



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного Образовательного Учреждения



Охрана здоровья детей в ДОУ
Твери и Тверской области

Качество питьевой воды и
стоматологическая заболеваемость
дошкольников

Закаливание дошкольников
в летний период

Психосексуальное развитие детей

Заболеваемость дошкольников
при дисбактериозах кишечника

Противоэпидемические мероприятия
в загородных учреждениях

№ 2/2008

МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного
Образовательного
Учреждения

Содержание

2008, № 2

Колонка редактора	3
Гость номера А.Ф. Виноградов	4

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

Ахметзянов И.М. Шум: его влияние на организм дошкольников и гигиеническая регламентация	10
---	----

Рациональное питание

Давыдов Б.Н. и др. Качество питьевой воды и стоматологическая заболеваемость дошкольников	18
---	----

Физическое воспитание

Ямщикова Н.Л. Использование естественных природных факторов при закаливании в летний период	21
---	----

Гигиеническое воспитание

Александров В.Н., Шабалов Н.П. Актуальность преподавания основ гигиены детства для военных врачей	30
---	----

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

Щеглов Л.М. Психосексуальное развитие личности	36
---	----

Неинфекционные заболевания

Ревнова М.О. Целиакия: медико-социальные вопросы	43
Валиева Г.Н., Батыршин Р.А. Дакриоциститы детского возраста: диагностика, лечение	47

Инфекционные заболевания*Федотова Т.А., Сергеева С.Ф.*Частота и характер заболеваемости детей
при различных видах дисбактериоза кишечника 51**Неотложка***Танчук М.И.*

Ядовитые растения — ингибиторы синтеза белка 57

*Жуков С.В., Королюк Е.Г.*Методика проведения сердечно-легочной
реанимации на догоспитальном этапе 62**ПЕДАГОГИКА****Оздоровительная работа***Роненсон О.Д., Роненсон А.М.*Здоровьесберегающие технологии при подготовке
ребенка к школе 74**Развитие ребенка***Алексеева Ю.А.*Социальное развитие и особенности воспитания
детей дошкольного возраста 80**Экология и валеология***Марчук С.Н.*Использование международного опыта в работе
по экологическому воспитанию дошкольников 87**Педагогическая копилка***Звездина М.Л., Арцев М.Н., Серая Т.В.*Формирование здоровья детей — забота
педагогов и медиков 92**АКТУАЛЬНО****Нормативные документы**Официальные документы Роспотребнадзора,
изданные в I квартале 2008 г. 96Обращение депутатов Законодательного
Собрания Вологодской области 107**Медицинский кабинет***Иванов А.А.*Профилактика инфекционных и паразитарных
заболеваний в загородных учреждениях 109**Горжусь профессией своей**Итоги Всероссийского конкурса «Лучший
врач 2007 года» 123**Самообразование***Акопов Э.С.*О состоянии детских дошкольных
образовательных учреждений в Тверской области ... 124**Анонс** 128

Уважаемые коллеги!

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» предполагает развитие первичного медицинского звена, усиление профилактической направленности здравоохранения, смещение акцентов на сохранение и укрепление здоровья человека. «*Venienti occurrere morbo*» — предупреждайте приближающуюся болезнь» — говорили в античные времена, поскольку знали, что болезнь значительно легче предупредить, чем лечить.

При подготовке к печати второго номера журнала мы обсуждали проблемы охраны здоровья дошкольников в кругу коллег из Твери. По мнению известного отечественного педиатра Анатолия Федоровича Виноградова, организованное детство должно быть счастливым в системе «Государство — ДОУ — Семья», а счастливым человек может стать, если он здоров, образован (в том числе культурен), свободен, обладает материальной и правовой защитой. Наш коллега считает, что в системе общечеловеческих ценностей ведущей позицией является здоровье во всех его четырех вариантах: физическое (соматическое), психическое, репродуктивное и психосексуальное. Это предопределяет громадную роль ДОУ в формировании здоровья нации, поскольку ни в каком ином учреждении нет таких преимуществ для целенаправленного формирования личности человека будущего. Только в ДОУ имеется уникальная возможность сопряжения программ формирования здоровья на индивидуальном, когортном и частично популяционном уровне.

Наше издание адресовано собственно медицинским работникам ДОУ, осуществляющим лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в организованных коллективах дошкольников. Крайне важно также дать возможность поделиться своими знаниями и опытом в сфере здоровьесбережения практическим педагогам, теоретикам и организаторам в области дошкольного образования.

Во втором номере журнала представлены, в основном, материалы тверской медицинской научной школы. Редакционная коллегия приглашает заинтересованных специалистов присылать статьи для публикации. Обращаем внимание авторов и читателей на то, что теперь ознакомиться с материалами и дать им свою оценку можно на нашем сайте: www.mrdou.ru.

С уважением, редакция

Гость номера

Виноградов Анатолий Федорович

заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ,
д-р мед. наук, профессор, Тверская государственная
медицинская академия

Особенности полувекового развития тверской научно-педагогической педиатрии

Истоки организации и развития тверской научно-педагогической педиатрии являются составной частью развития Тверской государственной медицинской академии, зародившейся на берегах Невы, где 1 сентября 1902 г. в Санкт-Петербурге была открыта зубоврачебная школа (курсы И.А. Пашутина) — прародительница Ленинградского стоматологического института, переведенного в 1954 г. в г. Калинин и развернувшего на тверской земле два факультета: стоматологический и лечебный. Кафедра детских болезней была открыта в 1957 г. как научно-педагогическое подразделение Калининского государственного медицинского института [1].

В становлении кафедры детских болезней за истекший полувековой период четко просматриваются три этапа развития:

- 1) начальный (1957—1969);
- 2) оптимальной стабилизации (1969—1988);
- 3) динамичного развития (1988—2007).

Открытие кафедры детских болезней — важнейшее событие для тверской педиатрии и всей службы детства и родовспоможения, так как впервые за всю ее многолетнюю историю было оказано нарастающее научно-педагогическое влияние, существенно изменившее и наполнившее новым содержанием деятельность лечебно-профилактических подразделений здравоохранения и отдельных врачей.

Начальный период развития кафедры детских болезней (1957—1969) определялся личностью ее основателя и вдохновителя — профессора Е.Д. Беляевой — ученицы известного российского педиатра А.А. Киселя. С первых шагов становления кафедру возглавила опытный профессор, представитель московской медицинской школы (Московский НИИ педиатрии), умный, энергичный и высокоинтеллигентный человек, прекрасный организатор, педагог и врач, исключительно творческая личность [2].

Основные направления деятельности кафедры на первом этапе — организационная и методическая работа, так как становление кафедры протекало в трудных условиях: при дефиците кадров высококвалифицированных преподавателей, дефиците учебных аудиторий, необходимости заново буквально «с нуля» создавать методическое обеспечение учебного процесса и материальную базу кафедры. В создавшейся обстановке приходилось решать вопросы совместной работы с органами здравоохранения, создавать традиции и стиль работы кафедры, направленный на сопряжение интересов обучения и интересов больного, на приоритеты медицинского обеспечения детской популяции, всестороннее повышение квалификации практикующих врачей-педиатров, в большинстве своем окончивших лечебный (и даже стоматологический!) факультет.

Елизавета Дмитриевна нашла оптимальный вариант для более быстрого повышения квалификации врачей, оригинально построив деятельность областного научно-практического общества детских врачей, которое она возглавила. Это было первое научное медицинское общество в области, которое имело несколько секций и филиалы в районах, где ежегодно проводились выездные пленарные заседания с непременным участием

председателя как первого профессора-педиатра на тверской земле.

