



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного образовательного учреждения



**О новых санитарных правилах
для дошкольных организаций**

**Продукты питания,
благоприятно влияющие
на зрение детей
дошкольного возраста**

**Вакцинация против
ветряной оспы**

**Двигательная подготовка
детей 5–7 лет**

№5/2011

МЕДРАБОТНИК

Дошкольного Образовательного учреждения

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Содержание

2011, № 5 (25)

Редакционный совет	3
Индекс	4
Колонка редактора	5
Гость номера <i>В.В. Голубев</i>	6

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

<i>Степанова М.И.</i> О новых санитарных правилах для дошкольных организаций	12
--	----

Режим дня

<i>Витушкина Л.П., Трофимова М.Н.</i> График приема детей раннего возраста в ДОУ	20
---	----

Рациональное питание

<i>Жильцова Е.Ю.</i> Продукты питания, благоприятно влияющие на зрение детей	22
--	----

Оздоровительная работа

<i>Дубчак О.В.</i> Организация лечебно-оздоровительной работы в ДОУ	27
<i>Беримбаева А.У.</i> Здоровьесбережение дошкольников в условиях ДОУ на комплексе «Байконур»	32
<i>Шаткова Т.А.</i> Сохранение здоровья ребенка: грани взаимодействия	37

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

<i>Частухина Е.А. и др.</i> Дифференциальный диагноз болевого абдоминального синдрома у дошкольника	40
---	----

Инфекционные заболевания*Иозефович О.В.*

Вакцинация против ветряной оспы 52

*Лялина Л.В., Николаевич М.С.*Вакцина Гардасил как средство профилактики
респираторного папилломатоза у детей 56**ПЕДАГОГИКА****Физическое воспитание***Соколкина В.А.*

Двигательная подготовка детей 5—7 лет в семье 62

Психологическая помощь*Дружина Е.Е., Баскакина И.В., Потепалова А.В.*Создание положительного микроклимата
в логопедической группе 70**Педагогическая копилка***Босикова И.А., Левина Г.А.*

Сказка о вкусной и полезной пище 73

АКТУАЛЬНО**Нормативные документы**Санитарно-эпидемиологические требования к устройству,
содержанию и организации режима работы в дошкольных
организациях (СанПиН 2.4.1.2660-10) (продолжение) 78Изменения № 1 к СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-
эпидемиологические требования к устройству,
содержанию и организации режима работы в дошкольных
организациях» (СанПиН 2.4.1.2791-10) 111Письмо от 28.12.2010 № 01/18179-0-23 «О результатах
контрольно-надзорных мероприятий за детскими
организациями в 2010 году» (извлечение) 117**Горжусь профессией своей**

Итоги конкурса Союза педиатров России

«Детский врач 2010 года» 122

Роспотребнадзор сообщает 72**А знаете ли Вы?** 121**Книжная полка** 11, 124**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128

Редакционный совет

Безруких Марьяна Михайловна — академик РАО, д-р биол. наук, профессор, лауреат Премии Президента РФ в области образования, директор Института возрастной физиологии Российской академии образования (Москва).

Виноградов Анатолий Федорович — д-р мед. наук, профессор, декан педиатрического факультета Тверской государственной медицинской академии (г. Тверь).

Горелова Жанетта Юрьевна — д-р мед. наук, зав. лабораторией эпидемиологии питания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Матвеева Нина Александровна — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей гигиены и экологии Нижегородской государственной медицинской академии (г. Нижний Новгород).

Синякова Дина Владимировна — начальник отдела надзора по гигиене детей и подростков Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве (Москва).

Склянова Нина Александровна — д-р мед. наук, профессор, Отличник здравоохранения, Почетный работник общего образования РФ, директор «Городского центра образования и здоровья «Магистр» (г. Новосибирск).

Степанова Марина Исааковна — д-р мед. наук, старший научный сотрудник, зав. лабораторией гигиены обучения и воспитания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Цветков Эдуард Анатольевич — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой оториноларингологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии (Санкт-Петербург).

Шишова Анастасия Владимировна — канд. мед. наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми Ивановской государственной медицинской академии (г. Иваново).

Ямщикова Наталья Львовна — канд. мед. наук, доцент, зав. учебной частью кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Редакционная коллегия

Боякова Екатерина Вячеславовна — канд. пед. наук, старший научный сотрудник лаборатории теоретических основ социологии и психологии художественного образования Учреждения РАО «Институт художественного образования», главный редактор журналов «Управление ДОУ», «Методист ДОУ».

Лебедева Елена Львовна — ст. преподаватель кафедры теории и методики дошкольного образования, зам. декана факультета дошкольной педагогики и психологии ГОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», научный редактор журнала «Конфетка».

Макарова Людмила Викторовна — канд. мед. наук, зав. лабораторией физиолого-гигиенических исследований в образовании Учреждения РАО «Институт возрастной физиологии», главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

Парамонова Маргарита Юрьевна — доцент кафедры теории и методики дошкольного образования ГОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журналов «Воспитатель ДОУ», «Инструктор по физкультуре ДОУ».

Степанова Ольга Алексеевна — канд. пед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ развития профессионального образования, научный редактор издательства «ТЦ Сфера», главный редактор журнала «Логопед».

Цветкова Татьяна Владиславовна — канд. пед. наук, член-корреспондент Международной академии наук педагогического образования (МАНПО), генеральный директор и главный редактор издательства «ТЦ Сфера».

ИНДЕКС

УЧРЕЖДЕНИЯ И АВТОРЫ, УПОМИНАЕМЫЕ В НОМЕРЕ

Указаны страницы, на которых начинаются статьи с упоминанием названия учреждения и фамилии авторов

ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздравнадзора, г. Иваново	40	НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, Москва	12
ГОУ д/с № 1504, Москва	70	Региональное управление комплекса «Байконур» ФМБА России, г. Байконур	32
МДОУ № 45, г. Белово Кемеровской обл.	73	Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва	22
МДОУ № 61, г. Белово Кемеровской обл.	73	Санкт-Петербургский НИИ радиационной гигиены им. профессора П.В. Рамзаева, Санкт-Петербург	56
МДОУ д/с № 12, г. Тавда	37	Санкт-Петербургский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, Санкт-Петербург	56
МДОУ ЦСР — д/с «Белоснежка», г. Новый Уренгой	20	ФГУ «НИИ детских инфекций Федерального медико-биологического агентства России», Санкт-Петербург	52
МДОУ ЦРР — д/с № 1, Белоглинский район Краснодарского края	27		
Московский городской психолого-педагогический университет, Москва	62		
Московский государственный педагогический университет, Москва	6		

Баскакина Ирина Викторовна ...	70	Можаев Александр Васильевич	40
Беримбаева Аккенже Утемагамбетовна	32	Николаевич Михаил Семенович	56
Босикова Ирина Анатольевна	73	Потепалова Алевтина Викторовна	70
Витушкина Людмила Петровна ...	20	Сафронов Борис Григорьевич	40
Волков Игорь Евгеньевич	40	Соколкина Вероника Александровна	62
Голубев Владимир Викторович ...	6	Степанова Марина Исааковна ...	12
Дружина Елена Евгеньевна	70	Трофимова Маргарита Николаевна	20
Дубчак Ольга Владимировна	27	Частухина Евгения Александровна	40
Жильцова Елена Юрьевна	22	Шаткова Татьяна Анатольевна	37
Иозефович Ольга Витальевна ...	52		
Левина Галина Анастасьевна	73		
Лялина Людмила Владимировна	56		

Уважаемые коллеги!

Прежде всего разрешите поздравить вас с Днем воспитателя и всех дошкольных работников, который отмечается 27 сентября. Дошкольный возраст — особенно важный и ответственный период в жизни ребенка, когда формируется личность и закладываются основы здоровья. Дальнейшая судьба каждого ребенка во многом определяется профессионализмом коллектива ДОУ. Ваша уникальная способность раскрывать таланты у своих маленьких воспитанников, развивать у них любознательность, учить трудолюбию, настойчивости, целеустремленности, доброте, отзывчивости и любви к своей Родине вызывает искреннее восхищение. Стремление сохранить и укрепить здоровье детей, сформировать у них бережное отношение к своему организму с самого начала их жизненного пути заслуживает особой благодарности. В ваших руках — будущее России. Спасибо вам за ваш труд!

Гость сегодняшнего номера — Владимир Викторович Голубев — врач-педиатр, кандидат медицинских наук, профессор кафедры медицины и безопасности жизнедеятельности МПГУ, автор учебного пособия «Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста». В его статье речь идет о такой важной проблеме, как цветное оформление помещений ДОУ.

В этом выпуске журнала: ответы на вопросы, касающиеся вакцинации против ветряной оспы; использование вакцины Гардасил для профилактики респираторного папилломатоза у детей; дифференциальный диагноз болевого абдоминального синдрома у дошкольника; продукты питания, благоприятно влияющие на зрение детей; двигательная подготовка детей 5—7 лет в семье и многие другие материалы.

На протяжении всего года не стихают страсти вокруг обсуждения новых санитарно-эпидемиологических правил и нормативов для ДОУ. И нет ничего удивительного, так как этот документ касается не только узких специалистов, работающих в системе дошкольного образования, но фактически затрагивает интересы каждого из нас. Родители мечтают о том, чтобы его ребенок рос здоровым, добрым, счастливым, всесторонне развивался. Именно этим требованиям и должна соответствовать организация деятельности ДОУ. Какие изменения ждут наших дошкольников и их родителей в связи с вступлением в силу новых нормативных документов? Свою позицию по этому вопросу выскажет на страницах нашего журнала доктор медицинских наук Марина Исааковна Степанова. Мы призываем и вас, дорогие читатели, присоединиться к обсуждению и высказать свое мнение.

Главный редактор Л.В. Макарова

Гость номера

Голубев Владимир Викторович

канд. мед. наук, профессор кафедры медицины
и безопасности жизнедеятельности Московского
государственного педагогического университета, Москва

К вопросу о рациональном цветовом оформлении помещений дошкольных учреждений

В системе общегигиенических мероприятий, направленных на улучшение условий пребывания детей в дошкольных учреждениях, важное место занимают вопросы рационального цветового оформления. Как известно, цветовой климат оказывает большое психофизиологическое влияние на организм детей. Оптимально подобранная цветовая среда в значительной степени снижает общее и зрительное утомление, способствует улучшению освещенности помещений, положительно сказывается на эмоциональной сфере детей, формирует эстетический вкус.

В настоящее время установлено, что различные цвета имеют разнообразную эмоциональную окраску. Так, яркие, солнечные, теплые цвета могут возбуждать, радовать, а темные, холодные, насыщенные — угнетать. При долгом нахождении в помещении (а ребенок в ДОУ пребывает не менее 8—10 ч) на ребенка в определенной степени влияет цветовой климат того или иного помещения, что может создавать чувство уюта, бодрости, хороше-

го настроения, тепла или вызывать проявления раннего зрительного и общего утомления, подавленность, депрессивные состояния. Особенно влияет цветовой климат в период адаптации к условиям ДОУ на вновь поступивших детей.

Цветовой климат в дошкольных учреждениях создается чаще всего на базе вкуса оформителя или определяется наличием тех или иных лакокрасочных материалов. При этом в большинстве случаев не учитываются различное психофизиологическое влияние на зрительный анализатор основных характеристик цветowego раздражителя, контрастные взаимоотношения, ориентация помещений.

В действующих нормативных документах по строительству и содержанию дошкольных учреждений нет четких данных о цветовом оформлении помещений и не указывается точное название цветов и способов их получения.

Так, в санитарно-эпидемиологических правилах и нормативах (СанПиН 2.4.1.2660-10), утвержденных постановлением Главного

го государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.07.2010 № 91 указаны лишь общие рекомендации о цветовом оформлении. При этом дается только одна характеристика цвета — коэффициент отражения.

Цвет — это свойство тела вызывать определенное зрительное ощущение в соответствии со спектральным составом отражаемого или испускаемого им излучения.

И. Ньютон установил, что белый солнечный луч содержит в себе семь различных цветов (красный, оранжевый, желтый, зеленый, голубой, синий и фиолетовый).

Схематичное расположение спектра по окружности при добавлении пурпурных тонов, полученных при смешении красных и фиолетовых цветов, представляет собой цветовой круг. Эта составленная гениальным физиком система в виде цветового круга из семи секторов не потеряла значения и в наши дни.

В дальнейшем ученый Г. Гельмгольц установил, что для точной характеристики цвета необходимо учитывать три компонента — цветовой тон (λ — лямбда, нм), насыщенность (Р, %) и яркость (С, %).

Согласно существующей классификации все цвета разделяются на две группы. К первой из них принадлежат ахроматические: белый, серый и черный. Все они характеризуются лишь количеством отраженного света, неодинаковым коэффициентом отраже-

ния. Ко второй группе относятся хроматические — те цвета и их оттенки, которые различаются в радужном спектре.

Ахроматические и хроматические цвета существенно отличаются друг от друга. Так, если оценка первых дается по одному признаку — их яркости или светлоте, то вторым присуще не одно, а несколько качеств.

К числу основных характеристик каждого хроматического раздражителя относится цветовой тон, определяемый длиной волны. Воспринимаемая человеческим глазом часть видимого спектра составляет излучение с длиной волны от 380 до 760 нм. По длине волны видимый спектр условно разделяют на три участка. К первому относятся длинноволновые цвета (красный, оранжево-красный, оранжевый), ко второму — средневолновые (желтый, желто-зеленый, зеленый и голубовато-зеленый) и к третьему — коротковолновые (голубой, синий, фиолетовый).

Вторая характеристика цвета — насыщенность или чистота (Р, %), зависящая от степени «разбавления» спектрального цвета белым. Чем больше «примесь» белого, тем светлее становится основной цвет. Примером гаммы одинакового цветового тона, но различной насыщенности может служить неравномерно выгоревшая на солнце цветная материя или бумага.

Наконец, третьей характеристикой считают яркость хро-

тического цвета, зависящую от падающего на окрашенный объект общего светового потока.

Таким образом, цвета измеряются по трем основным характеристикам: цветовому тону, насыщенности и яркости. Первые две являются качественными параметрами, а третья — количественным показателем.

Первичный процесс восприятия цвета связан с колбочками — прибором дневного цветового зрения. Если на орган зрения падают одновременно раздражители всех длин волн, в нем возникает ощущение белого цвета. Если в пучке света преобладает группа раздражителей определенных длин волн, возникает ощущение хроматического цвета, соответствующего доминирующей длине волны. Основы современной теории цветового зрения установил М.В. Ломоносов, позже она была дополнена Т. Юнгом и Г. Гельмгольцем. Согласно ей, световоспринимающие рецепторы сетчатой оболочки глаза воспринимают три основных цвета — красный, зеленый и синий, а их определенное сочетание дает восприятие миллионов цветов и их оттенков.

Исследованиями установлено, что наиболее выраженное стимулирующее воздействие на функциональную способность зрительного анализатора, уменьшая зрительное и цветовое утомление и повышая уровень устойчивости хроматического и ахроматическо-

го зрения, оказывают цвета средне-волновой зоны спектра и близкие к ним в направлении длинно- и коротковолновой частей (в области 590—495 нм).

Особое влияние этих средне-волновых излучений на орган зрения и ЦНС связывают с характером спектральной чувствительности зрительного анализатора. Как известно, максимум яркости в солнечном спектре и максимум чувствительности глаза падают на зону спектра с длиной волны $\lambda = 556$ нм, т.е. на желто-зеленую область. Поэтому в зрительно-нервном аппарате под действием средневолновых раздражителей усиливаются явления возбудимости, повышаются функциональная способность и уровень хроматического и ахроматического зрения. Для ориентировочной оценки коэффициента отражения, о котором сказано в СанПиН 2.4.1.2660-10, следует иметь в виду, что оранжево-желтый цвет отражает 40—70% световых лучей, желтый — 40—60, зеленовато-желтый — 50—58, желтовато-зеленый 40—50, зеленый, зеленовато-голубой — 35—40, голубой — 40—45%.

На основании изучения влияния цветов на зрительный анализатор были выделены три их группы, которые могут быть использованы при цветовом оформлении.

Первая группа — оптимальная, составляющая основу в системе цветового оформления. Она

включает цвета средневолновой части спектра, которые характеризуются слабой насыщенностью и высоким коэффициентом отражения (светлота). К этой группе относятся цвета с насыщенностью не более 40% и коэффициентом отражения не менее 40% (оранжево-желтые, желтые, желто-зеленые, голубовато-зеленые, зеленовато-голубые, голубые, белые и серые). Эти цвета с учетом ориентации помещений могут быть использованы для окраски основных поверхностей (стены в приемной, раздевальной, групповых комнатах, в зале для гимнастических занятий, цвет штор, окраска мебели и пр.).

Ко *второй группе* относятся субоптимальные цвета, предназначенные для окраски отдельных частей поверхностей, когда требуется сделать акцент на определенный цветовой тон с целью улучшения различения предметов. Эта группа включает цвета с чистотой в пределах от 32 до 60% и коэффициентом отражения не менее 30%. Группа содержит цветовые оттенки: красные, красно-оранжевые, оранжево-желтые, желтые, желто-зеленые, голубые, синие, фиолетовые, пурпурные и серые. Они могут быть использованы для окраски мебели, подбора покрывал, отдельных элементов интерьера.

Наконец, в *третью группу* входят предупреждающие цвета, предназначенные для окраски оборудования, где требуются ука-

зания об опасности. Эта группа содержит цвета с чистотой от 40% и выше, с неограниченным коэффициентом отражения. В нее входят, помимо вышеуказанных, черный и флуоресцентные цвета (цвет маркировки мебели, ограждений, электрощитов и пр.).

При решении вопроса цветового оформления дошкольных учреждений надо учитывать физиологическое влияние цветов на зрительный анализатор, поскольку высокая степень насыщенности (выше 40%) действует утомляюще на зрительную и общую работоспособность. Вместе с тем высокий коэффициент отражения (не менее 40%) создает благоприятные условия для работы зрительного анализатора. Наряду с учетом физиолого-гигиенических и физических свойств цветовых раздражителей при цветовом оформлении следует учитывать также психологическое влияние цвета и эстетические факторы.

Психологи выделили общие закономерности влияния отдельных цветов на психическое и физиологическое состояние. Одни цвета активные, т.е. действуют возбуждающе (оранжевый, красный, желтый и все их оттенки), а другие пассивные, они не только успокаивают нервную систему (светлые оттенки розового, зеленого, голубого), но и влияют угнетающе, вселяют тревогу (фиолетовый, темно-коричневый, черный).

Таблица

**Рекомендуемая гамма цветов для цветового
оформления основных помещений дошкольных
общеобразовательных учреждений**

Помещение	Цвет			
	стены	потолок	мебель	занавески
Раздевальная	Светло-зеленый, светло-голубой, желто-зеленый	Светлый (белый)	Бежевый, светло-зеленый, светло-коричневый	Голубой, желтый, светло-зеленый, белый
Групповая (игровая)	Голубовато-зеленый, желто-зеленый	—//—	Бежевый	—//—
Спальня	Бледно-голубой, бледно-зеленый, бледно-розовый	—//—	Бежевый, светло-коричневый	Голубой, светло-зеленый, светло-розовый
Зал для музыкальных и физкультурных занятий	Бледно-желтый, бледно-розовый, бежевый	—//—	Бежевый, светло-зеленый, светло-серый	Желтый, светло-розовый, бежевый

Известный психоневролог В.М. Бехтерев утверждал: «Умело подобранная гамма цветов способна благотворнее воздействовать на нервную систему, чем иные микстуры».

Выше представлена таблица, которая поможет правильно подобрать цветовую гамму для помещений дошкольных учреждений. Она не только соответствует требованиям СанПиН 2.4.1.2660-10, но в ней также учитываются современные сведения по данной проблеме.

Важно учитывать, что при ориентации окон на юг, юго-восток, юго-запад используют холодные цвета со сравнительно высоким

коэффициентом отражения (выше 50%): светло-серые, светло-зеленые, зелено-голубые, светло-голубые. Если окна ориентированы на север, северо-восток, северо-запад — используют «теплые» цвета с высоким коэффициентом отражения: оранжево-желтые, желтые, желтовато-зеленые.

Литература

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы для ДОУ (СанПиН 2.4.1.2660-10). М., 2011.

Голубев В.В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: Учеб. пособие для студ. дошк. фак-тов высш. пед. учеб. заведений. М., 2003.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги по оздоровительной работе в ДОУ



СПОРТИВНЫЕ ИГРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Автор — Громова О.Е.

В книгу включены разнообразные игры с детьми: подвижные групповые и командные игры, соревнования-поединки, спокойные игры и игры народов нашей страны. Разработаны методические рекомендации к проведению игр, критерии выбора и организационные требования.

БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ Методическое пособие

Автор — Шорыгина Т.А.

В пособии представлены беседы, посвященные здоровому образу жизни — утренней зарядке, закаливанию, подвижным играм на свежем воздухе в любое время года, солнечным и воздушным ваннам. Новые сказки, стихи и загадки автора делают материал пособия увлекательным и доступным для детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Вопросы и задания призваны активизировать память и внимание, развить логическое мышление и речь ребенка. Материалы пособия могут использоваться при коллективной и индивидуальной форме обучения. Пособие адресовано учителям, родителям, гувернерам и воспитателям.

ПРОГРАММА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В КОРРЕКЦИОННЫХ ГРУППАХ

Авторы — Игнатова О.И. и др.

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 конкретной направленности в русле программы укрепления здоровья детей с ЗГПР. Адресовано воспитателям, методистам, психологам ДОУ, родителям, а также студентам педагогических вузов и колледжей.



Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cnt.ru, **по тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05

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

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс и обратный адрес**
и заказать **бесплатные каталоги** издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».

О новых санитарных правилах для дошкольных организаций

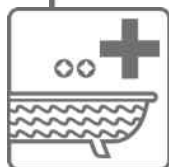
Степанова М.И.,

*д-р мед. наук, старший научный сотрудник,
заведующий лабораторией гигиены обучения
и воспитания, Научно-исследовательский
институт гигиены и охраны здоровья детей
и подростков НЦЗД РАМН, Москва*

С 01.10.2010 вступили в действие новые санитарные правила СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.07.2010 № 91. А в феврале 2011 г. вступили в силу утвержденные к ним Изменения № 1 от 20.12.2010 (СанПиН 2.4.1.2791-10). Эти документы введены вместо действовавших с 2003 г. СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-гигиенические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений».

Причин для пересмотра прежних санитарных правил (2003) накопилось немало, они описывали требования только к ДОУ общеразвивающего вида, что, конечно, ограничивало их использование для дошкольных учреждений других видов. За последние годы появились новые виды ДОУ и новые формы организации дошкольного воспитания (группы предшкольной подготовки на базе общеобразовательных учреждений, учреждений дополнительного образования, семейные дошкольные группы и др.). Сменилась и парадигма дошкольного образования: совсем недавно обновлено «Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении», утверждены федеральные государственные требования к структуре общеобразовательной программы дошколь-

ГИГИЕНА



ного образования. За последние годы вышли и другие нормативные документы, касающиеся вопросов жизнедеятельности детских садов (по пожарной и антитеррористической безопасности), произошли изменения в деятельности службы Роспотребнадзора (появились новые нормативные документы — технические регламенты, прекращено оформление санитарно-эпидемиологических заключений).

Одно из принципиальных отличий новых от действовавших ранее санитарных правил касается области их применения. В новые санитарные правила включены требования, относящиеся ко всем видам дошкольных учреждений, включая учреждения коррекционной направленности и новые организационные формы дошкольного образования: семейные, домашние, корпоративные детские сады, дошкольные мини-центры, группы кратковременного пребывания и предшкольной подготовки, дошкольные образовательные группы на базе школ, центры игровой поддержки ребенка и др. Это нашло отражение как в названии санитарных правил, так и в структуре документа — основные его разделы дополнены новыми.

Впервые представлены требования к дошкольным организациям и группам для детей,

имеющих недостатки в физическом и умственном развитии, группам кратковременного пребывания, семейным дошкольным и иным подобным им видам дошкольных организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности.

Среди существенных отличий новых СанПиНов — исключение «избыточных» норм. Теперь они не содержат требования безопасности, профилактики травматизма, т.е. требования, не являющиеся ни гигиеническими, ни санитарно-эпидемиологическими и, следовательно, не подлежащие контролю со стороны санитарного надзора. В частности исключены требования, запрещающие использование двухъярусных кроватей, требования к отделке полов, ограждению светильников, высоте ограждения территорий, ограждению лестниц, расстояниям между элементами ограждений и др.

В разряд исключенных попали и требования к максимальной наполняемости дошкольных групп. Новые санитарные правила предлагают определять количество детей в дошкольных группах общеразвивающей направленности исходя из площади групповой (игровой) — для ясельных групп не менее 2,5 м² на одного ребенка, в дошкольных группах не менее 2,0 м² на од-

ного ребенка (п. 1.10). К этому следует добавить, что новая редакция п. 4.10 существенно снижает регламент площади на одного ребенка, поскольку при вычислении размера групповой теперь учитывается площадь, занятая мебелью (в прежней редакции ее вычисление следовало проводить без учета мебели и ее расстановки). Поскольку это требование относится только для общеразвивающих групп, возникает вопрос: аналогично ли следует вычислять этот показатель для детей, посещающих группы коррекционной направленности? Появление данных регламентов носит открыто административный характер, не имеет научно обоснования, а точнее противоречит ему. Расчет минимально необходимой площади групповой без учета мебели приведет к ликвидации развивающей среды — игровой, художественно-эстетической, оздоровительной, резко снизит возможности для двигательной активности и самостоятельной деятельности детей, увеличит риск их травматизации. Новые требования определения наполняемости дошкольных групп уже открыли «зеленую улицу» превышению установленных ранее нормативов групповой наполняемости, несмотря на то что строительство и планировка дошкольных учреждений уже мно-

гие десятилетия ведутся из расчета установленных ранее нормативов в образовательных учреждениях. Немаловажно — внесенные в СанПиН изменения вступают в прямое противоречие с действующим постановлением Правительства РФ от 12.09.2008 № 666 «Об утверждении Типового положения о дошкольном образовательном учреждении», имеющем более высокую, по сравнению с санитарными правилами, юридическую силу. Противоречие заключается в том, что в п. 32 постановления зафиксирована предельная наполняемость группы в зависимости от конкретных установленных норм для каждого вида групп, разделенных по возрасту, а новейшие изменения СанПиН 2.4.1.2660-10 устанавливают зависимость наполняемости группы от площади помещения групповой (игровой).

Наличие научно обоснованных данных показывает достоверную взаимосвязь наполняемости дошкольных групп и состояния здоровья детей, что дает основание рассматривать этот показатель как один из индикаторов санитарно-эпидемиологического благополучия, поскольку имеются данные о том, что превышение ранее установленной наполняемости дошкольных групп сопровождается неблагоприятными изменениями здоровья и самочув-

ствия детей: увеличиваются их утомляемость, степень невротизации, ухудшается психоэмоциональное состояние, снижается общая резистентность организма. Подтверждением значимости этого показателя для санитарно-эпидемиологического благополучия детей в ДОУ служит Письмо от 28.12.2010 № 01/18179-0-23 «О результатах контрольно-надзорных мероприятий за детскими организациями в 2010 г.», подписанное Главным государственным санитарным врачом РФ Г.Г. Онищенко (см. с. 117—121, *ред.*). Среди основных нарушений в нем указывается переуплотнение в группах.

Нет сомнений, что увеличение численности детских групп негативно отразится на качестве образовательных услуг, а индивидуальный подход к развитию каждого ребенка станет практически невозможен.

Впервые санитарными правилами предусмотрена норма, согласно которой использование помещений дошкольных учреждений не по назначению не допускается (п. 1.14). Согласно этому требованию помещения групповой должны использоваться только для игровой и образовательной деятельности детей, спальня — для организации их сна, физкультурный зал — для проведения оздоровительных занятий и праздников и т.д. Од-

нако это весьма рациональное требование приходит в противоречие с новейшей редакцией пп. 11.4—11.6, из чего следует, что в минимально необходимый набор помещений для размещения групп кратковременного пребывания наряду с групповой попали и физкультурный и актовый залы. Размещение детских групп кратковременного пребывания в указанных выше залах не только не обеспечит минимально необходимые условия для размещения этих групп (отсутствие подводки воды, санитарных узлов), но лишит остальных детей, посещающих это учреждение, необходимых условий для проведения физкультурно-оздоровительных занятий. Так, например, при наличии типового физкультурного зала площадью 50 м² количество детей в группе может быть увеличено до 25 чел., что противоречит и «Типовому положению о ДОУ» и постановлению № 88 Минтруда РФ «Об утверждении нормативов по определению численности персонала, занятого обслуживанием дошкольных учреждений (ясли, ясли-сады, детские сады)» (21.04.1993). Предельная наполняемость групп в дошкольном учреждении, как следует из постановления, составляет 10 детей в возрасте до 1 года, 15 детей в возрасте от года до 3 лет и 20 детей в возрасте

свыше 3 лет. Если обратиться к зарубежному опыту, соотношение количества детей и педагогов в детских садах многих европейских стран, в США, как правило, намного более выгодное, чем в России: 1 педагог на 10—15 детей. Примером того может служить приказ от 28.12.2010 № 2108 «Об использовании помещений групповых ячеек государственных образовательных учреждений, реализующих основную общеобразовательную программу дошкольного образования», выпущенный Департаментом образования Москвы, — в городе, где не самая худшая ситуация с очередями в ДОУ. В этом приказе руководителям дошкольных учреждений предлагается «рассмотреть возможность использования новых форм дошкольного образования (в том числе групп кратковременного пребывания) в помещениях, не являющихся групповыми ячейками и имеющих площадь, достаточную для таких форм работы».

Изменения № 1 к санитарным правилам устанавливают более либеральные требования к разделу санитарных правил, касающихся групп кратковременного пребывания, семейных дошкольных и иных подобных им видов дошкольных организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. Например, согласно внесен-

ным изменениям, допускается совмещение в одном туалетном помещении туалета для детей и персонала с оборудованием их персональными горшками для каждого ребенка, а для детей в возрасте 5—7 лет персональными сидениями на унитазах.

В разряд «избыточных» попали требования, касающиеся одежды детей, проведения оздоровительной и лечебной работы в дошкольных группах.

Взамен требований к медицинскому обеспечению и оценке состояния здоровья детей сформулированы требования к гигиеническим и противоэпидемическим мероприятиям, проводимым медицинским персоналом в дошкольных организациях в целях профилактики возникновения и распространения инфекционных и пищевых отравлений. Теперь данные требования описывают, какую работу должен выполнять медицинский персонал для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия детей в период их пребывания в дошкольных организациях. Это, конечно, не следует расценивать как сужение функциональных обязанностей медицинского персонала и отказ от проведения оздоровительной работы с дошкольниками. Выполнение оздоровительной работы (в том числе выбор медицинского оборудования и медикаментов для медицинского кабинета дош-

кольного учреждения) находится в компетенции органов здравоохранения и не подлежит регламентации со стороны службы Роспотребнадзора.

Из новых СанПиНов изъяты требования, касающиеся оборудования игровых площадок в ясельных группах, инвентаря для игр и физкультурных занятий на открытом воздухе, изъят перечень дезинфицирующих средств. Исключены требования к оборудованию и инвентарю физкультурного зала, бассейна и спортивных площадок, оборудованию для закаливания детей. Перечисление примеров может быть продолжено.

