



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№4/2012



**Безопасность
товаров для детей**

**Санитарное
содержание
помещений ДОУ**

**Медицинский
контроль занятий
по физической
культуре**

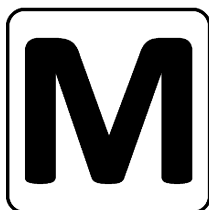
**В общественном
фокусе —
детское ожирение**

**О клещевом
энцефалите**



ГОСТЬ НОМЕРА:

**Наталия
Константиновна
БАРСУКОВА**



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 4/2012



Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Содержание

Редакционный совет	3
Индекс	4
Колонка редактора	5
Гость номера <i>Н.К. Барсукова</i>	6

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

Николаева О.С., Кудачная М.А.

Правильная одежда и обувь для ребенка 10

Есауленко Г.В., Перепилица Е.В.

Санитарное содержание помещений дошкольных
организаций 18

Оздоровительная работа

Виноградова М.Ю.

Профилактика заболеваний верхних дыхательных путей
у дошкольников 31

Казадаева Т.В.

Оздоровительная работа в детском саду 32

Здоровый образ жизни

Овсянникова О.Д.

Формирование здоровьесберегающих компетентностей
у дошкольников 36

ПЕДИАТРИЯ**Неинфекционные заболевания***Шарапов А.Н.*

В общественном фокусе — детское ожирение 42

Инфекционные и паразитарные заболевания*Кудацкая М.А.*

О клещевом энцефалите 56

ПЕДАГОГИКА**Физическое воспитание***Коломийцева Н.С.*Организация медицинского контроля за проведением
физкультурных занятий в детских дошкольных
учреждениях 68**Психологическая помощь***Серебренникова О.Д.*Условия качественного взаимодействия специалистов
«Лекотеки» с семьей 84**АКТУАЛЬНО****Нормативные документы**Постановление Главного государственного санитарного
врача РФ от 28.07.2011 № 107 «Об утверждении
СП 3.1.2951-11 «Профилактика полиомиелита» 88**Медицинское обслуживание***Бурыгина Т.Е.*Здоровье воспитанников детских садов и обучающихся
школ под наблюдением медицинских работников 122**Книжная полка** 9**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128

Редакционный совет журнала «Медработник ДОУ»

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

Горелова Жанетта Юрьевна — д-р мед. наук, зав. лабораторией эпидемиологии питания 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).

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

Малямова Любовь Николаевна — д-р мед. наук, главный специалист-педиатр Министерства здравоохранения Свердловской обл. (г. Екатеринбург).

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).

Скоблина Наталья Александровна — д-р мед. наук, заведующий Отделом комплексных проблем гигиены детей и подростков 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).

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).

Чубаровский Владимир Владимирович — д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник 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).

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 ФГНУ «Институт художественного образования» Российской академии образования, главный редактор журналов «Управление ДОУ», «Методист ДОУ».

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

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

Степанова Ольга Алексеевна — канд. пед. наук, ведущий научный сотрудник ГБНУ города Москвы 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 д/с компенсирующего вида № 523, Москва 84	МДОУ ЦРР — д/с № 57 «Росинка», г. Северск Томской обл. 31
Департамент образования администрации города Ноябрьска, г. Ноябрьск ЯНАО 122	НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, Москва 6
Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп 68	Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Московской области в городах Звенигород, Краснознаменск, Одинцовском районе, г. Одинцово Московской обл. 10, 56
МАДОУ д/с комбинированного вида № 53, г. Томск 36	ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования, Москва 42
МДОУ д/с комбинированного вида № 75, г. Ангарск Иркутской обл. 18	
МДОУ д/с общеразвивающего вида № 125, г. Томск 32	
Барсукова Наталья Константиновна 6	Кудацкая Мария Аркадьевна 10, 56
Бурыгина Татьяна Евгеньевна 122	Николаева Ольга Сергеевна 10
Виноградова Марина Юрьевна 31	Овсянникова Ольга Донатовна 36
Есауленко Галина Владимировна 18	Перепилица Елена Валентиновна 18
Казадаева Татьяна Владимировна 32	Серебренникова Ольга Деомидовна 84
Коломийцева Наталья Сергеевна 68	Шарапов Алим Насимович 42

Уважаемые коллеги!

В настоящее время эпидемиологическая ситуация по целому ряду заболеваний вызывает у медицинских работников обоснованную тревогу. В их числе — полиомиелит.

В 2010 г. при завозе дикого вируса полиомиелита на территорию Российской Федерации случаи заболевания полиомиелитом, а также случаи транзитного носительства были зарегистрированы как среди иностранных граждан, так и среди россиян. С целью предупреждения распространения дикого вируса полиомиелита проводились дополнительные двухтуровые кампании по иммунизации детского населения. Было привито соответственно более 2,2 (ноябрь—декабрь 2010 г.) и 1,39 млн (апрель—май 2011 г.) детей с охватом более 99% от числа подлежащих прививкам. В 2011 г. в 47 субъектах РФ проводилась двукратная подчищающая иммунизация против полиомиелита. Тем не менее, в некоторых регионах страны есть города, районы, населенные пункты, лечебно-профилактические и детские дошкольные организации, общеобразовательные учреждения, врачебные, фельдшерские участки, где не достигнут необходимый (свыше 95%) уровень своевременности охвата детей профилактическими прививками против полиомиелита. В связи с этим, в 2012 г. в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22.02.2012 № 17 также будет проведена дополнительная иммунизация детей в возрасте от 12 до 36 месяцев с 23-го по 27 апреля 2012 г. (I тур) и с 21-го по 25 мая 2012 г. (II тур) с охватом не менее 95% от числа подлежащих прививкам указанных возрастных групп.

В сегодняшнем номере журнала вы можете ознакомиться с содержанием санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2951-11 «Профилактика полиомиелита», которые устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения, распространения и ликвидацию заболеваний полиомиелитом на территории Российской Федерации.

В заключение хочется подчеркнуть, что успех ликвидации полиомиелита может быть достигнут только в результате активных и согласованных действий медицинских работников. Очень важное звено в этой связи — ваш труд, уважаемые коллеги.

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

Гость номера

Барсукова Наталия Константиновна

канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН; зам. руководителя Испытательного лабораторного центра ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН; член Рабочей группы «Гармонизация санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований» при Таможенном союзе; член Экспертного совета Национальной премии в сфере товаров и услуг для детей

Безопасность товаров детского ассортимента для детей дошкольного возраста

Для снижения риска развития нарушения состояния здоровья подрастающего поколения необходимо повысить контроль за безопасностью объектов окружающей среды. Важная роль при этом отводится безопасности товаров детского ассортимента, с которыми ребенок начинает контактировать с раннего возраста.

Современный российский рынок товаров для детей развивается бурными темпами. Его объем оценивается в 12,5 млрд долл., из них одежда и обувь составляет 43%, игрушки — 23, товары для новорожденных — 13, детское питание — 7 и прочее — 14%.

В последние годы значительно расширились ассортимент товаров для детей, номенклатура материалов, используемых для их изготовления. Все большую долю стали занимать химические мате-

риалы, появились новые технологии и рецептуры. Все это повышает вероятность неблагоприятного влияния таких товаров на организм детей.

Особую актуальность проблема безопасности приобретает в отношении детского населения дошкольного возраста в связи с повышенной чувствительностью растущего организма к действию внешних факторов. Это обусловлено недостаточной морфофункциональной зрелостью органов и систем детского организма, в первую очередь отвечающих за процессы детоксикации и выделения токсических веществ, большим соотношением площади кожи к 1 кг массы тела, интенсивным кровоснабжением органов и относительным увеличением объема циркулирующей крови, что обеспечивает большее поступление и быстрый транспорт токси-

ческих веществ. При этом наиболее уязвимыми считаются дети младше 3 лет из-за наличия потенциально опасного поведения, характеризующегося способностью брать предметы в рот и использовать их не по назначению.

Самая большая и разнообразная группа материалов, используемых в производстве *игрушек*, представлена полимерами — более 80%. Такие игрушки обладают положительными характеристиками, обуславливающими их широкое применение. Они характеризуются широкой цветовой гаммой, меньшей массой, высокой прочностью, эластичностью и, как правило, имеют гладкую поверхность, вследствие чего мало загрязняются, хорошо моются и чистятся.

Однако нельзя забывать о том, что полимерные материалы способны выделять в окружающую среду химические вещества, причем нередко в таких количествах, которые способны причинить вред организму ребенка.

При деструкции полимерных материалов в окружающую среду могут выделяться вещества, относящиеся к различным классам опасности. Например, фенол, формальдегид, стирол, бензол, фталаты, ксилолы, которые относятся к веществам 2-го и 3-го класса опасности и обладают общетоксическим, кожно-раздражающим и аллергенным действием.

Гигиеническая безопасность *детской одежды* обеспечивается соответствием физико-гигиенических свойств (гигроскопичность, воздухопроницаемость, электризуемость) установленным требованиям.

Физико-гигиенические свойства одежды оказывают влияние на терморегуляторную систему и особенно важны для детей, так как:

- в детском возрасте механизмы терморегуляции несовершенны, переохлаждение и перегревание организма могут привести к нарушениям в состоянии здоровья;
- дети отличаются большой двигательной активностью, при которой уровень теплопродукции возрастает в 2—4 раза;
- кожное дыхание детей имеет больший удельный вес в обменных процессах организма, чем у взрослых.

Изучение влияния физико-гигиенических показателей на состояние терморегуляторной системы детей в условиях опытной носки фрагментов одежды с различными показателями воздухопроницаемости и гигроскопичности выявило, что при исследовании тканей с низкими значениями гигроскопичности и воздухопроницаемости отмечались достоверно более высокие показатели кожных температур, имели место напряжение терморегуляторного аппарата, гиперемия

кожных покровов, выраженный сосудистый рисунок, избыточное потоотделение, появление парадоксальных сосудистых реакций.

В настоящее время особую значимость приобретают нарушения и деформации стопы, выполняющей важные функции в формировании здоровья детей. Один из ведущих факторов риска деформаций стоп — нерациональная *обувь*, особенности конструкции которой могут приводить к различным нарушениям их структуры и функции.

В связи с этим гигиеническая оценка обуви для детей дошкольного возраста, кроме санитарно-химической экспертизы и некоторых специфических требований к подкладочным материалам, стелькам, включает оценку конструктивных особенностей. Наиболее значимы требования к открытой пяточной части и высоте каблука. Например, для детей от 1 года до 3 лет высота каблука не должна превышать 5 мм, для детей от 3 до 7 лет — 10 мм. Для детей до 3 лет не допускается открытая пяточная часть, для дошкольников от 3 до 7 лет не допускается нефиксированная пяточная часть, кроме обуви, предназначенной для кратковременной носки.

Из детской пластиковой *посуды* не допускается выделение в модельные среды веществ чрезвычайно опасных и высокоопасных, таких как формаль-

дегид, этилацетат, бензол, метанол, свинец, кадмий, бор, алюминий, мышьяк и др. Жесткие требования предъявляются к детской посуде, изготовленной не только из полимерных материалов, но также из стекла, керамики и металла. Значительно расширен перечень материалов, из которых нельзя изготавливать посуду для детей, — меламин, поликарбонат, поливинилхлорид.

Современные дети уже после 3 лет осваивают самостоятельное чтение, при этом основные виды изданий — развивающего обучения и художественное.

Безопасное издание — это такое, в процессе чтения которого обеспечиваются оптимальные условия для зрительной работы, не развивается зрительное утомление, связанное со зрительным восприятием текста, напряжением остроты зрения, аккомодацией и движением глаз. Это обеспечивается параметрами шрифтового оформления текста (размер и рисунок шрифта, оптическая плотность фона для печати текста и др.) в зависимости от вида издания и объема текста единовременного прочтения.

Для подтверждения безопасности товаров для детей проводится санитарно-эпидемиологическая экспертиза, которая состоит из санитарно-химических, физико-гигиенических, микробиологических, токсиколого-гигиенических иссле-

дований на соответствие требованиям безопасности. 01.07.2012 г. вступают в действие Технический регламент Таможенного союза ТРТС 007/2011 «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков», Технический регламент Таможенного союза ТРТС 008/2011 «О безопасности

игрушек», в которых установлены требования безопасности к товарам детского ассортимента. Требования безопасности дифференцированы в зависимости от возраста детей, функционального назначения, времени использования и материалов, применяемых для их изготовления.

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



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.



ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.

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 представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики, физкультминутки, пальчиковый игротренинг и т.д.



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.

Правильная одежда и обувь для ребенка

Николаева О.С.,
врач-гигиенист;

Кудацкая М.А.,
специалист-эксперт, Территориальный отдел
Управления Роспотребнадзора по Московской
области в городах Звенигород, Краснознаменск,
Одинцовском районе, г. Одинцово Московской обл.

Одежда служит человеку для защиты от неблагоприятных воздействий внешней среды, предохраняет поверхность кожи от механических повреждений и загрязнений. С помощью одежды вокруг тела создается искусственный «пододежный» микроклимат, значительно отличающийся от климата внешней среды.

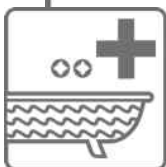
Особенность организма совсем маленьких детей — малоразвитая капиллярная система кистей и стоп, поэтому их температура ниже температуры всего тела. А мамы, как правило, обращают внимание на холодные ручки и ножки малышей и начинают «закутывать» ребенка, что может вызвать перегревание организма. В детском возрасте механизмы терморегуляции весьма несовершенны, переохлаждение и перегревание организма могут привести к нарушениям в состоянии здоровья. Определить, комфортно ли ребенку, можно, положив ладонь ему на спинку между лопатками.

Дети отличаются большей двигательной активностью, при которой уровень теплопродукции возрастает в 2—4 раза, но даже в состоянии покоя теплопродукция детского организма выше, чем у взрослого.

Кожа детей нежна и легко ранима, а кожное дыхание имеет больший удельный вес в обменных процессах организма, чем у взрослых. Все это указывает на то, что для детей особенно важны свойства и качество одежды.

В конструкции изделий необходимо предусмотреть отсутствие швов и узлов в местах возможного соприкосновения головы и тела ребенка с поверхностями, а также отсутствие пуговиц, кнопок в местах, прилегающих к телу. Допускается применение химических ни-

ГИГИЕНА



тей и волокон для швов изделий, не соприкасающихся с кожей ребенка. Все соединительные швы с обметыванием срезов одежды должны быть выполнены на лицевую сторону. Можно использовать отделку из синтетических материалов (кружево, шитье, вышивка, аппликация) на одежде, предназначенной для кратковременной носки (не более 2 ч). Отделка не должна контактировать с кожей ребенка.

Ползунки должны иметь дополнительную внутреннюю подкладку в области стоп из 100%-ной шерсти. Недопустимо использование изделий, надевающихся через голову ребенка.

Белье — одежда, имеющая непосредственное соприкосновение с кожными покровами, поэтому оно должно способствовать удалению из «пододежного» пространства продуктов обмена (газов, паров влаги, жира). Детское белье не должно иметь толстых грубых швов, тугих стягивающих резинок (в трусах резинка должна быть только сзади).

Зимой в помещениях с температурой воздуха выше 20 °С дети носят одежду, аналогичную летней по качеству тканей и конструкции. Если температура воздуха в помещении ниже 19 °С, рекомендуется использовать более толстые ткани, а также ткани из шерстяных волокон, обладающие более высокими теплозащитными свойствами.

Зимняя одежда должна обеспечивать минимальную цирку-

ляцию воздуха в «пододежном» пространстве. Это обеспечивается созданием большого количества замкнутых пространств: наличие капюшона, манжет, поясов. Наилучшая зимняя одежда — комплект, состоящий из брюк с высоким поясом на бретелях и удлиненной куртки с капюшоном и стягивающей резинкой внизу.

Обувь для детей любого возраста по форме должна соответствовать стопе, не препятствовать кровообращению ног; быть достаточно вентилируемой, мягкой, легкой, эластичной, не изменяющей формы, размеров и гибкости после увлажнения и высушивания. Детская обувь должна иметь надежное и удобное закрепление на ноге, не препятствующее движениям. Открытые туфли без застежек (типа «лодочек») недопустимы в дошкольной обуви.

Обувь не должна препятствовать нормальному росту и развитию стоп. При ношении тесной обуви, а также обуви, форма которой не соответствует стопе, возможны изменение последней, ограничение подвижности суставов, вращение ногтей, нарушение кровообращения стоп.

Каблук искусственно повышает свод стопы, увеличивая его рессорность, защищает пятку от ушибов о почву, а также повышает износостойчивость обуви. Отсутствие каблука допускается только в обуви для детей раннего возраста (пинетки).

Высота каблука: для дошкольников — 5—10 мм, для школьни-

ков 7—12 лет — не более 25, для мальчиков 12—16 лет — не более 25, для девочек 12—16 лет — не более 35 мм. Однако следует иметь в виду, что ношение подросками обуви на высоком каблуке в возрасте, когда процессы окостенения скелета не закончились, а связочный аппарат еще недостаточно окреп, совершенно недопустимо. При ношении обуви на высоком каблуке укорачиваются икроножные мышцы и расслабляются передние мышцы голени, в результате чего возможно изменение формы таза, смещение вперед внутренних органов, искривление позвоночника.

Одежда детей по своей конструкции и физико-гигиеническим показателям материалов должна соответствовать возрастным анатомо-физиологическим особенностям, виду деятельности и метеорологическим условиям, не препятствовать быстрому и легкому одеванию и снятию, воспитывать эстетические вкусы ребенка.

Одежда для детей до года

Итак, малыш уже скоро появится на свет, хочется одеть его не только красиво, но и удобно. Какая же детская одежда действительно необходима новорожденному на первые месяцы жизни? И какую выбрать детскую обувь для первых шагов?

Правило первое. При производстве одежды для новорожденных (первые 28 дней жизни), в том числе недоношенных, должны

использоваться только натуральные ткани и полотна.

Все вещи для новорожденного должны быть из 100%-ного хлопка и отличаться только по плотности. Самая тонкая ткань — кулирная гладь, интерлок — используется для пошива детского белья, распашонок, пижам. Из ткани потолще — футера, фланели, махры, велюра — шьют ползунки, комбинезоны, костюмчики и плотные чепчики. Правда, в велюр часто добавляют синтетику, поэтому при покупке вещей необходимо обращать внимание на состав ткани. И лучше, чтобы у одежды из велюра был подкладочный слой из тонкой хлопчатобумажной ткани.

Правило второе. Детская одежда должна быть удобной. Распашонки и рубашки не должны распахиваться на груди и спине ребенка, задирается, сползать с плеча. На ручках, ножках и тем более на шее ребенка не должно быть тугих резинок. Перед покупкой совсем не лишним будет проверить легкость застегивания и расстегивания кнопочек, замочков и других застежек. Не рекомендуется для детей одежда с кнопочками на спине, даже если кажется, что они не ощутимы. В действительности кнопки могут давить, натирать, ребенок будет ощущать дискомфорт и капризничать.

В идеале швы на одежде ребенка должны быть снаружи. Если швы внутри, они должны быть мягкими. Нитки шва обязательно должны быть из 100%-ного хлопка.

Одежда должна легко надеваться на ребенка и сниматься с него.

Правило третье. Одежда должна быть малышу по размеру. Лучше покупать новые вещи по мере роста ребенка. Если покупка одежды на первое время происходит заранее, лучше приобрести вещи на размер-два больше. Средний рост новорожденного ребенка 52 см. Не стоит покупать много вещей именно на этот рост, ведь малыш очень скоро из них вырастет (за первый месяц некоторые дети вырастают на 4—6 см). Хватит буквально 2—3 видов вещей (боди, ползунки, распашонки). Лучше сразу взять одежду на рост 56—60 см. При этом не забыть про запас на штанишках для подгузника.

Однако не стоит покупать малышу и слишком большую одежду. Ребенок в ней будет чувствовать себя неуютно, ведь он привык к тесноте в мамином животике. К тому же в чересчур просторной одежде крохе будет трудно согреться.

Одежда для первого лета

В жаркую летнюю погоду на ребенка не нужно надевать ничего, кроме легкой кофточки или боди. Главное, чтобы одежда хорошо пропускала влагу и воздух. Пока малыш гуляет в коляске, ему достаточно по два комплекта одежды на жаркую и прохладную погоду. На одежде грудничка не должно быть декоративных элементов (бантиков, пуговиц и т.п.), которые легко оторвать и засунуть в рот.

Как только ребенок начинает ходить, вещей для прогулок понадобится покупать больше, ведь дети часто падают, играют в песке. Понадобится 5—6 футболок, 5—6 пар штанишек или удлиненных шортиков, 2—3 костюмчика на теплую и прохладную погоду и 1—2 кофточки для прохладной погоды. Лучше прикрывать колени, иначе ссадин не избежать.

Летние платья дочке лучше покупать лишь до того, как она начнет ходить, либо уже с того момента, когда малышка уверенно встанет на ножки.

Очень важно, чтобы летом ребенок на прогулке был в чепчике или панамке, иначе возникает риск теплового удара. Лучше всего выбирать головные уборы белого или красного цвета, так как они хорошо отражают солнечные лучи. Не лишними будут завязки под подбородком, потому что многие дети любят снимать панамки.

Обязательно нужно иметь несколько пар легких носочков. Ведь как бы ни была удобна обувь малыша, она может натирать нежную кожу на ножках. Требования к носкам те же, что и к основной одежде — натуральность тканей и удобство. Резинка должна быть не тугая и не оставлять следов на ножках ребенка.

Одежда на первую зиму

Выбор комбинезона для зимних прогулок — дело крайне ответственное. В магазинах великое множество вариантов, и каждый производитель утверждает,

что его вещь самая теплая и современная.

Внутренний слой — подкладка — изготавливается из тканей, имеющих показатели, обеспечивающие оптимальные гигиенические условия в «пододежном» пространстве.

Насколько хорошо зимняя одежда будет защищать от мороза (температурный ее режим), зависит от типа и толщины утеплителя, внешней ткани, покроя, силы ветра и времени пребывания на открытом воздухе. Поэтому можно говорить только о средней температуре комфорта — любой из утеплителей в состоянии обеспечить защиту от самых сильных морозов, но только при условии, что ребенок будет находиться на улице не более 30 мин. Вдобавок надо ориентироваться на регион, в котором вы живете. Утеплители, рекомендуемые для регионов с низкими температурами, — шерсть и натуральный пух (они могут выдерживать температуру до -35°C). Для регионов с теплой зимой больше подходят искусственные утеплители — синтепон и шелтер — их температура комфорта до -15°C .

Ткань верха, используемая в осенний период, должна препятствовать проникновению холодного атмосферного воздуха в «пододежное» пространство, выдерживать давление до 10 000 мм водяного столба, что делает ее практичной в мокрую погоду и отталкивает грязь, повышая тем самым ее теплозащитные свойства.

Рукава и штанины комбинезона для малышей постарше не должны быть объемными — это будет ограничивать движения ребенка.

Швы на зимних комбинезонах не должны промокать и иметь двойную отстрочку для прочности.

Разновидности утеплителей

Синтепон — синтетический нетканый материал. У него относительно низкие гигроскопичность, воздухопроницаемость, а также износостойкость. При стирке он будет сминаться и скатываться.

Шелтер — разные производители называют этот синтетический материал по-своему — холофайбер, изософт, термолайт (если продавец в магазине пытается убедить, что свойства этих утеплителей чем-то отличаются — не верьте). Шелтер очень хорошо сохраняет тепло, а высокая воздухопроницаемость материала позволяет создавать одежду с хорошей терморегуляцией.

Пух — гагачий, лебяжий, утиный и гусиный. Плюсы этого натурального утеплителя — хорошая теплоизоляция и воздухообмен, легкость, мягкость, долговечность.

Овчина (шерсть) — высококачественная шерсть не вызывает раздражения кожи и аллергии. Лучше всего покупать одежду из австралийской шерсти мериноса. Она не колетса, хорошо впитывает

вает влагу и сама при этом остается сухой. Единственный минус — конверты и комбинезоны на основе овчины стоят гораздо дороже своих собратьев из искусственных утеплителей.

Материал верха

Для детской верхней одежды очень важен не только утеплитель, но и ткань, из которой она сделана. На осень и весну лучше купить комбинезон с «мембраной», которая пропускает влагу изнутри наружу, но не наоборот. Ткань, из которой сделан комбинезон, должна выдерживать давление 10 000 мм водяного столба — такая ткань не промокает и отталкивает грязь. Для материала, из которого сделан зимний комбинезон, водоотталкивающие свойства не так важны — ведь при низких температурах вода попросту замерзает.

TACTEL — водонепроницаемый полиамидный материал. Устойчив к трению, многократным изгибам и воздействию ультрафиолетовых лучей. Быстро сохнет и обладает хорошей воздухопроницаемостью.

RIP-STOP — в основном используется для производства профессиональной спортивной одежды. Благодаря хорошему воздухообмену нормализует температуру тела при физических нагрузках. Имеет водоотталкивающую пропитку.

TOPPERA — легкая курточная ткань. Водонепроницаемая, грязеустойчивая и легкая в уходе,

быстро сохнет, устойчива к изгибам, трению и разрывам по швам и вдоль волокон.

Определяем размер малыша

Выше было сказано, что одежду для новорожденного лучше покупать на размер больше, для более комфортного ношения, учитывая места под подгузник и на небольшую усадку изделия после стирки.

Очень часто производители (особенно иностранные) на ярлыках указывают цифры «0—3», «3—6», «6—9» и т.д., обозначающие возраст ребенка в месяцах. Одной цифрой — «1—2», «3» и т.д. — указывают, сколько полных лет ребенку. Другие производители на этикетках указывают рост ребенка в сантиметрах. Например, отечественные и некоторые американские и европейские компании-производители указывают именно рост ребенка, начиная с 56 см (в редких случаях с 50). Нужно понимать, что все это — слишком общие значения, и при выборе одежды лучше ориентироваться не на цифры на ярлычке, а на комплекцию вашего ребенка. Малышам крепкого (полного) телосложения лучше брать одежду на 2 размера больше, детишкам хрупкого или среднего телосложения достаточно прибавить один размер.

Часто производители указывают на ярлычке размер груди ребенка. Так, комбинезон одного роста может выпускаться с раз-

ными размерами грудной клетки — например, 56/43 (рост/обхват грудной клетки) или 56/47. Обхват груди измеряется чуть ниже подмышек — по выступающей части лопаток.

Отправляясь за одеждой, измерьте также обхват головы, чтобы определить нужный крохе размер шапочки.

Первая обувь. Снимаем мерки

Первое, что нужно сделать при выборе обуви, — измерить ножку крохи, чтобы определить размер. Для этого поставьте обе ноги малыша на твердую ровную поверхность всей стопой и обведите каждую карандашом (обычно длина стоп одинаковая, но иногда разница между ними может составлять 6 мм). Карандаш держите строго вертикально. Измерьте линейкой расстояние от пяточки до кончика большого пальца. Во время ходьбы стопа немного вытягивается под тяжестью тела, а пальцы сдвигаются вперед, поэтому к полученной длине прибавьте еще 1,5 см: 9 мм на движение стопы и 6 мм на вырост. За сезон ножка малыша подрастет, и этот запас обязательно заполнится.

Раньше в России использовалась только метрическая система, где размер детской обуви указывался в сантиметрах и равнялся длине стопы. Интервал между размерами составлял 5 мм. Сегодня многие российские производители указывают размер по

штихмассовой системе — 1 штих равен 0,66 см. Если длина стопы крохи равно 13 см плюс 1,5 см запаса, то размер легко посчитать:

$$14,5 : 0,66 = 22.$$

Если у ребенка высокий подъем (большая полнота ноги), следует искать марки, специализирующиеся на производстве детской обуви с различной полнотой (*WMS*). Обувь, снабженная значком *WMS* — *Wide* (широкая), *Medium* (средняя), *Small* (маленькая), имеет возможность регулирования полноты за счет застежек-ремешков и липучек.

Читаем ярлык на изделии

Детская одежда, особенно вещи для новорожденного, должна проходить жесткий контроль на качество и безопасность. На каждом изделии обязательно присутствие маркировки, где указывается следующая информация:

- размер (по росту или возрасту ребенка);

- состав ткани, из которой сшито изделие;

- страна-производитель;

- название компании-производителя;

- правила ухода за одеждой;

- ГОСТ, по которому изготовлена данная одежда.

Обувь на первый шаг

Выбор обуви на первые шаги для ребенка — очень ответственное мероприятие. Ортопеды едины во мнении, что неправильно подобранная обувь — главная причина плоскостопия. Как же

выбрать именно то, что нужно для правильного развития крохи?

Обувь для ребенка должна быть только из натуральных материалов — кожи, текстиля, шерсти, войлока, фетра — они позволяют ножкам «дышать» и адаптируются к анатомическим особенностям стоп.

Чтобы детская ножка была хорошо зафиксирована и не скользила, задник должен быть высоким и жестким, а также цельным — без вставок и вырезов.

Детская обувь не может быть на плоской подошве, иначе испортятся осанка и походка. При небольшом подъеме пятки вес тела равномерно распределяется по стопе. Ребенок не шаркает, хорошо держит равновесие и не сутулится. Оптимальная высота каблука — 5 мм.

Небольшой, но необходимый элемент — супинатор. Он способствует правильному формированию свода стопы. Ношение обуви без него может привести к плоскостопию.

Подошва детской обуви должна быть плотной, цельной, не скользкой, повторять форму ноги, но при этом не быть слишком мягкой. Лучшие подошвы изготавливаются из пористой резины, полиуретана или натурального каучука.

Детская ножка имеет веерообразную форму, поэтому носок у обуви должен быть просторным и желательно круглым. Пальчики внутри должны располагать-

ся свободно, чтобы малыш мог ими шевелить.

Для первой обуви лучше всего подходит шнуровка — такая застежка позволяет хорошо зафиксировать ногу в ботинке.

Стопомер

Размер детской ножки можно определить прямо в магазине, используя специальный измеритель — стопомер. Такой прибор измеряет не только ногу ребенка, но и внутренний простор обуви. При этом нужно проследить, чтобы ребенок стоял прямо и не двигал ногу в процессе измерения.

Если после носки новой обуви на ножке малыша появились покраснения, это свидетельствует о слишком тесном контакте с нежной кожей. Значит, выбранная обувь ему мала.

**Таблица размеров
детской обуви**

Размер, см	
17	10,3
18	11
19	11,7
20	12,3
21	13
22	13,7
23	14,3
24	15
25	15,7
26	16,3
27	17
28	17,7

Санитарное содержание помещений дошкольных организаций

Есауленко Г.В.,
заведующий;

Перепилица Е.В.,
заместитель заведующего по АХР МДОУ
д/с комбинированного вида № 75, г. Ангарск Иркутской обл.

С вступлением в силу новых санитарных правил СанПиН 2.4.1.2660-10, утвержденных постановлением Главного государственного врача РФ от 22.07.2010 № 91, у практических работников возникает много вопросов, на которые в документе нет конкретного ответа или рекомендации.

В новых правилах нет примерного перечня дезинфицирующих средств, что создает неоднозначную ситуацию в их выборе: «мою тем, что доступно и дешево», «дайте, пожалуйста, раствор для проверки на активность».