Научное лицо кафедры определялось актуальными проблемами, стоявшими перед здравоохранением: ревматизм, острые кишечные инфекции, токсикозы, заболевания почек, туберкулез. Успешное завершение первых диссертационных работ позволило ректору выделить для кафедры ставку доцента и четыре ставки ассистентов.

Первым доцентом на кафедре стала канд. мед. наук О.С. Культепина, приехавшая (а точнее, возвратившаяся на родину) в Тверь вместе с профессором Е.Д. Беляевой из Московского НИИ педиатрии, а ассистентами были кандидаты мед. наук И.Б. Полежаева, Н.М. Нечаева, Г.К. Грязнова, Н.А. Эльцберг.

Второй этап (1969—1988) — позитивной стабилизации — связан с именем бессменного соратника профессора Е.Д. Беляевой доцентом О.С. Культепиной, избранной на должность заведующей кафедрой детских болезней.

В 1971 г. О.С. Культепина защитила докторскую диссертацию по проблеме острого гломерулонефрита и вскоре стала профессором. Ольга Сергеевна обладала большим педагогическим мастерством, что особенно проявлялось при чтении лекций, отличавшихся простотой изложения, глубоким содержанием, вызывавшим интерес не

только у студентов, но и у опытных специалистов, была прекрасным врачом, достойно продолжившим дело профессора Е.Д. Беляевой.

Перед профессором О.С. Культепиной встали серьезные задачи:

- завершить формирование кафедр;
- продолжить подготовку высококвалифицированных научно-педагогических кадров;
- внести существенные коррективы в подготовку врачей-педиатров для нивелирования большого кадрового дефицита детских врачей области;
- стабилизировать основные направления деятельности кафедр;
- расширить материальную базу кафедр.

Семидесятые годы XX в. на кафедре детских болезней прошли под знаком укрепления учебного процесса, поиска собственного лица коллектива в методике преподавания и воспитания студентов и ординаторов. Вскоре учебный процесс удовлетворял самым строгим требованиям, в чем немалая заслуга доцента Инны Борисовны Полежаевой, бессменного завуча и заместителя зав. кафедрой до 2004 г., прекрасного специалиста, первого представителя тверской научно-педагогической педиатрии, удостоенного звания «Заслуженный врач РФ». Кафедра успешно решила задачу интенсивной подготовки вра-

чей-педиатров, открыв в 1978 г. субординатуру по педиатрии, что позволило за 25 лет подготовить более 300 врачей-педиатров.

На втором этапе научное лицо кафедры определялось теми же задачами практического здравоохранения, т.е. была продолжена линия профессора Е.Д. Беляевой и подготовлены одна докторская и пять кандидатских диссертаций. К 1988 г. коллектив кафедры включал уже восемь сотрудников: зав. кафедрой — профессор О.С. Культепина, доцент И.Б. Полежаева, ассистенты кандидаты мед. наук — Н.М. Нечаева, Г.Д. Чекалова, Г.К. Грязнова, А.В. Ефимов, Л.М. Чернина, В.В. Шкворова.

В 1988 г. начался третий этап развития кафедры детских болезней, когда заведующим кафедрой стал профессор Анатолий Федорович Виноградов, до этого работавший в аналогичной должности в г. Тюмени. Этап динамичного развития кафедры (1988—2007) был инспирирован ректором вуза и областной администрацией, мечтавшей об открытии в Твери педиатрического факультета для кардинального решения кадровой проблемы.

Перед новым заведующим кафедрой ректор КГМИ профессор Б.Н. Давыдов поставил две задачи:

- принять активное участие в организации педиатрического факультета;

— совместно с органами здравоохранения принять все меры для улучшения показателей здоровья детской популяции, особенно показателя младенческой смертности (1987 г. — 22,6 %).

К 1988 г. кафедра детских болезней представляла собой сильный, дружный, сплоченный, многоопытный коллектив, каждый педагог которого мог сделать квалифицированно все, что входило в его компетенцию. О силе коллектива говорит тот факт, что такие преподаватели, как И.Б. Полежаева, Н.М. Нечаева, Г.Д. Чекалова могли возглавить аналогичные кафедры в других городах страны.

Была разработана стратегия действий на основе принципов программно-целевого планирования. Цель — формирование оптимального уровня здоровья детей. Именно поэтому при разработке «Региональной программы охраны здоровья женщин и детей, снижения младенческой смертности в Тверской области до 2010 года» основывались на том, что эта программа должна быть региональной, комплексной, долговременной, перманентной, научно обоснованной, научнообеспеченной, финансово подкрепленной.

За последние 15 лет было защищено учеными педиатрического профиля восемь докторских и более 40 кандидатских диссертаций, в которых выявлялись существенные закономерности

объективизации комплексной оценки индивидуального здоровья, роли критических периодов детства в формировании здоровья, проблемы малых аномалий развития, гендерные различия в формировании здоровья и течения заболеваний, проблемы гемонкологии; глубоко изучались нюансы вегетологии (диагностики и коррекции), проблемы ранней диагностики инфекционных заболеваний и особенности формирования здоровья при инфекционном мононуклеозе. Этим проблемам были посвящены докторские диссертации молодых и перспективных ученых С.Ф. Гнусаева (1996), А.А. Курочкина (1999), С.М. Кушнина (2000), Ю.А. Алексеевой (2003), М.А. Борисовой (2003), Е.Л. Кривошеиной (2004), Л.К. Антоновой (2005), В.П. Пархоменко (2006).

Задания ректора были выполнены: в 1989 г. был открыт педиатрический факультет, а в 1995 г. состоялся первый выпуск врачей-педиатров. В настоящее время около 1500 выпускников педфака трудятся на тверской земле и в различных регионах России.

На третьем этапе своего развития кафедра детских болезней проделала последовательно три стадии развития и перестройки: — предварительная стадия (1988—1989), сопровождавшаяся консолидацией сил, разработкой и утверждением стратегии; — стадия интеграции (1990—1996), характеризующаяся мак-

симальным развитием как факультетобразующей кафедры; — стадия дезинтеграции (1996—2007), для которой характерно было выделение и усиление новых образующихся кафедр.

Начиная с 1996 г., возникло несколько новых кафедр педиатрического профиля на разных факультетах: педиатрии педиатрического факультета (зав. кафедрой — профессор С.Ф. Гнусаев), педиатрии факультета последиplomного образования (профессор С.М. Кушнир), поликлинической педиатрии (профессор Ю.А. Алексеева), детских инфекционных болезней (д-р мед. наук В.П. Пархоменко) и детских болезней лечебного и стоматологического факультетов.

С организацией кафедры детских инфекционных болезней в 2007 г. завершилась стадия ее дезинтеграции, и она вновь обрела свою прежнюю сущность. Циклические изменения структуры и функции кафедры детских болезней подчинялись диалектическому закону «отрицанию отрицания». Тезис (исходная кафедра) — антитезис (интегративная кафедра) — синтез (исходная кафедра, но на более высоком организационном и методическом уровне). Более высокий уровень определялся и существенным укреплением научно-педагогического процесса, более сильным методическим оснащением кафедры, укреплением кадрового потен-

циала (60% состава работают над докторскими диссертациями), качественная структура научно-педагогических кадров превышает 50%.