Новое звучание приобрели требования, определяющие необходимость получения санитарно-эпидемиологического заключения на все виды оборудования, материалы, игрушки и другие предметы, закупаемые и используемые в ДОУ.

Санитарно-эпидемиологические заключения на перепланировку здания ДОУ, строительные и отделочные материалы в настоящее время отменены. Согласно вступлению в силу Соглашения таможенного союза по санитарным мерам и решениям Комиссии таможенного союза от 18.11.2010 № 456 «О внесении изменений в нормативные акты Комиссии таможенного союза в области применения санитарных мер», были

отменены санитарно-эпидемиологические заключения, в связи с чем контроль за их безопасностью теперь осуществляется исключительно в порядке производственного контроля администрацией ДОУ и органами, производящими закупки. Исключено требование о необходимости санитарно-эпидемиологического заключения на песок для песочниц и ежемесячное проведение исследований песка в теплый период года. Теперь ответственность за соответствие песка гигиеническим нормативам по паразитологическим, микробиологическим, санитарно-химическим, радиологическим показателям возлагается на руководителя детского сада, а порядок контроля песка при закупках и последующее использование не регламентируются.

Взамен требования о наличии санитарно-эпидемиологического заключения на строительные и отделочные материалы появилось новое, согласно которому они должны быть безвредными для здоровья детей. Это означает, что можно использовать любые материалы, безвредные для здоровья детей, имеющие гладкую поверхность и устойчивые к моющим и дезинфицирующим средствам, в том случае если покрытые ими поверхности подлежат влажной уборке и дезинфекции. Аналогичную редакцию

в СанПиН 2.4.1.2660-10 появилось требование о том, что в ДОУ используют игрушки, безвредные для здоровья детей и отвечающие гигиеническим требованиям к товарам детского ассортимента, которые могут быть подвергнуты влажной обработке (стирке) и дезинфекции.

Согласно новым правилам, прием пищевых продуктов и продовольственного сырья в дошкольные организации осуществляется при наличии документов, подтверждающих их качество и безопасность. Взамен санитарно-эпидемиологического заключения в настоящее время качество и безопасность продуктов и продовольственного сырья подтверждают:

- удостоверение качества предприятия-изготовителя (на конкретную партию продуктов);
- декларация о соответствии предприятия-изготовителя (на конкретный вид пищевых продуктов);
- свидетельство о государственной регистрации (для пищевых продуктов, подлежащих государственной регистрации).

В разделах, посвященных организации питания детей, обновлены требования к технологическому и холодильному оборудованию пищеблока, оборудованию моечной обменной тары, а также к режиму обработки и дезинфекции кухонной посуды и оборудованию пищеблока.

Среди новых требований — установленный запрет на использование любых пищевых продуктов, принесенных из дома и не имеющих документов, подтверждающих их качество и безопасность. Это прежде всего относится к проведению развлекательных мероприятий, празднованию дней рождений воспитанников, когда угощение детей, как правило, обеспечивают родители.

Если раньше ответственность за соблюдение требований безопасности тех или иных товаров или услуг с руководителем ДОУ разделял орган, выдававший санитарно-эпидемиологическое заключение, теперь вся ответственность за это возложена на администрацию ДОУ. При этом порядок гарантий безопасности в таких случаях не определен правилами и, следовательно, вопрос решается руководителем ДОУ.

Среди значимых новых нормативов — продолжительность инсоляции групповых и физкультурных площадок дошкольных учреждений, которая должна составлять не менее 3 ч не менее чем на 50% территории каждой площадки, что весьма актуально, учитывая практику точечной застройки территории, нередко приводящую к нарушениям инсоляции участка ДОУ.

Появилась новая норма — удельный норматив площади

теневого навеса на участке ДОУ в зависимости от численности детей (не менее 2 м^2 на одного ребенка) и вместе с тем минимально допустимая его площадь сокращена до 30 м^2 вместо прежних — не менее 40 м^2 .

Ранее действовавшие санитарные правила ограничивали размещение групповых ячеек не выше второго этажа. Согласно новейшей редакции, групповые ячейки для детей раннего возраста располагают на первом этаже, для детей от 3 до 5 лет — не выше второго, а для детей от 5 до 7 лет размещение групповой ячейки допускается теперь и на третьем этаже.

Функциональные размеры приобретаемой и используемой детской мебели для сидения и столов (обеденных и учебных), согласно новой редакции санитарных правил, должны соответствовать обязательным требованиям, установленным техническими регламентами или (и) национальными стандартами.

В отличие от прежних, в новых санитарных правилах температура воздуха в помещениях ДОУ нормируется в зависимости от возраста детей и назначения помещений. Изменены требования к организации проветривания помещений. В групповых и спальнях (кроме IА, IБ, IГ климатических подрайонов) следует обеспечи-

вать естественное сквозное или угловое проветривание. Появилось требование о допустимой скорости движения воздуха в основных помещениях (не более $0,1 \text{ м/с}$). Впервые введено положение о том, что концентрация вредных веществ в воздухе помещений с постоянным пребыванием детей (групповых, игровых, спальнях, комнатах для музыкальных и физкультурных занятий и др.) не должна превышать ПДК для атмосферного воздуха населенных мест.

Изменения коснулись требований к оборудованию живых уголков, согласно которым размещение аквариумов, животных, птиц в групповых помещениях теперь не допускается. Также введено требование о том, что корма для животных следует хранить в местах, недоступных для детей.

В терминологии глав 12, 13 согласно Изменениям № 1 понятие «занятие» заменено на термин — «непосредственно образовательная деятельность». В 12 главе, при сохранении фактических показателей образовательной нагрузки, предложен новый регламент — максимально допустимый недельный объем образовательной нагрузки и продолжительность непрерывной непосредственно образовательной деятельности.

График приема детей раннего возраста в ДОУ

Витушкина Л.П.,
медицинская сестра;

Трофимова М.Н.,
старший воспитатель МДОУ ЦРР – д/с «Белоснежка»,
г. Новый Уренгой

После ознакомления с материалами статьи «Адаптация без слез» (Медработник ДОУ. 2010. № 7) О.В. Вяткиной и Л.М. Бояршиновой, представивших систему мероприятий по адаптации детей раннего возраста, проводимых коллективом МДОУ № 71 г. Перми, хотели бы поделиться собственным опытом, который, возможно, будет интересен педагогам и медицинским работникам дошкольных учреждений (особенно районов Крайнего Севера, где прием детей в группы начинается с сентября).

Целесообразность проведения перечисленных мероприятий в адаптационный период, обозначенных в статье, — очевидна. Общепринятая система приема детей, существующая до недавнего времени и в нашем детском саду (когда педагоги принимали детей в составе 15 чел., в течение трех месяцев, с сентября по декабрь), не облегчала, а скорее затрудняла период процесса адаптации:

— нарушалась организация игр-занятий;

— установившийся психоэмоциональный климат группы расстраивался;

— задерживался выход родителей на работу.

В связи с вышеперечисленным, обозначилась медико-психолого-педагогическая проблема, повлекшая за собой необходимость пересмотра существующей системы адаптации и выявления недостатков. Возникла необходимость работать, а затем апробировать новый график приема детей, позволяющий ввести всех детей в группу, в количестве 15 чел, с сокращением срока адаптационного периода.

До введения нового графика с родителями будущих воспитанников проводились встречи в «Педагогической гостиной», беседы и анкетирование.

В сентябре начался прием детей по новому графику.

Мы делали акцент на то, чтобы принять в группу всех детей (15 чел.) в течение двух недель. При этом были учтены все основные принципы адаптации:

- деление на подгруппы в зависимости от психоэмоционального состояния детей;
- неполное пребывание ребенка в начальный период адаптации (2—3 ч, возможно пребывание с мамой);
- гибкий режим пребывания ребенка в детском саду;
- сохранение в первые 2—3 недели имеющихся у детей привычек.

С первого дня 12 вновь поступивших детей мы разделили на четыре подгруппы по 3 чел. Прием каждой подгруппы осуществлялся в определенные временные периоды (когда ребенок более расположен для общения — в утренние, дневные или вечерние часы).

В течение четырех дней у каждого ребенка этих подгрупп была возможность находиться в группе в разное время дня, что способствовало его привыканию к различным режимным моментам.

Затем использовался дифференцированный подход, график корректировался, определились три группы привыкания:

I группа — дети, в поведении которых определяющей является потребность в общении со взрослыми и сверстниками, интересующимися играми, легко воспринимающими расставание с близкими в первые же дни;

II группа — дети, у которых отношение к взрослым и детям избирательное, настроение неустойчивое, при расставании с близкими они плачут, но через некоторое время успокаиваются, переклюаются на игры;

III группа — дети, у которых безразличное отношение к сверстникам, отсутствие близких вызывает тревогу, беспокойство, плач, постоянное ожидание родных.

Во вторую неделю приема детей график корректировали ежедневно. Переводили детей с позитивными эмоционально-поведенческими реакциями с вечерних часов на утреннее время, постепенно увеличивая время пребывания в группе и получая возможность принимать вновь поступающих детей.

До конца второй недели мы приняли всех детей списочного состава группы раннего возраста.

Эффективность внедрения данного графика сказалась:

- на благоприятной адаптации детей;
- сокращении срока адаптационного периода до одного месяца;
- организации игр-занятий по подгруппам уже с 1 октября;
- социальной значимости для родителей;
- дальнейшей социализации детей раннего возраста.

Продукты питания, благоприятно влияющие на зрение детей

Жильцова Е.Ю.,

канд. мед. наук, врач высшей категории, доцент кафедры офтальмологии педиатрического факультета, Российский государственный медицинский университет им Н.И. Пирогова, Москва

Организация рационального полноценного питания детей в дошкольном возрасте во многом зависит от родителей, их представлений о питании, а также от возможностей дошкольных учреждений, посещаемых детьми. Многие ученые-офтальмологи, педиатры, гигиенисты неоднократно обращали внимание в своих исследованиях на роль неадекватного, нерационального питания в развитии заболеваний глаз и их осложненного течения у детей.

Питание ребенка должно быть сбалансированным, т.е. содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов.

Белки, являясь наиболее важной составной частью нашего организма, служат для построения тканей организма и оказывают огромное влияние на функцию ЦНС. При их недостатке рост и развитие ребенка замедляются, он более подвержен различным заболеваниям. Белки, попадая в желудок, а затем в кишечник ребенка, под действием пищеварительных соков расщепляются на аминокислоты, являющиеся пластическим материалом для различных органов. Белки по своему происхо-

ждению делятся на животные и растительные, а по значению для организма — на полноценные и неполноценные. Мясо, рыба, молочные продукты содержат полноценный животный белок.

Мясо в рационе питания должно быть представлено в виде говядины, нежирной свинины, кролика, кур, цыплят, индейки. Кроме белка, мясо содержит микроэлементы — железо, магний, цинк, а также витамины — А, группы В.

Рыба — полноценный источник белка, а также витаминов группы В, D и минеральных веществ — фосфора.

Растительные белки содержатся в бобовых культурах (горох, фасоль, бобы) и также должны присутствовать в питании детей.

Жиры — составная часть нашего организма, один из основных источников энергии, откладываются в виде прослойки под кожей и между внутренними органами. Различные жиры, как и белки, неодинаково полноценны, это зависит от их химического состава и содержания в них витаминов. Жиры имеются в продуктах животного и растительного происхождения, содержат необходимые для детского организ-

ма компоненты: Омега 3 — полиненасыщенные жирные кислоты, ПНЖК Омега 3 — важная составная часть биологической мембраны клеток организма. От свойств мембран зависят различные процессы жизнедеятельности организма: передача сигналов между нервными клетками, эффективность работы мозга, сердца, состояние сетчатки глаз. ПНЖК Омега 3 оказывают общеукрепляющее, антиоксидантное, противовоспалительное, иммунокорректирующее действие.

Множество исследований доказывают важность Омега 3 для развития детского мозга. Жирные кислоты включаются в мозговые клетки и сетчатку глаза в течение последних трех месяцев беременности, и этот процесс продолжается в течение первого года жизни. В этой связи присутствие ПНЖК Омега 3 в составе питания становится своеобразным стандартом продукта, необходимого для укрепления здоровья.

Животные жиры содержатся во многих продуктах например, в молоке, мясе. Растительные жиры находятся в маслах, получаемых из семян многих растений: подсолнечника, оливы, орехов. В рацион питания ребенка необходимо включать различные сорта морских рыб: сельдь, лосось, тунец, скумбрия, сардины.

Льняное и соевое масла — основные растительные источники ПНЖК Омега 3.

Потребность организма в **углеводах** очень велика и связана с большой подвижностью ребенка. Углеводы находятся в продуктах

питания в виде сахара, крахмала и клетчатки. Самый ценный углевод — сахар легко усваивается. Крахмал по своему строению более сложный, чем сахар, углевод. Клетчатка еще хуже усваивается организмом, но присутствие ее в пище необходимо, так как она способствует продвижению пищи по кишечнику, выведению из организма вредных веществ.

Кроме белков, жиров и углеводов пища должна содержать минеральные вещества.

Микроэлементы — составные компоненты биологически активных веществ участвуют в обменных процессах в организме. Главная особенность минерального обмена у детей — несоответствие поступления в организм и выведения из него минеральных веществ. Рост и развитие ребенка требуют их интенсивного поступления. Особо востребованы «нашими глазами» калий, цинк, кальций.

Калий снабжает кислородом кровеносные сосуды глаз, контролирует их состояние. Он содержится в меде, бананах, печенке картофеля, растительном масле.

Если ваш ребенок стал плохо видеть в темноте, шурится, хотя нет явных нарушений зрения, проверьте, как у него обстоят дела с цинком. Цинк помогает глазам адаптироваться к яркому свету, участвует в работе сетчатки, поддерживает нормальный уровень витамина А. Высокое содержание этого микроэлемента находится в морепродуктах (креветки, устрицы), сельди, печени, мясе, грибах, зерновых (отруби, проросшие

зерна пшеницы, хлеб грубого помола), орехах (кедровые, семена тыквы, кунжута). Он лучше усваивается из мясных продуктов, чем из растительной пищи, фитиновая кислота растений связывает его и мешает всасываться в тонком кишечнике.

Кальций — основной строительный материал для наружной оболочки глазного яблока; он также необходим для нормального функционирования мышц, участвует в процессах кроветворения, повышает сопротивляемость организма к токсинам и инфекциям, оказывает противовоспалительное действие. Кальций всегда находится в союзе с другим микроэлементом — фосфором.

Продукты, содержащие одновременно кальций и фосфор, — яблоки, зеленый горошек, цельные зерна пшеницы, свежие огурцы, все виды капусты, особенно цветная, сельдерей, салат, редис, творог, белые сыры.

Наиболее богаты кальцием молочные продукты, в которых он содержится в виде соединений с белком, поэтому хорошо усваивается организмом. Кальций, содержащийся в продуктах растительного происхождения, усваивается хуже, поскольку находится в них в виде труднорастворимых соединений.

Особое внимание хочется обратить на **витамины**. Их значение было открыто русским ученым Н.И. Луниным, доказавшим первоочередную роль недостатка витаминов в развитии тяжелых заболеваний организма. Для зрения особое значение имеют витамины А, группы В, С, D, РР.

Витамин А — наиболее востребованный для глаз. Запасы его в организме незначительны, а способность накапливаться в детском организме ниже, чем у взрослых. Из витамина А осуществляется синтез родопсина — вещества, необходимого для нормального функционирования сетчатки, хороших зрительных функций. Недостаток его приводит к ухудшению зрения в сумерках.

Витамин А содержится только в продуктах животного происхождения — рыбий жир, молочные продукты, сливочное масло, творог, сыр, яичный желток, жир печени, сердца, мозга. Однако в организме человека (в кишечной стенке и печени) витамин А может образовываться из некоторых пигментов, называемых каротинами, которые широко распространены в растительных продуктах. Наибольшей активностью обладает α -каротин (провитамин А), содержащийся в рябине, абрикосах, шиповнике, черной смородине, облепихе, желтых тыквах, арбузах, в красном перце, шпинате, капусте, ботве сельдерея, петрушке, укропе, кресс-салате, моркови, щавеле. Витамин А лучше всасывается и усваивается в присутствии жиров, устойчив при тепловой обработке, но разрушается в присутствии кислорода.

Витамин С — аскорбиновая кислота, в тканях глаза его содержится значительно больше, чем в крови. Это защищает сетчатку глаза от губительного воздействия ультрафиолетовых лучей. Витамин С оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, иммуностимулирующее, антиоксидантное дей-

ствие. Этот витамин широко распространен в природе. Богаты этим витамином капуста, болгарский перец, брокколи и брюссельская капуста, шпинат, зеленый лук, помидоры, цитрусовые, шиповник, смородина. Витамин С неустойчив, быстро разрушается при высокой температуре и доступе воздуха. Правильное замораживание, квашение, сушка, консервирование сохраняют его в большом количестве.

Диетологи отмечают огромное влияние на состояние органа зрения витаминов группы В — тиамина, рибофламина и пиридоксина. Они влияют не только на сам глаз (клетки сетчатки), но и на центры головного мозга, ответственные за восприятие зрительных ощущений.

Витамин В₁, или тиамин (витамин «бодрости духа»), участвует в синтезе белков и жиров, улучшает проведение нервного импульса. Содержится в нежирной свинине, печени, почках, картофеле, крупах (пшениной, овсяной, гречневой), хлебе (ржаном и цельнозерновом), бобовых растениях (зеленый горошек).

Витамин В₂, или рибофлавин (витамин «двигатель жизни»), важен для нормального функционирования органа зрения, является мощным антиоксидантом (блокирует токсическое действие свободных радикалов), участвует в обмене белков, жиров, углеводов, способствует синтезу зрительного пурпура, обеспечивает хорошее центральное и цветовое зрение, повышает способность глаза к адаптации в темноте вместе с витамином А, оказывает экранирующее влияние

(защищает глаз от УФО). Содержится в печени, почках, твороге, сыре, шиповнике, цельном молоке, бобовых растениях (зеленый горошек), мясе, крупах (гречневой, овсяной), хлебе из муки грубого помола, шпинате.

Витамин В₆, или пиридоксин (витамин «антидепрессант»), входит в состав биологически активных веществ (ферментов), являющихся пусковыми факторами жизненно важных реакций организма, участвует в синтезе нейромедиаторов (к которым относится и «гормон счастья» — серотонин). Содержится в печени, почках, птице, мясе, рыбе, бобовых растениях, дыне, крупах (гречневой, пшениной, ячневой), перце, картофеле, хлебе из муки грубого помола, гранате.

Витамин В₁₂, или цианкобаламин (витамин «руководитель большой стройки»), отличается от всех вышеуказанных витаминов тем, что содержится только в продуктах животного происхождения. Активно участвует в синтезе белка, способствует росту и восстановлению тканей, необходим для нормального функционирования нервной ткани. Содержится в печени, почках, мясе, рыбе, сыре.

Витаминами группы В также богаты пивные и пекарские дрожжи, проростки зерновых культур, орехи.

Витамин РР (ниацин, никотиновая кислота) входит в состав ферментов, участвующих в клеточном дыхании и обмене белков, регулирующих высшую нервную деятельность. Основными источниками витамина РР служат мясо, печень, почки, яйца,

молоко, хлебные изделия из муки грубого помола, крупы (особенно гречневая), бобовые, грибы.

Витамины группы D (кальциферолы) — это несколько соединений (эргокальциферол — D₂, холекальциферол — D₃), близких по химической структуре и обладающих способностью регулировать фосфорно-кальциевый обмен. Витамин обеспечивает всасывание кальция и фосфора в тонкой кишке, реабсорбцию фосфора в почечных канальцах и транспорт кальция из крови в костную ткань.

В растительных продуктах витамина D практически нет. Больше всего его содержится в некоторых рыбных продуктах (рыбьем жире, печени трески, сельди атлантической, нототении), а также в яйцах, молоке, сливочном масле, он присутствует в грибах, крапиве, тысячелистнике, шпинате.

Потребность в витамине D частично удовлетворяется за счет образования его в коже человека под влиянием ультрафиолетовых лучей.

Хочется также остановиться на важных для нормальной жизнедеятельности глаза **биологически активных веществах**.

Лютеин и зеаксантин относятся к группе каротиноидов, содержание их в сетчатке обеспечивает качество зрительной работы и длительное активное функционирование. Антоцианозид и флавоноид восстанавливают светочувствительные зрительные клетки, способствуют образованию родопсина, повышают остроту зрения при низкой освещенно-

сти. Они оказывают противовоспалительное, антиоксидантное действие, улучшают состояние сосудистой стенки, реологические свойства крови (снижают тонус сосудистой стенки, уменьшают тромбообразование), стимулируют процесс биосинтеза белка.

Среди главных продуктов для зрения, содержащих эти питательные вещества, — черника. Кроме каротина в ней содержится множество других полезных для глаз веществ: антиоксиданты из группы биофлавоноидов, бор, марганец, медь, титан, хром и др. И не удивительно, ведь она не только усиливает остроту зрения, в том числе и сумеречного, но и способствует увеличению поля зрения, уменьшает усталость глаз. Известно даже, что во время Второй мировой войны в ежедневное меню английских пилотов обязательно входила эта ягода.

Ликопин нейтрализует свободные радикалы — агрессивные соединения, которые могут повредить клетки организма. Наряду с другим каротиноидом, лютеином, способен защищать сетчатку глаза от воздействия ультрафиолетовых лучей. Источником ликопина являются помидоры, томатный соус, кетчуп, томатный сок, сладкий красный перец, арбуз, папайя, любые фрукты и овощи красного цвета. Ликопин легче усваивается организмом из овощей, подвергнутых тепловой обработке.

Знания о правильном питании детей и желание претворить их в жизнь — вот основа полноценного развития ребенка, сохранения зрительных функций на всю жизнь.

Организация лечебно-оздоровительной работы в ДОУ

Дубчак О.В.,

старшая медсестра МДОУ ЦРР – д/с № 1,
Белоглинский район Краснодарского края

Охрана и укрепление здоровья — одно из приоритетных направлений нашего детского сада, поэтому вопросам оздоровительной работы мы уделяем особое внимание. На каждую группу по результатам медосмотров разработан и заполняется паспорт здоровья, где дети распределены по группам здоровья, даны рекомендации медицинских работников. Уровень физического развития и состояние здоровья детей в каждой группе в начале учебного года анализируются воспитателем совместно со специалистами детского сада, намечается система оздоровительной работы на год. Для выявления индивидуальных особенностей каждого ребенка воспитателями

ведется и анализируется разработанная для этих целей документация: лист здоровья; лист педагогических наблюдений на занятиях физическими упражнениями и после них, где фиксируются реакция ребенка на физические нагрузки и степень его утомляемости, психологическая анкета, отражающая состояние психического здоровья детей.

Лечебно-оздоровительная работа осуществляется через организацию закаливающих и общепрофилактических мероприятий. Основная цель — предупреждение и снижение острой и хронической заболеваемости. Для закаливания воспитанников в детском саду используются факторы внешней среды (рис. 1).

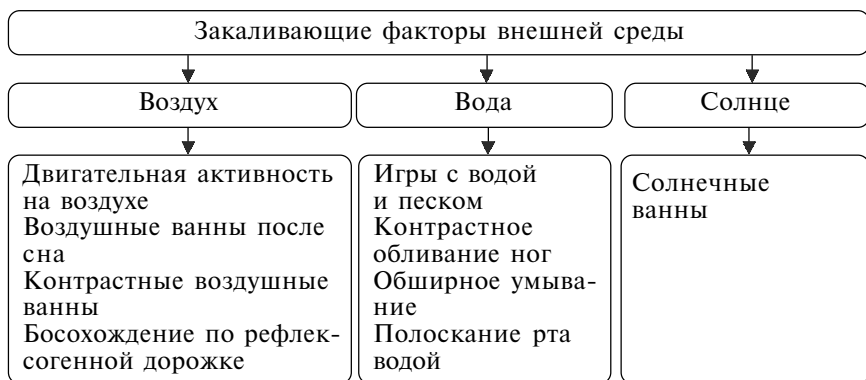


Рис. 1. Организация закаливающих мероприятий

Данные факторы и средства закаливания используются в детском саду как отдельно, так и комплексно, но главное — соблюдается индивидуальный подход, учитываются рекомендации врача-педиатра. Лечебно-оздоровительная работа также осуществляется по назначению врача и под постоянным контролем медицинского персонала в строгой индивидуальности и соответствии с состоянием ребенка (рис. 2).

Лечебно-оздоровительные мероприятия проводятся на основании лицензии на самостоятельное осуществление медицинской деятельности, которая позволила нам включить в перечень услуг физиолечение, вакцинацию, массаж, оказание доврачебной и врачебной помощи.

В нашем детском саду проводится вакцинация в рамках календаря профилактических прививок от инфекционных заболеваний: гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, паротита.

С-витаминизация готовых блюд — одна из основных профилактических мер. В условиях массовых поливитаминозов, охватывающих практически весь набор необходимых детскому организму витаминов, одна лишь С-витаминизация недостаточна. Наиболее эффективным средством улучшения витаминного статуса и профилактики витаминозов является прием поливитаминных препаратов профилактического значения (ревит, гексавит, ундевит, пиковит и т.д.) в течение всего зимне-весеннего периода. Дополнительная поливитаминизация в первую очередь проводится ослабленным детям и перенесшим инфекционные, острые респираторные, острые кишечные заболевания, а также детям, у которых, как правило, выявляется значительный дефицит витаминов. В период распространения ОРЗ дополнительная поливитаминизация проходит в основном в зимне-весенний период. Проведение дополнитель-

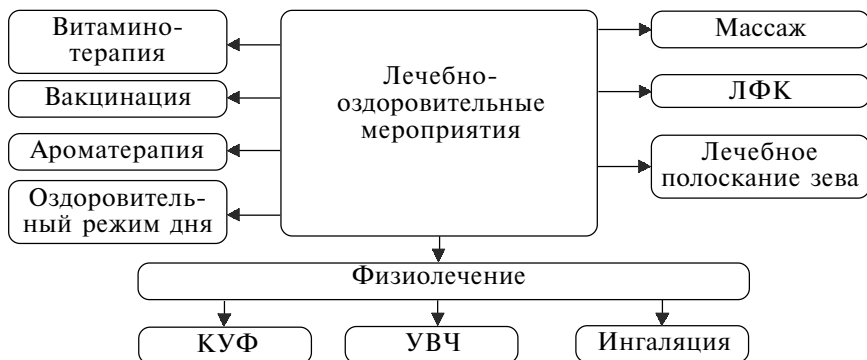


Рис. 2. Организация лечебно-оздоровительных мероприятий

ной длительной витаминизации снижает заболеваемость детей.

Лечебно-профилактическое использование ароматических веществ, эфирных масел и других средств ароматерапии позволяет улучшить качественный состав микрофлоры верхних дыхательных путей, уменьшить микробную обсемененность кожи и патогенность глубокой и поверхностной аутофлоры воспитанников. Ароматерапия осуществляется в виде массажа, ингаляции, ароматизации помещений. Для ароматизации воздуха небольшие травяные подушечки с листьями мяты, Melissa, лепестками роз, лаванды помещаются индивидуально в кроватку. В период реабилитации после перенесенных заболеваний, стрессовых ситуациях (адаптация к детскому саду) в группах выставляются вазы с букетом базилика, мяты, Melissa, душицы, лаванды. С целью дезинфекции помещения, очистки воздуха добавляются в воду вместе с другими моющими средствами эфирные масла герани, кипариса, пихты, розы, чайного дерева. Мята, лаванду, шалфей вдыхают в столовой во время приема пищи.

Наблюдения за воспитанниками в детском саду в течение многих лет выявили, что от хорошего состояния слизистых поверхностей носа и глотки зависят память, внимание, трудоспособность, умение сосредоточиться. Поэтому в качестве профилактического и оздоровительного средства используется фитонцидное масло (луково-чесночное). Слизистая носа, смазанная этим фитон-

цидным маслом, имеет отрицательный заряд, и вирус отталкивается, не внедряется в организм. Масло обладает бактерицидными свойствами и благотворно влияет на слизистую оболочку носа, используется в периоды предупреждения вирусной инфекции (осень — весна).

Систематическое полоскание зева оптимизирует процесс оздоровления с разных сторон, так как проводится в игровой форме с использованием элементов ауто-тренинга.

Необходимо оптимизировать двигательную активность дошкольников, имеющих нарушения здоровья, что достигается организацией целенаправленных и своевременных занятий лечебной физкультурой, проводимых инструктором по физической культуре. Подбрав упражнения в соответствии с показаниями врачей, исправляются и уменьшаются недостатки физического здоровья воспитанников. Лечебная гимнастика — наиболее эффективное средство реабилитации. Только активными упражнениями исправляются дефекты осанки — частой причины серьезных функциональных нарушений. Физические упражнения благотворно влияют на развитие дыхательного аппарата: повышаются жизненная емкость легких, максимальная легочная вентиляция, а также бронхиальная проходимость. Благодаря систематическим физическим упражнениям сердце ребенка увеличивается в объеме, повышается его тонус, утолщаются

мышечные волокна, что способствует развитию выносливости. Поэтому основными задачами ЛФК в детском саду являются:

- содействие воспитанию координации движений, суставно-мышечного чувства;
- создание условий для эмоционального благополучия;
- укрепление мышц и совершенствование координации движений;
- коррекция имеющихся нарушений опорно-двигательного аппарата, органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Придавая значимость двигательной активности, своих воспитанников мы приобщаем к самостоятельной деятельности, ими освоены и успешно проводятся различные виды массажа под руководством воспитателя и медицинской сестры. В течение дня разнообразные виды массажа распределены в оздоровительном режиме и проводятся в игровой форме, что благоприятно воздействует на психоэмоциональную устойчивость, физическое здоровье, повышает функциональную деятельность организма.

Сохранению системности и целостности здоровьесберегающей деятельности в ДОУ способствует регулярное введение в режим разнообразных гимнастик, способствующих укреплению организма ребенка, предупреждению отклонений в физическом развитии, также развивающих у детей самостоятельность, активность, умение заботиться о своем здоровье, творчество и фантазию.

Пальчиковая гимнастика повышает функциональную деятельность головного мозга, тонизирует организм.

Дыхательная гимнастика укрепляет и оздоравливает организм, развивает дыхательную мускулатуру, улучшает функции нервной и сердечно-сосудистой систем, повышает сопротивляемость организма к простудным и другим заболеваниям.

Восстановительная гимнастика обеспечивает быстрый и комфортный переход ребенка от одного вида деятельности к другому, повышает умственную и мышечную работоспособность, предупреждает появление переутомления.

Звуковая гимнастика стимулирует функции речедвигательного аппарата и слухового анализатора, регулирует дыхание.

Во второй половине дня проводится гимнастика после дневного сна в сочетании с контрастными воздушными ваннами, что помогает поднять настроение, мышечный тонус, а также обеспечивает профилактику нарушений осанки и плоскостопия. В основе этой гимнастики лежит учет имеющегося у детей двигательного опыта. Длительность проведения гимнастики — 7—15 мин. Организуя гимнастику пробуждения в детском саду, необходимо соблюдать принцип постепенного подъема детей под звуки музыки, вызывающей положительные эмоции. Основные компоненты гимнастики:

- разминка в постели и самомассаж;

- упражнения игрового характера;
- самостоятельная гимнастика;
- музыкально-ритмическая гимнастика.