В МДОУ приняты локальные акты, регламентирующие деятельность по санитарному содержанию помещений дошкольных организаций и в некоторой части защищающие работу ДОУ и персонала:

- инструкция по санитарной обработке помещений;
- применению универсального дезинфицирующего средства «Доместос»;
- применению дезинфицирующего раствора «Жавелион»;

- требования к организации и осуществлению санитарной деятельности;
- приказ об использовании моющих и дезинфицирующих средств.

МДОУ

СОГЛАСОВАНО

Старшая медсестра МДОУ

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий МДОУ

Приказ № ____ от _____

Инструкция по санитарной обработке помещений

1. Общие положения

1.1. Настоящая инструкция разработана в соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.4.1.2660-10 от 22.07.2010 № 91 (в ред. Изменений № 1 от 20.12.2010 № 164), Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.5. 1378-03.

1.2. Настоящая инструкция разработана для работников МДОУ.

1.3. Санитарную обработку и текущую дезинфекцию проводят

младшие воспитатели, младший обслуживающий персонал.

1.4. Санитарная обработка поверхностей в помещениях МДОУ является одним из звеньев в цепи санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на профилактику возникновения инфекции.

1.5. Под санитарной обработкой поверхностей в помещениях МДОУ подразумевается очистка от грязи, пыли, субстратов биологического происхождения и дезинфекция.

2. Требования к моющим и дезинфицирующим средствам

2.1. Для санитарной обработки помещений МДОУ можно применять только те дезинфицирующие средства, которые разрешены Департаментом Госсанэпиднадзора Минздравсоцразвития России и имеют свидетельство о государственной регистрации, сертификат соответствия и методические указания по применению.

2.2. Средства для дезинфекции поверхностей в помещениях МДОУ должны соответствовать следующим требованиям:

2.2.1. обеспечивать гибель бактерий, вирусов, грибов при комнатной температуре;

2.2.2. обладать моющими свойствами или хорошо совмещаться с моющими средствами;

2.2.3. иметь относительно низкую токсичность (4—3 класс опасности) и быть безвредными для окружающей среды;

2.2.4. быть стабильными, неогнеопасными, простыми в обращении;

2.2.5. не оказывать фиксирующего действия на органические загрязнения.

2.3. Для достижения противоэпидемического эффекта дезинфекционного мероприятия необходимо правильно выбрать дезинфицирующее средство, знать его особенности.

3. Текущая уборка в помещениях

3.1. Поверхности в помещениях (пол, стены, двери) обеззараживают способом протирания ветошью, смоченной в растворе дезинфицирующего средства с последующим смыванием водопроводной водой при помощи чистой ветоши или способом орошения.

3.2. Время экспозиции зависит от дезинфицирующей активности препарата и рекомендаций по применению. При работе с дезинфицирующими средствами необходимо строго соблюдать меры предосторожности. На рабочих местах необходимо иметь выписки из инструкций или методических указаний по применяемым дезинфицирующим средствам. Если дезинфицирующее средство не требует смыwania, обработка включает только протирание поверхностей дезинфицирующим средством.

3.3. Для дезинфекции небольших, трудно доступных поверхностей, для экстренной обработки небольших по площади поверх-

ностей применяют дезинфицирующие средства способом распыления. При использовании для дезинфекции способа орошения персоналу необходимо соблюдать меры предосторожности: защитную одежду, респиратор, защитные очки, резиновые перчатки. Данную обработку проводят в отсутствие людей.

3.4. В случае проведения карантинных мероприятий в групповых и других помещениях детского сада проводят обеззараживание воздуха с помощью бактерицидных облучателей. Режим дезинфекции зависит от мощности облучателя, объема помещения, критериев эффективности его обеззараживания.

3.5. Все помещения 2 раза в день убирают влажным способом с применением моющих средств. Уборку помещений проводят при открытых фрамугах или окнах. Особенно тщательно моют часто загрязняющиеся поверхности (ручки дверей, шкафов, подоконники, выключатели, жесткую мебель) и места скопления пыли (полы у плинтусов и под мебелью, радиаторы, арматуру осветительных приборов, вентиляционные решетки). Влажную уборку в спальнях проводят после дневного сна, в групповых помещениях — после каждого приема пищи с использованием горячей воды и моющего средства.

3.6. Столы в групповых помещениях промывают горячей водой с температурой 36 °С с мылом до и после каждого приема

пищи специальной ветошью, которую простирывают, просушивают и хранят в сухом виде в специальной промаркированной посуде с крышкой.

3.7. Стулья, подкладочные клеенки протираются горячей водой с мылом, нагрудники для приема пищи стираются ежедневно.

3.8. Ковры ежедневно пылесосят и чистят влажной щеткой, 1 раз в квартал выколачивают на специально отведенных площадках, затем чистят влажной щеткой.

3.9. Посуда после каждого приема пищи должна быть очищена и промыта. Для мытья посуды используют двухгнездовую ванну. Столовая посуда после механического удаления остатков пищи моется с добавлением моющих средств (первая ванна) с температурой воды не ниже 40 °С (при сильном загрязнении посуда замачивается горячей водой с температурой 40 °С с добавлением моющего средства согласно инструкции по его применению), ополаскивается горячей проточной водой с температурой не ниже 65 °С (вторая ванна) с помощью гибкого шланга с душевой насадкой и просушивается на специальных решетках.

3.10. Чашки промываются горячей водой с применением моющих средств в первой ванне, например, 20 г кальцинированной соды на 1 л воды или жидкое мыло по прилагаемой инструкции, ополаскивают горячей про-

точной водой во второй ванне и просушивают.

3.11. 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 кассетах в вертикальном положении ручками вверх.

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

3.13. 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.

3.14. Для каждой детской группы выделяется отдельно столовая и чайная посуда, хранение и мытье которой проводится в

помещении группы. При любых условиях вытирание посуды категорически запрещается. Вымытая и хорошо просушенная посуда хранится в шкафах, имеющих отверстия для вентиляции или на стеллажах. Для персонала следует выделить отдельную посуду и промаркировать.

3.15. Санитарно-техническое оборудование подлежит обеззараживанию независимо от эпидемиологической ситуации. Сиденья на унитазах, ручки сливных бачков и ручки дверей моют теплой водой с мылом ежедневно. Ванны, раковины, унитаз чистят дважды в день ершами или щетками с использованием моющих средств. Горшки моют после каждого пользования при помощи ершей и моющих средств. Ерши обеззараживаются дезинфицирующим раствором (например, 3% раствором хлорамина в течение 1 ч, после чего прополаскиваются водопроводной водой, раствором Жавелиона). В группе должно быть не менее 4—5 ершей.

3.16. Уборочный инвентарь: ветошь, губки, мочалки и другое после уборки помещения и обработки объектов замачивают в дезинфицирующем растворе (3% раствор хлорамина — 60 мин), по истечении экспозиции стирают или моют, прополаскивают водопроводной водой, высушивают и хранят в определенном месте. Емкости, из которых производилась обработка помещений, освобождают от использованного

дезинфицирующего раствора, моют и высушивают.

3.17. Все средства для уборки помещений, мытья игрушек должны находиться в отдельной комнате (туалетной) в шкафу на отведенном для них месте. Средства для уборки и место их хранения имеют единую соответствующую маркировку, не соприкасаются между собой. Емкости имеют ту маркировку, для какого помещения они предназначены. Для каждого помещения и отдельных объектов должен быть отдельный уборочный инвентарь.

3.18. Все белье должно быть промаркировано: постельное — маркируется у ножного края справа, наволочки — с двух сторон в правом нижнем углу младшим воспитателем простым карандашом, полотенце — в правом нижнем углу с двух сторон воспитателем простым карандашом. При стирке белья след от простого карандаша легче стирается.

3.19. Постельные принадлежности проветривают после дневного сна, во время каждой генеральной уборки, весной—летом — выносят на воздух.

3.20. Игрушки моют ежедневно в конце дня, в группах для детей раннего возраста — 2 раза в день. Кукольная одежда стирается с использованием детского мыла и проглаживается.

3.21. Для борьбы с мухами используются механические методы, разрешенные химические средства, засетчивают окна и две-

ри металлической сеткой или синтетическими материалами. В группе для сбора пищевых отходов необходимо иметь ведра с крышками. На хозяйственном дворе мусорные ящики должны быть плотно закрыты. Гниющие отходы дезинфицируются и своевременно вывозятся.

4. Генеральная уборка

4.1. Генеральную уборку всех помещений и оборудования проводят 1 раз в месяц с применением моющих и дезинфицирующих средств. Окна снаружи моют не менее 2 раз в год, изнутри ежемесячно, стекла протирают еженедельно от пыли и копоти.

4.2. Генеральную уборку в МДОУ проводят в соответствии с планом-графиком.

4.3. В каждом помещении должно быть определенное количество наборов уборочного инвентаря в зависимости от числа помещений, в которых проводится уборка. Генеральную уборку проводят в отсутствие детей и посторонних лиц при открытых форточках (зимой) и открытых окнах (летом).

4.4. Сначала из помещения удаляют мусор. Мебель отодвигают от стен. Тщательно моют стены и т.д., уделяя особое внимание выключателям, дверным ручкам, замкам. Ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, протирают светильники, отопительные батареи, мебель.

4.5. Заканчивают уборку мытьем пола, начиная от дальнего конца комнаты, тщательно про-

мывая углы, плинтуса и пол около них по всему периметру комнаты, затем моют ее центральную часть.

5. Требования безопасности по окончании работ

5.1. По окончании уборочных работ помещение проветрить.

5.2. Уборочный материал убрать с путей передвижения, обеспечивая свободное передвижение по группе.

5.3. Емкости, которые использовались в работе, должны быть чистыми и пустыми в присутствии детей.

5.4. Сотруднику, проводившему уборку, снять одежду для уборки.

5.5. Тщательно вымыть руки, лицо.

5.6. Выполнять дальнейшую работу по обслуживанию детей в соответствующей для этой работы спецодежде.

МДОУ

СОГЛАСОВАНО

Старшая медсестра МДОУ

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий МДОУ

Приказ № ____ от _____

Инструкция по применению универсального дезинфицирующего средства «Доместос»

1. Общие положения

1.1. Данная инструкция разработана и является обязательной для всех сотрудников МДОУ, выполняющих работы с данным средством.

1.2. При работе со средством «Доместос» необходимо руководствоваться инструкцией по применению, расположенной на таре.

1.3. Лицо, ответственное за получение, хранение и выдачу дезинфицирующих средств, обеспечивает товарный вид упаковки (тары) с инструкцией по применению.

1.4. Необходимо обеспечить хранение в недоступном для детей месте, в закрытой таре заводского изготовления.

2. Требования безопасности перед началом работы

2.1. Перед началом работы работник должен:

— надеть спецодежду, резиновые перчатки;

— подготовить и проверить исправность приспособлений для работы;

— убедиться, что вблизи места работы нет посторонних лиц;

— приготовить в понедельник (и по мере необходимости) рабочий раствор (30 мл на 3 л воды).

2.2. Применяя разбавленный раствор, готовить раствор в темной стеклянной промаркированной таре непосредственно перед работой с указанием даты приготовления, для мытья пола (60 мл на 5 л воды, для замачивания ершей, щеток 30 мл на 3 л воды).

2.3. Тара в течение дня должна быть закрытой и недоступной детям, в конце недели тара промывается и просушивается.

3. Требования безопасности во время работы

3.1. В процессе работы работник обязан:

- готовить дезинфицирующий раствор согласно инструкции и рецептуре;
- проводить обработку помещений без посторонних лиц;
- соблюдать личную гигиену и безопасность;
- надежно установить посуду с растворами, исключая возможность ее падения;
- использовать только пластиковую емкость.

3.2. Во время работы с дезинфицирующим средством запрещено:

- смешивание с другими растворами во избежание образования опасного газа (хлора);
- использование на металлических и эмалированных поверхностях;
- попадание концентрированного средства на мебель, ковры, обивку, кожу рук.

4. Требования безопасности в аварийных ситуациях

4.1. При попадании на кожу и в глаза немедленно промыть большим количеством воды, при необходимости обратиться к врачу.

4.2. При случайном проглатывании раствора выпить один-два стакана молока или воды.

5. Требования безопасности по окончании работы

5.1. По окончании работ работник обязан:

- вымыть ерши и щетки в начале холодной водой, а затем теплой водой;
- вымыть используемые емкости;
- убрать рабочее место;
- снять спецодежду;
- вымыть руки и лицо теплой водой с мылом.

МДОУ

СОГЛАСОВАНО

Старшая медсестра МДОУ

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий МДОУ

Приказ № ____ от _____

Инструкция по применению дезинфицирующего средства «Жавелион»

1. Общие положения

1.1. Настоящая инструкция разработана на основе методических указаний научно-исследовательского института дезинфектологии Минздрава России.

1.2. Инструкция предназначена для работников МДОУ, проводящих дезинфекционные мероприятия.

1.3. Средство «Жавелион» производится в виде таблеток. При растворении 1 таблетки в воде выделяется 1,5 г активного хлора. Срок годности средства — 3 года.

1.4. Средство «Жавелион» хорошо растворимо в воде. Водные растворы прозрачны, имеют легкий запах хлора. Срок годности рабочих растворов — 3 суток.

1.5. Растворы средства «Жавелион» предназначены для дезинфекционных поверхностей в помещениях, предметов обстановки, белья, посуды столовой, изделий медицинского назначения, уборочного инвентаря, при проведении профилактической, текущей и заключительной дезинфекции в детских учреждениях.

2. Требования безопасности перед началом работы

2.1. Лицо, использующее рабочий раствор «Жавелион», должно надеть специальную одежду для уборки.

2.2. Защитить слизистую глаз, избегать близкого воздействия на органы дыхания (проверить крепость раствора на запах).

2.3. При высоком содержании активного хлора (0,3%) дезинфицирующие мероприятия проводятся в резиновых перчатках.

2.4. Сотрудники, работающие с дезинфицирующим раствором «Жавелион», обязаны избегать его длительного прямого воздействия на кожу.

2.5. В помещении, где проводятся дезинфицирующие мероприятия, необходимо открыть форточки.

3. Приготовление рабочих растворов

3.1. Рабочие растворы готовят в эмалированных, стеклянных или пластмассовых емкостях путем растворения таблеток средства «Жавелион» в воде.

3.2. Приготовление рабочих растворов

Содержание активного хлора, %	Количество таблеток на 10 л воды
0,015	1
0,03	2
0,06	4
0,1	7
0,2	14
0,3	20

3.3. Растворы средства «Жавелион» используют для дезинфекции изделий медицинского назначения, в том числе одноразового применения (перед утилизацией), посуды столовой, игрушек.

3.4. Изделия медицинского назначения полностью погружают в дезинфицирующий раствор. После дезинфекции их промывают проточной водой в течение 3 мин.

3.5. Посуду столовую, освобожденную от остатков пищи, полностью погружают в дезинфицирующий раствор из расчета 2 л на 1 комплект. По окончании дезинфекции посуду промывают водой в течение 3 мин.

3.6. Игрушки (пластмассовые, резиновые, металлические) погружают в раствор, препятствуя их всплытию. Крупные игрушки протирают ветошью, смоченной раствором. По окончании дезинфекции игрушки промывают водой в течение 5 мин.

3.7. Белье (кроме шерстяного, шелкового и синтетического) замачивают в растворе при норме расхода 4 л на 1 кг сухого белья.

По окончании дезинфекции белье стирают и прополаскивают.

3.8. Пол, стены, предметы обстановки в помещениях протирают ветошью, смоченной в растворе из расчета 100 мл на 1 м² обрабатываемой поверхности. По окончании дезинфекции помещения проветривают в течение 15 мин, пол, деревянную мебель протирают сухой ветошью.

3.9. Санитарно-техническое оборудование протирают вето-

шью, смоченной в растворе или орошают раствором средства. Уборочный материал (ветошь) замачивают в растворе. По окончании дезинфекции его прополаскивают и высушивают.

3.10. Режимы дезинфекции различных объектов раствором средства «Жавелион» при инфекциях бактериальной (кроме туберкулеза) и вирусной (включая гепатиты и ВИЧ-инфекцию) этиологии

Объекты обеззараживания	Вирусные инфекции		Бактериальные инфекции		Способ обеззараживания
	Концентрация по активному хлору, %	Время обеззараживания, мин	Концентрация по активному хлору, %	Время обеззараживания, мин	
1	2	3	4	5	6
Изделия медицинского назначения из коррозионно-стойких металлов, стекла, пластмасс, резин	0,1	60	0,1	60	Погружение
Посуда без остатков пищи	0,015	15	0,015	15	Замачивание
Посуда с остатками пищи	0,1	120	0,1	120	Погружение
Белье загрязненное	0,2	120	0,2	120	Замачивание
Белье незагрязненное	0,015	60	0,015	60	Замачивание
Игрушки	0,06	15	0,03	60	Погружение или протирание
Поверхности в помещениях, жесткая мебель	0,015	60	0,015	60	Протирание или орошение

Окончание

1	2	3	4	5	6
Санитарно-техническое оборудование	0,06	60	0,06	60	Двукратное протирание
Уборочный инвентарь	0,1	120	0,2	60	Замачивание

4. Требования безопасности в чрезвычайных ситуациях

4.1. При попадании на слизистую глаз, кожу промыть поврежденные части, контактирующие участки проточной водой.

4.2. При сильной концентрации раствора работать при открытой форточке.

4.3. При разливе сильно концентрированного раствора на пол, собрать ветошью, как можно быстрее, промыть чистой водой, ветошь прополоскать.

5. Требования безопасности по окончании работы

5.1. Отработанный раствор утилизировать через канализационную систему и смыть водой.

5.2. Убрать в недоступное место оставшийся рабочий раствор до конца смены.

5.3. Уборочный инвентарь (емкость, ветошь) прополоскать проточной водой в течение 3 мин, просушить.

5.4. Открытые участки тела вымыть, руки смазать кремом.

МДОУ

СОГЛАСОВАНО

Председатель профкома

Протокол № ____ от ____

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий МДОУ

Требования к организации и осуществлению санитарной деятельности в МДОУ

Введены приказом: _____

Срок действия: _____

1. Общие требования

1.1. Настоящая инструкция разработана для сотрудников МДОУ на основании санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.4.1.2660-10 от 22.07.2010 № 91 (в ред. Изменений от 20.12.2010 № 164), Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.5.1378-03, ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы».

1.2. Данная инструкция обязательна к исполнению всем работникам, выполняющим работы с дезинфицирующими и моющими растворами в МДОУ.

1.3. Данная инструкция устанавливает требования к органи-

зации и осуществлению работ, включающих транспортировку, хранение, применение и утилизацию средств, материалов для дезинфекции, контроль за эффективностью и безопасностью проводимых работ.

1.4. В МДОУ применяются дезинфицирующие и моющие средства, разрешенные к использованию в соответствии с инструкцией по их применению.

1.5. Контроль за выполнением данной инструкции остается за руководителем МДОУ.

2. Требования безопасности перед началом работы

2.1. Дезинфицирующие и моющие вещества, поступающие на склад МДОУ, должны быть приняты ответственным лицом, назначенным приказом руководителя, который обеспечивает безопасность для здоровья человека при их хранении.

2.2. При получении дезинфицирующих и моющих средств необходимо тщательно осмотреть целостность тары, наличие на каждой упаковке этикетки, срока годности. Тарная этикетка хранится весь период реализации дезинфекционного средства.

2.3. Все дезинфицирующие и моющие средства, используемые в МДОУ, должны иметь инструкцию по их использованию и применяться в соответствии с ней.

2.4. Полученные дезинфицирующие и моющие вещества хранятся в специальном помещении, каждое средство отдельно в закрытой таре.

2.5. В помещении, где хранят-ся дезинфицирующие средства,

моющие вещества, вывешиваются их перечень, четкий график выдачи, утвержденный заведующим МДОУ.

2.6. В помещении для хранения дезинфицирующих, моющих средств запрещается хранить пищевые продукты, питьевую воду, принимать пищу, находиться посторонним лицам.

2.7. Дезинфицирующие средства защищают от воздействия прямых солнечных лучей.

2.8. В помещении с дезинфицирующими средствами должна быть аптечка первой медицинской помощи и средства защиты.

2.9. При появлении первых признаков отравления следует оказать помощь в соответствии с мерами первой доврачебной помощи при отравлении дезинфицирующими средствами и вызвать скорую помощь.

2.10. Выдача дезинфицирующих и моющих средств осуществляется в отдельном помещении.

2.11. Перед началом работы с дезинфицирующими, моющими средствами работник должен:

- надеть спецодежду, резиновые перчатки, защитную марлевую повязку;

- подготовить и проверить исправность приспособлений (ершей, посуды и пр.);

- убедиться, что вблизи места работы нет посторонних лиц.

2.12. Все обнаруженные неисправности должны быть устранены.

3. Требования безопасности во время работы

3.1. Работник, проводящий приготовление маточных растворов, должен внимательно изучить

методические указания по применению выбранного средства.

3.2. Растворы дезинфицирующих средств («Жавелион» для процедурного кабинета, хлорамин для обработки яиц) готовят в специальном помещении, оборудованном приточно-вытяжной вентиляцией старшей медсестрой в соответствии с инструкцией по применению данных дезинфицирующих средств.

3.3. Емкости с растворами дезинфицирующих и моющих средств должны иметь крышки, четкие надписи с указанием названия средства, его концентрации, назначения и даты приготовления.

3.4. Все работы работник обязан выполнять в резиновых перчатках:

- готовить дезинфицирующий и моющий растворы согласно инструкции и рецептуре;
- проводить обработку помещений, посуды, одежды без посторонних лиц;
- надежно установить посуду с растворами, исключая возможность ее падения;
- емкости с рабочими растворами должны быть плотно закрыты крышками.
- при попадании раствора на кожу тщательно промыть ее холодной проточной водой и раствором питьевой соды;
- пользоваться черпаком с длинной ручкой при переливании раствора из большой емкости в меньшую по объему тару.

3.5. При раздаче дезинфицирующих растворов на рабочие места необходимо соблюдать меры предосторожности: выдавать в емкости с крышкой, промарки-

рованные по назначению, наполняются не более $\frac{2}{3}$ объема.

3.6. На группах рабочие дезинфицирующие растворы готовятся младшим воспитателем после ознакомления с инструкцией по работе с данным дезинфицирующим средством.

3.7. Для получения нужной концентрации при приготовлении рабочего раствора важно соблюдать соотношение средства и воды. При приготовлении рабочего раствора сначала в емкость наливают требуемое количество воды, затем добавляют к ней дезинфицирующие или моющие средство, размешивают и закрывают крышкой до полного растворения.

3.8. Дезинфицирующие растворы и моющие средства хранят в местах недоступных детям в темной посуде с плотно прилегающей крышкой.

3.9. Для готовых к применению средств, разрешенных для многократного использования, указывают дату его разведения.

3.10. Основанием для проведения любых мероприятий по дезинфекции (обеззараживания) посуды, ветоши, мочалок и щеток в случае инфекционных заболеваний при инфекционных заболеваниях являются предписания, выданные органом Роспотребнадзора.

3.11. Во время работы с дезинфицирующими и моющими растворами запрещается:

- работать в резиновых перчатках, имеющих повреждения;
- хранить дезинфицирующий и моющий раствор дольше положенного срока и в открытых сосудах и емкостях.

4. Требования безопасности в аварийных ситуациях

4.1. При возникновении пожара работник должен сообщить об этом администрации учреждения, в ближайшую пожарную часть и приступить к тушению очага возгорания с помощью первичных средств пожаротушения.

4.2. При получении травмы следует оказать первую помощь пострадавшему, сообщить об этом администрации учреждения. При необходимости отправить пострадавшего в ближайшее лечебное учреждение.

5. Требования безопасности по окончании работы

5.1. По окончании работ работник обязан:

- вымыть щетки вначале холодной, а затем теплой водой с мылом;
- вымыть посуду и используемые емкости;
- убрать рабочее место;
- снять спецодежду, защитную повязку, перчатки;
- вымыть руки и лицо теплой водой с мылом.

5.2. Запрещается оставлять ерши, щетки, ветошь в оставшемся дезинфицирующем или моющем растворе.

5.3. По окончании работ со средствами помещение проветрить.

МДОУ
ПРИКАЗ

от _____ № _____

Об использовании моющих и дезинфицирующих средств

В соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами и

нормативами СанПиН 2.4.1.2791-10 от 22.07.2010-91 (в ред. Изменений № 1 от 20.12.2010 № 164) и на основании Инструкции по санитарной обработке помещений МДОУ, утвержденной приказом № _____ от _____, в целях регламентации использования моющих и дезинфицирующих средств в работе МДОУ

Приказываю:

1. Заместителю заведующего по административно-хозяйственной работе обеспечить приобретение, хранение и выдачу моющих и дезинфицирующих средств в соответствии с примерными нормами потребления на группу.

2. Младшему обслуживающему персоналу использовать:

- средства для мытья посуды, предназначенные для этих целей (жидкое мыло «Прогресс», «Ферри» и др.);
- порошок «Обычный», хозяйственное мыло для мытья пола, рабочих поверхностей, стен и другого оборудования;
- дезинфицирующее средство «Доместос» для проведения дезинфекционных мероприятий и замачивания хозяйственного оборудования.

3. Старшей медсестре использовать:

- для обработки изделий медицинского назначения раствор «Жавелион»,
- для обработки яиц на пищеблоке «Хлорамин Б».

Заведующий МДОУ _____

С приказом ознакомлены: _____

Профилактика заболеваний верхних дыхательных путей у дошкольников

Виноградова М.Ю.,

инструктор по физкультуре (плавание), высшая квалификационная категория, МДОУ ЦРР – д/с № 57 «Росинка», г. Северск Томской обл.

Медицинские исследования последних десяти лет свидетельствуют о негативных тенденциях в здоровье подрастающего поколения. Данные статистики по г. Северску подтверждают это: лишь 2% детей рождаются без особых патологий, остальные 98% имеют отклонения в развитии. Все больший процент дошкольников имеют диагнозы хронических заболеваний лор-органов и дыхания, диагноз ДЧБ (долго и часто болеющий).

При объединении усилий специалистов: врача-педиатра, медицинской сестры бассейна, инструктора по физкультуре ФВ, педагога-психолога и других эффективность профилактики верхних дыхательных путей будет выше. Каждый вносит свой вклад в оздоровление детей дошкольного возраста. Взаимодействие заключается в объединении методов и приемов педагогического воздействия с целью улучшения занятий и поддержания интереса у детей. Например, вместе с музыкальным руководителем мы составили комплексы дыхательной гимнастики под музыку. Психо-

гимнастика и релаксационные упражнения, предложенные педагогом-психологом, были включены в занятия для снятия эмоционального напряжения и совершенствования координационных возможностей. В нашем дошкольном учреждении работают два инструктора по физкультуре. При решении общих задач по сохранению и укреплению здоровья дошкольников взаимодействие друг с другом осуществляется в индивидуальном сопровождении детей, занимающихся в оздоровительной группе. С учителем-логопедом был составлен перспективный план координационно-образовательной работы в оздоровительной группе. Всю работу мы проводим по трем направлениям.

1. Постановка диафрагмально-речевого дыхания. Главная задача — постановка дыхания и увеличение жизненной емкости легких с применением следующих приемов:

- разделение дыхания носом и ртом;
- отработка нижнего, диафрагмального дыхания;

— использование упражнений на развитие длительной направленной струи воздуха.

2. Развитие общей и мелкой моторики:

— общей (координация движений);

— мелкой (укрепление мускулатуры лица), особенно круговой мышцы рта и мышц, удерживающих нижнюю челюсть в сомкнутом состоянии (жевательные), и произвольная поддержка дыхания при упражнениях «Поплавок», «Звезда», «Медуза».

3. Развитие речи.

Также важна роль воспитателя в оздоровительной работе с детьми. Он настраивает детей на активную работу, организует их. Педагоги понимают значимость дополнительных занятий для ослабленных детей и заинтересованы в результатах.

Общее количество детей с бронхиальной астмой в оздоровительной группе за четыре года составило 14 человек (100%).

После занятий выраженное улучшение состояния здоровья отмечено у 12 детей (85,7%), а два ребенка (14,3%) пошли в школу с этим заболеванием в класс компенсирующего обучения.

Таким образом, сделаем вывод, что взаимодействие специалистов ДООУ оказало положительное влияние на оздоровление дошкольников, только общими усилиями можно добиться высоких результатов в оздоровительной работе.

Литература

Антонов Ю.А., Кузнецова М.Н., Саулина Т.Ф. Здоровый дошкольник. Социально-оздоровительная технология 21 века. М., 2003.

Кудрявцев В.Т., Егоров Б.Б. Развивающая педагогика оздоровления. М., 2000.

Рогунцова О.А. Методика телесно-ориентированной терапии в детском саду. Томск, 2004.

Толкачев Б.С. Физкультурный залон ОРЗ. М., 1988.

Шемякина Т.А. Реабилитация детей с бронхиальной астмой. Томск, 1993.

Оздоровительная работа в детском саду

Казадаева Т.В.,

старший воспитатель МДОУ д/с общеразвивающего вида № 125, г. Томск

Среди значимых для человека ценностей одно из ведущих мест занимает здоровье. В связи с

кризисным состоянием современного общества увеличивается число заболеваемости и ин-

валидности детей в ранние годы. Дошкольное детство — короткий отрезок в жизни человека, имеющий огромное значение, поскольку развитие идет бурно и стремительно: формируются основы личности, расширяется сфера деятельности ребенка. Вместе с тем детский возраст характеризуется повышенной ранимостью и чувствительностью.

Актуальность данной проблемы состоит в том, что современная семья включается во множество сфер жизнедеятельности общества. При этом сокращение свободного времени родителей из-за необходимости поиска дополнительных источников дохода, психологические перегрузки, стрессы и наличие других патогенных факторов способствуют развитию у них синдрома хронической усталости, что в свою очередь не позволяет им уделять необходимое внимание своему ребенку.

Несмотря на заинтересованность родителей в сохранении здоровья ребенка им не всегда удается грамотно решить многие вопросы и возникшие проблемы, тем более что многие дети большую часть времени находятся в детском саду. Поэтому ДОО должно оказать существенную помощь семье в сохранении и укреплении физического и психологического здоровья ребенка.

Вопросы охраны здоровья детей, формирования культуры здо-

ровья и мотивации здорового образа жизни — одни из важнейших направлений деятельности нашего дошкольного учреждения.

Для наиболее эффективной организации оздоровительных и профилактических мероприятий используется мониторинг состояния здоровья вновь поступивших воспитанников, что важно для своевременного выявления отклонений. При поступлении ребенка в дошкольное учреждение с родителями проводятся индивидуальные беседы, где выявляются условия жизни, режима, питания, ухода и воспитания в семье, особенности развития и поведения. В детском саду разработаны алгоритм адаптации ребенка и система предупреждения дезадаптации воспитанников.

Учитывая все факторы формирования организма ребенка, индивидуальные особенности детей, коллектив нашего дошкольного учреждения в сфере охраны и укрепления здоровья решает следующие задачи:

- охранять и укреплять здоровье;
- совершенствовать физическое развитие;
- повышать сопротивляемость защитных свойств организма;
- улучшать физическую и умственную работоспособность;
- формировать у всех участников образовательного процесса осознанное отношение к своему здоровью;

- воспитывать в детях, родителях потребность в здоровом образе жизни как показателе общечеловеческой культуры;
- развивать основные физические способности (силу, быстроту, ловкость, выносливость и др.) и умение рационально использовать их в различных условиях;
- формировать и совершенствовать двигательные умения и навыки;
- способствовать усвоению правил соблюдения гигиенических норм и культуры быта, связывая воедино элементы анатомических, физиологических и гигиенических знаний;
- создавать оптимальный режим дня, обеспечивающий гигиену нервной системы ребенка, комфортное самочувствие, нервно-психическое и физическое развитие.