За истекшие 20 лет только практическими врачами данной научной группы были выполнены одна докторская и девять кандидатских диссертаций, в том числе три кандидатские диссертации — руководителем и главными специалистами службы детства и родовспоможения (Л.К. Самошкина, С.М. Кушнир, Э.С. Акопов).

Заключение

Кафедра детских болезней отмечает 50-летний юбилей своей деятельности. Ее судьба и этапы развития определились существующими тенденциями общества, потребностями тверской земли, показателями здоровья популяции. Этапы ее развития: начальный, позитивной стабилизации и динамичного развития (революционного взрыва) были характерны для вузообразующих кафедр, медицинских академий (университетов) страны.

Литература

1. Давыдов Б.Н., Улупова Г.А. Тверская государственная медицинская академия — 70 лет. Тверь, 2007.
2. Культепина О.С., Виноградов А.Ф. История охраны здоровья детского населения Тверской области. Тверь, 1999.



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

Профильные журналы — неотъемлемая составляющая профессиональной работы любого специалиста. Они не только знакомят с опытом практиков, размышлениями и теоретическими выкладками ученых, нормативными и правовыми документами, но и являются своеобразными «клубами» по интересам.

Приглашаем Вас в наши «клубы» и как творческих читателей, авторов, и как просто сочувствующих общему делу.

Наименование издания

Индекс в каталоге

«Роспечать»

«Управление ДОУ»	80818
«Управление ДОУ» + Приложение	82687
«Управление ДОУ» + Комплект: Приложение к журналу, «Медработник ДОУ», «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре»	36804
«Воспитатель ДОУ»	58035
«Воспитатель ДОУ» + Приложение	80899
«Логопед»	82686
«Логопед» + «Конфетка» + Библиотека журнала «Логопед»	18036
«Конфетка»	36803
«Медработник ДОУ»	80553

Для того чтобы подписаться на **все издания** для вашего учреждения, вам потребуется **всего три индекса:**

36804, 80899, 18036

Подписаться на наши издания можно по каталогу «РОСПЕЧАТЬ»
с любого месяца в любом почтовом отделении.

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их по почте наложенным платежом **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, **по E-mail:** sfera@cnt.ru, в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

Шум: его влияние на организм дошкольников и гигиеническая регламентация

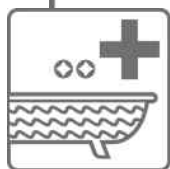
Ахметзянов И.М.,
д-р мед. наук, профессор,
Законодательное Собрание Санкт-Петербурга

Шум занимает ведущее место среди физических факторов окружающей среды, негативно влияющих на санитарно-эпидемиологическую обстановку и экологическое состояние, и включенных в официальный перечень вредных и/или опасных факторов труда.

В соответствии с официальными данными Роспотребнадзора сверхнормативному воздействию шума, инфра- и ультразвука в России подвергается примерно 9,6 млн человек, и более половины обращений граждан в органы государственной власти по вопросам влияния окружающей среды на их здоровье относится к жалобам на неблагоприятное воздействие шума. Исходя из анализа жалоб населения можно отметить, что основное место среди источников шума принадлежит транспортным, железнодорожным и автомобильным магистралям, а также объектам, расположенным рядом или пристроенным к жилым зданиям (предприятиям торговли, общественного питания, трансформаторам и пр.).

В Санкт-Петербурге к числу подобных объектов относится Кольцевая автомобильная дорога и выходящие на нее проспекты, железнодорожные пути Балтийского направления, ряд ресторанов и супермаркетов. В других городах страны ситуация очень похожая. Например, в Иркутской области серьезная проблема с аэропортами — в этом регионе сверхнормативному воздействию авиационного шума ежедневно подвергается более 300 тыс. человек. Учитывая масштабы акустического загрязнения городов и других населенных пунктов, можно предполагать, что от 2—5 млн

ГИГИЕНА



граждан России сегодня страдают соматическими и психическими расстройствами, обусловленными воздействием шума в зонах жилой застройки.

В так называемых «спальных» городских районах, не примыкающих к аэропортам, железной дороге, промышленным предприятиям, основные источники уличного шума — транспортные средства, строительные и уборочные машины. Положение усугубляется существенным увеличением нагрузки на улично-дорожную сеть при все время возрастающем количестве автомобилей. Так, в Санкт-Петербурге среднее значение урочной акустических колебаний по городу в целом составляет 66 дБА*, однако большое количество автомашин (260 на 1000 жителей) приводит к тому, что более 80% горожан предъявляют жалобы на транспортный шум. Его уровни в Санкт-Петербурге составляют в дневное и вечернее время, как правило, 70—75 дБА, а максимальные уровни могут достигать и 90 дБА. Значительное количество ДОУ размещается в зданиях, расположенных в районах с интенсивным автомобильным потоком, и проблема снижения уличного шума здесь должна

решаться уже на стадии планирования данного района жилой застройки.

Подобные акустические условия характерны и для других крупных городов. Так, в Генуе (Италия) средние значения эквивалентных уровней звука составляют 74,5 дБА (за сутки) и 63,9 дБА (ночью) [8]. На примере Оренбурга установлено, что в условиях акустического дискомфорта проживают до 80% жителей [2]. В промышленных районах и около автомагистралей $84 \pm 2\%$ жителей Казани жалуются на шум. Интересно, что, даже по мнению населения, проживающего на территориях с химическим загрязнением воздуха, первое место среди беспокоящих людей факторов окружающей среды тоже занимает шум [1].

Основными эффективными методами борьбы с уличным шумом являются: ограничение грузового транспортного потока, установка шумозащитных экранов, а также озеленение территории ДОУ и обустройство санитарных разрывов, поскольку деревья и кустарники хорошо экранируют акустические колебания. Хороший эффект достигается при установке стеклопакетных окон, позволяющих снизить уровень наружного шума на 30—40 дБ и обеспечить выполнение санитарных норм [4]. Допустимые значения уровней проникающего шума в спальнях помещений детских

* дБА — децибел А, единица измерения уровня звука и эквивалентного уровня звука с использованием частотной коррекции по шкале А, соответствующей субъективному восприятию шума.

**Допустимые уровни звукового давления, уровни звука, эквивалентные и максимальные уровни звука
в помещениях и на территории ДОУ в соответствии с СН 2.2.4/2.1.8.562-96**

Назначение помещений или территорий	Уровни звукового давления, дБ, в октавных полосах со среднегеометрическими частотами, Гц									Уровни звука и эквивалентные уровни звука, дБА	Максимальные уровни звука, дБА
	31,5	63	125	250	500	1000	2000	4000	8000		
Классные помещения, учебные кабинеты, учительские комнаты учебных заведений	79	63	52	49	39	35	32	30	28	40	55
Спальные помещения в детских учреждениях:											
с 7 до 23 ч	79	63	52	45	39	35	32	30	28	40	55
с 23 до 7 ч	72	55	44	35	29	25	22	20	18	30	45
Территории, непосредственно прилегающие к зданиям учебных заведений:											
с 7 до 23 ч	90	75	66	59	54	50	47	45	44	55	70
с 23 до 7 ч	83	67	57	49	44	40	37	35	33	45	60
Площадки детских дошкольных заведений	83	67	57	49	44	40	37	35	33	45	60

дошкольных учреждений, а также на территории ДОУ в соответствии с СН 2.2.4/2.1.8.562-96 «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки» представлены в таблице.