Не менее важен и гибкий оздоровительный режим дня, разработанный в ДОУ, предусматривающий вариативность всех режимных моментов и сохраняющий общую продолжительность основных компонентов. Он включает стереотипно повторяющиеся оздоровительные и профилактические мероприятия, перечисленные ранее, которые объединены игровым содержанием и названы «Минутками здоровья». Режим дня строится с учетом индивидуального подхода в зависимости от сезона и погодных условий. В нашем ДОУ разработаны режимы дня не только на теплый и холодный периоды, но и в течение карантина, казенное время, внедрен гигиенический режим.

Работа с родителями строится на основе анкетирования и бесед, позволяющих определить социальный статус семьи, тактику работы с различными категориями.

Главное в работе с родителями — формировать активную позицию в воспитании и оздоровлении ребенка, преодолеть равнодушие и безразличие к тому, что делается в дошкольном учреждении.

С этой целью в уголках для родителей в каждой группе выставляется обширная информация от медицинского и педагогического персонала: рекомендации по профилактике гриппа в период эпидемии, одежде детей в группе

и на воздухе, правильной организации выходных и праздничных дней, закаливанию дошкольников в домашних условиях и др.

Из опыта работы нашего детского сада можно сделать следующий вывод: использование в оздоровительной работе средств физического воспитания, закаливания и ряда других немедикаментозных средств оздоровления дало свои положительные результаты. Анализ показателей заболеваемости дошкольников выявил тенденцию к ее снижению; это связано не только с возрастом детей, но и оздоровительной работой. Снизилась заболеваемость простудными заболеваниями на 0,5%; пропуски одного ребенка по болезни, по сравнению с 2008 г., уменьшились на 2 дня.

Все подходы к оздоровлению детей оказались обоснованными, но наиболее эффективно применение комплекса мер, включающих как обязательный компонент систематическое контрастное воздушное и водное закаливание, длительные двигательные, преимущественно циклические, нагрузки умеренной интенсивности, приводящие к устойчивому поддержанию аэробного обмена веществ. Остальные способы являются вспомогательными и встроены в систему обучения ребенка рациональной физической культуре.

Результаты диагностики показали, что организованная таким образом воспитательно-образовательная и лечебно-оздоровительная работа положительно влияет на развитие детей.

Здоровьесбережение дошкольников в условиях ДОУ на комплексе «Байконур»

Беримбаева А.У.,

главный специалист-эксперт отдела санитарно-гигиенического
надзора регионального управления комплекса «Байконур»
ФМБА России, г. Байконур

Согласно исследованиям специалистов, 60% болезней взрослых заложены в детстве. Если 25 лет назад рождалось 20—25% ослабленных детей, то сейчас число физиологически незрелых новорожденных утроилось. Каждый четвертый ребенок дошкольного возраста болеет в течение года более четырех раз.

Количество дошкольников с хронической патологией увеличилось в два раза, а детей, не имеющих отклонений в состоянии здоровья, снизилось до 5—6%. В настоящее время 50% детей дошкольного возраста имеют функциональные отклонения, ведущие среди них — нарушения ОДА, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, аллергические проявления. Каждый третий ребенок имеет сниженную остроту зрения. Только 10% детей приходят в школу абсолютно здоровыми.

Учитывая вышеизложенное, в детских садах нашего города начался поиск эффективных мер, направленных на оздоровление детей. Был составлен перспектив-

ный план работы, включающий различные ее формы по здоровьесберегающим технологиям. С целью осуществления эффективного индивидуального подхода к каждому ребенку, в соответствии с его природными особенностями, прошел «устный журнал» по теме «Динамика развития двигательных навыков у детей 3—7 лет». «Как научить ребенка чувствовать свое тело и владеть им, получая от этого удовольствие и радость»? Отвечая на этот вопрос, педагоги делились опытом своей работы.

Первостепенные задачи инструктора по физической культуре — научить ребенка владеть своим телом, получать от этого удовлетворение и радость, познакомить его с максимальным количеством видов спорта, помочь найти и приобщиться к тому из них, который бы наилучшим образом соответствовал его темпераменту, физическим способностям, задаткам и интересам.

В результате этого осуществляются самооздоровление и за-

каливание детского организма. В феврале проведен городской семинар-практикум на тему «Подари здоровье детям». Его результатом явилось издание каталога с нестандартным оборудованием. Также на семинаре инструктор по физической культуре детского сада № 22 рассказала о необходимости занятий с детьми дыхательной гимнастикой, которая учит правильно дышать, служит профилактикой простудных заболеваний. К сожалению, дети не гарантированы от различных заболеваний верхних дыхательных путей, ОРВИ. В этом случае главная задача состоит в быстрейшем восстановлении организма. Инструктор по физической культуре детского сада № 17 поделилась опытом по профилактике нарушения осанки и плоскостопия. Немаловажное значение имеет поддержание интереса к проводимым занятиям, профилактическим и оздоровительным мероприятиям. Дети должны знать цель этих занятий и стремиться к достижению положительного результата — улучшить здоровье, осанку, походку, форму стопы.

Важно отметить, что оздоровительную гимнастику после дневного сна в детских садах проводят в игровой форме. Это позволяет создать положительный эмоциональный фон, вызвать повышенный интерес к оздоровительным процедурам. Кроме того, принимая определенный

игровой образ, дети лучше усваивают технику выполнения упражнений. Общая продолжительность оздоровительной гимнастики после дневного сна составляет не менее 12—15 мин и проводится по следующей схеме:

- гимнастика в постели;
- упражнения, направленные на профилактику плоскостопия и нарушений осанки;
- дыхательная гимнастика;
- индивидуальная работа, водные процедуры.

Пока дети спят, воспитатель создает условия для контрастного закаливания детей: готовит «холодную» комнату в игровой с помощью проветривания, снижает температуру на 3—5 °С по сравнению с «теплой» комнатой. В 15 ч, после пробуждения под звуки плавной музыки, дети, лежа в постели поверх, одеяла выполняют 3—4 физических упражнения: потягивание, поочередное и одновременное поднимание и опускание рук, элементы самомассажа пальчиковой гимнастики, гимнастики для глаз. Главное условие — не должно быть резких движений, способных вызвать растяжение мышц, перевозбуждение, перепад кровяного давления. Длительность гимнастики, направленной на постепенный переход детей от сна к бодрствованию, в постели около 3 мин. Затем дети переходят в «холодную» комнату босиком, в трусиках. Там они выполняют кор-

ригирующую ходьбу на носках, пятках с высоким подниманием коленей, в полуприседе, полном приседе на внешней стороне стопы с перекатом с пятки на носок, по корригирующим дорожкам или комплекс упражнений, направленных на профилактику плоскостопия. При этом важно следить не только за правильностью выполнения упражнений для ног, но и за осанкой детей — положением головы, спины, плеч, рук. Длительность этой части гимнастики 2—3 мин. Далее дети переходят в «теплую» комнату, где выполняют комплекс упражнений или несколько физкультминуток, направленных на профилактику нарушения осанки. Чтобы заинтересовать детей, упражнения можно проводить с использованием кубиков, мячей, обручей, гантелей, гимнастических палок, а также включать такие игры, как: «Самолетики», «Перелетные птицы», «Спутники планет», выполняющиеся в течение 2—3 мин.

Затем дети вновь переходят в «холодную» комнату, чтобы выполнить комплекс упражнений дыхательной гимнастики, что очень важно для укрепления иммунитета, профилактики простудных заболеваний и заболеваний верхних дыхательных путей. Увеличивать их дозировку нужно постепенно от 0,5—1 до 5—7 мин. Затем педагог в групповом по-

мещении проводит индивидуальную или дифференцированную оздоровительную работу с часто болеющими детьми, а в это время остальные дети под руководством медсестры направляются в оздоровительный комплекс «Ручеек», где выполняют закаливающие процедуры. Таким образом, одновременно решается несколько задач:

- оздоровление детей;
- развитие у них двигательного воображения;
- формирование осмысленной моторики.

Для увеличения двигательной активности детей во второй половине дня в наших ДОУ предусмотрен час активного отдыха. Через полчаса после ужина дети с воспитателем бегают, прыгают, лазают по гимнастической стенке, играют в подвижные игры в спортивном зале. Немало положительных эмоций получают дети на спортивных праздниках и досугах: «В гостях у Зимунки-зимы», «Парад военно-воздушных шариков», физкультурный досуг с Петрушкой, развлечение «Правила безопасности выполняй — здоровым, крепким вырастай!».

Традиционно проводится каникулярная неделя, где дети принимают участие в «Веселых стартах» и других спортивных мероприятиях, показывая уровень своего физического развития, получают эмоциональный заряд

от своих достижений. Особенно детям нравится, когда в праздниках принимают участие папы и мамы: «Папа, мама, я — спортивная семья», «Вместе лучше». Закаливающие процедуры, способствующие укреплению здоровья и снижению заболеваемости, — важный фактор системы физического воспитания. Проведение закаливающих мероприятий содействует созданию обязательных условий и привычек здорового образа жизни в целом, поэтому важна система закаливания, предусматривающая разнообразные формы и методы, а также изменения, соответствующие времени года, возрасту и здоровью детей.

В режиме дня наших детских садов закаливание организма ребенка занимает особое место. Опираясь на рекомендации иммунологов о том, что максимально осторожно следует закаливать ослабленных и физически слабо развитых детей, с учетом мнения родителей, мы в своей практике используем следующие виды закаливания:

- проветривание помещений;
- воздушные ванны в облегченной одежде в сочетании с оздоровительной гимнастикой после дневного сна;
- обширное умывание;
- обмывание стоп ног;
- полоскание ротовой полости водой комнатной температуры после каждого приема пищи;

— «Босоножье» — босохождение по мокрым дорожкам, «дорожкам здоровья».

В летний оздоровительный период обязательно добавляются солнечные ванны, гимнастика на свежем воздухе, купание в «плескательном бассейне». Закаливание будет эффективным, если оно проводится регулярно и обеспечивается в течение всего времени пребывания ребенка в яслях или детском саду. Для проведения закаливания необходимо соблюдение ряда условий и требований.

1. Четкая организация теплового и воздушного режимов помещения, где находятся дети. Оптимальным температурным режимом не может быть комфортная температура, хотя это нередко рекомендуется в некоторых пособиях и руководствах. Неправильность таких рекомендаций связана с тем, что при температуре окружающего воздуха 24—25 °С терморегуляционные механизмы человека не испытывают какого-либо заметного напряжения и не тренируются. Количество вырабатываемого организмом тепла в этих условиях, особенно при нахождении ребенка в состоянии ограниченной подвижности, оказывается эквивалентным или несколько превышающим теплоотдачу, у организма нет стимула для тренировки. Возможность стабилизировать температурный гомеостаз

возникает при температурах вне зоны комфорта. Постоянный контроль воздуха в помещениях проводится 4—5 раз в сутки при отсутствии детей, при этом температура обычно восстанавливается через 20 мин. Детей укладывают в проветренную спальню, после их засыпания вновь открывают фрамуги, снижая температуру на 2—4 °С.

2. Наличие на детях одежды, соответствующей занятиям на улице, а в помещении — комнатной температуре. Практика показывает, что следует бороться со стойким предрассудком о пользе значительно утепляющей одежды для профилактики переохлаждения. Более того, в такой одежде дети становятся малоподвижными, быстро потеют, снижается теплообмен, т.е. создаются условия для развития респираторного заболевания. Температурный режим обеспечивается регулярным проветриванием (открытием фрамуг) помещений.

3. Соблюдение режима прогулок во все времена года (4—5 ч в день при температуре воздуха до -20 °С).

4. Проведение гигиенических процедур (умывание, обливание рук до локтя прохладной водой, полоскание рта кипяченой водой с добавлением лекарственных трав).

5. Босохождение в группе (при температуре пола 18 °С) и занятия босиком утренней гимнастикой и физкультурой. Кроме того,

необходимы и специальные меры закаливания:

- воздушные ванны в сочетании с физическими упражнениями и ходьбой по гальке;
- контрастные воздушные ванны — циклические беговые упражнения в условиях переменного воздушного режима (из «холодной» комнаты в «теплую» и обратно) в комплексе с дыхательной гимнастикой и методами рефлексотерапии;
- контрастное обливание ног (температура воды: 36°—26°—36 °С) в комплексе с профилактическим массажем стоп.

Закаливание босохождением по мокрым дорожкам, массажным коврикам, ребристой доске благодаря своей эффективности заслуживает отдельного внимания. В результате этих процедур у детей происходит не только закаливание кожи стоп к влиянию пониженных температур, но и сами стопы массируются, стимулируются биологически активные точки, повышается устойчивость всего организма. В летний период «босоножье» используется во время прогулок в отведенных местах на детских площадках при соблюдении температурного режима. На каждой прогулочной площадке нами оборудованы специальные дорожки, состоящие из нескольких ящиков размером 50×80 см. Ящики заглублены в грунт вплотную друг к другу и заполнены различными материалами:

песком, мелкой галькой, керамзитом, камешками. Для повышения эффекта закаливания в теплые дни при температуре 22 °С и выше дорожка поливается водой. Прекрасное средство не только закаливания, но и поддержания эмоционально положительного тонуса и оздоровления в целом — «плескательный» бассейн с подключенной холодной и горячей водой, что позволяет летом поддерживать необходимую температуру воды для разных возрастных групп.

Рекомендации по проведению закаливающих процедур должен давать врач, отмечая их в «Журнале здоровья» в соответствии с возрастом, особенностями состояния здоровья и физическим развитием детей. При их закаливании необходимо строго соблюдать основные принципы:

- осуществлять закаливание при условии, что ребенок здоров;
- не проводить закаливающих процедур при наличии у ребенка страха, плача, беспокойства;

- закаливать постепенно и последовательно, расширяя зоны воздействия и увеличивая время закаливания;
- систематически и постоянно; обеспечивать комплексное использование всех природных факторов;
- тщательно учитывать индивидуальные особенности ребенка.

В фитобаре детям предлагаются оздоровительные чаи, фитонцидные напитки, отвары из плодов шиповника успокаивающего действия, противоаллергические — для улучшения пищеварения. Они назначаются врачом с учетом времени года и состояния здоровья детей. Принимают витаминные фиточаи за 20 мин до еды.

Работа по сбережению здоровья детей обязательно должна строиться в тесном контакте с семьей. Педагоги пришли к единому мнению, что без помощи со стороны семьи физкультурно-оздоровительная работа, организуемая в ДОУ, не может быть успешной.

Сохранение здоровья ребенка: грани взаимодействия

Шаткова Т.А.,
медицинская сестра МДОУ д/с № 12,
г. Тавда

Наступило время, когда ДОУ, наряду с обучающей и воспитывающей функциями, отдают при-

оритет оздоровительной функции. Состояние здоровья детей становится основным показателем при

оценке работы дошкольного учреждения, потому что самое главное для ребенка в течение первых 7 лет жизни — укрепить физически.

В каждом дошкольном учреждении нашего города разработаны и действуют оздоровительные программы, направленные на сохранение и укрепление здоровья детей, формирование у родителей, педагогов и воспитанников личной ответственности в деле сохранения здоровья.

Программа «Здоровье» нашего учреждения включает:

- оценку состояния здоровья детей и диспансеризацию;
- планирование мероприятий по снижению заболеваемости детей;
- создание условий (подбор мебели, оборудование спортивных залов и уголков, создание оздоравливающей среды);
- комплексной системы физкультурно-оздоровительной работы;
- соблюдение санитарно-гигиенического режима;
- сезонную профилактику респираторных вирусных инфекций;
- иммунопрофилактику;
- закаливающие мероприятия;
- проведение дней здоровья;
- работу с детьми группы риска;
- с родителями и кадрами (совещания, консультации, индивидуальные беседы, привлечение родителей к организации

воспитательной и оздоровительной работы).

В детском саду:

- ведется паспорт здоровья и физического развития детей;
- разработана схема индивидуальных лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий;
- дважды в год проводится тестирование физической подготовленности и измерения показателей физического развития воспитанников.

Получается: родители заботятся о здоровье детей, в детских садах проводится большая оздоровительная работа, а наши дети продолжают болеть. Возникает вопрос: в чем же причины этого? Есть факторы, на которые мы не можем повлиять: наследственность, загрязнение окружающей среды, качество медицинской помощи. Но есть и такие факторы, на которые мы с вами можем и должны повлиять:

1) питание детей — оно должно быть калорийным, сбалансированным. Хочется отметить, что сегодня в большинстве детских садов питание соответствует современным нормам и требованиям. Меню составляется согласно рекомендуемому 10-дневному меню, утвержденному МЗ РФ. Учитывая трехразовый режим питания в нашем детском саду, мы ежедневно рекомендуем домашний ужин для детей с учетом недостающих продуктов;

2) малая двигательная активность детей. Родители усугубля-

ют состояние здоровья детей, стремясь облегчить собственные заботы по их воспитанию. Раньше, когда не было колясок, каталок и пр., дети очень много двигались: ползали, ходили, бегали. Причем большей частью — на воздухе. Именно в постоянном движении формировалась и укреплялась их телесность, сила. А что делают современные родители? Способствуют малоподвижности детей. «Сядь и сиди! Сиди смирно! Не бегай, не прыгай — упадешь! Сиди и слушай! Пиши и не вертись!» — вот главные воспитательные установки, не говоря уже о длительных просмотрах телепередач и компьютерных играх;

3) педагогическая некомпетентность родителей. Родители предъявляют к детям высокие требования, отдают предпочтение умственному развитию ребенка в ущерб физическому. Не все родители понимают специфику работы дошкольных учреждений. Нам приходится сталкиваться с непониманием тех родителей, которые, приводя ребенка в детский сад больным или недолеченным, создают опасность не только для своего, но и для остальных детей, и обижаются, когда нам приходится изолировать их ребенка.

Для решения проблемы сохранения и укрепления здоровья детей мы предлагаем ряд мероприятий, доступных каждой семье:

- утренняя гимнастика;
- закаливание (воздушные ванны, обтирание, бани, полоскание горла, речные купания, игры с водой, босохождение);
- прогулки (это серьезная проблема, о которой много говорят и решение которой зависит только от нас, помните, дети должны гулять ежедневно не менее 4 ч);
- занятия спортом и физкультурой;
- правильное питание;
- недопущение стрессовых ситуаций и создание комфортной эмоциональной среды в семье;
- правильное поведение в период эпидемий ОРВИ, гриппа (ограничение контактов, дополнительная дезинфекция, прием противовирусных препаратов);
- регулярное посещение врачей;
- чтение литературы о здоровье детей.

Мы много говорим об отрицательном влиянии различных факторов на здоровье. Нет сомнения, что социальные и экологические проблемы оказывают серьезное влияние на рост и развитие детей, никто не отрицает генетической отягощенности, но далеко не все педагоги и родители готовы признать свою вину. Я призываю вас, педагоги и родители, найдите время, проанализируйте и ответьте сами себе на вопрос: «Что еще можно сделать для здоровья наших детей?».

Дифференциальный диагноз болевого абдоминального синдрома у дошкольника

Частухина Е.А.,
аспирант;

Сафронов Б.Г.,
д-р мед. наук, доцент, заведующий кафедрой;

Волков И.Е.,
канд. мед. наук, доцент;

Можаев А.В.,
канд. мед. наук, доцент кафедры детской хирургии
с курсом анестезиологии и реаниматологии,
ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская
академия Росздрава, г. Иваново

ПЕДИАТРИЯ



Среди острых хирургических заболеваний брюшной полости у детей наиболее распространен острый аппендицит. Каждый 3—5-й ребенок подвергается оперативному вмешательству по поводу этого заболевания. В России в среднем за год выполняется около полутора миллионов операций по удалению червеобразного отростка. Летальность при его воспалении достигает 0,1—0,15%. В подавляющем большинстве эти случаи объясняются поздним обращением больных к врачу или запоздалой диагностикой, неоправданной задержкой с операцией. Несмотря на то что это заболевание хорошо знакомо врачам, в настоящее время ошибки в диагностике его встречаются довольно часто. Только в 80—85% случаев педиатры, как участковые, так и образовательных учреждений, диагностируют острый аппендицит и своевременно направляют больного в хирургическое отделение. Большой удельный вес диагностических ошибок — следствие того, что клиника этого заболевания нередко атипична и имеет мало общего с тем, что принято называть острым аппендицитом. Жалобы на боли в животе у ребенка могут возникнуть в любое время суток, в том числе и при нахождении его в дошкольном образовательном учреждении. Поэтому педиатру, работающему в детском

саду, особенно важно своевременно и правильно провести диагностику болевого абдоминального синдрома.

Этиопатогенез острого аппендицита. Клинические проявления острого аппендицита у детей дошкольного возраста в значительной степени зависят от анатомических и морфологических особенностей брюшной полости. У грудных детей острый аппендицит встречается крайне редко. Воспаление слизистой червеобразного отростка не развивается, поскольку ее лимфоидная ткань развита. Спровоцировать острый аппендицит могут внутриутробные инфекции и аномалии развития брюшной полости.

На втором году жизни ребенка морфология слизистой оболочки аппендикса изменяется: лимфоидные фолликулы появляются в большом количестве, что способствует развитию выраженной воспалительной реакции в ответ на инфекционный агент. Вместе с этим, иннервация червеобразного отростка недостаточна, поскольку нейроны интрамурального сплетения недоразвиты, поэтому болевой синдром мало выражен.

Эти факторы в совокупности приводят к тому, что несмотря на бурный воспалительный процесс, развивающийся в червеобразном отростке, и быстро наступающую деструкцию тканей клиническая картина стерта, что значительно затрудняет диагностику данной патологии. В этом возрасте у детей большой сальник анатомичес-

ки недоразвит, пластические свойства брюшины недостаточны, что приводит к быстрой генерализации воспалительного процесса в брюшной полости и развитию распространенного перитонита.

Таким образом, знание возрастных анатомических особенностей брюшной полости помогает понять происхождение клинических проявлений острого аппендицита у детей и позволяет избежать диагностических ошибок.

Клиническая картина острого аппендицита. Симптоматика острого аппендицита у детей дошкольного возраста разнообразна и не имеет клинических проявлений, характерных только для данной патологии. Аналогичные симптомы наблюдаются при целом ряде других заболеваний: кишечной инфекции, остром респираторном вирусном заболевании, пневмонии, копростазе.

В самом начале развития острого аппендицита у детей дошкольного возраста преобладают выраженные нарушения общего состояния: вялость, нарушение сна и аппетита. Боль в животе у детей до года проявляется беспокойством, дети 2—3 лет жалуются на постоянные боли в области пупка или по всему животу без четкой локализации. Более чем в 90% наблюдений при остром аппендиците у детей до 3 лет бывает выраженной температурная реакция (38—39 °C). Постоянный симптом — многократная рвота в начале желудочным содержимым, а затем с примесью

желчи. Рвота в первые часы заболевания носит нервно-рефлекторный характер, а с течением времени свидетельствует об интоксикации. Стул может быть нормальный, но достаточно часто наблюдается диарея.

Клиническое обследование маленького ребенка представляет сложную задачу в связи с негативным отношением пациента к врачу. Негативизм малыша выражается плачем, беспокойством, при этом провести клиническое исследование (пальпацию живота) практически невозможно. Большую роль при обследовании маленького пациента играет умение врача найти контакт с больным ребенком. Пациента надо отвлечь, показав ему игрушки, часы, красивую авторучку, расспросить его о любимых играх, мультфильмах. В это время ребенок обычно успокаивается, перестает плакать, и создаются условия для объективной пальпации живота, которая позволяет выявить наличие или отсутствие локального напряжения и болезненности — основных симптомов острого аппендицита у детей раннего возраста.

Пальпация живота должна быть щадящей, производиться теплыми руками. Ее следует начинать с заведомо безболезненных участков. Проводят пальпацию грудной клетки, бедра, затем левой половины живота, эпигастрия и уже потом — правой половины живота. При пальпации правой половины не надо спрашивать ребенка, больно ли

ему, необходимо следить за реакцией пациента, выражением его лица. Если у ребенка острый аппендицит — определяется напряжение мышц правой половины брюшной стенки, на лице появляется гримаса боли, пациент начинает беспокоиться, отталкивать руку врача. Следует отметить положение ребенка. Чаще он лежит на правом боку с приведенными к животу ногами. Проводить пальпацию живота следует, не раздвывая и не поворачивая пациента. При пальпации, проводящейся слева направо (левая подвздошная область, левый боковой канал, левое подреберье, эпигастральная область, правое подреберье, правый боковой канал, правая подвздошная область), определяются локальное напряжение и локальная болезненность. Симптом последней называется «симптомом Филатова» или «симптомом отталкивания руки».

При аппендиците дети отказываются от еды. Это настолько характерно для данного заболевания, что если ребенок с болями в животе просит есть и говорит, что он голоден, аппендицит обычно исключается. Но, разумеется, следует помнить о том, что некоторые дети могут просить есть даже будучи тяжело больными, а потому не всегда можно ориентироваться на анорексию как на безусловный признак аппендицита.

Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся болевым абдоминальным синдромом. При проведении дифферен-

циальной диагностики допускаются ошибки как в сторону гиподиагностики (устанавливается диагноз другого заболевания), так и в сторону гипердиагностики (проводится ненужная операция, а у пациента оказывается другая патология). Чаще всего необходима дифференциальная диагностика с глистной инвазией, пневмонией, инфекционными заболеваниями (корь, скарлатина, ангина и др.).

Глистная инвазия сопровождается сильными схваткообразными болями в животе, обычно в области пупка, что нехарактерно для острого аппендицита, при этом живот остается мягким и безболезненным. Иногда прощупывается колбасовидное образование с гладкой поверхностью, подвижное — петля подвздошной кишки, наполненная аскаридами. Это образование следует отличать от аппендикулярного инфильтрата, который имеет неровную поверхность и чаще всего неподвижен.

Острое респираторное заболевание. При этой патологии наблюдается триада симптомов, характерных для острого аппендицита (боли в животе, рвота, гипертермия).

Для ОРВИ характерно острое начало, к постоянным симптомам относятся ринит, конъюнктивит. Характерны интоксикация и нарушение общего состояния. При обследовании живота четкой болезненности и напряжения не определяется.

Копростаз. При сборе анамнеза обычно выявляется склонность к запорам. При копростазе могут

быть боли в животе, но температура, как правило, остается нормальной, редко наблюдается рвота, нехарактерны воспалительные изменения в общем анализе крови. При пальпации живота определяется болезненность в левой его половине. После очистительной клизмы отходят кал и газы, боли в животе исчезают, живот становится безболезненным.

Отит. Часто встречается у детей раннего возраста. Ребенок при отите становится вялым, капризным, плохо спит, температура повышается до 38—40 °С, появляется рвота. Таким детям важно провести тщательную пальпацию живота, который лучше осматривать во время физиологического или медикаментозного сна. Напряжения и болезненности при пальпации живота не наблюдается. Надавливание на козелок и потягивание за мочку уха вызывают боль, выражающуюся беспокойством и плачем.

Пневмония. Трудно исключить острый аппендицит у ребенка, заболевшего пневмонией. Болезненность и напряжение брюшной стенки, наблюдаемые при пневмонии, требуют от врача тщательного исследования ребенка и нередко наблюдения на протяжении нескольких часов. Для воспаления легких характерны одышка, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа, тяжелое общее состояние. При объективном исследовании выявляется ослабление дыхания на стороне поражения, иногда выслушиваются влажные хрипы.

Наличие пневмонии абсолютно не исключает диагноза острого аппендицита, встречается и сочетание этих двух заболеваний. Постановка правильного диагноза возможна только при динамическом наблюдении, осуществляемом опытными педиатрами и детскими хирургами.

Детские инфекционные заболевания (корь, ветряная оспа, скарлатина) у детей первых 3 лет напоминает клинику острого аппендицита. Большое значение имеют эпидемиологический анамнез, осмотры кожных покровов и слизистых, а также живота во сне.

Острый мезаденит. Одним из частых и специфических для детского возраста является острый мезаденит. В клинической картине можно выделить два периода:

- начальный («маскирующий»), но склонный к гиперсенситизации и аллергическим проявлениям, когда на фоне субфебрилитета возникают катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей и конъюнктивита, гиперемии зева, симулируя заболевание этих органов, что продолжается 12—24 ч, а иногда и более 2—3 суток;
- период клинических проявлений заболевания, характеризующийся ноющими, а затем приступообразными болями в средней части живота (область пупка, справа и ниже от него), что выступает на первый план в жалобах детей.

При пальпации живота можно выявить болезненность в проекции брыжейки кишечника, положительный симптом Мак-Фаддена, заключающийся в определении болезненности по краю правой прямой мышцы живота на 2—4 см ниже пупка. Другим специфичным для мезаденита является симптом Клейна — перемещение болезненной точки в животе справа налево при повороте больного со спины на левый бок, что связано с натяжением брыжейки тонкой кишки. Третьим важным симптомом считается симптом Штернберга — болезненность при пальпации по линии, соединяющей правую подвздошную область с левым подреберьем, т.е. с местами прикрепления корня брыжейки тонкой кишки и наибольшей локализации воспаленных мезатеральных лимфоузлов в ней.

Это заболевание начинается и протекает с болями в животе, тошнотой и рвотой, нарушением стула, часто напоминая ряд острых хирургических заболеваний, прежде всего острый аппендицит, что требует внимательного обследования в процессе динамического наблюдения в хирургическом отделении.

Острый катаральный холецистит проявляется тремя синдромами: болевым, диспепсическим и интоксикационным. Болевой синдром характеризуется сильными приступами болей с локализацией в области правого подреберья, вокруг пупка и в эпигастральной

области длительностью от нескольких минут до нескольких часов. У некоторых детей наблюдаются разлитые боли по всему животу. Изредка боли иррадируют в область лопатки или ключицы. Интенсивность болей определяется степенью перерастяжения стенок желчного пузыря и протоков, характером и глубиной их воспаления и распространением воспалительного процесса на брюшину. Диспепсический синдром проявляется отсутствием аппетита, тошнотой и повторной рвотой, иногда запором. Признаки интоксикационного синдрома — бледность и влажность кожных покровов, сухость губ и слизистых оболочек рта, обложенность языка, головная боль, тахикардия, а у некоторых пациентов — эпилептиформные припадки, судороги, обмороки, менингеальные симптомы. При осмотре ребенка следует обратить внимание на страдальческое выражение лица.

Из-за сильных болей живот малодоступен пальпации, передняя брюшная стенка напряжена. При осмотре живота отмечают некоторое его вздутие, отставание верхних отделов при дыхании. При пальпации находят ригидность мышц передней брюшной стенки справа, больше в верхних отделах и в подреберье. На высоте болевого приступа, как правило, отмечаются увеличение и болезненность печени.

Иногда локализация болезненности может быть не столь типичной. Как правило, положи-

тельные симптомы Менделя (признак раздражения брюшины или значительного растяжения гладкой мускулатуры (газы, перемещение камней): при легком постукивании кончиками пальцев по стенке живота возникает боль), Ортнера (резкая боль при легком поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге), Мерфи (при глубоком вдохе возникает болезненность в области желчного пузыря, если эту область предварительно фиксировать врачу большим пальцем левой руки), Кера (болезненность при глубокой пальпации в области желчного пузыря). Нередко положительным симптом Щеткина — Блюмберга (резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания).

Почечная колика. У маленьких детей боль при почечной колике четко не локализована, а распространяется по всему животу. Ребенок не находит себе места, мечется в постели, постоянно меняет положение тела, иногда появляются тошнота и рвота, вздутие живота.