Для реализации задач, намеченных программой, в МДОУ созданы следующие условия.

1. В каждой возрастной группе имеются спортивные уголки, оборудованные необходимым инвентарем: гимнастические скамейка, стенка, мячи, спортивные маты, резиновые мячи, обручи, мешочки с песком, канат, кегли, скакалки, маски для проведения подвижных игр, игр-забав. Дети занимаются как самостоятельно, так и под наблюдением педагогов.

2. Имеется подборка игр для развития основных видов движения, физкультминуток и пальчиковых игр.

3. Детей осматривают (1—2 раза в год) узкие специалисты, составляя списки тех, которым необходимо заниматься ЛФК. Данные списки передаются родителям для принятия ими соответствующих мер.

4. Закаливание обеспечивает тренировку защитных сил организма, повышает устойчивость к воздействию меняющихся факторов окружающей среды и является необходимым условием оптимального развития ребенка.

В нашем МДОУ проводится комплекс закаливающих мероприятий:

- соблюдение температурного режима в течение дня;
- правильная организация прогулки и ее длительность;
- использование сезонной одежды во время прогулок с учетом индивидуального состояния здоровья детей;
- мытье прохладной водой рук по локоть;
- солевое закаливание;
- релаксационные упражнения с использованием музыкального фона (музыкотерапия);
- элементов психогимнастики.

Кроме того, разработана система мероприятий для ЧБД, детей с нарушением осанки и плоскостопия. В группах у воспитателей имеется приложение к программе

«Здоровье», в котором собраны комплексы утренней, дыхательной гимнастики, гимнастики после сна, для глаз, разные виды массажей. Для родителей оформлен стенд «Здоровый малыш».

Большое внимание в нашем дошкольном учреждении уделяется питанию: регулярность, полноценность, разнообразие, индивидуальный подход к детям во время приема пищи. Разработано десятидневное перспективное меню, которое корректируется в зависимости от сезона. Детям предлагается широкий ассортимент продуктов, содержащих микроэлементы, бифидобактерии, витамины и растительную клетчатку, способствующих улучшению процесса пищеварения и стимуляции аппетита. В меню ежедневно включаются соки, фрукты, овощные салаты, проводится витаминизация третьих блюд.

Особое внимание в ДОУ уделяется физкультурным занятиям как одному из важнейших средств и форм воспитания здорового ребенка. Некоторые занятия проводятся с музыкальным сопровождением. Специально подобранная музыка, как показывают наблюдения, создает положительный настрой, увеличивает работоспособность, благотворно влияет на нервную систему и улучшает координацию движений. Эмоциональное благополучие ребенка в детском саду достигается за счет проведения разнооб-

разных, интересных и увлекательных развлечений, тематических досугов, праздников, в которых принимают участие и родители. Также используются нестандартные варианты проведения занятий: вносятся элементы театрализации, музыкально-танцевальных импровизаций. Занятия проводятся 3 раза в неделю, одно занятие на улице в облегченной форме. Все это способствует повышению уровня физического развития и здоровья ребенка, а также доставляет ему удовольствие и радость.

В результате профилактической и коррекционной работы по оздоровлению детей уменьшилась частота заболеваемости, увеличился индекс здоровья, уменьшилось число дней, пропущенных в среднем одним ребенком по болезни в течение года. Изменилось поведение детей в различных режимных моментах — снизилась возбудимость. Дети стали быстрее засыпать, появился хороший аппетит, повысились внимание и активность ребят на занятиях.

Литература

Возная В.И., Коновалова И.Т., Кулик Г.И. Организация воспитательной и оздоровительной работы в ДОУ. М., 2006.

Горбатова М.С. Оздоровительная работа в ДОУ. Волгоград, 2008.

Шорыгина Т.А. Беседы о здоровье. М., 2012.

Формирование здоровьесберегающих компетентностей у дошкольников

Овсянникова О.Д.,

заведующий МАДОУ д/с комбинированного вида № 53, г. Томск

О том, что «создание здорового образа жизни для ребенка в детском саду является первоосновой его полноценного воспитания и развития», пишут В.И. Логинова, Т.И. Бабаева, Н.А. Ноткина — авторы программы развития и воспитания детей в детском саду «Детство», реализуемой нашим детским садом.

Сохранение, укрепление и совершенствование физического и психического здоровья детей в течение последних 10 лет — приоритетное направление работы нашего коллектива. Анализ состояния здоровья детей за последние три года свидетельствует о возникновении противоречий, предопределяющих снижение темпов физического и психического развития. Это несоответствия между:

- объективной потребностью общества в повышении качества образования детей, их здоровьесбережении и здоровьесформировании и уровнем разработанности организации здоровьесберегающего и здоровьесформирующего пространства;
- необходимостью развития ребенка как субъекта здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности и недостаточной разработанностью

организационно-педагогических условий формирования здоровья, полноценного психофизического развития, как в детском образовательном учреждении, так и в семье;

- имеющимися предпосылками к формированию здоровья ребенка, связанными с развитием его внутреннего мира, становлением самосознания и отсутствием компетентности у воспитателей детских садов и родителей в этих вопросах.

Актуальность проблемы и выявленные противоречия позволили сформулировать направление нашего исследования, связанного с организацией образовательного процесса, основанного на системе личностных ценностей, главная из которых — культура здоровья, обеспечивающая включение самого ребенка в построение здоровьесберегающего пространства, формировании его субъектности через реализацию комплексного подхода в интегрированном учебно-воспитательном процессе в условиях детского сада комбинированного вида. При комплексном интегрированном подходе необходимо не простое сосуществование нескольких образовательно-воспитательных линий, а создание из

них новой образовательной целостности со сложными переплетениями и качественно более высокими свойствами, комплекс предметно-развивающих, психолого-педагогических, коррекционных и оздоравливающих условий, направленных на успешную социализацию детей с разными педагогическими потребностями.

В ДОУ сложилась определенная система оздоровительной работы, цель которой — формировать здоровьесберегающую компетентность дошкольников в интегрированном инклюзивном воспитательно-образовательном процессе. Для реализации данной цели педагогический коллектив ставит задачи:

- создать условия для сохранения и укрепления физического и психического здоровья, приобщать детей к ценностям здорового образа жизни;
- формировать оптимальное содержание образования, ориентированного на разностороннее развитие детей с различными индивидуальными физическими, психическими и социальными возможностями и потребностями;
- совершенствовать предметно-развивающую среду детского сада для чувственной, познавательной и творческой активности ребенка в соответствии с индивидуальными особенностями и способностями;
- повышать квалификацию педагогов в вопросах современных психолого-педагогических и здоровьесберегающих технологий;

— развивать опыт совместной деятельности с родителями в продвижении ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни.

При создании единой комплексной системы, обеспечивающей оптимальные условия для формирования здоровьесберегающей компетентности личности ребенка, работа в ДОУ организуется по направлениям:

- организационно-средовое;
- медицинское;
- психолого-педагогическое;
- инклюзивное.

Организационно-средовое направление

Из всего многообразия факторов окружающей среды, воздействующих на организм и обуславливающих статус здоровья и физического состояния воспитанников детского дошкольного учреждения, мы склонны выделить в качестве ведущих следующие.

Среда обитания, в том числе психологический микроклимат в детском дошкольном учреждении и дома. В понятие «среда обитания» мы вкладываем условия пребывания в ДОУ. Детский сад № 53, располагаясь в отдаленном районе города, имеет положительные факторы экологически чистой окружающей среды: чистый воздух, лесопарковая зона, минимальное количество транспорта и городского шума. Полностью укомплектован современным оборудованием физиокабинет, где проводятся физиопроцедуры с использованием УВЧ, УФО,

приборов Д'арсенваль, соллюкс, «Геска», ультратона, вибромассажа, ингаляции, электрофореза. Дети получают комплекс оздоровительных процедур, в том числе массаж, кислородный коктейль, фиточай.

Питание в детском дошкольном учреждении показывает 90% суточной потребности ребенка в пищевых веществах. Здоровьеобразующие факторы его определяются прежде всего полноценностью, адекватностью и сбалансированностью суточного рациона, а также правильным распределением пищи по приемам в течение дня, обеспечивающим наиболее полное ее потребление и усвоение.

Двигательный режим. Для проведения физкультурно-оздоровительной работы оборудован физкультурный зал с разнообразными спортивными снарядами, нестандартным оборудованием. Для занятий на воздухе оборудована спортивная площадка, в 2010 г. расширенная и дополненная баскетболом и футболом игровыми полями.

Медицинское направление

В основе оздоровительной работы в ДОУ лежит выполнение программ «Здоровье» и «Тропинки здоровья». В течение года в ДОУ проводятся следующие оздоровительные мероприятия:

— закаливающие процедуры (точечный массаж, дыхательная гимнастика, оздоровительный бег (в теплый период), босохождение по корригирующим дорожкам);

— комплексы гимнастики для профилактики плоскостопия, нарушений осанки, гиподинамии;

— физиопроцедуры (по показанию врача);

— рефлексотерапия (точечный массаж, самомассаж, пальчиковая, зрительная, артикуляционная гимнастика);

— элементы психогимнастики.

В ДОУ создана целостная система физического развития дошкольников, которая обеспечивается внедрением здоровьесберегающих технологий во все виды детской активности, взаимодействием инструктора по физкультуре, старшей медицинской сестры, воспитателей групп, родителями. В организационных формах обучения оптимизация двигательной активности дошкольников достигалась за счет использования различных видов и форм занятий, увеличения моторной плотности (в среднем 87%), варьирования физической нагрузки в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка, использования вариативных программ, технологий и методик физического развития.

В ДОУ ежегодно проводится комплексный осмотр детей врачами детского отделения муниципального лечебно-профилактического учреждения медико-санитарной части № 2. Помимо основного медицинского обслуживания и прививок, согласно государственному графику прививок, проводится иммунизация детей против сезонного и свиного гриппа. Спе-

цифический иммунный статус ребенка формируется в результате плановой иммунопрофилактической работы в детском дошкольном учреждении.

Также медицинское направление включает:

- уровень неспецифической резистентности организма ребенка;
- санитарной культуры детей, родителей и обслуживающего персонала детского дошкольного учреждения, определяющий стереотип «здорового» поведения в быту и детском учреждении.

Психолого-педагогическое направление

Важную помощь в организации учебно-воспитательного процесса оказывает психолог. При организации работы с детьми, родителями и воспитателями он учитывает программу детского сада и помогает реализовать ее с учетом возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, его психологического возраста, личностных качеств, уровня профессиональной квалификации педагогов и специфики семейного воспитания. Основные функции психолога в детском саду связаны с охраной физического и психического здоровья детей, созданием условий, способствующих их эмоциональному благополучию и обеспечивающих свободное и эффективное развитие способностей каждого.

Уже в детском саду важно, воспитывая культуру здоровья,

донести до детей понимание того, что питание для любого живого организма — источник энергии. С целью формирования культуры питания педагоги, начиная со средней группы, проводят занятия по программе «Разговор о правильном питании». Цель работы — сформировать основы рационального питания, дать детям знания о том, какая еда полезна, а какая вредна для организма, подвести малышей к пониманию суждения — «мне эта еда нравится, а моему организму она полезна?» Занятия строятся в игровой форме «Магазин», «Продуктовый светофор», с детьми организуются праздники: «В гостях у Сороки-вороны», «Молочная страна», «Где найти витамины весной?». Для привлечения интереса детей используются сюжетно-ролевые и образно-ролевые игры по правилам. Помогает в работе народная мудрость. Успешность решения данной проблемы заложена в коллективном подходе к ее решению. Все сотрудники детского сада — убежденные сторонники здорового питания, в работе участвуют медицинская сестра, младшие воспитатели, работники кухни. В вопросах организации питания все участники образовательного процесса решают проблемы сезонности рациона, новые технологии в приготовлении пищи, строгое соблюдение его норм, сбалансированности продуктов и основных элементов.

Не остаются в стороне от проблемы и родители наших вос-

питанников — с ними организуются как традиционные формы работы (через стенды, наглядную информацию, консультации), так и нетрадиционные (конкурсы, выпуск семейных газет, участие в совместных праздниках и развлечениях: «Праздник каши», «Крепыш», «Винегрет-концерт»).

Решая задачу всестороннего развития и комплексного сопровождения ребенка в условиях здоровьесберегающей среды детского дошкольного учреждения, руководитель музыкального воспитания находится в поиске использования специальных методик, которые позволяют подойти к вопросу оздоровления детей более продуктивно с применением новых технологий. В результате длительных занятий современным танцем интенсивно развиваются многие физические качества: увеличиваются подвижность в суставах, гибкость, сила мышц, выносливость. Часто возникает необходимость и в коррекции различных нарушений физического развития и осанки, являющихся следствием специфичной тренировки и чрезмерной нагрузки на определенные системы организма.

Один из основных принципов занятий танцами — постепенность, систематичность, последовательность наращивания развивающе-тренирующих воздействий. Данный принцип обуславливает необходимость систематического повышения требований к проявлению у детей двигательных и связанных с ними психических

функций за счет повышения сложности заданий и увеличения нагрузок.

Важно выбрать оптимальную нагрузку, понимая под этим минимальную величину интенсивности, которая вызывает приспособительные перестройки в организме. Более интенсивное воздействие ведет либо к перенапряжению, либо при чрезмерных требованиях к превышению физиологических возможностей, срыву нормальной деятельности организма. Принцип — системность чередования нагрузок и отдыха в процессе обучения танцу — важное положение, от которого в конечном итоге зависит суммарный эффект занятий. Разучивание упражнений обеспечивается комплексом методов и приемов техники выполнения упражнений, ощущения движений, фиксации положений и др.

В последние годы актуальным средством коррекции служит музыкотерапия. Возможность выразить свои чувства в движении, внимательно слушая музыку, в огромной степени влияет на способность ребенка контролировать свои движения и делать их более гармоничными. Музыкально-ритмическая деятельность привлекает детей своей эмоциональной окрашенностью, возможностью активно выразить отношение к музыке в движениях. Благодаря этой деятельности удовлетворяется естественная потребность детей в движениях. Занятия танцами доставляют им массу удовольствия, а также

благотворно влияют на физическое, психологическое и нравственное развитие.

Таким образом, одна из важнейших задач занятий современным танцем — не только развитие высокого уровня исполнительского мастерства, но и своевременное определение функционального состояния организма, его здоровья и изменений опорно-двигательного аппарата занимающихся детей, внесение коррекции в тренировочный процесс и проведение восстановительных мероприятий.

Инклюзивное направление

Одна из важнейших педагогических задач сотрудников сада — помочь личностному развитию детей. Эффективный путь ее решения педагогический коллектив видит в интеграции детей с проблемами здоровья в сообщество здоровых сверстников. Для детей коррекционной группы разрабатываются программы для осуществления индивидуального подхода к каждому ребенку. Воспитательно-образовательный процесс построен таким образом, что часть времени дети с аномальным психическим развитием находятся с нормально развивающимися детьми и в то же время специализированность группы дает возможность осуществлять индивидуальный гибкий подход к каждому ребенку. Такая форма интеграции позволяет дозировать пребывание детей с отклонениями в развитии в среде нормально развивающихся дошкольников в зави-

симости от ситуации, настроения, эмоционального состояния каждого ребенка. В то же время нормально развивающиеся дети дошкольного возраста получают возможность общения и взаимодействия с «необычными детьми», а значит, учатся адекватно их воспринимать, оказывать им посильную помощь. Интеграция способствует развитию у нормальных детей таких качеств личности, как толерантность, способность к сочувствию и стремление помочь нуждающемуся в поддержке.

Имея опыт инклюзивного воспитания, считаем необходимым использование интегрированного подхода в формировании «Я-позиции» в общеразвивающих группах детского сада через взаимодействие «обычных» детей с детьми с ограниченными возможностями, понимая здоровье ребенка как целостность физического, психоэмоционального и социального слагаемых, через воспитание толерантности при общении с детьми с ограниченными возможностями.

Таким образом, здоровьесформирование — процесс становления позитивной «Я-концепции», интегрирующий элемент которого внутренняя картина здоровья. Единственным путем, позволяющим мобилизовать весь коллектив учреждения на борьбу за здоровье детей, является, на наш взгляд, работа на конечный результат — показатели заболеваемости и посещаемости, выступающие в качестве критерия материального поощрения работников.

В общественном фокусе — детское ожирение

Шарапов А.Н.,

д-р мед. наук ФГНУ «Институт возрастной физиологии»
Российской академии образования, Москва

ПЕДИАТРИЯ



К началу второй декады текущего столетия свыше 7% (более 260 млн) взрослого населения нашей планеты имеют чрезмерный вес: в Германии, Франции, Великобритании и России — более 50%, в США свыше 60, в Китае и Японии около 15—20% населения.

Ожирению подвержены как взрослые, так и дети. За последние 20 лет число детей дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих избыточный вес, удвоилось, а число подростков с избыточным весом — утроилось. По данным различных исследований, число детей, имеющих различную степень ожирения, колеблется от 3,5 до 20%, причем большая их часть не только сохранит, но и усугубит степень имеющегося ожирения будучи взрослыми. К 2010 г. число детей с излишней массой тела в мире составляла примерно 45 млн, среди них свыше 3,5% детей младше пятилетнего возраста. Безусловно, как в настоящее время, так и в обозримом будущем ожирение среди детей представляет серьезную и вполне реальную угрозу соматическому, психическому и экономическому благополучию человеческой популяции во многих развитых и развивающихся странах мира, в которых проживают более 35% детей с избыточной массой тела и ожирением.

Прогрессивный рост числа полных детей отмечен и в нашей стране. По данным разных авторов, распространенность детского ожирения в России колеблется от 3 до 20%. Огромная медико-социальная значимость самого ожирения, а также заболеваний, связанных с ним, манифестирующих в детском возрасте, определяет актуальность дальнейших исследований в этом направлении. Суть ожирения — избыточное отложение жира в подкожном пространстве, органах и других тканях, сопровождающееся существенными метаболическими и

нейроэндокринными изменениями и расстройством многих функций и систем организма.

В 2006 г. ВОЗ разработала и утвердила Стандартные параметры развития ребенка, рекомендуемые для оценки физического развития, в том числе весовых показателей. Иными словами, избыточная масса тела и ожирение определяются как «патологическое или избыточное накопление жира, представляющее риск для здоровья». Эксперты ВОЗ прогнозируют дальнейшее двукратное увеличение числа лиц с ожирением к 2025 г. по сравнению с началом XXI в. Избыточная масса признана одним из основных факторов риска развития многих заболеваний, таких как сахарный диабет, артериальная гипертензия, ИБС, заболевания печени и желчного пузыря и др.

Детское ожирение превращается во все более и более серьезную проблему всего мирового сообщества. С особой очевидностью его распространение прогрессирует в экономически развитых индустриализированных странах с весьма высоким уровнем жизни, где преобладает приверженность к сидячему образу жизни при одновременном потреблении (зачастую неумеренном) пищевых продуктов «быстрого приготовления», которые отличаются высокой калорийностью и низкой пищевой ценностью. Таким образом, индустри-

ализация во многих странах, косвенно стала причиной «эпидемии» детского ожирения, приобретающего мировые масштабы. В этих странах количество детей, страдающих избыточным весом, за последние 20 лет резко возросло и тенденция эта устойчиво сохраняется. Впрочем, нельзя, конечно, объяснить рост распространенности детского ожирения исключительно особенностями поведения и социально-экономическими причинами.

В современной трактовке ожирение — это хроническое многофакторное заболевание, развивающееся под влиянием физиологических и генетических факторов и факторов внешней среды. Нарастание массы тела в 30—50% случаев зависит от генетического компонента. В настоящее время открыто более 50 генов-кандидатов, определяющих развитие фенотипа ожирения: например, ген рецептора к лептину, гены, кодирующие образование $\beta 2$ - и $\beta 3$ -адренорецепторов, ген липопропротеидлипазы, fat-ген (ген карбоксипептидазы E), ген рецептора типа 4 меланоцитостимулирующего гормона и т.д.

Ожирение может быть как самостоятельным заболеванием (экзогенно-конституциональное, первичное алиментарное), так и синдромом, развивающимся при различных заболеваниях (симптоматическое, вторичное): с установленным генетическим дефектом, в том числе в составе изве-

стных синдромов с полиорган-ным поражением (синдромы Прадера-Вилли, Лоуренса-Муна-Бидля, Коэна и др.), церебральное (опухоли головного мозга, диссеминация системных поражений, инфекционных заболеваний, на фоне психических заболеваний), эндокринное (гипотиреозное, гипогонадальное, заболевания гипоталамо-гипофизарной системы), заболевания надпочечников. При симптоматическом ожирении избыток массы тела может исчезнуть по излечении или компенсации основного заболевания.

Кроме того, следует отметить, что ожирение — хроническое, обладающее повышенной склонностью к рецидивам заболевание, характеризующееся чрезмерным накоплением жировой ткани. Очень часто корни алиментарного ожирения прослеживаются с детства. Из детей с избыточной массой тела вырастают взрослые пациенты с ожирением, вынужденные всю жизнь и не всегда успешно бороться с этим недугом. Поэтому чрезвычайно важно уже в раннем детстве, начиная с первых месяцев жизни ребенка, предотвратить развитие этого заболевания, чем потом всю жизнь от него лечиться.

Известно, что избыточное питание плода, особенно в последний период беременности оказывает негативное влияние на формирование у него жировой ткани, которая в последующем

способствует развитию гиперпластической (многоклеточной) формы ожирения, отличающейся особой стабильностью. Вместе с тем согласно современным воззрениям метаболические расстройства при ожирении в первую очередь зависят не от числа жировых клеток, количество которых увеличивается вплоть до пубертатного периода, а от их размеров и наиболее интенсивно это увеличение происходит до 6-летнего возраста. Небезынтересен факт отсутствия половых различий в числе жировых клеток между женским и мужским организмами, в то время как размеры адипоцитов у женщин существенно больше.

Наиболее распространенная форма первичного ожирения (до 85% всех форм ожирения) у детей — конституционально-экзогенная, когда имеются генетическая склонность к накоплению жира в организме или смещение динамического равновесия между поступлением и расходом энергии в сторону поступления, своеобразие строения и метаболизма жировой ткани. При этой форме заболевания ожирение — ведущий, основной симптом, а не следствие первично-эндокринных или нервных болезней. Конституционально-экзогенное ожирение может проявиться у ребенка любого возраста, в том числе и в грудном периоде. Чаше этот тип ожирения прогрессирует после 6-летнего возраста и, осо-

бенно, в период полового созревания, что требует особого внимания к питанию детей этого возраста.

У здоровых детей масса тела увеличивается неравномерно, поскольку существуют периоды ее наибольшей прибавки (первый год жизни, подростковый возраст).

Определить нормальную массу тела ребенка можно с помощью специальных таблиц (с учетом пола, возраста, роста и т.д.). Форму ожирения выявляют после проведения специфических обследований, которые назначает врач, основываясь на данных о развитии заболевания, наследственных факторах и симптомах, сопровождающих ожирение. Наличие избыточной массы тела и ожирения у детей оценивают по так называемым центильным (процентным) таблицам, отображающим соотношение массы тела к росту. Они учитывают возраст и пол ребенка. Наиболее активно жир откладывается в первые 9 месяцев жизни, далее интенсивность этого процесса устанавливается на сравнительно стабильном уровне, с небольшим его увеличением в возрасте от 5 до 7 лет и последующей активацией жиросложения в тканях в периоде полового созревания. Согласно сказанному различают *три критических периода*, когда значительно повышается риск развития ожирения:

- 1) ранний детский возраст (0—3 года);
- 2) дошкольный (5—7 лет);
- 3) подростковый, или период полового созревания (с 12—14 до 16—17 лет).

Практически ожирением у детей считается состояние, когда масса тела ребенка превышает возрастнo-ростовой норматив на 15% и более.

Принято выделять *четыре степени ожирения*: 1-я степень характеризуется превышением нормативной массы тела на 15—25%, 2-я — на 26—50, 3-я — на 51—100, 4-я степень — более чем на 100%.

При этом степень ожирения у детей старше 2 лет можно оценивать по индексу Кетле, который вычисляется путем получения частного от деления массы тела в килограммах на величину роста в метрах, возведенную в квадрат. Если индекс массы тела (ИМТ) меньше 25,0, у ребенка нормальная масса тела; если ИМТ от 25,0 до 27,0 — у ребенка избыточная масса тела; при ИМТ более 27,0 диагностируют ожирение.

Начальные формы конституционально-экзогенного ожирения у детей грудного возраста проявляются по типу паратрофии. Распределение подкожного жирового слоя у детей во многом зависит от пола, возраста, тяжести и длительности заболевания. В целом отложение жира относительно равномерное. Однако к

периоду полового созревания у девочек жировой слой более выражен в области таза, а у мальчиков — на туловище (поясной и стволовой типы ожирения). Следует отметить, что экзогенно-конституциональные формы ожирения алиментарного генеза сравнительно хорошо поддаются лечению при условии коррекции факторов, приведших к развитию заболевания. Как правило, алиментарное ожирение не сопровождается нарушениями в состоянии здоровья ребенка, не прогрессирует, и к 5—10 годам дети становятся физически правильно сложенными. Однако около 30% из них сохраняют алиментарное ожирение до периода полового созревания.

Совсем без жировой ткани организм существовать не может. Она выполняет различные функции: механическая защита и стабилизация положения внутренних органов, сосудов, нервов, а также функция, регулирующая теплопродукцию и теплоотдачу в организме. Жировая ткань необходима для активации женских половых гормонов, включая участие в процессах полового созревания девочек-подростков. Не менее важна роль жировой ткани в регуляции андрогенеза у мальчиков подросткового возраста. Однако ее избыток способен привести к весьма неприятным последствиям. Ожирение вносит дисбаланс в работу почти всех внутренних органов.

Родители, чтобы приблизительно оценить, нормальный ли у ребенка вес, могут пользоваться следующими величинами: в возрасте 4,5—6 мес. масса тела удваивается по сравнению с массой тела при рождении, утроение достигается к году, т.е. к полугодию масса тела ребенка в среднем достигает 8 кг, а к году 10—10,5 кг. Дальнейшие прибавки массы тела должны составлять около 2 кг в год, а в период полового созревания могут достигать 5—8 кг.

Как это не печально признавать, одна из наиболее серьезных причин, способствующих появлению и прогрессивному накоплению избыточной массы тела вплоть до развития экзогенно-конституционального ожирения, как упоминалось ранее, — фактор так называемого повышения качества жизни, при котором становится нормой гиподинамия и излишнее потребление высококалорийной пищи.

Проблема очень серьезная, поскольку детский организм находится в процессе развития. Если ребенок набрал и длительное время имеет лишний вес, в дальнейшем это может осложниться такими заболеваниями, как гипертония, диабет и атеросклероз.

Впрочем, причин ожирения у детей может быть несколько. Среди них, такие как *неблагоприятная наследственность*: если все члены семьи имеют лишний

вес, ребенок скорее всего имеет генетическую предрасположенность к нему, хотя чаще всего все дело в семейных традициях: в семье принято обильно есть, особенно в вечерние и ночные часы, и мало двигаться, потому вес и растет; *неправильное питание*, когда родители не следят за питанием ребенка, а дети, как правило, тянутся к вкусным и вредным вещам, таким как фаст-фуд, чипсы, леденцы, кока-кола, при этом часто родители просто дают ребенку деньги на обед, а тот покупает на них лакомства, которые отнюдь не полезны; *отсутствие достаточной физической активности*, когда, приходя из школы, ребенок делает уроки, потом «убивает» свободное время просмотром телепередач или компьютерными играми, при этом набранные во время еды калории не расходуются, что также способствует ожирению; *психологические факторы*, когда ребенок пытается компенсировать свои отрицательные эмоции, полученные в семье или в детском коллективе, обильной едой или сладким, что провоцирует полноту. Возможно родители таким же способом решают свои проблемы с эмоциями.

Иначе говоря, многие факторы, обычно действующие в совокупности, увеличивают риск ребенка стать полным. В целом природа большинства форм ожирения многофакторна. К настоящему времени установлена роль

генетических факторов: в процессе эволюции человек приобрел гены, позволяющие накапливать жир в условиях недостаточности питания, их назвали «генами бережливости». Практически у каждого второго тучного ребенка один из родителей имеет нарушение жирового обмена, еще приблизительно у трети больных оба родители страдают ожирением или избыточной массой тела. Наиболее тесная связь отмечена между массой тела матери и ребенка. При индексе массы тела у матери более 30 заболеваемость по ожирению у детей дошкольного возраста резко возрастает до 18,5% случаев. В настоящее время не представляется возможным изменить вектор влияния отягощенной наследственности. Однако воздействие на абсолютно или условно модифицирующие факторы может оказаться эффективным не только в профилактике, но и в лечении ожирения. Следовательно, прежде всего родители ответственны за то, что едят их дети, только они своим примером должны формировать пищевое поведение своего ребенка.

Особо следует еще раз отметить психологические причины как фактор риска развития ожирения, когда дети едят просто от скуки или чтобы справиться с эмоциональным напряжением. Ожирение детей — проблема семейная. Родители должны иметь в виду, что они не добьются желаемого результата, если у ребенка

не выработается целевая психологическая установка на частичное голодание. В зависимости от его характера подбираются «ключики». Можно использовать различные средства убеждения: разъяснения, уговоры, поощрения. Если эта цель не будет достигнута, диетические мероприятия не станут эффективны, поскольку ребенок, лишенный привычного удовольствия от еды, начнет искать и находить «запретные плоды» (белый хлеб, сладости, сдобу, колбасу и т.д.).

В педиатрической практике к группе риска по заболеванию ожирением принято относить детей и подростков: с избыточной массой тела; детей, масса тела которых при рождении превышала 4 кг; детей, родители которых страдают ожирением или избыточной массой тела, при этом следует напомнить, что по наследству передается не ожирение, а только склонность к полноте, иными словами — недостаточная способность утилизации жиров; детей, ведущих малоподвижный образ жизни; детей, родственники которых страдают сахарным диабетом; детей, рано переведенных на искусственное вскармливание (особенно несбалансированными высококалорийными смесями); недоношенных и маловесных детей; детей с наследственными заболеваниями обмена веществ и эндокринной патологией. Имейте в виду, что люди, проводящие перед телеэкраном

более 3 ч в сутки, имеют вдвое выше риск развития ожирения по сравнению с теми, кто тратит на просмотр телепередач менее часа. И родители и дети с помощью врача должны знать, что избыток всего 50 ккал в сутки (а это всего лишь треть железной банки кока-колы, горсточка чипсов или 25 г мороженого) приводит к увеличению массы тела более чем на 2 кг в год. Физическая активность в последние годы снижается особенно быстро. Дети все больше времени тратят на просмотр телепрограмм, видеоигры, компьютерные развлечения, и все реже проводят досуг за пределами дома.