Технологическое оборудование служебных помещений ДОУ, таких, например, как кухня, постирочная, также является источником нежелательного шума, от которого комнаты для сна и занятий детей должны быть изолированы. Для создания комфортной акустической обстановки для занятий следует оснащать светильники в групповых помещениях только пускорегулирующей аппаратурой с пониженным уровнем шума.

Специфическими источниками шума в детских коллективах являются звуковые игрушки, хлопушки, шутихи, игрушечные пистолеты и ружья, а также все более широко распространяющееся среди детей персональное аудиооборудование (плееры). Уровень звука игрушки, издающей импульсный шум в момент игры (одиночный выстрел), регламентируется СанПиН 2.4.7.007-93 «Производство и реализация игр и игрушек» — он должен быть не более 95 дБА. Это должно быть отражено в сертификате соответствия и в санитарно-эпидемиологическом заключении (гигиеническом сертификате).

Непростая ситуация складывается и с портативными аудиоплеерами, которыми дети могут пользоваться вне ДОУ с ведома родителей в образовательных и развлекательных целях. Плееры всегда имеют в комплекте наушники разных видов, такие как наушники-вкладыши (интрауральные устройства, находящиеся внутри слухового канала), наушники-накладки (супрауральные устройства, накладывающиеся на ухо без его облегающего), мониторные наушники (циркумауральные устройства с obturаторами, плотно облегающими ухо, и оголовьем, позволяющим регулировать силу прижатия наушника к голове).

При использовании детьми аудиоплееров взрослые не могут контролировать уровень звука, воздействующего на уши ребенка, поэтому в дошкольном и даже более старшем возрасте практически отсутствует возможность избежать угрозы потери слуха при постоянном прослушивании мелодий, устной речи, других звуков через наушники. При оценке опасности использования наушников следует учитывать, что в обычных условиях звук воспринимается как через слуховой канал, так и через кости черепа, при этом слуховой анализатор успешно справляется с маскирующим эффектом от других источников звуков. Это позволяет, например, воспринимать речь собеседника среди других голосов, а

также в шумной обстановке. При работе наушников (особенно наушников-вкладышей) звуковые сигналы подаются непосредственно на барабанную перепонку, при этом звук субъективно воспринимается значительно тише, чем фактически действующий на структуры внутреннего уха. Поэтому разборчивость речи окружающих людей значительно снижается, а существующее влияние постоянного, например, транспортного, гула вынуждает пользователя еще увеличивать громкость звука.

Наиболее характерной защитной реакцией организма на шумовые раздражители является временное смещение порога (ВСП) слуховой чувствительности. Кратковременное снижение остроты слуха не более чем на 10–15 дБ под воздействием шума с полным восстановлением в течение 2–3 мин после его прекращения расценивается как адаптация слухового анализатора — это нормальная физиологическая реакция на шум [3]. Однако при продолжительном и интенсивном воздействии шума ВСП достигает 15 дБ и более, не восстанавливается в дальнейшем за 2–3 мин, наступает утомление слухового анализатора, являющееся обратимой физиологической реакцией. Ребенок субъективно воспринимает развитие ВСП как снижение громкости в наушниках, что сразу побуждает его к немедлен-

ному ее увеличению. Поэтому зачастую уровень звука, воздействующего из наушников на барабанную перепонку, превышает 100 дБА, между тем как безопасным для слуха детей, в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и американского Агентства по охране окружающей среды, считается уровень звука 70 дБА [6].

Длительное воздействие интенсивного шума, непременно заканчивающееся состоянием утомления органа слуха, постепенно приводит к необратимым изменениям — постоянному смещению порога (ПСП) слуховой чувствительности, т.е. к тугоухости. Отсутствие восстановления слуховой чувствительности к началу очередного шумового воздействия расценивается специалистами как кумуляция утомления слухового анализатора.

Принято считать, что если шум не вызывает ВСП, то его воздействие не приводит к ПСП. Постоянное использование аудиоплееров неизбежно приведет к ранней нейросенсорной тугоухости, поэтому использование этих устройств детьми должно быть минимизировано, а в дошкольном возрасте — вообще исключено.

Специалисту необходимо знать, что дошкольники гораздо более чувствительны к шуму, чем взрослые. Было доказано, что, если принять подвержен-

ность к повреждению слуха ребенка в возрасте до 3 лет за 100%, то в 5 лет эта величина будет составлять 30%, в 7 лет — 20, в 18 лет — 10, а в 24 года и старше — лишь 5% и менее [9]. Несомненно, при использовании детьми музыкальной и аудиоаппаратуры следует устанавливать более жесткие нормы. Медработникам ДОУ необходимо дополнительно проводить разъяснительную работу с родителями, допускающими использование детьми аудиоплееров и объяснять, что, чем чаще пользуется ребенок аудиоплеером и громче гремит в его наушниках музыка, тем быстрее, уже к подростковому возрасту, а не к старости, он станет тугоухим.

Кроме нарушения слуха выделяют также другие неблагоприятные эффекты влияния шума на организм дошкольников: нарушение сна, познавательных функций, расстройство внутренних органов (соматические эффекты) и повреждение голосовых связок. Достаточно полно эти проявления исследованы в отчете Национального института общественного здоровья Дании [7]. Там же, в частности, были проведены электроэнцефалографические (ЭЭГ) исследования во время сна детей, в том числе и в фазе быстрого (парадоксального) сна, при которой чаще всего человек видит сновидения. Исследованиями установлено, что в течение последней трети ночи, когда

преобладает фаза парадоксального сна, реакция пробуждения может быть отмечена при уровне звука 40—45 дБА, а при воздействии шума с уровнем 95 дБА и более уже у 50% детей отмечается пробуждение (по данным ЭЭГ). Выяснено, что шум одинакового уровня при воздействии на заснувшего ребенка в вечерних условиях вызывает меньший эффект, чем ранним утром. А поскольку именно сон с быстрым движением глаз играет важную роль в развитии малышей, укреплении их здоровья и памяти, во всех круглосуточных группах ДОУ необходимо обеспечить максимально возможную тишину в утренние часы, перед пробуждением детей.

К числу типичных неспецифических реакций, рассматриваемых как ответ организма на стрессорное воздействие шума, относится изменение артериального давления. Следует учитывать результаты исследований, в которых была показана связь между повышением артериального давления у дошкольников и уровнем внешнего авиационного шума от низколетящих самолетов [5].

Шум, как правило, негативно отражается на процессе обучения, нарушая познавательную функцию, замедляя развитие речи, вызывая у детей беспокойство, ослабляя мотивацию к обучению, внимание и концентрацию на занятиях, приводя к сни-

жению долговременной памяти (в этот процесс вносит свой вклад также неблагоприятное воздействие шума на сон). Как следствие, дети, воспитывающиеся в шумной обстановке, показывают худшие результаты при тестировании, уступают детям, находящимся в комфортных акустических условиях в способности выполнять задания различной сложности. Немаловажно, что интенсивный шум способствует формированию агрессивного типа поведения детей. В шумной обстановке они повышают голос, что приводит к охриплости, напряжению голосовых связок, их травмированию и развитию хронического гиперпластического ларингита.

Поэтому медработнику ДОУ для снижения неблагоприятных эффектов воздействия шума на детей следует сначала провести мероприятия по снижению уровня внешнего уличного шума. Для этого рекомендуем обратиться в органы местной власти с предложениями по оптимизации дорожного движения, а при невозможности перенаправить транспортные потоки — установить шумозащитные экраны вдоль магистрали и провести шумозащитное остекление ДОУ. Большое значение для защиты детей от шума имеет наличие зеленых насаждений на территории ДОУ и соблюдение санитарных разрывов, предписываемых нормативными документами.