Он плачет, испуган. Острый приступ боли длится 15—20 мин, возможно повышение температуры тела до 37,2—37,3 °С. Это отличает почечную колику от других неотложных заболеваний: аппендицита, холецистита, при которых можно найти положение, в котором стихает боль.

Геморрагический васкулит — заболевание с преимущественным

поражением сосудов капилляров кожи, суставов, ЖКТ и почек.

Начало геморрагического васкулита возможно через 1—4 недели после ангины, ОРВИ, скарлатины или другого инфекционного заболевания. У ряда больных развитию болезни предшествуют вакцинация, лекарственная непереносимость, пищевая аллергия, травма, охлаждение.

У большинства детей геморрагический васкулит начинается с типичных кожных высыпаний — мелкопятнистых, симметрично расположенных синячковых элементов, не исчезающих при надавливании. Сыпь локализуется на разгибательных поверхностях конечностей, вокруг суставов, на ягодицах.

Боли в животе могут появиться одновременно с поражением кожи и суставов, а могут предшествовать кожно-суставным изменениям. Одни больные жалуются на умеренные боли в животе, не сопровождающиеся расстройствами пищеварения, не причиняющие особых страданий и проходящие самостоятельно или в первые 2—3 дня от начала лечения. У других боли в животе носят приступообразный характер, возникают внезапно по типу кишечной колики, не имеют четкой локализации. Болевые приступы могут повторяться многократно в течение суток и продолжаться до нескольких дней. Больные жалуются на тошноту, рвоту, неустойчивый стул, иногда повышение температуры. В редких случаях на фоне указанной

клинической картины отмечают эпизоды кишечных и желудочно-кишечных кровотечений.

Обострение хронического гастродуоденита. При этом заболевании боли локализуются в эпигастрии, больше справа, им нередко сопутствует тошнота, иногда заканчивающаяся рвотой, при этом очень характерно, что после рвоты боли проходят. Болевой синдром чаще возникает через 1—2 ч после еды, реже — начинается ночью, носит интенсивный характер, дети просыпаются от боли. Стул нормальный или имеет место склонность к запорам. Может повышаться температура тела до субфебрильных цифр.

Данные дифференциального диагноза острого аппендицита с другими заболеваниями брюшной полости приведены в табл. 1, с соматическими заболеваниями, сопровождающимися болевым абдоминальным синдромом, — в табл. 2.

Резюмируя вышеизложенное, можно еще раз обратить внимание на многочисленность различных заболеваний детского возраста, которые сопровождаются выраженным абдоминальным синдромом. Следует настойчиво обращать внимание врачей различных специальностей на необходимость тщательного дифференцирования при постановке диагноза и, в первую очередь, всеми возможными способами решать вопрос о наличии или отсутствии у ребенка такого грозного заболевания, как острый аппендицит.

Таблица 1

Дифференциальный диагноз острого аппендицита с другими заболеваниями брюшной полости

Симптомы	Заболевания							
	острый аппендицит	острый холецистит	острый мезаденит	хронический гастроуденит	копро-стаз	почечная колика справа	глист-ная ин-вазия	геморрагический васкулит
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Боли в животе	Боли в области пупка или по всему животу без четкой локализации, носят постоянный характер	Боли постоянные, интенсивные, локализуются в области правого подреберья, вокруг пупка и в эпигастриальной области, иррадируют в область лопатки или ключицы	Ноющие, приступообразные боли в средней части живота	Постоянные боли в эпигастриальной области, больше справа, возникают после приема пищи	Периодические, схваткообразные боли по всему животу, без четкой локализации	Боли четко не локализованы, а распространяются по всему животу; интенсивные, иррадируют в верхнюю или нижнюю конечности, половые органы. Острый приступ боли длится 15–20 мин	Сильные схваткообразные боли в животе, обычно в области пупка	Боли приступообразные, интенсивные, без четкой локализации

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Рвота	Множественная рвота в начале желудочным содержимым, а затем с примесью желчи	Тошнота, рвота 1—2 раза	Тошнота, рвота 1—2 раза	Тошнота, рвота 1—2 раза, после которой отмечается снижение интенсивности болевого синдрома	Тошнота, рвота 1—2 раза, может быть с примесью желчи	Тошнота, рвота 1—2 раза	Тошнота, рвота 1—2 раза	Тошнота, рвота может быть с примесью крови
Нарушение функции кишечника	Стул нормальный, может быть диарея	Стул нормальный, может быть запор	Стул нормальный, может быть диарея	Стул нормальный или имеет место склонность к запорам	Задержка стула	Стул нормальный, может быть запор, метеоризм	Стул нормальный, может быть диарея	Стул частый, жидкий, с примесью крови
Осмотр живота	Локальное напряжение и болезненность в правой подвздошной области, «симптом отталкивания руки»	Живот вздут, напряжение и болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи	При пальпации живота можно выявить болезненность в проекции брыжейки кишечника, положительные симптомы	При пальпации живота четко выявляется болезненность в пилородуоденальной зоне, симптом Менделя положительный	Живот вздут, пальпируется опухолевидное образование, положительный симптом «ямки»,	Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный в правых отделах живота, при поколачивании правой поясничной области	Живот мягкий, безболезненный. Иногда прощупывается колбасовидное образование с гладкой	Живот равномерно вздут, болезненный, мышечного напряжения нет, симптомы раздражения брюшины отрицательные

Продолжение табл.

			Мак-Фэддена, Клейна, Штернберга	(болезненность при перкуссии)	болезненность по ходу толстой кишки	отмечается резкая боль	поверхностью, подвижное — петля подвздошной кишки, наполненная аскаридами	
Температура тела	Выраженная температурная реакция (38—39 °C)	38—38,5 °C	Выраженная температурная реакция (38—39 °C)	37—37,5 °C, может быть нормальная температура тела	Нормальная температура тела	37,2—37,3 °C	Нормальная температура тела	37—37,5 °C, может быть нормальная температура тела
Мочеиспускание	Безболезненное, учащено при тазовом расположении отростка	Не нарушено				Учащенное, резко болезненное, гематурия	Не нарушено	Не нарушено, может быть гематурия

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Общее состояние	Средней тяжести, тяжелое	Средней тяжести		Удовлетворительное		Средней тяжести	Удовлетворительное	
Поведение ребенка	Ребенок не активен, лежит, плохо спит в первую ночь	Ребенок беспокоен, принимает вынужденное положение	Ребенок не активен, лежит	Поведение ребенка не нарушено		Ребенок плачет, испуган, не находит себе места, постоянно меняет положение тела	Поведение ребенка не нарушено	Ребенок не активен, лежит

Таблица 2

Дифференциальный диагноз острого аппендицита с соматическими заболеваниями, сопровождающимися болевым абдоминальным синдромом

Симптомы	Заболевания			
	острый аппендицит	ОРВИ	острая пневмония	отит
1	2	3	4	5
Боли в животе	Боли в области пупка или по всему животу без четкой локализации, носят постоянный характер	Боли диффузные, без четкой локализации	Ноющие, приступообразные боли в верхних и средних отделах живота	Боли диффузные, без четкой локализации

Окончание табл.

1	2	3	4	5
Рвота	Множественная рвота в начале желудочным содержимым, а затем с примесью желчи	Тошнота, рвота 1—2 раза	Тошнота, рвота 1—2 раза	Рвота 1—2 раза
Нарушение функции кишечника	Стул нормальный, может быть диарея		Стул нормальный	
Осмотр живота	Локальное напряжение и болезненность в правой подвздошной области, «симптом отталкивания руки»	При обследовании живота четкой болезненности и напряжения не определяется	Болезненность и напряжение брюшной стенки в верхних отделах	Напряжения и болезненности при пальпации живота не наблюдается
Температура тела	Выраженная температурная реакция (38—39 °С)	Выраженная температурная реакция (38—39 °С)		
Мочеиспускание	Безболезненное, учащено при тазовом расположении отростка	Не нарушено		
Общее состояние	Средней тяжести, тяжелое	Средней тяжести, тяжелое		
Поведение ребенка, отличительные симптомы	Ребенок не активен, лежит, плохо спит в первую ночь	Ребенок не активен, лежит. К постоянным симптомам заболевания относятся ринит, конъюнктивит	Ребенок не активен, лежит. Характерны одышка, цианоз носогубного треугольника, раздувание крыльев носа, выявляется ослабление дыхания на стороне поражения, иногда выслушиваются влажные хрипы	Ребенок становится вялым, капризным, плохо спит. Надавливание на козелок и потягивание за мочку уха вызывают боль, которая выражается беспокойством и плачем ребенка

Вакцинация против ветряной оспы

Иозефович О.В.,

врач-педиатр, младший научный сотрудник отдела профилактики инфекционных заболеваний ФГУ «НИИ детских инфекций Федерального медико-биологического агентства России», Санкт-Петербург

Исторически так сложилось, что ветряная оспа не воспринимается как опасное инфекционное заболевание, поэтому многие родители не считают необходимым прививать себя и своих детей.

Ветряная оспа вызывается третьим типом вируса герпеса, или *Varicella zoster virus*, он служит причиной поражения покровных тканей и респираторного тракта, способен персистировать в ЦНС, поддерживая латентную инфекцию, нередко сопровождающуюся периодическими обострениями. Инфекция может протекать у человека в виде двух форм: первичной — в виде ветряной оспы и реинфекции — опоясывающего герпеса. Считается, что реактивацию вируса вызывает снижение клеточно-опосредованного иммунитета, возникающее в пожилом возрасте или при индуцированном иммунодефиците. Современная ситуация с заболеванием ветряной оспой в России — более 1000 случаев на 100 тыс. населения, увеличение заболеваемости детей в последние годы почти в 2 раза,

тяжелый ущерб, наносимый здоровью взрослых, особенно людей пожилого возраста. Ветряная оспа широко распространена среди детей, что связано с почти 100%-й восприимчивостью и воздушно-капельным путем передачи. Взрослые инфицируются реже, поскольку, как правило, переносят болезнь в детстве.

В довакцинальную эру в США ежегодно болели ветряной оспой около 4 млн человек, из них 13 500 нуждались в госпитализации, от 150 до 200 тыс. человек перенесли тяжелую форму инфекции, около 100 — умирали, причем половина из умерших — дети. После введения вакцинации эти цифры снизились в десятки раз. По данным CDC, из 1000 привитых — от 700 до 900 детей вообще не заболеют ветряной оспой, а остальные переносят ее в легкой форме.

Взрослые болеют намного тяжелее, чем дети: с высокой температурой, выраженной интоксикацией, у них в 7 раз чаще развивается ветряночный энцефалит. Опасна ветряная оспа и во вре-

мья беременности, особенно в первом триместре, тератогенный эффект заключается в поражении головного мозга, катаракте, возможна гибель плода. В первые 4 мес. беременности возникает риск возможности рождения ребенка с «ветряночным синдромом», он заключается в дистрофии, гипоплазии конечностей, пороке развития глаз, рубцовом изменении кожи. Этот синдром может развиваться у плода матери, страдающей опоясывающим герпесом.

Существуют группы риска, у которых заболевание будет протекать в тяжелой форме, прежде всего это больные, получающие иммуносупрессивную терапию, пациенты с лейкозом, перед трансплантацией. У них ветряная оспа протекает как генерализованное заболевание с поражением ЦНС и внутренних органов, причем защитить этот контингент от заражения практически невозможно, тогда как вакцинация предотвращает заражение 85% больных, а у остальных смягчает течение инфекции до легкого. Тяжело протекает ветрянка у новорожденных, больных диабетом, а также лиц с аутоиммунными заболеваниями, болезнями соединительной ткани, почек. Также возможно вторичное инфицирование элементов сыпи в виде гангренозной ветрянки, стрептококкового фасциита.

Наиболее частые осложнения ветряной оспы — поражения нервной системы (энцефалиты), 20% составляют пневмонии и бронхиты, 45 — местные осложнения. Частота неврологических осложнений, развивающихся при ветряной оспе, среди которых наиболее значимый — ветряночный энцефалит (ВЭ), по данным литературы, составляет от 0,1 до 7,5%. Однако частота ВЭ в общей структуре детей с вирусными энцефалитами относительно велика и колеблется от 25 до 30%, что свидетельствует о важности данной проблемы в детском возрасте.

История создания вакцины против ветряной оспы включает в себя несколько этапов. В 1971 г. вакцинный штамм Ока был выделен из жидкости везикул у 3-летнего мальчика по имени Ока с типичными проявлениями ветряной оспы. В 1974 г. профессор Такахаша разработал первую в мире живую аттенуированную вакцину на основе штамма Ока. Аттенуированный штамм для вакцины был получен путем последовательного культивирования вируса в культуре клеток легких эмбриона человека при 34 °C, а затем его пассажа в фибробластах эмбриона морской свинки. Затем для выработки вакцины на основе штамма Ока проводили клонирование вируса и его пассаж в диплоидных клетках человека. Международные

требования к вакцине против ветряной оспы, утвержденные в 1985 г., в последний раз были пересмотрены ВОЗ в 1993 г. (WHO Technical Report Series 848, 1994). Все вакцины против ветряной оспы, рекомендуемые к применению в настоящее время Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), получены из родительского штамма Ока, созданного в Институте Бикен в Японии. Учитывая пользу от профилактики ветряной оспы, методика вакцинопрофилактики детей была принята в Японии с 1986 г., а затем в Корее — с 1988-го и в США — с 1995 г.

Иммуногенность вакцин довольно высока: после введения одной дозы вакцины сероконверсия наблюдается у около 95% привитых детей. В Японии и нескольких других странах одна доза вакцины считается достаточной, вне зависимости от возраста, для создания высокой иммуногенности. В США для подростков и взрослых рекомендованы две дозы вакцины, вводимые с 4—8-недельным интервалом, у 78% сероконверсия наблюдалась после первой дозы и у 99% — после второй дозы вакцины. Дети в возрасте до 13 лет получают только одну дозу. В настоящее время нет доказательств снижения поствакцинального иммунитета в отношении вируса ветряной оспы. После однократной вакцинации антитела сохраняются на протяжении 2—5, 10 и 20 лет.

Разрешено одновременное введение вакцины против ветряной оспы с другими вакцинами.

В нашей стране зарегистрировано две вакцины против ветряной оспы: Окавакс и Варилрикс. Обе вакцины являются живыми, аттенуированными, на основе штамма вируса *Varicella zoster* (штамм Ока), Бикен. Вакцина вводится подкожно.

Первая в нашей стране вакцина против ветряной оспы — Варилрикс (Varilrix) была зарегистрирована в России в 2008 г., а впервые ее зарегистрировали в 1994 г. в Швеции. В настоящее время применяется во многих странах мира, включая Германию, Великобританию, Италию, Испанию, Францию, Канаду. Вакцина также зарегистрирована в ряде стран СНГ и Балтии — на Украине, Казахстане, Азербайджане, Узбекистане, Эстонии, Литве, Латвии. Прививают детей от 12 мес. до 13 лет: одна доза вакцины (0,5 мл) однократно, а с 13 лет (включая контактных с группами высокого риска и заболевшими): по одной дозе (0,5 мл) двукратно с интервалом введения 6—10 недель. Экстренную профилактику проводят однократно одной дозой вакцины (0,5 мл) в течение первых 96 ч после контакта (предпочтительно в течение первых 72 ч).

Вакцина Окавакс зарегистрирована в России в 2010 г. Вакцинация также проводится с 12-ме-

сячного возраста. Препарат вводят однократно. При экстренной профилактике ветряной оспы препарат должен вводиться не позднее 72 ч после контакта с источником инфекции.

Необходимость вакцинации против ветряной оспы. Вакцинация защищает от серьезных инфекционных осложнений, сокращает дни нетрудоспособности и улучшает качество жизни, является лучшим средством контроля за данной инфекцией. Иммуноглобулин ветряной оспы и лекарства против герпеса стоят очень дорого и в основном применяются для профилактики уже после контакта с инфекцией или для лечения ветряной оспы у людей с высоким риском развития тяжелой формы заболевания. С одной стороны, вакцинация подростков и взрослых создаст защиту для лиц группы риска, но не окажет значительного влияния на эпидемиологию инфекции на уровне всего населения; с другой — широкое плановое применение вакцины для иммунизации детей окажет значительное влияние на эпидемиологию болезни. Если будет достигнут высокий уровень охвата прививками, инфекция может исчезнуть. При достижении лишь частичного охвата прививками может произойти рост числа случаев среди детей старшего возраста и взрослых.

Вопросы, наиболее часто задаваемые родителями

Если мой ребенок не привит и не болел ветряной оспой при контакте с больным, должен ли он прививаться? Да, должен. Вакцина против ветряной оспы в 90% случаев эффективна при вакцинации в течение 3 дней после контакта с больным ветряной оспой.

Может ли привитой ребенок стать источником инфекции? Возможно, но это очень редко. По данным США, после 14 млн доз вакцины было зарегистрировано три случая заражения от привитых, причем от тех, у кого были кожные высыпания.

Насколько безопасна вакцинация? В редких случаях возможно развитие болезненности, покраснения и припухлости в месте инъекции. У 3 до 5% привитых возможно появление высыпаний сроком до 26 дней после вакцинации. Риск развития опоясывающего герпеса составляет около двух случаев на 100 000 привитых.

Можно ли прививать беременных? Вакцинация против ветряной оспы противопоказана во время беременности. Прививаться рекомендовано за 3 мес. до планируемой беременности. Однако у 300 привитых беременных, которые на момент вакцинации не знали о ней, родились здоровые дети. Находиться в контакте с привитыми беременным безопасно.

Вакцина Гардасил как средство профилактики респираторного папилломатоза у детей

Лялина Л.В.,

д-р мед. наук, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера;

Николаевич М.С.,

д-р мед. наук, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт радиационной гигиены им. профессора П.В. Рамзаева, Санкт-Петербург

В последние годы в России, как и во многих странах мира, увеличивается заболеваемость папилломавирусной инфекцией. Проблема ее диагностики и лечения привлекает внимание врачей различных специальностей: дерматологов, гинекологов, урологов, онкологов, патоморфологов, иммунологов, вирусологов, что объясняется высокой контагиозностью и тенденцией к росту частоты данного заболевания, а также способностью некоторых разновидностей вируса папилломы человека (ВПЧ) инициировать злокачественные процессы. Последнее большей частью касается генитальных проявлений папилломавирусной инфекции. Сегодня существует представление о важнейшей роли ВПЧ (особенно высокоонкогенных типов 16 и 18), передаваемых половым путем, в этиологии рака шейки матки — в 93% раковых ее опухолей наблюдается положительная реакция на ВПЧ [14].

Между тем папилломавирусная инфекция имеет чрезвычайно разнообразные клинические проявления. В частности экзофитные кондиломы (генитальные, аногенитальные кондиломы, венерические бородавки) в значительной мере обусловлены ВПЧ. Пик заболеваемости генитальными кондиломами приходится на 15—25-летних женщин, при этом распространенность патологии составляет от 3 до 14% населения, хотя лишь в 30% случаев обнаруживаются при врачебном осмотре [1].

Особую актуальность проблеме папилломавирусной инфекции придает тот факт, что ВПЧ вызывают заболевания детей и подростков, не живущих половой жизнью. Во многих случаях это связано с передачей вируса от матери ребенку во время беременности (вертикальный путь), при прохождении новорожденного через инфицированные родовые пути матери, а также при

грудном вскармливании. Последствием инфицирования является респираторный папилломатоз у новорожденных. Лечение данного заболевания — одна из актуальных проблем современной детской оториноларингологии. Это обусловлено активностью патологического процесса в детском возрасте, развитием осложнений, необходимостью многократных дорогостоящих хирургических вмешательств [4].

Различают респираторный папилломатоз детей (ювенильный) и взрослых. Как правило, с этой патологией связаны ВПЧ низкоонкогенных типов 6 и 11 — на их долю приходится до 96,6% (табл. 1).

При передаче ребенку ВПЧ от инфицированной матери во время родов развивается веррукозный ларингит (ювенильный папилломатоз гортани), пик его частоты приходится на возраст 2—5 лет. Как выявлено при обследовании новорожденных, частота инфицирования детей, рожденных

ВПЧ-позитивными матерями, а также женщинами, не наблюдавшимися в женской консультации и имевшими 5 и более половых партнеров, составляет от 11,8 до 14,8%. У всех инфицированных детей в ротоглотке присутствовал тот же генотип ВПЧ, что был обнаружен у матери в период беременности. У детей, рожденных женщинами, не инфицированными папилломавирусами, инфицирования ВПЧ не установлено [11]. Следует помнить, что папилломавирусная инфекция «вносит» определенный вклад в прогрессию от хронических гиперпластических заболеваний миндалин и гортани к раку, запуская процесс трансформации гиперплазированного эпителия гортани [13].

Специально организованного учета респираторного папилломатоза в РФ нет. По оценкам отечественных специалистов, распространенность ювенильного папилломатоза в нашей стране составляет 0,8 на 100 тыс. детей [8]. В после-

Таблица 1

Типы папилломавируса, выявляемые при разных формах респираторного папилломатоза, % [6]

Типы ВПЧ	Форма папилломатоза			Всего
	ювенильная		взрослая	
	дети	взрослые		
6	26,7	27,3	44,4	32,2
11	63,3	27,3	38,9	49,1
6+11	6,7	45,4	11,1	15,3
Другие, кроме 6, 11 и 18	3,3	—	5,6	3,4
Всего	100	100	100	100

дние годы отмечается рост количества больных с данной патологией, более чем у 70% этих пациентов имеются тяжелые распространенные рецидивирующие формы [2]. Папилломатоз гортани составляет от 15,9 до 57,5% всех доброкачественных образований гортани, при этом на долю респираторного папилломатоза приходится свыше трети всех операций, выполняемых в ЛОР-отделениях клиник на гортани [5, 10]. Известно, что ежегодно в клинике оториноларингологии СПбГПМА находятся на лечении по поводу респираторного папилломатоза в среднем 45 чел. (в 2006 г. — 44 чел., 2007 — 55, в 2008 — 38).

Настораживающие статистические данные получены при масштабном исследовании частоты рецидивирующего респираторного папилломатоза в Дании, которым была охвачена половина населения страны. Частота папилломатоза гортани составила 3,84 случая на 100 тыс. населения, причем для детей этот показатель составил 3,62, для взрослых — 3,94‰ [17]. Похожие цифры выявлены в США, где ежегодно регистрируется почти 6100 новых случаев респираторного папилломатоза: первичная заболеваемость детей достигает 4,3 на 100 тыс., взрослых — до 3,8 также на 100 тыс. населения.

Больные рецидивирующим респираторным папилломатозом нуждаются в длительном комплексном дорогостоящем лечении, в том числе повторных хирургических

операциях. Например, в одном из исследований описывается группа из 194 пациентов, которые в течение ряда лет неоднократно подвергались операциям, в том числе 64 чел. (33%) перенесли в общей сложности 137 операций с использованием CO₂-лазера, 130 чел. (67%) — 565 микрохирургических операций на гортани [18].

При лечении детей, больных респираторным папилломатозом, хирургическое вмешательство — наиболее эффективный метод. Однако бурный рост папиллом приводит к необходимости оперировать больных ежемесячно, а некоторые пациенты нуждаются в 100 и более операциях, но и при этом у 15% детей заболевание сохраняется во взрослом возрасте [9]. Повышение эффективности медицинской помощи достигается путем своевременно (как можно раньше!) начатой терапии, применения эндоларингеальной микрохирургии с чрескатетерной высокочастотной искусственной вентилиацией легких, ультразвуковой дезинтеграцией и лазерной фотодеструкцией папиллом и других дорогостоящих методов лечения [4]. Особое значение при лечении папилломатоза гортани придается длительному химиотерапевтическому (противовирусному, иммунокорректирующему, противоопухолевому) лечению [6, 12].

Лечение рецидивирующего респираторного папилломатоза представляет дорогостоящую проблему для учреждений здра-

воохранения. Так, в США уже 15 лет назад ежегодные траты только на хирургическое лечение детей с этим заболеванием составляли в среднем 109 млн долларов, для лечения взрослых — 42 млн [15]. Стоимость лечения рецидивирующего респираторного папилломатоза в клинике оториноларингологии СПбГПМА составляет 43 000 руб. при длительности проведения лечебных процедур не менее двух недель.

Прогнозная оценка экономического ущерба, связанного с ведением больных рецидивирующим респираторным папилломатозом, представляется весьма проблематичной ввиду полного отсутствия отечественных официальных данных об этой патологии, трудности учета частых рецидивов, пиков заболеваемости детей (первый и

второй годы жизни) и взрослых (20—30 лет) [9], высокой вероятности рождения матерями с вагинальными кондиломами детей с ювенильным респираторным папилломатозом (7 из 1000) [3], а также трудопотерь, связанных с необходимостью пребывания мамы в стационаре вместе с больным малышом.

На основании существующих статистических данных была проведена прогнозная оценка первичной заболеваемости женского населения до 55 лет и возможного ущерба для экономики Санкт-Петербурга в 2010 г. Как видно из полученных данных (табл. 2), суммарный экономический ущерб от рецидивирующего респираторного папилломатоза по всем возрастным группам составил в 2010 г. 4,2 млн руб.

Таблица 2

Ожидаемая первичная заболеваемость рецидивирующим респираторным папилломатозом (на 100 тыс. женского населения) и экономический ущерб от ведения больных (тыс. руб.) в Санкт-Петербурге в 2010 г. [7]

Возраст, лет	Заболеваемость	Ущерб
0—9	8	270,8
10—14	5	156,0
15—19	8	262,3
20—24	10	566,4
25—29	8	484,9
30—34	8	462,0
35—39	7	429,8
40—44	9	502,4
45—49	9	532,3
50—54	8	487,4

Несмотря на то что рецидивирующий респираторный папилломатоз не несет непосредственной угрозы преждевременной смерти заболевших, эта патология существенно влияет на качество жизни детей и их родителей, а также предполагает дополнительное финансовое бремя на население и учреждения здравоохранения. Учитывая непредсказуемое течение заболевания, высокую вероятность рецидива опухоли и развития тяжелых осложнений, американские исследователи уверены, что ключом к управлению этой инфекцией является вакцинация [16]. Первой и единственной вакциной, способной обеспечить у будущих матерей иммунитет против низкоонкогенных типов ВПЧ (6 и 11), ответственных за абсолютное большинство случаев респираторного папилломатоза у детей, является вакцина Гардасил [3; 9].

Профилактическая вакцина Гардасил (квадριвалентная рекомбинантная вакцина против вируса папилломы человека 6, 11, 16 и 18 типов, MSD) была зарегистрирована в 2006 г.: в США (FDA) 8 июня, а в России — 24 ноября. В настоящее время многие развитые страны мира (США, Франция, Германия, Австралия, Австрия, Италия, Норвегия, Швеция, Швейцария, Великобритания и др.) включили эту вакцину в Национальный календарь профилактических прививок.

Вакцина не обладает инфекционностью и не может вызвать

заболевание. Она показана к применению будущим мамам — девочкам и девушкам в возрасте от 9 до 17 лет, молодым женщинам в возрасте от 18 до 26 лет. Разработанная схема вакцинации предусматривает введение трех доз: вторая доза вводится через 2 мес. после первой, а третья — через 6 мес. после первой (схема 0—2—6). Выполнение полного курса вакцинации позволяет предотвратить до 90% случаев рака шейки матки [8]. Наряду с этим вакцина Гардасил обладает высокой эффективностью в отношении других заболеваний, вызываемых ВПЧ 6, 11, 16 и 18 типов: предраковая патология влагалища и вульвы, аногенитальные кондиломы, а также рецидивирующий респираторный папилломатоз.

Иммунопрофилактика с использованием в первую очередь Гардасила считается одним из основных направлений снижения экономических потерь, связанных с папилломавирусной инфекцией [7]. Именно поэтому внедрение в практику здравоохранения иммунопрофилактики ВПЧ-инфекции с использованием вакцины Гардасил — социально и экономически обоснованное мероприятие, позволившее обеспечить высокий уровень качества жизни населения за счет предупреждения заболеваний, ассоциированных с ВПЧ, в числе которых — рецидивирующий респираторный папилломатоз детей.

Литература

1. Асламазян Л.К., Намазова Л.С., Галицкая М.Г. Генитальные кондиломы. Распространенность, этиология, лечение и профилактика // Педиатрическая фармакология. 2008. Т. 5. № 4.
2. Ашуров З.М. и др. Респираторный папилломатоз у детей — реальность и перспективы // Альманах клинической медицины. 2000. № 3.
3. Галицкая М.Г. Рецидивирующий респираторный папилломатоз у детей: этиология, клиника, лечение и профилактика // Педиатрическая фармакология. 2009. Т. 6. № 1.
4. Зенгер В.Г., Ашуров З.М. Современное состояние проблемы лечения детей с респираторным папилломатозом // Вестник оториноларингологии. 2000. № 4.
5. Иванченко Г.Ф., Каримова Ф.С. Профилактика и лечение папилломатоза гортани // Заболевания голосового аппарата и верхних дыхательных путей. М., 2001.
6. Козлова Е.П. Комплексное лечение папилломатоза гортани с применением индол-3-карбинола: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009.
7. Лялина Л.В. и др. Социальное и экономическое обоснование вакцинопрофилактики папилломавирусной инфекции. СПб., 2010.
8. Роговская С.И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: в помощь практикующему врачу. М., 2008.
9. Солдатский Ю.Л. и др. Рецидивирующий респираторный папилломатоз: современное состояние проблемы // Вестник оториноларингологии. 2009. № 4.
10. Ставский А.Е. Частота развития стенозов гортани в структуре хирургических заболеваний гортани по данным ЛОР-отделения областной клинической больницы за период 1996—2003 гг. // Сибирский консилиум. 2004. Т. 36. № 6.
11. Тапильская Н.И., Петренко Ю.В., Воробцова И.Н. Частота инфицирования новорожденных вирусом папилломы человека // Папилломавирусная инфекция и злокачественные новообразования. Интегрированная система надзора и профилактики. СПб., 2009.
12. Цветков Э.А., Сельков С.А., Шмырёва М.Н. Интерферонотерапия и иммунотерапия у детей с респираторным папилломатозом // Вестник оториноларингологии. 2002. № 2.
13. Шилова О.Ю. и др. Ассоциация предопухолевых заболеваний миндалины и гортани с онкогенными вирусами папилломы человека: риск развития злокачественной патологии // Папилломавирусная инфекция и злокачественные новообразования. Интегрированная система надзора и профилактики. СПб., 2009.
14. Bosch F.X., Marios M.M., Mucoz N. et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective // Journal of the National Cancer Institute. 1995, Vol. 87. P. 796—802.
15. Derkay C.S. Task force on recurrent respiratory papillomas. A preliminary report // Archives of Otolaryngology — Head & Neck Surgery. 1995, Vol. 121, N. 12. P. 1386—1391.
16. Derkay C.S., Darrow D.H. Recurrent respiratory papillomatosis // The Annals of otology, rhinology & laryngology. 2006, Vol. 115, N. 1. P. 1—11.
17. Lindeberg H., Elbrond O. Laryngeal papillomas: the epidemiology in a Danish subpopulation 1965—1984 // Clinical Otolaryngology & Allied Sciences. 1990, Vol. 15, Is. 2. P. 125—131.
18. Preuss S.F., Klussmann J.P., Jungehulsing M. and al. Long-term results of surgical treatment for recurrent respiratory papillomatosis // Acta Otolaryngologica. 2007, Vol. 127, N. 11. P. 1196—1201.