Сегодня не секрет, что маркетинг оказывает влияние на формирование детских пищевых предпочтений. Всемирная организация здравоохранения пришла к выводу: имеются косвенные доказательства взаимосвязи между усиленным маркетингом как пунктов фаст-фуда (быстрого питания), так и продуктов с высокой энергетической ценностью и риском развития ожирения у детей. Что противопоставить такому положению дел? С точки зрения некоторых западных ученых (К. Маркус — проф. Каролинского университета), избыточный вес и ожирение в большей степени встречаются в тех социальных группах, где люди испытывают больше проблем, поэтому, по его мнению, есть необходимость в установлении

четких правил — таких, как запрет на сладости, выпечку и сладкие напитки в школах, поскольку если профессионалы публично выскажут свое негативное отношение к этим продуктам питания, то и родителям будет легче проявлять большую строгость. Есть сведения, что матерям с низким образовательным уровнем бывает труднее научить своих детей правильно питаться. Таким образом, вопрос детского питания все больше смещается в сторону классовых отношений.

Механизмы, регулирующие аппетит и насыщение, потребление и расходование энергии, условно делятся на кратко- и долгосрочные. *Кратковременный механизм* представлен сигналами насыщения, идущими из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и печени через афферентные волокна блуждающего нерва в ствол головного мозга, и регулирует прием пищи от еды к еде. *Долгосрочный механизм* включает нейрональные системы (гипоталамус) с вовлечением различных нейротрансмиттеров, нейропептидов и обеспечивает регуляцию пищевого поведения и контроль МТ в течение месяцев.

Важными компонентами системы, регулирующей аппетит и энергетический баланс, а следовательно, массу тела, считаются: вентромедиальный, латеральный, передний и задний гипоталамусы; афферентная и эфферентная системы; ЖКТ и печень.

Существуют несколько ключевых компонентов системы, регулирующей аппетит и поддерживающей энергетический баланс. В патогенезе ожирения рассматриваются несколько основных звеньев регуляции аппетита и поддержания энергетического баланса:

- центральное звено (вентромедиальный и вентролатеральный гипоталамусы);
- афферентная система (лептин и другие факторы насыщения);
- эфферентная система;
- ЖКТ и печень, метаболические процессы.

Центры голода (аппетита) и насыщения локализованы соответственно в вентролатеральных и вентромедиальных ядрах гипоталамуса. Эмоционально-поведенческие аспекты приема пищи регулируются центрами, расположенными в кортикальной части лимбической системы (поясная извилина, гиппокамп, инфраорбитальная область), а также в миндалине. Очень важная роль отводится жировой ткани, выполняющей эндокринную, паракринную и аутокринную регуляторные функции. Секреция эндогенных опиатов в процессе еды, создающая положительное эмоциональное подкрепление процесса приема пищи, значительно усилена у лиц обоего пола с склонностью к первичному ожирению.

Большое значение в предрасположенности ребенка к разви-

тию ожирения имеют генетически обусловленные дефекты обмена веществ, в частности — нарушение баланса ферментов липолиза и липогенеза в сторону повышения последних. Имеет значение и анатомическая особенность распределения и строения жировой клетчатки ребенка (наследственное увеличение количества жировых клеток). Доказана роль наследственного фактора в развитии резистентности рецепторов адипоцитов (клеток жировой ткани) к веществам, снижающим в них содержание липидов. Не последнюю роль играет специфика обмена моноаминов, влияющих на центр голода и формирующих чувство удовольствия от приема пищи.

Одно из наиболее частых метаболических нарушений при ожирении у детей — феномен инсулинорезистентности (ИР). Частота и выраженность ИР возрастают при увеличении массы жировой ткани, особенно в висцеральной области. Также определена взаимосвязь ожирения и ИР у лиц молодого возраста с искусственным вскармливанием в детстве, при котором потребление белка и калорий оказалось значительно выше, чем при естественном. Среди факторов, высвобождаемых адипоцитами, изучается влияние свободных жирных кислот (СЖК), уровень которых возрастает также с накоплением висцерального жира. СЖК препятствуют связыванию

инсулина гепатоцитами, обуславливая развитие ИР на печеночном уровне, снижение поглощения инсулина печенью и развитие системной гиперинсулинемии. На сегодняшний день известны моногенные формы ожирения, которые вызваны мутациями гена лептина, гена его рецептора, конвертазы-1 прогормона, рецептора 4R-меланокортина и проопиомеланокортина. Клинические проявления моногенных вариантов характеризуются ранним началом заболевания, быстро прогрессирующим течением, морбидным ожирением, гиперфагией, вторичным гипогонадизмом. Известно около 50 мутаций в гене рецептора инсулина. В основном это редкие заболевания (синдромы лепрехуанизма, инсулинорезистентности типа A, Рабсона — Менденхолла). При этих синдромах феномен инсулинорезистентности наиболее выражен.

В последнее время важная роль в патогенезе ожирения отводится лептину, нейрогормональному медиатору, продуцируемому адипоцитами. Лептин регулирует потребление пищи, энергозатраты организма, массу тела. В большей степени он оказывает ингибирующее действие на количество потребляемой пищи, а не на периодические всплески повышения аппетита. Действие лептина проявляется на уровне гипоталамуса, где он связывается с *ob*-рецепторами, вызывая активацию сигналов, тормозящих прием

пищи и повышающих расход энергии. Уровень циркулирующего лептина пропорционален количеству жировой массы ребенка. Механизм секреции лептина до конца не изучен, известно, что секретируется он в пульсирующем режиме с интервалом в 44 мин. Пик секреции приходится на ночные часы (24.00—4.00), а самые низкие показатели — утром и в полдень. Уровень лептина повышают глюкокортикоиды, острые инфекции, воспаление, напротив его уровень снижается при переохлаждении, курении, введении соматотропина, тиреотропных гормонов, мелатонина, приеме тиазолидиндионов.

Основными нейротрансмиттерами, участвующими в регуляции пищевого поведения, главным образом аппетита и насыщения, являются биогенные амины — серотонин, норадреналин и допамин. Наиболее важную роль в формировании чувства насыщения, выборе более предпочтительных для конкретного человека продуктов и поддержании нормального энергетического гомеостаза играет серотонин. Серотонинергическая система включает нейроэндокринные клетки каудальной части ствола мозга и дорсального ядра шва. При ожирении наблюдается относительная недостаточность серотонинергической системы мозга, что ведет к изменению пищевого поведения и заставляет больного потреблять пищу, исходя не из

потребностей основного обмена, а из-за необходимости стимулировать серотонинергическую систему ЦНС.

Существуют два основных механизма, позволяющих стимулировать недостаточную активность серотонинергических структур мозга. В организме человека серотонин синтезируется из незаменимой аминокислоты триптофана, уровень которой в крови повышается при приеме белковой пищи. Другой механизм реализуется при приеме углеводов пищи. Вслед за потреблением повышенных количеств легкоусвояемой высокоуглеводной пищи в крови повышается уровень глюкозы и происходит выброс инсулина, катаболическое действие которого на белок в тканях повышает в крови уровень триптофана. В условиях гиперинсулинемии гематоэнцефалический барьер становится проницаемым для последнего и его уровень в ЦНС увеличивается, а это ведет к усиленному синтезу серотонина. Повышение содержания его в ЦНС воспринимается корковыми структурами как «удовольствие», а снижение его уровня — как состояние депрессии.

В последние два десятилетия много внимания уделялось исследованиям нейропептида Y, его роли в контроле за массой тела и аппетита. Нейропептид Y усиливает потребление пищи, так как вызывает чувство голода

через центры голода и насыщения. Активно обсуждается роль в развитии ожирения эндоканнабиноидной системы (ЭС), регулирующей энергетический баланс в организме на основных функциональных уровнях, в которых задействованы лимбическая система мозга, гипоталамус, желудочно-кишечный тракт, жировая ткань. Экзогенные и эндогенные каннабиноиды способствуют увеличению массы тела. При ожирении отмечается повышенная активность ЭС, что частично объясняет палитру симптомов нейровегетативного дисбаланса, часто сопровождающего ожирение.

В жировой ткани секретируется адипонектин, участвующий в регуляции энергетического гомеостаза организма. Его уровень повышается при голодании и снижении массы тела на фоне низкокалорийной диеты у лиц с ожирением. Установлено, что низкий уровень адипонектина в крови предшествует развитию инсулинорезистентности.

В 2001 г. выделили новый гормон адипоцитов — резистин. Он секретируется преимущественно преадипоцитами и в меньшей степени зрелыми адипоцитами абдоминальной локализации. Полагают, что он может снижать чувствительность периферических тканей к инсулину. Резистин — гормон, обладающий действием, противоположным адипонектину. Необходимо отметить патоген-

нетическую роль в ожирении грелина — гормона ЖКТ, пептида, секретируемого желудком, двенадцатиперстной кишкой и кишечником. Он непосредственно стимулирует аппетит, регулируя потребление пищи и энергетический баланс организма. Уровень грелина выше у голодного человека и снижается после приема пищи, что доказывает его участие в регуляции пищевого поведения. Изменения гена грелина могут вызвать ожирение в раннем детском возрасте или служить защитным механизмом накопления жира, однако, все стороны участия полиморфизма грелина в контроле МТ еще предстоит выяснить.

Афферентная система регуляции пищевых поведенческих реакций включает сигналы насыщения — пептиды и гормоны, вырабатываемые в ЖКТ и печени в ответ на механическое растяжение желудка. Известный фактор насыщения, который секретируется клетками ЖКТ и действует как ограничитель количества потребляемой пищи, — холецистокинин. Его насыщающий эффект усиливает лептин, который потенцирует его влияние на вкусовое ядро. Чувство насыщения стимулируют и другие гастроинтестинальные пептиды: эндостатин, бонбезин, нейротензин и гастринингибирующий пептид. Обозначенные пептиды, продуцируемые адипоцитами ЖКТ, обнаруживаются также в различных струк-

турах мозга, нервных клетках ВНС, в связи с чем их относят к нейропептидам. Клетки ЖКТ секретируют также пептид YY3-36, который считается анорексигенным гормоном. Он проникает через гематоэнцефалический барьер и действует на уровне аркуатных ядер гипоталамуса, стимулируя чувство насыщения и уменьшая потребление пищи. При ожирении отмечается низкий уровень пептида YY3-36. Данный пептид обладает сходным с лептином влиянием на энергетический гомеостаз. Кандидатами в гормоны «насыщения» являются глюкагоноподобный пептид-1, а также аполипотеин AIV, входящий в состав хиломикронов. И все же ключевая роль в патогенезе ожирения по праву отводится инсулину, секретируемому клетками поджелудочной железы пропорционально размерам принятой пищи. У тучных людей вырабатывается больше инсулина базального (натошак) и в период после еды, чем у лиц с нормальной массой тела. Положительное действие инсулина в ЦНС проявляется в активации катаболических путей, что в корне отличается от его неблагоприятных анаболических эффектов на периферии. Развитие компенсаторной гиперинсулинемии в ответ на увеличение массы тела приводит к нарушению действия инсулина на уровне периферических клеток, т.е. развивается инсулинорезистент-

ность. В свою очередь инсулинорезистентность повышает в крови уровень кортизола, гормона роста; изменяет секрецию половых гормонов; снижает активность липопротеидлипазы (ЛПЛ) и нарушает метаболизм липидов.

Другой тип первичного ожирения развивается при повреждении гипоталамуса травмами, инфекциями, опухолевым процессом, когда нарушается нормальная выработка гормонов, влияющих на обмен веществ, что приводит к ожирению. Помимо излишней массы тела у таких детей отмечается необычно повышенный аппетит. Жировая клетчатка развита неравномерно, большая ее концентрация отмечается в области живота, плеч. Подобный прогрессирующий тип ожирения, как правило, сопровождается нарастающими болями в области сердца, одышкой при физической нагрузке, слабостью, психологическими расстройствами. На практике чаще всего встречается комбинация первого и второго подтипа первичного ожирения. В дебюте заболевание может проявляться тем, что ребенок плохо набирает в массу. Родители зачастую начинают его перекормливать, что приводит к избыточной стимуляции центра насыщения, что уже скоро проявляется в повышении аппетита и патологической прибавке в массу тела. При болезни и синдроме Иценко—Кушинга (гиперкортиколизме) повышенный

уровень глюкокортикостероидов приводит к гиперинсулинизму и, как следствие, к характерному для этого заболевания диспластическому типу отложения жира (лунообразные лицо, шея, грудь, живот), при этом конечности остаются худыми. Также у этих детей формируется дефицит роста.

Само по себе состояние гиперинсулинизма, которое влечет к снижению уровня глюкозы в крови и, как следствие, к повышению аппетита, может стать причиной ожирения. У детей такая ситуация может возникнуть из-за длительной передозировки инсулина при сахарном диабете, реже при опухолевых процессах, поражающих островковый аппарат поджелудочной железы.

Патология половых желез, сопровождающаяся недостаточной выработкой половых стероидных гормонов (гипогонадизмом), часто ведет к так называемому гипогонадному типу ожирения, характерно проявляющемуся в периоде пубертата.

Дефицит гормонов щитовидной железы (гипотиреоз), играющих ключевую роль в энергетическом метаболизме, в частности в жировом обмене, также может привести к ожирению.

К наследственному ожирению, с достоверно выявленными хромосомными «поломками», относятся синдромы Прадера — Вилли, Альстрема, Барде — Бидля и др.

Излишний вес доставляет немало проблем в любом возрасте,

начиная с самого раннего. Полные дети чаще болеют бронхитами, пневмониями, у них нередко образуется кариес зубов. Такие дети страдают от одышки, повышенной потливости. Из-за снижения двигательной активности полные дети быстро утомляются. Чем старше становится ребенок, тем больше его психика страдает от насмешек сверстников, дающих ему неприятные прозвища. Ребенок теряет уверенность в себе, у него развивается комплекс неполноценности. У детей с ожирением фактически поражаются все органы и системы:

- сердечно-сосудистая (артериальная гипертензия, дислипидемия);
- опорно-двигательная (эпифизеолиз, остеоартроз, гиперостоз и/или остеопороз, *Genu varum/ Genu valgum*);
- эндокринная (сахарный диабет, инсулинорезистентность, нарушенная толерантность к глюкозе, нарушение полового развития — раннее или позднее развитие пубертата, у юношей часто гиноидный, псевдоевнухоидный фенотип — «матронизм», малые размеры половых органов, высокий тембр голоса, ложная гинекомастия; у девушек — дисменорея, нарушение репродуктивной функции, синдром поликистозных яичников);
- ЖКТ (желчнокаменная болезнь, жировой гепатоз);

- органы дыхания (астма, синдром обструктивных апноэ во сне и, как следствие, гипоксия в ночное время, что приводит к угрожающим жизни аритмиям или сердечной недостаточности);
- кожные покровы и их придатки (акантоз, грибковые поражения у девочек, гирсутизм);
- нервная система и психическая деятельность (нарушение поведенческих реакций, сниженная самооценка, тревожность и депрессия, нарушение функции памяти и обучения);
- иммунная (нарушения противоинфекционного иммунитета, аутоиммунные расстройства);
- прочие синдромы и заболевания (синдром внутричерепной гипертензии, ночной энурез и т.д.).

У таких детей часто развиваются онкологические заболевания молочной железы, матки, толстой кишки (ожирение становится причиной этих недугов в 11% случаев), инсулинонезависимый (инсулинонепотребный) сахарный диабет, сердечные и многие другие заболевания, сохраняющиеся и во взрослой жизни, такие как метаболический синдром, повышенное кровяное давление, бронхиальная астма, другие дыхательные проблемы, нарушения сна, сроков наступления половой зрелости, болезни печени, проблемы с потреблением некоторых продуктов, инфекции кожи. Избыточный вес, увеличивая нагрузку на межпозвоноковые структуры, позвоночник, суставы, усиливая несостоятель-

ность мышечного корсета, ведет к нарушению осанки или сколиозу, развитию плоскостопия, в конечном итоге — к деформации фигуры ребенка со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями для его здоровья. Ожирение у ребенка может вызвать заниженное чувство собственного достоинства (самоуничтожения) и повышенный риск развития депрессии.

Полные дети имеют тенденцию больше волноваться и не обретают социальных навыков общения в той мере, как дети с нормальным весом. С одной стороны, эти проблемы могут привести к беспорядкам и дисгармонии в классе, с другой — они могут вызвать социальное изъятие, напряжение и беспокойство, связанное с обучением, в котором постоянно растущее напряжение вызывает все большее нежелание учиться и участвовать в совместных мероприятиях. Социальная изоляция создает угнетающее чувство безнадежности у некоторых тучных детей. Когда дети теряют надежду, что их жизнь улучшится, они находятся на прямом пути к депрессии. Угнетенный ребенок может потерять интерес к нормальным действиям, становится капризным, плохо спит, часто плачет. Некоторые угнетенные дети скрывают свою печаль и кажутся эмоционально обедненными. В любом случае детская депрессия столь же серьезна, как и взрослая.

О клещевом энцефалите

Кудацкая М.А.,

специалист-эксперт, Территориальный отдел Управления
Роспотребнадзора по Московской области в городах
Звенигород, Краснознаменск, Одинцовском районе,
г. Одинцово Московской обл.

Открытие вируса клещевого энцефалита и начало всестороннего его изучения (замечательный и драматический эпизод в истории отечественной медицинской вирусологии) связаны с эпидемией на Дальнем Востоке в 1937—1939 гг.

Из мозга и ликвора умерших от тяжелой болезни, в анамнезе которых часто упоминался укус лесного клеща, вирусологи выделили и впервые охарактеризовали ранее неизвестный вирус клещевого энцефалита (ВКЭ). Немедленно начались исследования роли клещей в передаче природно-очаговой инфекции, путей циркуляции вируса и его природного резервуара. По единой программе комплексно изучались этиология, эпидемиология, клиника, иммунология и патоморфология инфекции, началась разработка методов ее диагностики, лечения и вакцинопрофилактики.

Во время этих работ среди небольшого числа тяжелых больных и умерших от клещевого энцефалита были и сотрудники научных экспедиций. В 1937 г. при вскрытии умершего больного один из первооткрывателей ВКЭ М.П. Чумаков заразился клещевым энце-

фалитом и перенес энцефалополиомиелит. Острая инфекция со временем перешла в хроническую форму, которая протекала пожизненно до 1993 г. Несмотря на тяжелую болезнь с поражениями слуха и некоторых зон головного мозга, а в дальнейшем и прогрессированием двигательных нарушений, академик М.П. Чумаков сохранял огромную трудоспособность и высокий интеллект. По его завещанию было проведено уникальное посмертное исследование его мозга в отношении хронического клещевого энцефалита, протекавшего десятилетиями после первоначального инфицирования вирусом с манифестациями острой инфекции.

В Европе клещевой энцефалит впервые диагностировали в Чехословакии в 1948 г., и инфекция стала известна под названием центрально-европейский энцефалит. В отличие от Европы клещевой энцефалит в России назывался русским весенне-летним эпидемическим энцефалитом. Со временем, из-за общности этиологического источника, за этой широко распространенной инфекцией повсеместно утвердилось общее название клещевой энцефалит.

Клещевой энцефалит — природно-очаговая вирусная инфекция, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией и поражением серого вещества головного (энцефалит) и/или оболочек головного и спинного мозга (менингит и менингоэнцефалит). Заболевание может привести к стойким неврологическим и психиатрическим осложнениям и даже смерти больного.

Основной резервуар вируса клещевого энцефалита в природе, его главные переносчики — иксодовые клещи, ареал обитания которых находится по всей лесной и лесостепной умеренной климатической зоне Евразийского континента.

Иксодовые клещи (семейство *Ixodidae*) — семейство членистоногих отряда *Acariformes*. В строении и функциях основных жизненных систем характерно сочетание древних примитивных признаков и наивысшей среди клещей приспособленности к паразитизму. Тело (длина от 1 до 10 мм) разделено на хоботок (или гнатосому), несущую ротовые части, и туловище (или идиосому) с четырьмя парами ходильных конечностей. Чрезвычайно развиты пищеварительная и половая системы, при кровососании туловище сильно увеличивается в объеме.

Наибольшую опасность для сельскохозяйственных животных и человека представляют два вида клещей — *Ixodes ricinus* и *Ixodes persulcatus*. Их нимфы и личинки питаются на мелких млекопитаю-

щих (мышевидных грызунах, ежах и др.), птицах, реже — на пресмыкающихся (ящерицах, змеях). Имаго паразитирует преимущественно на крупных и средних млекопитающих, как диких, так и домашних. Часто присасываются к человеку, особенно агрессивен *I. persulcatus*.

I. ricinus на территории нашей страны встречается на европейской части. Северная граница его распространения проходит между 55° и 65° северной широты — через Карелию, Эстонию, Ленинградскую, Московскую, Воронежскую, Нижегородскую области и далее через Татарстан и Башкортостан. Обитает на Украине, в Краснодарском и Ставропольском краях, Дагестане, Чечне, Ингушетии, Калмыкии и Закавказье. Этот вид широко распространен в северных, северо-западных областях и средней зоне, на юге встречается реже.

I. ricinus относится к влаголюбивым видам (яйца могут развиваться в воде), поэтому биотопы его в северном ареале — лесная зона, в центральной, средней и южной зонах — территории с преобладанием леса и кустарников, а также открытые площади, но с кустарниковыми зарослями.

Поскольку клещи *I. ricinus* распространены в широком географическом ареале, жизненные циклы их в различных климатических зонах неодинаковы. Так, у северных популяций цикл развития завершается в 2—3 и даже 4 года. Клещи хорошо переносят низкие температуры, способны голодать несколько лет, перезимовы-

вают во всех фазах своего развития. В условиях юга клещи заканчивают развитие в течение года.

Взрослые особи паразитируют весной, летом и осенью, при максимуме заклещеванности животных — весной и осенью; личинки и нимфы паразитируют преимущественно летом.

I. persulcatus встречаются в основном в средне- и южнотаежных лесах на всем протяжении зональной тайги от Урала до Приморья, а также в центральных районах европейской части России в зонах смешанных лесов. Иксодовые клещи переносят возбудителей болезней человека с природной очаговостью: клещевых энцефалита и боррелиоза (болезни Лайма), сыпного клещевого тифа, возвратного клещевого тифа, геморрагической лихорадки и Ку-лихорадки, туляремии и многих других, а также возбудителей пироплазмозов.

Клещи влаголюбивы, поэтому их численность наиболее велика в хорошо увлажненных местах. Клещи предпочитают умеренно затененные и увлажненные лиственные и смешанные леса с густым травостоем и подлеском. Много клещей на дне логов и лесных оврагов, а также лесных опушках, в зарослях ивняков по берегам лесных ручейков. Очень важно знать, что клещи концентрируются на лесных дорожках и тропях, поросших по обочинам травой. Здесь их во много раз больше, чем в окружающем лесу. Исследования показали, что клещей привлекает

запах животных и людей, которые постоянно используют эти дорожки при передвижении по лесу. Некоторые особенности размещения и поведения клещей привели к возникновению широко распространенного заблуждения, что паразиты «прыгают» на человека с берез. Действительно, в березовых лесах клещей, как правило, много. А прицепившийся к одежде клещ ползет вверх, и его зачастую обнаруживают уже на голове и плечах. Отсюда создается ложное впечатление, что клещи упали сверху.

Клещи подстерегают свою добычу, сидя на концах травинок, былин, торчащих вверх палочек и веточек. При приближении потенциальной жертвы они принимают позу активного ожидания: вытягивают передние лапки и поводят ими из стороны в сторону. На передних лапках располагаются органы, воспринимающие запахи (орган Галлера). Таким образом клещ определяет направление источника запаха и готовится к нападению на прокормителя. Паразиты не особенно подвижны, за свою жизнь способны преодолеть самостоятельно не более десятка метров. Подстерегающий свою добычу клещ взбирается на травинку или куст на высоту не более полуметра и терпеливо ждет, когда кто-нибудь пройдет мимо. Если в непосредственной близости от клеща проследует животное или человек, то его реакция будет мгновенной. С помощью крючков, находящихся на самом конце передних лапок, клещ цепляется за все, что касает-

ся его. Недаром существует поговорка: «Вцепился, как клещ». Обосновавшись на животном, он выбирает место для питания. В большинстве случаев это область головы и шеи, там, где животное не может достать зубами и уничтожить паразита. Затем он погружает свои ротовые части (так называемый хоботок) в кожу и, прорезая ее, добирается до подкожных кровеносных сосудов, откуда и сосет кровь. Надежно закрепиться ему помогают зубчики на хоботке, направленные назад, и первая порция слюны, которая быстро затвердевает и приклеивает ротовые органы к коже, подобно цементу. Самки клещей питаются около 6 суток, поглощая при этом невероятное количество крови, сытая самка становится размером с фалангу мизинца, ее покровы приобретают грязно-серый цвет с металлическим оттенком, а вес увеличивается более чем в 100 раз по сравнению с весом голодной особи. Самцы присасываются на непродолжительное время, для пополнения запаса питательных веществ и воды в организме, в основном они заняты поиском питающихся самок, с которыми спариваются.

Важнейшая роль в поддержании природных очагов инфекции принадлежит мелким лесным зверькам — полевым мышам, землеройкам, белкам и бурундукам. Сами зверьки восприимчивы к заражению, в их организме вирус хорошо размножается, но заболевание протекает без видимых вредных последствий. Кроме того, вирус раз-

множается и в организме переносчика — клеща. У зараженных вирусом клещевого энцефалита клещей возбудитель способен размножаться во многих тканях и органах и очень часто присутствует в слюнных железах. Присосавшийся к телу хозяина (и человека в том числе) клещ начинает выделять в образовавшуюся ранку слюну. Вместе с ней вирус попадает в организм животного или человека, и если доза вируса достаточно велика, может развиваться заболевание. Как показали исследования, «цементный секрет» может содержать до половины всего количества вируса, содержащегося в клеще. Поэтому даже если удалить клеща почти сразу же после того, как он присосется, можно все равно заразиться: в этом случае источником инфекции будет «цемент», оставшийся в коже. Доказано также, что инфекция передается и при укусе самцов. Кратковременный и безболезненный укус самца можно и не заметить, особенно когда в лесу полно комаров и мошек. Скорее всего достаточно часто встречающиеся случаи клещевого энцефалита, когда больные отрицают укус клеща, связаны именно с нападением самцов.

Для клещевого энцефалита характерна строгая весенне-летняя сезонность начала заболевания, связанная с сезонной активностью переносчиков. В ареале *I. persulcatus* заболевание приходится на весну и первую половину лета, май—июнь, когда наиболее высока биологическая актив-

ность этого вида клещей. Для клещей вида *I. ricinus* отмечается подъем биологической активности дважды за сезон, в его ареале характерны два пика сезонной заболеваемости клещевым энцефалитом: весной (май—июнь) и в конце лета (август—сентябрь).

В мае—июне, напитавшись кровью, самка откладывает 1,5—2,5 тыс. яиц, из которых спустя несколько недель появляются личинки размером не больше макового зерна и всего с тремя парами ног. Личинки нападают на мелких лесных зверьков и птиц, присосавшись, сосут кровь 3—4 дня, затем покидают своих прокормителей и уходят в лесную подстилку. Там они линяют, превращаясь в следующую фазу развития — нимфу, которые крупнее и имеют уже четыре пары конечностей. Перезимовав, нимфы аналогичным образом выходят на «охоту», но выбирают себе более крупных жертв: белок, бурундуков, зайцев, ежей. Напитавшаяся нимфа через год превращается либо в самку, либо в самца. Таким образом, цикл развития клеща длится минимум три года, а может затягиваться на четыре-пять лет. За это время клещи питаются всего три раза, при этом из тысячи личинок получается всего несколько десятков взрослых особей, остальным выжить не удастся. Для человека опасны только взрослые самки и самцы, личинки и нимфы же угрозы не представляют.

Человек инфицируется вирусом клещевого энцефалита во

время кровососания вирусоформных клещей. Вирус клещевого энцефалита может передаваться в первые минуты присасывания клеща к человеку. Также возможно заражение через пищеварительный и желудочно-кишечный тракты при приеме сырого молока коз и коров, зараженных клещевым энцефалитом.

Природные очаги клещевого энцефалита существовали задолго до появления человека. Точно неизвестно, был ли первоначально вирус связан только с клещами или только с позвоночными животными. Однако в процессе эволюции вирус приспособился к существованию в организмах как тех, так и других. Хотя он активно размножается в диких лесных животных, у них при этом не наблюдается патологических нарушений, характерных для заболевания человека. Вместе с тем животные, которые не сталкиваются в своей естественной среде с этим возбудителем (например, домовые мыши или некоторые обезьяны, используемые в качестве подопытных животных при вирусологических исследованиях), болеют совершенно так же, как и люди. Итак, зараженные дикие лесные зверьки, у которых вирус присутствует в кровяном русле, служат источником заражения для питающихся на них клещей. Попадая с кровью в кишечник паразита, возбудитель проникает в различные органы и ткани, в том числе и слюнные железы, и начинает там

размножаться. При линьке на следующую фазу развития клеща возбудитель сохраняется. При следующем кровососании вирус может попасть в организм незараженного животного, и вся цепочка событий повторяется снова и снова, обеспечивая постоянный обмен патогенами между клещами и их прокормителями.

В последнее время отечественные специалисты разделили вирусов клещевого энцефалита на три субтипа — Западный, Сибирский, Дальневосточный. Заболевание клещевым энцефалитом в Европе протекает в более легкой форме, чем в восточной части ареала. Например, летальность в Европейской части России в разные годы составляла 1—3%, а на Дальнем Востоке смертельные исходы наступали у 20—40% заболевших клещевым энцефалитом. Многие исследователи склоняются к мысли, что тяжесть заболевания зависит от способности вируса проникать через гематоэнцефалический барьер с поражением или непоражением головного мозга.

Инкубационный период клещевого энцефалита длится в среднем 7—14 дней с колебаниями от одних суток до 30 дней. Отмечаются скоропреходящая слабость в конечностях, мышцах шеи, онемение кожи лица и шеи. Клинические проявления клещевого энцефалита многообразны, течение вариабельно. Болезнь часто начинается остро, с озноба и повышения температуры тела до 38—40 °С. Лихорадка длится от 2 до 10 дней. Появля-

ются общее недомогание, резкая головная боль, тошнота и рвота, разбитость, утомляемость, нарушения сна. В остром периоде отмечаются гиперемия кожи лица, шеи и груди, слизистой оболочки ротоглотки, инъекция склер и конъюнктив. Беспокоят боли во всем теле и конечностях. Характерны мышечные боли, особенно значительные в группах мышц, где в дальнейшем обычно возникают парезы и параличи. Иногда им предшествуют онемение, парестезии и другие неприятные ощущения. С момента начала болезни может возникать помрачение сознания, оглушенность, усиление которых может достигать степени комы. Обычно характерна разная степени оглушенность (сопор). Тем не менее, болезнь часто протекает в легких, стертых формах с коротким лихорадочным периодом. Нередко в месте присасывания клещей появляются разного размера эритемы. Однако так называемая мигрирующая кольцевая эритема часто является клиническим маркером другой инфекции — клещевого боррелиоза или болезни Лайма, также переносимой клещами.

Несмотря на многообразие проявлений острого периода клещевого энцефалита в каждом отдельном случае можно выделить ведущий синдром болезни. Различают следующие *острые формы заболевания КВЭ*: лихорадочная (около 35—45%), менингеальная (около 35—45%) и очаговая с различными сочетаниями по-

ражения головного и спинного мозга (около 1—10%). У 1—3% переболевших острым КВЭ болезнь переходит в хроническую форму. Доля бессимптомной формы инфекции у людей после присасывания инфицированного вирусом КЭ клеща значительно колеблется в зависимости от очага и может составлять до 90%.