При проведении занятий и игр в ДОУ педагогам необходимо минимизировать применение детских игрушек с шумовым эффектом, поддерживать возможно менее громкий голосовой контакт с детьми. Медицинские работники и воспитатели в случаях использования дошкольниками индивидуальных аудиоплееров должны провести с родителями разъяснительную работу и донести до их сознания неизбежность травмирования слуха ребенка при систематическом использовании наушников. Чрезвычайно важно в группах с круглосуточным пребыванием воспитанников обеспечивать акустический комфорт во время сна, особенно в утренние часы перед пробуждением.

Соблюдение перечисленных гигиенических требований будет способствовать развитию здоровых детей, нормальному формированию и растущей эффективности учебного процесса.

Литература

1. Лысенко А.И. Влияние факторов окружающей среды на самочувствие населения Казани // Гигиена и санитария. 2002. № 4. С. 17—18.
2. Сетко А.Г., Боев В.М. Медицина окружающей среды и социально-гигиенический мониторинг на урбанизированных и сельских территориях // Гигиена и санитария. 2006. № 1. С. 20—22.
3. Слуховая система / Под ред. Я.А. Альтмана. Л., 1990.

4. *Bistrup M.L.* Prevention of adverse effects of noise on children // *Noise & Health*. 2003. Vol. 5, N 19. P. 59—64.
5. *Cohen S.* et al. Aircraft noise and children: longitudinal and cross-sectional evidence on adaptation to noise and the effectiveness of noise abatement // *J. Pers. Soc. Psychol.* 1981. Vol. 40. P. 331—345.
6. Guidelines for Community Noise. Geneva: World Health Organization. 2000. www.who.int/docstore/peh/noise/guidelines2.html
7. Health effects of noise on children and perception of the risk of noise / Ed. by M.L. Bistrup. Copenhagen: National Institute of Public Health, 2001.
8. *Orlando P.* et al. Environmental and personal monitoring of exposure to urban noise and community response // *Eur. J. Epidemiol.* 1994. Vol. 10, N 5. P. 549—554.
9. *Passchier-Vermeer W.* Noise from toys and the hearing of children // *TNO-Gezondheidsonderzoek*. Leiden, 1991. P. 40—47.

**Издательство «ТЦ СФЕРА» представляет
книги серии «Здоровый малыш»**



**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ
ТЕХНОЛОГИИ В ДОУ**
Методическое пособие

Автор — *Гаврючина Л.В.*
Обложка, 160 с. Формат 60х90/16

В пособии раскрываются механизмы реализации здоровьесберегающих технологий в ДОУ. На примере комплексной программы «Подари здоровье детям» решается проблема сохранения и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возраста при взаимодействии медиков, педагогов, психологов и родителей. Приложение содержит конспекты занятий для всех возрастных групп с использованием здоровьесберегающих технологий, приводятся формы организации детской деятельности, анкета для выявления особенностей нервно-психического здоровья и развития детей.



ПЛОСКОСТОПИЕ У ДЕТЕЙ 6—7 ЛЕТ
Профилактика и лечение

Автор — *Лосева В.С.*
Обложка, 64 с. Формат 60х90/16

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

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.

Качество питьевой воды и стоматологическая заболеваемость дошкольников

Давыдов Б.Н.,

д-р мед. наук, профессор, член-корреспондент РАМН;

Беляев В.В.,

канд. мед. наук, доцент;

Жмакин И.А.,

канд. мед. наук, доцент;

Баканов К.Б.,

канд. мед. наук, доцент,

Тверская государственная медицинская академия

Питьевая вода играет важнейшую роль в обеспечении жизнедеятельности человеческого организма, особенно в период его формирования. Для специалистов среди многообразия качественных характеристик воды несомненный интерес представляет ее макро- и микроэлементарный состав. Недостаток или избыток элементов может служить фоном или приводить к развитию заболеваний, в том числе стоматологических. Количество фторидов, поступающих в организм ребенка в период гистогенеза зубных тканей, является фактором риска развития кариеса или флюороза как временных, так и постоянных зубов. При недостаточном поступлении фтора возрастает вероятность возникновения кариеса, при избыточном — флюороза зубов. Для первого и второго климатогеографического поясов предлагается следующая градация уровней фторида в воде:

до 0,3 мг/л — очень низкий уровень; 0,3—0,7 мг/л — низкий; 0,7—1,1 мг/л — оптимальный; 1,1—1,5 мг/л — повышенный; 1,5—2,0 мг/л — выше предельно допустимого; 2,0—6,0 мг/л — высокий; 6,0—15,0 мг/л — очень высокий (Р.Д. Габович, 1979).

Цель исследования — выявление возможного влияния фторидов питьевой воды на показатели кариеса и флюороза зубов у дошкольников. Дети, участвующие в исследовании, имели сходные факторы риска основных стоматологических заболеваний (социальный статус, характер питания, качество индивидуальной гигиены полости рта и пр.).

На первом этапе работы на основании анализа 405 проб воды, выполненных сотрудниками кафедры биохимии ТГМА и Управления Роспотребнадзора, выявлено, что питьевой водой с очень низкой и низкой

концентрацией фторида пользуется подавляющее большинство сельских жителей (около 95%), большая часть жителей районных центров (67%) и минимальное количество населения областного центра (до 10%).

На втором этапе сертифицированными специалистами по методике ВОЗ (2007г.) проведено стоматологическое обследование 1956 дошкольников Тверской области. Из них сельских жителей — 374 человека (3-летних — 116, 6-летних — 258) — I группа; жителей районных центров — 1285 (3-летних — 624, 6-летних — 661) — II группа; жителей г.Твери — 297 (3-летних — 113, 6-летних — 184) — III группа. Данные фиксировались в карте регистрации стоматологического статуса и обрабатывались с применением соответствующих программ.

Анализ полученных данных выявил высокую распространенность кариеса во всех возрастных группах (рис.1). Патологический процесс во временных зубах начинался вскоре после их

прорезывания — в 3 года 61% детей I—III групп имели кариозные полости.

К шести годам показатель возрастал до 92%, т.е. к моменту поступления в школу девять из десяти детей имели зубы с кариесом. Независимо от возраста, высокие показатели развития кариеса наблюдались у сельских детей (рис.2), а наименьшие — были получены в группе тверских дошкольников. Различия полученных величин во II и III группах были недостоверными, особенно среди 6-летних детей. Объяснением может служить тот факт, что в 33% проб питьевой воды из районных центров области концентрация фторида была оптимальной либо повышенной.

Динамично возрастала и интенсивность кариеса (индекс КПз). Если в среднем на одного ребенка в 3 года приходилось 2,53 зуба, пораженных кариесом, то в 6 лет — в 2,5 раза больше — 5,96 (рис.3).