Двигательная подготовка детей 5–7 лет в семье

Соколкина В.А.,

канд. пед. наук, старший научный сотрудник,
доцент кафедры физического воспитания,
Московский городской психолого-педагогический
университет, Москва

ПЕДАГОГИКА

Уважаемые мамы и папы! Вы — родители очаровательных 6-летних непосед, которым немедленно надо куда-то бежать, срочно на чем-нибудь прыгать (лучше всего на диване) и обязательно где-то повисеть, смешно дрыгая ногами. Вы — счастливыцы! Ведь эти забавные человечки с удовольствием поделаются с вами энергией — для этого надо всего лишь стать участником их бурной деятельности, привнеся туда ваш опыт и знания.

А энергия вам скоро очень и очень понадобится, ведь ваш малыш стоит на пороге школы, а значит, всю семью ждет серьезнейшее испытание.

Как помочь ребенку влиться в новый коллектив, подчиниться его дисциплине, приспособиться к режиму? Многие родители, готовя ребенка к школе, забывают о его двигательной подготовке. А зря. Ведь ребенок, прошедший курс домашнего физического воспитания, имеет существенные преимущества перед своими сверстниками:

- он сильнее, выносливее, его движения более координированны. Как правило, он обладает хорошим здоровьем и гораздо быстрее адаптируется к новой обстановке;
- во время проведения подвижных игр и эстафет (как на уроке физкультуры, так и в свободное время) он никогда не окажется среди тех маленьких неумех, которых сверстники не хотят брать в свою команду. Эта, к сожалению, достаточно распространенная ситуация очень травматична для ребенка. Представьте только, как тяжело маленькому человеку чувствовать себя отвергнутым сверстниками, насколько проблематичными становятся после этого его нормальные взаимоотношения с коллективом;



— вашему «спортсмену» гарантирована хорошая успеваемость по таким учебным предметам, как физическая культура и ритмика. И не только по этим, поскольку сложные координационные движения с предметами и без них совершенствуют как моторику, так и способствуют развитию центров головного мозга, а высокая двигательная активность, прогулки на свежем воздухе позволяют быстрее осваивать любой учебный материал. Все это очень важно, когда в жизни начинается новый этап.

В связи с этим хотелось бы дать несколько советов родителям.

1. Вы должны стать не просто тренером для своего ребенка — вы должны стать «играющим» тренером, т.е. бегать, прыгать, лазать и кувыркаться вместе с ним. Это доставит огромную радость вашему малышу (и не только ему!), ведь родители — лучшие тренеры и судьи.

2. Приступая к вашим спортивным развлечениям, не забудьте подкрепиться. Однако помните: нельзя проводить занятие сразу после еды, должно пройти не менее часа. Потом можете кувыркаться сколько хотите, но не забудьте остановиться хотя бы часа за полтора до сна, иначе процесс засыпания у малыша может сильно затянуться.

3. Психика ребенка неустойчива и очень ранима. Поэтому все

бестактные сравнения и обидные слова, которые вам захочется сказать этому маленькому неумехе, адресуйте лучше самому себе (и по возможности шепотом). Помните: ваши занятия должны вызывать у ребенка только радость и удовольствие.

4. Старайтесь сделать занятия как можно более интересными, используя подвижные игры, игровые задания, образные выражения, а также внося максимально возможное разнообразие в ваши задания.

5. Даже если вы решили «взяться» за ребенка всерьез и сделать из него чемпиона, все равно время от времени поглядывайте на малыша — нет ли признаков сильного утомления, слабости, одышки, чрезмерного покраснения или бледности лица, нарушения координации движений. Если таковые присутствуют, нужно срочно дать ребенку передохнуть.

6. Точной и объективной характеристикой физической нагрузки является пульс. Пульс ребенку вы должны измерять сами на запястье или шейной артерии, подсчитывая ЧСС за 15 с (затем полученное число надо умножить на 4). После интенсивной нагрузки пульс может возрасти на 70—90 и даже 100% (в покое у 6—7-летнего ребенка он составляет 80 уд./мин). Через 1—2 мин после занятия пульс должен восстановиться до исходного уровня и ни в коем случае не превышать его более чем на 15—20% — в про-

тивном случае необходимо снизить нагрузку.

7. Чтобы оценить тренирующий эффект занятия, надо рассчитать среднюю ЧСС. Для этого нужно подсчитать ее после наиболее напряженных частей занятия, затем сложить результаты и сумму поделить на количество измерений. В 6—7-летнем возрасте тренирующий эффект обеспечивают упражнения, поднимающие ЧСС до 140—150 уд./мин. Поэтому надо чаще включать в ваши занятия бег, прыжки, подвижные игры.

8. После бурных игр и беготни хорошо бы нырнуть в море, реку или озеро. Но можно ограничиться душем, обливанием или хотя бы обтиранием влажным полотенцем. Помимо гигиенической необходимости это оказывает большое закаливающее действие.

9. Прежде чем приступать к регулярным упражнениям высокой интенсивности, ребенок должен пройти в детской поликлинике медицинский осмотр. Дети, перенесшие простудные и инфекционные заболевания, возобновляют занятия не сразу, а через определенное время (в зависимости от перенесенной болезни) и только по разрешению врача.

Формирование основных двигательных действий

Ходьба. Это прекрасное средство физического воспитания,

обеспечивающее влияние на все группы мышц и системы органов и доступное абсолютно всем.

Выдающийся отечественный физиолог и педагог П.Ф. Лесгафт отмечал, что «самым выгодным упражнением в ходьбе будут постепенно увеличивающиеся прогулки на воздухе. Движение не утомляющим детей шагом, наблюдение за окружающей жизнью, выяснение попутно всех детских вопросов, подвижные игры — это в высшей степени полезно и **ничем не может быть заменено**».

Хотелось бы обратить ваше внимание на выделенные шрифтом слова — прогулки ничем не могут быть заменены — ни занятиями на модных сейчас тренажерах и снарядах, ни обычным (пусть и длительным) гулянием на детской площадке, когда мама сидит с книгой на скамейке, а малыш уныло бродит между горкой, песочницей и качелями.

Длительные прогулки — по 3—4 ч должны совершаться в любое время года, в любую погоду, в удобном для ребенка темпе, с небольшими перерывами на отдых. Конечно, гулять надо не по городским улицам, а в местах возможно более выгодных в экологическом отношении: в парке, какой-либо зеленой зоне, по берегу водоема, а лучше всего за городом. При этом чем более пересеченной будет местность, тем лучше. Хорошо, если во время

прогулки вам придется преодолеть небольшое препятствие: перейти по бревнышку на другой берег неширокого ручья, перебраться через поваленное дерево, преодолеть неглубокий овраг. С детьми 6—7 лет можно уже совершать и походы в горы, конечно, невысокие.

Учите ребенка ходить по разным поверхностям — песку, снегу, льду, воде, высокой траве, камням, и в разной обуви — легких тапочках, кроссовках, тяжелых ботинках, сапогах, а также босиком.

Для обогащения двигательного опыта ребенка, формирования у него более гибкого навыка ходьбы необходимо знакомить его с различными ее видами: на носках, пятках, наружной и внутренней сторонах стопы, с высоким подниманием бедра, в глубоком приседе, спиной вперед. Все эти упражнения можно усложнить различными положениями рук: в стороны, вверх, на пояс, за голову, за спину, вперед, перед грудью, а также различными движениями руками: например, круговыми вперед или назад, с отведением назад и в стороны и т.п.

Обязательно надо учить вашего малыша ходьбе по ограниченной поверхности. Это важно как в прикладном отношении, так и для развития у него смелости и координации движений, в частности равновесия.

Рекомендуемые упражнения

- Ходьба по нарисованной мелом линии, веревке, канату. Линия не обязательно должна быть прямой, это может быть и кривая, и ломаная, и круг, и треугольник. Как вариант, ходьба по веревке: ставить на нее и ноги и руки (согнувшись).

- Ходьба по прямой линии с закрытыми глазами.

- Ходьба по ограниченной поверхности, поднятой над землей. Это может быть бордюр, бум, доска, поваленное дерево. Высоту над землей надо увеличивать постепенно, доводя до 50—60 см. Вы можете пройти с вашим малышом:

- на носках, пятках, высоко поднимая колени;
- боком (как правым, так и левым) приставными шагами;
- спиной вперед (со страховкой!);
- с перешагиванием через предметы (мяч, брусок, камень) как прямо, так и боком;
- в глубоком приседе.

Все эти задания можно выполнять и на наклонной поверхности, передвигаясь как вверх, так и вниз. Для улучшения осанки ребенка все перечисленные виды ходьбы можно выполнять с мешочком на голове (наполненным песком, вес его достигает 200 г).

- Если ваш малыш гуляет не один, а с друзьями, вы можете дать им такое задание: стоя на бордюре, перестроиться по росту, не

касясь земли. Если кто-то коснется, построение начнется сначала. Как варианты — построение по возрасту, алфавиту.

Помните, что здоровый 6-летний ребенок должен делать в сутки до 13—14 тысяч шагов.

Бег. Как и ходьба, относится к естественным видам двигательной деятельности. К сожалению, бег не пользуется тем вниманием родителей, которого он заслуживает. «Как часто прибегают к самым неестественным занятиям на различных аппаратах, упуская из виду одну из самых выгодных и естественных форм активных действий — бег. Правильный бег — это чрезвычайно выгодное и красивое передвижение человеческого тела, и упражнение в нем — очень полезное занятие, в котором работа распределяется на большое число мышечных групп» (П.Ф. Лесгафт). К этому можно лишь добавить, что бег заставляет функционировать в усиленном режиме не только мышечную, но и все другие системы организма, особенно сердечно-сосудистую и дыхательную.

Выделяют бег продолжительный (на выносливость) и бег быстрый (на скорость).

Продолжительный бег. Этот вид бега выполняется с небольшой скоростью, но продолжительное время. Он направлен на развитие аэробных возможностей, лежащих в основе общей выносливости.

Бег на выносливость должен проводиться только на открытом

воздухе и, конечно, в местах, удаленных от дорог, желательно в зеленых зонах. Если ребенок приступает к таким занятиям впервые, начинать бегать лучше в мае, когда установится теплая погода. Тогда к зиме ребенок достигнет достаточно высокого уровня подготовленности.

На первых занятиях время непрерывного бега может достигать лишь 30 с. Затем продолжительность его постепенно увеличивается до 6—10 мин. На первых порах бег можно чередовать с ходьбой. Доведя время непрерывного бега до 6—10 мин, необходимо понемногу увеличивать скорость — 6-летний ребенок должен преодолевать за 6 мин от 800 до 1100 м (по В.Н. Шебеко).

Занимаясь с ребенком продолжительным бегом, желательно постоянно изменять условия: чередовать бег по площадке с бегом по пересеченной местности, по твердому грунту с бегом по песку, снегу, воде. Если занятие проводится на площадке, разнообразие можно внести, изменяя направление бега: по кругу, спирали, «змейкой». Занятия продолжительным бегом можно усложнить, вводя различные препятствия, которые нужно обегать, перепрыгивать, преодолевать (перелезть, подлезть) и т.п.

Следует заметить, что продолжительный бег — это как раз тот вид занятий, в котором родители выступают не только как

организаторы, но и как самые непосредственные участники, ведь невозможно себе представить 6-летнего малыша, одиноко бегущего по парку!

Бег на скорость. Это одно из любимейших занятий детей. Уже 4-летние малыши с восторгом играют в «догонялки». Поэтому вам не составит большого труда потренировать ребенка в скоростном беге — достаточно просто организовать нескольких малышей и провести с ними подвижные игры.

«Ловишки». Дети строятся в круг, у каждого имеется цветная ленточка, заправленная сзади за пояс. В центре круга стоит ловишка. По сигналу взрослого «Раз, два, три — лови!» дети разбегаются по площадке. Ловишка бегает по площадке за играющими, стараясь вытянуть у кого-нибудь ленточку. По сигналу взрослого «Раз, два, три — в круг скорей беги!» все строятся в круг. Ведущий предлагает поднять руку тем, кто лишился ленточки, и подсчитывает их. Ловишка возвращает ленточки детям, и игра повторяется с новым водящим. В конце игры определяют лучшего ловишку.

«Пятнашки обыкновенные». Игру начинают с выбора водящего, его называют пятнашкой. Все участники игры разбегаются по площадке, пятнашка их догоняет. Кого он коснулся рукой, тот становится пятнашкой. Детям по ходу игры надо вни-

мательно следить за сменой водящих. Пятнашки не должны бегать только за одним играющим.

«Кто самый быстрый?». Все игроки выстраиваются в шеренгу за линией старта. По сигналу каждый старается как можно быстрее добежать до линии финиша, обозначенной в 30 м от старта. Исходное положение игроков на старте желательно постоянно менять: упор-присев, упор лежа, сидя, стоя спиной вперед, высокий или низкий старт.

Все перечисленные выше игры можно проводить как летом, так и зимой. Только надо обязательно помнить о двух правилах:

1) быстрым бегом можно заниматься только на ровной нескользящей площадке;

2) быстрый бег, как и прыжки, требует предварительной, пусть небольшой разминки (приседания, выпады, махи).

Помимо игр очень полезно разучить с ребенком следующие беговые упражнения:

- бег с высоким подниманием бедра на месте и с продвижением — колени нужно поднимать до горизонтали (можно попросить малыша доставать коленями до ладошек, поставленных перед грудью);
- бег с захлестыванием голени — стараться пятками касаться ягодиц;
- широкий беговой шаг — нога, находящаяся впереди, сгибается

и поднимается вперед как можно выше, нога, находящаяся сзади, остается прямой и отводится как можно дальше вверх-назад (можно предложить ребенку преодолеть, например, 10 м за наименьшее количество шагов);

— скрестный беговой шаг правым и левым боком — при выполнении правым боком первый шаг делает вправо правая нога, затем надо сделать шаг вправо левой ногой, перенося ее перед правой скрестно, затем шаг вправо правой и опять шаг вправо левой, перенося ее уже скрестно за правой и т.д.

Ребенок 6 лет должен преодолевать дистанцию 30 м примерно за 7 с, а 10 м — за 2—3 с (по В.Н. Шебеко).

Бег на дистанцию 10 и 30 м выполняется с высокого старта по команде (например, хлопку в ладоши). Секундомером измеряется время в секундах, желательно с точностью до 0,1 с.

Висы и лазанье. Упражнения в висах — эффективное средство развития силы и силовой выносливости мышц рук, плечевого пояса и брюшного пресса, а также ловкости и смелости. Они незаменимые помощники в овладении такими важными навыками, как лазанье и преодоление препятствий.

Упражнения в висах можно выполнять на гимнастической стенке, бревне, канате (вертикаль-

ном и горизонтальном), но чаще всего на перекладине, которую можно установить в дверном проеме или прикрепить к стене.

Одно из самых доступных упражнений в домашних условиях — *простой вис*. Он может выполняться различным хватом за снаряд: сверху, снизу, разным (одна рука снизу, другая — сверху). Самый распространенный хват — сверху. При выполнении простого виса руки, туловище и ноги составляют прямую линию, хват руками на ширине плеч. Простой вис может выполняться как на прямых, так и согнутых руках.

Размахивания в висе. Выполняются в течение 20—30 с.

Повороты таза с прямыми или согнутыми ногами с максимальной амплитудой (2—3 подхода по 10 раз в каждом).

Поднимание ног в висе. Согнуть ноги в коленях, отвести назад и одновременно прогнуться, затем без остановки в вертикальном положении вынести ноги вперед, стараясь коленями коснуться груди. По мере укрепления мышц живота упражнение можно выполнять с прямыми ногами, касаясь стопами перекладины.

Подтягивание. Это упражнение желательно выполнять в различных вариантах, чередуя их: — с обычным хватом сверху; — обратным хватом снизу; — широким хватом; — касанием перекладины подбородком, грудью, затылком;

- разным хватом (кисти касаются друг друга, обхватывают перекладину с двух сторон, голова проходит то справа, то слева от перекладины);
- одновременным удержанием «угла».

Подтягивание с дополнительной опорой (облегченный вариант):

- согнуть ноги и отвести их назад, опираясь носками о сиденье стула;
- опираясь прямой ногой о сиденье стула (опора впереди).

Выполняя подтягивание, необходимо помнить о следующих *правилах*: в каждом подходе упражнение выполняется максимальное число раз (до ощутимого утомления); 2—3 подхода (с 3—4-минутным интервалом для отдыха) делаются в одном варианте, столько же в другом и т.д. Занятия лучше проводить через день.

Что касается лазаний, то ребенок должен уже уметь:

- перелезть на другую сторону вертикальной стенки через верх;
- переходить с пролета на пролет стенки по диагонали;
- влезть на лестницу и спускаться с нее быстро, меняя темп, используя одноименный (правая рука — правая нога) и разноименный (правая рука — левая нога) способы.

Если есть возможность, надо обязательно научить ребенка лазать по канату: из виса на канате, сгибая ноги, подтянуть колени к груди и захватить ступ-

нями канат. Затем выпрямить ноги, одновременно сгибая руки, и поочередно перехватить канат руками вверх до их выпрямления. Удерживать канат надо ступнями, а не коленями. Обратите внимание ребенка на то, что, спускаясь по канату, нельзя соскальзывать — необходимо поочередно перехватывать канат руками.

Сейчас на многих детских площадках стоят так называемые «паутинки». На них прекрасно можно совершенствоваться в лазанье.

«Паук и мухи» стоят по разные стороны паутинки. Задача «паука» — догнать «муху», не сходя на землю, задача «мухи» — убежать. Выигрывает игрок, поймавший больше «мух» за определенный отрезок времени.

«Лучшая обезьяна». Выбирается ведущий, определяющий самую талантливую обезьянку, учитывающий следующие параметры:

- умение лазать по паутинке с большой скоростью;
- длительность висения на двух руках.

«Кошки-мышки». Игроки делятся на две команды: «кошки» и «мышки». Задача «кошек» — поймать «мышек». «Мышку» нельзя ловить, если она висит на «паутинке», но все «мышки» не должны висеть одновременно. Как только все «мышки» пойманы — команды меняются ролями. Выигрывает команда, потратившая на ловлю меньше времени.

(Продолжение следует.)

Создание положительного микроклимата в логопедической группе

Дружина Е.Е., Баскакина И.В.,
учителя-логопеды;

Потепалова А.В.,
воспитатель ГОУ д/с № 1504, Москва

Поступление детей в логопедическую группу часто сопряжено с психологическими сложностями. Многие из них с трудом вливаются в новый коллектив, плохо привыкают к новому воспитателю, не сразу адаптируются к групповому помещению. Воспитанники с речевыми расстройствами отличаются высоким уровнем тревожности, преобладанием возбуждения в коре головного мозга, вследствие чего истощаемы, не способны выполнять задания, требующие повышенного внимания, соблюдать дисциплину, режим дня.

Важно правильно подготовить ребенка к переходу в новую группу. Родители с этой задачей справляются дома, если представляют основные правила ведения беседы с ребенком, ознакомлены со спецификой функционирования групп для детей с нарушениями речи. А чтобы родители стали соратниками и помощниками педагогов, необходимо заинтересовать их, по-

знакомить с группой, педагогическим коллективом, направлениями коррекционно-воспитательного процесса. Для этого при первичном посещении детского сада проводится небольшая экскурсия по помещениям и кабинетам. Родители знакомятся с сотрудниками, задают вопросы. Хорошо зарекомендовала себя практика проведения дней открытых дверей, проходивших с большим успехом. После зачисления ребенка в группу логопед беседует с его родителями для получения некоторых сведений из истории развития, обсуждаются индивидуальные особенности каждого воспитанника и пожелания семей. Первое собрание проводится в конце мая — начале июня. У родителей есть возможность познакомиться друг с другом, выбрать родительский комитет, получить рекомендации педагогов, точнее узнать направления работы и особенности проведения занятий.

В сентябре, после проведенного углубленного обследования речи, происходит второе родительское собрание, на котором освещаются перспективы занятий и совместных мероприятий. Как правило, во время учебного года планируются несколько совместных с родителями мероприятий: собрания, индивидуальные консультации, открытые фронтальные и индивидуальные занятия, досуги, детские праздники. На этом собрании уточняются родительские запросы, составляется примерный график посещений занятий. Родители знакомятся с некоторыми терминами и понятиями, используемыми в работе с детьми, имеющими нарушения речи. В непринужденной атмосфере взрослые легко находят общий язык и взаимопонимание.

В конце учебного года для родителей и детей проводится совместный досуг, на котором дети устраивают небольшой концерт, демонстрируя успехи в исправлении звукопроизношения. Они читают стихи, насыщенные словами с автоматизированными звуками. Родителям предлагаются для просмотра сценки, небольшие фрагменты логопедических занятий, загадки. Организуются соревнования между командами родителей и детей: кто больше назовет слов на заданный звук, подберет родственные слова к заданному; разгадает ребус, лучше определит количество слогов

в слове; чья команда правильно и быстро составит звуковую схему. Как правило, в последнем задании выигрывают дети!

Но вернемся к сентябрю: испуганные дети жмутся к мамам, встревоженные мамы нервничают. Кто и что встречает их на пороге? Ну конечно же, спокойный улыбающийся воспитатель в чистой уютной группе. Уже в раздевальной задается доброжелательный тон: веселые плакаты, рисунки выпускников, обилие комнатных растений, растяжка «Мы ждем тебя, малыш!». Групповое помещение располагает к игре: множество игрушек, оборудования для создания и реализации игрового замысла, карандаши и бумага, мозаики, разнообразные конструкторы, забавные куклы для настольного театра. А если ребенок не расположен к игре, предпочитает побыть наедине со своими мыслями, аквариум с рыбками позволяет реализовать эту потребность.

Для знакомства детей со сверстниками и взрослыми используются игры: «Угадай, чей голосок?», «Угадай, о ком рассказываю?». Перед занятиями употребляется психологический прием «Приглашение» — дети по примеру взрослого приглашают друг друга. «Оля, я приглашаю тебя на занятие!» — произносит ребенок, глядя на того, к кому обращается, и приглашенный подходит к педагогу и другим детям. При этом нужно постараться первым пригласить са-

мого непопулярного ребенка в группе. Подвижные игры «Ручек», «Третий лишний», «Краски» позволяют сплотить детей на прогулке. Многие из наших воспитанников моторно неловкие, не скоординированные, активные движения для них трудны. В таких случаях педагог поощряет подключение к играм, приглашает индивидуально, берет в пару с собой, не скупится на похвалу.

Элементы психогимнастики перед началом занятий помога-

ют детям расслабиться, снять эмоциональное напряжение. Изображение лесных зверей, домашних животных, листочков на ветру, произнесение звуков с различной интонацией повышают жизненный тонус, снимают мышечные зажимы, развивают воображение, улучшают настроение. Дети с удовольствием переходят к выполнению учебных заданий.

Одобрение и похвала — наши постоянные спутники.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Комплексная санитарно-эпидемиологическая характеристика детских и подростковых учреждений учитывает их распределение по группам санитарно-эпидемиологического благополучия. К I группе относятся учреждения, в которых полностью выполняются требования санитарных правил, ко II — учреждения, санитарное состояние которых по отдельным критериям не соответствует действующим санитарным правилам, нормам и гигиеническим нормативам, к III — учреждения, требующие капитального ремонта, санитарное состояние которых не соответствует действующим санитарным правилам, в учреждениях регистрируются групповые инфекционные заболевания и пищевые отравления, применяются меры административного воздействия.

Процент учреждений, относящихся к III группе СЭБ, в 2009 г. в динамике с 2004 г. снизился до 2,9%. При этом увеличился процент учреждений в I группе и составил 41,3 (в 2008 г. — 39,9%). Немного снизилось количество объектов во II группе СЭБ — с 56,4 в 2008 г. до 55,8%.

По-прежнему наибольший процент неблагополучных учреждений отмечен в Дальневосточном федеральном округе (6,7% в целом по округу).

В Республике Тыва и Ненецком АО отмечается увеличение числа учреждений в III группе, что говорит о недостаточном внимании к проблемам в детских учреждениях со стороны администраций регионов, руководителей учреждений.

Следует отметить снижение более чем в 2 раза неблагополучных учреждений в Чеченской Республике.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 году»

Сказка о вкусной и полезной пище (для подготовительной к школе группы)

Босикова И.А.,
музыкальный руководитель МДОУ № 45;

Левина Г.А.,
музыкальный руководитель МДОУ № 61,
г. Белово Кемеровской обл.

* * *

В зал вбегают дети с листочками
в руках, выстраиваются в полукруг.

Ведущий. Здравствуйте, наши
дорогие гости! Мы очень рады, что
вы пришли сегодня к нам на
праздник Осени, и надеемся: вам
будет интересно провести это
время с нами.

1 - й ребенок
Солнышко не может землю
согрывать.
Листья пожелтели, стали
опадать.

2 - й ребенок
Часто дождик льется, птицы
улетают.
Урожай уже в саду и в поле
собирают.

3 - й ребенок
Ушел незаметно сентябрь,
Поблекла небесная синь.
За окнами бродит октябрь.
Средь голых берез и осин.

4 - й ребенок
Природа готова ко сну,
А мы будем петь и плясать

И осень нарядную самую-самую
Будем все дружно встречать.

Дети исполняют песню «Осень»
(муз. Е. Филипповой, сл. Г. Вихаревой*),
затем садятся. Выбегают две бе-
лочки.

1 - я белочка
Вы слышали, вы слышали?
Какое наваждение...
Березки стали желтыми —
Ну просто загляденье!

2 - я белочка
А грибов в лесу как много!
Осинки золотом горят.
А рябинки — просто чудо!
Как красавицы стоят.

1 - я белочка
А еще в такую пору
Утепляют все дома.
А Лиса, Лиса-плутовка
В гости всех нас позвала.

2 - я белочка
Как? Об этом не слыхали?
Собирайтесь поскорей.

* См. Музыкальная палитра. 2007. № 4.

И к лисе на день рожденья
Все отправимся скорей.

Белочки убегают, выходит Лиса,
наводит порядок в доме, убирается,
накрывает на стол.

Лиса

Мне вчера приснился сон.

Я хочу, чтоб сбылся он.

(Поет.)

Буду я красивой самой.

Наряжаться не устану.

Удивлю весь белый свет,

Ведь меня прекрасней нет.

Наряжусь я, как принцесса,

Угощу друзей из леса.

Напеку и наварю,

Всех гостей я удивлю.

Залетают две сороки. Подслу-
шивают, о чем поет Лиса.

1 - я сорока

Ты о чем это поешь?

2 - я сорока

И кого ты в гости ждешь?

1 - я сорока

Чем ты хочешь удивить?

2 - я сорока

Чем ты хочешь угостить?

Лиса

День рождения справляю

И зверей всех приглашаю.

Я и вас к себе зову,

Угощение несу.

1 - я сорока

Стой, стой, стой. Куда ты, право?

Ягоды, грибы... Отравя!!!

2 - я сорока

А орехи — просто вред,
Ведь от них и проку нет.

Лиса *(растерянно)*

Как нет проку, почему?

Ничего я не пойму?

1 - я сорока

Вот недавно мы летали.

За границей побывали.

2 - я сорока

И чего там только нет:

Разных сладостей, конфет.

1 - я сорока

Пастила и мармелад.

2 - я сорока

И зефир и шоколад.

1 - я сорока

Очень много всего есть.

2 - я сорока

Нет. Всего не перечесать...

1 - я сорока

А такую вот еду

Есть не модно, ни к чему.

Лиса

Что вы, что вы говорите?

Вы тогда мне помогите.

Где же взять мне шоколад,

И халву, и мармелад?

Где достать мне угощение

Всем гостям на удивленье?

1 - я сорока

Ладно, ладно, не грусти.

Тебе мы сможем принести.

2 - я сорока

В супермаркете вдвоем

Сладости всегда найдем.

(Улетают.)

Л и с а
Это сон или не сон?
Я хочу, чтоб сбылся он.
Жарить, парить я не стану.
У меня так силы мало.
Лучше сяду, посижу, телевизор
погляжу.

Идет Е ж. В корзине грибы, поет
свою песенку. Замечает Лису.

Л и с а
Ты куда шагаешь, Е ж?
Что в корзинке ты несешь?

Е ж
Я несу домой ежатам
Урожай грибов богатый.

Л и с а
Фи, грибы. Ну как невкусно.
Угости их чупа-чупсом.

Е ж
Что-ты, глупая Лиса.
От конфет тех мало проку.
Ведь от них одна морока.
(Уходит.)

Лиса возвращается в дом, прихо-
рашивается, наряжается.

Выбегают з а й ч а т а (мама, папа
и дочка) танцуют, собирают с гряд-
ки морковь, капусту.

З а й ч и х а
Тише, Зая, не шали.
А капусточку неси.
Будешь кушать кочерыжку —
Подрастешь скорей, малышка.

З а я ц
Я морковь принесу
Сладкую и вкусную,

Ведь в морковке витамины —
Похрусти-ка зубками.

Л и с а
Вот еще. Нашел еду.
Ешьте вы зефир, халву.
От нее красивый вид
И животик не болит.

З а й ч и х а
Что ты, что ты говоришь?
Не слушай ты ее, малыш.
(Уходят.)

Л и с а (дразнится)
Не хочу ваш слышать бред:
«Ешь морковку на обед...
От нее красивый вид...».
Фу. Прямо голова болит!
Лучше лягу я посплю —
Не хочу гулять в лесу.

Выбегают две белочки.

1 - я б е л о ч к а
Налетел осенний ветер
И деревья закачал.

2 - я б е л о ч к а
Полетели листья с веток —
Начался осенний бал.

Белки исполняют танец с листь-
ями. Бегут две сороки с пакетами и
коробками.

1 - я с о р о к а
Просыпайся, ты, Лиса,
Открывай скорей глаза.

2 - я с о р о к а
Принесли мы угощение:
И конфеты и печенье.

1 - я с о р о к а
И чего здесь только нет.
Вот это праздничный обед!

2 - я сорока

Убирай свою еду.

Нам все это ни к чему.

Лиса и сороки накрывают на стол.

1 - я сорока

Леденцы и мармелад

Кока-кола, шоколад.

2 - я сорока

Ну и всем на удивленье:

Чупа-чупсы, загляденье.

Сороки исполняют танец «Чупа-чупсов».

Лиса

Гости, кажется, идут.

Все у нас готово тут?

Идет Медведь.

Медведь

Здравствуй, кумушка Лиса —

Леса нашего краса.

Я пришел на день рождения,

Принимай-ка поздравленье.

(Дарит бочонок с медом.)

Лиса

Твой подарок принимаю,

Проходи, я приглашаю.

Идет Волк.

Волк

Здравствуй, кумушка Лиса —
Леса нашего краса.

А наряд твой как хорош,
Просто глаз не отведешь.

(Дарит веточку рябинки.)

Лиса

Проходи скорее в дом,

Садись за праздничным столом.

Прилетает Филин.

Филин

Здравствуй, здравствуй, Лизавета,

Я пришел к тебе с приветом.

Лиса

Вот спасибо, что пришел —

Проходи, садись за стол.

Не стесняйтесь, угощайтесь:

Вот зефир, а вот халва,

«Милки вей» и «Сникерс»

с «Спрайтом» —

Это модная еда.

Волк

Сколько лет прожил на свете,

А такого не видал...

Медведь

Сколько лет прожил на свете,

А такого не едал...

