связи с ратификацией конвенции в законодательство Российской Федерации в области ограничения употребления табака будут внесены изменения, касающиеся усиления надзора государства за следующими направлениями:

- защита от воздействия табачного дыма;
- ценовые и налоговые меры;
- упаковка и маркировка табачных изделий, регулирование и раскрытие состава табачных изделий;
- просвещение и информирование населения о вреде употребления табака;
- запрет на рекламу;
- содействие прекращению употребления табака и медицинская помощь.

*По материалам сайта www.rospotrebnadzor.ru
и Европейского доклада о борьбе против табака (ВОЗ, 2007)*

Состояние стоматологического здоровья дошкольников г. Архангельска

(НА ПРИМЕРЕ ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКИХ ДОМОВ)

Ушакова Т.В.,

канд. мед. наук, доцент, Северный государственный
медицинский университет, г. Архангельск

ПЕДИАТРИЯ



Проблема охраны здоровья детей и подростков чрезвычайно важна, поскольку от формирования здоровья в детском возрасте зависит здоровье взрослого населения. Особого внимания требуют дети из неблагополучной социальной среды, в частности воспитанники детских домов и домов ребенка. У подавляющего большинства этих детей антенатальный и постнатальный периоды развития проходят в неблагоприятных условиях, что весьма негативно сказывается на состоянии соматического здоровья, следовательно, и на формировании и развитии зубочелюстной системы. В рамках существующей системы диспансеризации детей у стоматолога этот контингент должен быть выделен в самостоятельную группу, нуждающуюся в систематическом проведении воспитательных, общеоздоровительных и лечебно-профилактических стоматологических мероприятий.

Для выявления заболеваемости дошкольников г. Архангельска было проведено комплексное стоматологическое обследование по методике ВОЗ (1997) воспитанников детских домов и домов ребенка (186 детей в возрасте от 4 до 8 лет).

Данные эпидемиологического обследования занесли в карту, предложенную экспертами ВОЗ для регистрации стоматологического статуса. Исследованы показатели, отражающие внешние признаки поражения челюстно-лицевой области, патологию височно-нижнечелюстного сустава, состояние слизистой оболочки полости рта, твердых тканей зубов и пародон-

та, гигиеническое состояние зубов, ортопедический и ортодонтический статус, а также нуждаемость в профилактической, терапевтической, ортодонтической и ортопедической помощи.

Интенсивность кариеса зубов определяли с помощью индексов КП (кариозные полости, пломбы) — для временных зубов и КПУ (кариозные полости, пломбы, удаленные зубы) — для постоянных зубов. Гигиеническое состояние полости рта и состояние пародонта оценивали с помощью гигиенических индексов (ГИ) по G. Green, J. Vermillion (1969), Ю.А. Федорову, В.В. Володкиной (1971), папиллярно-маргинально-альвеолярного (РМА, 1960) и коммунального пародонтального индекса (СРІ, 1995). Интенсивность зубочелюстных аномалий устанавливали с помощью стоматологического эстетического индекса DAI по N.C. Cons et al. (1986), определяющего уровни нарушения физиологической окклюзии. Гигиенические знания обследуемых оценивали с помощью индекса УГЗ (уровень гигиенических знаний) по С.Б. Улитовскому (2003).

В результате проведенного исследования установлено, что распространенность кариозного процесса у обследуемых детей варьируется в пределах 89,80—92,63%. Высокие показатели наблюдались практически у всех детей. Низкие показатели распространенности, выявлен-

ные в возрастной группе 6—8 лет, объясняются физиологической сменой временных зубов (зачастую пораженных кариесом) постоянными.

Выявлено, что группу детей 6—8 лет с наименьшей степенью активности кариеса (индексы КПУ + КП, КПУ не превышают 5), а также детей с интактными зубами составили, в основном, воспитанники детских учреждений, в которых имелись стационарные стоматологические кабинеты.

Большинство обследованных детей были отнесены во вторую (индексы КПУ + КП, КПУ от 5 до 8) и третью (индексы КПУ + КП, КПУ больше 8) диспансерные группы по степени активности кариеса.

Исходом осложнений кариеса зубов является их преждевременное удаление (за 1,0—1,5 года до физиологической смены), которое в последующем может привести к развитию зубочелюстных деформаций. В среднем показатель частоты встречаемости раннего удаления временных и постоянных зубов у обследованных детей составил 38,04%, что может быть связано с отсутствием системы диспансерного наблюдения за детьми.

При обследовании тканей пародонта выявлена патология у 46,85% детей. В структуре ее преобладает хронический катаральный гингивит. При анализе результатов определения индекса СРІ отмечена предрасположен-

ность к развитию заболеваний тканей пародонта у 82,45% воспитанников. Данная ситуация обусловлена, возможно, высоким уровнем соматической заболеваемости, а также становлением гормонального фона, урегулирование которого с возрастом может привести к нормализации состояния тканей пародонта.

Нуждаемость дошкольников в ортодонтическом лечении составила 47,83%. Во время обследования ни у одного ребенка не обнаружено замещения имеющихся дефектов ортодонтической или ортопедической конструкцией.

Неудовлетворительная гигиена полости рта играет не последнюю роль в развитии зубочелюстной аномалии, поскольку зубной налет рассматривается как фактор риска возникновения кариеса зубов и заболеваний тканей пародонта. При обследовании преимущественно отмечались: неудовлетворительный ГИ (по Федорову—Володкиной) — от $24,20 \pm 2,42\%$ до $31,93 \pm 3,62\%$, плохой ГИ — от $14,29 \pm 2,59\%$ до $20,48 \pm 3,58\%$ и очень плохой ГИ — от $6,02 \pm 1,85$ до $10,85\% \pm 1,75\%$ во всей группе. Это свидетельствует о низком уровне гигиенической культуры детей.

Качество индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний зависит от уровня гигиенических знаний и умений их использовать в повседневной жизни.

При проведении анкетирования дошкольников было выяв-

лено, что уровень знаний по уходу за полостью рта в основном соответствует оценочному критерию «низкий» (при цифровых показателях индекса УГЗ от 1,0 до 1,9 балла).

Подводя итоги проведенного исследования, можно сделать вывод, что стоматологическое здоровье воспитанников социальных учреждений находится на очень низком уровне. Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение стоматологических заболеваний, проводятся на недостаточном уровне. Об этом свидетельствуют низкий уровень гигиенических знаний (УГЗ 1,0—1,9), плохое гигиеническое состояние полости рта (ГИ по Green—Vermillion 2,5—3,0) и, как следствие, высокая частота встречаемости кариеса зубов (92,63%) и заболеваний тканей пародонта (46,85%), преждевременное удаление зубов и высокая нуждаемость детей в ортодонтическом лечении.

На примере обследованных детских учреждений можно утверждать, что отсутствие системы плановой санации и своевременного выявления признаков стоматологического заболевания способствуют дальнейшему ухудшению состояния здоровья дошкольников. Наиболее эффективное направление обеспечения защиты стоматологического здоровья детей — разработка целевых комплексных стоматологических региональных программ.

Нарушение остроты зрения среди детей-северян в возрасте 3–7 лет

Бабенко Л.Г.,

канд. мед. наук, доцент, Коми филиал Кировской
государственной медицинской академии, г. Сыктывкар

На организм человека в условиях Крайнего Севера оказывают воздействия разнообразные факторы внешней среды: климатогеографические, геомагнитные, техногенные, этнические и т.д. Общеизвестно, чем дольше человек проживает в условиях Крайнего Севера, тем больше вероятность развития в его организме тех или иных отклонений [1, 2]. Учитывая, что дискомфортные факторы внешней среды за Полярным кругом действуют круглосуточно и круглогодично, естественно, что механизмы адаптации со временем исчерпывают свои возможности, наступает стадия истощения адаптационных процессов, а затем фаза нарушения гомеостазиса, т.е. патологического процесса. Выживаемость индивидуумов при синдроме «полярного напряжения» зависит не только от степени неадекватности среды, исходного состояния здоровья, конституционально-генетического типа, но и от функционирования си-

стемы охраны здоровья населения [2].

Климатогеографическая архитектура Республики Коми сочетает нахождение в ней территорий, относимых к Крайнему и Европейскому Северу, с проживающим в них коренным (коми) и пришлым населением. В целом по уровню первичной заболеваемости глаз и придаточного аппарата у детей (в возрасте до 14 лет) республика занимает 13 рейтинговое место среди территорий РФ [3]. Распространенность нарушений остроты зрения среди детей в возрасте 3–7 лет в среднем по России за пятилетний период (2002–2008 гг.) изменялась в пределах 26–27%, а в среднем по Республике Коми — от 16 до 19%, что ниже аналогичного показателя по стране в 1,7 раза.

Известно, что в период развития ребенка с 1 до 7 лет происходит активное формирование зрительного анализатора на фоне становления компенсаторно-приспособительных адапта-

ционных механизмов, что позволяет в этот период эффективно проводить коррекцию возможных нарушений функции органа зрения.

В связи с этим была поставлена цель исследования — выявить возможные нарушения со стороны органа зрения среди детей, проживающих в условиях Крайнего Севера, развивающиеся под влиянием факторов внешней среды, экологической обстановки (изменения качества жизненной среды, снижения гармоничности и устойчивости антропоэкосистемы Севера) и этнических особенностей народонаселения на различных северных территориях Республики Коми.

Материалы и методы исследования

При исследовании частоты выявляемости нарушения остроты зрения во время профилактических осмотров были использованы медико-статистические данные Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Коми (форма государственной годовой статистической отчетности № 31 «Отчет о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам», таблица 3/2500 «Профилактические осмотры детей и их результаты»).

Анализировались данные, полученные при обследовании

детей территорий Крайнего Севера Республики Коми, проживающих в городах (Воркута и Усинск) и селах (Ижемский и Усть-Цилемский районы) в 2002—2006 гг. Перечисленные населенные пункты были избраны в связи с урбанизацией в городских поселениях — соответственно добыча угля (г. Воркута) и нефти (г. Усинск) и этническими особенностями населения сельских районов. В Ижемском районе проживает коренное население (коми), занятое в традиционных видах сельского хозяйства, в том числе оленеводстве, а в Усть-Цилемском — в абсолютном большинстве русские, также занятые в сельском хозяйстве. Наряду с этим учитывалось, что на сельских территориях уровень техногенного загрязнения минимален по сравнению с городами.

Исследование включало анализ данных, полученных:

- перед поступлением в ДОО (возраст 3—4 года);
- за год до поступления в школу (5—6 лет);
- перед поступлением в школу (6—7 лет);
- по окончании первого года обучения в школе (7—8 лет).

За этот анализируемый 5-летний период удельный вес детского населения в структуре всего населения изучаемых территорий Республики Коми уменьшился на 15,1—21,4%, при этом численность детского населения сельских территорий уменьши-

лась в 1,2 раза больше, чем в городах.

Результаты и их обсуждение

Среди детей до поступления в ДОУ (рис. 1) в г. Усинске за период с 2002 по 2006 г. выявлена тенденция к росту частоты нарушений остроты зрения с 9,0 до 28,2%. В этом городе изучаемый показатель был выше среднего по республике в 1,8 раза и соответствовал среднероссийскому. В Ижемском районе констатирована стойкая тенденция к стабилизации показателя (2002 г. — 12,1; 2006 г. — 11,4%). В 3,4 раза уменьшилась частота нарушений остроты зрения у детей Воркуты (2002 г. — 20,6; 2006 г. — 6,9%). Среди детей Усть-Цилемского района вообще не было зарегистрировано нарушений остроты зрения.

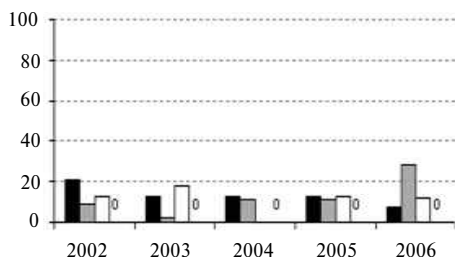
Среди детей в возрасте 5—6 лет (за год до поступления в школу) распространенность нарушений остроты в РФ и Республике Коми в анализируемый промежуток времени проявляла тенденцию к увеличению (соответственно на 22,2% и 8,3%), причем уровень среднего показателя по республике (55,0%) превысил таковой по России (52,0%) на 5,8%.

Среди детей Воркуты за год до поступления в школу частота нарушения остроты зрения увеличилась в 1,8 раза с 37,6% в 2002 г. до 66,9 в 2006 г. (рис. 2). В Усинске и Ижемском районе показатель проявил незначи-

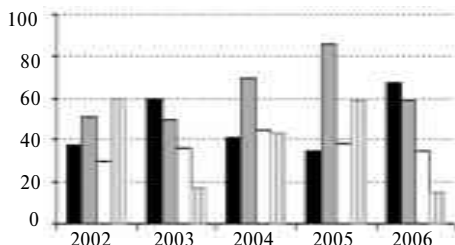
тельную тенденцию к росту в 2004—2005 гг., а в 2006 г. соответствовал исходному уровню 2002 г. Среди детей этого контингента в Усть-Цилемском районе частота выявления нарушения остроты зрения к 2006 г. уменьшилась в 4 раза (с 59,5 до 14,8%). Частота нарушения остроты зрения среди детей Усинска на протяжении всего периода наблюдения превышала средние величины как федеральных, так и республиканских показателей.

Перед поступлением в школу (рис. 3) пятилетняя динамика частоты нарушения остроты зрения среди детей на исследуемых территориях Республики Коми (кроме Усинска) характеризовалось тенденцией к снижению. Максимальное снижение показателя имело место в Воркуте и Усть-Цилемском районе (в 2,7 раза), Ижемском районе — в 1,5 раза. В Усинске частота нарушения остроты зрения среди детей практически сохранилась на одном уровне (94,3%), превышая таковые в Воркуте в 2,2 раза, Ижемском районе — в 2,8 раза и в Усть-Цилемском — в 3,6 раза.

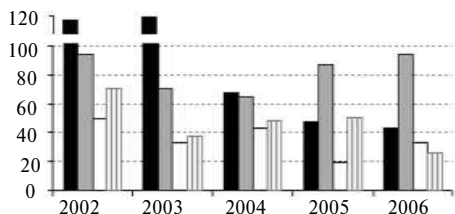
Уровень частоты нарушения остроты зрения среди детей перед поступлением в школу в Республике Коми был выше в 1,3 раза, чем в целом в РФ. Как на республиканском, так и на федеральном уровне динамика изменений показателя проявляла стойкую тенденцию к сниже-



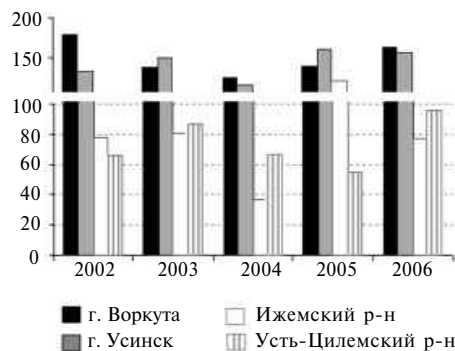
1. До поступления в ДОУ



2. За год до поступления в школу



3. Перед поступлением в школу



4. Через год обучения в школе

Рис. Распространенность нарушения остроты зрения среди детей Республики Коми (на 1000 осмотренных)

нию. В Республике Коми в 2002 г. — 84,0%, 2006 г. — 70,0%; в целом по РФ — 62 и 52% соответственно. Обращает на себя внимание превышение частоты нарушения остроты зрения у детей Усинска по сравнению со среднереспубликанскими показателями в 1,7 раза.

Показатель частоты нарушения остроты зрения среди школьников-северян в возрасте 7—8 лет в конце первого года обучения в школах представлен на рис. 4. За рассматриваемый период анализируемый показатель в Воркуте незначительно уменьшился с 178,2 до 163,8% (на 8,9%), в Усинске и Усть-Цилемском районе, наоборот,

проявил тенденцию к росту (соответственно в 1,2 и 1,5 раза), в Ижемском районе к 2006 г. практически соответствовали исходному уровню — 77,4%. Таким образом, нарушения остроты зрения среди первоклассников, проживающих в промышленных городах, встречаются значительно чаще, чем у их сельских сверстников.

В конце первого года обучения среди школьников Республики Коми частота нарушения остроты зрения в 1,6 раза превышала средний по России показатель. Кроме того, в северных городах (Усинск и Воркута) частота нарушения остроты зрения превысила среднереспубли-

Таблица

Показатели частоты нарушения остроты зрения среди детей северных регионов Республики Коми в различных возрастных группах (в среднем за период 2002—2006 гг.), %

Территории	До поступления в ДОУ	За год до поступления в школу	Перед поступлением в школу	Через год обучения в школе
Северные территории в целом	8,4	50,6	69,9	119,4
г. Воркута	17,2	47,2	77,0	147,6
г. Усинск	8,7	52,8	68,5	127,5
Ижемский район	8,4	36,2	43,2	82,6
Усть-Цилемский район	1,5	34,3	41,2	54,8

канский уровень в 1,1—1,2 раза, а российский — в 1,9 раза.

Сравнительная оценка частоты нарушения остроты зрения среди детей по каждому населенному пункту и возрастной группе свидетельствует о постоянном росте изучаемого показателя (см. табл.). По темпу роста нарушений остроты зрения за период от поступления в ДОУ и через год обучения в школе на первом месте находятся дети Усть-Цилемского района (рост в 35,5 раза), на втором — Усинска (в 14,7 раза), на третьем — Ижемского района (в 9,8 раза), на четвертом — Воркуты (в 8,6 раза).

В среднем за период исследования частота нарушения остроты зрения при каждом осмотре детей в городах Воркута и Усинск была выше, чем в Ижемском районе в 22,6 раза, Усть-Цилемском — в 6,8 раза.

Проведенные исследования среди детей северных территорий Республики Коми позволяют констатировать влияние климатогеографического, экологического, этнического и школьного факторов на остроту зрения.

Выводы

1. Частота нарушения остроты зрения среди детей северных территорий Республики Коми до их поступления в ДОУ ниже в 1,7 раза, чем в среднем по России.

2. У воспитанников ДОУ северных территорий Республики

Коми частота нарушений остроты зрения выше, чем среди таких же детей в среднем по России на 5,8% за год до поступления в школу и в 1,2 раза непосредственно перед поступлением в школу.

3. Среди школьников северных территорий Республики Коми в конце первого года обучения частота нарушения остроты зрения выше, чем в среднем по России в 1,6 раза.

4. Среди детей северных территорий Республики Коми до поступления в ДОУ (возраст 3—4 года) стойкая тенденция повышения частоты нарушения остроты зрения отмечается только в г. Усинске, где высоко развит промышленный сектор нефтедобывающей промышленности.

5. Динамика распространенности нарушения остроты зрения среди детей северных территорий Республики Коми в возрасте 5—6 лет (за год до поступления в школу) характеризуется ее ростом среди детей-горожан и в сельской местности на территории проживания коренного населения.

6. Частота нарушения остроты зрения среди детей перед поступлением в школу (6—7 лет) на протяжении всего периода наблюдения стабильно высокая только в г. Усинске, тогда как на остальных территориях отмечено снижение этого показателя.

7. В конце первого года обучения детей в школе уровень час-

тоты нарушения остроты зрения по сравнению с периодом до поступления в школу увеличился в городах Воркута, Усинск и в Ижемском районе — в 1,9 раза, а в Усть-Цилемском — в 1,3 раза.

8. Частота нарушения остроты зрения по мере перехода детей из одной возрастной группы постоянно увеличивается и достигает максимальных значений среди детей, закончивших обучение в 1 классе городских поселений.