Больных КВЭ и лиц с подозрением на это заболевание выявляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организаций независимо от организационно-правовой формы при всех видах оказания медицинской помощи, в том числе:

- при обращении населения за медицинской помощью;
- оказании медицинской помощи на дому;
- приеме у врачей, занимающихся частной медицинской практикой.

При обращении человека за медицинской помощью по поводу укуса клеща медицинские работники обязаны оказать помощь по удалению паразита, собрать эпидемиологический анамнез и проинформировать пострадавшего о необходимости обращения за специализированной медицинской помощью в случае возникновения отклонений в состоянии здоровья в течение трех недель после укуса.

Важно помнить, что при обращении за медицинской помощью человека с симптомами КВЭ,

находившегося в эндемичной по КВЭ местности в период активности клещей или употреблявшего козье молоко, необходимо немедленно госпитализировать его с целью дифференциальной диагностики и лечения.

Диагностика КВЭ может осуществляться клиническими и лабораторными методами. Клиническая диагностика основывается на сборе анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, жалоб, симптомов, данных осмотра с учетом возможности стертых, атипичных форм заболевания. В случае подозрения на развитие КВЭ (особенно при некупирующейся жаропонижающими средствами лихорадке, сохранении головной боли на фоне снижения температуры, выраженного болевого синдрома в области надплечий, спины, наличии соответствующего эпиданамнеза), медицинские работники должны принять меры по экстренной госпитализации человека в неврологическое или инфекционное отделение вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

При сборе эпидемиологического анамнеза медицинские работники должны обратить внимание:

- на наличие данных об укусе клеща (с указанием места и времени);
- посещение природных и антропоургических очагов клещевого энцефалита;
- употребление сырого козьего или коровьего молока;

- прививочный анамнез пациента, подтвержденный отметками в прививочном сертификате или медицинских документах по учету профилактических прививок установленной формы;
- данные об экстренной иммуноглобулинопрофилактике;
- исследования (если таковые имели место) снятых с пациентов клещей на наличие в них антигена вируса клещевого энцефалита методом иммуноферментного анализа (ИФА) или методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Материалом для вирус- и серологического исследований могут быть кровь, плазма, сыворотка крови, спинномозговая жидкость больных, мозг погибших людей, иксодовые клещи. При подозрении на клещевой энцефалит кровь и спинномозговую жидкость следует забирать в первые дни заболевания (6—7 дней) до начала лечения специфическим иммуноглобулином. Для серологического исследования вторую порцию крови получают через 10—14 дней после взятия первой. В некоторых случаях требуется исследование 3-й и 4-й сывороток. В случае летального исхода исследуют суспензии мозговой ткани, взятой из различных отделов головного, а также шейного и грудного отделов спинного мозга. Вскрытие необходимо проводить не позднее 6—12 ч после смерти.

Кровь забирают из вены одноразовым шприцом в количестве 5 мл и переносят в стерильную

пробирку. После образования сгустка для лучшей его ретракции кровь выдерживают 30 мин при 37 °С или 1—2 ч при комнатной температуре. Образовавшийся сгусток отделяют от стенки пробирки, обводя стерильной тонкой проволокой (стеклянной палочкой) или пастеровской пипеткой между стенкой пробирки и сгустком крови. Затем пробирку помещают на 18 ч в холодильник при температуре 4 °С. Сыворотку крови переносят в асептических условиях в другую пробирку и направляют в лабораторию с соблюдением «холодовой цепи». Спинномозговую жидкость берут в случаях проведения пункций с лечебной или диагностической целью в количестве 2—3 мл, помещают в стерильную пробирку и немедленно доставляют в лабораторию с соблюдением «холодовой цепи». Секционный материал забирается стерильно.

Клещей, снятых с человека, помещают в герметично закрывающуюся пробирку с небольшим кусочком чуть влажной ваты и направляют в лабораторию с соблюдением «холодовой цепи».

Исследования клещей, снятых с пациентов, на наличие в них антигена вируса клещевого энцефалита проводятся указанными методами для решения вопроса о необходимости назначения экстренной профилактики. Весь направляемый материал должен быть доставлен в лабораторию с сопроводительными документами. Сбор, хранение, транспортировка

и вирусологическое обследование материалов от больных КВЭ и из природных очагов проводятся при строгом соблюдении режима, обеспечивающего безопасность персонала.

Методы лабораторной диагностики

Для обследования больных с подозрением на клещевой энцефалит могут быть использованы следующие методы лабораторной диагностики:

- вирусологический — основанный на выделении вируса клещевого энцефалита путем заражения белых мышей и клеточных культур;
- молекулярно-генетический (ПЦР) — основанный на выявлении РНК вируса клещевого энцефалита;
- серолого-иммунологический (ИФА) — основанный на выявлении иммуноглобулинов классов *M* и *C*.

За более чем полувековую историю противостояния человека инфекции клещевого энцефалита были предложены и апробированы меры как общей, неспецифической, так и специфической, или этиотропной, профилактики инфекции. Со временем практика постепенно меняет установившиеся оценки эффективности и перспективности всех этих методов и процедур.

Неспецифический метод профилактики инфекции путем уничтожения переносчиков вируса в природе предлагался еще

в 1937—1938 гг. Лесные участки тогда предлагалось обрабатывать растворами лизола, нафталина и фенола. Позже наиболее эффективными средствами борьбы с этой природно-очаговой инфекцией были признаны и широко применялись в качестве акарицидов длительного действия ДДТ (дихлордифенилтрихлорэтан) и ГХЦГ (гексахлорциклогексан) путем наземного и воздушного, при помощи авиации, опыления их в форме дуста на больших лесных площадях и пастбищах во многих регионах в 60-е гг. XX в. Была показана высокая эффективность препаратов против клещей. Однако наравне с заметным снижением заболеваемости клещевым энцефалитом в некоторых регионах страны, как показал и мировой опыт применения этих препаратов в сельском хозяйстве и здравоохранении, подтверждалась их недопустимая вредность и опасность для окружающей среды и здоровья людей.

На сегодняшний день основными принципами борьбы с клещевым энцефалитом являются неспецифическая профилактика, вакцино- и серопротекция.

Неспецифическая профилактика клещевого вирусного энцефалита направлена на предотвращение присасывания клещей-переносчиков к людям.

Мероприятия по неспецифической профилактике КВЭ:

- индивидуальная (личная) защита людей;

- уничтожение клещей (противоклещевые мероприятия) в природных биотопах с помощью акарицидных средств;
- экологически безопасное преобразование окружающей среды;
- истребление мышевидных грызунов (дератизационные мероприятия).

Индивидуальная (личная) защита людей включает:

- проведение само- и взаимоосмотров каждые 10—15 мин для обнаружения клещей;
- запрет садиться и ложиться на траву;
- заносить в помещение свежесорванные растения, верхнюю одежду и другие предметы, на которых могут оказаться клещи;
- разрешение на стоянки и ночевки в лесу только на участках, лишенных травяной растительности, или в сухих сосновых лесах, на песчаных почвах;
- тщательные осмотры тела и одежды по возвращении из леса или перед ночевкой;
- осмотр собак и других животных для обнаружения и удаления с них прицепившихся и присосавшихся клещей.

При отсутствии специальной одежды надо одеваться таким образом, чтобы облегчить быстрый осмотр для обнаружения клещей: носить однотонную и светлую одежду; гольфы или носки с плотной резинкой, брюки заправлять в сапоги, верхнюю часть одежды — в брюки; манжеты рукавов должны плотно прилегать к руке; ворот рубаш-

ки и брюки не должны иметь застёжек или иметь плотную застёжку, под которую не может проползти клещ; на голову надевать капюшон, пришитый к рубашке, куртке, или заправлять волосы под косынку, шапку.

Применение в соответствии с прилагаемой инструкцией специальных химических средств индивидуальной защиты от клещей: акарицидных (для обработки верхней одежды, применение на кожу недопустимо) и репеллентных (для обработки верхней одежды, применение на кожу возможно для защиты от кровососущих двукрылых).

В природных биотопах, по эпидемиологическим показаниям с помощью акарицидных средств, клещей уничтожают на участках высокого риска заражения людей клещевым энцефалитом.

Акарицидом обрабатывают наиболее часто посещаемые населением участки территории (места массового отдыха, летние оздоровительные лагеря и детские образовательные организации, прилегающие к ним территории на расстоянии не менее 50 м, базы отдыха, кладбища, садовые участки и т.д.). Дезинсекционные мероприятия проводят в соответствии с общими требованиями к их проведению. Допускается использование средств, разрешенных к применению с этой целью в установленном порядке в соответствии с действующими методическими документами (инструкциями по применению).

После проведения акарицидных обработок регулярно проводят контроль за их эффективностью, которая должна быть не менее 95%.

Экологически безопасное преобразование окружающей среды направлено на создание неблагоприятных условий для развития клещей, в том числе на снижение численности мелких и средних млекопитающих — их прокормителей. Необходимо проводить благоустройство лесных массивов, в том числе санитарные рубки и удаление сухостоя, валежника и прошлогодней травы, разреживание кустарника, уничтожение свалок бытового и лесного мусора. Участки территории, наиболее часто посещаемые людьми, необходимо ограждать от проникновения домашних и диких животных, которые могут занести клещей. Особое внимание следует уделять парковым дорожкам, детским площадкам, кладбищам и другим местам массового пребывания людей, где травяная растительность должна быть скошена. Оздоровительные (особенно детские) организации размещают на участках, где зарегистрированы отсутствие или низкая численность клещей.

Дератизационные мероприятия проводят для уменьшения численности прокормителей клещей (диких грызунов) и организуются на расчищенных территориях осенью и весной.

Еще одно не менее важное средство — **вакцинопрофилактика**.

Профилактические прививки против КВЭ необходимы людям

для предупреждения заболевания, они проводятся государственными, муниципальными и частными организациями здравоохранения, имеющими лицензию на медицинские виды деятельности.

Вакцинации подлежат следующие группы населения:

- проживающие на эндемичных по КВЭ территориях, — привитость должна быть не менее 95%;

- выезжающие в эндемичные по КВЭ территории;

- все лица, относящиеся к профессиональным группам риска, которые работают или направляются на сезонные работы в эндемичные районы по КВЭ, и выполняющие следующие виды работ: сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные, дезинсекционные, по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса; лица, работающие с живыми культурами возбудителя клещевого вирусного энцефалита, и другие лица, выполняющие работы, связанные с угрозой заражения КВЭ.

Привитым против КВЭ считается лицо, получившее законченный курс вакцинации и 1 (или более) ревакцинацию.

Для вакцинопрофилактики КВЭ применяются медицинские иммунобиологические препараты, разрешенные к использованию в Российской Федерации. Храниться

и транспортироваться препараты на всех этапах должны с соблюдением «холодовой цепи». В лечебно-профилактических и других организациях, где осуществляются профилактические прививки, должен быть налажен учет населения, подлежащего профилактическим прививкам. Все профилактические прививки против КВЭ, а также случаи необычных реакций и осложнений после них подлежат обязательной регистрации и учету по месту их проведения. В случае возникновения необычной реакции, осложнения после прививки против КВЭ медицинским работником в течение 12 ч должно быть передано экстренное извещение в органы и учреждения Роспотребнадзора в субъектах РФ.

Вакцинопрофилактику против КВЭ проводят круглогодично в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями в установленном порядке и в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям.

Нужно знать, что все противоклещевые вакцины взаимозаменяемы. При смене одного препарата на другой интервал между вакцинацией и ревакцинацией, а также между прививками при ревакцинации должен соответствовать сроку, указанному в инструкции препарата, которым проведена последняя прививка.

Минимальный возраст вакцинируемых определяется в соответ-

ствии с инструкцией по применению препарата. На территориях, эндемичных по КВЭ, массовую вакцинопрофилактику рекомендуют начинать детям с 4-летнего возраста. Если по каким-либо причинам был нарушен курс или отсутствует документально подтвержденный полноценный курс прививок, необходимо проводить **серологическое исследование** крови на напряженность постпрививочного иммунитета. При обнаружении в сыворотке крови обследуемого антител к вирусу КЭ (*IgG*) в защитном титре (1:100 и более) следует продолжить курс вакцинации; при отсутствии защитного титра антител у ранее привитого или отсутствии возможности проведения данных исследований проводится вакцинация по первичному курсу.

Существует также экстренный вариант профилактики, для которого используют человеческий иммуноглобулин против КВЭ. Данный препарат вводят лицам: не привитым против КВЭ, получившим неполный курс прививок, имеющим дефекты в вакцинальном курсе, не имеющим документального подтверждения о профилактических прививках. Введение человеческого иммуноглобулина против КВЭ рекомендуется не позднее 4-го дня после присасывания клеща. Возможно повторное применение препарата по истечении месяца после предыдущего введения иммуноглобулина.

Организация медицинского контроля за проведением физкультурных занятий в детских дошкольных учреждениях

Коломийцева Н.С.,

канд. пед. наук, доцент кафедры медицинско-биологических дисциплин Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп

ПЕДАГОГИКА

Одна из важнейших задач государства — охрана и укрепление здоровья детского населения. Для решения этой задачи необходимо создание эффективной системы физического воспитания подрастающего поколения.

Двигательная активность — биологическая потребность ребенка, степень удовлетворения которой во многом определяет характер развития организма.

Дошкольный возраст — особенно важный и ответственный период, когда происходит перестройка функционирования многих систем организма. Пластичность и высокая лабильность организма дошкольников определяют высокую чувствительность к воздействию факторов внешней среды.

Сравнительный анализ, проведенный НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, выявил неблагоприятную тенденцию показателей здоровья дошкольников за последние 10 лет. Количество детей с хронической патологией увеличилось в 2 раза (с 11,8 до 21,3—26,9%), а детей, не имеющих отклонений в состоянии здоровья, снизилось в 3 раза (до 5—6%). Из общей заболеваемости дошкольников 75% приходится на острые респираторно-вирусные инфекции или грипп.

Среди хронической патологии преобладают болезни органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной и мочеполовой систем, аллергические заболевания кожи.



Состояние здоровья современных дошкольников характеризуется высокой распространенностью морфофункциональных отклонений (69,5—75,5%). Ведущими считаются нарушения опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, аллергические проявления.

При поступлении в детский сад значительное число детей в Республике Адыгея (от 20 до 50%) имеют низкие и ниже средних возрастно-половые показатели развития основных двигательных качеств: скорости, выносливости и мышечной силы. Почти $\frac{1}{3}$ дошкольников имеет неблагоприятные реакции сердечно-сосудистой системы на дозированную физическую нагрузку, низкую устойчивость организма к гипоксии.

Рационально организованная двигательная активность — мощное оздоровительное средство для дошкольников.

По данным исследований сотрудников кафедры медико-биологических дисциплин Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, использование различных средств физического воспитания с учетом индивидуального подхода способствует повышению положительной динамики у 80% детей, имевших отклонения в развитии костно-мышечной системы; у 90 — наблюдались улучшения показателей физической подготовленнос-

ти; на 60—70% возросла устойчивость организма дошкольников к гипоксии. Сочетание методик оздоровления и воспитания позволяет добиться быстрой и стойкой адаптации ребенка к условиям детского сада: до 50% снижаются общая заболеваемость, обострение хронических заболеваний, пропуски по болезни. Доказано, что целенаправленный подбор и использование комплекса физических упражнений могут служить эффективным средством в коррекции и реабилитации детей с нарушениями осанки и отклонениями в психомоторном развитии (например, в логопедических группах).

Комплексная система физкультурно-оздоровительной работы, включающая закаливание детей дошкольного возраста, которая предполагает сочетание слабых длительных (воздушные ванны) и сильных кратковременных (ножные ванны, полоскание горла и умывание холодной водой) воздействий, направленных на отдельные области тела и весь организм, на фоне разной двигательной активности (физкультурные занятия в зале и на улице) позволила существенно улучшить функцию терморегуляции, повысить резистентность детского организма: в 2 раза снизился уровень острых респираторных заболеваний детей, на 30% увеличился индекс здоровья, в 5—7 раз уменьшилось число часто болеющих детей и в 2,5 раза

уменьшилось число дней, пропущенных одним ребенком.

Средства физической культуры играют большую роль не только в формировании и оздоровлении детского организма, но и в восстановлении нарушенного здоровья.

Требования к организации физического воспитания

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

Рациональный двигательный режим, физические упражнения и закаливающие мероприятия следует осуществлять с учетом состояния здоровья, возрастно-половых возможностей детей и времени года.

Организованные формы двигательной деятельности должны включать: утреннюю гимнастику, физкультурные занятия в помещении и на воздухе, физкультурминутки, подвижные игры, спортивные упражнения, ритмическую гимнастику, занятия на тренажерах, плавание и т.п.

Следует предусмотреть объем двигательной активности воспитанников 5—7 лет в организованных формах оздоровительно-воспитательной деятельности до 6—8 ч в неделю с учетом психофизиологических особенностей детей, времени года и режима работы ДОУ.

Физкультурные занятия для дошкольников проводят не менее 3 раз в неделю. Длительность занятия зависит от возраста детей и составляет:

- в младшей группе — 15 мин,
- в средней — 20,
- в старшей — 25,
- в подготовительной к школе группе — 30 мин.

Одно из трех физкультурных занятий для детей 5—7 лет следует круглогодично проводить на открытом воздухе, но только при отсутствии у детей медицинских противопоказаний и наличии у них спортивной одежды, соответствующей погодным условиям.

Занятия на открытом воздухе организуют с учетом местных климатических особенностей. В средней полосе занятия проводят при температуре воздуха до -15°C в безветренную погоду. В дождливые, ветреные и морозные дни физкультурные занятия проводят в зале. В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях максимальное количество занятий физкультурой проводят на открытом воздухе.

Эффективность физического занятия для дошкольников оценивают по показателю моторной плотности и среднего уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС) у детей.

Моторная плотность занятия в зале (отношение времени занятия, затраченного ребенком на движения, к общей продолжительности занятия, выраженное в

процентах) должна составлять не менее 70%; на воздухе — не менее 80%.

Для обеспечения тренировочного эффекта на занятиях в зале средний уровень ЧСС у детей 3—4 лет составляет 130—140 уд./мин, на воздухе — 140—160; у детей 5—7 лет — в зале 140—150 уд./мин; на воздухе — 150—160.

Эффективность физического воспитания оценивается на основе динамики состояния здоровья детей, развития двигательных качеств и навыков на каждом году жизни.

Тестирование физической подготовленности дошкольников проводит инструктор по физической культуре в начале (сентябрь—октябрь) и в конце учебного года (апрель—май) и контролирует методист (старший воспитатель) ДОУ. Оценку уровня физической подготовленности медицинская сестра вносит в «Медицинскую карту».

Разрешение на проведение тестирования физической подготовленности детей дает медперсонал ДОУ.

Закаливание детей дошкольного возраста в условиях ДОУ включает систему мероприятий: — элементы закаливания в повседневной жизни: умывание прохладной водой, широкая аэрация помещения, правильно организованная прогулка, физические упражнения, проводимые в легкой спортивной одежде в помещении и на открытом воздухе;

— специальные мероприятия: водные, воздушные и солнечные.

Для закаливания основные природные факторы (солнце, воздух и вода) используют дифференцированно в зависимости от возраста детей, состояния их здоровья, с учетом подготовленности персонала и материальной базы ДОУ, со строгим соблюдением методических рекомендаций. Закаливающие мероприятия меняют по силе и длительности в зависимости от сезона года, температуры воздуха в групповых помещениях, эпидемиологической обстановки.

Для организации плавания детей в бассейне необходимо предусмотреть рациональный набор оборудования и инвентаря.

Продолжительность занятия в бассейне в зависимости от возраста детей составляет:

- в младшей группе — 15—20 мин,
- в средней — 20—25,
- в старшей — 25—30,
- в подготовительной к школе группе — 25—30 мин.

Дети могут посещать бассейн и сауну только при наличии разрешения педиатра.

Оздоровительная работа с детьми в летний период — составная часть системы лечебно-профилактических мероприятий. Для достижения оздоровительного эффекта в летний период в режиме дня предусматривается максимальное пребывание детей

на открытом воздухе, соответствующая возрасту продолжительность сна и других видов отдыха.

Двигательная активность в организованных формах деятельности должна составлять не менее 50% всего объема суточной двигательной активности, а во время прогулок за территорию ДОУ — 35–40%.

Для достижения достаточного объема двигательной активности детей необходимо использовать все организованные формы занятий физическими упражнениями с широким включением подвижных игр, спортивных упражнений с элементами соревнований, а также пешеходные прогулки, экскурсии, прогулки по маршруту (простейший туризм).

Вся работа по физическому воспитанию с учетом состояния здоровья детей проводится инструктором по физической культуре и воспитателями групп при регулярном контроле со стороны медицинских работников, методиста (старшего воспитателя) и заведующего ДОУ.

Медицинский и педагогический контроль за организацией физического воспитания дошкольников включает:

- динамические наблюдения за состоянием здоровья и физическим развитием, физической подготовленностью, функциональными возможностями детского организма;
- медико-педагогические наблюдения за организацией

двигательного режима, методикой проведения различных форм занятий физическими упражнениями и их воздействием на организм ребенка, контроль за осуществлением системы закаливания;

- контроль за санитарно-гигиеническим состоянием мест проведения занятий (помещение, участок), физкультурного оборудования, одежды и обуви детей;
- гигиеническое обучение и воспитание по вопросам физического воспитания дошкольников, формирование мотивации к регулярным занятиям физкультурой;
- профилактику травматизма.

Медицинское обследование детей проводится в соответствии с регламентирующими эту деятельность приказами, методическими и инструктивными материалами Минздравсоцразвития России и органов на местах. После проведенного осмотра врач определяет медицинскую группу и назначает форму физического воспитания и оздоровительного мероприятия.

Дети в зависимости от состояния здоровья подразделяются на следующие группы здоровья.

I группа. Здоровые, с нормальным физическим развитием и нормальным функциональным состоянием.

II группа. Здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопро-

тивляемость к острым и хроническим заболеваниям.

III группа. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма.

IV группа. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями.

V группа. Дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма. Как правило, дети данной группы не посещают детские учреждения общего профиля и массовыми осмотрами не охвачены.

На основании данных о состоянии здоровья и физического развития все учащиеся распределяются на три физкультурные группы.

Основная. Дети без отклонения в состоянии здоровья или с незначительными отклонениями, при достаточном физическом развитии, т.е. в нее входят здоровые дети и дети с плохим аппетитом, гипертрофией миндалин I—II степени, аденоидами II степени, близорукостью до 3D. Физическая нагрузка — занятия по учебным программам, участие в соревнованиях, занятие в секциях.

Подготовительная. Дети с недостатками физического развития и слабо физически подготовленные, с незначительными отклонения-

ми в состоянии здоровья. Сюда относятся часто болеющие дети, дети с близорукостью 3—4D, аденоидами III степени, хроническими тонзиллитами, бронхитами, ожирением, дискинезией желчевыводящих путей, детренированные. Физическая нагрузка — занятия по учебным программам с отсрочкой сдачи нормативов и участия в соревнованиях.

Специальная. Дети, имеющие отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, требующие ограничения физических нагрузок; значительные отклонения в состоянии здоровья. Физическая нагрузка — занятия по специальным воспитательным программам.

В свою очередь специальную группу врач делит на подгруппы (сильную «А» и слабую «Б»).

В подгруппу «А» рекомендуется относить детей с отклонениями, не оказывающими существенного влияния на состояние здоровья, а также временно находящихся в специальной медицинской группе до полного восстановления после перенесенного заболевания или травмы. Физические нагрузки рекомендуется постепенно увеличивать. Двигательные занятия следует проводить при частоте пульса 120—130 уд./мин в начале года и доводить интенсивность физических нагрузок до пульса 140—150 уд./мин в основной части занятия к концу года.

В подгруппу «Б» рекомендуется относить детей с необратимы-

ми патологическими изменениями, с часто обостряющимися хроническими заболеваниями, аномалией развития двигательного аппарата. Двигательные занятия проводятся при частоте пульса у детей не более 120—130 уд./мин в течение всего учебного года.

Четко очерченных границ распределения детей на подгруппы не существует, что дает право инструктору по физической культуре и врачу решать данный вопрос строго индивидуально, исходя прежде всего как из уровня физической подготовленности, так и функционального состояния.

В современных условиях полноценное воспитание и развитие здорового ребенка возможно только при интеграции образовательной и лечебно-оздоровительной деятельности дошкольного учреждения и, следовательно, тесного взаимодействия педагогов и медицинских работников.

Совместная деятельность педагогов и медицинских работников проводится в следующих направлениях.

1. Оптимизация двигательного режима: предметно-развивающей среды, стимулирующей самостоятельную двигательную деятельность детей, соблюдение статико-динамического режима.

2. Предупреждение негативных влияний интенсивной образовательной деятельности: проведение физкультминуток на занятиях, организация подвижных игр

в перерывах между занятиями, включение в физкультминутку гимнастики для глаз, использование двигательной динамической паузы при проведении обучающих мероприятий, оптимальное распределение занятий, направленных на интеллектуальное, эмоциональное и физическое развитие в течение дня, релаксация.

3. Организация деятельности в системе двигательной реабилитации: индивидуальные и групповые занятия лечебной физкультурой.

4. Профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы: использование на занятиях упражнений циклического характера.

5. Формирование начальных представлений о здоровом образе жизни: занятия по валеологии с детьми, консультации для родителей, пропаганда дошкольным учреждением ЗОЖ.

6. Взаимодействие с семьей: информация родителей о проведении лечебно-профилактической работы в дошкольном учреждении, ознакомление родителей с приемами контроля за состоянием здоровья детей, обеспечение единообразия требований педагогов и родителей в процессе воспитания детей, консультирование родителей специалистами дошкольного учреждения (врачом, руководителем физического воспитания, логопедом, психологом и т.д.), привлечение

родителей к участию в физкультурных праздниках и соревнованиях, организация совместных физкультурных занятий детей и родителей.

Мероприятия, обеспечивающие контроль за здоровьем дошкольников на физкультурных занятиях

Оптимизация процесса физического воспитания дошкольников обеспечивается мероприятиями, гарантирующими эффективный медицинский и педагогический контроль за здоровьем детей, которые можно разделить на шесть этапов.

1. Врач и медицинская сестра дошкольного учреждения ежегодно проводят обследование, направленные на комплексную оценку состояния здоровья, физического развития и функциональных возможностей детей. В типовых дошкольных учреждениях находятся здоровые дети, не имеющие абсолютных противопоказаний к занятиям физическими упражнениями. Дети, часто болеющие или имеющие хронические заболевания, нуждаются в постоянном врачебном наблюдении. В период вне обострения заболевания они занимаются по общей программе физического воспитания.

2. Определение уровня физической подготовленности по результатам контрольных испытаний. Для этого обычно используются тесты, определяющие уровень развития физических качеств, и тесты, определяющие

степень сформированности двигательных навыков. Анализ результатов тестирования дает возможность руководителю физического воспитания разделить детей на подгруппы с целью осуществления дифференцированного подхода в зависимости от уровня их физической подготовленности.

3. Планирование физкультурных занятий. Прежде чем приступить к работе с детьми, руководитель физического воспитания, основываясь на данных о состоянии здоровья, физического развития и физической подготовленности воспитанников, определяет конкретные задачи на предстоящий учебный год. Затем он подбирает упражнения из программы, которую использует данное дошкольное учреждение.

4. Подготовка мест занятий, обеспечение гигиенических условий. В зале проводятся влажная уборка, активное проветривание. Заблаговременно, в соответствии с планом занятия, подготавливаются необходимые пособия (их можно быстро расставлять и убирать по ходу занятия).

Температура воздуха в зале не должна превышать 17 °С, влажность 40—55%. Дети должны заниматься в спортивной одежде и обуви. Освещенность зала на высоте 0,5 м от пола — не менее 200 лк.

5. Непосредственное проведение занятий. Руководитель физического воспитания должен предупреждать ситуации, которые

могут привести к перегрузке и травмированию, грамотно страховать при выполнении сложных упражнений.

6. Медицинский и педагогический анализ. Качественный и количественный контроль за эффективностью физкультурного занятия проводится, как правило, медицинскими работниками, анализируется руководителем физического воспитания. Для этой цели используют хронометрирование, с помощью которого определяется общая и моторная плотность занятия. Физическая нагрузка определяется по динамике пульса. Наглядно иллюстрирует сдвиги пульса в процессе занятия физиологическая кривая. Определение средней ЧСС используется для выявления тренирующего эффекта физкультурного занятия.

Нормирование физических нагрузок

Правильное дозирование физических нагрузок — одна из самых сложных задач в деятельности руководителя физического воспитания.

Двигательная активность дошкольника складывается из разнообразных движений, выполняемых в течение дня. Ее количественные характеристики зависят от возраста, пола, типа высшей нервной деятельности, сезонов года, климато-географических условий. Двигательная активность нормируется по объему и интенсивности движений.

Объем нагрузки означает как длительность выполнения физических упражнений, так и суммарное количество физической работы, выполненной в течение определенного времени (за одно занятие, неделю, месяц, год и т.д.). Для оценки двигательного режима в повседневной практике определяют общую продолжительность двигательного компонента за период бодрствования. Она должна составлять не менее 50% времени бодрствования.

Интенсивность нагрузки — это сила воздействия физической работы на организм человека в данный момент, ее напряженность и степень концентрации объема во времени. Мерами интенсивности служат скорость передвижения (в беге, плавании, передвижении на лыжах и др.); темп (в играх), высота и длина (в прыжках или метании). Об интенсивности двигательной деятельности судят по характеру пульса. ЧСС характеризует физиологическую стоимость различных упражнений (табл. 1).

Внешние признаки утомления

Любое занятие, в том числе и физкультурное, вызывает утомление, которое проявляется временным снижением работоспособности. По степени его выраженности можно судить о нагрузке и вносить при необходимости коррективы (табл. 2). Небольшая степень утомления организма, возникающая при

Таблица 1

Динамика изменения ЧСС у детей 5—7 лет

Виды физических упражнений	ЧСС, уд./мин	Время восстановления, мин
Общеразвивающие упражнения. Умеренная ходьба	100—140	1—2
Осложненная ходьба, ходьба	120—150	1—2
Бег на месте	130—170	3
Бег средней интенсивности	150—180	3—4
Медленный бег «трусцой»	150—170	2—3
Прыжки в длину	130—165	1—2
Прыжки со скакалкой	140—170	3—4
Равновесие	120—150	1
Езда на велосипеде	130—160	3
Игра в мяч	145—195	3

Таблица 2

Критерии определения степени утомления

Наблюдаемые признаки и состояние ребенка	Степень выраженности утомления	
	небольшая	значительная
Окраска кожи	Небольшое покраснение	Значительное покраснение
Выражение лица	Спокойное	Напряженное
Потоотделение	Незначительное	Выраженное
Дыхание	Несколько учащенное	Резко учащенное, поверхностное
Движения	Бодрые, задания выполняются четко	Неуверенные, нечеткие, появляются дополнительные движения. У некоторых детей наблюдается двигательное возбуждение, у других заторможенность
Самочувствие	Хорошее, жалоб нет	Жалобы на усталость, небольшая сутулость, снижение интереса
Внимание	Четкое, безошибочное выполнение указаний	Неточность в выполнении команд, ошибки при смене направления
Пульс, уд./мин	110—150	160—180

воздействии дозированной физической нагрузки, считается нормальной реакцией.