1 - я сорока

Что вы, что вы, темнота,

Это модная еда!

2 - я сорока

Эти овощи и фрукты —

Очень вредные продукты.

Филин

Ну, не знаю, как и быть.

Пить мне это, иль не пить?

Лиса

Ешьте гости, угощайтесь

И нисколько не смущайтесь.

Гости едят, угощаются, нахваливают.

Все *(вместе)*

Ох, наелись — красота! —

Очень вкусная еда.

1 - я сорока

Я, скажу вам, иностранцы
Так горазды все на танцы.

2 - я сорока

Мы готовы хоть сейчас
Здесь устроить вам танц-класс.

Звери танцуют.

Л и с а

Ох, закружилась голова...

Ф и л и н

И в желудке тошнота.

В о л к

Зубы ноют сильно. Во-о-о-т.

М е д в е д ь

У меня болит живот...

1 - я сорока

Может, доктора позвать?

2 - я сорока

Надо нам за ним слетать.

Сороки улетают, прибегают белочки, машут на больных, ставят градусник, суетятся. Идет Дятел.

Дятел

Где больные, в чем беда?

Л и с а

Ох, закружилась голова...

Ф и л и н

И в желудке тошнота...

В о л к

Зубы ноют сильно. Во-о-о-т.

М е д в е д ь

У меня болит живот.

Дятел

Ну, понятно, в чем беда.
Это что же за еда?

Говорю вам точно, братцы:
Очень вредно так питаться.

От такой вот от еды
Можно ждать одной беды.

Столько сладости вы съели,
Потому и заболели.

Л и с а

Это все они, Сороки,
Нам наделали мороки.

С о р о к и

Это сами мы не ели —
Нам конфеты надоели.

Дятел

Есть полезнее еда —
Это знают дети. Да?

Д е т и *(по очереди)*

Это ягоды и фрукты,
Все молочные продукты.
Все, что выросло на грядке...

Дятел

Ешь, и будет все в порядке.
Сказка, может, и мала,
Но про важные дела.

Исполняется «Песня о полезных продуктах» (муз. и сл. И. Босиковой).

Это знают все на свете:
Мамы, папы, даже дети.
Что здоровая еда
Не приносит нам вреда.
Чтобы чаще улыбаться,
Надо правильно питаться.
И тогда, поверьте, всех
Ждут удача и успех.

СанПиН 2.4.1.2660-10

Санитарно- эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях*

*(Утверждены постановлением**Главного государственного санитарного врача
Российской Федерации от 22 июля 2010 г. № 91)**Введены в действие с 1 октября 2010 года**(Продолжение.)*

XIV. Требования к оборудованию пищеблока, инвентарю, посуде

14.1. Устройство, оборудование, содержание пищеблока дошкольных организаций должно соответствовать санитарным правилам к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья.

Пищеблок должен быть оборудован необходимым технологическим и холодильным оборудованием. Набор оборудования производственных, складских помещений рекомендуется принимать в соответствии с Приложением 4 настоящих санитарных правил. Все технологическое и холодильное оборудование должно быть в рабочем состоянии.

14.2. Технологическое оборудование, инвентарь, посуда, тара должны быть изготовлены из материалов, разрешенных для контакта с пищевыми продуктами. Весь кухонный инвентарь и кухонная посуда должны иметь маркировку для сырых и готовых пищевых продуктов. При работе технологического оборудования должна быть исключена возможность контакта пищевого сырья и готовых к употреблению продуктов.

* Начало см. № 2, 4. 2011 г.

АКТУАЛЬНО



14.3. Производственное оборудование, разделочный инвентарь и посуда должны отвечать следующим требованиям:

- столы, предназначенные для обработки пищевых продуктов, должны быть цельнометаллические;

- для разделки сырых и готовых продуктов следует иметь отдельные разделочные столы, ножи и доски из деревьев твердых пород без щелей и зазоров, гладко выструганные. Разделочные доски из пластмассы и прессованной фанеры к использованию не допускаются;

- доски и ножи должны быть промаркированы: «СМ» — сырое мясо, «СК» — сырые куры, «СР» — сырая рыба, «СО» — сырые овощи, «ВМ» — вареное мясо, «ВР» — вареная рыба, «ВО» — вареные овощи, «гастрономия», «Сельдь», «Х» — хлеб, «Зелень»;

- посуда, используемая для приготовления и хранения пищи, должна быть безопасной для здоровья детей;

- компоты и кисели готовят в посуде из нержавеющей стали. Для кипячения молока выделяют отдельную посуду;

- количество одновременно используемой столовой посуды и приборов должно соответствовать списочному составу детей в группе. Для персонала следует иметь отдельную столовую посуду. Посуду хранят в буфете;

- кухонная посуда, столы, оборудование, инвентарь должны быть промаркированы и использоваться по назначению.

14.4. Каждая группа помещений (производственные, складские, санитарно-бытовые) оборудуются раздельными системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим и естественным побуждением.

Технологическое оборудование и моечные ванны, являющиеся источниками повышенных выделений влаги, тепла, газов, оборудуются локальными вытяжными системами вентиляции в зоне максимального загрязнения.

14.5. Моечные (производственные) ванны на пищеблоке должны быть обеспечены подводкой холодной и горячей воды через смесители.

14.6. Для ополаскивания посуды (в том числе столовой) используются гибкие шланги с душевой насадкой.

14.7. Моечную обменной тары оборудуют ванной большого размера или трапом с бортиком, облицованными керамической плиткой.

14.8. Во всех производственных помещениях, моечных, санузле и комнате персонала пищеблока устанавливают раковины для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды.

14.9. Температура горячей воды в точках разбора должна составлять не менее 65 °С.

14.8. Для технологических, хозяйственно-бытовых целей горячую воду из системы отопления не используют.

14.9. В месте присоединения производственных ванн к кана-

лизации должен быть воздушный разрыв не менее 20 мм от верха приемной воронки, которую устраивают выше сифонных устройств.

14.10. Кухонную посуду после освобождения от остатков пищи моют в двухсекционной ванне с соблюдением следующего режима: в первой секции — мытье щетками водой с температурой не ниже 40 °С с добавлением моющих средств; во второй секции — ополаскивают проточной горячей водой с температурой не ниже 65 °С с помощью шланга с душевой насадкой и просушивают в перевернутом виде на решетчатых полках, стеллажах. Чистую кухонную посуду хранят на стеллажах на высоте не менее 0,5 м от пола.

14.11. Разделочные доски и мелкий деревянный инвентарь (лопатки, мешалки и др.) после мытья в первой ванне горячей водой (не ниже 40 °С) с добавлением моющих средств ополаскивают горячей водой (не ниже 65 °С) во второй ванне, обдают кипятком, а затем просушивают на решетчатых стеллажах или полках. Доски и ножи хранятся на рабочих местах отдельно в кассетах или в подвешенном виде.

14.12. Металлический инвентарь после мытья прокаливают в духовом шкафу; мясорубки после использования разбирают, промывают, обдают кипятком и тщательно просушивают.

14.13. Столовая и чайная посуда выделяется для каждой группы. Она может быть изготовлена

из фаянса, фарфора (тарелки, блюда, чашки), а столовые приборы (ложки, вилки, ножи) — из нержавеющей стали. Не допускается использовать посуду с отбитыми краями, трещинами, сколами, деформированную, с поврежденной эмалью, пластмассовую и столовые приборы из алюминия. Для персонала следует выделить отдельную посуду и промаркировать.

14.14. Посуду и столовые приборы моют в 2-гнездных ваннах, установленных в буфетных каждой групповой ячейки.

Столовая посуда после механического удаления остатков пищи моется с добавлением моющих средств (первая ванна) с температурой воды не ниже 40 °С, ополаскивается горячей проточной водой с температурой не ниже 65 °С (вторая ванна) с помощью гибкого шланга с душевой насадкой и просушивается на специальных решетках.

Чашки промывают горячей водой с применением моющих средств в первой ванне, ополаскивают горячей проточной водой во второй ванне и просушивают.

Столовые приборы после механической очистки и мытья с применением моющих средств (первая ванна) ополаскивают горячей проточной водой (вторая ванна). Чистые столовые приборы хранят в предварительно промытых металлических кассетах в вертикальном положении ручками вверх.

Столовую посуду для персонала моют отдельно от детской столовой посуды.

14.15. При возникновении случаев инфекционных заболеваний проводятся мероприятия в соответствии с предписаниями, выданными органом, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Для обеззараживания посуды в каждой групповой ячейке следует иметь промаркированную емкость с крышкой для замачивания посуды в дезинфицирующем растворе. Допускается использование сухожарового шкафа.

14.16. В ясельных группах бутылочки после молочных смесей промывают теплой водой с помощью ерша и моющих средств, тщательно ополаскивают проточной водой, затем стерилизуют в автоклаве при температуре 120 °С в течение 45 минут или кипятят в воде в течение 15 минут и хранят в промаркированной закрытой эмалированной посуде. Ерши после использования промывают проточной водой и кипятят 30 минут, высушивают и хранят в сухом виде.

Соски после употребления промывают, замачивают в 2% растворе питьевой соды в течение 15—20 минут, потом промывают водой, кипятят 3 минуты в воде и хранят в промаркированной емкости с закрытой крышкой.

14.17. Рабочие столы на пищеблоке и столы в групповых после каждого приема пищи моют горячей водой с моющими средствами специальной ветошью.

Мочалки, щетки для мытья посуды, ветошь для протирания столов после использования стирают с применением моющих средств, просушивают и хранят в специально промаркированной таре.

Щетки с наличием дефектов и видимых загрязнений, а также металлические мочалки и губчатый материал не используют.

14.18. Пищевые отходы на пищеблоке и в группах собирают в промаркированные металлические ведра с крышками или педальные бачки, очистка которых проводится по мере заполнения их не более чем на $\frac{2}{3}$ объема. Ежедневно в конце дня ведра и бачки независимо от наполнения очищают с помощью шлангов над канализационными трапами, промывают 2% раствором кальцинированной соды, а затем ополаскивают горячей водой и просушивают.

14.19. В помещениях пищеблока ежедневно проводят уборку: мытье полов, удаление пыли и паутины, протирание радиаторов, подоконников; еженедельно с применением моющих средств проводят мытье стен, осветительной арматуры, очистку стекол от пыли и копоти и т.п.

Один раз в месяц необходимо проводить генеральную уборку с последующей дезинфекцией всех помещений, оборудования и инвентаря.

14.20. В помещениях пищеблока проводят дезинсекцию и дератизацию силами специализированных организаций.

XV. Требования к условиям хранения, приготовления и реализации пищевых продуктов и кулинарных изделий

15.1. Пищевые продукты, поступающие в дошкольные организации, должны иметь документы, подтверждающие их происхождение, качество и безопасность. Качество продуктов проверяет ответственное лицо (бракераж сырых продуктов), делает запись в специальном журнале. Не допускаются к приему пищевые продукты без сопроводительных документов, с истекшим сроком хранения и признаками порчи.

Урожай овощей и фруктов, собранный на территории дошкольных организаций, допускается использовать в питании детей, которые должны отвечать гигиеническим требованиям безопасности и пищевой ценности на пищевые продукты для детей дошкольного возраста.

15.2. Особо скоропортящиеся пищевые продукты хранят в холодильных камерах или холодильниках при температуре +2—+6 °С, которые обеспечиваются термометрами для контроля за температурным режимом хранения.

При наличии одной холодильной камеры места хранения мяса, рыбы и молочных продуктов должны быть строго разграничены, с обязательным устройством специальных полок, легко поддающихся мойке.

15.3. Хранение продуктов в холодильных и морозильных камерах осуществляют на стеллажах

и подтоварниках в таре поставщика.

15.4. Молоко следует хранить в той же таре, в которой оно поступило, или в потребительской упаковке.

15.5. Масло сливочное хранят на полках в заводской таре или брусками, завернутыми в пергамент, в лотках. Крупные сыры — на чистых стеллажах, мелкие сыры хранят на полках в потребительской таре. Сметану, творог хранят в таре с крышкой. Не допускается оставлять ложки, лопатки в таре со сметаной, творогом. Яйцо в коробах хранят на подтоварниках в сухих прохладных помещениях.

15.6. Крупу, муку, макаронные изделия хранят в сухом помещении в мешках, картонных коробках на подтоварниках либо стеллажах на расстоянии от пола не менее 15 см, расстояние между стеной и продуктами должно быть не менее 20 см.

15.7. Ржаной и пшеничный хлеб хранят отдельно на стеллажах и в шкафах, при расстоянии нижней полки от пола не менее 35 см. Дверки в шкафах должны иметь отверстия для вентиляции. При уборке мест хранения хлеба крошки сметают специальными щетками, полки протирают тканью, смоченной 1% раствором столового уксуса.

15.8. Картофель и корнеплоды хранят в сухом, темном помещении; капусту — на отдельных стеллажах, в ларях; квашеные, соленые овощи — при темпера-

туре не выше $+10^{\circ}\text{C}$. Плоды и зелень хранят в ящиках в прохладном месте при температуре не выше $+12^{\circ}\text{C}$. Озелененный картофель не допускается использовать в пищу.

15.9. Продукты, имеющие специфический запах (специи, сельдь), следует хранить отдельно от других продуктов, воспринимающих запахи (масло сливочное, сыр, яйцо, чай, сахар, соль).

15.10. Кисломолочные и другие готовые к употреблению скоропортящиеся продукты перед подачей детям выдерживают в закрытой потребительской упаковке при комнатной температуре до достижения ими температуры подачи $15^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$, но не более одного часа.

15.11. Молоко фляжное непастеризованное перед употреблением подлежит обязательному кипячению не более 2—3 минут.

15.12. При приготовлении пищи соблюдаются следующие правила: — обработку сырых и вареных продуктов проводят на разных столах при использовании соответствующих маркированных разделочных досок и ножей; — в перечень технологического оборудования следует включать не менее 2 мясорубок для раздельного приготовления сырых и готовых продуктов.

15.13. При приготовлении блюд должен соблюдаться принцип «щадящего питания»: для тепловой обработки применяются варка, запекание, припускание, пассе-

рование, тушение, приготовление на пару, приготовление в конвектомате; при приготовлении блюд не применяется жарка. Питание детей должно соответствовать принципам щадящего питания, предусматривающим использование определенных способов приготовления блюд, таких как варка, приготовление на пару, тушение, запекание, и исключать жарку блюд, а также продукты с раздражающими свойствами.

При кулинарной обработке пищевых продуктов необходимо соблюдать санитарно-эпидемиологические требования к технологическим процессам приготовления блюд:

- котлеты, биточки из мясного или рыбного фарша, рыбу кусками запекают без предварительного обжаривания при температуре $250\text{—}280^{\circ}\text{C}$ в течение 20—25 минут;
- суфле, запеканки готовят из вареного мяса (птицы); формованные изделия из сырого мясного или рыбного фарша готовят на пару или запеченными в соусе; рыбу (филе) кусками отваривают, припускают, тушат или запекают;
- при изготовлении вторых блюд из вареного мяса (птицы, рыбы), или отпуске вареного мяса (птицы) к первым блюдам, порционированное мясо подвергают вторичной термической обработке — кипячению в бульоне в течение 5—7 минут и хранят в нем при

- температуре $+75^{\circ}\text{C}$ до раздачи не более 1 часа;
- омлеты и запеканки, в рецептуру которых входит яйцо, готовят в жарочном шкафу, омлеты — в течение 8—10 минут при температуре 180—200 $^{\circ}\text{C}$, слоем не более 2,5—3 см; запеканки — 20—30 минут при температуре 220—280 $^{\circ}\text{C}$, слоем не более 3—4 см; хранение яичной массы осуществляется не более 30 минут при температуре $4\pm 2^{\circ}\text{C}$;
 - яйцо варят 10 минут после закипания воды;
 - при перемешивании ингредиентов, входящих в состав блюд, необходимо пользоваться кухонным инвентарем, не касаясь продукта руками;
 - при изготовлении картофельного (овощного) пюре следует использовать механическое оборудование;
 - масло сливочное, используемое для заправки гарниров и других блюд, должно предварительно подвергаться термической обработке (растопливать и доводиться до кипения);
 - гарниры из риса и макаронных изделий варят в большом объеме воды (в соотношении не менее 1:6) без последующей промывки;
 - колбасные изделия (сосиски, вареные колбасы, сардельки) обязательно отваривают (опускают в кипящую воду и заканчивают термическую обработ-

ку после 5-минутной варки с момента начала кипения).

15.14. Обработку яиц перед использованием в любые блюда проводят в отдельном помещении либо в специально отведенном месте мясо-рыбного цеха, используя для этих целей промаркированные ванны и (или) емкости, возможно использование перфорированных емкостей, при условии полного погружения яиц в раствор в следующем порядке: I — обработка в 1—2% теплом растворе кальцинированной соды; II — обработка в разрешенных для этой цели дезинфицирующих средствах; III — ополаскивание проточной водой в течение не менее 5 минут с последующим выкладыванием в чистую промаркированную посуду; не допускается хранить яйцо в кассетницах поставщика в производственных цехах пищеблока ДО.

15.15. Крупы не должны содержать посторонних примесей. Перед использованием крупы промывают проточной водой.

15.16. Потребительскую упаковку консервированных продуктов перед вскрытием промывают проточной водой и протирают ветошью.

15.17. Горячие блюда (супы, соусы, горячие напитки, вторые блюда и гарниры) при раздаче должны иметь температуру $+60$ — $+65^{\circ}\text{C}$; холодные закуски, салаты, напитки — не ниже $+15^{\circ}\text{C}$.

С момента приготовления до отпуска первые и вторые блюда могут находиться на горячей плите не более 2 часов.

15.18. При обработке овощей должны быть соблюдены следующие требования:

15.18.1. Овощи сортируют, моют и очищают. Очищенные овощи повторно промывают в проточной питьевой воде не менее 5 минут небольшими партиями, с использованием дуршлагов, сеток. При обработке белокачанной капусты необходимо обязательно удалить наружные листья.

Не допускается предварительное замачивание овощей.

Очищенные картофель, корнеплоды и другие овощи, во избежание их потемнения и высушивания, допускается хранить в холодной воде не более 2 часов.

15.18.2. Овощи урожая прошлого года (капусту, репчатый лук, корнеплоды и др.) в период после 1 марта допускается использовать только после термической обработки.

15.18.3. При кулинарной обработке овощей для сохранения витаминов следует соблюдать следующие правила: кожуру овощей чистят тонким слоем, очищают их непосредственно перед приготовлением; закладывают овощи только в кипящую воду, нарезав их перед варкой; свежую зелень добавляют в готовые блюда во время раздачи.

Для обеспечения сохранности витаминов в блюдах овощи, подлежащие отвариванию в очищенном виде, чистят непосредственно перед варкой и варят в подсоленной воде (кроме свеклы).

15.18.4. Овощи, предназначенные для приготовления винегретов и салатов, варят в кожуре, охлаждают; очищают и нарезают вареные овощи в холодном цехе или в горячем цехе на столе для вареной продукции. Варка овощей накануне дня приготовления блюд не допускается.

Отваренные для салатов овощи хранят в холодильнике не более 6 часов при температуре 4 ± 2 °С.

15.18.5. Листовые овощи и зелень, предназначенные для приготовления холодных закусок без последующей термической обработки, следует тщательно промывать проточной водой и выдерживать в 3% растворе уксусной кислоты или 10% растворе поваренной соли в течение 10 минут с последующим ополаскиванием проточной водой и просушиванием.

15.19. Изготовление салатов и их заправка осуществляются непосредственно перед раздачей. Незаправленные салаты допускается хранить не более 2 часов при температуре 4 ± 2 °С. Салаты заправляют непосредственно перед раздачей. В качестве заправки салатов следует использовать растительное масло. Хранение

заправленных салатов может осуществляться не более 30 минут при температуре 4 ± 2 °С. Использование сметаны и майонеза для заправки салатов не допускается.

15.20. Фрукты, включая цитрусовые, тщательно промывают в условиях цеха первичной обработки овощей (овощного цеха), а затем вторично в условиях холодного цеха в моечных ваннах.

15.21. Кефир, ряженку, простоквашу и другие кисломолочные продукты порционируют в чашки непосредственно из пакетов или бутылок перед их раздачей.

15.22. В эндемичных по йоду районах рекомендуется использовать йодированную поваренную соль.

15.23. Для предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) не допускается:

- использование пищевых продуктов, указанных в Приложении 5 настоящих санитарных правил;
- изготовление на пищеблоке дошкольных организаций творога и других кисломолочных продуктов, а также блинчиков с мясом или с творогом, макарон по-флотски, макарон с рубленным яйцом, зельцев, яичницы-глазуньи, холодных напитков и морсов из плодово-ягодного сырья (без термической обработ-

ки), форшмаков из сельди, студней, паштетов, заливных блюд (мясных и рыбных); окрошек и холодных супов;

- использование остатков пищи от предыдущего приема и пищи, приготовленной накануне; пищевых продуктов с истекшими сроками годности и явными признаками недоброкачества (порчи); овощей и фруктов с наличием плесени и признаками гнили; мяса, субпродуктов всех видов сельскохозяйственных животных, рыбы, сельскохозяйственной птицы, не прошедших ветеринарный контроль.

15.24. В дошкольных организациях должен быть организован питьевой режим. Питьевая вода, в том числе расфасованная в емкости и бутилированная, по качеству и безопасности должна отвечать требованиям на питьевую воду.

Допускается использование кипяченой питьевой воды, при условии ее хранения не более 3 часов.

При использовании установок с дозированным розливом питьевой воды, расфасованной в емкости, предусматривается замена емкости по мере необходимости, но не реже, чем это предусматривается установленным изготовителем сроком хранения вскрытой емкости с водой. Обработка дозирующих устройств проводит-

ся в соответствии с эксплуатационной документацией (инструкцией) изготовителя.

15.25. Реализация кислородных коктейлей может осуществляться только по назначению врача-педиатра, медицинским работником дошкольной организации и при наличии условий приготовления коктейлей в соответствии с инструкцией. В составе кислородных коктейлей в качестве пенообразователя не должны использоваться сырые яйца.

XVI. Требования к составлению меню для организации питания детей разного возраста

16.1. Ассортимент вырабатываемых на пищеблоке готовых блюд

и кулинарных изделий определяется с учетом набора помещений, обеспечения технологическим, холодильным оборудованием.

16.2. Питание должно удовлетворять физиологическим потребностям детей в основных пищевых веществах и энергии (табл. 4).

В специализированных дошкольных организациях и группах для детей с хроническими заболеваниями (пищевая аллергия, часто болеющие дети) питание детей должно быть организовано в соответствии с принципами лечебного и профилактического питания детей с соответствующей патологией на основе соответствующих норм питания и меню.

Таблица 4

Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для детей возрастных групп

	Показатели (в сутки)	0—3 мес.	4—6 мес.	7—12 мес.	1—2 года	От 2 лет до 3 лет	3—7 лет
1	Энергия (ккал)	115*	115*	110*	1200	1400	1800
2	Белок, г	—	—	—	36	42	54
3	* в т.ч. животный (%)	—	—	—	70		65
4	** г/кг массы тела	2,2	2,6	2,9	—	—	—
6	Жиры, г	6,5*	6*	5,5*	40	47	60
14	Углеводы, г	13*	13*	13*	174	203	261

* Потребности для детей первого года жизни в энергии, жирах, углеводах даны в расчете г/кг массы тела.

** Потребности для детей первого года жизни, находящихся на искусственном вскармливании.

При организации питания детей и составления примерного двухнедельного меню необходимо руководствоваться рекомендуемым среднесуточным набором продуктов питания настоящих санитарных правил (Приложение 6, табл. 1), с учетом возраста детей и временем их пребывания в дошкольной организации. При организации питания детей, находящихся на лечении в санаторно-курортных учреждениях различного профиля (кроме туберкулезных), следует руководствоваться табл. 2 Приложения 6 настоящих санитарных правил.

Отклонения от расчетных суточной калорийности и содержания основных пищевых веществ (белков, жиров и углеводов) и калорийности не должны превы-

шать $\pm 10\%$, микронутриентов $\pm 15\%$.

16.3. Расчет питания детям первого года жизни проводят исходя из потребности в основных веществах на 1 кг массы тела, затем не реже 1 раза в месяц детям с проявлениями гипотрофии, недоношенным — не реже 1 раза в 10 дней.

16.4. Для детей, начиная с 9-месячного возраста, оптимальным является прием пищи с интервалом не более 4 часов.

Режим питания детей по отдельным приемам пищи, в зависимости от их времени пребывания в дошкольных организациях, представлен в табл. 5.

16.5. Распределение энергетической ценности (калорийности) суточного рациона питания де-

Таблица 5

**Режим питания в зависимости
от длительности пребывания детей в ДО**

Время приема пищи	Приемы пищи в зависимости от длительности пребывания детей в ДО		
	8—10 часов	11—12 часов	24 часа
8.30—9.00	завтрак	завтрак	завтрак
10.30—11.00	второй завтрак	второй завтрак	второй завтрак
12.00—13.00	обед	обед	обед
15.30	полдник	полдник*	полдник
18.30	—	ужин	ужин
21.00	—	—	второй ужин

* При 12-часовом пребывании возможна организация как отдельного полдника, так и «уплотненного» полдника с включением блюд ужина.

Таблица 6

Для детей с круглосуточным пребыванием в ДО	Для детей с дневным пребыванием в ДО 8— 10 ч	Для детей с дневным пребыванием в ДО 12 ч
Завтрак (20%) Второй завтрак (5%) Обед (35%) Полдник (15%) Ужин (20%) Второй ужин (до 5%) — допол- нительный прием пищи перед сном — кисломолочный напиток с булочным или мучным кулинарным изделием	Завтрак (20%) Второй завтрак (5%) Обед (35%) Полдник (15%)	Завтрак (20%) Второй завтрак (5%) Обед (35%) Полдник (15%) / или уплотненный полдник (30—35%) Ужин (20%)

тей на отдельные приемы пищи в зависимости от их времени пребывания в дошкольных организациях представлено в табл. 6.

В промежутке между завтраком и обедом рекомендуется дополнительный прием пищи — второй завтрак, включающий напиток или сок и (или) свежие фрукты.

16.6. Для групп кратковременного пребывания детей в дошкольных организациях (3—5 часов) организуют одноразовое питание (второй завтрак, обед или полдник) в зависимости от времени работы группы (первая или вторая половина дня).

16.7. Питание детей первого года жизни назначают индивидуально в соответствии с возрастными физиологическими нормативами и своевременным введением всех видов прикорма (Приложение 7 настоящих санитарных правил).

16.7.1. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, должны получать современные сухие или жидкие адаптированные молочные смеси, последующие смеси и продукты прикорма в соответствии с возрастом.

16.7.2. Для питания детей первого года жизни используют пищевые продукты промышленного производства, предназначенные для детей соответствующего возраста и имеющие свидетельства о государственной регистрации.

16.7.3. Для питья и разведения молочных смесей и инстантных каш для детей раннего возраста следует использовать бутилированную воду для детского питания, разрешенную в установленном порядке для питания детей первого года жизни. При отсутствии бутилированной воды может быть использована предварительно прокипяченная водопроводная вода.

16.7.4. Молочные продукты и молочные смеси могут поступать из молочной кухни. Питание, полученное из молочной кухни, хранят в холодильнике (по группам) в пределах сроков реализации. Перед кормлением детей продукты детского питания (смеси) подогревают в водяной бане (температура воды +50 °С) в течение 5 минут или в электронагревателе для детского питания до температуры +37 °С.

16.7.5. Подготовка продуктов для питания детей первого года жизни (разведение сухих смесей, инстантных каш, разогревание продуктов прикорма) должно быть организовано в буфетной группового помещения. Буфетная должна быть оборудована холодильником и устройствами для подогрева детского питания.

16.7.6. Для детей, находящихся на грудном вскармливании, должна быть предусмотрена комната для кормления (сцеживания женского молока), оборудованная раковиной, столом для пеленания ребенка и местом для кормления (стул, кресло).

16.8. В каждом учреждении должно быть примерное меню, рассчитанное не менее чем на 2 недели, с учетом рекомендуемых среднесуточных норм питания в ДО для двух возрастных категорий: для детей с 1 года до 3 лет и для детей от 3 до 7 лет (Приложение 6 настоящих санитарных правил).

При составлении меню и расчетов калорийности необходимо соблюдать оптимальное соотношение пищевых веществ (белков, жиров, углеводов), которое должно составлять 1:1:4 соответственно.

При составлении меню следует учитывать национальные и территориальные особенности питания населения и состояние здоровья детей. Рекомендуемый ассортимент пищевых продуктов представлен в Приложении 8 настоящих санитарных правил.

16.9. Примерная форма примерного меню приводится в Приложении 9 настоящих санитарных правил.

16.10. Примерное меню должно содержать информацию о количественном составе основных пищевых веществ и энергии по каждому блюду, приему пищи, за каждый день и в целом за период его реализации. Обязательно приводят ссылки на рецептуры используемых блюд и кулинарных изделий в соответствии со сборниками рецептур. Наименования блюд и кулинарных изделий, указываемых в примерном цикличном меню, должны соответствовать их наименованиям, указанным в использованных сборниках рецептур.

В примерном меню не допускается повторения одних и тех же блюд или кулинарных изделий в один и тот же день или в смежные дни.

16.11. Ежедневно в меню должны быть включены: молоко, кисломолочные напитки, сметана, мясо, картофель, овощи, фрукты, соки, хлеб, крупы, сливочное и растительное масло, сахар, соль. Остальные продукты (творог, рыба, сыр, яйцо и др.) 2—3 раза в неделю.

В течение двух недель ребенок должен получить все продукты в полном объеме в соответствии с установленными нормами согласно Приложению 6 настоящих санитарных правил.

16.12. При отсутствии каких-либо продуктов в целях обеспечения полноценного сбалансированного питания разрешается проводить их замену на равноценные по составу продукты в соответствии с таблицей замены продуктов (Приложение 10 настоящих санитарных правил).

При отсутствии свежих овощей и фруктов следует включать в меню соки, свежемороженые овощи и фрукты.

16.13. На основании утвержденного примерного меню ежедневно составляется меню-требование установленного образца с указанием выхода блюд для детей разного возраста.

На каждое блюдо должна быть заведена технологическая карта (Приложение 11 настоящих санитарных правил).

Для детей разного возраста должны соблюдаться объемы порций приготавливаемых блюд

(Приложение 12 настоящих санитарных правил).

16.14. В целях профилактики недостаточности микронутриентов (витаминов и минеральных веществ) в питании детей круглогодично используют пищевые продукты, обогащенные микронутриентами, в том числе быстрорастворимые (инстантные) витаминизированные напитки. При этом обязательно проводится количественная оценка содержания витаминов в суточном рационе питания.

В ДО проводится круглогодичная искусственная С-витаминизация готовых блюд (из расчета для детей 1—3 лет — 35 мг, для детей 3—6 лет — 50 мг на порцию) или их обогащение витаминно-минеральными комплексами, специально предназначенными для этой цели (в соответствии с инструкцией и удостоверением о государственной регистрации) из расчета 50—75% от суточной потребности в витаминах в одной порции напитка, либо использование поливитаминных препаратов специального назначения (детских) в соответствии с инструкцией по применению. Препараты витаминов вводят в третье блюдо (компот, кисель и т.п.) после его охлаждения до температуры 15 °С (для компота) и 35 °С (для киселя) непосредственно перед реализацией. Витаминизированные блюда не подогревают.