Практические рекомендации

С целью профилактики нарушений остроты зрения среди детей в условиях Крайнего Севера России на уровне дошкольного, дошкольного и школьного периода развития ребенка необходимо на базе детских поликлиник (отделений) создать центры (кабине-

ты) медико-социальной помощи детям, задачами которых должны быть:

- внедрение выездной формы работы офтальмологической бригады в ДОУ и школах;
- выявление нарушений остроты зрения и их коррекция на ранних стадиях заболевания (активная диспансеризация);
- внедрение оценки медико-социальной эффективности работы этих центров с учетом динамики показателей качества жизни детей.

Литература

1. Авцын А.П. и др. Патология человека на Севере. М., 1985.
2. Волгин Н.А., Алексеев Ю.Л. Российский Север: Проблемы социального развития. М., 1998.
3. Нефедовская Л.В. Медико-социальные проблемы зрения у детей в России. М., 2008.

А знаете ли вы?

5 мая празднуется Международный день акушерки (International Day for Midwives), который был предложен Международной конфедерацией акушерок (International Confederation of Midwives, ICM) в конце 80-х гг. XX в. Официально отмечается с 1992 г.

12 мая — Всемирный день медицинской сестры (International Day for Nurses), отмечается в день рождения Флоренс Найтингейл (Florence Nightingale, 1820—1910), которая впервые организовала службу сестер милосердия во время Крымской войны в 1854 г. Деятельность сестер милосердия по уходу за ранеными и обеспечению санитарных условий позволила снизить смертность в лазаретах с 42 до 2,2%. Официально День медицинской сестры был учрежден в 1971 г. после формирования Международного совета медицинских сестер (International Council of Nurses, ICN). В России праздник отмечается с 1993 г.

Опыт применения препарата Тонзилгон Н с профилактической целью у дошкольников

Зарубин С.С.,

канд. мед. наук, доцент, Северный государственный
медицинский университет, г. Архангельск

Для изучения эффективности препарата Тонзилгон Н в профилактике ОРЗ сформированы две группы детей 4 лет: основная (51 ребенок из ДОУ № 178) и контрольная (56 детей из ДОУ № 140).

Всего препарат получали 25 детей основной группы (это дети, родители которых дали письменное информированное согласие на применение препарата). Дозировка соответствовала рекомендациям производителя: по 10 капель 3 раза в день после еды внутрь (из индивидуальных пластмассовых стаканчиков). Препарат применяли с последней недели ноября и весь декабрь 2005 г. (5 недель). Аллергических реакций на препарат и отказов детей (по органолептическим свойствам) от приема препарата не было.

До начала исследования эффективности фитопрепарата Тонзилгон Н проведен ретроспективный анализ заболеваемости детей основной и контрольной групп за год до полу-

чения препарата Тонзилгон Н с целью выявления возможных имеющихся отличий в заболеваемости детей. Сравнивались такие показатели, как среднее количество эпизодов ОРЗ на одного ребенка и среднее количество дней, пропущенных одним ребенком по заболеванию за исследуемый отрезок времени.

Среднее количество ОРЗ, перенесенных одним ребенком за анализируемый период, в основной группе составляло $2,2 \pm 0,2$, в контрольной — $2,5 \pm 0,2$ ($p > 0,05$). Средняя продолжительность одного заболевания в основной группе составляла $11,1 \pm 0,6$ дней, в контрольной — $10,9 \pm 0,5$ дней ($p > 0,05$). Среднее количество дней, пропущенных по заболеванию одним ребенком, в основной группе составило $24,2 \pm 2,5$, в контрольной — $27,0 \pm 2,5$ ($p > 0,05$). Таким образом, достоверных отличий по заболеваемости ОРЗ среди детей исследуемого и контрольного

садов до назначения препарата Тонзилгон Н не было.

Изучена распространенность и продолжительность ОРЗ после профилактического приема Тонзилгона Н в течение 4 мес. Среднее количество заболеваний, перенесенных одним ребенком за анализируемый период в группе детей, получавших препарат, достоверно меньше, чем у детей контрольной группы ($0,6 \pm 0,2$ и $1,1 \pm 0,1$ при $p < 0,05$). Соответственно меньше стало и среднее количество дней, пропущенных по заболеванию одним ребенком в группе детей, получавших препарат, в сравнении с детьми контрольной группы ($6,9 \pm 1,8$ и $12,7 \pm 1,7$ дней, соответственно). Различий же в продолжительности одного заболевания между группами не получено. Это объясняется тем, что препарат применяли с профилактической целью и заболевшие дети, выбывающие из сада и не получающие препарат весь период заболевания.

Таким образом, до применения препарата статистически значимых различий по количеству заболеваний и количеству дней, пропущенных по заболеванию на одного ребенка, нет. После же применения препарата Тонзилгон Н в профилактической дозировке получено статистически значимое снижение количества заболеваний (на 42%) и дней, пропущенных по болезни на одного ребенка, на

46% у детей, получавших препарат, по сравнению с детьми детского сада, где препарат не применялся. Таким образом, коэффициент эффективности препарата Тонзилгон Н для профилактики ОРЗ равен 1,7, показатель профилактической защищенности — 41,2%.

Изменения, возникшие после применения препарата Тонзилгон Н, уравнивали исследуемые группы по качеству и количеству микроорганизмов, заселяющих слизистую оболочку ротоглотки. Достоверно уменьшилась встречаемость у детей таких микроорганизмов, как *S. aureus*, коринебактерий, грибов родов *Candida* (см. рис.). Элиминированы *S. pneumoniae*, *S. vestibularis* и грибы *Aspergillus*. Таким образом, изменения произошли в составе как нормальной, так и условно-патогенной микрофлоры.

Частота дисбиоза среди детей после применения препарата Тонзилгон Н составила 15,8%; до его применения 50,0% детей имели дисбиотическое состояние изучаемого биотопа.

Вывод. Профилактическое назначение Тонзилгона Н детям дошкольного возраста привело к снижению заболеваемости на 42% в исследуемой группе в сравнении с контрольной группой детей того же возраста ($p < 0,05$). Коэффициент эффективности препарата Тонзилгон Н для профилактики ОРЗ равен 1,7, показатель профи-

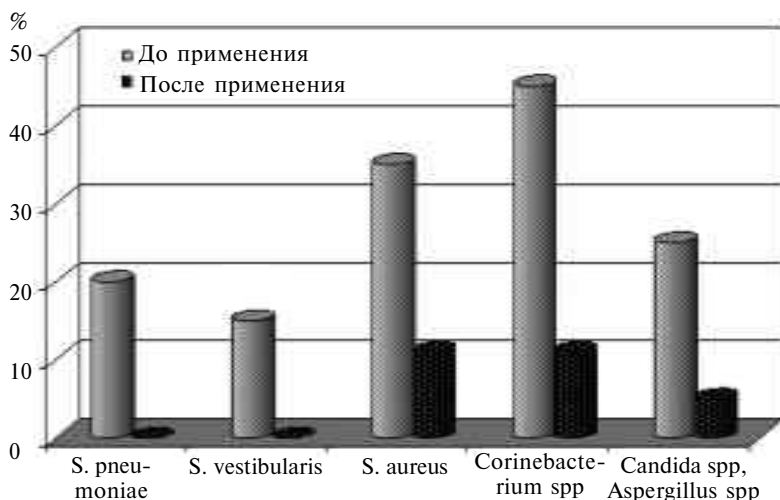


Рис. Частота встречаемости отдельных видов микроорганизмов слизистой оболочки ротоглотки детей дошкольного возраста до и после применения препарата Тонзилгон Н, %

лактической эффективности — 41,2 %. Частота дисбиоза среди детей после применения препарата Тонзилгон Н уменьшилась в 3,2 раза ($p < 0,05$).

Рекомендации. Частые ОРЗ, снижая функциональную и иммунологическую резистентность организма, способствуют формированию дисбиотического состояния слизистой оболочки верхних дыхательных путей и хронических заболеваний верхних дыхательных путей и уха. Поэтому для осуществления лечебно-профилактического воздействия на верхние дыхательные пути у

детей целесообразно применение препарата, обладающего иммуномодулирующим, противовоспалительным, противовирусным и антибактериальным эффектом. Кроме этого применение препарата не должно сопровождаться значительными материальными и трудовыми затратами. С этой целью для воспитанников ДОУ может быть рекомендован препарат растительного происхождения Тонзилгон Н, обладающий перечисленными свойствами и эффективность которого подтверждена нашим опытом.

Слухопротезирование как элемент программы социальной реабилитации дошкольников с нарушением слуха

Бойко С.Г.,

канд. мед. наук, Коми филиал Кировской
государственной медицинской академии,
Центр хорошего слуха ООО «Исток Аудио Трейдинг»;

Тюкина Э.М.,

врач-сурдолог высшей категории,
Республиканская клиническая больница, г. Сыктывкар

Республика Коми — один из крупнейших субъектов России, включающий территории Крайнего Севера и территории, приравненные к нему (город и село), с коренным и пришлым населением. Общая численность около 1 млн чел., причем доля детского населения в Республике Коми за последние годы составляет менее 20%. Сурдологическую помощь детям оказывает кабинет детской республиканской больницы.

Выявление нарушений слуха у детей — одна из актуальных социальных, медицинских и педагогических проблем [2, 6]. В целом в Российской Федерации насчитывается более 1 млн детей с существенным нарушением слуха.

Известно, что у малышей даже небольшое снижение слуха

приводит к задержке и нарушению речевого развития. Так, при тугоухости 1-й степени (потеря слуха в речевом диапазоне порядка 20—40 дБ) взрослый человек не испытывает проблем восприятия речи. В то же время, ребенок с тугоухостью 1-й степени не слышит в обычной речи речевые согласные, окончания слов, предлоги, приставки, что приводит к задержке общего психического развития [4].

Ранее существовала практика, когда при обнаружении у ребенка нарушения слуховых реакций в возрасте до 1 года или задержке развития речи, врачи занимали выжидательную позицию, откладывая обследование малыша до 2—3 лет. Однако наиболее интенсивное развитие слуховых путей

и центров происходит именно в первые 1,5 года жизни ребенка. В связи с этим сформировалось представление, что если при врожденных нарушениях слуха протезирование ребенка осуществляется позднее 1 года, то при самой эффективной коррекционной работе он все равно будет отставать в развитии речи [4].

Внедрение в клиническую практику объективных методов, позволяющих выявлять снижение слуха и определять степень его потери, начиная с первых дней жизни ребенка, требует изменения подхода к диагностике патологии слуха и реабилитации детей с такой патологией [1].

Оптимальная модель современной аудиологической реабилитации детей заключается в следующем:

- создание двухэтапной системы ранней диагностики нарушений слуха; внедрение аудиологического скрининга у новорожденных в роддомах и выявление детей с подозрением на нарушение слуха; последующее направление таких детей на диагностическое обследование в сурдологических центрах;
- правильное лечение и адекватная коррекция нарушений слуха: либо слухопротезирование при повышении порогов слуха в речевом диапазоне более чем на 40 дБ в возрасте от 2 мес., либо кохлеарная

имплантация детей с глухотой и 4-й степенью тугоухости при отсутствии эффективности от адекватного протезирования слуховым аппаратом (начиная с 1 года);

- восстановление коммуникативных функций, речевых и языковых навыков (занятия с сурдопедагогом, психологом).

Слухопротезирование всех детей с нарушением слуха осуществляется врачами-сурдологами через Центр хорошего слуха «Радуга звуков», открытый на базе Консультативного диагностического центра Республики Коми. В 2005 г. по Федеральной программе было слухопротезировано 117 детей и выдано 228 программируемых цифровых слуховых аппаратов.

Случайным методом по данным обращаемости за слухопротезированием в этот центр проведено изучение распространенности нарушений слуха у дошкольников. Всего было проанализировано 60 анкет детей-инвалидов, из них 21 (35%) девочек и 39 (65%) мальчиков. Из числа общей выборки 15 чел. (25%) проживали в районах Крайнего Севера.

Возрастная структура пациентов распределилась следующим образом:

- от 1 года до 4 лет — 6 чел. (10%);
- от 5 до 8 лет — 9 чел. (15%);
- от 9 до 12 лет — 21 чел. (35%);
- от 13 до 15 лет — 24 чел. (40%).

Среди протезированных детей школьного возраста в массовой школе обучается 11 чел., остальные учатся в специализированной школе-интернате. Двусторонняя тугоухость врожденного генеза диагностирована у всех детей, в то же время раннее бинауральное слухопротезирование было проведено лишь в 18% случаев.

По степени тугоухости пациенты распределились следующим образом:

- дети со 2—3 степенью тугоухости — 4 чел. (6%);
- с 3—4 степенью — 3 чел. (4);
- 4 степень и глухота — у 53 чел. (90%).

Всем обследованным детям было проведено бинауральное слухопротезирование программируемыми цифровыми слуховыми аппаратами. В зависимости от степени потери слуха применялись аппараты группы Санта (производитель «Исток Аудио Трейдинг», Россия), либо Supero 412 (Phonak, Швейцария).

Детям с глухотой и 4 степенью тугоухости при отсутствии эффекта от слухопротезирования было показано проведение кохлеарной имплантации — электродного протезирования [5].

Всего в Республике Коми кохлеарная имплантация на одно ухо проведена была 17 детям. Среди них 11 чел. либо посещают ДОУ, либо обучаются в массовых школах, 2 чел. обучаются в специализированной

школе-интернате, 3 детей проходят занятия на дому и посещают сурдокабинет Республиканской детской больницы.

Начиная с 2008 г., согласно государственной программе, родильные дома и детские поликлиники Республики Коми были оснащены оборудованием для аудиологического тестирования новорожденных (8 аппаратов Accuscreen), что позволяет использовать для аудиологического скрининга оптимальный метод — регистрацию вызванной отоакустической эмиссии. При наличии отрицательного результата аудиологический скрининг проводится повторно через 4—6 недель. При повторном отрицательном результате ребенок направляется в кабинет сурдолога Республиканской детской больницы для решения вопроса о выборе метода социальной реабилитации ребенка. В настоящее время налажено тесное взаимодействие учреждений здравоохранения, ДОУ, общеобразовательных и специализированных школ и учреждений социального страхования в организации ранней помощи детям-инвалидам с нарушением слуха [5]. Приведенный выше комплекс аудиологических и реабилитационных методик позволяет рассматривать развитие этой службы в нашей республике как важнейший процесс в реализации программы по реабилитации маленьких пациентов с нарушениями слуха.

Литература

1. *Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А.* Руководство по аудиологии. М., 2003.
2. *Володин Н.Н.* Неонатология. Национальное руководство. М., 2007.
3. *Козлова В.П.* и др. О перспективе создания корпоративной сети в системе детских сурдологических центров // Современные проблемы физиологии и патологии слуха. М., 2007.
4. *Королева И.В.* Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей раннего возраста. СПб., 2005.
5. *Королева И.В.* Реабилитация детей с кохлеарными имплантами. СПб., 2006.
6. *Таварткиладзе Г.А., Гвелесиани Т.Г.* Клиническая аудиология. М., 2003.

Система оздоровления и реабилитации детей в ДОУ г. Северодвинска

Григорьева Л.И.,
заведующий дошкольным отделением;

Кузьмина Г.К.,
главный врач;

Борисова Т.А.,
заместитель главного врача по поликлинической работе;

Колесникова И.А.,
заведующий педиатрическим отделением;

Дунаева Л.И.,
старшая медсестра дошкольного отделения,
Северодвинская городская детская клиническая больница,
г. Северодвинск Архангельской обл.

Важным звеном в системе профилактических мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья организованных детей, является комплекс реабилитационных, оздоровительных и корригирующих мероприятий непосредственно на базе образовательного учреждения.

На базе МУЗ «Северодвинская городская детская клиническая больница» создана уникальная система оздоровления детей, осуществляемая сотрудниками дошкольного отделения и врачами-специалистами под руководством главного врача, заместителя главного врача по

поликлиническому разделу работы, заведующего дошкольным отделением.

Первое специализированное ДОУ в г. Северодвинске открыто в 1965 г. для детей тубинфицированных и контактных по туберкулезу. Со временем их сеть расширялась: открылись ДОУ для детей с патологией органов зрения (1979 и 1982), для часто и длительно болеющих (1983), с заболеваниями ЦНС (1994), с патологией опорно-двигательного аппарата (1996). Кроме того, в 1994—1999 гг. открыты специализированные группы на базе типовых ДОУ для детей с заболеваниями мочевыделительной системы и желудочно-кишечного тракта, слабослышащих, со сниженным интеллектом.

Расширению профиля специализированных ДОУ и групп способствовало взаимопонимание и содружество в работе учреждений здравоохранения и образования. В настоящее время в специализированных ДОУ и группах оздоравливается 1203 ребенка, что составляет 14,4% от общего числа организованных детей. Из 47 ДОУ, курируемых детской больницей, специализированных — 6, в том числе:

- для часто и длительно болеющих детей (ДОУ № 83) — 164 чел.;
- тубинфицированных (ДОУ № 38) — 50;
- с патологией органов зрения (ДОУ № 66 и 90) — 134;

- опорно-двигательного аппарата (ДОУ № 95) — 119;
- ЦНС (ДОУ № 47) — 45 чел.

На базе типовых ДОУ функционируют:

- 3 группы для часто болеющих детей (49 чел.);
- с почечной патологией — 10 групп (153 чел.);
- нарушением слуха — 2 (19 чел.);
- дефектами речи — 34 (459 чел.);
- сниженным интеллектом — 1 группа из 10 детей.

В ДОУ имеется вся необходимая аппаратура для лечения и оздоровления детей. Работа в этих группах проводится в тесном контакте врачей специалистов, участковых педиатров, врачей ДОУ.

Отбор детей в специализированные группы проводится медицинской-педагогической комиссией, в состав которой входят врач-инспектор ГорУО, заведующие педиатрическими отделениями детских поликлиник, заведующие ДОУ, врачи специалисты и врачи дошкольного отделения. С учетом рекомендаций участковых педиатров и врачей специалистов разработана общая схема оздоровления детей, включающая следующие разделы:

- коррекция режима дня;
- диетотерапия;
- физическое воспитание и закаливание;
- повышение неспецифического иммунитета;
- санация хронических очагов инфекции;

- проведение восстановительного лечения в периоде реконвалесценции;
- превентивные мероприятия в периоде продромы острых заболеваний;
- взаимодействие с семьей;
- оценка эффективности оздоровления.

Внедрению сложившейся в г. Северодвинске системы оздоровительных и реабилитационных мероприятий в ДОУ способствовало наличие объединенной городской детской клинической больницы, в структуру которой входят все детские амбулаторно-поликлинические учреждения.

В основе оздоровительной работы с **часто болеющими** детьми:

- организация щадящего режима в ДОУ и дома;
- увеличение продолжительности дневного сна;
- наблюдение за признаками переутомления, повышенное внимание за одеванием на прогулку, сменой нижнего белья после нее;
- физкультурные занятия.

Питание — значительный фактор в развитии и состоянии здоровья ребенка, поэтому в ДОУ вводятся дополнительные приемы пищи — второй завтрак в виде сока, фруктов, молока, кефира. *Физическое воспитание* осуществляется в соответствии с «Программой воспитания в детском саду», с соблюдением индивидуального подхода при дозировании физических нагрузок. *Закаливание* — ведущий

фактор неспецифической профилактики. Из закаливающих процедур используются следующие методы: горьковский (йодно-солевая дорожка), рижский (переступание в ванночках), мурманский (контрастное обливание ног), норильский (обтирание влажной рукавичкой), криомассаж стоп, внедренный в последние 3 года и зарекомендовавший себя как наиболее эффективный. Все закаливающие процедуры у часто болеющих детей проводятся по щадящей методике, под контролем врачей и соблюдением принципов постепенности и систематичности их реализации.