При наличии признаков средней степени утомления у отдельных детей нагрузку следует ограничить (уменьшить число повторений упражнений, исключить наиболее трудные, удлинить отдых). Выраженные признаки утомления у большинства детей появляются в результате чрезмерной нагрузки. В этом случае необходимо перестроить занятие таким образом, чтобы нагрузка соответствовала уровню физической подготовленности детей.

Регулирование нагрузки

Упражнения, вызывающие увеличение ЧСС до 120—130 уд./мин, считают *нагрузкой малой интенсивности*, от 131 до 140 — *средней*, от 140 до 160 — *субмаксимальной* и свыше 160 уд./мин — *максимальной интенсивности*. Активную двигательную деятельность составляют упражнения средней, субмаксимальной и максимальной интенсивности.

В практике оценки интенсивности двигательной деятельности часто используется упрощенная классификация:

110—130 уд./мин — *восстанавливающая*;

130—150 — *развивающая*;

150—170 уд./мин — *тренирующая*.

В процессе занятий нагрузка может быть либо непрерывной, либо прерывистой (интервальной). Длительность интервалов

отдыха между повторениями упражнений оказывает существенное влияние на преимущественное развитие отдельных физических качеств.

Для дошкольников продолжительность отдыха должна быть небольшой, так как даже при максимальной нагрузке полное восстановление происходит в течение 3—5 мин. По своему характеру отдых может быть пассивным (отсутствие активной двигательной деятельности), активным (переключение на какую-либо деятельность, отличную от той, что вызвала утомление, например в беге это будет спокойная ходьба). У дошкольников при длительной мышечной деятельности активный отдых более действенный, чем у взрослых. В то же время при значительных силовых напряжениях к быстрейшему восстановлению у детей приводит пассивный отдых.

Определение качественных и количественных характеристик физкультурного занятия

Эффективность физкультурного занятия может быть оценена при проведении анализа его количественных и качественных характеристик. Количественные характеристики занятия можно получить, используя хронометрирование и построение физиологической кривой. Для определения качественных характеристик используют педагогический анализ занятия.

Хронометрирование

Для хронометрирования предварительно заготавливаются специальные протоколы. Принято различать два вида плотности занятия:

- общая (педагогическая), т.е. отношение целесообразно затраченного времени на обучение и воспитание к общей длительности занятия;
- моторная, т.е. отношение времени, затраченного занимающимися на выполнение физических упражнений к общей длительности занятия.

Хронометрирование осуществляется путем наблюдения за деятельностью какого-либо ребенка. Хронометрируются следующие виды деятельности:

- выполнение физических упражнений. Определяется точное время выполнения всех двигательных действий, которым обучают на занятии;
- слушание и наблюдение за показом упражнений, демонстрацией наглядных пособий;
- отдых, ожидание занимающимся очередного выполнения занятия;
- действия по организации занятия;
- простои.

Следующий момент обработки показателей хронометрирования — вычисление плотности занятия в целом и его отдельных частей по абсолютно затраченному времени и в процентах. Общее время, затраченное на полное

занятие (или его отдельную часть), принимается за 100%. Относительно этого и рассчитываются процентные величины.

Суммируя время выполнения всех двигательных действий, получаем абсолютное время, затраченное ребенком на выполнение упражнений.

Составив пропорцию, можно определить его процентную величину ко времени всего занятия (принятого за 100%), т.е. определить показатель *моторной плотности занятия* (МП).

Для определения *общей (педагогической) плотности занятия* (ОП) суммируются виды деятельности детей. Определяем процентное соотношение затраченного на это времени ко времени всего занятия (принятого за 100%).

Моторная плотность должна анализироваться только в сопоставлении с задачами занятия. При изучении нового сложного материала (подробное объяснение, исправление ошибок) 40% моторной плотности занятия может быть педагогически оправдано.

Кроме того, хронометрирование показывает только объем двигательной деятельности без учета его интенсивности. А ведь дети на занятии могут долго ходить в медленном темпе, а могут всего несколько раз пробежать с максимальной скоростью. Именно поэтому хронометрирование целесообразно совмещать с построением физиологической кривой занятия.

Построение физиологической (пульсовой) кривой

Физическая нагрузка определяется по динамике пульса. Правильно построенное занятие с достаточной степенью нагрузки характеризуется его учащением после *вводной части* не менее чем на 20—25%, после *общеразвивающих упражнений* — не менее чем на 50, после *обучения основным движениям* — не менее чем на 25, после *подвижной игры* — до 70—90 и даже 100%. В конце занятий пульс либо восстанавливается до исходного уровня, либо на 15—20% превышает его.

Наглядно иллюстрирует сдвиги пульса в процессе занятия физиологическая кривая.

До начала занятий измеряется пульс в покое. В дальнейшем измерения могут вестись двумя способами:

- 1) пульс измеряется каждые 5 мин занятия;
- 2) по мере смены деятельности (после бега, в момент отдыха, после метаний и т.п.).

Необходимое условие снятия данных — запись деятельности, которой занимался ребенок в этот момент.

Пульс принято считать за 10 с и умножать полученное число на 6. После занятия по данным рисуется график, который анализируется в соответствии со сделанными записями. На горизонтальной оси откладывается время в минутах, на вертикальной — показатели пульса. Своеобразие

физиологической кривой определяется характером занятия.

Для занятия обучающего плана физиологическая кривая, как правило, двухвершинная. Она несколько снижается во время обучения основным движениям, поскольку при этом за счет объяснений, показа, контроля за выполнением движения заметно уменьшаются двигательный компонент и, следовательно, ЧСС. Глубокое снижение кривой до исходного показателя недопустимо, так как в этом случае сердечно-сосудистая система оказывается неподготовленной к массивной нагрузке, предъявляемой следующей подвижной игрой, и реагирует на нее перевозбуждением пульса. Нарушается один из важных физиологических принципов — постепенное увеличение физической нагрузки.

Иной характер имеет физиологическая кривая на занятиях, тренирующих или проводимых на воздухе. Она отражает постепенно нарастающую нагрузку с зубчатым плато, характеризующим последовательные незначительные повышения и снижения пульса как отражение выполняемых двигательных заданий разной интенсивности и последующее снижение нагрузки к концу занятия.

Определение тренирующего эффекта физкультурного занятия

Определение средней ЧСС используется для выявления тренирующего эффекта физкультур-

ного занятия. Этот показатель рассчитывается путем суммирования ЧСС по окончании вводной части, общеразвивающих упражнений, обучения основным движениям, подвижной игры, заключительной части и деления этой суммы на количество замедлений.

В группе детей 3—4-летнего возраста развивающий эффект обеспечивают занятия, дающие среднюю ЧСС не менее 130—140 уд./мин, в старших группах (5—7 лет) — не менее 140—150. Достижение такого уровня возбудимости пульса возможно при более широком включении в занятие бега, прыжков, подскоков, игр с мячом и др.

Особенности занятий физическими упражнениями после перенесенных заболеваний

Состояние здоровья и оценка физического развития определяются врачом, им же даются назначения индивидуального характера в отношении физических нагрузок. Этими рекомендациями педагоги руководствуются при организации учебно-воспитательного процесса по физической культуре.

Полное прекращение занятий физическими упражнениями может носить только временный характер. Сроки возобновления занятий после перенесенных заболеваний и травм определяются врачом индивидуально для каждого ребенка с учетом всех

клинических данных (тяжести и характера заболевания или травмы, степени функциональных нарушений, вызванных заболеванием или травмой, табл. 3).

Дети после острых заболеваний должны заниматься физическими упражнениями с первых дней возвращения в детский сад. Однако нагрузку следует дозировать: исключать упражнения, требующие большого физического напряжения, — бег, подвижную игру, прыжки, лазанье. Нежелательны и упражнения с резким изменением положения тела (лежа и стоя), так как вследствие неустойчивой вегетативной нервной системы нарушается кровоснабжение мозга и может возникнуть головокружение.

У ребенка, перенесшего заболевание, нарушаются функции терморегуляции. Чтобы избежать переохлаждения, дети должны заниматься в тренировочных костюмах или обычной одежде. Оберегая воспитанников от чрезмерных физических нагрузок, следует помнить, что нельзя их долго оставлять на уровне сниженных — малые нагрузки не тренируют организм и не совершенствуют его функций.

В настоящее время существует множество методик проведения физкультурных занятий в ДОУ, но ни одна из них не будет качественной при отсутствии контроля за их проведением и результатами педагогических воздействий.

Таблица 3

**Примерные сроки возобновления занятий
физической культурой после некоторых
перенесенных заболеваний и травм**
(от начала посещения образовательного учреждения)

Болезнь	Сроки	Примечание
1	2	3
Ангина	2—4 недели	Для возобновления занятий необходимо дополнительное медицинское обследование, особо нужно обращать внимание на состояние сердца и реакцию его на нагрузку. При каких-либо жалобах на сердце исключить упражнения на выносливость и избегать упражнений, вызывающих задержку дыхания, минимум, в течение полугода. Опасаться переохлаждения (лыжи, плавание и др.)
Острые респираторные заболевания	1—3	Избегать переохлаждения. Лыжи, коньки, плавание могут быть временно исключены. Зимой при занятиях на открытом воздухе дышать через нос
Острый отит	3—4	Запрещается плавание. Опасаться охлаждения. При вестибулярной неустойчивости, наступающей чаще после операции, исключаются упражнения, которые могут вызвать головокружение (резкие повороты, кувырки и пр.)
Пневмония	1—2 месяца	Избегать переохлаждения. Рекомендуется шире использовать дыхательные упражнения, а также плавание, греблю, лыжи
Плеврит	— // —	Исключаются сроком до полугода упражнения на выносливость и связанные с натуживанием. Рекомендуются плавание, гребля, зимние виды спорта. Необходим регулярный контроль из-за опасности возникновения туберкулеза
Грипп	2—4 недели	Необходимо наблюдение за реакцией на нагрузку во время занятий, так как при этом можно обнаружить отклонения со стороны сердечно-сосудистой системы, не выявленные при осмотре в состоянии покоя
Острые инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дифтерия, дизентерия)	1—2 месяца	Лишь при удовлетворительной реакции сердечно-сосудистой системы на функциональные пробы. Если были изменения со стороны сердца, исключаются сроком до полугода упражнения на выносливость, силу и связанные с натуживанием

Окончание табл.

1	2	3
Острый нефрит	2—3	Навсегда запрещаются упражнения на выносливость, так как они и при нормальных почках вызывают появление в моче белка и клеточных элементов. После начала занятий физкультурой необходим регулярный контроль за составом мочи
Ревмокардит	— // —	Не менее года занимаются в специальной группе. Необходим регулярный контроль за реакцией сердечно-сосудистой системы на физические нагрузки и за активностью процесса
Гепатит инфекционный	8—12	Исключаются упражнения на выносливость. Необходим регулярный УЗИ-контроль за структурными параметрами, биохимическими показателями печени
Аппендицит (после операции)	1—2	В первые месяцы следует избегать натуживания, прыжков и упражнений, дающих нагрузку мышцам живота. При осложнениях после операции сроки возобновления занятий определяются индивидуально
Перелом костей конечностей	3	Не менее 3 мес. следует исключать упражнения, дающие резкую нагрузку на поврежденную конечность
Сотрясение мозга	2—12 и более (в зависимости от тяжести и характера травмы)	В каждом случае необходимо разрешение невропатолога. Следует исключить упражнения с резким сотрясением тела (прыжки, спортивные игры: футбол, баскетбол и др.)
Растяжение мышц и связок	1—2 недели	Увеличение нагрузки и амплитуды движений в поврежденной конечности должно быть постепенным
Разрыв мышц и сухожилий	Не менее полугода после оперативного вмешательства	Предварительно длительное применение лечебной гимнастики

Таким образом, мы, взрослые, в ответе за то, насколько двигательно-полноценным будет ребенок в дальнейшем. Физическое воспитание детей дошкольного возраста будет результативным только в случае грамотного дозирования физических нагрузок с

учетом индивидуально-возрастных особенностей детского организма, реализации процесса всестороннего развития ребенка в соответствии с требованиями по сохранению и укреплению здоровья и обеспечению безопасности жизни.

Условия качественного взаимодействия специалистов «Лекотеки» с семьей

Серебренникова О.Д.,

канд. психол. наук, педагог-психолог,

руководитель структурного подразделения «Лекотека»

ГОУ д/с компенсирующего вида № 523, Москва

Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, рассматривает семью как реабилитационную структуру, обладающую потенциальными возможностями для создания максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка (В.В. Ткачева). Поэтому приоритетным направлением в работе «Лекотеки» выступает формирование системы взаимодействия специалистов с родителями.

Главным моментом в системе «лекотека — семья» считается личное взаимодействие специалистов и родителей по поводу трудностей и радостей, успехов и неудач, сомнений и размышлений в процессе воспитания конкретного ребенка в данной семье.

К нам в «Лекотеку» приходят разные семьи, но почти каждая из них имеет общие проблемы:

- низкий уровень реабилитационных возможностей семей для оказания помощи ребенку с нарушениями в развитии;
- низкая психолого-педагогическая компетентность родителей, отсутствие необходимых педагогических знаний и низкая мотивация к их приобретению;

— высокий уровень психологической травмированности родителей, вызванный рождением ребенка с психофизическими недостатками;

- пассивность позиции родителей в отношениях «родитель — ребенок с проблемами в развитии — специалист» [2].

И поэтому специалистам необходимо приложить максимум усилий для того, чтобы организовать отношения с родителями в форме активного взаимодействия и в процессе совместной деятельности максимально помочь ребенку. Следовательно, главным условием выступает создание единого пространства для развития ребенка с особыми образовательными потребностями.

В своей работе мы выделяем три базовых направления работы всех специалистов с семьей в решении данной проблемы.

В первом направлении (**поддержка, помощь и обучение родителей взаимодействию с ребенком**) выделяют аспекты: принятие родителями своего ребенка; обогащение и углубление опыта воспитания и обучения ребенка; ознакомление родителей с возрастными и индивидуальными особенностями ре-

бенка; обучение родителей способам применения разных видов игровых средств; умение организовывать развивающие игры с ребенком; обучение родителей методам игрового взаимодействия. Ведущая роль в реализации данного направления принадлежит педагогу-психологу, логопеду и дефектологу.

Во втором направлении (**гармонизация внутрисемейных отношений**) основное внимание уделяется коррекции когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы родителей. В частности, это работа по формированию жизненных ориентиров родителей; видоизменению неконструктивных мыслительных установок, неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций; коррекции взаимоотношений и гармонизации этих отношений в диадах: «ребенок — родитель», «родитель — родитель», «родитель — родственники», «родитель — социальное окружение». Важными параметрами взаимодействия родителей с ребенком, имеющим отклонения в развитии, для нас выступают: понимание взрослыми сигналов, которые подает ребенок; отношение родителей к достижениям ребенка; инициативность их в игре, своевременная реакция на инициативу ребенка, его действия, поощрение самостоятельной активности; эмоциональное вовлечение и получение удовольствия от общения с ребенком. В данном направлении ведущие позиции занимает работа специалиста (психолога) по работе с родителями.

Третье направление (**оптимизация социальных контактов семьи, воспитывающей ребенка с**

отклонениями в развитии) осуществляется с помощью диагностирования, консультирования и оказания поддержки ребенку в процессе его социализации в различных условиях. В данном направлении ведущая роль принадлежит социальному педагогу.

Каждое направление реализуется специалистами **структурно-функциональной моделью взаимодействия**. Условно данную модель можно разделить на три блока: информационно-аналитический, практический, контрольно-оценочный.

В информационно-аналитический блок входят сбор и анализ сведений о родителях и детях, изучение семей, их трудностей и запросов, а также готовность семьи ответить на запросы специалистов «Лекотеки». Необходимую информацию мы собираем с помощью бесед, анкетирования, опроса, наблюдения, изучения медицинских документов и специальных диагностических методик. Консилиум — та форма работы, где обобщаются все материалы исследования и планируется индивидуальная программа работы с семьей.

Практический блок включает работу с родителями по двум взаимосвязанным направлениям:

- просвещение родителей, передача информации по тому или иному вопросу (индивидуальное и подгрупповое консультирование, групповые родительские встречи, оформление информационных стендов и памяток для родителей, домашнее визитирование);
- организация продуктивного общения всех участников образовательного пространства, т.е.

обмен мыслями, идеями и чувствами. С этой целью проводятся праздничные и досуговые мероприятия. Также на индивидуальных и групповых игровых сеансах создаются условия для ситуативно-делового, личностно-ориентированного общения на основе совместной деятельности: рисунок, поделка, подготовка к празднику и т.п.

Контрольно-оценочный блок позволяет нам проанализировать эффективность работы, проводимой всеми специалистами «Лекотеки». Качество контролируется на групповых и индивидуальных обсуждениях, как в личной беседе специалистов, так и на форуме группы «Слышен разговор», а также на основе анализа записей родителей в книге отзывов.

Более подробно хотелось бы остановиться на одной из наиболее эффективных форм взаимодействия специалистов «Лекотеки» с семьей — **домашнем визитировании**.

Домашнее визитирование предполагает выход специалиста или специалистов в семью для создания специальных условий успешной социальной и психолого-педагогической адаптации семьи и ребенка. Очень важно знать условия, в которых ребенок находится каждый день. Следовательно, основная цель домашнего визитирования — активное включение детей с особыми образовательными потребностями и их семей в социальную жизнь для улучшения качества жизни семьи, а также создание благоприятных условий для развития личности ребенка.

Домашнее визитирование позволяет использовать естественную среду в реабилитационном процессе и уменьшает адаптационный период в «Лекотеке». В рамках этой формы взаимодействия решаются следующие задачи:

- оказание квалифицированной социально-педагогической и социально-психологической помощи ребенку в привычных для него домашних условиях: это и развитие психических процессов, эмоционально-волевой, познавательной сферы, творческих способностей ребенка, а также решение образовательных и воспитательных задач;
- обучение родителей приемам ухода за ребенком и методическим приемам его развития (обучение формированию у ребенка необходимых навыков самообслуживания и бытовой деятельности), что закладывает основу будущей самостоятельности и бытовой независимости ребенка. Обучение идет в домашних условиях с упором на ежедневные домашние дела;
- включение родителей в процесс реабилитации ребенка.

В нашей «Лекотеке» домашнее визитирование осуществляется по следующей *структуре*.

1. Первичный визит проводится в начале года и предполагает построение отношений с семьей; получение согласия на работу с семьей; заполнение социального паспорта семьи, с обсуждением вопросов, вызывающих озабоченность родителей.

2. Следующие визиты (от одного-двух) включают оценку

состояния развивающей и организацию игровой среды; сформированность навыков самообслуживания и навыков коммуникации в домашних условиях; характеристику взаимодействия ребенка со взрослыми дома.

По результатам этих визитов планируется их примерная программа. Если ребенок в течение года постоянно посещает «Лекотеку», следующий домашний визит планируется на конец года для оценки реабилитационного эффекта. Если ребенок маломобилен, домашнее визитирование осуществляется гораздо чаще, в соответствии с индивидуальной программой.

3. Обязателен визит в конце года для оценки уровня реализации программы.

Домашнее визитирование позволяет формировать адекватную позицию родителей по воспитанию ребенка, повышению уровня родительской компетентности в вопросах воспитания детей, развитию у родителей умения создавать ситуацию совместной деятельности с ребенком. Стойкий реабилитационный эффект ослабляется, если не работать с семьей, и совершенно теряется, если ребенок оказывается вне семьи, вне привычного домашнего окружения.

Опыт нашей работы показывает, что наиболее эффективными методами в реализации данной модели взаимодействия выступают: — демонстрация родителям методических приемов работы; — самостоятельное проведение родителями игр с ребенком под контролем специалиста; — психологическое информирование;

— беседа с элементами лекций; — элементы терапии творческим самовыражением (использование элементов транзактного анализа, гештальттерапии, рациональной, личностно-центрированной, арт-терапии).

Кроме этого, сейчас мы включаем в работу инновационные формы: создание обучающей видеотеки (игры для детей и / или родителей, модели организации коррекционно-развивающей среды в домашних условиях), «почтового ящика вопросов и ответов» в Интернете, а также активизируем работу группы «Слышен разговор».

Таким образом, использование вышеизложенной модели взаимодействия всеми специалистами «Лекотеки» способствует развитию скрытых реабилитационных возможностей семьи, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями.

Литература

1. Айвазян Е.Б., Павлова А.Б., Одиноква Г.Ю. Проблемы особой семьи // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2008. № 2, 3.
2. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М., 2008.
3. Селигман М. Обычные семьи, особые дети / Пер. с англ. М., 2007.
4. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. (В помощь психологу.) М., 1999.
5. Ткачева В.В. Технологии психологического изучения семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М., 2006.

**Постановление Главного государственного
санитарного врача РФ от 28.07.2011 № 107**

«Об утверждении СП 3.1.2951-11 “Профилактика полиомиелита”»

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; 2003, № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; 2006, № 52 (ч. 1), ст. 5498; 2007 № 1 (ч. 1), ст. 21; 2007, № 1 (ч. 1), ст. 29; 2007, № 27, ст. 3213; 2007, № 46, ст. 5554; 2007, № 49, ст. 6070; 2008, № 24, ст. 2801; 2008, № 29 (ч. 1), ст. 3418; 2008, № 30 (ч. 2), ст. 3616; 2008, № 44, ст. 4984; 2008, № 52 (ч. 1), ст. 6223; 2009, № 1, ст. 17) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; 2004, № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2951-11 «Профилактика полиомиелита» (приложение).

2. Ввести в действие указанные санитарно-эпидемиологические правила со дня вступления в силу настоящего постановления.

3. С момента введения СП 3.1.2951-11 считать утратившими силу санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2343-08 «Профилактика полиомиелита в постсертификационный период», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 05.03.2008 № 16 (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 01.04.2008, регистрационный № 11445), введенных в действие указанным постановлением с 01.06.2008.

Г.Г. Онищенко

АКТУАЛЬНО



*Приложение***Профилактика
полиомиелита****Санитарно-эпидемиологические
правила СП 3.1.2951-11*****I. Область применения**

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее — санитарные правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.2. Настоящие санитарные правила устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения, распространения и ликвидацию заболеваний полиомиелитом на территории Российской Федерации.

1.3. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

1.4. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил проводится органами, осуществляющими функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

II. Общие положения

2.1. Острый полиомиелит относится к инфекционным заболеваниям вирусной этиологии и

характеризуется разнообразием клинических форм — от абортивных до паралитических. Паралитические формы возникают при поражении вирусом серого вещества, расположенного в передних рогах спинного мозга и двигательных ядрах черепно-мозговых нервов. Клинически это выражается развитием вялых и периферических парезов и / или параличей.

2.2. Источником инфекции является человек, больной или носитель. Полиовирус появляется в отделяемом носоглотки через 36 часов, а в испражнениях — через 72 часа после заражения и продолжает обнаруживаться в носоглотке в течение одной, а в испражнениях — в течение 3—6 недель. Наибольшее выделение вируса происходит в течение первой недели заболевания.

2.3. Инкубационный период при остром полиомиелите колеблется от 4 до 30 дней. Наиболее часто этот период длится от 6 до 21 дня.

2.4. Механизм передачи возбудителя — фекально-оральный, пути передачи — водный, пищевой и бытовой. Эпидемиологическое значение имеет и аспирационный механизм с воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями передачи.

2.5. Естественная восприимчивость людей высокая, однако, клинически выраженная инфекция встречается гораздо реже носительства: на один манифестный случай приходится от 100

* Приложения 4—6 см. www.ros-potrebnadzor.ru.

до 1000 случаев бессимптомного носительства полиовируса. Поэтому, с точки зрения эпидемиологической значимости, случаи бессимптомного носительства (бессимптомной инфекции) представляют большую опасность.

2.6. Постинфекционный иммунитет — типоспецифический, пожизненный к вирусу, который вызвал заболевание, поэтому лица, перенесшие заболевание, не освобождаются от профилактических прививок.

2.7. Основные эпидемиологические признаки полиомиелита.

В довакцинальный период распространение заболевания полиомиелитом носило повсеместный и выраженный эпидемиический характер. В условиях умеренного климата наблюдалась летне-осенняя сезонность.

Поствакцинальный период характеризуется резким снижением заболеваемости полиомиелитом. Заболевание регистрируется в основном у детей, не привитых против полиомиелита или привитых с нарушением календаря профилактических прививок.

После сертификации ликвидации полиомиелита в Европейском Регионе (2002 год), в том числе в Российской Федерации, основную угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию страны представляет завоз дикого полиовируса из эндемичных или неблагополучных по полиомиелиту стран (территорий).

Наибольшему риску заболевания полиомиелитом в случае завоза дикого вируса полиомиелита подвержены дети, не привитые против этой инфекции (получившие менее 3 прививок против полиомиелита) или привитые с нарушением сроков иммунизации.

2.8. В постсертификационный период наибольшее эпидемиологическое значение приобрели случаи вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (далее — ВАПП). ВАПП может встречаться как у реципиентов живой полиомиелитной вакцины, так и у контактных с ними детей. Случаи ВАПП у реципиентов вакцины встречаются крайне редко и связаны, как правило, с введением первой дозы вакцины полиомиелитной пероральной 1,2,3 типов (далее — ОПВ).

ВАПП у контактных возникает чаще всего у непривитых детей с иммунодефицитными состояниями при их тесном контакте с детьми, недавно вакцинированными ОПВ. Наиболее часто ВАПП у контактных регистрируется в детских закрытых организациях (домах ребенка, стационарах и других организациях с круглосуточным пребыванием детей) — при нарушении персоналом санитарно-противоэпидемического режима, а также в семьях, где есть дети, не имеющие прививок против полиомиелита, и недавно привитые ОПВ.

2.9. В настоящее время доказана роль не только диких штам-

мов полиовируса, но и полиовирусов вакцинного происхождения, значительно дивергировавших от вакцинного предка (вакцинородственных полиовирусов), в возникновении вспышек полиомиелита среди населения с низким охватом иммунизаций. Такие штаммы способны к продолжительной циркуляции и, при определенных условиях, к восстановлению нейровирулентных свойств.

2.10. Наиболее схожим по клиническому течению с паралитическим полиомиелитом является синдром острого вялого паралича (далее — ОВП). В связи с этим, выявление и диагностика ОВП является элементом системы мероприятий по профилактике полиомиелита.

При регистрации случаев ОВП и заболеваний полиомиелитом необходимо учитывать определения случаев в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (далее — МКБ 10), перечень которых приведен в приложении 1:

острый вялый паралич — любой случай острого вялого паралича у ребенка до 15 лет (14 лет 11 мес. 29 дн.), включая синдром Гийена-Барре, или любое паралитическое заболевание независимо от возраста при подозрении на полиомиелит;

острый паралитический полиомиелит, вызванный диким вирусом полиомиелита — случай острого вялого спинального паралича с

остаточными явлениями на 60-й день после возникновения, при котором выделен «дикий» вирус полиомиелита (по МКБ 10 — A80.1, A80.2);

острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной у реципиента — случай острого вялого спинального паралича с остаточными явлениями на 60-й день, возникший, как правило, не ранее 4 и не позднее 30 дня после приема вакцины ОПВ, при котором выделен вирус полиомиелита вакцинного происхождения (по МКБ 10 — A80.0);

острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной у контактного — случай острого вялого спинального паралича с остаточными явлениями на 60-й день, возникший, как правило, не позднее 60 дня после контакта с привитым вакциной ОПВ, при котором выделен вирус полиомиелита вакцинного происхождения (по МКБ 10 — A80.0);

острый паралитический полиомиелит не уточненной этиологии — случай острого вялого спинального паралича, при котором получены отрицательные результаты лабораторного обследования (вирус полиомиелита не выделен) вследствие неадекватно собранного материала (позднее выявление случая, поздние сроки отбора, неправильное хранение, недостаточный объем материала для исследования) или лабораторное исследование не

проводилось, но наблюдаются остаточные вялые параличи к 60 дню с момента их возникновения (по МКБ 10 — А80.3);

острый паралитический полиомиелит другой, неполиовирусной этиологии — случай острого вялого спинального паралича с остаточными явлениями на 60-й день, при котором проведено полное адекватное лабораторное обследование, но вирус полиомиелита не выделен, и не получено диагностического нарастания титра антител или выделения другой нейротропный вирус (по МКБ 10 — А80.3).

III. Выявление, регистрация, учет больных полиомиелитом, острыми вялыми параличами, статистическое наблюдение

3.1. Выявление случаев заболеваний ПОЛИО/ОВП проводится медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, и иных организаций (далее — медицинские работники организаций), а также лицами, имеющими право на занятие частной медицинской практикой и получившими лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном законодательством порядке (далее — частнопрактикующие медицинские работники) при обращениях и оказании медицинской помощи, проведении осмотров, обследований, при осуществлении активного эпидемиологического надзора.

При выявлении ОВП выделяют приоритетные («горячие»)

случаи заболеваний, к которым относятся:

- дети с ОВП, не имеющие сведений о профилактических прививках против полиомиелита;
- дети с ОВП, не имеющие полного курса вакцинации против полиомиелита (менее 3-х доз вакцины);
- дети с ОВП, прибывшие из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- дети с ОВП из семей мигрантов, кочующих групп населения;
- дети с ОВП, общавшиеся с мигрантами, лицами из числа кочующих групп населения;
- дети с ОВП, имевшие контакт с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- лица с подозрением на полиомиелит независимо от возраста.

3.2. В случае выявления больного ПОЛИО/ОВП медицинские работники организаций и частнопрактикующие медицинские работники обязаны в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и в течение 12 часов направить экстренное извещение установленной формы (№ 058/у) в орган, осуществляющий государственный санитарно-эпидемиологический надзор на территории, где выявлен случай заболевания (далее — территориальный орган, осуществляющий государ-

ственный санитарно-эпидемиологический надзор).

3.3. При получении экстренного извещения о случае ПОЛИО/ОВП в течение 24 часов специалисты территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют эпидемиологическое расследование. По результатам эпидемиологического расследования и осмотра больного неврологом (инфекционистом) заполняется 1 часть карты эпидемиологического расследования случаев ПОЛИО/ОВП в соответствии с формой, приведенной в приложении 2 к настоящим санитарным правилам.

3.4. Копии карт эпидемиологического расследования случаев ПОЛИО/ОВП по мере их заполнения (1 и 2 части) на электронных и бумажных носителях в установленном порядке представляются в Координационный центр профилактики полиомиелита и энтеровирусной (неполио) инфекции.

3.5. Учету и регистрации подлежат больные полиомиелитом или с подозрением на полиомиелит (без ограничения возраста), а также дети в возрасте до 15 лет, у которых выявлен синдром ОВП при любой нозологической форме заболевания. Регистрация и учет осуществляется в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (форма № 060/у) по месту их выявления в медицинских и иных организациях (дет-

ских, подростковых, оздоровительных и других организациях), а также территориальными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3.6. Территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, ежемесячно представляют в Координационный центр профилактики полиомиелита и энтеровирусной (неполио) инфекции (далее — Координационный центр) отчет о регистрации случаев ПОЛИО/ОВП по предварительным диагнозам и вирусологических исследований в соответствии с формой, представленной в приложении 3 к настоящим санитарным правилам.

3.7. Сведения о регистрации случаев ПОЛИО/ОВП на основании окончательных диагнозов, после их подтверждения Национальной Комиссией по диагностике полиомиелита и ОВП, вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения № 1 и № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (месячная, годовая).