При этом различия показателей, полученных в группах детей из села, районных центров и г.Твери были достоверными

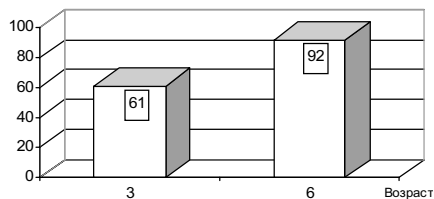


Рис. 1. Распространенность кариеса среди дошкольников (стандартизованные показатели)

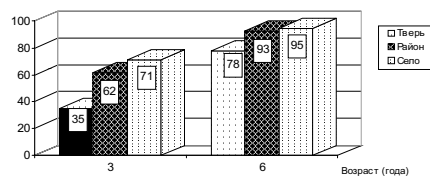


Рис. 2. Распространенность кариеса среди обследованных

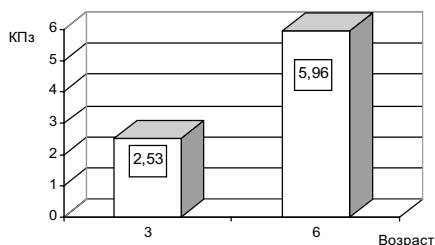


Рис. 3. Интенсивность кариеса у дошкольников (стандартизованные показатели)

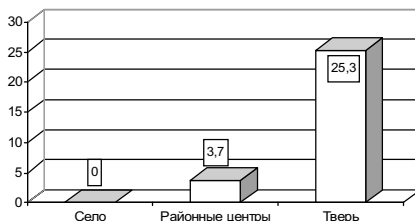


Рис. 5. Распространенность флюороза временных зубов среди обследованных

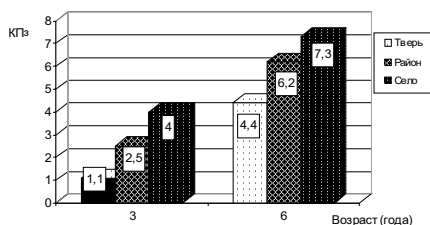


Рис. 4. Интенсивность кариеса у дошкольников

во всех возрастных категориях (рис.4).

Полученные данные позволяют предположить, что одним из важнейших факторов, формирующим характер стоматологической патологии у детей, является уровень поступления фтора в организм с питьевой водой в период гистогенеза зубных тканей. Подтверждением служат выявленные случаи флюороза зубов у детей II и III групп, свидетельствующие о чрезмерном поступлении фторидов в организм в период формирования зубных тканей (рис.5).

У обследованных детей преобладали сомнительные и очень слабые формы патологии (84%),

характеризующиеся наличием единичных белых пятен на поверхности эмали. Флюороз чаще диагностируется на зубах постоянного прикуса, и тот факт, что каждый четвертый тверской дошкольник имел признаки поражения этим заболеванием временных зубов, подчеркивает актуальность проблематики качества питьевой воды, являющейся основным поставщиком микроэлемента для человека.

Результаты исследования убедительно доказывают необходимость проведения в ДОУ мероприятий по контролю за минеральным составом питьевой воды, коррекции в ней уровня фторидов. Профилактику кариеса и флюороза зубов у дошкольников целесообразно осуществлять как на уровне водоснабжения населенного пункта, так и в конкретном учреждении, а также на индивидуальном уровне. Ответственность за проведение мероприятий ложится на организаторов здравоохранения, медицинский персонал ДОУ и родителей ребенка.

Использование естественных природных факторов при закаливании в летний период

Ямщикова Н.Л.,

канд. мед. наук, доцент,

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Закаливание — система процедур, направленных на выработку закаленности. Закаленность — это качество организма, обеспечивающее ему сопротивление неблагоприятным метеорологическим воздействиям. Закаливающие процедуры позволяют выработать у детей условный рефлекс на охлаждение, при котором терморегулирующие механизмы у детей (усиление обмена веществ, стабилизация температурного гомеостаза и др.) включаются адекватно условиям, быстро и без напряжения. У незакаленного ребенка слабо выражены все терморегулирующие реакции, и охлаждение организма наступает значительно быстрее.

Охлаждение даже ограниченного участка тела вызывает как местную, так и общую реакции. При местных закаливающих процедурах результат обуславливается главным образом рефлекторной реакцией организма. Чем он менее закален, тем более диффузна рефлекторная реакция. Известно, что охла-

ждение ног рефлекторно вызывает снижение температуры отдельных участков тела. Под влиянием закаливания наступает быстрая местная рефлекторная гиперемия, улучшается кровоснабжение охлажденного участка, усиливается теплообразование.

В систему закаливающих процедур входят:

- общие и местные воздушные ванны (конвекционные);
- общие и местные водные процедуры и хождение босиком (кондукционные);
- использование ультрафиолетового излучения (солнечные ванны и искусственное облучение).

В летний период при благоприятных микроклиматических условиях, длительном пребывании на свежем воздухе и купании дети закаляются, но это состояние без соответствующего подкрепления закаливающими процедурами исчезает через 1—1,5 мес. Оздоровительная работа с детьми в летний период является составной частью системы

лечебно-профилактических мероприятий. Для достижения оздоровительного эффекта в режиме дня предусматривается максимальное пребывание детей на открытом воздухе, соответствующая возрасту продолжительность сна и других видов отдыха.

Выделяют три режима закаливания:

начальный — тренирует только физические механизмы терморегуляции (короткие процедуры, обязательно закаливающие теплом);

оптимальный — стандартная методика;

специальный — интенсивное закаливание с участием химических процессов терморегуляции.

Детям I группы здоровья возможно сразу назначение оптимального режима с переходом в последующем на специальный. Детям II группы здоровья закаливание проводят с начального режима, затем переходят на оптимальный. Вопрос о специальном режиме решается индивидуально. Детям III группы здоровья длительно (не менее 1,5 мес.) закаливание ведется по начальному режиму с постепенным переходом на оптимальный. Специальный режим не используется.

Постоянных противопоказаний для проведения закаливания нет. Могут применяться лишь ограничения в дозе и длительности воздействующих фак-

торов с учетом состояния здоровья. Временными противопоказаниями являются: острый период заболевания, обширное поражение кожи, тяжелые травмы. После острого периода заболевания длительностью до 10 дней величина холодового воздействия ослабляется на 2—3 °С по сравнению с температурой последних процедур. При прекращении закаливания на 10 дней и более рекомендуется возвращаться к начальной методике закаливания.

Воздушные ванны

По вызываемому теплоощущению воздушные ванны из всех естественных природных процедур рассматриваются как наиболее «мягкие» и безопасные. С них обычно и рекомендуется начинать систематическое закаливание организма ребенка. Основной лечебный фактор — дозированное охлаждение.

Закаливающее действие воздуха связано с разницей температур между ним и поверхностью кожи. Слой воздуха, находящийся между телом и одеждой, обычно имеет постоянную температуру около 27—28 °С. Разница между температурой кожи одетого человека и окружающим воздухом, как правило, невелика, поэтому отдача тепла организмом почти незаметна. Как только тело человека освобождается от одежды, процесс отдачи тепла становится

интенсивным. Чем ниже температура окружающего воздуха, тем большему охлаждению подвергаются дети. Однако закаливующее действие воздуха зависит не только от его температуры. Существенную роль играют влажность и скорость движения воздуха.

Влажный воздух, благодаря большой теплопроводности водяных паров, отнимает от тела больше тепла, чем сухой. Ветер, непрерывно унося окружающий нас слой нагретого воздуха, также увеличивает потери тепла организмом. Поэтому при осуществлении закаливания воздухом, помимо температуры, необходимо учитывать влажность и скорость движения воздуха.