Повышение неспецифического иммунитета проводится в течение всего учебного года. Используются следующие курсы:

- витаминотерапия (витамины А, Е, В, аскорбиновая кислота, поливитаминные препараты: витерон, аскорутин, витрум и др.);
- адаптогены растительного происхождения (экстракт элеутерококка);
- индукторы интерферона (дибазол);
- иммуностимулирующие препараты (деринат);
- метаболические средства (липоевая кислота, антотенат кальция, оротат калия).

Используются препараты морской капусты ламинария (маринид), сухая морская капуста как пищевая добавка к первому блюду. Эти препараты ком-

пенсируют дефицит йода в организме, что актуально для детей в нашем городе.

Санация хронических очагов инфекции проводится по рекомендации отоларинголога и стоматолога: тубус-кварц на область миндалин, слизистую носа, УВЧ на область гайморовых пазух, подчелюстных лимфатических узлов, полоскание зева отварами противовоспалительных трав, солевым раствором, экстрактом ламинарии, водой, насыщенной ионами серебра.

Физиотерапевтическое лечение дети получают в физиотерапевтических кабинетах ДОО строго по показаниям врачей-педиатров и врачей-специалистов: УВЧ, УФО-тубус, электрофорез, ингаляции с травами, локальное тепловое (ППГ-01) и виброакустическое воздействие (Витафон). В спальнях помещениях ДОО осуществляется ионизация воздуха с помощью люстры Чижевского курсами 1—1,5 мес. 2 раза в год.

Превентивное лечение осуществляется по назначению врача на основании жалоб родителей, воспитателей и объективных данных. В предэпидемический и эпидемический периоды детям обрабатывают слизистую носа чесночным маслом, оксолиновой мазью, в последние 2 года используется гриппферон. Проводится аэронизация групповых помещений и аэрофитотерапия с лекарственными травами и

чесноком. В течение года дети получают чесночно-лимонную настойку по 1,5 мес. с интервалом 2 недели, курсы витаминного чая (шиповник, рябина). Ежегодно дети получают 2 курса кислородного коктейля с настоем трав, 2 курса общего массажа, баночный массаж по показаниям. С целью стимулирования иммунной системы путем воздействия на биологически активные точки дети обучаются и делают самомассаж «Утро», аурикулярный массаж, массаж по А.А. Уманской.

По окончании года наблюдения и оздоровления часто болеющих детей проводится оценка эффективности их реабилитации (табл. 1). Эффективность оздоровления детей на протяжении трех лет остается на достаточно высоком уровне и составляет 54,8%. Уровень снижения заболеваемости — 40—50%. Показатель снижения заболеваемости в 2008 г. ниже, чем в 2007 г., на 7,6%, что связано с увеличением количества детей с очень низкой резистентностью (переболевших до поступления в оздоровительные группы 10—12 раз в год). Пропуски посещений ДОО по болезни составили 18—19 дней.

В специализированное ДОО для детей с **патологией опорно-двигательного аппарата** отбор проводится комиссией по направлению врачей-ортопедов. Детей-инвалидов 18 чел., что составляет 15,1% от общего

Таблица 1

Эффективность оздоровления часто болеющих детей

Результат оздоровления	2006 г., n = 272		2007 г., n = 242		2008 г., n = 176	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Выздоровление — дети переведены из группы часто болеющих в группу эпизодически болеющих	175	64,3	147	60,7	98	55,7
Улучшение — уменьшение числа острых заболеваний по сравнению с предыдущим годом, но дети остались в группе часто болеющих	62	22,8	48	19,8	59	33,5
Состояние без перемен — число заболеваний до и после оздоровления одинаково	30	11,0	35	14,5	14	3,9
Ухудшение — после оздоровления число острых заболеваний увеличилось	5	1,8	12	5,0	5	2,8
Показатель эффективности оздоровления (ПЭО)	—	64,3	—	60,7	—	66,7
Переболели в учебном году до поступления в оздоровительную группу, случаев	1224	—	1993	—	977	—
Переболели в учебном году в оздоровительной группе, случаев	603	—	677	—	584	—
Снижение заболеваемости	—	50,7	—	47,8	—	40,2
Пропуски по болезни, дней	18,6	—	19,4	—	19,0	—
Оставлено на повторный курс оздоровления	118	43,4	110	45,5	88	60

числа этих детей (в 2007 г. — 11,3%).

Структура заболеваний детей, посещающих это ДООУ, следующая:

- нарушение осанки — 26%;
- патология тазобедренных суставов — 59;
- патология стоп — 79;

- врожденные аномалии верхних конечностей — 1,6;
- врожденные аномалии нижних конечностей — 6,4;
- деформация нижних конечностей — 54,7;
- врожденные вывихи и подвывихи бедер — 19,3;

- сколиоз — 1,1;
- нестабильность суставов, укорочение, контрактура конечности, стенозирующий лигаментит, артрогрипоз — по 0,8%.

Сопутствующая неврологическая патология наблюдается у 69% детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Ее структура: последствия перинатального поражения ЦНС — 96,4%; травмы нервной системы — 2,4; врожденная аномалия развития нервной системы — 1,2%.

Все дети находятся под регулярным наблюдением ортопеда, невролога и педиатра. В основу комплексного реабилитационного лечения входит:

- выполнение основных требований ортопедического режима;
- выполнение лечебных процедур, проведение массажа и физиопроцедур;
- ежедневные занятия лечебной физкультурой (индивидуальные и групповые);
- посещение бассейна 2 раза в неделю;
- БОС-тренировка (с использованием биологической обратной связи).

Коррекционная работа для детей с патологией опорно-двигательного аппарата проводится в течение всего дня (на занятиях, в свободное время, на улице, во время игр) при помощи учебно-воспитательного процесса и путем выполнения процедур. Данная работа направлена:

- на формирование у ребенка правильной осанки, правильной походки;
- устранение имеющихся врожденных и приобретенных деформаций;
- приобретение навыков самообслуживания у детей с врожденными аномалиями верхних и нижних конечностей и другими деформациями.

Ортопедический режим включает в себя ношение ортопедических изделий, укладку ребенка во время занятий и сна. Для осуществления режима разгрузки позвоночника применяются клиновидные подставки из дерева. Осуществляется этот режим 1—2 раза в течение дня по 30 мин. Для коррекции осанки используется фиксатор осанки на время занятий сидя, а для разгрузки тазобедренных суставов — шины Виленского во время ходьбы или сна. В течение дня дети с врожденной патологией тазобедренных суставов пребывают сидя на стульчике в позе «верхового наездника» или на мягких игрушках с разведением ног. Во время прогулки излишняя ходьба ребенка заменяется ездой на велосипеде.

Для коррекции патологической установки стоп используются специальные ортопедические аппараты (супинаторы, пронаторы), находящиеся не только в детсадовской обуви, но и в уличной. Дети с врожденной косолапостью носят ортопедическую обувь. На время сна — по

показаниям гипсовые лангеты или тутаера.

Контроль эффективности лечения патологии стоп осуществляется с помощью аппарата плантовизор. Диагностика производится в начале и конце учебного года.

С 2-х летнего возраста дети посещают бассейн. Перед плаванием инструктор с детьми проводит стопотерапию по коврикам с шипиками и ЛФК с учетом имеющейся патологии.

Ежедневно утром в каждой группе проводится утренняя гимнастика, после дневного сна — бодрящая гимнастика с элементами коррекции для каждой патологии. Музыкальные занятия, праздничные утренники также включают элементы корригирующей гимнастики, их сценарии согласовываются с педиатром, инструкторами ЛФК, врачом-ортопедом. По показаниям врач-ортопед назначает занятия на тренажерах (велотренажер и беговая дорожка) под контролем инструктора ЛФК.

Дополнительным методом лечения ортопедической патологии у детей старше 4-х лет является БОС-тренировка. Он основан на обратном возврате человеку информации о функционировании его органов и систем. С помощью специальной аппаратуры регистрируются, усиливаются и преобразуются биопотенциалы контролируемых мышц в различные сигналы обратной связи (световые, звуковые, игровые). При вы-

полнении упражнения аппарат ЭМГ-БОС обеспечивает постоянный контроль за состоянием тренируемой мышцы и точную дозировку нагрузки. Метод подкреплен игровой формой, повышающей мотивацию, что является залогом успешной тренировки мышц у детей и закрепления достигнутого результата.

В ДОУ постоянно применяют новые методики для реабилитации. Только за последние 3 года внедрены:

- кремы «Чажемтовский», «Соленое озеро», «Рапэкс», полиминеральные салфетки, грязевой аппликатор «Пелюид» для проведения массажа и физиопроцедур;
- аппарат ДиаДЭНС-ПКМ — электростимулятор биологически активных точек и зон, используемый при нарушении осанки, сколиозе, а также для стимуляции зон роста при укорочении конечности.

Комплексная реабилитация в ДОУ № 95 имеет высокую эффективность. Так, в 2008 г. с выздоровлением вышло в ДОУ общего типа и школы — 15 детей (50% от числа выбывших, что на 7,2% больше, чем в 2007 г.) (табл. 2).

Дети с патологией **органа зрения** с высокой эффективностью (табл. 3) оздоравливаются в специализированных ДОУ, в которых для лечения косоглазия используются аппараты: «Синоптофор», «Мускул-тренинг», «Цветотест», амблиопии — аппа-

Таблица 2

**Эффективность оздоровления детей
с ортопедической патологией**

Результат оздоровления	2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всего выбыло	29	24,0	40	32,3	30	25,2
В том числе в другие ДОУ:	17	58,6	26	65,0	17	56,7
из них с выздоровлением,	5	29,4	10	38,5	12	70,6
с улучшением	12	70,6	16	61,5	5	29,4
В том числе в школу:	12	41,4	14	35,0	13	43,3
из них с выздоровлением,	4	33,3	7	50,0	3	23,1
с улучшением	8	66,7	7	50,0	10	76,9

Таблица 3

**Эффективность оздоровления детей
с офтальмологической патологией**

Группы детей	2006 г., n = 115		2007 г., n = 117		2008 г., n = 129	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
С косоглазием	66	57,4	72	61,5	71	55,0
С амблиопией	96	83,5	78	66,7	96	74,4
Восстановлено бинокулярное зрение	92	80,0	95	81,2	88	68,2
Восстановлено правильное по- ложение глаз	109	94,8	103	88,0	123	95,3
Эффективность лечения амб- лиопии	113	98,3	112	95,7	129	100,0

раты для свето-, цвето-, магнито- и лазеростимуляции, «Бивизор-тренажер», «Амблио-тренажер», «Руче-ек», «Иллюзион», «Сокол», «Радуга», АСИР, безрефлексные офтальмоскопы. В ДОУ имеются компьютерные программы и ра-

ботают высококвалифицированные медсестры ортоптистки.

Работа по реабилитации детей с заболеваниями мочевыделительной системы проводится в тесном контакте с врачом-нефрологом, который регулярно консультиру-

ет детей с последующим наблюдением и назначением противорецидивного лечения. Эффективность оздоровления высокая — частота обострений заболеваний у детей в оздоровительной группе в 2 раза меньше, чем до поступления в нее (табл. 4).

В **логопедические группы** дети поступают для коррекции речи на один учебный год, а по показаниям курсы повторяются. В каждой группе с детьми занимаются логопеды по специальной методике. Кроме специального курса дети

получают общеукрепляющее лечение, включающее закаливающие процедуры, витамино- и фитотерапию, общеукрепляющий массаж 2 раза в год, а по назначению логопеда — массаж лица, точечный массаж по А.А. Уманской. Эффективность оздоровления стабильно высокая — 53% детей уходят в школу с чистой речью, 30% — с улучшением (табл. 5).

Экономическая эффективность оздоровления детей в ДОУ, являющаяся критерием рационального расходования

Таблица 4

**Эффективность оздоровления детей
с заболеваниями мочевыделительной системы**

Группы детей	2006 г., n = 146		2007 г., n = 162		2008 г., n = 153	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Переболели в учебном году до поступления в оздоровительную группу, случаев	215	—	273	—	313	—
Переболели в учебном году в оздоровительной группе, случаев	141	—	200	—	222	—
Снижение заболеваемости	—	34,4	—	26,7	—	30,0
Обострения заболевания до поступления в оздоровительную группу	10	6,8	15	9,3	15	9,2
Обострения заболевания в оздоровительной группе	4	2,7	6	3,7	7	4,3
Оставлено на повторный курс	117	80,1	109	67,3	119	73

финансовых средств в системе здравоохранения, достигается путем предотвращенного экономического ущерба за счет сокращения выплат по больничным листам вследствие снижения частоты заболеваний у детей и, соответственно, уменьшения длительности временной нетрудоспособности родителей.

Выводы

1. Выявление патологии и коррекция имеющихся нарушений у детей должны проводиться в условиях ДОУ, что значительно повышает доступность и эффективность профилактических и оздоровительных мероприятий.

2. Проведение реабилитационных мероприятий в специализированных ДОУ помогает сконцентрировать усилия врачей, медицинских работников среднего звена, педагогов и родителей, что способствует улучшению показателей здоровья детей

с хронической патологией, а в ряде случаев позволяет добиться полного выздоровления. Система реабилитации детей, основанная на использовании клинического потенциала городской детской клинической больницы, дает возможность наиболее эффективно использовать весь арсенал средств оздоровления и профилактики детей в ДОУ.

3. Медицинская эффективность системы оздоровления детей в ДОУ г. Северодвинска характеризуется:

- снижением числа острых заболеваний у детей и частоты обострений хронической патологии;
- увеличением числа детей оздоровленных и получивших противорецидивное лечение;
- снижением числа часто болеющих детей и улучшением исходов лечения, а также уменьшением риска развития хронической патологии.

Таблица 5

Эффективность оздоровления детей с дефектами речи

Результат оздоровления	2006 г., n = 614		2007 г., n = 534		2008 г., n = 459	
	Абс.	%	Абс.	Абс.	%	Абс.
Чистая речь	294	47,9	287	53,7	240	52,3
Значительное улучшение	230	37,5	171	32,1	140	30,5
Без улучшения	90	14,6	76	14,2	79	17,2
Оставлено на повторный курс	280	45,6	209	39,1	132	28,8

Оздоровление в ДОУ детей с заболеваниями костно-мышечной системы

Котцова Н.П.,

старший воспитатель высшей категории,
МДОУ – д/с компенсирующего вида № 13 «Калинка»,
г. Архангельск

ПЕДАГОГИКА



Детский сад «Калинка» посещают дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Основная задача учреждения — лечить ребенка, не отрывая его от процесса воспитания и обучения, сделать так, чтобы лечение служило развитию, а обучение стало целебным. Дети получают комплексное лечение, назначенное врачом ортопедом, активно применяются здоровьесберегающие технологии.

Движения в любой форме, адекватные физиологическим возможностям детей, всегда выступают как оздоровительный фактор, — этим можно объяснить высокую эффективность здоровьесберегающих методик. Всю работу по физическому развитию проводит и координирует инструктор по физкультуре и врач по лечебно-физической культуре.

Учитывая, что основной вид деятельности детей в дошкольном возрасте — игра, мы много лет применяем методику «Двигательный игротренинг для дошкольников» (Т.С. Овчинникова, А.А. Потапчук), используя при проведении занятий фитбола (фитбол-гимнастика, фитбол-ритмика, фитбол-сказка). Начиная со второй младшей группы, дети занимаются на ортопедических мячах 2 раза в неделю, эти упражнения включаются в комплексы физкультурных занятий. В течение года дети разучивают несколько игровых программ: «Буратино», «Пчелки», «Водяной», «Карпузы», «Кошки-мышки». Уникальное сочетание физических упражнений, фитбола, музыки, проговаривание стихов в ритм движений или пение в такт любимой мелодии развивает ритмическое чувство, координацию, речь, равновесие, осанку, вызывает

эмоциональный подъем, чувство радости и удовольствия.

Еще одна технология, прочно вошедшая в жизнь нашего детского сада, — «горизонтальный пластический балет» или «пластик-шоу» (Н.Н. Ефименко), которым дети занимаются 2 раза в неделю. Все движения в «пластик-шоу» совершаются в горизонтальном положении, в четко определенной последовательности: от упражнений лежа на спине и животе до упражнений стоя. Все движения плавные, мягкие, пластичные, как бы растянутые во времени, выполняются под соответствующую музыку, с использованием элементов хореографии. Каждая программа «пластик-шоу» имеет свой сюжет, например: «Утро в лесу», «Пробуждение мяча», «Танец дельфинов», где дети «превращаются» в легкие травинки, старый трухлявый пенек, лесных зверей. Выполняя программу горизонтального пластического балета, малыши погружаются в особый мир движений, музыки, ритма, ассоциаций и вызванных ими эмоций. Горизонтальный пластический балет укрепляет мышечный корсет ребенка, происходит разгрузка позвоночника, решаются те же лечебные задачи, что при проведении лечебной физкультуры, но при более высокой эмоциональной заинтересованности детей. На ребенка оказывается положительное физическое, психическое и эмоциональное воздействие.

С целью коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата в ДОУ оборудован тренажерный зал, где находятся велотренажер, скамья для пресса, беговая дорожка, степ, вибромассажер и другое оборудование. Дети занимаются на тренажерах группами и индивидуально. Занятия с использованием тренажеров составлены так, чтобы физическая нагрузка соответствовала состоянию здоровья и функциональным возможностям каждого ребенка. Старшие дошкольники уже способны анализировать свои достижения и действия, контролировать свое самочувствие. Во время занятий на тренажерах они не только стараются поддерживать высокий уровень двигательной активности, но и проявляют свои физические возможности (силу, ловкость, выносливость), а также настойчивость и целеустремленность.

Еще одна успешно реализуемая методика — «Круг здоровья» — разработана педагогами нашего ДОУ.

«Круг здоровья» — это эмоционально-двигательная разминка, цель которой — оздоровительный настрой на весь день. Проводится по утрам в старших группах. «Круг здоровья» имеет четкое построение, включающее:

- коммуникативную игру, во время которой дети собираются вместе в круг, чтобы пожелать друг другу добра, здоровья;
- игры и упражнения, направленные на коррекцию орто-

- педических нарушений у детей;
- музыкальные игры с пением (по программе М.Л. Лазарева «Здравствуй»);
- логоритмические упражнения;
- релаксацию.

Для развития мелкой моторики пальцев рук проводятся ежедневные мини-занятия с маленькими массажными мячами. Чтобы детям было интересно выполнять довольно однообразные действия с массажными мячами-ежами, используются стихи, например:

Ежик, ежик — чудачок,
Сшил колючий пиджачок,
Спрячем в руки мы ежа,
Не найдет его лиса.
Покатай его немножко —
След оставит на ладошке.

Упражнения выполняются с физическим усилием, под четкое проговаривание стихов. Эти занятия, непродолжительные по времени (3—5 мин), хорошо развивают артикуляционный аппарат, мелкую моторику руки и влияют на общее оздоровление организма.

При мониторинге физической подготовленности детей используются различные методики и показатели, в том числе динамометрия, спирометрия, подвижность позвоночника, силовая и статическая выносливость, равновесие и сила брюшного пресса. Диагностика физического развития детей проводится 3 раза в год. По ее итогам, как правило, отмечается положительная динамика физического развития у всех детей (см. табл.).