3.8. Список подтвержденных случаев ПОЛИО/ОВП представляется органом, осуществляющим государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, в Координационный центр в установленные сроки в соответствии с формой, представленной в при-

ложении 4 к настоящим санитарным правилам.

IV. Мероприятия в отношении больных полиомиелитом, острыми вялыми параличами и носителей дикого вируса полиомиелита

4.1. Больной с подозрением на заболевание ПОЛИО/ОВП подлежит госпитализации в бокс инфекционного стационара. Перечень медицинских организаций, в которые госпитализируются больные ПОЛИО/ОВП определяют органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

4.2. В направлении на госпитализацию больного ПОЛИО/ОВП указываются: анкетные данные, дата заболевания, первоначальные симптомы заболевания, дата начала паралича, проведенное лечение, сведения о профилактических прививках против полиомиелита, о контакте с больным ПОЛИО/ОВП, о контакте с привитым ОПВ в течение 60 дней, о посещении эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), а также об общении с лицами, прибывшими из таких стран (территорий).

4.3. При выявлении больного ПОЛИО/ОВП проводится взятие двух проб фекалий для лабораторного вирусологического исследования с интервалом 24—48 часов. Пробы должны быть отобраны в возможно короткие

сроки, но не позднее 14 дня от начала пареза / паралича.

При подозрении на полиомиелит (в том числе ВАПП) проводят забор парных сывороток крови. Первую сыворотку отбирают при поступлении больного в стационар, вторую — через 2—3 недели.

В случае летального исхода заболевания в первые часы после смерти осуществляют забор секционного материала для лабораторных исследований.

Забор и доставку материалов для лабораторных исследований осуществляют в соответствии с установленными требованиями.

4.4. При подозрении на острый полиомиелит проводят исследование иммунологического статуса (иммунограмму) и электронной ромеографию.

4.5. Выписка из стационара переболевшего полиомиелитом, вызванным диким полиовирусом, допускается после получения однократного отрицательного результата вирусологического исследования.

4.6. В целях выявления остаточных параличей проводится осмотр больного ПОЛИО/ОВП через 60 дней от начала болезни (при условии, если паралич не восстановился ранее). Данные осмотра вносят в медицинскую документацию ребенка и во 2 часть карты эпидемиологического расследования случая ПОЛИО/ОВП в соответствии с формой, приведенной в приложе-

нии 2 к настоящим санитарным правилам.

4.7. Повторный осмотр и отбор проб фекалий для лабораторного исследования от больных полиомиелитом, в том числе ВАПП, проводят на 60 и 90 дни от начала пареза / паралича. Данные осмотра и результаты лабораторных исследований вносят в соответствующую медицинскую документацию.

4.8. Окончательный диагноз в каждом случае устанавливается комиссионно на основании анализа и оценки медицинской документации (истории развития ребенка, истории болезни, карты эпидемиологического расследования случая ПОЛИО/ОВП, результатов лабораторных исследований и других).

4.9. О подтверждении диагноза информируется медицинская организация, установившая первоначальный диагноз. Окончательный диагноз вносится в соответствующую медицинскую документацию больного и 3 часть карты в соответствии с формой, приведенной в приложении 2 к настоящим санитарным правилам.

4.10. Лица, перенесшие полиомиелит, подлежат иммунизации против полиомиелита инактивированной вакциной в соответствии с возрастом.

4.11. Носитель дикого штамма полиовируса (далее — носитель дикого полиовируса) изолируется в инфекционный стационар по эпидемическим показаниям — при наличии в семье детей, не

привитых против полиомиелита, а также лиц, относящихся к декретированным контингентам (медицинские работники, работники торговли, общественного питания, детских образовательных организаций).

Носитель дикого полиовируса при его выявлении подлежит трехкратной иммунизации вакциной ОПВ с интервалом между прививками 1 месяц.

Носители дикого полиовируса, посещающие организованные коллективы детей, или относящиеся к декретированному контингенту, — не допускаются в коллективы детей и к профессиональной деятельности до получения отрицательного результата лабораторных исследований на дикий полиовирус. Взятие материала для проведения вирусологических исследований у таких лиц осуществляется перед введением очередной дозы вакцины ОПВ.

V. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге, где выявлен больной ПОЛИО/ОВП

5.1. Специалист территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при выявлении больного ПОЛИО/ОВП или носителя дикого полиовируса проводит эпидемиологическое расследование, определяет границы эпидемического очага, круг лиц, общавшихся с больным ПОЛИО/ОВП, носителем дикого полиовируса и организует

комплекс санитарно-противо-эпидемических (профилактических) мероприятий.

5.2. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге ПОЛИО/ОВП проводят медицинские и другие организации под контролем территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.3. В эпидемическом очаге, где выявлен больной ПОЛИО/ОВП, проводят мероприятия в отношении контактных детей в возрасте до 5 лет:

- медицинский осмотр врачами — педиатром и неврологом (инфекционистом);
- ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 дней с регистрацией результатов наблюдения в соответствующей медицинской документации;
- забор одной пробы фекалий для лабораторного исследования (в случаях, предусмотренных пунктом 5.5);
- однократная иммунизация вакциной ОПВ (или инактивированной вакциной против полиомиелита — ИПВ — в случаях, предусмотренных пунктом 5.4) вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита.

5.4. Дети, не привитые против полиомиелита, однократно при-

витые вакциной ИПВ или имеющие противопоказания к применению вакцины ОПВ, — прививаются вакциной ИПВ.

5.5. Взятие одной пробы фекалий от детей в возрасте до 5 лет для лабораторного исследования в эпидемических очагах ПОЛИО/ОВП проводится в случаях:

- позднего выявления и обследования больных ПОЛИО/ОВП (позже 14 дня с момента появления паралича);
- неполного обследования больных ПОЛИО/ОВП (1 проба стула);
- при наличии в окружении мигрантов, кочующих групп населения, а также прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- при выявлении приоритетных («горячих») случаев ОВП.

5.6. Взятие проб фекалий у контактных детей до 5 лет для лабораторного исследования проводится до иммунизации, но не ранее 1 месяца после последней прививки против полиомиелита вакциной ОПВ.

VI. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге, где выявлен больной полиомиелитом, вызванным диким штаммом полиовируса или носитель дикого полиовируса

6.1. Мероприятия в очаге, где выявлен больной полиомиелитом, вызванным диким штаммом полиовируса, или носитель дикого

полиовируса, проводятся в отношении всех лиц независимо от возраста, имевших с ними контакт, и включают:

- первичный медицинский осмотр контактных лиц терапевтом (педиатром) и неврологом (инфекционистом);
- ежедневное медицинское наблюдение в течение 20 дней с регистрацией результатов наблюдения в соответствующей медицинской документации;
- однократное лабораторное обследование всех контактных лиц (перед проведением дополнительной иммунизации);
- дополнительную иммунизацию контактных лиц против полиомиелита в кратчайшие сроки, независимо от возраста и ранее проведенных профилактических прививок.

6.2. Организуется дополнительная иммунизация:

- взрослых, включая медицинских работников — однократно, вакциной ОПВ;
- детей в возрасте до 5 лет — согласно пункту 5.3 настоящих санитарных правил;
- детей в возрасте до 15 лет, прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), — однократно (при наличии сведений о прививках, полученных на территории Российской Федерации) или трехкратно (без сведений о прививках, при наличии прививок, проведенных в другой стране), — вакциной ОПВ;

— беременных женщин, не имеющих сведений о профилактических прививках против полиомиелита или не привитых против полиомиелита, — однократно вакциной ИПВ.

6.3. В популяции или на территории, где был выявлен больной полиомиелитом, вызванным диким полиовирусом (носитель дикого полиовируса), осуществляется анализ состояния привитости с организацией необходимых дополнительных противоэпидемических и профилактических мероприятий.

6.4. В очаге полиомиелита после госпитализации больного проводится текущая и заключительная дезинфекция с использованием дезинфекционных средств, разрешенных к применению в установленном порядке и обладающих вирулицидными свойствами, — в соответствии с инструкцией / методическими указаниями по их применению. Организация и проведение заключительной дезинфекции осуществляется в установленном порядке.

VII. Организация лабораторных исследований биологического материала от больных полиомиелитом, больных с подозрением на ПОЛИО/ОВП

7.1. От больного полиомиелитом, с подозрением на это заболевание и ОВП берут две пробы фекалий в максимально ранние сроки от момента возникновения пареза / паралича (но не позднее 14-го дня). Забор материала осуществляется медицинскими ра-

ботниками лечебно-профилактической организации, в которую госпитализирован больной. Первая проба фекалий берется в стационаре в день установления клинического диагноза, вторая — через 24—48 часов после взятия первой пробы. Оптимальный размер фекальной пробы 8—10 г, что соответствует величине двух ногтей большого пальца взрослого человека.

7.2. Отобранные пробы помещают в специальные пластиковые емкости с завинчивающимися пробками для забора фекальных проб и доставляют в Региональный центр по эпидемиологическому надзору за полиомиелитом и ОВП (далее — РЦ за ПОЛИО/ОВП) или в Национальную лабораторию по диагностике полиомиелита (далее — НЛДП) в зависимости от диагноза и классификации случая ОВП.

7.3. Доставка отобранных проб в РЦ за ПОЛИО/ОВП или в НЛДП должна быть осуществлена в течение 72 часов с момента взятия второй пробы. Хранение проб до отправки и при транспортировке осуществляется при температуре от 2 до 8 градусов С. В отдельных случаях, если доставка проб в вирусологическую лабораторию РЦ за ПОЛИО/ОВП или в НЛДП будет осуществлена в более поздние сроки, то пробы замораживают при температуре минус 20 градусов С и доставляют в замороженном виде.

7.4. Пробы доставляются с направлением на лабораторное исследование, которое составляется в 2 экземплярах в соответствии с формой, представленной в приложении 5 к настоящим санитарным правилам.

7.5. Территориальный орган, осуществляющий санитарно-эпидемиологический надзор, ответственный за отправку материала, заранее сообщает в РЦ за ПОЛИО/ОВП или в НЛДП о маршруте его отправления.

7.6. В НЛДП направляются для исследований биологические материалы из всех субъектов Российской Федерации в случаях, определенных пунктами 7.7—7.9 настоящих правил.

7.7. Для вирусологических исследований в НЛДП направляются пробы фекалий от:

- больных полиомиелитом (в том числе ВАПП), с подозрением на эти заболевания;
- больных с приоритетными («горячими») случаями ОВП;
- контактных в эпидемическом очаге с больным полиомиелитом (в том числе ВАПП), с подозрением на эти заболевания, с приоритетным («горячим») случаем ОВП.

7.8. Для идентификации вирусов в НЛДП направляются:

- изоляты полиовирусов, выделенных в пробах фекалий от больных полиомиелитом (в том числе ВАПП), ОВП, энтеровирусной (неполио) инфекцией, с подозрением на эти заболевания, а также от кон-

- тактных с ними в эпидемических очагах;
- изоляты прочих (неполио) энтеровирусов, выделенных в пробах фекалий от людей, сточной воды при возникновении эпидемической вспышки энтеровирусных инфекций (5—10 изолятов).

7.9. Для серологических исследований в НЛДП направляются парные сыворотки от больных полиомиелитом (в том числе ВАПП) и лиц с подозрением на эти заболевания.

7.10. В РЦ за ПОЛИО/ОВП для исследований направляются биологические материалы из субъектов Российской Федерации, прикрепленных к РЦ за ПОЛИО/ОВП.

7.11. В РЦ за ПОЛИО/ОВП проводят вирусологические исследования проб фекалий от:

- больных ОВП, с подозрением на это заболевание, а также от контактных с ними в эпидемическом очаге;
- детей из семей мигрантов, входящих в группы населения, лиц, прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- здоровых детей «групп риска» по эпидемическим показателям (при отсутствии возможности проведения исследования в территории).

7.12. В РЦ за ПОЛИО/ОВП проводят идентификацию не типизируемых штаммов энтеровирусов, выделенных из проб фекалий и сточной воды.

7.13. РЦ за ПОЛИО/ОВП обеспечивает доставку из территорий прикрепленных субъектов Российской Федерации (при отсутствии возможности отправки из субъекта самостоятельно) в Национальный центр по лабораторной диагностике полиомиелита проб фекалий, а также изолятов полиовирусов, прочих (неполио) энтеровирусов для проведения вирусологических исследований и идентификации.

7.14. В ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации проводят вирусологические исследования:

- проб фекалий от больных энтеровирусной (неполио) инфекцией, с подозрением на эти заболевания,
- здоровых детей из групп риска,
- проб сточной воды (в рамках эпидемиологического надзора, по эпидемическим показателям).

7.15. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации проводят серологические исследования напряженности иммунитета здоровых лиц из индикаторных групп в рамках серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиомиелиту.

7.16. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации обеспечивает доставку из прикрепленных территорий в РЦ за ПОЛИО/ОВП: — проб фекалий от больных ОВП или при подозрении на это

заболевание, от детей, контактных с ними в эпидемических очагах (при наличии показаний);

- проб фекалий от детей из семей беженцев, вынужденных переселенцев, кочующих групп населения, прибывших из неблагополучных (эндемичных) по полиомиелиту территорий;
- нетипируемых штаммов прочих (неполио) энтеровирусов.

7.17. При отсутствии в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации собственной лабораторной базы, неудовлетворительных показателях чувствительности эпиднадзора за ПОЛИО/ОВП осуществляется доставка в РЦ за ПОЛИО/ОВП:

- проб фекалий от здоровых детей «групп риска» по эпидемическим показаниям;
- проб сточной воды (по эпидемическим показаниям и в рамках оказания практической помощи);
- сывороток здоровых лиц для проведения серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиомиелиту (в рамках оказания практической помощи).

7.18. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации, выполняющие исследования материалов на полио- и энтеровирусы только ПЦР-методом (при отсутствии условий проведения вирусологических исследований) при выявлении РНК-энтеровируса в

пробах направляют исходные пробы в РЦ за ПОЛИО/ОВП для дальнейшей расшифровки.

VIII. Иммунизация детей против полиомиелита в плановом порядке и по эпидемическим показаниям

8.1. Иммунизация детей против полиомиелита осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, вакцинами, разрешенными к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

8.2. Регистрация, учет и отчетность о выполненных профилактических прививках ведется в соответствии с установленными законодательством требованиями.

8.3. Основными критериями оценки качества и эффективности плановой иммунизации против полиомиелита детей являются своевременность и полнота охвата иммунизацией в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок:

- не менее 95% от общего количества детей, подлежащих вакцинации в возрасте 12 месяцев;
- не менее 95% от общего количества детей, подлежащих второй ревакцинации в возрасте 24 месяцев.

8.4. Оценка качества и эффективности плановой иммунизации согласно критериям в субъекте Российской Федерации осуществляется на всех уровнях: в раз-

резе городов, районов, муниципальных образований, населенных пунктов, лечебно-профилактических, детских образовательных организаций, врачебных, фельдшерских участков.

8.5. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям проводится в индивидуальном порядке (отдельным лицам) и / или группам населения путем проведения кампаний по дополнительной иммунизации.

8.6. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям в индивидуальном порядке проводится:

- лицам в очагах полиомиелита и ОВП (в соответствии с п.5.3, 5.4 и 6.1, 6.2);
- лицам, выезжающим в эндемичные (неблагополучные) по полиомиелиту страны (территории), не привитым против этой инфекции, не имеющим сведений о прививках против полиомиелита, а также по требованию принимающей стороны; лицам, не привитым против полиомиелита, вне зависимости от возраста, рекомендуется сделать прививку не менее чем за 10 дней до выезда;
- детям в возрасте до 15 лет, прибывшим из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), не привитым против этой инфекции, а также не имеющим сведений о прививках против полиомиелита — иммунизация

против полиомиелита проводится однократно (по прибытии), последующие прививки проводятся в соответствии с национальным календарем профилактических прививок;

- детям в возрасте до 15 лет из семей мигрантов, кочующих групп населения, не привитым против этой инфекции, не имеющим сведений о прививках против полиомиелита — иммунизация против полиомиелита проводится однократно (по месту их выявления), последующие прививки проводятся по месту их проживания в соответствии с национальным календарем профилактических прививок;
 - лицам с отрицательными результатами серологического исследования уровня индивидуального иммунитета к полиомиелиту ко всем трем типам полиовируса или к одному из типов полиовируса — иммунизация проводится двукратно с интервалом в 1 месяц;
 - лицам, работающим с материалом, инфицированным или потенциально инфицированным «диким» штаммом полиовируса — однократно — при поступлении на работу, далее в соответствии с требованиями п. 8.7.
- 8.7. Лица, работающие в лаборатории и имеющие контакт с материалом, инфицированным или потенциально инфицированным «диким» штаммом полиовируса, каждые пять лет обследуют-

ся на напряженность иммунитета к полиовирусам, по результатам обследования решается вопрос о проведении дополнительной иммунизации.

8.8. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям на территории (в популяции) в виде кампаний дополнительной иммунизации проводится:

- на территории (в популяции), где выявлен завоз дикого полиовируса или циркуляция вакцинородственных полиовирусов;
- на территории (в популяции), где зарегистрирован случай полиомиелита, вызванный диким полиовирусом;
- на территории (в популяции), где выделен дикий полиовирус в материалах от людей или из объектов окружающей среды;
- на территории субъекта Российской Федерации (в городах, районах, населенных пунктах, медицинских организациях, на врачебных и фельдшерских участках, в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях) с низким (менее 95%) уровнем охвата прививками против полиомиелита детей в декретированные сроки: вакцинацией в возрасте 12 месяцев и второй ревакцинацией против полиомиелита в возрасте 24 месяцев;
- на территории субъекта Российской Федерации (в городах, районах, населенных пунктах,

на врачебных и фельдшерских участках, в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях) с низким (менее 80%) уровнем серопозитивных результатов серологического мониторинга отдельных возрастных групп детей при проведении репрезентативных исследований;

- на территории субъекта Российской Федерации (в городах, районах, населенных пунктах, на врачебных, фельдшерских участках, в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях) с неудовлетворительными качественными показателями эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами (отсутствие выявления ОВП в субъекте на протяжении 2 лет).

8.9. Дополнительная иммунизация против полиомиелита проводится в виде организованных кампаний иммунизации в масштабах всей страны (Национальные дни иммунизации), в отдельных субъектах Российской Федерации (Субнациональные дни иммунизации), на отдельных территориях (районах, городах, населенных пунктах, педиатрических участках и других) в дополнение к плановой иммунизации населения против полиомиелита и нацелена на определенную возрастную группу, независимо от вакцинального статуса. Дополнительная иммунизация против полиомиелита проводится в соответствии с постановлением Главного госу-

дарственного санитарного врача Российской Федерации, в котором определяются возраст подлежащих дополнительной иммунизации против полиомиелита, сроки, порядок и кратность ее проведения.

8.10. Дополнительная иммунизация на территории субъекта Российской Федерации, на отдельных территориях (районах, городах, населенных пунктах, медицинских организациях, педиатрических участках, фельдшерских пунктах, детских образовательных организациях) проводится в виде кампаний дополнительной иммунизации в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача субъекта Российской Федерации, которым определяются возраст подлежащих иммунизации против полиомиелита, сроки, место проведения (район, город, населенный пункт и другое), порядок и кратность ее проведения.

8.11. Иммунизация против полиомиелита по эпидемическим показаниям (дополнительная иммунизация) проводится вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 месяца после последней иммунизации против полиомиелита.

При совпадении сроков проведения иммунизации против полиомиелита детей по эпидемическим показаниям с возрастом, регламентированным национальным календарем профилак-

тических прививок, иммунизация засчитывается как плановая.

8.12. Сведения об иммунизации против полиомиелита по эпидемическим показаниям заносятся в соответствующую учетную медицинскую документацию.

8.13. Последующие профилактические прививки против полиомиелита детям проводят в соответствии с возрастом в рамках Национального календаря профилактических прививок.

8.14. Дополнительная иммунизация против полиомиелита ОПВ детей групп «риска» проводится независимо от срока прибытия, при выявлении, без проведения предварительного или дополнительного серологического исследования.

8.15. Отчет о проведении дополнительной иммунизации против полиомиелита детей по эпидемическим показаниям представляется по установленной форме и в установленные сроки.

8.16. Основными критериями оценки качества и эффективности дополнительной иммунизации против полиомиелита детей ОПВ является своевременность и полнота охвата прививками не менее 95% от общего количества детей, подлежащих дополнительной иммунизации.

IX. Мероприятия по профилактике вакциноассоциированных случаев полиомиелита (ВАПП)

9.1. Для профилактики ВАПП у реципиента вакцины:

— первые 2 вакцинации против полиомиелита проводят вакци-

ной ИПВ в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок, — детям до года, а также детям более старшего возраста, не получившим прививки против полиомиелита ранее; — детям, имеющим противопоказания к применению вакцины ОПВ, иммунизация против полиомиелита осуществляется только вакциной ИПВ в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок.

9.2. Для профилактики ВАПП у контактных с детьми, получившими прививку ОПВ, проводятся мероприятия в соответствии с пунктами 9.3—9.7 настоящих санитарных правил.

9.3. При госпитализации детей в стационар в направлении на госпитализацию указывают прививочный статус ребенка (количество сделанных прививок, дата последней прививки против полиомиелита и название вакцины).

9.4. При заполнении палат в медицинских организациях не допускается госпитализация не привитых против полиомиелита детей в одну палату с детьми, получившими прививку ОПВ в течение последних 60 дней.

9.5. В медицинских организациях, дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, летних оздоровительных организациях детей, не имеющих сведений об иммунизации против полиомиелита, не привитых

против полиомиелита или получивших менее 3 доз полиомиелитной вакцины, разобщают с детьми, привитыми вакциной ОПВ в течение последних 60 дней, на срок — 60 дней с момента получения детьми последней прививки ОПВ.

9.6. В детских закрытых коллективах (дома ребенка и других) в целях профилактики возникновения контактных случаев ВАПП, обусловленных циркуляцией вакцинных штаммов полиовирусов, для вакцинации и ревакцинации детей применяется только вакцина ИПВ.

9.7. При иммунизации вакциной ОПВ одного из детей в семье медицинский работник должен уточнить у родителей (опекунов), имеются ли в семье не привитые против полиомиелита дети, и при наличии таковых рекомендовать вакцинировать не привитого ребенка (при отсутствии противопоказаний) или разобщить детей сроком на 60 дней.

Х. Серологический мониторинг популяционного иммунитета к полиомиелиту

10.1. Проведение серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиомиелиту организуют территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический контроль, совместно с органами управления здравоохранением субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья населения в целях по-

лучения объективных данных о состоянии иммунитета населения к полиомиелиту в соответствии с действующими нормативными и методическими документами.

10.2. Результаты серологических исследований необходимо вносить в соответствующую учетную медицинскую документацию.

10.3. Отчет о проведении серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиомиелиту представляется в установленном порядке.

XI. Мероприятия, направленные на выявление завоза дикого полиовируса, циркуляции дикого или вакцинородственных полиовирусов

В целях своевременного выявления завоза дикого полиовируса, циркуляции вакцинородственных полиовирусов:

11.1. Территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют:

- периодическое информирование медицинских и других организаций о глобальной эпидемиологической ситуации по полиомиелиту;
- активный эпидемиологический надзор за ПОЛИО/ОВП в медицинских организациях;
- подворные (поквартирные) обходы по эпидемическим показаниям;
- дополнительные лабораторные исследования проб фекалий на полиовирусы отдельных групп населения;

- лабораторные исследования объектов окружающей среды;
- идентификацию всех штаммов полиовирусов, прочих (неполио) энтеровирусов, выделенных в пробах фекалий, из объектов окружающей среды;
- контроль выполнения требований санитарного законодательства по обеспечению биологической безопасности работы в вирусологических лабораториях.

11.2. Проводят дополнительные лабораторные исследования проб фекалий на полиовирусы у детей в возрасте до 5 лет:

- из семей мигрантов, кочующих групп населения;
- из семей прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- здоровых детей — выборочно (по эпидемиологическим показаниям согласно пункту 11.3 настоящих санитарных правил и в рамках надзора с целью слежения за циркуляцией энтерополиовирусов).

11.3. Эпидемиологическими показаниями для проведения лабораторных исследований проб фекалий здоровых детей на полиовирусы являются:

- отсутствие регистрации случаев ОВП в субъекте Российской Федерации в течение отчетного года;
- низкие показатели качества, эффективности и чувствительности эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП (вы-

явление менее 1 случая ОВП на 100 тысяч детей до 15 лет, позднее выявление и обследование случаев ОВП);

- низкие (менее 95%) показатели иммунизации против полиомиелита детей в декретированных группах;
- неудовлетворительные результаты серологического мониторинга популяционного иммунитета к полиовирусу (уровень серопозитивных результатов менее 80%).

11.4. Лабораторные исследования проводятся при выявлении указанных в пункте 11.2 контингентов детей независимо от срока их прибытия, но не ранее 1 мес. после последней иммунизации против полиомиелита ОПВ.

Организация и проведение лабораторных исследований проб фекалий, материала из объектов окружающей среды и их доставка в лабораторию осуществляются в соответствии с главой VII настоящих санитарных правил.

ХII. Мероприятия в случае завоза дикого полиовируса, выявления циркуляции вакцинородственных полиовирусов

12.1. В случае завоза дикого полиовируса, выявления циркуляции вакцинородственных полиовирусов, территориальные органы, осуществляющие государственный эпидемиологический надзор, совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граж-

дан проводят комплекс организационных и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на недопущение распространения инфекции.

12.2. Организуют эпидемиологическое расследование случаев заболеваний, подозрительных на полиомиелит, случаев выделения дикого полиовируса, вакцинородственных полиовирусов в пробах фекалий, материала из объектов окружающей среды с целью выявления возможного источника инфекции, путей и факторов передачи.

12.3. Проводят работу по выявлению не привитых против полиомиелита детей, не имеющих медицинских противопоказаний к прививке, и их иммунизацию в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

12.4. Организуют кампании дополнительной иммунизации в максимально короткие сроки. Рекомендуются проведение первого тура (раунда) иммунизации в течение четырех недель с момента выявления первого подтвержденного случая заболевания (носителя) полиомиелитом, вызванным диким или вакцинородственным полиовирусом, выявления циркуляции дикого полиовируса в объектах окружающей среды. Порядок проведения дополнительной иммунизации изложен в п.п. 8.8—8.16.

12.5. Принимают меры по усилению активного эпидемиоло-

гического надзора за ПОЛИО/ОВП, включая:

- расширение перечня объектов активного эпидемиологического надзора;
- проведение ретроспективного анализа историй болезни для активного выявления незарегистрированных больных с подозрением на ПОЛИО/ОВП;
- организацию подворных (поквартирных) обходов с целью выявления пропущенных случаев ОВП.

12.6. Проводят оценку степени риска распространения инфекции с учетом количества выявленных случаев, интенсивности миграционных потоков населения, количества детей, не имеющих прививок против полиомиелита, качественных показателей эпиднадзора за ПОЛИО/ОВП.

12.7. Расширяют контингенты населения для лабораторного исследования проб фекалий, увеличивают объем исследований.

12.8. Расширяют перечень объектов окружающей среды для лабораторных исследований, увеличивают объем исследований.

12.9. Усиливают контроль выполнения требований биологической безопасности работы в вирусологических лабораториях.

12.10. Организуют информирование медицинских работников и населения об эпидситуации и мерах профилактики полиомиелита.

XIII. Безопасность работы с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными диким полиовирусом

В целях предупреждения внутрилабораторной контаминации диким полиовирусом, попадания возбудителя в человеческую популяцию из вирусологических лабораторий, работы с материалами, инфицированными или потенциально инфицированными диким полиовирусом, или сохраняющих такие материалы, должны проводиться в строгом соответствии с требованиями биологической безопасности.

XIV. Слежение за циркуляцией полиовирусов в объектах окружающей среды

14.1. В целях слежения за циркуляцией полиовирусов в объектах окружающей среды (ООС) применяется вирусологический метод исследования материалов из ООС (сточные воды).

Исследования проводят вирусологические лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъектах Российской Федерации, РЦ за ПОЛИО/ОВП, НЛДП в плановом порядке и по эпидемическим показаниям.

14.2. При проведении плановых исследований объектами исследований являются сточные воды, образующиеся на территории, где осуществляется надзор в отношении определенных групп населения. Места отбора проб определяются совместно с представителями инженерной службы. В соответствии с поставленными целями

исследуют неочищенные сточные воды. Сточные воды, которые могут быть загрязнены производственными отходами, для исследований не отбираются.

14.3. Продолжительность плановых исследований должна составлять не менее одного года (оптимальный срок — 3 года), кратность сбора — не менее 2 проб в месяц.

XV. Организация государственного санитарно-эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами

15.1. Эпидемиологический надзор за ПОЛИО/ОВП проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с законодательством Российской Федерации.

15.2. Эффективность и чувствительность эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП определяется следующими показателями, рекомендуемыми Всемирной организацией здравоохранения:

- выявление и регистрация случаев ПОЛИО/ОВП — не менее 1,0 на 100 тыс. детей в возрасте до 15 лет;
- своевременность выявления больных ПОЛИО/ОВП (не позднее 7 дней от начала появления паралича) — не менее 80%;
- адекватность отбора проб фекалий от больных ПОЛИО/ОВП для вирусологического исследования (забор 2 проб не позднее 14 дней от начала заболевания) — не менее 80%;
- полнота лабораторных исследований проб фекалий от больных ПОЛИО/ОВП (2 пробы от одного больного) в РЦ за ПОЛИО/ОВП и НЦЛДП — не менее 100%;
- своевременность (не позднее 72 часов с момента взятия второй пробы фекалий) доставки проб от больных ПОЛИО/ОВП в РЦ за ПОЛИО/ОВП, НЦЛДП — не менее 80%;
- удельный вес проб фекалий, поступивших в лабораторию для исследования, отвечающих установленным требованиям (удовлетворительных проб) — не менее 90%;
- своевременность представления результатов лабораторией (не позднее 15 дня с момента поступления пробы при отрицательном результате исследования проб и не позднее 21 дня при положительном результате исследования) в учреждение, направлявшее пробы — не менее 90%;
- эпидемиологическое расследование случаев ПОЛИО/ОВП в течение 24 часов после регистрации — не менее 90%;
- повторный осмотр больных ПОЛИО/ОВП через 60 дней от начала паралича — не менее 90%;
- доля больных полиомиелитом, обследованных вирусологически на 60 и 90 дни от начала паралича — не менее 90%;
- окончательная классификация случаев ПОЛИО/ОВП через 120 дней от начала паралича — не менее 100%;

- своевременность представления в установленные сроки и в установленном порядке ежемесячной информации о заболеваемости ПОЛИО/ОВП (в том числе нулевой) — не менее 100%;
- своевременность представления в установленные сроки и в установленном порядке копий карт эпидемиологического расследования случаев заболеваний ПОЛИО/ОВП — не менее 100%;
- полнота представления в установленные сроки и в установленном порядке изолятов полиовирусов, прочих (неполио) энтеровирусов, выделенных в пробах фекалий от людей, из объектов окружающей среды, — не менее 100%.

15.3. Мероприятия по профилактике полиомиелита проводятся в рамках реализации Национального плана действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации, соответствующих планов действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса субъектов Российской Федерации и установленных требований федерального законодательства в сфере диагностики, эпидемиологии и профилактики полиомиелита.