16.15. Необходимые расчеты и оценку использованного на одного ребенка среднесуточного набора пищевых продуктов проводят 1 раз в десять дней. По результатам оценки при необходимости проводят коррекцию питания в течение следующей недели (декады).

Подсчет энергетической ценности полученного рациона питания и содержания в нем основных пищевых веществ (белков, жиров и углеводов) проводят ежемесячно.

16.16. Для обеспечения преемственности питания родителей информируют об ассортименте питания ребенка, вывешивая ежедневное меню.

16.17. Выдача готовой пищи разрешается только после проведения приемочного контроля бракеражной комиссией в составе повара, представителя администрации ДО, медицинского работника.

Результаты контроля регистрируются в специальном журнале (Приложение 13 настоящих санитарных правил).

Масса порционных блюд должна соответствовать выходу блюда, указанному в меню. При нарушении технологии приготовления пищи, а также в случае неготовности блюдо допускают к выдаче только после устранения выявленных кулинарных недостатков.

16.18. Непосредственно после приготовления пищи отбирается

суточная проба готовой продукции. Суточная проба отбирается в объеме: порционные блюда — в полном объеме; холодные закуски, первые блюда, гарниры, третьи и прочие блюда — не менее 100 г. Пробу отбирают стерильными или прокипяченными ложками в стерильную или прокипяченную стеклянную посуду с плотно закрывающимися крышками (гарниры и салаты — в отдельную посуду) и сохраняют в течение не менее 48 часов при температуре +2—+6 °С в отдельном холодильнике или в специально отведенном месте в холодильнике для молочных продуктов, гастрономии. Посуду с пробами маркируют с указанием приема пищи и датой отбора. Контроль за правильностью отбора и хранения суточной пробы осуществляет ответственное лицо, прошедшее инструктаж.

XVII. Требования к перевозке и приему в дошкольные организации пищевых продуктов

17.1. Транспортировку пищевых продуктов необходимо проводить в условиях, обеспечивающих их сохранность и предохраняющих от загрязнения.

Доставка пищевых продуктов осуществляется специализированным транспортом, имеющим санитарный паспорт, при условии обеспечения раздельной транспортировки продовольственного сырья и готовых пищевых про-

дуктов, не требующих тепловой обработки.

Допускается использование одного транспортного средства для перевозки разных групп пищевых продуктов при условии проведения между рейсами санитарной обработки транспорта с применением дезинфицирующих средств, либо при условии использования транспортного средства с кузовом, разделенным на изолированные отсеки для раздельного размещения сырья и готовых пищевых продуктов.

17.2. Скоропортящиеся продукты перевозят специализированным охлаждаемым или изотермическим транспортом, обеспечивающим сохранение установленных температурных режимов хранения, либо в изотермических контейнерах.

17.3. Транспортные средства для перевозки пищевых продуктов содержат в чистоте и не используют для перевозки людей и непродовольственных товаров.

Санитарная обработка транспорта для перевозки пищевых продуктов проводится ежедневно.

17.4. Лица, сопровождающие продовольственное сырье и пищевые продукты в пути следования и выполняющие их погрузку и выгрузку, пользуются санитарной одеждой (халат, рукавицы), имеют личную медицинскую книжку установленного образца с результатами медицинских ос-

мотров, в том числе лабораторных обследований, и отметкой о прохождении профессиональной гигиенической подготовки.

17.5. Тара, в которой привозят продукты, должна быть промаркирована и использоваться строго по назначению. Обратную тару после употребления необходимо очищать, промывать водой с 2% раствором кальцинированной соды (20 г препарата на 1 л воды), ошпаривать кипятком, высушивать и хранить в местах, недоступных загрязнению. Их обработку проводят в специально выделенном помещении. Не допускается использовать для перевозки продуктов кухонное оборудование.

17.6. Прием пищевых продуктов и продовольственного сырья в дошкольные организации осуществляется при наличии документов, подтверждающих их качество и безопасность. Продукция поступает в таре производителя (поставщика). Документация, удостоверяющая качество и безопасность продукции, маркировочные ярлыки (или их копии) должны сохраняться до окончания реализации продукции.

Входной контроль поступающих продуктов осуществляет ответственное лицо (бракераж сырых продуктов). Результаты контроля регистрируются в специальном журнале (Приложение 14 настоящих санитарных правил).

Не допускаются к приему пищевые продукты с признаками недоброкачества, а также продукты без сопроводительных документов, подтверждающих их качество и безопасность, не имеющие маркировки, в случае, если наличие такой маркировки предусмотрено законодательством Российской Федерации.

17.7. Пищевые продукты хранят в соответствии с условиями хранения и сроками годности, установленными предприятием-изготовителем в соответствии с

нормативно-технической документацией.

При наличии одной холодильной камеры места хранения мяса, рыбы и молочных продуктов должны быть строго разграничены, с обязательным устройством специальных полок, легко поддающихся мойке и обработке.

17.8. Складские помещения для хранения продуктов оборудуют приборами для измерения температуры воздуха, холодильное оборудование — контрольными термометрами.

Приложение 4
к СанПиН 2.4.1.2660-10

Рекомендуемый перечень оборудования пищеблоков

Наименование производственно- го помещения	Оборудование
1	2
Склады (кладовые)	Стеллажи, подтоварники, среднетемпературные и низкотемпературные холодильные шкафы (при необходимости)
Овощной цех (первичной обработки овощей)	Производственные столы (не менее двух), картофелеочистительная и овощерезательная машины, моечные ванны, раковина для мытья рук
Овощной цех (вторичной обработки овощей)	Производственные столы (не менее двух), моечная ванна, универсальный механический привод или (и) овощерезательная машина, раковина для мытья рук
Холодный цех	Производственные столы (не менее двух), контрольные весы, среднетемпературные холодильные шкафы (в количестве, обеспечивающем возможность соблюдения «товарного соседства» и хранения необходимого объема пищевых продуктов), универсальный механический привод или (и) овощерезательная машина, бактерицидная установка для обеззараживания воздуха, моечная ванна для повторной обработки овощей, не подлежащих термической обработке, зелени и фруктов, раковина для мытья рук

Окончание табл.

1	2
Мясо-рыбный цех	Производственные столы (для разделки мяса, рыбы и птицы) — не менее двух, контрольные весы, среднетемпературные и при необходимости низкотемпературные холодильные шкафы (в количестве, обеспечивающем возможность соблюдения «товарного соседства» и хранения необходимого объема пищевых продуктов), электромясорубка, колода для разруба мяса, моечные ванны, раковина для мытья рук
Горячий цех	Производственные столы (не менее двух: для сырой и готовой продукции), электрическая плита, электрическая сковорода, духовой (жарочный) шкаф, электропривод для готовой продукции, электрокотел, контрольные весы, раковина для мытья рук
Моечная кухонной посуды	Производственный стол, моечные ванны, стеллаж, раковина для мытья рук
Моечная тары	Моечная ванна

Приложение 5
к СанПиН 2.4.1.2660-10

Пищевые продукты, которые не допускается использовать в питании детей в дошкольных организациях, в целях предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений). Недопустимо использование:

- субпродуктов, кроме печени, языка, сердца;
- непотрошенной птицы;
- мяса диких животных;
- мяса и субпродуктов замороженных, со сроком годности более 6 месяцев;
- мяса птицы замороженного;
- мяса птицы механической обвалки и коллагенсодержащее сырье из мяса птицы;
- мяса третьей и четвертой категории;
- мяса с массовой долей костей, жировой и соединительной ткани свыше 20%;
- зельцев, изделий из мясной обрести, диафрагмы; рулетов из мякоти голов, кровяных и ливерных колбас;
- кулинарных жиров, свиного или бараньего сала, маргарина и других гидрогенизированных жиров;
- яиц и мяса водоплавающих птиц;
- яиц с загрязненной скорлупой, с насечкой, «тек», «бой», а также яиц из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам;
- консервов с нарушением герметичности банок, бомбажных, «хлопуш», банок с ржавчиной, деформированных, без этикеток;

- круп, муки, сухофруктов и других продуктов, загрязненных различными примесями или зараженных амбарными вредителями;
- любых пищевых продуктов домашнего (не промышленного) изготовления, а также принесенных из дома и не имеющих документов, подтверждающих их качество и безопасность (в том числе при организации праздничных мероприятий, праздновании дней рождения и т.п.);
- кремовых кондитерских изделий (пирожных и тортов) и кремов;
- творога из непастеризованного молока, фляжного творога, фляжной сметаны без термической обработки;
- простокваши «самокваса»;
- грибов и продуктов (кулинарных изделий), из них приготовленных;
- кваса, газированных напитков;
- молока и молочных продуктов из хозяйств, неблагополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных, а также не прошедших первичную обработку и пастеризацию;
- сырокопченых, полукопченых, подкопченных мясных гастрономических изделий и колбас;
- блюд, изготовленных из мяса, птицы, рыбы, не прошедших тепловую обработку, кроме соленой рыбы (сельдь, семга, форель);
- бульонов, приготовленных на основе костей;
- жареных в жире (во фритюре) пищевых продуктов и изделий, чипсов;
- уксуса, горчицы, хрена, перца острого (красного, черного, белого) и других острых (жгучих) приправ и содержащих их пищевых продуктов;
- острых соусов, кетчупов, майонезов и майонезных соусов, маринованных овощей и фруктов (огурцы, томаты, сливы, яблоки) и других продуктов, консервированных с уксусом;
- кофе натурального;
- ядра абрикосовой косточки, арахиса;
- молочных продуктов, творожных сырков и мороженого с использованием растительных жиров;
- кумыса и других кисломолочных продуктов с содержанием этанола (более 0,5%);
- карамели, в том числе леденцовой;
- первых и вторых блюд из/на основе сухих пищевых концентратов быстрого приготовления;
- продуктов, содержащих в своем составе синтетические ароматизаторы и красители;
- сливочного масла жирностью ниже 72%;
- продуктов, в том числе кондитерских изделий, содержащих алкоголь;
- консервированных продуктов с использованием уксуса.

Рекомендуемые среднесуточные нормы питания¹ в дошкольных организациях (г, мл, на 1 ребенка)

Наименование пищевого продукта или группы пищевых продуктов	Количество продуктов в зависимости от возраста детей			
	в г, мл, брутто ²		в г, мл, нетто	
	1—3 года	3—7 лет	1—3 года	3—7 лет
1	2	3	4	5
Молоко с м.д.ж. 2,5—3,2%, в том числе кисломолочные продукты с м.д.ж. 2,5—3,2% ³	390	450	390	450
Творог, творожные изделия для детского питания с м.д.ж. не более 9% и кислотностью не более 150 °Т	30	40	30	40
Сметана с м.д.ж. не более 15%	9	11	9	11
Сыр неострых сортов твердый и мягкий	4,3	6,4	4	6
Мясо (говядина 1 кат. бескостная/говядина 1 кат. на костях) ⁴	55/68	60,5/75	50	55
Птица (куры 1 кат. потр./цыплята-бройлеры 1 кат. потр./индейка 1 кат потр.) ⁴	23/23/22	27/27/26	20	24
Рыба (филе), в том числе филе слабо- или малосоленое ⁴	37	39	32	37

1	2	3	4	5
Колбасные изделия для питания дошкольников	5	7	4,9	6,9
Яйцо куриное диетическое	0,5 шт.	0,6 шт.	20	24
Картофель: с 01.09 по 31.10	160	187	120	140
с 31.10 по 31.12	172	200	120	140
с 31.12 по 28.02	185	215	120	140
с 29.02 по 01.09	200	234	120	140
Овощи, зелень ⁴	256	325	205	260
Фрукты (плоды) свежие ⁴	108	114	95	100
Фрукты (плоды) сухие	9	11	9	11
Соки фруктовые (овощные)	100	100	100	100
Напитки витаминизированные (готовый напиток)	—	50	—	50
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный)	40	50	40	50
Хлеб пшеничный или хлеб зерновой	70	100	70	100
Крупы (злаки), бобовые	30	43	30	43
Макаронные изделия группы А	8	12	8	12
Мука пшеничная хлебопекарная	25	29	25	29
Мука картофельная (крахмал)	3	3	3	3

Окончание табл.

1	2	3	4	5
Масло коровье сладкосливочное	22	26	22	26
Масло растительное	9	11	9	11
Кондитерские изделия	7	20	7	20
Чай, включая фиточай	0,5	0,6	0,5	0,6
Какао-порошок	0,5	0,6	0,5	0,6
Кофейный напиток злаковый (суррогатный), в том числе из цикория	1,0	1,2	1,0	1,2
Дрожжи хлебопекарные	0,4	0,5	0,4	0,5
Сахар ⁵	37	47	37	47
Соль пищевая поваренная	4	6	4	6

¹ Допустимы отклонения от рекомендуемых норм питания $\pm 5\%$.

² В случае поступления новых видов пищевых продуктов, в том числе и импортных товаров, или в случае поступления нестандартного сырья, нормы отходов и потерь при технологической обработке этого сырья определяются дошкольной организацией самостоятельно путем контрольных проработок.

³ Доля кисломолочных продуктов должна составлять 135—150 мл для детей в возрасте 1—3 года и 150—180 мл — для детей 3—7 лет.

⁴ При использовании другого сырья необходимо делать перерасчет. Масса брутто может меняться в зависимости от исходного сырья и сезона года. При формировании меню необходимо обеспечивать выполнение натуральных норм питания в соответствии с данными, приведенными в столбце нетто.

⁵ В том числе для приготовления блюд и напитков; в случае использования продуктов промышленного выпуска, содержащих сахар (сгущенное молоко, кисели и др.), выдача сахара должна быть уменьшена в соответствии с его количеством, поступающим в составе используемого готового продукта.

Таблица 2

Среднесуточные наборы продуктов для детей, находящихся на лечении в санаторно-курортных учреждениях различного профиля (кроме туберкулезных)

Наименование пищевого продукта или группы пищевых продуктов	Количество продуктов в зависимости от возраста детей			
	в г, мл, брутто		в г, мл, нетто	
	1—3 года	3—7 лет	1—3 года	3—7 лет
1	2	3	4	5
Молоко, кефир и другие кисломолочные продукты	550	550	550	550
Творог, 9%	40	50	39	49
Сметана	10	12	10	12
Сыр	5	10	4,7	9,4
Мясо (говядина 1 кат., в том числе субпродукты)	100	130	74	96
Птица (куры 1 кат. п/п)	15	25	10	17
Рыба (филе)	30	40	28,5	38
Морепродукты	—	15	—	13,5
Сельдь, икра	—	6	—	6
Колбасные изделия	—	15	—	14,7
Яйцо, шт.	½	1	20	40
Картофель: с 01.09 по 31.10	153	253	115	190
с 31.10 по 31.12	165	272	115	190

Окончание табл.

1	2	3	4	5
с 31.12 по 28.02	178	293	115	190
с 29.02 по 01.09	192	317	115	190
Овощи разные и зелень	200	300	160	240
Фрукты (плоды) свежие	100	200	90	176
Фрукты (плоды) сухие	10	15	10	15
Соки фруктовые	150	200	150	200
Хлеб ржаной	40	50	40	50
Хлеб пшеничный	60	100	60	100
Крупы, бобовые, макаронные изделия	35	50	35	50
Мука пшеничная	20	50	20	50
Мука картофельная	1	1	1	1
Масло сливочное	30	35	30	35
Масло растительное	5	10	5	10
Кондитерские изделия	10	15	10	15
Чай	0,5	0,5	0,5	0,5
Кофе злаковый, какао-порошок	2	2	2	2
Дрожжи	0,5	1	0,5	1
Сахар	50	60	50	60
Соль, специи	4	5	4	5

* Масса нетто приводится для нормы отходов 25%.

Рекомендуемая примерная схема питания детей первого года жизни

Наименование продуктов и блюд	Возраст (месяцы жизни)								
	0—1	2	3	4	5	6	7	8	9—12
Женское молоко, адаптированная молочная смесь или последующие молочные смеси (мл)	700—800	800—900	800—900	800—900	700	600	500	200—400	200—400
Фруктовые соки (мл)	—			5—30	40—50	50—60	70	80	90—100
Фруктовое пюре (мл)	—			5—30	40—50	50—60	70	80	90—100
Творог (г)	—			—	—	10—40	40	40	50
Желток (шт.)	—			—	—	—	0,25	0,50	0,50
Овощное пюре (г)	—			10—100	100—150	150	170	180	200
Каша (г)	—			10—100	100—150	150	150	180	200
Мясное пюре (г)	—			—	—	5—30	30	50	60—70
Рыбное пюре	—			—	—	—	—	5—30	30—60
Кефир и другие неадаптированные кисломолочные продукты (мл)	—			—	—	—	—	200	200
Цельное молоко (мл)	—			100*	200*	200*	200*	200**	200**
Хлеб (пшеничный, в/с) (г)	—			—	—	—	—	5	10
Сухари, печенье	—			—	—	—	3—5	5	10—15
Растительное масло	—			—	1—3	3	5	5	6
Сливочное масло	—			—	1—4	4	4	5	6

* Для приготовления каш.

** В зависимости от количества потребляемой молочной смеси или женского молока

Приложение 8
к СанПиН 2.4.1.2660-10**Рекомендуемый ассортимент
основных пищевых продуктов
для использования
в питании детей
в дошкольных организациях****Мясо и мясопродукты:**

- говядина I категории;
- телятина;
- нежирные сорта свинины и баранины;
- мясо птицы охлажденное (курица, индейка),
- мясо кролика;
- сосиски, сардельки (говяжьи), колбасы вареные для детского питания, не чаще чем 1—2 раза в неделю — после тепловой обработки;
- субпродукты говяжьи (печень, язык).

Рыба и рыбопродукты — треска, горбуша, лосось, хек, минтай, ледяная рыба, судак, сельдь (соленая), морепродукты.

Яйца куриные — в виде омлетов или в вареном виде.

Молоко и молочные продукты:

- молоко (2,5%, 3,2% жирности), пастеризованное, стерилизованное, сухое;
- сгущенное молоко (цельное и с сахаром), сгущенно-вареное молоко;
- творог не более 9% жирности с кислотностью не более 150 °Т — после термической обработки; творог и творожные изделия промышленного выпуска в мелкоштучной упаковке;

- сыр неострых сортов (твердый, полутвердый, мягкий, плавленый — для питания детей дошкольного возраста);
- сметана (10%, 15% жирности) — после термической обработки;
- кисломолочные продукты промышленного выпуска; ряженка, варенец, бифидок, кефир, йогурты, простокваша;
- сливки (10% жирности);
- мороженое (молочное, сливочное).

Пищевые жиры:

- сливочное масло (72,5%, 82,5% жирности);
- растительное масло (подсолнечное, кукурузное, соевое — только рафинированное; рапсовое, оливковое) — в салаты, винегреты, сельдь, вторые блюда;
- маргарин ограниченно для выпечки.

Кондитерские изделия:

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

Овощи:

- овощи свежие: картофель, капуста белокочанная, капуста

краснокочанная, капуста цветная, брюссельская, брокколи, капуста морская, морковь, свекла, огурцы, томаты, перец сладкий, кабачки, баклажаны, патиссоны, лук (зеленый и репчатый), чеснок (с учетом индивидуальной переносимости), петрушка, укроп, листовой салат, щавель, шпинат, сельдерей, брюква, репа, редис, редька, тыква, корни белые сушеные, томатная паста, томат-пюре;

— овощи быстрозамороженные (очищенные полуфабрикаты): картофель, капуста цветная, брюссельская, брокколи, капуста морская, морковь, свекла, перец сладкий, кабачки, баклажаны, лук (репчатый), шпинат, сельдерей, тыква, горошек зеленый, фасоль стручковая.

Фрукты:

— яблоки, груши, бананы, слива, персики, абрикосы, ягоды (за исключением клубники, в том числе быстрозамороженные);
— цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны) — с учетом индивидуальной переносимости;
— тропические фрукты (манго, киви, ананас, гуава) — с учетом индивидуальной переносимости;
— сухофрукты.

Бобовые: горох, фасоль, соя, чечевица.

Орехи: миндаль, фундук, ядро грецкого ореха.

Соки и напитки:

— натуральные отечественные и импортные соки и нектары

промышленного выпуска (осветленные и с мякотью);

— напитки промышленного выпуска на основе натуральных фруктов;

— витаминизированные напитки промышленного выпуска без консервантов и искусственных пищевых добавок;

— кофе (суррогатный), какао, чай. Консервы:

— говядина тушеная (в виде исключения при отсутствии мяса) для приготовления первых блюд;

— лосось, сайра (для приготовления супов);

— компоты, фрукты дольками;

— баклажанная и кабачковая икра для детского питания;

— зеленый горошек;

— кукуруза сахарная;

— фасоль стручковая консервированная;

— томаты и огурцы соленые.

Хлеб (ржаной, пшеничный или из смеси муки, предпочтительно обогащенный), крупы, макаронные изделия — все виды без ограничения.

Соль поваренная йодированная — в эндемичных по содержанию йода районах.

Дополнительно при наличии финансовых возможностей в питании детей могут использоваться:

— икра осетровая и лососевая зернистая (не чаще 1 раза в 2 недели);

— рыба соленая красная (предпочтительнее горбуша, кета) — не чаще 1 раза в 2 недели.

Приложение 9
к СанПиН 2.4.1.2660-10Форма примерного цикличного меню
(образец)

День: понедельник

Неделя: первая

Сезон: весенне-зимний

Возрастная категория:

№ реп.	Прием пищи, наимено- вание блюда	Мас- са пор- ции	Пищевые вещества (г)			Энер- гетиче- ская цен- ность (ккал)	Витамины, мг			Минер- альные вещест- ва, мг	
			Б	Ж	У		В ₁	В ₂	С	Ca	Fe

Приложение 10
к СанПиН 2.4.1.2660-10

Таблица замены продуктов по белкам и углеводам

Наименование продуктов	Количес- тво (нетто, г)	Химический состав			Добавить к суточному рациону или исключить
		Бел- ки, г	Жи- ры, г	Угле- воды, г	
1	2	3	4	5	6
Замена хлеба (по белкам и углеводам)					
Хлеб пшеничный	100	7,6	0,9	49,7	
Хлеб ржаной про- стой	150	8,3	1,5	48,1	
Мука пшеничная 1 сорт	70	7,4	0,8	48,2	
Макароны, вер- мишель	70	7,5	0,9	48,7	
Крупа манная	70	7,9	0,5	50,1	
Замена картофеля (по углеводам)					
Картофель	100	2,0	0,4	17,3	
Свекла	190	2,9	—	17,3	
Морковь	240	3,1	0,2	17,0	
Капуста белоко- чанная	370	6,7	0,4	17,4	

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Макароны, вермишель	25	2,7	0,3	17,4	
Крупа манная	25	2,8	0,2	17,9	
Хлеб пшеничный	35	2,7	0,3	17,4	
Хлеб ржаной простой	55	3,1	0,6	17,6	
Замена свежих яблок (по углеводам)					
Яблоки свежие	100	0,4	—	9,8	
Яблоки сушеные	15	0,5	—	9,7	
Курага (без косточек)	15	0,8	—	8,3	
Чернослив	15	0,3	—	8,7	
Замена молока (по белку)					
Молоко	100	2,8	3,2	4,7	
Творог полужирный	20	3,3	1,8	0,3	
Творог жирный	20	2,8	3,6	0,6	
Сыр	10	2,7	2,7	—	
Говядина (1 кат.)	15	2,8	2,1	—	
Говядина (2 кат.)	15	3,0	1,2	—	
Рыба (филе трески)	20	3,2	0,1	—	
Замена мяса (по белку)					
Говядина (1 кат.)	100	18,6	14,0		
Говядина (2 кат.)	90	18,0	7,5		Масло +6 г
Творог полужирный	110	18,3	9,9		Масло +4 г
Творог жирный	130	18,2	23,4	3,7	Масло -9 г
Рыба (филе трески)	120	19,2	0,7	—	Масло +13 г
Яйцо	145	18,4	16,7	1,0	
Замена рыбы (по белку)					
Рыба (филе трески)	100	16,0	0,6	1,3	

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6
Говядина 1 кат.	85	15,8	11,9	—	Масло -11 г
Говядина 2 кат.	80	16,0	6,6	—	Масло -6 г
Творог полужирный	100	16,7	9,0	1,3	Масло -8 г
Творог жирный	115	16,1	20,7	3,3	Масло -20 г
Яйцо	125	15,9	14,4	0,9	Масло -13 г
Замена творога					
Творог полужирный	100	16,7	9,0	1,3	
Говядина 1 кат.	90	16,7	12,6	—	Масло -3 г
Говядина 2 кат.	85	17,0	7,5	—	
Рыба (филе трески)	100	16,0	0,6	—	Масло +9 г
Яйцо	130	16,5	15,0	0,9	Масло -5 г
Замена яйца (по белку)					
Яйцо 1 шт.	40	5,1	4,6	0,3	
Творог полужирный	30	5,0	2,7	0,4	
Творог жирный	35	4,9	6,3	1,0	
Сыр	20	5,4	5,5	—	
Говядина 1 кат.	30	5,6	4,2	—	
Говядина 2 кат.	25	5,0	2,1	—	
Рыба (филе трески)	35	5,6	0,7	—	

Приложение 11
к СанПиН 2.4.1.2660-10**Форма технологической карты**
(образец)

Технологическая карта № _____

Наименование изделия:

Номер рецептуры:

Наименование сборника рецептов:

Наименование сырья	Расход сырья и полуфабрикатов	
	1 порция	
	Брутто, г	Нетто, г
Выход		

Химический состав данного блюда

Пищевые вещества				Минеральные вещества, мг		Витамины, мг		
Бел- ки, г	Жи- ры, г	Углево- ды, г	Энерг. цен- ность, ккал	Ca	Fe	B ₁	B ₂	C

Технология приготовления: _____

Приложение 12
к СанПиН 2.4.1.2660-10

Примерные возрастные объемы порций для детей

Наименование блюд	Вес (масса) в граммах	
	от 1 года до 3 лет	от 3 до 7 лет
1	2	3
Завтрак		
Каша, овощное блюдо	120—200	200—250
Яичное блюдо	40—80	80—100
Творожное блюдо	70—120	120—150
Мясное, рыбное блюдо	50—70	70—80
Салат овощной	30—45	60
Напиток (какао, чай, молоко и т.п.)	150—180	180—200
Обед		
Салат, закуска	30—45	60
Первое блюдо	150—200	250
Блюдо из мяса, рыбы, птицы	50—70	70—80
Гарнир	100—150	150—180
Третье блюдо (напиток)	150—180	180—200
Полдник		
Кефир, молоко	150—180	180—200
Булочка, выпечка (печенье, вафли)	50—70	70—80
Блюдо из творога, круп, овощей	80—150	150—180
Свежие фрукты	40—75	75—100

Окончание табл.

1	2	3
Ужин		
Овощное блюдо, каша	120—200	200—250
Творожное блюдо	70—120	120—150
Напиток	150—180	180—200
Свежие фрукты	40—75	75—100
Хлеб на весь день:		
пшеничный	50—70	110
ржаной	20—30	60

Приложение 13
к СанПиН 2.4.1.2660-10**Форма журнала бракеража готовой кулинарной продукции
(образец)**

Дата и час изго- товле- ния блюда	Время снятия браке- ража	Наимено- вание блюда, кулинар- ного изде- лия	Результаты органолеп- тической оценки и степени го- товности блюда, ку- линарного изделия	Разреше- ние к реа- лизации блюда, кулинар- ного изде- лия	Подписи членов бракераж- ной комис- сии	При- меча- ние <*>
1	2	3	4	5	6	7

Примечание: <*> указываются факты запрещения к реализации готовой про-
дукции.

Приложение 14
к СанПиН 2.4.1.2660-10

**Форма журнала бракеража поступающего продовольственного сырья и пищевых продуктов
(образец)**

Дата и час поступле- ния продо- вольствен- ного сырья и пищевых продуктов	Наиме- нование пищевых продук- тов	Количество поступившего продовольст- венного сырья и пищевых продуктов (в килограммах, литрах, шту- ках)	Номер доку- мента, под- тверждающе- го безопас- ность приня- того пищево- го продукта	Результаты органолептиче- ской оценки поступившего продовольст- венного сырья и пищевых продуктов	Конечный срок реа- лизации продо- вольст- венного сырья и пищевых продуктов	Дата и час фактиче- ской реали- зации про- дольств- венного сырья и пищевых продуктов по дням	Подпись ответст- венного лица	Приме- чание <*>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Примечание: <*> указываются факты списания, возврата продуктов и др.

Продолжение следует.

Изменения № 1 к СанПиН 2.4.1.2660-10

«Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях» (Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.2791-10)

*(Утверждены постановлением
Главного государственного санитарного врача
Российской Федерации от 20.12.2010 № 164)*

Внести изменения в СанПиН 2.4.1.2660-10

1. П. 1.4 изложить в следующей редакции: «Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее — санитарные правила) распространяются на дошкольные образовательные организации независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, реализующие как основную общеобразовательную программу дошкольного образования, так и на дошкольные организации, оказывающие услуги по уходу и присмотру за детьми, не связанные с оказанием образовательных услуг, следующих видов:

- детский сад;
- детский сад для детей раннего возраста;
- детский сад для детей дошкольного (старшего дошкольного) возраста;

- детский сад присмотра и оздоровления;
- детский сад компенсирующего вида;
- детский сад комбинированного вида;
- детский сад общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по одному из направлений развития детей;
- центр развития ребенка — детский сад.

Настоящие санитарные правила обязательны для исполнения в группах детей дошкольного возраста общеразвивающей, оздоровительной, компенсирующей и комбинированной направленности, организуемых в образовательных учреждениях других типов (помимо дошкольных)».

2. П. 1.8 изложить в следующей редакции: «Группы для детей дошкольного возраста могут со-

здаваться в образовательных учреждениях других типов (помимо дошкольных) при наличии в них помещений, отвечающих требованиям настоящих санитарных правил».

3. В п. 1.9 слово «ясельная» заменить словом «для детей раннего возраста».

4. В пп. 3.5, 3.8, 3.9.1, 3.9.3, 3.10, 4.2, 4.8, 4.9, 4.10, 6.3, 6.4, 6.6 (табл. 1), 6.18.1, 6.19, 11.7, 12.2, 12.9, 14.16, 18.14, 19.1, приложении 3 заменить слова «ясельного», «ясельная», «ясельный» словами «для детей младенческого и раннего возраста».

5. П. 1.10 изложить в следующей редакции:

«Количество детей в группах дошкольной организации общеразвивающей направленности определяется исходя из расчета площади групповой (игровой) — для ясельных групп не менее 2,5 м квадратных на 1 ребенка, в дошкольных группах не менее 2,0 м квадратных на одного ребенка».

6. Пп. 1.10.1 и 1.10.2 исключить.

7. В п. 4.2:

- абзац третий исключить;
- абзац четвертый изложить в следующей редакции: «Групповые ячейки для детей ясельного возраста располагают на 1-м этаже, для детей от 3 до 5 лет размещение групповой ячейки допускается на 2-м этаже, для детей от 5 до 7 лет размещение групповой ячейки допускается на третьем этаже».

8. В п. 4.10 абзац три изложить в следующей редакции: слова «без учета мебели и ее расстановки» исключить.

9. В п. 6.14 абзац седьмой исключить.