Таблица

**Результаты диагностического обследования детей
подготовительной к школе группы за 2007/08 уч. г., %**

Критерии	Начало учебного года	Конец учебного года
Гибкость позвоночника (наклоны вперед)	62,5	85,7
Статическая выносливость (упражнение «Рыбка»)	12,5	92,8
Силовая выносливость (упражнение «Седы»)	56,2	100
Статическая сила брюшного пресса (упражнение «Угол»)	6,2	85,7
Равновесие	37,5	92,2

Реализация здоровьесберегающих технологий способствует формированию двигательных навыков, коррекции функциональных нарушений осанки, лечению сколиозов и других заболеваний костно-мышечной системы, развивает эмоцио-

нально-двигательную активность детей. И недаром эмблемой детской ортопедии является березка, которую поддерживает колышек. Это значит, что взрослые объединились, чтобы помочь малышам, чье детство омрачил недуг.

Оздоровительная работа в ДОУ в условиях Крайнего Севера

Горбатова О.А.,
директор;

Голубева Л.С.,
заместитель директора по методической работе, МДОУ ЦРР –
д/с № 55 «Радуга», г. Нарьян-Мар, Ненецкий АО Архангельской обл.

Охрана и укрепление здоровья детей, формирование привычки к здоровому образу жизни в условиях Крайнего Севера были и остаются первостепенной задачей детских садов. В связи с этим в д/с № 55 «Радуга» г. Нарьян-Мара организована разносторонняя деятельность по сохранению здоровья детей, реализуется комплекс воспитательно-образовательных, оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий. Для эффективного осуществления физкультурно-оздоровительной работы здесь есть прекрасно оборудованный физкультурный зал, бассейн, тренажерная комната, две спортивные площадки, пособия, оборудование и инвентарь в группах; для

эмоционального благополучия и развития познавательных и творческих способностей — музыкальный зал, изостудия, кабинет ручного труда и конструирования, кабинет познавательного развития; для коррекционно-развивающей работы — кабинеты логопеда и психолога.

За время существования детского сада сложились определенные традиции в сфере оздоровительной деятельности: она проводится с использованием нетрадиционных физкультурных занятий, утренней гимнастики, оздоровительного бега, дыхательной и зрительной гимнастик, физминуток, динамических часов. Уже традиционными стали Дни здоровья с выхо-

дом в лес, осенние и зимние спартакиады, зимой — еженедельные тренировочные занятия на лыжной базе. Результат работы — победы команд наших воспитанников во всех лыжных соревнованиях и спартакиадах среди ДОУ г. Нарьян-Мара в течение 2007—2008 гг., второе место в окружном конкурсе 2008 г. «В здоровой семье — здоровый ребенок».

Планомерное сохранение и развитие здоровья дошкольников осуществляется по следующим направлениям:

- ♦ лечебно-профилактическая работа (проводится в соответствии с годовым планом, утвержденным педиатром детской поликлиники, курирующим ДОУ). Для наиболее эффективной организации оздоровительных и профилактических мероприятий в качестве одного из основных приемов работы используется мониторинг состояния здоровья вновь поступивших детей, что важно для своевременного выявления отклонений в их здоровье. В целях сокращения сроков адаптации ребенка при поступлении в детский сад осуществляется четкая организация медико-педагогического обслуживания с учетом возраста, состояния здоровья, индивидуальных особенностей. Для вновь поступающих устанавливается щадящий режим закаливания, неполный день пребывания в детском саду. Осмотры детей специалистами, анализ результатов скрининг-теста и лабора-

торных обследований, проводимые по достижении ими декретированных возрастов, позволяют дать объективную оценку состояния здоровья детей и внести коррекцию в педагогическую деятельность воспитателей;

- ♦ оздоровительная работа, одна из задач которой — выявление и предупреждение нарушений осанки детей. Особое внимание уделяется подбору мебели по росту детей. Воспитатели постоянно следят за правильной осанкой за столом во время занятий, еды, свободного рисования, лепки. Дети с нарушением осанки, плоскостопием регулярно посещают специальные развивающие занятия с элементами корригирующей гимнастики, упражнениями, укрепляющими свод стопы и предупреждающими образование плоскостопия. Большое внимание медико-педагогический коллектив ДОУ уделяет гигиеническим и закаливающим процедурам: утренний прием на улице, полоскание рта травами и водой, чистка зубов, контрастное обливание ног, ходьба по колючим дорожкам, босиком, воздушные ванны, гимнастика «Маленьких волшебников», дыхательная гимнастика, точечный и игровой массаж;

- ♦ обеспечение психологической безопасности личности ребенка. Деятельность педагога-психолога осуществляется по четырем направлениям:

- психологическая диагностика, направленная на выявление

ние условий, препятствующих полноценному развитию и становлению личности ребенка;

- коррекционно-развивающая работа с целью содействия полноценному психическому и личностному развитию дошкольников. Проводятся групповые и индивидуальные занятия, направленные на коррекцию и развитие личностной и познавательной сфер, психологическую подготовку детей к школьному обучению. При их организации используются элементы сказкотерапии, психогимнастика, игры на развитие навыков общения, познавательных процессов, упражнения на мышечную релаксацию, дыхательная и мимическая гимнастика, рисование, двигательные упражнения;
- психологическое просвещение родителей и педагогов. Им предоставляется своевременная актуальная информация о процессе развития ребенка, возрастных особенностях, сформированности каких-либо навыков. С педагогами и специалистами ДОУ проводятся практические занятия;
- психологическое консультирование, которое проводится с родителями и педагогами по поводу каких-либо возникших проблем и особенностей развития ребенка.

Для наиболее эффективной и продуктивной работы педагога-

психолога в ДОУ оборудована сенсорная комната, насыщенная интерактивным оборудованием — водный настольный фонтан, различные светильники («Переливающиеся цветы», «Пламя», «Фонтан света», «Вулкан», «Звездная сеть», «Волшебная нить»), панно «Бесконечность», детский зеркальный уголок с пузырьковой колонной, зеркальный шар, пуфик-кресло, детские подушечки с гранулами, настенные и напольные маты, музыкальный центр с набором аудиокассет для релаксации.

Систематическое и индивидуально дозированное пребывание ребенка в этой комнате позволяет: гармонизировать психоэмоциональное состояние, корригировать нарушения в эмоционально-волевой сфере, развивать познавательную активность, стимулировать сенсорные процессы, скорректировать двигательные нарушения, разрешать стрессовые ситуации.

Обеспечение психологической безопасности воспитанников происходит путем создания и поддержания психологически комфортной организации режимных моментов в течение всего дня, оптимального двигательного режима, рационального распределения физических и умственных нагрузок.

Медико-педагогический контроль за оздоровительной деятельностью в детском саду осуществляется по нескольким направлениям: комплексная

оценка здоровья детей, контроль за полноценным питанием, обеспечение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима, ведение документации.

При комплексной оценке здоровья детей осуществляется осмотр педиатром и специалистами (2 раза в год) с учетом результатов лабораторных клинических анализов (1 раз в год), антропометрия, скрининг-тест, определение группы здоровья, анализ периода адаптации, показателей заболеваемости (ежемесячно), наблюдение за нервно-психическим развитием детей до 3-х лет.

Контроль за питанием детей включает в себя подсчет калорийности за 10 дней, проверку полноты закладки продуктов в котел, выхода порции на одного ребенка, соблюдение графика получения пищи с пищеблока и др. Используется форма заказного меню, дети ежедневно получают свежие фрукты, овощи, соки, компоты из ягод. Для детей с аллергодерматитом организуется индивидуальное питание. Организация питания и его рацион постоянно совершенствуется, корректируется с учетом возраста и физического развития детей.

Ежемесячно на медико-педагогических совещаниях анализируются показатели заболеваемости и посещаемости, выполнение норм питания. На ежегодном тематическом педсовете обсуж-

даются вопросы, связанные с сохранением и укреплением здоровья, физическим развитием дошкольников. На итоговом педсовете заслушивается отчет старшей медсестры о состоянии оздоровительной работы в детском саду. Медицинская сестра по оздоровлению систематически консультирует воспитателей и родителей по вопросам укрепления здоровья детей.

В 2007 г. медико-педагогическим коллективом д/с № 55 «Радуга» г. Нарьян-Мара под руководством профессора Г.Н. Дёгтевой была разработана комплексная программа экспериментального проекта «Организация оздоровительно-развивающей работы в детском саду в условиях Крайнего Севера». На проведение научно-практической работы по этому проекту получено разрешение Этического комитета Северного государственного медицинского университета. Программа включает семь основных модулей.

1. Образование детей в сфере здоровья.

2. Совершенствование физической активности воспитанников.

3. Коррекция питания (микроэлементы + витамины).

4. Гигиеническое сопровождение воспитательного процесса.

5. Психологическое и социальное консультирование.

6. Повышение квалификации работников детского сада по вопросам охраны здоровья детей.

7. Активное участие семьи в общем воспитательном процессе с оздоровительной направленностью.

Реализация данного проекта рассчитана на 2007—2010 гг. Внедрение здоровьесберегающих технологий в воспитатель-

но-образовательный процесс детского сада позволит минимизировать негативное влияние экстремальных климатических условий на организм детей, что позитивно отразится на показателях здоровья и заболеваемости дошкольников.

Реализация экологической оздоровительной программы в ДОО Поморья

Колыгина Т.А.,

врач-педиатр высшей категории, Детская поликлиника № 1,
г. Архангельск

Укрепление здоровья и профилактика заболеваний среди детей дошкольного возраста занимает исключительное положение по значимости. С одной стороны, это возраст, когда закладывается база здоровья или нездоровья на всю дальнейшую жизнь, с другой — ДОО являются фокусом общественного внимания, так как интерес к проблемам детства большинства людей носит не профессиональный, а личный и жизненный характер. Это позволяет одновременно проводить оздоровление не только детей, но и взрослого населения. Более того, экономический анализ, проведенный в развитых странах, показывает, что внедрение оздоровительных программ в организованных дет-

ских коллективах обеспечивает эффективное соотношение стоимостных затрат и полученного выигрыша как 1:14.

В ДОО Поморья созданы все условия для проведения систематического оздоровления детей и образовательной работы с родителями. Оздоровительные программы в детских коллективах могут стать одной из наиболее эффективных в экономическом отношении стратегий, имеющих в нашем распоряжении для улучшения здоровья населения. Оздоровление детей в условиях экологического загрязнения — одна из приоритетных проблем. Поэтому в промышленном г. Архангельске признание получила экологическая оздоровительная программа (В.С. Кова-

ленко и соавт.), составленная в соответствии с рекомендациями руководства по «Политике и стратегии профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и других неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения в России» [1, 2]. При ее создании были использованы отечественные наработки и опыт сотрудничества с рядом стран в рамках программ ВОЗ. Данная экологическая оздоровительная программа для детей успешно действует во многих регионах России. Ее научно-методический центр — ДООУ № 33 Василеостровского района Санкт-Петербурга.

Работа по названной программе была начата в г. Архангельске в 1996 г. после создания в нашем городе на базе МДОУ № 119 «Поморочка» оздоровительных групп (1995). Ежегодно работали четыре оздоровительные группы, которые посещали от 102 до 130 детей. Всего за 13 лет курс оздоровления прошло более тысячи детей.

Экологический оздоровительный комплекс полностью соответствует следующим требованиям:

- гарантированная безопасность даже в условиях длительного применения;
- высокая клиническая эффективность;
- доступность и техническая простота использования.

В соответствии с экологической оздоровительной програм-

мой в МДОУ № 119 «Поморочка» оздоровительная работа осуществляется по трем направлениям.

1. *Закаливание.* Процедуры проводятся в домашних условиях ежедневно утром после сна и на ночь перед сном. Они включают в себя однократное и одномоментное обливание ног водой, имеющую температуру не выше 12 °С. Ежегодно перед началом проведения оздоровительного комплекса организуются родительские собрания, на которых разъясняется необходимость проведения закаливания и родители обучаются соответствующей методике.

2. *Адаптационная гимнастика* — комплекс восточных и европейских физических упражнений, разработанный специалистами Санкт-Петербургского университета физической культуры им. П.Ф. Лесгафта. Проводится в детском саду воспитателями в течение 11 мин перед завтраком и полдником, а после дневного сна — мини-комплексы с элементами остеопатической гимнастики и упражнения для нормализации работы пищеварительной системы. Гимнастика способствует восстановлению естественной биомеханики тела человека, правильному функционированию организма, адаптации, нормализации обмена веществ и повышению жизненного тонуса, а также улучшает все основные характеристики физической работоспособности

организма ребенка. Гимнастика выполняется под музыку, специально написанную И.Е. Корнелюком.

3. *Экологический гомеопатический комплекс*, включающий:

- прием гомеопатических средств для защиты организма от неблагоприятных экологических факторов;
- местные аппликации раствора гомеопатического препарата «Авеналам» с последующим самомассажем детьми стоп — для стабилизации вегетативной нервной системы;
- уход за полостью рта.

Основное преимущество гомеопатической защиты заключается в возможности ее постоянного применения в условиях проживания в экологически неблагоприятной среде. Кроме того, отсутствие субстратно-токсических свойств у средств, входящих в гомеопатический экологический комплекс (терапия осуществляется сверхмалыми дозами препаратов, разведение 1×10^{-600}), делает его безопасным для применения, особенно в условиях отягощенности здоровья детей. Гомеопатический экологический комплекс, разработанный учеными ведущих медицинских институтов, успешно применяется в 7% ДОУ Санкт-Петербурга и более чем в 15 крупных промышленных регионах России. Изготовлением гомеопатических препаратов для данного комплекса централизованно занимается аптека Санкт-Петербургского

Госпиталя для ветеранов войн. Раздачу гомеопатических препаратов в группе ежедневно производит медицинская сестра по оздоровлению. Дети получают препараты по согласию родителей. Инструкции по применению и составу назначаемых средств находятся в группах.

Медицинское наблюдение постоянно осуществляется врачом методом сравнительного анализа за динамикой заболеваемости детей в неоздоравливаемых группах и группах, проводящих оздоровление. Сравнительное наблюдение проходит в три этапа.

1. *Планирование* предполагает сопоставление показателей групп по уровню заболеваемости за период, предшествующий наблюдению.

2. *Организация собственно наблюдения*, включающая:

- формирование равноценных по полу, возрасту групп наблюдения;
- учет и выборку заболеваемости;
- учет и выборку осложненных форм у всех детей групп наблюдения;
- выделение ответственных лиц в каждой группе для обеспечения регулярности проведения оздоровительных мероприятий, выдачи препаратов.

3. *Оценка результатов оздоровления* проводится путем сопоставления динамики и интенсивности эпидемического процесса по главным характеристикам: — заболеваемость гриппом и ОРВИ;

- частота случаев осложненных заболеваний;
- средняя продолжительность одного случая заболевания.

После периода оздоровления (он составляет 9 мес.) в 2008 г.:

- общая заболеваемость в обычной группе снизилась на 5%, в оздоровительных — на 48,4—55,5%;
- заболеваемость гриппом и ОРВИ уменьшилось в обычной группе на 41%, в оздоровительных на 69—80%;
- средняя продолжительность одного случая заболевания гриппом и ОРВИ в оздоровительных группах стала меньше, по сравнению с обычной, на 1,1—1,4 дня;
- общее количество пропусков по болезни в этих группах оказалось меньше, чем в обычной, на 134—137 дней, из них было пропущено по причине гриппа и ОРВИ на 113—126 дней меньше;
- количество осложненных случаев в оздоровительных группах составила 25% от обычной.

Экспресс-оценка двигательной активности детей осуществляется с помощью комплекса физиометрических тестов, позволяющих оценить:

- выносливость (тест на задержку дыхания);
- силу (приседания на время);
- быстроту (группировка тела в течение 15 с, бег на месте с высоким подъемом бедра в течение 10 с);

- статокINETическую устойчивость (отлитовая проба В.И. Воячека).

Далее рассчитываются процентные приросты показателей физического здоровья детей контрольной и оздоровительной групп до и после проведения оздоровительных мероприятий по формуле:

$$П = \frac{X_2 - X_1}{X_1} \times 100$$

где:

- $П$ — прирост показателя, %;
- X_1 — значение показателя до оздоровительных мероприятий;
- X_2 — значение показателя после проведения оздоровительного комплекса.

Ежегодно в МДОУ № 119 «Поморочка» наблюдаются положительная динамика по всем контролируемым показателям и превышение прироста показателей физического развития детей в оздоровительных группах, по сравнению с контрольной, в среднем на 20—110%. Наибольший процент положительной динамики в 2008 г. выявлен при тестировании:

- выносливости — увеличение на 74% (в контрольной группе — на 52%);
- силы — на 64% (контроль — на 20%);
- статокINETической устойчивости — на 341,6% (контроль — на 111%).

Высокая эффективность экологической оздоровительной программы, доказанная в усло-

виях МДОУ № 119 «Поморочка» г. Архангельска, позволяет рекомендовать внедрение ее в деятельность других дошкольных учреждений Поморья. Опыт работы по этой программе неоднократно был представлен на научно-практических форумах различных уровней, в том числе на городских гомеопатических конференциях (1996, 1997) и международной конференции стран Баренц-региона «Дети Севера: образование и здоровье» (2000), а также в средствах мас-

совой информации (программа ТВ-6 «Поморье», 2002) и получил положительную оценку медицинской и педагогической общественности.

Литература

1. Коваленко В.С. и др. Методические подходы к созданию экологической оздоровительной программы для детей: Метод. рек. СПб., 1997.
2. Руководство по подготовке родителей к рождению и воспитанию здорового ребенка / Под ред. В.С. Коваленко. СПб., 2004.

Оздоровительная работа в ДОУ Кольского полуострова

Другова Л.А.,

заместитель заведующего по воспитательно-методической работе, МДОУ ЦРР – д/с № 5, г. Полярные Зори Мурманской обл.

Известно, что региональные особенности Кольского Севера, воздействуя на организм ребенка, повышают напряжение механизмов адаптации. Следствием этого является большое количество детей, находящихся в состоянии предболезни. У 70% детей дошкольного возраста Мурманской области имеются нарушения иммунологической реактивности, среди них достаточно широко распространены хронические заболевания. Каждый четвертый дошкольник болеет в течение года более четырех раз.

Оздоровительно-профилактическая работа в нашем детском

саду ведется в рамках программы «Здоровье детей». Свыше 10 лет проводится мониторинг и анализ заболеваемости детей, здоровья воспитанников ДОУ (табл. 1) и вновь прибывших детей (табл. 2).

Следует обратить внимание на ежегодное увеличение количества детей 2-летнего возраста с ослабленным здоровьем, поступающих в ДОУ: детей с III группой здоровья за последние 6—7 лет стало больше в 6 раз.

Этот факт обусловил актуальность отработки технологии адаптационного периода. Прием новых воспитанников организуется по отдельному, разработан-

Таблица 1

**Группы здоровья воспитанников ЦРР —
д/с № 5, г. Полярные Зори, %**

Группы здо- ровья	Годы									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
I	53,4	57,9	41	31,4	24,7	28,5	22,5	32,2	31,5	34
II	41,8	39,7	51,4	59,1	64,9	62,3	61,7	37,4	41,7	44
III	4,8	1,9	7,1	9,1	11,0	9,2	11,5	25,6	26,3	22
IV	0	0,5	0,5	0,4	0	0	0	0,5	0,5	0

Таблица 2

**Группы здоровья вновь поступивших детей в ЦРР —
д/с № 5, г. Полярные Зори, %**

Группы здоровья	Годы			
	2000	2001	2006	2007
I	40,5	33,3	49,1	30,9
II	56,8	64,3	36,4	54,6
III	2,7	2,4	14,5	14,6
IV	0	0	0	0

Таблица 3

Адаптационный период у детей раннего возраста

Количество детей в группе	Возраст, лет	Адаптация, чел./%			
		легкая	средняя	усложненная	дезадаптация
21	2—3	9/42,9	12/57,1	—	—
18	1,5—1,9	7/38,9	6/33,3	5/27,8	—

ному психологом плану, все родители консультируются у специалистов. В результате адаптация вновь принятых детей к ДОУ проходит менее болезненно, легче складываются взаимоотношения в позициях «педагог—ребенок», «педагог—родитель», «ребенок—родитель». Тем не менее, откры-

тие двух групп раннего возраста сопровождалось усложненной адаптацией у детей (табл. 3).