Различают полные ванны и полуванны (до пояса), общие и частичные. К частичным воздушным ваннам относятся сон на свежем воздухе, частичное оголение тела (занятия физкультурой в соответствующей форме одежды, прогулки в облегченной одежде). По холодовой нагрузке они могут быть холодные (ниже 14°C), прохладные (от 20°C до 14°C и ниже), индифферентные ($17\text{--}21^{\circ}\text{C}$) и теплые при температуре от 30°C до 20°C .

Прием воздушных ванн проводят в хорошо проветренном помещении. Первые воздушные ванны для здоровых детей могут длиться 10—30 мин при температуре воздуха $17\text{--}24^{\circ}\text{C}$ в зависимости от возраста. В даль-

нейшем их продолжительность ежедневно увеличивается на 10 мин и доводится до двух часов.

В весенне-летний период воздушные ванны принимают на участке, защищенном от прямых солнечных лучей. Наилучшее место для процедур — затененные участки с зелеными насаждениями, удаленные от источников возможного загрязнения атмосферы пылью и дымом. При этом дети находятся в облегченной одежде (трусы, панама), в зависимости от погоды можно обувать тапочки, надевать майки и т.п. Во время приема воздушных ванн дети должны находиться в движении (подвижные игры или развлечения). Полные воздушные ванны можно начинать в комфортных условиях при температуре воздуха не менее $20\text{--}24^{\circ}\text{C}$. В дальнейшем их можно проводить и при более низкой температуре — до $14\text{--}15^{\circ}\text{C}$. Во всех случаях скорость движения воздуха не должна превышать $0,1\text{ м/с}$, а относительная влажность быть в пределах 40—65%. Время приема воздушных ванн лимитируется режимом дня и погодой.

При воздействии холодного воздуха на большую поверхность тела организм отвечает определенной реакцией. Вначале, вследствие большой отдачи тепла, возникает ощущение холода, но затем кровеносные сосуды кожи расширяются, приток крови к ним увеличива-

ется, ощущение холода сменяется приятным ощущением тела. Если же станет холодно, появится «гусиная кожа», озноб, немедленно надо одеться и выполнить небольшую пробежку, несколько гимнастических упражнений.

В сырую и ветреную погоду продолжительность процедур сокращается. При дожде, тумане и скорости движения воздуха свыше 3 м/с их лучше не проводить.

Дозировка воздушных ванн осуществляется двумя путями: постепенным снижением температуры воздуха или увеличением длительности процедур при одной и той же температуре.

Прохладные климатопроцедуры улучшают умственную и физическую работоспособность, нормализуют высшую нервную деятельность, уменьшают кислородную задолженность на 15—25%, укорачивают на 20—30% восстановительный период после стандартной физической нагрузки. При этом увеличиваются церебральный кровоток, количество кортикостероидов в плазме крови, активизируется деятельность щитовидной железы и надпочечников. В процессе адаптации к холоду повышается активность ферментов, участвующих в образовании гликогена, накопление его в печени, изменяется углеводный и белковый обмен, происходит быстрый распад аминокислот (в сыворотке крови снижается уро-

вень бета- и повышается — гамма-глобулинов).

Водные процедуры

Водные процедуры, по сравнению с воздушными, безусловно, более энергичное средство закаливания организма. Применяются следующие их виды: обтирание и общее обливание тела, обливание ног, купание в открытых водоемах и контрастные процедуры. Водные процедуры начинают проводить водой нейтральной температуры. Температура кожи груди в области сердца, по которой определяют нейтральную температуру воды, колеблется в зависимости от возраста. Так у грудных детей она находится в пределах 35—36 °С, у взрослых — в пределах 30—33 °С. Для детей I группы здоровья температуру воды постепенно снижают и доводят до 20—14 °С в зависимости от возраста.

Наиболее мягкой водной процедурой является обтирание. Слегка отжатой салфеткой обтирают вначале верхние и нижние конечности от периферии к центру, затем спину, ягодицы, шею, грудь, живот. Для обливания пользуются душевыми сетками или садовыми лейками. Высота струи должна быть не менее 50 см над головой, при этом голову не смачивают.

Температура воды при обливании на 1—2 °С выше, чем при обтирании. При обливании ног температура воды, наоборот,

должна быть на 1—2 °С ниже, чем при обтирании.

Купание в открытых водоемах

Купание в открытых водоемах — мощный оздоравливающий фактор, оказывающий многократное воздействие на организм, улучшающий тепло-регуляцию и обмен веществ, активизирующий деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Купание в открытых водоемах разрешается в том случае, если он чистый и имеет песчаное дно. Для детей дошкольного возраста участок водоема должен быть огражден, высота водного столба должна достигать до груди самому низкорослому ребенку. Для плавания выбирается водоем с проточной водой. Место для купания располагается по течению выше любых возможных стоков, мест водопоя скота, стирки белья. Желательно, чтобы берег был песчаный, не заболоченный, а дно покатое, без ям, обрывов, коряг, холодных ключей. Вода в водоеме должна обязательно подвергаться химико-бактериологическому исследованию не реже 1 раза в месяц.

Солнечные ванны и их применение

Солнечные ванны представляют собой климатическую процедуру, при которой обнаженное тело ребенка подвергается

воздействию солнечной радиации, а также окружающей среды. Данная процедура — важный элемент закаливания. При приеме солнечных ванн надо помнить о постепенном нарастании нагрузок. Солнечные ванны целесообразно принимать утром, — когда земля и воздух менее нагреты, жара переносится значительно легче. В середине дня солнечные лучи падают более отвесно и опасность перегревания организма увеличивается. В связи с тем что терморегуляция у детей дошкольного возраста развита недостаточно, неподвижное положение лежа на солнце вызывает перегревание. Дошкольникам рекомендуется принимать солнечно-воздушные ванны при спокойных движениях (например, игра в песок). Длительность солнечно-воздушных ванн постепенно увеличивается с 4 до 40 мин. Весной и осенью лучшее время для солнечных ванн — от 11 до 14 ч. Ванны следует принимать не менее чем за 1,5 ч до еды или спустя 0,5 ч после.

Различают общие солнечные ванны (одежда — только трусы) и местные. При этом на организм ребенка действуют все виды радиации — прямая, рассеянная, отраженная и суммарная. Прямая и суммарная включают все виды излучения — тепловое, видимое и ультрафиолетовое. Рассеянная радиация, идущая от небосвода, содержит ультрафиолетовые и тепловые

лучи. И прямая, и рассеянная радиации способны вызвать загар. Одномоментное действие различных по характеру лучей солнца вызывает разные по характеру и времени реакции.

Наибольшее биологическое воздействие на организм оказывают ультрафиолетовые лучи, находящиеся в невидимой части спектра солнечной радиации. Под влиянием солнечных облучений повышается тонус центральной нервной системы, в коже образуется витамин D, улучшаются обмен веществ и состав крови, активизируется деятельность желез внутренней секреции. Все это положительно сказывается на работоспособности и общем настроении человека. Солнечный свет к тому же оказывает губительное действие на различные болезнетворные микробы.

Живительные солнечные лучи — постоянно действующий фактор внешней среды, оказывающий непосредственное влияние на целый ряд функций организма человека. Если по каким-либо причинам человеческий организм лишается возможности широко ими пользоваться, то в организме развивается состояние, известное как «световое голодание» — снижается тонус центральной нервной системы, защитные силы организма, обменные процессы. У детей «световое голодание» приводит к заболеванию рахитом.