15.4. План действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса субъекта Российской Федерации разрабатывают органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации

в области охраны здоровья граждан совместно с органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и утверждается в установленном порядке, с учетом конкретных местных условий, эпидемиологической ситуации.

В субъектах Российской Федерации ежегодно разрабатывается и утверждается план проведения активного эпидемиологического надзора за ПОЛИО/ОВП.

15.5. Документация о подтверждении свободного от полиомиелита статуса субъекта Российской Федерации готовится и представляется субъектом Российской Федерации в установленном порядке.

15.6. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан совместно с органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъектах Российской Федерации, создают Комиссии по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей (далее — Комиссия по диагностике).

15.7. При наличии в субъекте Российской Федерации лабораторий, сохраняющих дикий штамм полиовируса или работающих с материалом, потенциально инфицированным диким штаммом полиовируса, органом, осуществляющим санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, создается Комиссия по безопас-

ному лабораторному хранению диких полиовирусов.

Деятельность комиссий осуществляется в установленном порядке.

15.8. Оказание организационной и методической помощи субъектам Российской Федерации осуществляют национальные комиссии: Комиссия по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей, Комиссия по безопасному лабораторному хранению диких полиовирусов, Комиссия по сертификации ликвидации полиомиелита.

Организационная структура органов и организаций, осуществляющих реализацию Национального плана действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации, представлена в приложении 6 к настоящим санитарным правилам.

XVI. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики полиомиелита

16.1. С целью повышения санитарной грамотности проводится гигиеническое воспитание населения, которое включает в себя информирование об основных клинических формах, симптомах полиомиелита, мерах профилактики, глобальной ситуации о заболеваемости полиомиелитом, с привлечением средств массовой информации и выпуском средств наглядной агитации: листовок, плакатов, бюллетеней, а также проведением индивидуальных бесед.

16.2. Работу по организации и проведению информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан и организации здравоохранения, центры медицинской профилактики.

Приложение 1

Коды для окончательной классификации случаев заболеваний с синдромом острого вялого паралича

(в соответствии с Международной классификацией

болезней 10 пересмотра)

Код Заболевание

IFA МКБ10

Полиомиелит (код 1)

1 A80.x Острый полиомиелит

Полирадикулонейропатии (код 2)

2 G61.0 Синдром Гийена-Барре/

Острый (пост-)инфекционный полиневрит

2 G36 Другая форма острой диссеминированной демиелинизации

2 G37 Другие демиелинизирующие болезни ЦНС

Поперечный миелит (код 3)

3 G04.x Энцефалит, миелит и энцефаломиелит

3 G04.8 Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит/

Постинфекционный энцефалит и энцефаломиелит БДУ

3 G04.9 Энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный/
Вентрикулит (церебральный)
БДУ

3 G37.3 Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни ЦНС

Травматические нейропатии, другие мононейропатии (код 4)

4 G54 Поражения нервных корешков и сплетений

4 G56 Мононейропатии верхней конечности

4 G57 Мононейропатии нижней конечности

4 G58 Другие мононейропатии

4 S74.0 Травма седалищного нерва на уровне тазобедренного сустава и бедра

4 S74.1 Травма бедренного нерва на уровне тазобедренного сустава и бедра

4 S74.8 Травма других нервов на уровне тазобедренного сустава и бедра

4 S74.9 Травма неуточненного нерва на уровне тазобедренного сустава и бедра

Опухоль спинного мозга (острая компрессия спинного мозга, вызванная новообразованием, гематомой, абсцессом) или другие новообразования (код 5)

5 C41.2 Злокачественные новообразования позвоночного столба

5 C41.4 Злокачественное новообразование костей таза, крестца и копчика

5 C47.9 Злокачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы

5 C49.3-8 Злокачественные новообразования соединительной и мягких тканей грудной клетки/живота/таза/туловища/поражение, выходящее за пределы вышеуказанных локализаций

5 C70.1 Злокачественное новообразование оболочек спинного мозга

5 C79.4 Вторичное злокачественное новообразование других и неуточненных отделов нервной системы

5 D32.1 Доброкачественное новообразование оболочек спинного мозга

5 D42.1 Новообразование оболочек спинного мозга неопределенного или неизвестного характера

5 D16.6-8 Доброкачественные новообразования позвоночного столба / ребер, грудины и ключицы / тазовых костей, крестца и копчика

5 D48.0-2 Новообразование неопределенного или неизвестного характера других и неуточненных локализаций / костей и суставных хрящей / соединительной и других мягких тканей / периферических нервов и вегетативной нервной системы

5 D36.1 Доброкачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы

5 S24.1 Другие и неуточненные травмы грудного отдела спинного мозга

5 S34.4 Травма пояснично-крестцового нервного сплетения

5 G06.1 Внутрипозвоночный абсцесс и гранулема

Периферическая нейропатия вследствие инфекции (дифтерия, боррелиоз) или интоксикации (тикозы, укусы змей, отравления тяжелыми металлами (код 6))

6 T63.4 Токсический эффект от яда членистоногих (клещевой паралич)

6 G61.1-9 Сывороточная невропатия / Другие воспалительные невропатии /

Воспалительная невропатия неуточненная

6 G62.2-9 Полиневропатия, вызванная токсичными веществами /

Другие уточненные полиневропатии / Невропатия неуточненная

6 T56 Токсическое действие металлов

6 G35 Рассеянный склероз

Другие неспецифические неврологические заболевания (код 7)

7 G83.8 Другие уточненные паралитические синдромы / Паралич Тодда (постэпилептический)*

7 G60 Наследственная и идиопатическая невропатия

Системные заболевания или нарушения метаболизма, заболевания мышц или костей (код 8)

8 B75 Трихинеллез

8 M60.0 Инфекционный миозит

8 M60.1 Интерстициальный миозит

8 M61.1 Миозит оссифицирующий прогрессирующий / фибродисплазия

8 E80.2 Другие порфирии / наследственная копропорфирия

Параличи неизвестной этиологии или неизвестный диагноз (код 9)

9 G81 Гемиплегия*

9 G82.x Параплегия и тетраплегия*

9 G83.x Другие паралитические синдромы*

9 G83.0 Диплегия верхних конечностей*

9 G83.1 Моноплегия нижней конечности*

9 G83.2 Моноплегия верхней конечности*

9 G83.3 Моноплегия неуточненная*

9 G83.4 Синдром конского хвоста*

9 G72.8 Другие уточненные миопатии

9 R29.8 Другие и неуточненные синдромы и признаки, относящиеся к нервной и костно-мышечной системам

9 G64 Другие расстройства периферической нервной системы

Не ОВП (код 0)

0 G80.x Спастический церебральный паралич

0 G83.9 Паралитический синдром неуточненный

0 A87.0 Энтеровирусный менингит

0 G02.0 Менингит при вирусных болезнях

0 G03.0 Непиогенный менингит / небактериальный

0 G03.9 Менингит неуточненный / Арахноидит (спинальный) БДУ

0 G00.x Бактериальный менингит

Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита и острого вялого паралича

Часть 1. Расследование случая в течение 24 часов

ИДЕНТИФИКАЦИЯ												
Эпид №					Дата расследования							
							день	месяц	год			
Имя больного				Адрес								
Нас. пункт					Район				Область			
Дата рождения						Если дата рождения не известна — укажите возраст				Пол		
		день	месяц	год				мес.			М Ж	
РЕГИСТРАЦИЯ												
Дата регистрации случая в органах государственного здравоохранения												
							день	месяц	год			
Дата госпитализации больного												
							день	месяц	год			
Название ЛПУ					История болезни №							
Клинический диагноз					Врач (ФИО)							
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И СИМПТОМЫ												
Дата начала паралича												
							день	месяц	год			

Если больной умер, дата смерти			
	день	месяц	год
ПРИВИВОЧНЫЙ АНАМНЕЗ			
Есть ли у больного прививочная карта, доступная во время расследования	Да	Нет	Не изв.
Какой вакциной привит?	ОПВ	ИПВ	Комбинированная
Количество доз полиовакцины, полученных в ходе плановой иммунизации доз			Не изв.
Количество дополнительных доз ОПВ, полученных в ходе массовой иммунизации доз			Не изв.
Дата последней прививки			
	день	месяц	год
Укажите, если у больного были в анамнезе параличи, судороги или др. неврологические расстройства			
Укажите: паралич острый (т.е. быстро прогрессирующий)?	Да	Нет	Не изв.
Паралич вялый (т.е. атонический)?	Да	Нет	Не изв.
Если паралич не острый и не вялый, прекратите расследование. Диагноз:			
Если паралич острый и вялый, продолжайте расследование			
Была температура в начале заболевания (паралича)?	Да	Нет	Не изв.
Паралич асимметричный?	Да	Нет	Не изв.
Сколько дней прошло от начала паралича до полного его развития?		Дней	Не изв.

Место паралича:	Лев. нога	Да	Нет	Не изв.	Дыхат. мускулатура	Да	Нет	Не изв.
	Прав. нога	Да	Нет	Не изв.	Мышцы шеи	Да	Нет	Не изв.
	Лев. рука	Да	Нет	Не изв.	Мышцы лица	Да	Нет	Не изв.
	Прав. рука	Да	Нет	Не изв.	Другое (укажите)			
Паралич рук				проксим.	дистальный	Оба	Нет	Не изв.
Паралич ног				проксим.	дистальный	Оба	Нет	Не изв.
Пирамидные знаки						Да	Нет	Не изв.
Нарушение тазовых органов						Да	Нет	Не изв.
Расстройства чувствительности						Да	Нет	Не изв.
Походка паретическая						Да	Нет	Не изв.
Сухожильные рефлексы						Не изменены	Снижены	Отсутствуют
Изменения ликвора: цитоз белок						Да Да	Нет Нет	Не изв. Не изв.
Изменения на ЭНМГ (электронейромиографии)						Да	Нет	Не изв.
Выезжал ли больной в течение 30 дней до начала паралича в другой населенный пункт						Да	Нет	Не изв.
Если да, укажите: с					по			
		день	месяц	год		день	месяц	год
Если да, куда Страна Область			Район			Нас. пункт		

Были ли другие случаи параличей в окружении больного за последние 60 дней	Да	Нет	Не изв.
СБОР ОБРАЗЦОВ СТУЛА			
Дата взятия первого образца			
	день	месяц	год
Дата взятия второго образца			
	день	месяц	год
Расследование проводил	подпись		
Не забудьте провести осмотр больного не ранее чем через 60 дней после начала паралича и заполнить часть II формы расследования случая!			

Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита и острого вялого паралича

Часть II. Повторный осмотр через 60 дней

Эпид №		Дата повторного осмотра			
			день	месяц	год
Имя больного		Адрес			
Нас. пункт		Район		Область	
Был проведен осмотр через 60 дней?				Да	Нет
Если нет, почему? Другая причина (укажите):		Больной умер			
		Потерян для дальнейшего наблюдения			
Результаты осмотра (указать, есть ли остаточные параличи или нет)					
		Остаточные параличи	Нет остаточных параличей	Не изв.	

Результаты вирусологических исследований:			
полученных в региональном или Национальном центрах по лабораторной диагностике полиомиелита			
1 проба фекалий: 2 проба фекалий:			
Результаты серологических исследований:			
Окончательный клинический диагноз: (заполняется комитетом экспертов субъекта Российской Федерации)			
Мероприятия в очаге			
Количество контактных..... Из них детей до 5 лет.....			
Были собраны образцы фекалий у контактных?	Да	Нет	Не известно
Если “Да”, от скольких контактных были собраны образцы?	От контактных		
Количество вакцинированных контактных			
Медицинское наблюдение (даты)			
Осмотр контактных	здоров	ОВП	
Дезинфекция	проводилась	Не проводилась	
Осмотр проводил	Подпись		
Адрес			
Телефон			

Примечание: при подозрении на полиомиелит дополнительно представляется копия протокола клинического электронейромиографического исследования (ЭНМГ), результаты иммунограммы, серологического исследования, копия протокола заседания комиссии по диагностике полиомиелита субъекта Российской Федерации, копия акта расследования поствакцинального осложнения.

Руководитель управления Роспотребнадзора
ФИО

Дата заполнения отчета

Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита и острого вялого паралича

Часть III. Окончательная классификация случая (заполняется комиссией по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей)

Эпид №			Дата окончательной классификации			
				день	месяц	год
Имя больного		Адрес				
Нас. пункт		Район	Субъект России			
			Окончательная классификация случая		Подтвержден (полиомиелит)	
					Отменен (полиомиелит)	
			Вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП)			
			Возможно вакциноассоциированный паралитический полиомиелит			
			«Совместимый с полиомиелитом»			
Случай классифицирован на основании:			Выделения вакцинного полиовируса			
			Отсутствия дикого полиовируса в адекватных образцах стула			
			Неадекватных образцов стула			
			Остаточных параличей через 60 дней			
			Отсутствия остаточных параличей через 60 дней			
			Смерти в результате заболевания, «совместимого с полиомиелитом»			
			Потери для дальнейшего наблюдения			

Если подозрение на полиомиелит не подтвердилось, укажите окончательный клинический диагноз:
Комментарии:
Подпись председателя (эксперта) комиссии по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей

Эпидномер обозначается следующим образом:

- первые два знака обозначают год;
- третий, четвертый и пятый обозначают код субъекта Российской Федерации;
- шестой, седьмой, восьмой знаки обозначают код города, района внутри субъектов Российской Федерации;
- девятый, десятый и одиннадцатый знаки обозначают порядковый номер случая (больного).

Если образцы фекалий собраны от контактных с больным полиомиелитом, с подозрением на это заболевание или ОВП, следует использовать тот же эпидномер, что и у больного. Единственное различие заключается в том, что в конце добавляется К1 для обозначения первого контактного лица, К2 — второго контактного лица и т.д.

00--- 000 --- 000 --- 000 ---- КО

год

код субъекта Российской Федерации

код района или города внутри субъекта Российской Федерации

порядковый номер случая (больного)

номер контактного



Пример заполнения эпидномера:

1) 06-009-005-004

Этот эпидномер для четвертого больного, зарегистрированно-го в районе Новгородской области в 2006 г.

2) 06-059-011-003-К4

Этот эпидномер присвоен четвертому контактному лицу третьего больного, зарегистрированного в районе Челябинской области в 2006 г.

Эпидномер присваивается в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации, управлениях Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации при получении экстренного извещения на случай полиомиелита и ОВП и сопровождает все документы на этого больного или его окружение (направление на лабораторное исследование в вирусологическую лабораторию, Национальный центр по лабораторной диагностике полиомиелита, региональный центр эпиднадзора за Полио/ОВП, карту эпидемиологического расследования случая полиомиелита и ОВП и др.).

Коды субъектов Российской Федерации для присвоения эпидномера

001 Республика Карелия

002 Республика Коми

003 Архангельская область

004 Ненецкий автономный округ

005 Вологодская область

006 Мурманская область

007 г. Санкт-Петербург

008 Ленинградская область

009 Новгородская область

010 Псковская область

011 Брянская область

012 Владимирская область

013 Ивановская область

014 Калужская область

015 Костромская область

016 г. Москва

017 Московская область

018 Орловская область

019 Рязанская область

020 Смоленская область

021 Тверская область

022 Тульская область

023 Ярославская область

024 Республика Марий Эл

025 Республика Мордовия

026 Чувашская Республика

027 Кировская область

028 Нижегородская область

029 Белгородская область

030 Воронежская область

031 Курская область

032 Липецкая область

033 Тамбовская область

034 Республика Калмыкия

035 Республика Татарстан

036 Астраханская область

037 Волгоградская область

038 Пензенская область

039 Самарская область

040 Саратовская область

041 Ульяновская область

042 Республика Адыгея

043 Республика Дагестан

044 Ингушская Республика

045 Кабардино-Балкарская Республика

046 Карачаево-Черкесская Республика

047 Республика Северная Осетия

048 Чеченская Республика

049 Краснодарский край

050 Ставропольский край

051 Ростовская область

052 Республика Башкортостан

053 Удмуртская Республика

054 Курганская область

055 Оренбургская область

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 056 Пермский край | 071 Республика Хакасия |
| 058 Свердловская область | 072 Красноярский край |
| 059 Челябинская область | 075 Иркутская область |
| 060 Республика Алтай | 077 Забайкальский край |
| 061 Алтайский край | 079 Республика Саха (Якутия) |
| 062 Кемеровская область | 080 Еврейская автономная об- |
| 063 Новосибирская область | ласть |
| 064 Омская область | 081 Чукотский автономный ок- |
| 065 Томская область | руг |
| 066 Тюменская область | 082 Приморский край |
| 067 Ханты-Мансийский авто- | 083 Хабаровский край |
| номный округ | 084 Амурская область |
| 068 Ямало-Ненецкий автоном- | 085 Камчатский край |
| ный округ | 087 Магаданская область |
| 069 Республика Бурятия | 088 Сахалинская область |
| 070 Республика Тыва | 089 Калининградская область |

Приложение 3

**Ежемесячный отчет о регистрации полиомиелита
и острых вялых параличей и вирусологических
исследованиях на полио и энтеровирусы**

В _____ за _____ 20... года
(субъект Российской Федерации) (месяц)

1	Число зарегистрированных случаев острого вялого паралича (ОВП)	
2	Число случаев ОВП, по которым проведено эпидемиологическое расследование в течение 24 ч с момента регистрации	
3	Число случаев ОВП с 2-мя пробами стула, отобранными у больного для вирусологического исследования	
4	Число случаев ОВП, выявленных в первые 7 дней с момента возникновения ОВП	
5	Показатель числа случаев ОВП на 100 тыс. детей до 15 лет с нарастающим итогом	
6	Количество вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб фекалий	
7	Количество вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб сточной воды	
8	Количество выделенных штаммов, направленных на идентификацию в региональный центр эпиднадзора за ПОЛИО/ОВП и в Национальный центр по лабораторной диагностике ПОЛИО/ОВП для идентификации	
9	Результаты типирования	

Руководитель Управления Роспотребнадзора
по субъекту Российской Федерации
ФИО

Дата заполнения

Здоровье воспитанников детских садов и обучающихся школ под наблюдением медицинских работников

Бурыгина Т.Е.,

заведующий сектором дошкольного и специального (коррекционного) образования Департамента образования администрации г. Ноябрьска, г. Ноябрьск ЯНАО

Один из критериев при оценке показателей качества образования, предоставляемого образовательным учреждением населению, — уровень сохранности здоровья воспитанников и учащихся. Кто же защитит здоровье ребенка в детском саду, школе?

Медицинское обслуживание детей в детских садах нашего города осуществляет штатный медицинский персонал: врачи и медицинские сестры, в школах — фельдшеры, специально закрепленные органом здравоохранения, а именно детской поликлиникой. Необходимость иметь в дошкольном образовательном учреждении именно штатных медицинских работников обусловлена непосредственно спецификой работы детского сада. Основные направления в работе медицинского персонала предусматривают организацию в детском саду санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов, физического воспитания, лечебно-профилактичес-

кой работы, питания; диспансерное наблюдение за детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья; пропаганду здорового образа жизни; обучение гигиеническим навыкам детей, родителей и педагогов. Особое внимание в работе медработников уделяется адаптационному периоду при поступлении детей в детский сад. Медицинское наблюдение за детьми начинается с момента их поступления в дошкольное образовательное учреждение. Учитывая, что в основном болеют вновь поступившие дети, часть из них нуждается в специальных оздоровительных и некоторых лечебных мероприятиях. Эта группа детей выделяется и берется под особый контроль. Во всех дошкольных образовательных учреждениях для них создан щадящий режим, и при необходимости, с учетом назначений врача-педиатра, проводится оздоровление медикаментозными средствами, повышающими иммунитет.

Большое внимание уделяется профилактике заболеваний ОРВИ. В осенне-зимний период проводятся ультрафиолетовое облучение, витаминотерапия, закаливание. Хорошие результаты оздоровления отмечаются в детских садах, где наряду с оздоровительными мероприятиями проводится специфическое лечение по назначению педиатра, фтизиатра, дерматолога. В нашем городе дополнительные оздоровительные услуги оказываются в группах для ЧБД, детей с ранним проявлением туберкулезной интоксикации, аллергопатологией, группах компенсирующей и комбинированной направленности, детей с ограниченными возможностями здоровья. Это дети с задержкой психического развития, умственной отсталостью, нарушением опорно-двигательного аппарата (в том числе и с ДЦП), нарушением слуха, зрения, с аллалией, дизартрией, ранним детским аутизмом, аллергопатологией и др. Данная категория детей находится на психолого-медико-педагогическом сопровождении. Медицинские работники выполняют назначения врачей: физиопроцедуры, таблетирование, фитотерапия, бальнеолечение, медицинский массаж, ЛФК и др.

Интенсивные изменения в системе образования, инновационные процессы в российской школе делают актуальными и вопросы сохранения здоровья

школьников. Как подчеркнул Президент РФ Д.А. Медведев: «Именно в школьный период формируется здоровье человека на всю последующую жизнь. Перед системой образования поставлена конкретная задача — создать такие условия образования в школе, чтобы ребенку было «комфортно и психологически, и физически», чтобы к каждому учащемуся применялся «индивидуальный подход, минимизирующий риски для здоровья в процессе обучения»». Поэтому здоровье учащихся в школе продолжает находиться под контролем медицинских работников, которые являются штатными сотрудниками детской поликлиники. В двух школах города организована работа бассейнов. Занятия плаванием укрепляют аппарат внешнего дыхания ребенка, увеличивают жизненную емкость легких и объем грудной клетки, дети изучают технику спортивных способов плавания, что способствует тренировке правильного дыхания в воде. Медсестра по бассейну проводит осмотр детей перед каждым занятием, освобождает их от занятий при недомоганиях и жалобах на плохое самочувствие, наблюдает за состоянием детей во время занятий, контролирует санитарное состояние всех помещений бассейна и оборудования.

Проблема охраны здоровья школьников комплексно реша-

ется в МОУ СОШ № 2 — «Школа Здоровья». Здесь работают 14 специальных (коррекционных) классов, где обучаются дети с ограниченными возможностями здоровья, в том числе 27 детей-инвалидов. Медицинские кабинеты школы оборудованы новой техникой, что позволяет проводить оздоровительные процедуры по плану и своевременно. Врачи-офтальмологи ведут офтальмологические карты и карты офтальмологического наблюдения в классах охраны зрения. Медицинские работники обеспечивают физиотерапевтические процедуры (электрофорез, гальванизацию, ультразвук, УВЧ, дарсонвализацию, магнитотерапию, ингаляции, КУФ, общее УФО, диадинамерию, массаж), водо(души: Шарко, Шотландский, циркулярный, восходящий, подводный душ-массаж), свето-, теплечение, ароматерапию, предоставляются оздоровительные услуги сауны, кабинетов биологической обратной связи (офтальмологический, опорно-двигательный, по коррекции психоэмоционального состояния, логотерапевтический, кабинет БОС «Здоровье»), офтальмологические процедуры, проводят занятия лечебной физкультуры.

Под особой заботой медицинских работников находятся учащиеся специальной (коррекционной) школы II, VIII видов. Это дети с разной степенью умственной отсталости, из них 62% —

дети-инвалиды. Если психическое состояние ребенка устойчиво и нет острой необходимости помещать его в лечебное учреждение, медицинская помощь оказывается непосредственно в школе. Как правило, по назначению врача-психиатра медицинские работники школы проводят медикаментозное лечение, состоящее из двух групп препаратов: общеукрепляющих и ноотропов. В первую группу входят витаминные препараты и биостимуляторы, т.е. медикаменты, улучшающие обмен веществ. Ноотропы влияют на обменные процессы непосредственно в нервных клетках и, как следствие, на психическое развитие ребенка. Стимулирующие препараты иногда комбинируются с успокаивающими, благодаря чему ребенок становится более уравновешенным, у него улучшаются внимание, память, что положительно сказывается на его обучении. Кроме медикаментов используются физиотерапевтические процедуры, оказывающие успокаивающее действие. Медицинские работники стремятся поддерживать здоровье учащихся и четко организованным охранительным режимом дня.

Ежемесячно средний медицинский персонал образовательных учреждений проводит контроль за всеми формами физического воспитания детей, физкультурными занятиями (уроками) в детском саду — утренней гимнасти-

кой, подвижными играми, закаливанием. По итогам контроля педагогам даются рекомендации по вопросам физического развития с учетом состояния здоровья. Наличие достаточной двигательной активности, закаливание, физкультурные занятия, организация санитарно-гигиенического режима, качественно организованное питание, лечебно-профилактическая работа положительно повлияли на состояние здоровья детей.

Результаты работы медицинских работников МДОУ «Аленький цветочек» получили положительную оценку (2-е место) в окружном конкурсе медицинских кабинетов, который проходил в рамках окружной акции «За здоровый образ жизни» — «Неболейка». По итогам окружного конкурса «Школы здоровья» в Ямало-Ненецком автономном округе: содействовать здоровью — повышать качество жизни» дипломом II степени награждены общеобразовательная школа № 2 и дипломом III степени — общеобразовательная школа № 3.

Оказываемые детям медицинские услуги регламентированы лицензиями на медицинскую деятельность. Образовательными учреждениями пролицензировано от трех до десяти видов медицинской деятельности в зависимости от того, какие дети находятся в образовательном учреждении и какая медпомощь им должна оказываться при сопровождении

образовательного процесса. В большинстве образовательных учреждений, в соответствии с предоставляемыми медицинскими услугами, пролицензирована медицинская деятельность на оказание доврачебной и амбулаторно-поликлинической помощи по педиатрии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии. В образовательных учреждениях, которые оказывают специализированную медицинскую помощь («МДОУ «Аленький цветочек», «Ручеек», «Лукоморье», «Колокольчик», МОУ СОШ № 2, С(К)ОШ и др.), пролицензирована меддеятельность по психиатрии, неврологии, офтальмологии, травматологии и ортопедии, фтизиатрии, медицинскому массажу, стоматологии, диетологии.

Медицинское сопровождение образовательного процесса в детских садах и школах существенно и положительно влияет на укрепление здоровья детей. И, несомненно, важно, чтобы каждый день с дошкольниками и школьниками находились медицинские работники, которые знают ребенка с первого шага в детский сад, его историю развития, показания и противопоказания и в питании, и в образовательном маршруте, и в медицинских назначениях. Ведь только совместные усилия врачей, педагогов и родителей позволят кардинально изменить ситуацию с неуклонно ухудшающимся здоровьем детей и подростков.

Уважаемые коллеги!

Подготовка журнала в печать — длительный процесс, требующий слаженной работы целого творческого коллектива. Чем лучше подготовлен материал, тем больше шансов, что он будет издан. У нас приняты требования к предоставляемым рукописям.

1. В начале даются: *название статьи, информация об авторах* (фамилия, имя, отчество, место работы и должность без сокращений и аббревиатур, ученая степень и ученое звание (если есть), домашний адрес (с индексом), e-mail и телефон); *список ключевых слов* (не более 5—6); *краткая аннотация статьи* (не более 3—4 предложений).

2. *Текст и таблицы* в формате Microsoft Word; шрифт Times New Roman, размер шрифта — 12; межстрочный интервал — 1,5; поля с каждой стороны — 2 см; отступы и интервалы — 0; отступ первой строки — 0,5.

3. *Графики и диаграммы* создаются средствами Microsoft Excel, *рисунки и фотографии* предоставляются отдельными файлами в формате TIF, JPEG (разрешение 300 dpi — для цветных, 600 dpi — для черно-белых).

4. Таблицы и графические объекты нумеруются, снабжаются заголовками и вставляются в текст после ссылки на них. Если необходимо, даются подписанные подписи и условные обозначения.

5. 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). При наличии стихотворений (прозы) других авторов обязательно ссылка на автора (ФИО).

6. Список литературы приводится в алфавитном порядке с указанием фамилии и двух инициалов автора, полного названия, места и года публикации, номера страницы. Ссылки в тексте статьи указываются в скобках: номер книги или статьи из списка и номер страницы (например: [2, с. 27]). Постраничные сноски нежелательны.

7. При ссылке на официальные нормативные документы указываются вид документа, принявший орган, дата и номер принятия, название. Допускаются ссылки только на действующие нормативные документы.

8. Объем материала — от 5 до 15 страниц. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать материал в соответствии с концепцией журнала.

9. *На последней странице статьи заполните анкету автора.*

Анкета автора журнала

Фамилия, имя, отчество (полностью); дата рождения (число, месяц, год); место работы, должность; ученая степень, ученое звание; домашний адрес (с индексом), телефон, e-mail; паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан); ИНН и номер страхового пенсионного свидетельства.

ВАЖНО! Представление в редакцию работ, отправленных на рассмотрение или опубликованных в других изданиях, не допускается и преследуется по закону!



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

Не забудьте подписаться на наши журналы!

2012 2-е полугодие

Комплект:

«Управление ДОУ» с приложением;

Журналы:

«Методист ДОУ»,

«Инструктор по физкультуре»,

«Медработник ДОУ»;

Рабочие журналы для ДОУ

(восемь наименований)

Индексы в каталогах

Роспечать

Пресса
России

Почта
России

36804

39757

10399

(без
рабочих
журналов)

(без
рабочих
журналов)

Подписка только
в 1-м полугодии

«Управление ДОУ» с приложением

82687

«Управление ДОУ»

80818

«Медработник ДОУ»

80553

42120

«Инструктор по физкультуре»

48607

42122

«Воспитатель ДОУ» с библиотекой

80899

39755

10395

«Воспитатель ДОУ»

58035

«Логопед» с библиотекой

18036

39756

10396

и учебно-игровым комплектом

«Логопед»

82686

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**

36804, 80899, 18036 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам «РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ», «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!

Детское ожирение — диагностика, лечение и профилактика
Промедление — смерти подобно (вопросы профилактики бешенства)

Корь как актуальная проблема заболеваемости в наши дни

Развитие двигательной-координационной активности у дошкольников с общим недоразвитием речи

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, по тел.: (495) 656-75-05 или по **E-mail**: sfera@cnt.ru. Журналы предыдущих лет издания можно приобрести по 15 руб. за экземпляр в нашем Центре образовательной книги.



МЕДРАБОТНИК ДОУ
2012, № 4 (32)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Журнал издается с 2008 г.

**Выходит 8 раз в год: с февраля по май,
с сентября по декабрь**

Учредитель и издатель
Т.В. Цветкова

Главный редактор
Л.В. Макарова

Научный редактор
Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор
Н.А. Зайченко

Оформление, макет
С.Н. Гамзиной

Дизайнеры обложки
В. Чемякин, Е.В. Кустарова

Корректоры
Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

Фото на обложке
Е.В. Кустарова

Точка зрения редакции может не совпадать с мнениями авторов. Ответственность за достоверность публикуемых материалов несут авторы. Редакция не возвращает и не рецензирует присланные материалы.

При перепечатке материалов и использовании их в любой форме, в том числе в электронных СМИ, ссылка на журнал **«Медработник ДОУ»** обязательна.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия
Свидетельство ПИ № ФС 77-28788 от 13 июля 2007 г.

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553,
36804 (в комплекте);

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Адрес редакции:

129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

Почтовый адрес:

129626, Москва, а/я 40.

E-mail: 123@tc-sfera.ru; www:tc-sfera.ru

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 10.04.12. Формат 60×90¹/₁₆. Усл. печ. л. 8,0. Тираж 6000 экз.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2012

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2012

© Т.В. Цветкова, 2012