Знание климатогеографических особенностей Севера предопределяет стратегию обеспечения благополучного состояния детей. В комплексе оздоровительных мероприятий задействованы не толь-

ко дети, но и педагоги и родители. Воспитатели выполняют специальные упражнения, стимулирующие последующий быстрый отдых, дыхательную гимнастику по А.Н. Стрельниковой. Многие из них — сторонники здорового образа жизни: посещают бассейн, клуб «Релакс», тренажерные залы, ходят на лыжах. Детско-родительские отношения стимулируются через различные формы работы с родителями: семейные проекты, индивидуальные маршруты, творческие и спортивные праздники («Мама, папа, я — спортивная семья» и др.), совместные походы. Наши воспитанники ежегодно участвуют в детском городском Празднике Севера, занимая призовые места. В работе с детьми используем современные здоровьесберегающие технологии:

- сохранения и стимулирования здоровья (скретчинг, ритмо-

пластика, динамические паузы, подвижные и спортивные игры, релаксация, технология эстетической направленности, пальчиковая гимнастика, прогулка повышенной двигательной активности, гимнастика для глаз, бодрящая, ортопедическая);

- обучения здоровому образу жизни (игротренинги, игротерапия, коммуникационные игры, самомассаж);

- коррекционные (арт-терапия, сказкотерапия, психогимнастика, технология музыкального, цветового воздействия).

Дети — потенциал будущего Крайнего Севера. Этим и обусловлено пристальное внимание к ним разных специалистов, в том числе врачей, психологов и педагогов. Наша общая задача — создать максимальные условия для их всестороннего развития.

Оздоровление тубинфицированных дошкольников в условиях сурового климата Якутии

Пышненко М.А.,

заведующий, МДОУ – д/с комбинированного вида № 5 «Брусничка»,
г. Покровск Хангаласского улуса, Республика Саха (Якутия)

Исследования состояния здоровья дошкольников, проживающих в г. Якутске, показывают, что здоровыми из них могут быть признаны не более 5%. По

последним данным каждый третий ребенок дошкольного и школьного возраста является тубинфицированным. По заболеваемости туберкулезом Ханга-

ласский улус занимает первое место в республике: инфицированы 34% детей и 39% подростков, а 5 детей серьезно больны. Основная причина возникновения этого заболевания у детей — контакт со взрослым, болеющим туберкулезом (тубконтакт), причем наибольшую опасность представляет асоциальное поведение больных, уклоняющихся от лечения.

Глубоко осознавая эту проблему, муниципальное управление образования по предложению главного детского фтизиатра улуса на базе детского сада «Брусничка» открыло две санаторные группы и санаторный 1-й класс, функционирующие в круглосуточном режиме для тубинфицированных детей улуса. В связи с этим понадобились дополнительные штаты: учителя, воспитатели, ночные няни, фтизиатр. Санаторные группы дети посещают бесплатно за счет средств муниципалитета.

В 2007 г. детский сад «Брусничка» стал дипломантом 2 степени Республиканского конкурса «Школа — территория здоровья», проводимого МО Республики Саха (Якутия). И это не случайно.

Сотрудниками МДОУ внедряются в образовательный процесс современные здоровьесберегающие и здоровьесоставляющие технологии. Для полноценного развития и оздоровления детей в детском саду созданы благоприятные усло-

вия: имеется зимний сад, музыкальный и физкультурный залы, плавательный бассейн, фитобар, люстры Чижевского, освежающие и насыщающие воздух отрицательно заряженными ионами, кабинеты медперсонала, физио-, массажиста, процедурный, изолятор для заболевших детей, коррекционный центр, комната релаксации. В распоряжении детей врач-педиатр, фтизиатр, а также логопед, педагог-валеолог, психолог.

В санаторные группы детского сада по направлению врача-фтизиатра после обследования в противотуберкулезном диспансере (ПТД) поступают дети следующих групп диспансерного учета (ГДУ) по туберкулезу:

- ♦ VI-A — вираж туберкулиновых проб без признаков туберкулезной интоксикации и локальных признаков туберкулезной инфекции;

- ♦ VI-B — дети с гиперергическими реакциями на туберкулин, а также инфицированные туберкулезом часто болеющие ОРЗ, бронхитами, пневмониями и другими болезнями.

Дети VI-A и VI-B групп при благоприятном течении туберкулезной инфекции получают однократный трехмесячный курс химиопрофилактики и наблюдаются в течение одного года, при сохранении гиперергической пробы на туберкулин и наличии сопутствующих заболеваний — до двух лет. Повторная химио-

профилактика проводится по назначению фтизиатра;

- ♦ детей из VI-В ГДУ, т.е. с поствакцинальными осложнениями или непривитых вакциной БЦЖ в период новорожденности, а также детей с внелегочными формами туберкулеза в детском саду нет;

- ♦ IV-А и IV-Б ГДУ — контактные здоровые дети. Химиопрофилактику получают противотуберкулезными препаратами 1—2 раза в год по 2—3 месяца в течение от 1 года до 3 лет. Дети посещают группы круглосуточного пребывания;

- ♦ III ГДУ — дети с клинически излеченным туберкулезом органов дыхания. III-А — дети с впервые выявленными остаточными туберкулезными явлениями в легких без симптомов интоксикации наблюдаются при благоприятном течении 1 год, получают химиопрофилактику, регулярно обследуются в ПТД. III-Б — дети после перенесенной туберкулезной интоксикации, дети до 3 лет, инфицированные туберкулезом (переведенные из VI группы), наблюдаются 2—3 года при благоприятном течении процесса.

Для тубинфицированных и контактных по вирусу детей проводится химиопрофилактика — превентивное лечение противотуберкулезными препаратами. Наличие показаний на лечение определяет фтизиатр, назначающий соответствующее лечение. В целях реализации со-

вместного приказа Министерства здравоохранения РС(Я), МО РС(Я), территориального управления Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия) № 456 «О мерах по предупреждению туберкулеза в детских образовательных учреждениях РС(Я)» от 29.12.2004 г. медицинский персонал учреждений образования обязан проводить химиопрофилактику детям под контролем врача. В МДОУ дети принимают препараты из рук медсестры, которая ежедневно заполняет процедурный лист. В конце курса лечения этот документ передается в ПТД, поскольку он поставляет детскому саду препараты для лечения тубинфицированных детей. Лечение проводится под контролем клинических, биохимических анализов, рентгенологическим контролем, туберкулино-диагностики в динамике.

С целью оздоровления детей в ДОУ организовываются общеоздоровительные мероприятия, комплексные медосмотры с участием врачей-специалистов, проводятся курсы противорецидивной терапии для часто болеющих детей, вакцинопрофилактика, осуществляется централизованное обеспечение йодомарином и витамином С.

Общеоздоровительные мероприятия, проводимые в детском саду, направлены на повышение сопротивляемости организма к туберкулезной инфекции:

- дополнительное усиленное питание;
 - закаливающие процедуры:
 - а) плавание в бассейне,
 - б) умывание и мытье рук до предплечья прохладной водой 3—4 раза в день,
 - в) сухое растирание спины, груди, верхних и нижних конечностей,
 - г) влажные обтирания до пояса попеременно теплой и прохладной водой,
 - д) контрастные обливания ног,
 - е) ходьба босиком по влажным солевым и рефлекторным дорожкам,
 - ж) полоскание полости рта прохладной водой 4 раза в день (круглогодично),
 - з) утренняя гимнастика босиком в трусиках и майке при температуре воздуха $+17^{\circ}\text{C}$,
 - и) физкультурные занятия на улице зимой при температуре воздуха не ниже -15°C ,
 - к) ежедневные прогулки на свежем воздухе 2 раза в день при температуре воздуха не ниже -30°C ;
 - дыхательная гимнастика;
 - занятия лечебной физкультурой, оздоровительный дозированной бег, утренняя гимнастика, ритмика, хореография;
 - массаж (классический, точечный, сегментарный, аппаратный);
 - профилактические упражнения для верхних дыхательных путей;
 - щадящий режим дня (сокращается время занятий, увеличивается время сна и т.д.);
 - фито-, арома-, кислородо- и витаминотерапия;
 - эстетикотерапия (музыка-, смехо-, изо- и сказкотерапия);
 - противорецидивное лечение хронических заболеваний (детей, состоящих на учете у гастроэнтеролога, невропатолога, оториноларинголога, педиатра, аллерголога);
 - неспецифическая и специфическая иммунопрофилактика (для экстренной профилактики гриппа и ОРЗ используются гриппферон и арбидол);
 - физиотерапевтические процедуры детям из группы часто болеющих, после перенесенного острого заболевания. В МДОУ представлены основные виды физиотерапии (свето-, тепло-, электролечение, ультразвук), имеются ультразвуковой ингалятор, тубус-кварц, лампа «Соллюкс», аппараты «Геска», «Ультратон»;
 - общее ультрафиолетовое облучение в зимний период времени;
 - санация очагов хронической инфекции (лечение кариеса, хронического тонзиллита).
- Медперсоналом МДОУ, согласно врачебным назначениям, проводятся физиотерапевтические мероприятия, санация носоглотки, десенсибилизирующая терапия, фитотерапия (в том числе чеснок), витаминизация с

использованием поливитаминовых препаратов в виде напитков «Золотой шар», «Витастарт» и драже «Ундевит», «Гексавит», «Компливит». Препараты дают детям в течение 3—6 месяцев. Круглый год в рацион детей вводится йодированная соль.

Для правильной организации питания детей в детском саду имеются два перспективных меню (зимне-весеннее и летне-осеннее) на 10 дней, утвержденные органами Роспотребнадзора. Дети санаторных групп получают усиленное питание, финансируемое за счет средств местного бюджета. Нормы питания для тубинфицированных детей увеличены и характеризуются повышенным содержанием продуктов, богатых полноценными белками, минеральными веществами и витаминами. По сравнению с обычными группами, в санаторных группах увеличена на 60 г норма мяса, что позволяет включать мясные блюда в состав завтрака, молока — на 200 мл. Увеличено количество овощей и фруктов. Ежедневно в 10 часов утра дети получают фрукты (яблоки, мандарины, бананы, виноград) или натуральные соки, на обед овощи. Большое подспорье — огород и теплицы, расположенные на территории детского сада, где коллектив МДОУ своими силами выращивает морковь, свеклу, огурцы, помидоры, зелень, картофель. Ежегодно собираем урожай черной смородины, из которой повара варят компоты. В те-

чение года в саду проводится С-витаминизация первых и третьих блюд.

Питание в санаторных группах пятиразовое. Ежедневно дети получают кисломолочные продукты — каши на молоке, творожные блюда, сметану, на поздний ужин кефир или йогурт.

Как и все народы Севера, якуты издавна занимались скотоводством, охотой, рыбалкой и питались натуральными продуктами — кумысом, рыбой, мясом и лесными ягодами. Учитывая территориальные особенности питания и состояние здоровья детей, 2 раза в неделю в саду организованы рыбные дни. В рацион включаются лесные ягоды — брусника и клюква с медом. Повара стряпают детям национальные якутские лепешки. Детские фтизиатры особенно рекомендуют для детей санаторных групп кумыс.

Несмотря на определенные трудности, в условиях ДОУ вполне возможно организовать для детей с ослабленным здоровьем индивидуальное диетическое питание. Детское питание уже по сути своей является диетическим. Изменяется лишь технология приготовления (например, котлеты на пару) или исключаются отдельные продукты для детей с пищевой аллергией. Детям ослабленным, с недостаточной массой тела, дается дополнительное питание. В рацион добавляется немного масла, мяса, яиц, молока. У де-

тей, имеющих избыточный вес, «убираются» лишние калории. Пшеничный хлеб заменяется ржаным, каша — овощными блюдами. Исключаются кондитерские изделия, снижается количество сахара, вместо сладкого чая детям дают молоко, обезжиренный кефир без сахара. В обед уменьшается норма супа, зато увеличивается порция салата. Недостающее количество пищи по объему заменяют овощами и несладкими фруктами. Нуждающимся в индивидуальном питании детям в каждом конкретном случае рекомендации дает врач-диетолог, а коррекционное меню рассчитывает диетсестра детского сада.

Многолетний опыт оздоровительной работы показал, что кроме создания благоприятных условий для развития здорового ребенка, необходимо сформировать у дошкольников знания по валеологии. С этой целью нами разработана и внедрена в педагогический процесс авторская парциальная программа «Крепыш» (2002). Она апробирована на базе республиканской площадки Детского центра развития ребенка «Аленушка» пос. Мохсоглох Хангаласского улуса. Программа рассчитана на работу со всеми детьми от 3 до 7 лет; уже в самом ее названии заложена главная идея и цель: помочь ребенку вырасти крепким и здоровым, дать малышу понять, что здоровье — главная ценность жизни человека.

Программа «Крепыш» носит лечебно-оздоровительный характер, применяется в санаторных и обычных группах и включает в себя ряд нововведений.

1. Обучение детей средствам и методам диагностики своего физического состояния и использование функциональных возможностей организма и естественных средств оздоровления для поддержания здоровья (точечный массаж; ручной массаж лица, ладоней, ушной раковины, стоп по системе А.А. Уманской; бесконтактный массаж; тренинги на расслабление мышечного напряжения, психогимнастика по М.И. Чистяковой; гимнастика для глаз и др.). Все виды массажа проводятся в игровой форме в виде легких поглаживаний с использованием наглядных дидактических пособий.

2. Формирование навыков саморегуляции поведения (социально-поведенческие тренинги, тренинги эмоций, аутотренинги).

3. Оценка и динамический контроль уровня соматического здоровья детей и организация работы по оздоровлению через систему занятий в валеологическом центре (живопись с помощью зубов, рук, ног с последующим успокаивающим массажем — проводится только одно занятие в подготовительной к школе группе с целью воспитания сочувствия людям с ограниченными возможностями; включение в занятия валеологических

песен, оздоровительных игр, просмотров мультфильмов).

4. Работа с родителями по созданию благоприятных условий для оздоровления в семье. Кроме создания здоровьесберегающей среды обязанность педагогов и медработников ДОУ — расширение кругозора дошкольников и их родителей по вопросам здорового образа жизни, гигиеническое воспитание детей, привитие им любви к физкультуре и спорту, плаванию. Взаимодействие педагогов с семьями — одно из важнейших условий оздоровления детей, поскольку родители самые заинтересованные партнеры в этом деле.

Совместная работа семьи и детского сада по оздоровлению дошкольников строится на принципах: единства, системности и последовательности, индивидуального подхода к каждому ребенку и родителю, взаимного доверия и взаимопомощи. Педагог ДОУ выступает не только как воспитатель детей, но и наставник родителей, которые нуждаются в помощи детского сада. Разнообразные формы работы с родителями играют неосценимую роль в решении этой проблемы.

Эффективно организованное сотрудничество дает импульс построению взаимодействия с семьей на качественно новой основе, предполагающей не просто совместное участие в воспитании ребенка, но и осоз-

нание общих целей, доверительное отношение и стремление к взаимопониманию.

В результате мониторинга показателей психофизического развития, двигательной подготовленности детей доказана высокая эффективность воспитательно-оздоровительных мероприятий. Об этом свидетельствуют:

- снижение уровня заболеваемости детей;
- снижение количества часто болеющих детей на 5% и эпизодов острой заболеваемости, предотвращение развития хронических процессов;
- улучшение показателей гомеостаза тубинфицированных детей по результатам повторных общеклинических анализов;
- сокращение длительности заболеваний и пропусков по болезни одним ребенком в год (с 24 до 14 дней);
- повышение индекса здоровья (с 72 до 91%);
- увеличение количества детодней на 20%;
- повышение уровня физической подготовленности детей, их общей работоспособности;
- уменьшение количества детей с III группой здоровья;
- эффективная коррекция физического и психического развития ребенка;
- сформированность у каждого дошкольника:
 - а) понятий ценности здорового образа жизни,
 - б) чувства эмоционального благополучия, положительного

самоощущения, инициативности и любознательности, осмысленной произвольности действий и поступков, способности к творческому самовыражению,

в) компетентности в сфере отношений к окружающему миру, людям, собственному организму и живой природе, а также коррекция у отдельных детей психических и физических недостатков и свободное вхождение их в мир детства, не принужденное общение с ровесниками и взрослыми; — повышение уровня педагогического просвещения и гигиенического воспитания родителей.

Непременные составляющие успеха оздоровительной деятельности ДООУ нашего региона — комплексная система оценки эффективности оздоровительной работы в учреждении, отбор наиболее эффективных методов оздоровления и гигиенического воспитания детей, в том числе с применением якутских народных традиций, а также укрепление сотрудничества педагогических и медицинских работников. Все это приводит к формированию положительного имиджа ДООУ в республике и служит основой укрепления здоровья дошкольников, что очень важно в воспитании здорового поколения.

Роспотребнадзор сообщает

Основными нарушениями в организации питания в летних оздоровительных учреждениях являлись: несоответствие готовых блюд нормам по калорийности и полноте вложений; не оставлялись суточные пробы готовой пищи; не соблюдался режим мытья посуды; нарушения при транспортировании скоропортящихся продуктов питания, отсутствие авторефрижераторов; недостаточно холодильного оборудования; несвоевременное проведение бракеража готовой пищи; отсутствие должного контроля со стороны медицинских работников лагерей, а также недостаточное потребление молока, кисло-молочных продуктов, мяса, рыбы.

В 2007 г. заболеваемость детей в загородных дошкольных учреждениях составила 43,9 на 1000 отдохнувших, что выше, чем в предыдущие 5 лет (2003 г. — 27,0; 2004 г. — 35,5; 2005 г. — 19,1; 2006 г. — 36,8). Увеличилось число заболевших в дошкольных оздоровительных учреждениях по сравнению с 2006 г. на 190 чел. и составило 922 ребенка (в 2006 г. — 732).

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2007 году»

Экологические бытовые нормы

Соколова Н.А.,

канд. пед. наук, Курганский государственный университет, г. Курган

Глобальный экономический кризис, оказав негативное влияние на мировую экономику, тем не менее, сыграл свою положительную роль. Сегодня каждый человек осознал важность ограничения потребления энергии и природных ресурсов, экономного и бережливого ведения домашнего хозяйства.

Соблюдая экологические бытовые нормы, мы сохраняем природные ресурсы! Детям нужно объяснить, что их благополучие связано, во-первых, с наличием природных ресурсов, из которых создано все, что их окружает, — жилища, транспорт, техника, книги, одежда, пища, и благодаря которым они имеют необходимый для нормальной жизни комфорт (отопление зимой, водоснабжение, электричество, газ и т.д.); во-вторых, с чистотой, не загрязненностью воды, воздуха, почвы, с качеством продуктов питания, наличием вредных для здоровья людей и всего живого веществ, попадающих в окружающую среду в результате работы промышленности, транспорта.

Экологические бытовые нормы способствуют сохранению природы; не выходя из дома, не выезжая за пределы города, вы

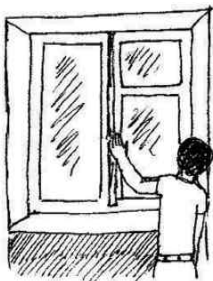
можете без труда выполнять их сами, рассказать о них детям.