10. В п. 11.4:

— абзац два подпункта а) изложить в следующей редакции: «место для раздевания с условиями хранения верхней одежды и обуви детей (шкафчики или вешалки»);

— абзац три подпункта а) изложить в следующей редакции: «групповая комната или физкультурный зал, или музыкальный зал, или комната для проведения занятий и (или) игр детей»;

— абзац шесть подпункта а) изложить в следующей редакции: «Возможно совмещение в одном туалетном помещении туалета для детей и персонала с оборудованием их персональными горшками для каждого ребенка, а для детей в возрасте 5—7 лет персональными сидениями на унитаз».

11. В п. 11.5:

— абзац два подпункта а) изложить в следующей редакции: «место для раздевания с условиями хранения верхней одежды и обуви детей (шкафчики или вешалки»);

— абзац три подпункта а) изложить в следующей редакции: «групповая комната или физкультурный зал, или музыкальный зал, или комната для

- проведения занятий и (или) игр детей»;
- абзац семь подпункта а) изложить в следующей редакции: «Возможно совмещение в одном туалетном помещении туалета для детей и персонала с оборудованием их персональными горшками для каждого ребенка, а для детей в возрасте 5—7 лет персональными сидениями на унитазах».
12. В п. 11.6:
- абзац два подпункта а) изложить в следующей редакции: «место для раздевания с условиями хранения верхней одежды и обуви детей (шкафчики или вешалки)»;
 - абзац три подпункта а) изложить в следующей редакции: «групповая комната или физкультурный зал, или музыкальный зал, или комната для проведения занятий и (или) игр детей»;
 - абзац восемь подпункта а) изложить в следующей редакции: «Возможно совмещение в одном туалетном помещении туалета для детей и персонала с оборудованием их персональными горшками для каждого ребенка, а для детей в возрасте 5—7 лет персональными сидениями на унитазах».
13. В п. 11.7:
- в абзаце два исключить слова «(расстановка кроватей регламентируется п. 6.14 настоящих санитарных правил)»;
 - в абзаце три после слов «...с установкой в них детских унитазов...» дополнить словами «возможно совмещение в одном туалетном помещении туалета для детей и персонала с оборудованием их персональными горшками для каждого ребенка, а для детей в возрасте 5—7 лет персональными сидениями на унитазах»;
 - пункт дополнить абзацем «Решается организация сна детей в групповых помещениях с использованием для этого складных кроватей трансформеров с жестким ложем».
14. В п. 12.8 слова «подготовка к занятиям» заменить словами «подготовка к образовательной деятельности».
15. П. 12.9 изложить в следующей редакции: «Для детей раннего возраста от 1,5 до 3 лет непосредственно образовательная деятельность должна составлять не более 1,5 ч в неделю (игровая, музыкальная деятельность, общение, развитие движений). Продолжительность непрерывной непосредственно образовательной деятельности составляет не более 10 мин. Допускается осуществлять непосредственно образовательную деятельность в первую и во вторую половину дня (по 8—10 мин). В теплое время года непосредственно образовательную деятельность осуществляют на участке во время прогулки».
16. П. 12.10 изложить в следующей редакции: «Максимально

допустимый объем недельной образовательной нагрузки, включая реализацию дополнительных образовательных программ, для детей дошкольного возраста составляет: в младшей группе (дети четвертого года жизни) — 2 ч 45 мин, в средней группе (дети пятого года жизни) — 4 ч, в старшей группе (дети шестого года жизни) — 6 ч 15 мин, в подготовительной (дети седьмого года жизни) — 8 ч 30 мин».

17. П. 12.11 изложить в следующей редакции: 1 «Продолжительность непрерывной непосредственно образовательной деятельности для детей 4-го года жизни — не более 15 мин, для детей 5-го года жизни — не более 20 мин, для детей 6-го года жизни — не более 25 мин, а для детей 7-го года жизни — не более 30 мин. Максимально допустимый объем образовательной нагрузки в первой половине дня в младшей и средней группах не превышает 30 и 40 мин соответственно, а в старшей и подготовительной 45 мин и 1,5 ч соответственно. В середине времени, отведенного на непрерывную образовательную деятельность, проводят физкультминутку. Перерывы между периодами непрерывной образовательной деятельности — не менее 10 мин».

18. П. 12.12 изложить в следующей редакции: «Непосредственно образовательная деятельность с детьми старшего дошкольного

возраста может осуществляться во второй половине дня после дневного сна, но не чаще 2—3 раз в неделю. Ее продолжительность должна составлять не более 25—30 мин в день. В середине непосредственно образовательной деятельности статического характера проводят физкультминутку».

19. П. 12.14 изложить в следующей редакции: «Непосредственно образовательная деятельность физкультурно-оздоровительного и эстетического цикла должна занимать не менее 50% общего времени, отведенного на непосредственно образовательную деятельность».

20. В п. 12.16 слово «занятия» заменить словами «непосредственно образовательная деятельность». Последнее предложение после слов «Для профилактики утомления детей рекомендуется сочетать...» изложить в редакции «...ее с образовательной деятельностью, направленной на физическое и художественно-эстетическое развитие детей».

21. В п. 12.18 и 12.19 слова «занятия» заменить словами «непосредственно образовательной деятельности».

22. П. 12.21 изложить в следующей редакции: «Непосредственно образовательную деятельность с использованием компьютеров для детей 5—7 лет следует проводить не более одного в течение дня и не чаще трех раз в неделю в дни наиболее высокой

работоспособности: во вторник, в среду и в четверг. После работы с компьютером с детьми проводят гимнастику для глаз. Непрерывная продолжительность работы с компьютером в форме развивающих игр для детей 5 лет не должна превышать 10 мин и для детей 6—7 лет — 15 мин. Для детей, имеющих хроническую патологию, частоболеющих (более 4 раз в год), после перенесенных заболеваний в течение 2 недель продолжительность непосредственно образовательной деятельности с использованием компьютера должна быть сокращена для детей 5 лет до 7 мин, для детей 6 лет — до 10 мин.

Для снижения утомляемости детей в процессе осуществления непосредственно образовательной деятельности с использованием компьютерной техники необходимо обеспечить гигиенически рациональную организацию рабочего места: соответствие мебели росту ребенка, достаточный уровень освещенности. Экран видеомонитора должен находиться на уровне глаз или чуть ниже, на расстоянии не ближе 50 см. Ребенок, носящий очки, должен заниматься за компьютером в них. Недопустимо использование одного компьютера для одновременного занятия двух или более детей. Непосредственно образовательную деятельность с использованием детьми компьютеров про-

водят в присутствии педагога или воспитателя (методиста)».

23. Добавить п. 12.22: «Общественно-полезный труд детей старшей и подготовительной групп проводится в форме самообслуживания, элементарного хозяйственно-бытового труда и труда на природе (сервировка столов, помощь в подготовке к занятиям). Его продолжительность не должна превышать 20 мин в день».

24. В п. 13.2 в абзаце два слова «Физкультурные занятия» заменить словами «занятия физической культурой».

25. П. 13.3 изложить в следующей редакции:

- в абзаце одно слово «воспитания» заменить словом «развитие»;
- в абзаце два слова «занятия» заменить словами «непосредственно образовательная деятельность»;
- в абзаце пять слова «Для индивидуальных занятий» заменить словами «Для осуществления непосредственно образовательной деятельности по физическому развитию в индивидуальной форме».

26. П. 13.4 изложить в следующей редакции: «С детьми второго и третьего года жизни непосредственно образовательную деятельность по физическому развитию осуществляют по подгруппам воспитатели 2—3 раза в неделю. С детьми второго года

жизни ее проводят в групповом помещении, с детьми третьего года жизни — в групповом помещении или в физкультурном зале.

Рекомендуемая наполняемость групп в процессе осуществления непосредственно образовательной деятельности по физическому развитию и ее длительность в зависимости от возраста детей, представлена в табл. 3».

27. В п. 13.4:

- название таблицы три изложить в следующей редакции: «Наполняемость групп в процессе осуществления непосредственно образовательной деятельности по физическому развитию и ее продолжительность в зависимости от возраста детей»;
- в третьей строке первого столбца таблицы три слово «занятия» заменить словами «(в мин)».

28. П. 13.5 изложить в следующей редакции: «Непосредственно образовательную деятельность по физическому развитию детей в возрасте от 3 до 7 лет организуют не менее 3 раз в неделю. Ее длительность зависит от возраста детей и составляет:

- в младшей группе — 15 мин;
- в средней группе — 20 мин;
- в старшей группе — 25 мин;
- в подготовительной группе — 30 мин.

Один раз в неделю для детей 5—7 лет следует круглогодично организовывать непосредственно образовательную деятельность по

физическому развитию детей на открытом воздухе. Ее проводят только при отсутствии у детей медицинских противопоказаний и наличии у детей спортивной одежды, соответствующей погодным условиям.

В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях непосредственно образовательную деятельность по физическому развитию максимально организуют на открытом воздухе.

29. П. 13.7 изложить в следующей редакции:

- в абзаце два слова «проведении занятий» заменить словами «организации плавания»;
- в абзаце три слово «занятия» заменить словом «плавания»;
- в абзаце четыре слово «занятия» заменить словом «нахождения».

30. В п. 13.8 в абзаце девять слова «проведении занятий» заменить словами «организации плавания».

31. В п. 13.10 в абзаце три слова «все организационные формы занятий физическими упражнениями» заменить словами «все организованные формы непосредственно образовательной деятельности по физическому развитию детей».

32. В п. 13.11 слово «воспитанию» заменить словом «развитию».

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

Письмо от 28.12.2010 №01/18179-0-23

О результатах контрольно-надзорных мероприятий за детскими организациями в 2010 году

(извлечение)

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, проанализировав санитарно-эпидемиологическое состояние дошкольных образовательных учреждений в Российской Федерации, сообщает:

В целом по Российской Федерации за последние три года отмечается рост числа дошкольных образовательных учреждений, при этом число детей, нуждающихся в устройстве в них, ежегодно увеличивается.

По данным мониторинга Роспотребнадзора, в 2006 г. нуждалось в местах в дошкольные учреждения 600 тыс. детей, а в 2010 г. этот показатель составлял около 2 млн детей, при этом количество самих дошкольных учреждений увеличилось с 46 748 в 2006 г. до 48 057 в 2010 г.

Так, например, число детей, нуждающихся в устройстве в дошкольные учреждения в Са-

марской области, составляет 46,6% от всего детского населения региона, Красноярском крае — 41,8, Калининградской области — 40,1, Республике Алтай — 38, Республике Саха (Якутия) — 35,9, Чувашской Республике — 31,2, Ненецком АО — 30,7% и др.

Наибольшее количество дошкольных учреждений построено в Москве — 123, Московской — 50, Свердловской — 46 областях, Республике Саха (Якутия) — 37, Чеченской Республике — 27, Ханты-Мансийском АО — 23, г. Санкт-Петербурге — 22, Республиках Башкортостан, Татарстан, Кемеровской области — по 17 и др.

Около 5 тыс. дошкольных учреждений, рассчитанных на 424 812 детей, в Российской Федерации было передано в период с 1990 по 2000 г. для использования не по прямому назначению и перепрофилировано для различных нужд (Области: Оренбургская — 481,

Нижегородская — 336, Свердловская — 332, Кемеровская — 310, Ульяновская — 296, Рязанская — 242, Мурманская — 230, Красноярский край — 178 и др.).

На сегодняшний день возвращено в систему дошкольного образования всего 1104 дошкольных учреждения на 136 677 мест. Области: Челябинская — 99 учреждений, Оренбургская — 56, Тюменская — 55, Свердловская — 44, Кемеровская — 42, Краснодарский край — 81 и др.

Не построено за последние три года ни одного детского сада и не ведется строительство на данный момент в Тульской, Астраханской, Магаданской областях; Республиках Ингушетия, Северная Осетия (Алания), Мордовия, Чувашия, Тыва; Приморском крае, Еврейской АО. Все это приводит к переуплотнению в детских образовательных учреждениях и неудовлетворительной санитарно-эпидемиологической обстановке в них. В среднем по Российской Федерации процент укомплектованности дошкольных образовательных учреждений составляет 106,4%. Особенно неблагоприятная ситуация складывается в городских муниципальных учреждениях, где наполняемость групп превышает допустимую на 40,2%, а в ряде регионов данные показатели в 2—3 раза выше.

Наибольшее число учреждений, в которых отмечается переуплотнение, в Республике Башкортостан (85,3% учреждений), Ямало-

Ненецком АО (77,9%), Удмуртской Республике (61,7%), Курганской (63,8%), Томской (53,4%) областях и др.

Для решения проблемы нехватки детских садов администрациями предпринимается комплекс мер по поддержке и развитию системы дошкольного образования.

Всего в Российской Федерации реализуется около 500 региональных программ, направленных на строительство и реконструкцию дошкольных организаций: Краснодарский, Красноярский, Забайкальский, Приморский края, Курская, Свердловская области, Республика Марий Эл, Санкт-Петербург, Москва и др.

Несмотря на принимаемые меры к обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия детских учреждений, их состояние вызывает крайнюю обеспокоенность.

По данным Роспотребнадзора, в проведении ремонтов в Российской Федерации на данный момент нуждается 42,1% существующих дошкольных учреждений.

Материально-техническая база многих детских дошкольных образовательных учреждений на протяжении ряда лет остается неудовлетворительной. Не канализованы 9,6%, не имеют центрального отопления — 5,1, отсутствует центральное водоснабжение — в 7,3% учреждений.

Размещение учреждений в приспособленных зданиях с

недостаточным набором помещений и их площадью является основной причиной нарушений санитарного законодательства. В приспособленных помещениях располагается 4080 детских дошкольных учреждений, которые посещают 180 627 детей.

На протяжении последних трех лет наблюдается незначительное увеличение процента учреждений, отвечающих санитарным нормам и правилам. Тем не менее, 3% дошкольных образовательных учреждений относятся к неблагополучным в санитарно-эпидемиологическом отношении. Наибольший процент неблагополучных учреждений в течение нескольких лет отмечается в Чукотском АО — 34,7%, Хабаровском крае — 12,6, Республике Саха (Якутия) — 9,6, в Удмуртской Республике — 8,2, в Свердловской области — 7,2% и др.

В 2010 г. из обследованных дошкольных образовательных учреждений в 31% случаев были выявлены серьезные нарушения требований санитарного законодательства. Основными нарушениями, найденными в ходе надзорных функций, были:

- переуплотнение в группах;
- нарушение санитарно-эпидемиологического режима;
- правил подбора мебели в соответствии с ростовозрастными особенностями детей;
- технологии приготовления блюд;
- условий хранения скоропортящейся продукции;

— невыполнение «натуральных» норм.

Порядка 80% выявленных нарушений носили устранимый характер: недостаточность кухонного инвентаря и столовой посуды, нарушение товарного соседства и условий хранения продуктов, неудовлетворительное санитарное состояние прилегающих территорий. Необходимо отметить, что уже в ходе проведения проверок, значительная часть таких нарушений была оперативно устранена.

Водоснабжение дошкольных учреждений полностью зависит от состояния водоснабжения в целом по региону. Показатели качества и безопасности воды в дошкольных образовательных учреждениях являются нестабильными в динамике за три года.

При анализе показателей безопасности и качества питьевой воды из разводящей сети в дошкольных образовательных учреждениях в 2010 г. в 4,5% случаях качество воды не соответствовало требованиям безопасности по микробиологическим показателям и в 11,4% — по санитарно-химическим. В ряде регионов данный показатель значительно выше.

Отсутствие необходимого технологического и холодильного оборудования ставит под угрозу решение задачи по обеспечению детей полноценным горячим питанием. 14,1% учреждений по проектам должны работать на

полуфабрикатах, но вместе с тем 10% их вынуждены работать на сырье, что влечет за собой несоблюдение технологических процессов. 25,8% учреждений не имеют достаточного набора помещений, оборудования и инвентаря. В 8,1% учреждений на пищеблоках отсутствуют необходимые вспомогательные помещения; в 7,4% учреждений отсутствуют складские помещения, либо их недостаточно. Недостаточно холодильного оборудования в 3,8% учреждений; технологического оборудования и инвентаря — в 6,5%.

В период 2005—2009 гг. в детских дошкольных учреждениях ежегодно регистрируется около 400 эпидемических очагов, а число пострадавших в них детей составляет более 14 тыс. ежегодно (в среднем около 30% всех детей, пострадавших в очагах в Российской Федерации).

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

Один из важнейших факторов, способствующих формированию эпидемических очагов, — переплотнение учреждения, следствием которого является «скупчивание» детей, недостаточность регламентированной кратности проветриваний и влажной уборки, увеличение микробной на-

грузки на организм, что приводит к активизации аэрозольного механизма передачи инфекции.

За выявленные нарушения по результатам контрольно-надзорных мероприятий в 2010 г. специалистами Роспотребнадзора составлено 27 038 протоколов об административных правонарушениях, по которым в 24 344 случаев были приняты решения о назначении административного наказания в виде штрафа. Сумма штрафов составила более 5 млн рублей. Отстранен от работы 1741 сотрудник дошкольного учреждения. По решению суда была приостановлена деятельность 386 учреждений.

В целях совершенствования системы оптимального функционирования детских организаций, обеспечения безопасных условий для жизнедеятельности детей, формирования здорового будущего поколения нашей страны Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека рекомендует:

1. Проанализировать сложившуюся ситуацию по количеству дошкольных учреждений в регионе, а также количество в них мест и разработать мероприятия по реконструкции дошкольных учреждений с целью снижения дефицита мест в детских организациях, с учетом вступления в действие СанПиН 2.4.1.2791-10 «Изменения № 1 к СанПиН 2.4.1.2660-10 “Санитарно-эпи-

демиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях»».

2. Обеспечить эффективный межведомственный подход по снижению напряженности ситуации обеспечения детей местами в дошкольных организациях при строгом соблюдении требований санитарного законодательства.

3. Потребовать от руководителей всех уровней, имеющих на балансе детские учреждения, независимо от их организационно-правовой формы:

— разработать по каждому дошкольному учреждению перспективный план по развитию материально-технической базы, обеспечению их необходимым оборудованием и инвентарем в достаточном количестве, созда-

нию оптимальных условий для пребывания детей и обеспечить выполнение запланированных мероприятий;

— выполнить предписания, выданные органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

— обеспечить эффективный контроль за выполнением должностных обязанностей сотрудниками детских дошкольных учреждений и их исполнительской дисциплиной.

Руководитель —

Главный государственный санитарный врач Российской Федерации Г.Г. Онищенко

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

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Медведев распорядился повысить зарплату медработникам школ и детсадов

20 мая 2011 г., на встрече с представителями общественных объединений, участвующих в оказании помощи детям-инвалидам и больным детям, президент России Дмитрий Медведев распорядился повысить заработную плату медицинским работникам школ и детских садов.

Выступая на встрече, глава государства отметил, что в российских школах и детских садах практически не оказывают необходимую медицинскую помощь. «Ситуацию нужно менять», — подчеркнул он. В связи с этим Медведев заявил о необходимости повышения зарплаты медсестер в школах и дошкольных учреждениях как минимум на 50 процентов. Распоряжение рассмотреть этот вопрос президент дал министру здравоохранения Татьяне Голиковой.

Итоги конкурса Союза педиатров России «Детский врач 2010 года»

На открытии XV конгресса педиатров России были подведены итоги ежегодного конкурса «Детский врач года», проводимого Союзом педиатров России с 2002 г. Премия в рамках конкурса педиатров «Детский врач 2010 года» вручалась в номинациях:

- «Участковый педиатр».
- «Педиатр скоройпомощной службы».
- «Организатор здравоохранения».
- «Педиатр-наставник».
- «Педиатр-новатор».
- «Врач. Ученый. Педагог».
- «Педиатр-специалист».
- «За верность профессии».

В номинации «Участковый педиатр» победителем стала О.А. Куковская (рабочий поселок Марково, Иркутская обл.). За 25 лет работы, которые она провела на своем участке, не зарегистрировано ни одного случая младенческой смертности. Кроме того, при ней значительно повысился процент грудного вскармливания детей до года, а также процент охвата детей профилактическими прививками, снизилось количество детей III группы здоровья.

Лауреатом премии конкурса в номинации «Педиатр скоройпомощной службы» стала С.А. Дузь (врач-педиатр станции скорой медицинской помощи, г. Ульяновск). Ее исключительный опыт и профессиональная интуиция позволяют безошибочно и четко определять объем мероприятий на догоспитальном этапе, что способствует максимально благоприятному исходу заболевания.

В номинации «Организатор здравоохранения» победителем стала Н.П. Крёкова, (заместитель главного врача по педиатрической службе городской клинической больницы № 2, г. Кемерово). Она — инициатор создания специализированной помощи в детской поликлинике. При ее непосредственном участии открыты и оборудованы центр помощи детям с эпилепсией, кардиологический центр, кабинет аллерголога-иммунолога, дневной стационар. В настоящее время она постоянный консультант тяжелых больных в Доме ребенка и областном ожоговом отделении. В целом за последние 10 лет ее работы почти в 2 раза снизился показатель младенческой смертности в области.

Лауреатом премии в номинации «Педиатр-наставник» стала С.Е. Лебедькова (профессор кафедры педиатрии факультета последипломного образования Государственной медицинской академии, г. Оренбург). Она является создателем медико-генетической службы Оренбургской области и автором 17 методов диагностики критериев риска развития кардио-ревматологических болезней детского возраста. Под ее руководством защищены 20 кандидатских и три докторские диссертации.

Премия в номинации «Педиатр-новатор» была вручена В.К. Нуриахметовой (заведующий педиатрическим отделением городской больницы, г. Саянск). Пройдя путь от врача-ординатора до заведующего педиатрическим отделением, она внесла большой вклад в практику детского здравоохранения города и региона. Благодаря ее личной инициативе и настойчивости в отделении выделены социальные койки, своевременно и комплексно решаются вопросы реабилитации беспризорных и безнадзорных

детей города и региона, их устройство в дома ребенка, социальные приюты и семьи.

Победителем конкурса в номинации «Врач. Ученый. Педагог» стала В.Н. Муравьева (профессор, ректор Ставропольской государственной медицинской академии). На ее счету более 120 научных публикаций, из них шесть монографий, под ее руководством защищены шесть кандидатских и одна докторская диссертации.

Премии в номинации «Педиатр-специалист» были вручены сразу четырем врачам из Иркутской и Самарской областей, а также республик Башкортостан и Бурятия:

- Ф.М. Латыповой (врач-неонатолог отделения хирургии новорожденных и детей раннего возраста республиканской детской больницы республики Башкортостан, г. Уфа). При ее непосредственном участии создана индивидуальная программа реабилитации новорожденных детей, разработаны памятки для родителей по уходу за тяжелобольными детьми.

- Л.И. Мазур (заведующий кафедрой госпитальной педиатрии Самарского государственного медицинского университета, детский онколог). Результатом ее активной работы в области детской онкологии является снижение за последние пять лет смертности детей от онкогематологических заболеваний на 40%.

- Пак Ки О (врач-невролог неврологического отделения областной детской больницы, г. Иркутск). За последние 10 лет внедрил более 10 методов лечения заболеваний нервной системы у детей, в том числе щадящую методику лечения невропатий лицевого нерва (с эффективностью до 100% выздоровлений).

- С.О. Содномовой (врач кабинета иммунопрофилактики городской поликлиники № 3, г. Улан-Удэ). Благодаря ее активной работе за последние три года на территории поликлиники № 3 не отмечалось случаев коклюша, дифтерии, паротита, кори.

Лауреатами премии в номинации «За верность профессии» стали М.В. Ханды (заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней медицинского института Северо-восточного федерального университета, г. Якутск) и Т.Н. Николаева (профессор, заведующий кафедрой факультетской педиатрии с пропедевтикой детских болезней Ярославской государственной медицинской академии).

М.В. Ханды имеет врачебный стаж 50 лет, является первым в Якутии доктором наук, профессором по специальности «Педиатрия». Она также стала одной из основоположников детской ревматологической службы в Республике Саха. По ее инициативе созданы ревмокабинеты в детских поликлиниках, внедрены новые методы диагностики и лечения ревматизма у детей.

Врачебный стаж Т.Н. Николаевой составляет 48 лет, еще в 60-е гг. она организовала первичное выявление и диспансеризацию детей с врожденными пороками сердца и другой кардиологической патологией в г. Ярославле. Татьяна Никитична воспитала школу ярославских детских кардиологов, является высококвалифицированным преподавателем курсов пропедевтической и клинической педиатрии. Имеет более 140 научных работ, в том числе шесть монографий, три научных сборника и 20 учебно-методических изданий.

От всей души поздравляем победителей конкурса. Желаем им дальнейших успехов в профессиональной деятельности.

Редакция журнала «Медработник ДОУ»

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



КАК СДЕЛАТЬ ОСАНКУ КРАСИВОЙ, А ПОХОДКУ ЛЕГКОЙ

Автор — Бабенкова Е.А.

Книга посвящена воспитанию навыков правильной осанки и походки у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Представлены рекомендации по определению нарушений опорно-двигательного аппарата, комплексы упражнений корригирующей гимнастики, лечебной физической культуры, вопросы и ответы для проверки знаний и деятельности обучающихся по формированию правильной осанки и походки.



ЗИМНИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ

Планирование, конспекты

Автор — Сулим Е.В.

В пособии представлен оригинальный материал, предназначенный для повышения интереса детей к физкультурным занятиям на свежем воздухе в зимний период: обучение ходьбе на лыжах, катанию на санках, скольжению по ледяным дорожкам и спортивной игре «Сноубол».

В издании содержатся календарно-перспективное планирование физкультурных занятий в зимнее время года для средней, старшей и подготовительной к школе групп; примерные конспекты занятий на свежем воздухе и разнообразные спортивные игры и упражнения.



ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.

В методическом пособии представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге широко представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cnt.ru, **по тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05
или закажите в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс** и **обратный адрес**
и заказать **бесплатные каталоги** издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ В ДОУ ОРГАНИЗАЦИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДОУ



Авторы — Возная В.И. и колл. авт.

В пособии представлены результаты многолетней воспитательной и оздоровительной работы с детьми, имеющими отклонения в физическом и психическом развитии в условиях муниципального дошкольного образовательного учреждения. Рекомендации адресованы педагогическим и медицинским работникам дошкольных образовательных учреждений.



МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ДОУ Организация работы

Автор — Каралашвили Е.А.

Настоящее издание ставит перед собой цель сориентировать специалистов (педагога-психолога, логопеда, социального педагога), начинающих работать в структуре медико-психолого-педагогической службы в детском саду. Достаточный материал по организации деятельности, авторские разработки заинтересуют и опытных специалистов этого профиля.



КОНТРОЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Методические рекомендации для руководителей и педагогов ДОУ

Автор — Тарасова Т.А.

В настоящем пособии раскрываются общая характеристика, различные методики контроля физического состояния детей до 7 лет, а также контроля организации физического воспитания детей в дошкольных образовательных учреждениях. Представлена обработка его результатов.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cnt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05
или закажите в интернет-магазине: www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой индекс и обратный адрес
и заказать бесплатные каталоги издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



К сведению авторов журнала «Медработник ДОУ»

Материалы к рассмотрению принимаются только при условии выполнения следующих правил их оформления. Авторы несут ответственность за достоверность предоставленных материалов.

1. Статья должна обязательно иметь *название*.
2. После названия указывается *информация об авторах*: фамилия, имя, отчество (полностью), место работы и должность без сокращений и аббревиатур, ученая степень и ученое звание (если есть), домашний адрес (с индексом), контактный e-mail и телефон.
3. Текст должен соответствовать следующим параметрам: формат Microsoft Word; шрифт Times New Roman, размер шрифта — 12; межстрочный интервал — 1,5; поля с каждой стороны — 2 см; абзац выровнен по левому краю, отступы и интервалы — 0; отступ первой строки — 0,5.
4. Таблицы создаются средствами Microsoft Word, нумеруются, снабжаются заголовками и вставляются сразу после ссылки на них. Графики и диаграммы создаются средствами Microsoft Excel, снабжаются заголовками, соответствующими подрисуночными подписями и условными обозначениями и вставляются сразу после ссылки на них.
5. При наличии в рукописи рисунков и фотографий они должны быть представлены отдельными файлами в формате TIF, JPEG (разрешение 300 dpi — для цветных, 600 dpi — для черно-белых).
6. При наличии в статье стихотворений (прозы) других авторов обязательно ссылка на автора (ФИО).
7. Сокращения (даже общепринятые) и аббревиатуры должны иметь расшифровки при их первом упоминании в тексте.
8. Все литературные источники и ссылки на них должны быть тщательно выверены авторами. Прямое цитирование или использование идей других авторов допускается только при точной ссылке на книгу (статью).
9. Список литературы приводится в алфавитном порядке с указанием фамилии и инициалов автора, полного названия, места и года публикации, номера страницы. Ссылки в тексте статьи указываются в скобках: номер книги или статьи из списка. Постраничные сноски не желательны.
10. При ссылке на официальные нормативные документы указывается вид документа, принявший орган, дата и номер принятия, название. Допускаются ссылки только на действующие нормативные документы.
11. Объем рукописи не должен превышать 15 страниц компьютерного набора. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать материал в соответствии с концепцией журнала.
12. На последней странице статьи заполните анкету автора.
13. Статьи вместе с заполненной анкетой можно представить в напечатанном виде (один экземпляр) с приложением компакт-диска или выслать электронной почтой по E-mail: medr@tc-sfera.ru; 123@tc-sfera.ru

Анкета автора журнала «Медработник ДОУ»

Фамилия, имя, отчество (полностью); дата рождения (число, месяц, год); место работы, должность; ученая степень, ученое звание; домашний адрес (с индексом) и контактный телефон, e-mail.

Пожалуйста, помните: представление в редакцию работ, отправленных на рассмотрение или опубликованных в других изданиях, не допускается.



Созвездие подписных изданий для дошкольного образования!

Если вы хотите получать во втором полугодии 2011 г.
наши журналы с приложениями, **не забудьте подписаться!**

2011 2-е полугодие

Комплект	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
«Управление ДОУ» с приложением; журналы «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»	36804	39757	10399
«Управление ДОУ» с приложением	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой и приложением «Конфетка»	18036	39756	10396
«Логопед»	82686		
Комплект «Предшкольная подготовка» (комплект из 19 книг)	20572	42121	

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания Вашего учреждения,
вам потребуется **четыре индекса:**

36804, 80899, 18036, 20572 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

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 коллеги из Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета
Игровая составляющая модифицированной программы для часто болеющих детей

Особенности организации физкультурно-оздоровительной работы с тубинфицированными детьми

Региональная программа эколого-валеологического воспитания и образования

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ». Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, или **по E-mail:** sfera@cnt.ru. Журналы до 2010 г. издания можно приобрести по 15 рублей!

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2011, № 5 (25)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.С. Шилловских

Оформление, макет

С.Н. Гамзиной

Художник обложки

Е.В. Кустарова

Корректоры

Л.Б. Успенская, Т.Э. Балоунова

При перепечатке материалов и использовании их в любой форме, в том числе в электронных СМИ, ссылка на журнал «Медработник ДОУ» обязательна.

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 зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия 13.07.07
Свидетельство ФС № 77-28788

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553;
36804 (в комплекте)
«Пресса России» — 42120;
39757 (в комплекте)
«Почта России» — 10399 (в комплекте)

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

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 08.07.11. Формат 60×90¹/₁₆

Усл. печ. л. 8. Тираж экз.

Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2011

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2011

© Т.В. Цветкова, 2011