1. Бросайте мусор только в урну.

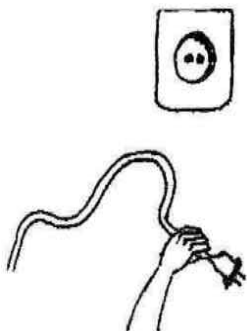


2. Тщательная теплоизоляция окон и дверей на зиму ведет к существенному сокращению расхода тепла. Уличные двери в холодную погоду должны всегда плотно закрываться. Неплотно закрытая в подъезде входная дверь снижает температуру в квартирах первого этажа на 2—4 °С. Сбережение тепла содействует экономии невозобновляемых энергетических ресурсов (уголь, нефть, газ, древесина, торф, горючие сланцы), в результате чего меньше загрязняется воздух и вода выбросами теплоэлектростанций. Этому

также способствует рациональный расход электричества.



3. Выключайте лишние электроприборы и свет — так экономится энергия и снижаются выбросы углекислого газа. Когда вы один в квартире, старайтесь, чтобы свет горел только в том месте, где вы находитесь. Электроэнергия вырабатывается с помощью угля, газа, нефти, ядерных реакций. Добыча ископаемого топлива приносит вред природе в тех местах, где идет бурение скважин, роются шахты, разрабатываются месторождения — гибнет растительность, животные покидают свои места обитания. А для эффективной работы гидроэлектростанции необходимо затопить обширные территории.



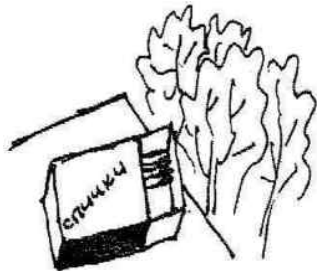
4. Побеседуйте с детьми о том, что самопроизвольно елки в лесу рубить нельзя, что у хорошего Деда Мороза есть специальный питомник, в котором их выращивают для праздников. Пока ель достигнет высоты 1—2 м, проходит 10—15 лет, и все это время молодые деревца очищают воздух от пыли и вредных газов, выделяют кислород, украшают нашу Землю, служат кровом и пищей для многих зверей и птиц. Вырубая ели в питомниках, лесники таким образом разряжают их посадки либо производят санитарные рубки, убивая больные и слабые деревья, поэтому оставшиеся ели станут крепче, и качество их древесины будет лучше. Из этого питомника Дед Мороз и рассылает ели на елочные базары. Покупая их, мы вносим материальный вклад в покупку новых саженцев. При этом ели обогащают воздух кислородом и фитонцидами, убивающими болезнетворные микроорганизмы, а попадая на свалку, они перегнивают и служат удобрением для почвы.



5. Рациональный расход бумаги сберегает лес. Необходимо, чтобы каждый человек понял, что использованная бумага должна быть применена для вторичной переработки. Для этого нужно старые тетради, альбомы, газеты, журналы, любую ненужную бумагу аккуратно связывать и выкладывать туда, где сборщики макулатуры могли бы без труда взять эти связки и сдать в переработку. Это простое и доступное для каждого дело сбережет для общества многие гектары леса.



6. Берегите и экономьте спички. Современные газовые плиты оснащены автоматическим электрическим розжигом. Можно использовать электрические зажигалки для газовой плиты.



7. Имейте для покупок постоянную прочную холщовую сумку или полиэтиленовые пакеты. Не покупая одноразовые пакеты, вы будете способствовать снижению количества бумаги и пластика, попадающих на свалки, а также поможете сократить вырубку лесов.



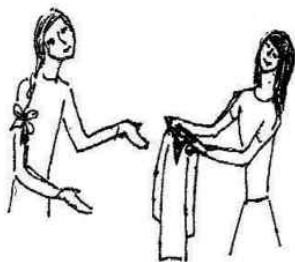
8. Зимой создайте собственный БАНК(у) с хлебными крошками и собственную столовую-кормушку для птиц.



9. Пыльные лампочки пропускают меньше света, чем чистые. Вы можете поддерживать чистоту в доме и экономить энергию, если будете время от времени стирать пыль с лампочек сухой тряпкой, когда они выключены или остыли.



10. Пригодные для использования игрушки, одежду, обувь, другие вещи не выбрасывайте, а отдайте тем, кому они нужны. Устраивайте ярмарки «Вторая жизнь вещей», на которых можно обменять или купить по символической цене одежду, обувь, мебель и т.д. Передавайте ненужные вещи неимущим и бездомным людям. Если вы не знаете таких людей, оставьте ненужные вещи в чистом виде там, где их можно взять. С одной стороны, это сэкономит ресурсы, необходимые для производства этих вещей и исключит связанное с ним загрязнение окружающей среды, с другой — вы поможете обездоленным, не затрачивая ни средств, ни времени.



11. Кипятите в чайнике столько воды, сколько нужно в

данный момент. Этим вы экономите электричество.



12. Берегите хлеб и другие продукты питания, этим вы сохраняете плодородие почвы и уважаете труд людей.



13. Берегите воду. Беспольный расход воды может сделать ее дефицитной даже в нашей, богатой реками и озерами, стране. Особенно важно сберегать чистоту природных вод, чтобы не покупать ее в магазинах. Можно экономить массу воды, если проводить меньше времени в душе и выключать воду, когда намыливаетесь или чистите зубы. Запасы пресной воды на

планете не безграничны! Только чистая вода пригодна и для многих производственных процессов, как в промышленности, так и в сельском хозяйстве.

14. Используйте в быту фильтр для очистки питьевой воды. Приобретите для кухонного помещения вытяжку. Работая, она поглощает продукты неполного сгорания газа и вещества, образующегося при приготовлении пищи.

15. Зимой открывайте шторы и жалюзи на тех окнах, которые выходят на солнечную сторону — это добавит тепла в доме. На ночь закрывайте жалюзи, задерживайте шторы — это поможет тепло сохранить (летом делайте наоборот).

16. Сведите к минимуму потребление предметов одноразового пользования, они очень быстро становятся мусором.

17. Придумайте замену аэрозольным баллончикам (дезодорант, лак для волос, краска, освежитель воздуха и т.д.), в

состав которых входят фреоны — вещества, разрушающие озоновый слой атмосферы.

18. Используйте только те чистящие и моющие средства, которые безопасны для окружающей среды и имеют биоразлагаемый состав. Тем самым вы уменьшите количество токсичных веществ, выбрасываемых на свалку или сливаемых в канализацию.

19. Покупайте одежду, которую можно стирать в домашних условиях. Средства для химической чистки содержат ядовитые вещества, опасные для людей и окружающей среды.

20. Срывайте цветы только у себя на дачном участке.

21. Сажайте деревья и комнатные растения. В процессе фотосинтеза они поглощают углекислый газ и выделяют кислород.

22. Мойте автомашину подальше от водоема, в специально отведенных для этого местах. В целях экономии воды используйте губку и ведро воды, а не шланг.

Экологическое воспитание дошкольников в г. Ханты-Мансийске

Пинигина О.В.,

*главный специалист, Департамент охраны окружающей среды
и экологической безопасности, г. Ханты-Мансийск*

Последние несколько десятков лет наша страна держит ориентир на защиту окружаю-

щей среды, развитие гражданской активности населения в вопросах экологии. За этот пе-

риод в России сформировалось новое образовательное пространство — система непрерывного экологического образования, что послужило стартом для разработок и апробирования разнообразных экологических программ для различных категорий учащихся.

Экологическое образование — не просто одно из приоритетных направлений совершенствования деятельности образовательных систем, оно является основой формирования нового образа жизни, образа здорового, успешного, уверенного в себе человека.

На территории Ханты-Мансийского автономного округа — Югры система всеобщего экологического образования начала свое развитие с 1996 г. Этому предшествовал подготовительный этап, в течение которого была разработана Концепция экологического образования Югры. В этом документе цель общего экологического образования рассматривается как процесс и результат формирования ответственного отношения к природной среде и здоровью человека на основе правовых и нравственных норм, принятых в нашем обществе. В 2004 г. коллегией Департамента образования и науки округа утвержден региональный компонент образовательного стандарта по экологическому образованию в округе.

В настоящее время существует множество программ и техно-

логий, раскрывающих различные теоретические подходы к экологическому образованию. Основное звено в системе непрерывного экологического образования — школа.

Окружающая природа — источник развития не только ума, но и нравственных чувств ребенка. Очень важно вызвать у него положительное отношение к предметам и явлениям природы с самого раннего возраста, поэтому в настоящее время, как никогда, остро стоит вопрос экологического воспитания дошкольников.

Ребенок получает первые эмоциональные впечатления о природе на этапе дошкольного детства. Именно в этот период он накапливает представления о разных формах жизни, прекрасном мире природы, у него формируются первоосновы экологического мышления, сознания, закладываются начальные элементы экологической культуры.

Природа — первый эстетический воспитатель ребенка.

Экологическое воспитание детей дошкольного возраста — это начальное звено, имеющее важное социальное значение для всего общества: в это время своевременно закладываются основы экологической культуры в человеческой личности.

Экологическое дошкольное образование — одно из инновационных направлений педагогики, активно внедряемых в работу ДОУ г. Ханты-Мансийска.

Экологический компонент образования представлен в двух ведущих формах:

- экологическая программа (базовая);
- программа (парциальная) либо раздел базовой программы в рамках дополнительного образования.

За последние три года, как сообщает Комитет по образованию г. Ханты-Мансийска, увеличилось количество кружков для дошкольников по экологическому направлению (рис. 1). Такие кружки функционировали в 84,2% ДОУ города, что на 2,5% больше, чем в 2006 г. (82,3%). Количество ДОУ, внедряющих программы экологического направления в рамках базовой программы, в 2006 г. составляло 82% от их общего числа, тогда как в 2008 г. —

100%. Увеличилось число учреждений, ведущих экологическое образование в рамках парциальных программ: если в 2006 г. таких ДОУ было всего 11 (61,1%), то уже в 2008 г. — 17 (89,4%), т.е. произошло увеличение на 28%.

Отбор в программы представляется на основе ведущих идей естествознания и экологии: единства организма и среды, взаимосвязи живого и неживого, многообразия и изменчивости природы, ее целостности, единства человека и природы. При ознакомлении с природой уточняются, расширяются и систематизируются знания детей с помощью усвоения ими специальных условных обозначений тех или иных проявлений природы. Учебный матери-

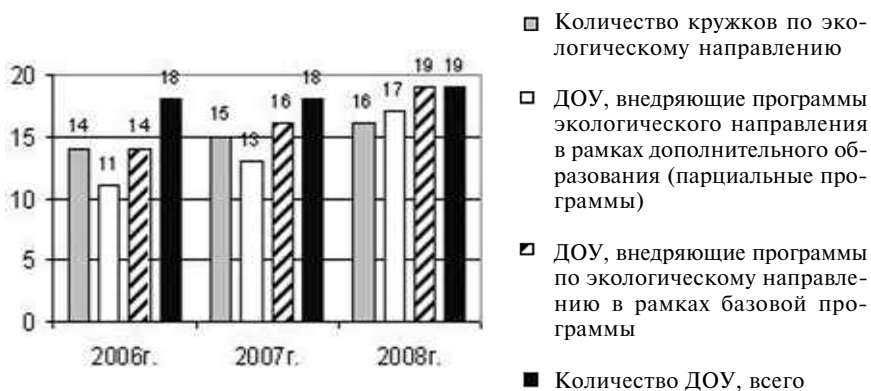


Рис. 1. Количество ДОУ, внедряющих программы по экологическому образованию

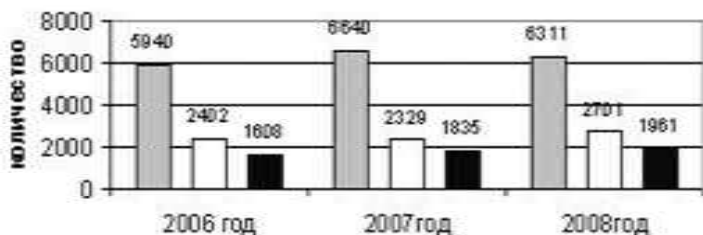
ал изучается с учетом времени года. Особенность программ нового поколения — системность и интеграция различных направлений деятельности, по экологическому образованию в частности.

Основные положения программ и технологий экологического направления предполагают полноценную реализацию личностного потенциала ребенка, основанную на знаниях его психологических способностей.

Одновременно с программами, рекомендованными Министерством образования, пропагандирующими формирование начал экологической культуры, в г. Ханты-Мансийске используются программы регионального уровня, например, Е.В. Гончаровой «Технология экологического образования» и «Экология для

малышей» применяются в работе 12 ДОУ. Региональная программа экологического образования дошкольников ХМАО — Югры «Экология для малышей» направлена на формирование экологической культуры детей дошкольного возраста на основе историко-географических и природных особенностей, традиционного и современного природопользования с учетом особенностей этнических культур.

С каждым годом возрастает охват воспитанников муниципальных ДОУ, вовлеченных в систему экологического образования (рис. 2). В 2006 г. охват дошкольников экологическим образованием составлял 66,9% от общего числа посещающих ДОУ, в 2007 г. — до 78,8%, а в 2008 г., вследствие значительно-го увеличения количества детей



- Всего детей от 1 до 6 лет, проживающих в городе
- Число воспитанников ДОУ
- Число воспитанников, охваченных экологическим образованием

Рис. 2. Охват дошкольников экологическим образованием

в ДОУ города в целом, снизился до 72,6%.

Экологическое воспитание дошколят реализуется за счет разнообразных форм педагогической деятельности: познавательных занятий, тематических прогулок, экскурсий, праздников, труда в природе, экологических выставок, дидактических и подвижных игр, игр-путешествий, чтения природоведческой литературы, организации акций, экологических проектов, конкурсов и прочих мероприятий.

Следует отметить, что экологическое образование, как и другие дисциплины учебного процесса, осуществляется исключительно в рамках системного подхода. В процессе обучения и воспитания приоритетное направление — индивидуальный подход. Занятия проводятся в игровой форме, с учетом индивидуальных и возрастных особенностей детей, в соответствии с принципами экологического воспитания.

В ряде учреждений, например МДОУ № 5, 7, 8, 10, 20, где экологическое образование включено в «сетку занятий», они проводятся в зависимости от учебного плана в среднем не реже 4 раз в месяц, в иных случаях — от 2 до 8 занятий. Так, например, в МДОУ № 8 «Солнышко» их проводит педагог-эколог один раз в неделю в экологической студии, на прогулке, зимнем саду, группе. В целях мониторинга

формирования экологической воспитанности детей педагог-эколог использует диагностические задания Е.В. Гончаровой, Л.В. Моисеевой «Технология экологического образования детей в старшей (подготовительной к школе) группе ДОУ».

Планомерная и систематическая работа по экологическому воспитанию привела к качественным изменениям. В результате работы педагогического коллектива у детей сформировался познавательный интерес к природе, проявляющийся:

- в стремлении познать природу;
- чтении (слушании) книг о природе;
- деятельности по защите природы;
- изображении природы на рисунках, лепке, аппликациях;
- увлечениях, связанных с природой (изготовление поделок).

В качестве признаков, по которым можно судить о пробуждающемся у детей интересе к природе и ее охране, выступают вопросы воспитателю, участие в обсуждении природоохранных тем на занятиях, а также стремление участвовать в деятельности по оказанию помощи природе.

В результате экопедагогического воздействия у ребенка формируется целостный образ окружающего мира, повышается уровень экологической воспитанности, который выражается в качественно новом отношении к природе.

Ежегодно рисунки и поделки дошкольников из природного и бросового материалов на экологические темы экспонируются на различных городских конкурсах и выставках, где ДОУ занимают призовые места. Воспитанники муниципальной системы дошкольного образования принимают активное участие в ежегодных Международных экологических акциях «Спаси и сохрани», проводимых на территории Ханты-Мансийского автономного округа — Югры.

С 2004 г. Международная экологическая акция проходит под эгидой Международной ассоциации «Северный форум» и ЮНЕСКО. Этот проект реализуется в соответствии с государственной стратегией РФ по охране окружающей среды и обеспечению устойчивого развития, утвержденной Указом Президента РФ от 4 февраля 1994 г. № 236, и Концепцией экологической безопасности Ханты-Мансийского автономного округа — Югры на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства автономного округа от 10 апреля 2007 г. № 110-рп. В акции принимают участие более 65 тыс. жителей всех городов и районов автономного округа, а также гости из 18 регионов России и 30 стран ближнего и дальнего зарубежья. Главная цель этого грандиозного мероприятия в том, чтобы наиболее активны-

ми участниками акции становилось подрастающее поколение, в души которого уже попали зерна природолюбия.

Деятельность городских ДОУ по организации экологического образования осуществляется на высоком профессиональном уровне. В учреждениях выделены зоны, созданы центры «Природы и экологии», сформирована предметно-развивающая среда. Проводятся методические и творческие мероприятия, активная пропаганда по вопросам экологического воспитания среди родителей и населения города.

ДОУ активно сотрудничают с педагогическим колледжем в организации конференций и дискуссий на экологические темы: «Экологическая тропа дошкольного учреждения», «Экологическое образование дошкольников сегодня», «Создание предметной развивающей среды в ДОУ». Ежегодно весной родители и воспитанники ДОУ принимают активное участие в акции «Посади свое дерево», организуемой природным парком «Самаровский чугас».

Отношение к природе — важный показатель экологической культуры и здоровья общества в целом. Уверены, что экологическое зернышко, которое мы посеём в детях сегодня, поможет им достичь гармонии с окружающей средой, а значит и с самим собой.

Проблемы медицинского обслуживания детей коренных малочисленных народов Севера, ведущих кочевой образ жизни

Зубов Л.А.,

канд. мед. наук, доцент,
Северный государственный медицинский университет,
г. Архангельск;

Муратова А.П.,

заведующий детской поликлиникой,
Ненецкая окружная больница, г. Нарьян-Мар

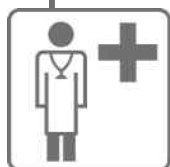
АКТУАЛЬНО

К региональным особенностям Крайнего Севера, оказывающим влияние на здоровье популяции и затрудняющим организацию медицинской помощи, можно отнести:

- суровые природно-климатические условия, обширные территориальные пространства;
- низкий уровень социального и культурного развития малочисленных народов Севера;
- кочевой образ жизни;
- неравномерное развитие сети учреждений здравоохранения в силу географических, демографических и других условий.

Определенный «морфотип» и схожесть функционирования механизмов выживания в экстремальных условиях высоких широт у коренных малочисленных народов Севера учеными были обозначены как циркумполярная этно-биосферная общность коренных народов. К фено-генотипически обусловленным механизмам успешной адаптации коренных народов к экстремальным условиям среды отнесены:

- сбалансированность функциональной активности полушарий головного мозга;
- устойчивость к негативным проявлениям психоэмоционального стресса;



- способность организма, в первую очередь ЦНС, синхронизировать внутреннее время с внешним, а также других эндогенных ритмов с экзогенными;
- импринтирование устойчивости к экстремальным гелиогеофизическим факторам и устойчивости к вдыханию сухого холодного воздуха.

В Ненецком автономном округе (НАО) традиционная отрасль сельского хозяйства представлена оленеводством. Всего в данной отрасли занято 1100 чел., это 2,5% населения округа. Одна треть оленеводов ведут оседлый образ жизни, постоянно проживают на центральных базах, выезжают на работу в тундру сменным (вахтовым) методом. Две трети (около 700 чел.) — ведут кочевой образ жизни. Данная категория оленеводов постоянно проживает в тундре, не имеет оседлого жилья. С семьями в тун-

дре кочуют десятки детей дошкольного возраста (см. табл.), которые выпадают из регулярного диспансерного наблюдения медработниками. В летнее время количество кочующих детей значительно увеличивается за счет приезда в семьи школьников из интернатов на каникулы. Одна из проблем — доступность медицинской помощи в тундре. В случае необходимости оленеводы, кому доступна радиосвязь, могут по рации выйти на сельскую администрацию и вызвать санитарный рейс из окружного центра (полетное время вертолета в одну сторону — около 4 ч).

Часто основным, а порою и единственным способом привлечь кочующее население к проведению диспансеризации, лабораторного, флюорографического и другого обследования, санации, первичной и вторичной профилактики, является празднование дня оленевода,

Таблица

Количество детей, кочующих с родителями в тундре НАО

Возраст	Количество детей
До 1 года	18
1 год	28
2 года	24
3 года	26
4 года	31
5 лет	28
6 лет	31
7 лет	13
Всего	199

когда тундровое население съезжается в одно место. Остаются проблемы с соблюдением календаря вакцинирования, диспансерным наблюдением, дорожными патронажами, наблюдением детей первого года жизни, внебольничными родами.

Диспансеризация тундрового населения должна быть не разовой, единовременной, а постоянно действующей системой. Бригады большую часть года проводят вдали от поселков, не имеют возможности получить квалифицированный совет или медицинскую помощь. Важно не только оказать помощь заболевшему, но и оценить уровень здоровья каждого человека, чтобы профилактическими мерами предупредить развитие сбоев в организме. Бригады снабжены стандартным набором медикаментов для оказания первой помощи. При комплектовании аптек не учитываются дети.

Проблема организации оказания медицинской помощи коренным и малочисленным народам Севера, ведущим кочевой образ жизни, требует серьезных организационных и финансовых решений, поскольку является частью общей проблемы сохранения уникального этноса. Цена охраны здоровья коренного населения в труднодоступных северных территориях должна соответствовать масштабу и важности работы социальной направленности.

В летние месяцы 2002—2008 гг. ассоциация ненецкого

народа «Ясавэй» совместно со специалистами Северного государственного медицинского университета осуществила уникальный проект «Канинский Красный чум», в рамках которого обследованы семьи кочующих оленеводов полуострова Канин. В Канинской тундре в течение 3 мес. обследовано все взрослое и детское кочующее население (398 чел.). Медицинские задачи «Канинского Красного чума» включали:

- исследование уровня здоровья кочующего населения;
- работу по гигиеническому воспитанию;
- прием больных;
- лекарственное обеспечение;
- оказание неотложной помощи;
- разработку рекомендаций по профилактике заболеваний и укреплению здоровья тундровиков.

Обследование детей оленеводов предполагало оценку физического и нервно-психического развития, соматоскопию, объективное исследование внутренних органов, измерение артериального давления, ЭКГ, определение группы здоровья.

По результатам обследования детей дошкольного возраста наибольшую тревогу вызывает значительное распространение ортопедической патологии, желудочно-кишечных заболеваний, нарушений питания. Из 49 обследованных детей данной возрастной группы у 21 ребен-

ка выявлено плоскостопие, а у 6 — нарушения осанки. Заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены у 12 детей (25%). К школьному возрасту доля кочующих детей, имеющих дефицит массы тела, составляет 16%. Из осмотренных детей у 16 были симптомы ксероза (выраженной сухости кожи), у 4 — атопического дерматита. Наличие краевой патологии — гельминтозов (эхинококкоз, дифиллоботриоз, аскаридоз) — также необходимо учитывать при проведении медицинского обследования тундровиков.

В целом состояние здоровья кочующих детей не сильно отличается от показателей здоровья детей, проживающих в поселках. Несмотря на особенности рациона питания (отсутствие свежих овощей и фруктов, молочных продуктов), явные клинические проявления витаминной, минеральной или микроэлементной недостаточности (рахит, анемия) у детей оленеводов выявляются не часто. Очевидно, это компенсируется другими особенностями питания детей в тундре: преимущественно свежая мясная и рыбная пища, «деликатесное» сыроедение, периодическое употребление свежей крови, тундровых ягод (морозики, черники, брусники). Увеличивается число аллергических заболеваний и реакций, что связано с периодическим изменением пищевого стереотипа

(употребление «экзотических» фруктов, консервированных продуктов).

Острые респираторные и кишечные инфекции у детей возникают, как правило, осенью и зимой при появлении контактов с поселковыми жителями (т.е. с изменением окружающего биоценоза).

При изучении особенностей психического развития «тундровичков» сделан вывод, что многие проблемы детей этнических меньшинств возникают из-за рассогласованности между культурно-традиционными и инновационными требованиями к уровню их умственного развития. Личностное развитие детей коренных народов проходит в условиях аномальной психосоциальной ситуации (интернат), и будет в целом ниже, чем у детей, воспитывающихся в семьях. Остро стоит проблема разработки и внедрения психофизиологических критериев адаптации детей, проживающих в различных регионах Севера, с учетом показателей неврологического статуса, основных параметров функционирования вегетативной нервной системы, определения индивидуально-типологических свойств личности и высших мозговых функций.

Для проживающих в тундре детей характерна определенная специфичность высшей нервной деятельности. При применении общепринятых психодиаг-

ностических методик констатируется столь выраженное отставание от нормативных показателей, что приходится говорить о наличии региональной нормы темпов психического развития. Между тем, немногочисленные дети коренного населения, проживающие в лучших социальных условиях, показывают результаты, практически не отличающиеся от результатов обучающихся в тех же условиях детей русскоязычного населения. Общая же ситуация такова, что в большинстве мест проживания народов Севера нет возможности организовать дифференцированное обучение детей с различными трудностями развития. Нет квалифицированных кадров, не разработаны специальные коррекционные программы.

Общество, очевидно, еще не осознало всей специфичности проблемы питания детей коренных северных народов. Не учитывает в ней этногенетических факторов, выявленного учеными так называемого «полярного типа метаболизма», т.е. особого обмена веществ.

Непереносимость коровьего молока у маленьких аборигенов достигает 40—50%. У них иная, чем в других климатических поясах, структура потребности в белках, жирах, углеводах. Определив детей оленеводов в интернаты, их обрекли на европейскую кухню, не только не отвечающую потребностям

организма, далекую от эволюционно обусловленного набора продуктов, но и саму по себе весьма скудную. В связи с этим нами разработаны для детских учреждений технологические основы приготовления северных национальных блюд.

Понять настроение жителей любого уголка и их образ жизни можно через знакомство с их детьми. Характерна крепость семей и их сплоченность, помогающая существовать в суровых условиях, влюбленность в тундру. Дети тундровиков имеют свои отличительные черты. Поражает их самостоятельность с самого раннего возраста. Никому ребенку в городе или поселке родители не дадут, например, острый нож или топор, с которыми свободно обращаются дети в тундре, работая по хозяйству или за обедом.

Дети оленеводов очень наблюдательны: замечают мельчайшие приметы вокруг, хорошо ориентируются в тундре. Им присущи трудолюбие и исполнительность: они не пререкаются с родителями по поводу выполнения той или иной работы или поручений. Дети в семьях дружны. Наконец, они выносливы, любознательны, впечатлительны.

С детьми, живущими в тундре, нельзя строить отношения по тем же принципам, что и с городскими — они совершенно другие. Они менее раскованны в плане общения с посторонними

людьми, каждого из них надо разговорить, настроить на нужный лад. Кстати, они не часто играют и со сверстниками из других семей. Достаточно сложная задача — объединить для совместных игр мальчиков и девочек, учитывая, что отношение к женщине в тундре — специфическое.

Нельзя сравнивать детей оленеводов с городскими детьми и в плане образования: привыкшие к природе, они менее усидчивы в помещении, обладают огромным запасом энергии. С большим интересом дети играют в образовательные и логические игры, с азартом участвуют в конкурсах, спортивных мероприятиях. Ненецкие дети очень любят природу, обладают прекрасными охотничьими навыками, с удовольствием ходят на рыбалку, собирают грибы, ягоды, помогают родителям.

Большая проблема — перевод детей на содержание и воспитание в государственных учреждениях, оторванных от привычной среды, погружение их в новую систему мировоззрения. Эта «цивилизаторская» деятельность по своей сути и результатам оказалась жестким экспериментом. Лишение самостоятельности и отрыв детей — эти и другие бедственные меры явились главными причинами, а не последствиями кризиса. Они разрушили и разрушают фундаментальные основы жизни и важнейшие структуры человеческой

личности. В наибольшей степени это отразилось на поколениях детей, прошедших через принудительную конверсию и не сформировавших механизмы целеобразования и мотивации. Широкомасштабный характер этих мер привел к дефициту психической активности, а это совсем не иждивенчество, хотя внешне эти состояния проявляются сходно. Но первое из них является болезнью, а второе — морально-психологической установкой.

Наша практика работы с кочующим коренным населением НАО свидетельствует о необходимости организационного оформления особого направления медицины — полярной медицины, целью которой является укрепление и сохранение здоровья населения, проживающего и/или работающего в Арктической зоне и прилегающих к Полярному кругу высокоширотных территориях.

Проект «Канинский Красный чум» — это попытка приближения к мировым стандартам, существующим в области экологии, этнологии и промышленного освоения. Поэтому он имеет и социально-политическое звучание. Результаты успешного осуществления проекта нашли поддержку и одобрение со стороны ассоциации коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ, международной организации «Врачи мира».

Мебель для медицинских кабинетов ДОУ

Ахметзянов И.М.,

д-р мед. наук, профессор, Москва

Мировые тенденции производства мебели вообще и медицинской в частности заключаются в широком использовании современных технологичных и практичных материалов — алюминия, стекла и пластика — легких, влагонепроницаемых, ударопрочных и просто красивых. К сожалению, в связи с мировым финансовым и фондовым кризисом сегодня такую мебель могут позволить себе далеко не все лечебные и образовательные учреждения ввиду ее высокой стоимости. Отечественные производители активно ищут компромиссы, осваивая технологии, которые позволяют изготавливать мебель одновременно и недорогую, и соответствующую мировым стандартам качества. Российские предприятия имеют опыт длительного поиска оптимального сочетания цены и качества, приемлемого для нашего здравоохранения и образования.

В частности, отечественная медицинская мебель производится в соответствии с требованиями СанПиН 2.1.3.1375-03 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других

лечебных стационаров», которые регламентируют обязательное проведение влажной уборки в медицинских помещениях не реже 2 раз в сутки. Соответственно эта мебель характеризуется повышенной устойчивостью к воздействию моющих и дезинфицирующих средств, а также к механическим повреждениям.

Используемые российскими предприятиями материалы, такие как алюминиевый профиль, обеспечивающий жесткость и прочность, пластик, придающий легкость и изящество, ламинированная деревостружечная плита (ЛДСтП), гарантирующая водонепроницаемость и ударопрочность, определяют необходимое качество медицинской мебели. Во всех деталях, где применяется ЛДСтП, непроницаемость влаги внутри плиты обеспечена ударопрочной, влагоустойчивой кромкой. Благодаря ей жидкость не попадает внутрь плиты, и ее разбухание исключено. Кроме того, в местах, где вероятность повреждений большая (края дверей, столешниц) кромка имеет 5-кратную толщину, что дает повышенную защиту этих мест от механических повреждений.

Высокие эксплуатационные характеристики, современный внешний вид и приемлемая даже для малобюджетных учреждений стоимость — главные достоинства отечественной медицинской мебели. В качестве примера можно привести характеристику ассортиментного ряда мебели медицинского назначения «ЕЛАМЕД»

(производитель — Елатомский приборный завод), внесенной в государственный реестр изделий медицинского назначения (см. таблицу). Все предметы имеют современный, очень привлекательный дизайн. Они прочные, легкие, удобные и устойчивые к влажной уборке и механическим повреждениям.

Таблица

Ассортиментный ряд медицинской мебели «ЕЛАМЕД»

Наименование	Используемые материалы	Эксплуатационные достоинства
Шкафы медицинские лабораторные ШМЛ-01	Алюминиевый профиль, пластик, стекло	Привлекательные стеклянные двери, выполненные в четырех вариантах прозрачности стекла
Шкафы медицинские для фармацевтических препаратов ШМФ-01	ЛДСтП, пластик, алюминий	Поворотные и навесные полки для раздельного хранения медикаментов, запирающееся на ключ отделение для препаратов класса В, выдвижной стол-полка для манипуляций
Тумбочки кабинетные ТМК-01, лабораторные СТМЛ-01, прикроватные ТМП-01	ЛДСтП, пластик, алюминий	Легкие, снабжены поворотными колесами
Стол медицинской сестры СМС-01	ЛДСтП	Удобная конструкция, предусмотрено место под документацию и персональный компьютер
Стеллажи передвижные и стационарные	Пластик	Стационарные стеллажи сборно-разборные, собираются в любую конструкцию; передвижные стеллажи снабжены поворотными колесами и ручкой, удобны для любых перевозок
Столики-тележки медицинские полимерные СТМП «ЕЛАТ»	Алюминиевый или стальной профиль, пластик	Широкий модельный ряд, высокие нагрузочные характеристики, долговечность

Циклограмма работы медработников ДОУ

Павлова П.А.,

Почетный работник общего образования РФ, заведующий высшей категории, МДОУ – д/с пристра и оздоровления № 7 «Ладушки», г. Междуреченск Кемеровской обл.

Специфика организации лечебно-профилактической работы в детском саду пристра и оздоровления для детей раннего возраста обусловлена деятельностью в двух направлениях: проведение общеукрепляющих мероприятий для всех детей младенческого и раннего возраста, а также индивидуальная медицинская помощь детям из групп риска (часто и длительно болеющие дети, с хронической патологией).

Примерное распределение обязанностей медицинских работников МДОУ выглядит следующим образом.

Врач:

- проводит медицинский осмотр детей;
- назначает соответствующий режим, питание, физические упражнения, способы закаливания, препараты для профилактики заболеваний, время проведения прививок и т.д.;
- дает оценку физического и нервно-психического развития детей, их общего состояния, делает заключение о здоровье ребенка.

Медицинская сестра:

- ежедневно наблюдает за состоянием здоровья детей;
- проводит антропометрические измерения (длина и масса тела, окружность головы и грудной клетки);
- уточняет анамнез, в том числе все острые заболевания, перенесенные ребенком в период, предшествовавший осмотру;
- доводит до сведения воспитателей и родителей информацию о здоровье ребенка и советы врача.

На основе примерного функционала администрацией детского сада определяется организация деятельности медицинского персонала ДОУ. Поскольку врачу и старшей медицинской сестре постоянно приходится выполнять однотипные действия в силу их повторяемости, в МДОУ — д/с № 7 используется циклограмма работы. С детьми, входящими в группы риска, лечебно-профилактическая работа строится по индивидуальным планам, которые составляет врач согласно показаниям.

Годовая циклограмма работы врача и старшей медсестры ДОУ

Месяц	Лечебно-оздоровительные мероприятия	Сотрудники
1	2	3
Январь	Осмотр детей. Антропометрия. Проверка условий хранения продуктов на складе и качества. Хождение детей по мокрым дорожкам. Проверка качества мытья посуды, хранения овощей. Школа матерей. Оформление уголка здоровья «Профилактика простудных заболеваний». Контроль за соблюдением режима дня детей в группах	Врач Старшая медсестра Врач, старшая медсестра Врач Старшая медсестра Врач Старшая медсестра Врач
Февраль	Направление детей из диспансерной группы к специалистам по результатам медосмотра. Контроль за технологией приготовления блюд. Контроль за воздушным режимом в группах. Контроль за обработкой туалета. Индивидуальные беседы с родителями часто болеющих детей	— // — Старшая медсестра — // — — // — Врач
Март	Обследование на энтеробиоз. Маркировка тары и использование ее по назначению на пищеблоке. Контроль за умыванием, мытьем рук. Сбор и обработка грязного белья. Школа матерей	Старшая медсестра — // — — // — — // — Врач
Апрель	Осмотр детей. Антропометрия. Контроль за докармливанием детей. Контроль за подмыванием детей. Проверка качества обработки столов в столовой и мытья посуды. Оформление уголка здоровья «Профилактика кишечных инфекций». Соблюдение режима дня детей в группах	— // — Старшая медсестра — // — — // — — // — — // — Врач

Продолжение табл.

1	2	3
Май	Организация прогулок. Контроль за хранением скоропортящихся продуктов на складе и пищеблоке. Контроль за подбором мебели; засечиванием окон. Контроль за питьевым режимом (в том числе за обработкой чайников). Школа матерей. Соблюдение режима дня детей в группах	Врач, старшая медсестра Старшая медсестра Врач, старшая медсестра Старшая медсестра Врач — // —
Июнь	Организация прогулок Хранение суточных проб на пищеблоке. Отчет за 6 мес. Контроль за обработкой уборочного инвентаря в группах, маркировкой. Оформление уголка здоровья «Солнце, воздух и вода»	Врач, старшая медсестра Старшая медсестра Врач, старшая медсестра Старшая медсестра — // —
Июль	Организация прогулок. Контроль за адаптацией детей. Контроль за мытьем ног после прогулки. Контрольное взвешивание блюд. Школа матерей. Контроль за соблюдением режима дня детей в группах	Врач, старшая медсестра Врач Старшая медсестра — // — Врач — // —
Август	Организация прогулок. Осмотр детей. Антропометрия. Контроль за организацией сна детей. Контроль за соблюдением норм питания и калорийности продуктов. Индивидуальные беседы с родителями вновь поступивших детей	Врач, старшая медсестра Врач Старшая медсестра Врач, старшая медсестра Врач — // —

Окончание табл.

1	2	3
Сентябрь	Анализ состояния здоровья детей диспансерной группы. Антропометрия. Контроль за докармливанием детей. Хождение детей по мокрым дорожкам. Контроль за высаживанием, мытьем рук. Школа матерей. Контроль за соблюдением режима дня детей в группах. Контроль за санитарным состоянием в группах	Врач Старшая медсестра — // — — // — — // — Врач — // — Старшая медсестра
Октябрь	Направление детей из диспансерной группы к специалистам. Контроль за раздачей готовой пищи. Контроль за воздушным режимом, утеплением окон. Контроль за уборкой групповых помещений. Участие в родительских собраниях. Оформление уголка здоровья «Профилактика инфекционных заболеваний». Назначение адаптогенов, витаминотерапия	Врач Старшая медсестра — // — — // — Врач, старшая медсестра Старшая медсестра Врач
Ноябрь	Назначение адаптогенов, витаминотерапия. Контроль за санитарным состоянием пищеблока. Контроль за умыванием, подмыванием. Контроль за хранением детского белья в кабинках. Оформление уголка здоровья «Гепатит»	— // — — // — Старшая медсестра — // — — // —
Декабрь	Анализ заболеваемости за год. Годовой отчет. Контроль за воздушным и температурным режимом в группах, проветриванием. Контроль за соблюдением технологии приготовления блюд. Контроль за обработкой посуды. Школа матерей	Врач Врач, старшая медсестра Врач Старшая медсестра — // — Врач

Забота о здоровье дошкольников – мой долг

Колбина Л.Г.,

старшая медицинская сестра высшей категории, МОУ «Харинская средняя общеобразовательная школа», д/с «Радуга», пос. Харино Гайнского р-на, Коми-Пермяцкий АО Пермского края

Детский сад «Радуга» размещается в типовом благоустроенном кирпичном двухэтажном здании общей площадью 915 м², введенном в эксплуатацию в 1985 г. ДОУ рассчитано на 5 групп, в настоящее время функционируют 3 группы с дневным пребыванием детей (10 ч): раннего возраста (12 чел.), средняя (18 чел.) и старшая (16 чел.), а также 3 начальных класса с группой продленного дня.

В детском саду круглый год проводится витаминизация третьих блюд, дети принимают напиток «Золотой шар», ягоды клюквы, брусники, шиповника, ежедневно получают дополнительный завтрак в виде соков или фруктов.

Общая плотность физкультурных занятий составляет в среднем 85%, моторная — 80%. При взвешивании воспитанников детского сада выявлено, что дети ясельной группы ежемесячно прибавляют в весе на 200—300 г, старшей и средней групп — ежеквартально на 300—500 г. При оценке антропометрических данных и показателей физической подготовленности высокий уровень физического развития отмечен у 55% детей, средний — у 45%.

В течение ряда лет в осенне-весенний период в ДОУ ежедневно проводятся:

- полоскание зева чесночно-солевым раствором;
- полоскание полости рта растворами из эвкалипта и календулы;
- употребление ягод клюквы;
- употребление общеукрепляющих настоев из трав;
- витаминотерапия;
- точечный массаж лица и кистей рук.

В период роста заболеваемости гриппом и ОРВИ организуются специальные мероприятия:

- употребление в пищу лука и чеснока;
- чесночно-луковые «букетики»;
- оксолиновая мазь в нос;
- ингаляция эфирных масел;
- ароматизация воздуха в групповых помещениях маслом Олбас;
- усиленный утренний фильтр, масочный режим для персонала.

Несмотря на неблагоприятные для дошкольников климатические условия, более чем у половины воспитанников отмечается высокий и средний уровень резистентности (отсутствие острых заболеваний за учебный год — у 13%, 1—3 заболева-

ния — у 47%). К часто болеющим детям в 2007/08 уч. г. было отнесено 4 ребенка в ясельной группе, 3 — средней, 4 — старшей. Пропуски по болезни в 2006—2008 гг. находятся на уровне 15—16 детодней на одного ребенка, показатели заболеваемости дошкольников приведены в таблице.

При профилактических осмотрах детей особое внимание уделяется выявлению паразитарных заболеваний. Так, в течение 2007/08 уч. г. в результате плановых осмотров у 3 детей выявлен энтеробиоз, у 11 — педикулез.

С детьми, у которых при медицинском обследовании обнаружено плоскостопие, проводятся специальные упражнения во время физкультурных занятий, утренней гимнастики и гимнастики после дневного сна, а для их родителей — консультации. Перед сном все дети ходят босиком по полу, а после сна — по йодно-солевой дорожке, камушкам, ребристой доске. Такая работа весьма эффективна в дошкольном возрасте. Так, на начало 2007/08 уч. г. в д/с «Радуга» было выявлено 10 детей с плоскостопием. В конце года при повторном обследовании этих детей отмечено улучшение свода

стопы у 8 чел., а у 2 этот диагноз был снят. Медицинской сестрой проводится лечебно-оздоровительный массаж: каждый ребенок ежеквартально получает курс из 10 массажных процедур.

Систематическая работа с воспитателями, детьми и их родителями по пропаганде здорового образа жизни, внедрению методов закаливания, повышению уровня двигательной активности приносит свои результаты. Дошкольники с желанием выполняют все процедуры по закаливанию и оздоровлению. Повысилась активность родителей при проведении мероприятий по гигиеническому воспитанию, они принимают участие в спортивных праздниках и развлечениях.

Здоровый ребенок активен, готов фантазировать и действовать, а задача медицинских работников и педагогов ДОУ — создать на Севере такие условия, которые бы максимально стимулировали инициативу и творчество детей, обеспечивали выбор и самостоятельность в действиях, помогали овладеть навыками физического самосовершенствования и способствовали здоровому образу жизни.

Таблица

Структура заболеваемости детей в 2007/08 уч. г., %

Болезни	До 3 лет	От 3 до 7 лет	Всего
Грипп, ОРВИ	375	171	224
Ангина	33	26	28
Пневмония	17	—	4
Другие	67	18	30

Оздоровительная работа с детьми-ненцами дошкольного возраста

Дроздова И. В.,

воспитатель высшей категории, санаторная школа-интернат № 1,
г. Воркута, Республика Коми

В заполярном городе Воркуте есть островок тепла: государственное оздоровительное образовательное учреждение санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении, — санаторная школа-интернат для детей дошкольного и начального школьного возраста кочевого народа ненцев.

Ненецкие оленеводы-частники полностью сохранили свой национальный уклад жизни, традиции, язык. До сих пор в ненецких чумах дети играют куклами *мухуко*, выполненными из кусочка сукна и утиного (гусиного) клюва, игрушками из дерева *пэську* (волчок), *вэвку* (волчок на нитке), *тырнейку* (палочки).

Своеобразием отмечается и физическое воспитание маленьких оленеводов. Каким должен быть оленевод, если вся его жизнь связана с бескрайней суровой тундрой? Конечно же, выносливым, ловким, сильным, терпеливым к холоду, эмоционально сдержанным.

Педагоги интерната изучили материалы по истории ненецкого народа, его традициям. Про-

вели огромную работу с родителями детей-ненцев. Были организованы командировки в тундру, в чумы воспитанников, где воочию педагоги знакомились с бытом оленеводов-кочевников, традициями воспитания.

Полученный опыт воплощен в рабочей программе по воспитанию и обучению детей дошкольного возраста. В разделе «Физическое воспитание», как и в других разделах программы, учтены национальные особенности детей-ненцев, традиции быта оленеводов, поскольку сохранение и укрепление связи маленьких ненцев как звена в экологической системе тундры с родной природой — одна из главных задач учреждения.

В интернате существует целая система по физическому воспитанию и оздоровлению дошколят. Составлена картотека подвижных игр ненецкого народа и народов Крайнего Севера: *Ертя* («Рыбки»), *Хано 'нимня санарма* (Прыжки через нарты), *Тынзям 'моёпа-ва* (Игра в аркан). Разработаны комплексы утренней гимнастики и гимнастики после сна: *Ламбрэ*

(«Бабочки»), *Ябту* («Гуси»), *Суляко* («Оленята»). Малыши с удовольствием имитируют движения знакомых им животных, бок о бок с которыми живут в тундре. На занятия по физкультуре также развиваются физические умения и навыки, необходимые при кочевом образе жизни.

Тундровый ребенок нелегко переносит длительное пребывание в четырех стенах, ему нужны простор и свобода, поэтому большая часть физкультурных занятий проводится на улице, на участке интерната и в тундре (она у нас под окнами). Маленькие оленеводы с удовольствием принимают участие в физкультурных занятиях, составленных на основе ненецкого эпоса: *Каслание* (Кочевка), *Ярколава* (Ловля оленей), *Ва авкова* (Игра в чуме).

Время занятий проходит быстро. Как живет наш тундровичок вне занятий?

Режим работы с детьми организуется таким образом, чтобы большую часть времени они проводили на свежем воздухе. В режиме предусмотрены прогулки продолжительностью 2 ч и более. Это время позволяет проводить экскурсии и походы в тундру на дальние (до 6 км) расстояния. Дети, попадая в родную стихию, раскрепощаются, получают огромный положительный заряд, что способствует их психологическому благополучию и укреплению здоровья. В тундре у детей-ненцев пробуждается интерес к играм с использованием

физических умений и навыков, необходимых для оленевода. Они с радостью прыгают через кусты, метают на дальность камни и снежки, играют в «олений», преодолевают преграды (ручьи, глубокий снег), распознают следы животных. Вместе с детьми воспитатели в тундре собирают природный материал: камни (нарты, олени), ветки, растения — для обогащения окружающей среды ДОУ и организации традиционного ненецкого физического воспитания.

Оборудование участка интерната также способствует сохранению традиций в физическом воспитании детей ненецких оленеводов: стоит большой чум, в котором есть все национальные атрибуты для самостоятельной двигательной активности — рога оленей, *тынзя* (арканы), *хородка* (ненецкие городки) и т.д. Не забыт блок обучения детей-ненцев современным видам спорта: футболу, хоккею, катанию на коньках.

Надо отметить, что прогулки, экскурсии, походы для дошкольников отличаются не только длительностью, но и тем, что проводятся при любых погодных условиях: дождь, ветер, пурга, мороз до -40°C^* . Все

* На основании документа «Рекомендуемый режим организации прогулок в зимний период времени в условиях Крайнего Севера для детей дошкольного и младшего школьного возраста в МОУ Департамента СК и ДОУ МО «город Воркута», 2005.

это укрепляет организм ребенка-ненца, сохраняет его природные качества кочевника.

Важный аспект системы оздоровления дошкольника — закаливание, которое у нас осуществляется путем:

- умывания и полоскания горла холодной водой;
- хождения в носках и босиком по полу и лестницам без ковровых покрытий;
- прогулок в облегченной одежде и без рукавиц;
- опускания лица и кистей рук без рукавиц зимой в снег на определенное время.

Воспитатели проводят спортивные часы, развлечения, досуговые, праздники на основе традиционных ненецких игр, а также с применением современного физкультурного оборудования: мягких модулей, батута, комплексов «Батыр» и подвижных спортивных игр.

Ежегодно широко отмечается День оленевода. Дети наблюдают гонки на оленьих упряжках в г. Воркуте, в которых участвуют их старшие сестры, братья и родители. Праздник продолжается в интернате. Теперь дошколята встречают гостей и показывают свои умения и навыки в традиционных ненецких забавах: прыжки через нарты, метание *тынзи* (аркана), ловля «оленей».

Оздоровительную работу медицинские работники проводят в тесном контакте с педа-

гогами. В интернате имеется физиокабинет и массажный кабинет. Медицинские сестры из трав, ягод и золотого корня (корня родиолы розовой), собранных в тундре с помощью детей и родителей, готовят фиточаи, отвары, настои, экстракты, оказывающие позитивное влияние на организм ребенка-ненца.

С участием медработников в интернате ежемесячно проводятся Дни здоровья, в ходе которых дети-ненцы получают необходимые знания о своем организме, профилактике заболеваний, использовании тундровых растений в своей жизни в чуме.

Все это в комплексе позволяет сформировать у ребенка-ненца устойчивое понятие о здоровом образе жизни.

Возвращаясь летом домой в тундру, наши воспитанники обогащают традиционный опыт кочевников приобретенными знаниями о современном мире.

Результатом целенаправленной, систематической работы всего коллектива стало снижение заболеваемости детей-ненцев и многократно возросшее доверие родителей. Об этом свидетельствует тот факт, что если в первые годы существования интерната оленеводы привозили к нам только детей школьного возраста, то теперь преобладает число дошкольников.

Анкета подписчиков + лотерея!!!

Дорогие друзья журнала «Медработник ДОУ»!

Вот уже второй год в ваши почтовые ящики доставляют журнал «Медработник ДОУ». Рады сообщить, что в 2009 г. число подписчиков журнала увеличилось более чем в 2 раза!

Редакционную коллегию это обстоятельство очень воодушевляет, но вместе с тем, оно прибавляет ответственности при подготовке каждого номера. В связи с этим мы решили предложить вам анкету-пожелание «Медработнику ДОУ», т.е. всем тем, кто будет готовить для вас новые номера журнала в 2009 г.

Среди подписчиков, заполнивших и приславших анкеты до 31 августа 2009 г., будет проведена лотерея, и 100 победителей получат в подарок продукцию издательства «ТЦ Сфера».

Пожалуйста, ответьте на наши вопросы и отправьте анкету вместе с копией квитанции о подписке на журнал простым письмом по адресу: 129626, Москва, а/я 40 (с пометкой **«Медработник ДОУ»: анкета + лотерея**).

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Почтовый индекс _____

Полный почтовый адрес _____

1. Ваш возраст (подчеркните): 18—25 лет, 25—30, 30—39, 40—49 лет, 50—59, 60—69, старше 70 лет.

2. Ваше образование (подчеркните): среднее специальное; незаконченное высшее; высшее; ученая степень.

3. Место Вашей работы (подчеркните): ДОУ; поликлиника; больница; реабилитационный центр; институт/университет/академия; управление образования/здравоохранения; другое (допишите) _____

4. Ваша должность (подчеркните): медицинская сестра, врач-педиатр или _____ (допишите специальность), руководитель ДОУ, воспитатель ДОУ, административный работник, преподаватель вуза/колледжа, студент, другое (допишите) _____

5. Как долго Вы подписываетесь на журнал «Медработник ДОУ» (подчеркните)? Подписался со второго полугодия 2009 г.; выписываю журнал с первого полугодия 2009 г.; со второго полугодия 2008 г.; с самого первого номера 2008 г.

6. Сколько человек читают вместе с Вами Ваш экземпляр журнала (подчеркните)? Читаю один (одна); один человек; два-три человека; четыре и более человек.

7. Какие разделы и рубрики журнала представляют для Вас наибольший интерес? Укажите степень значимости по 5-балльной шкале (самая высокая — 5):

Разделы и рубрики		Значимость информации
Гигиена	Факторы окружающей среды	
	Режим дня	
	Рациональное питание	
	Физическое воспитание	
	Гигиеническое воспитание	
Педиатрия	Здоровый ребенок	
	Неинфекционные заболевания	
	Инфекционные заболевания	
	Неотложка	
	Реабилитация	
Педагогика	Оздоровительная работа	
	Развитие ребенка	
	Экология	
	Психологическая помощь	
	Педагогическая копилка	
Актуально	Медицинское обслуживание	
	Нормативные и руководящие документы	
	Медицинский кабинет	
	Документация	
	Самообразование	

8. Какие разделы и рубрики Вы хотели бы дополнить, изменить?

9. Публикации на какие темы Вы хотели бы видеть в последующих номерах журнала?

10. Какие материалы из опыта собственной работы Вы можете предложить для публикации в «Медработнике ДОУ»?

11. Укажите другие подписные периодические издания, которые Вы получаете

12. Что Вы хотите пожелать нашей редколлегии?

Благодарим Вас за ответы!

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ»



ПЛОСКОСТОПИЕ У ДЕТЕЙ 6—7 ЛЕТ

Профилактика и лечение

Автор — Лосева В.С.

Обложка, 64 с. Формат 60х90/16

В книге представлены результаты научно-исследовательской работы преподавателей Красноярского медицинского училища и школы № 48 Красноярска по изучению плоскостопия у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Приведен комплекс упражнений по профилактике и лечению плоскостопия, даны рекомендации педагогам, преподавателям, учителям, родителям.

Книга адресована преподавателям, студентам медицинских училищ, учителям школ, работникам дошкольных образовательных учреждений и родителям.



ПРОГРАММА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В КОРРЕКЦИОННЫХ ГРУППАХ

Методическое пособие

Автор — Игнатова О.И. и др.

Обложка, 144 с. Формат 60х90/16

В пособии представлена программа для работы с детьми в ДОУ компенсирующего вида и коррекционных группах. Дано теоретическое обоснование, раскрыты основные разделы, пути реализации поставленных задач. Особое внимание уделяется организации режима дня, питания, прохождению адаптационного периода, содержанию и тематике «занятий здоровья».

В приложение включены тематическое планирование, варианты занятий, игр, упражнений, семинаров в русле программы укрепления здоровья детей с ЗПР.



ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДОУ

Методическое пособие

Автор — Гаврючина Л.В.

Обложка, 160 с. Формат 60х90/16

В пособии на примере комплексной программы «Подари здоровье детям» показано решение проблемы сохранения и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возраста при взаимодействии медиков, педагогов, психологов и родителей.

Приложение содержит конспекты занятий для всех возрастных групп с использованием здоровьесберегающих технологий, приводятся формы организации детской деятельности, анкета для выявления особенностей нервно-психического здоровья и развития детей.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ»

ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ

Для детей от 1 года до 3 лет

Автор — Галанов А.С.

Обложка, 96 с. Формат 60х90/16



В книге, предназначенной для родителей и воспитателей детского сада, даны оздоровительные игры для детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Игры позволяют проводить лечебно- профилактические занятия в веселой, занимательной форме.

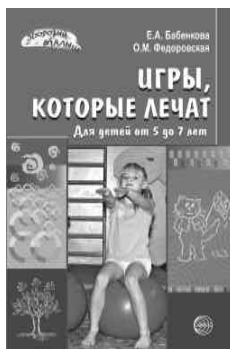
Уважаемые родители! Вы будете играть в наши игры и одновременно лечить вашего ребенка. Каждая игра имеет полное описание по лечебному процессу, которого вы достигните, играя с ребенком. Большое количество игр по каждому виду заболеваний позволяет добиваться лечебного эффекта разнообразными способами и не насчитывает вам и вашим детям.

ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ

Для детей от 5 до 7 лет

Авторы — Бабенкова Е.А., Федоровская О.М.

Обложка, 64 с. Формат 60х90/16



В данном методическом пособии приводятся описания критериев оценки физического и психического здоровья детей старшего дошкольного возраста, разнообразных упражнений и оздоровляющих подвижных игр. Игры и упражнения классифицированы в соответствии с состоянием здоровья, уровнем физического развития ребенка и режимом дня (видом занятий и нагрузкой) и охватывают все разновидности игровой деятельности детей: от простейшей гимнастики до активного отдыха вместе с родителями.

ФИЗКУЛЬТУРА И ПЛАВАНИЕ

В ДЕТСКОМ САДУ

Авторы — Яблонская С.В., Циклис С.А.

Обложка, 112 с. Формат 60х90/16



Материал пособия отражает новые подходы к развитию двигательных качеств и творческого самовыражения дошкольников в двигательной сфере: на физкультурных занятиях — через использование модульного оборудования, на занятиях по плаванию — посредством использования синхронных композиций.

Адресовано преподавателям физической культуры и плавания в дошкольных учреждениях, начальной школе, организаторам кружковой работы, студентам педагогических колледжей, воспитателям, родителям.



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

*Если вы хотите получать в 2009 г. наши журналы
с приложениями, не забудьте подписаться!*

2009 2-е полугодие

Комплект

«Управление ДОУ»
с приложением и журналами
«Методист ДОУ»,
«Инструктор по физкультуре»,
«Медработник ДОУ»,

Рабочие журналы для ДОУ (семь наименований)

Индекс в каталоге		
«Роспечать»	«Пресса России»	
36804	39757	(без рабочих журналов)
«Управление ДОУ» с приложением	82687	
«Управление ДОУ»	80818	
«Медработник ДОУ»	80553	
«Инструктор по физкультуре»	48607	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755
«Воспитатель ДОУ»	58035	
«Логопед» с библиотекой и приложением «Конфетка»	18036	39756
«Логопед»	82686	

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ» и «Пресса России»

с любого месяца в любом почтовом отделении.

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно
заказать их по почте наложенным платежом по адресу:
129626, Москва, а/я 40.

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по E-mail: sfera@cnt.ru; в интернет-магазине: www.tc-sfera.ru

В следующем номере!

У нас в гостях наши коллеги из Санкт-Петербурга

Облучение детей за счет природных источников ионизирующего излучения

Гигиенические требования к качеству питьевой воды

Формирование правильного телосложения у детей

Соматометрия и соматотипирование детей дошкольного возраста

Организация хранения в ДОУ лекарственных средств и изделий медицинского назначения

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2009, № 4

**Научно-практический
журнал**

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор И.М. Ахметзянов

Научный редактор

Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор

И.С. Шиловских

Редколлегия:

И.М. Ахметзянов, А.Ф. Виноградов,
Г.Н. Дегтева, 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

Г.В. Калинина

Художник обложки

О.В. Максимова

Корректор

Т.Э. Балоунова

Фото на обложке

И.М. Ахметзянов

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 07.04.09. Формат 60×90¹/₁₆.

Усл. печ. л. 8. Тираж 9800 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», 2009

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2009

© Т.В. Цветкова, 2009

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 00008