Солнечный свет — мощное лечебное и профилактическое средство. Однако надо помнить, что положительное воздействие на организм оказывают только определенные дозы солнечной радиации. Неумелое общение с этим природным фактором может нанести непоправимый вред — вызвать серьезные расстройства нервной, сердечно-сосудистой и других систем организма. Поэтому необходимо учитывать действие на организм человека не только таких климатических факторов, как температура окружающей среды, влажность воздуха, его движение, но и ультрафиолетовую радиацию.

Закаливание солнцем можно начинать с первых теплых весенних дней и продолжать его летом и ранней осенью. Если прием солнечных ванн начинается с запаздыванием, в середине лета, то их продолжительность следует увеличивать особенно осторожно. Осмотрительность необходима и при переезде с севера на юг, а также при закаливании в горах, где интенсивность солнечной радиации, вследствие отражения от снега и ледников, намного выше, чем на равнине.

В детских оздоровительных учреждениях солнечные ванны назначают детям после окончания периода адаптации и приема воздушных ванн. Их проводят в утренние или вечерние часы на пляже, специальных

площадках (соляриях). Они должны быть расположены в хорошо вентилируемых местах, открытых для движения воздуха. Благоустроенный солярий должен включать в себя: площадку для солнечных ванн, места для отдыха в тени, кабины для переодевания, душ, буфет, туалеты, специальное помещение для медицинского персонала и т.п. Солнечные ванны рекомендуется принимать спустя час-полтора после еды, при температуре воздуха — 18—25 °С. Во II и III климатических районах солнечные ванны проводят во второй половине дня. Детям основной и подготовительной групп солнечные ванны следует начинать с 2—3 мин для младших и с 5 мин для старших, постепенно увеличивая процедуру до 30—50 мин. Детям специальной группы солнечные ванны разрешаются только по назначению врача.

Для нормальной деятельности здорового человека необходимо в сутки получить не менее $\frac{1}{8}$ и не более $\frac{3}{4}$ пороговой эритемной дозы, равной 80 мэр/м²*. Это количество ультрафиолетовой радиации в обычных условиях проживания человека на территории России далеко не равнозначно. Изучение данно-

го вопроса позволило выделить три зоны.

Первая — зона дефицита ультрафиолетовой радиации (УФР), расположенная севернее широты 57,5° с.ш. В этой зоне требуется искусственное длительное облучение человеческого организма различными источниками УФР.

Вторая — зона комфорта, расположенная между 57,5° и 42,5° с.ш. Проживающие в этих широтах люди получают необходимое количество УФР естественным путем.

Третья — зона избыточной УФР (южнее 42,5° с.ш.), действие которой на организм человека, длительное время находящегося на открытом воздухе, может способствовать возникновению заболеваний. Например, рак кожи в южных районах встречается в 2—3 раза чаще, чем в северных.

Контрастные процедуры

К контрастным процедурам, которые можно проводить только здоровым детям, относится шотландский душ, т.е. душ с попеременной сменой теплой и холодной воды с разницей температуры от 3 °С до 10 °С (например, 32 °С и 22 °С). Закаливающей процедурой такого же типа является прямая солнечная ванна с последующим купанием или приемом душа. Сюда же относится воздушная ванна при низкой температуре воздуха с последующим лучистым есте-

* мэр/м² — миллиэр на квадратный метр — эритемная освещенность поверхности площадью 1 м² при эритемном потоке падающего на него излучения 0,001 эр; 1 эр — эритемный поток, соответствующий потоку излучения с длиной волны 297 нм и мощностью 1 Вт.

**Схема комплекса закаливающих процедур
в летний период (Л.П. Кондакова-Варламова)**

Процедуры	Условия выполнения	Возраст	
		предшкольный	дошкольный
1	2	3	4
Воздушные ванны	Температура воздуха, °С	от 24—22 до 20—18	от 22—24 до 17—18
	Продолжительность, мин	от 10—15 до 60—90	от 30, лимитируется режимом дня
Солнечно-воздушные ванны	Продолжительность на один прием, мин	от 3—5 до 20	от 4—5 до 25—30
	Способ применения	спокойные игры	
Обтирание	Температура воды, °С	от 34—36 до 24—26	от 32—34 до 18—20
	Температура окружающего воздуха, °С	20—22	18—20
	Продолжительность, мин	1—1,5	
Обливание из душа	Температура воды, °С	от 36—34	от 34—35
		до 26—24	до 18—20
	Температура окружающего воздуха, °С	20—22	18—20
	Продолжительность, мин	1—1,5	
Обливание ног	Температура воды, °С	30—32	от 30—32 до 16—18
Контрастное обливание	Разница температур, °С	—	от 3 до 10
	Абсолютная температура, °С	—	от 31—34 до 24
Купание в открытом водоеме	Температура воды, °С	—	не ниже 22—20
	Температура окружающего воздуха, °С	—	20—22
	Продолжительность, мин	—	1—3

ственным или искусственным обогреванием.

После любой водной процедуры тело необходимо растереть до легкого покраснения. Время проведения водных процедур должно быть точно фиксировано в режиме дня. Их целесообразно проводить тотчас после утренней гимнастики или перед обедом.

Хождение босиком

Хождение босиком — важное закаливающее средство, поскольку охлаждение ног дает рефлекторную реакцию спазма сосудов кожи, носоглотки, почек и чаще всего бывает причиной возникновения так называемых простудных заболеваний. Кроме того, хождение босиком

является профилактикой плоскостопия.

Схемы проведения комплексов закаливающих процедур в летний период представлены в таблице.

Таким образом, рациональное проведение неспецифических закаливающих мероприятий с самого раннего возраста может способствовать укреплению здоровья детей, подготовке организма ребенка к проведению уже специальных закаливающих мероприятий.

Естественные силы природы — воздух, вода и солнечные лучи — были и остаются нашими союзниками, источниками бодрости и здоровья, непревзойденными средствами закаливания в летний период.

.....

Издательство «ТЦ СФЕРА» представляет

ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ДОУ

Автор — Банникова Л.П.

Обложка, 48 с. Формат 60х90/16



В Программе представлено состояние проблемы здоровья детей, воспитывающихся в дошкольных образовательных учреждениях. Описаны условия пребывания их в ДОУ и особенности организации воспитательно-образовательной работы, показана корреляционная связь основных факторов риска с заболеваемостью детей. Даны основные положения концепции профилактических и оздоровительных технологий в условиях детских дошкольных учреждений и в семье, программы оздоровления физического и психического состояния детей. Определены задачи и методы медицинского контроля за оздоровлением детей.

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

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

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс** и **обратный адрес**.

Актуальность преподавания основ гигиены детства для военных врачей

Александров В. Н.,

заслуженный эколог РФ, д-р мед. наук, профессор;

Шабалов Н. П.,

заслуженный деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор,

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,

Санкт-Петербург

Основы гигиены и охраны здоровья детей в Военно-медицинской академии преподаются пятый год, хотя этой научной дисциплине более 100 лет. Проблема здоровья детей дошкольного и школьного возраста, молодежи призывного возраста в настоящее время становится общегосударственной. Динамика демографических показателей в условиях переходной экономики и экологического неблагополучия показывает уменьшение прироста населения и увеличение смертности. Следует также отметить, что, если до 1990 г. педиатры и гигиенисты говорили о проблемах акселерации (ускорении роста и развития детей), то в настоящее время в России, напротив, отмечается процесс децелерации [3, 4].

На необходимость научного решения вопросов профилактики в области охраны здоровья детей указывали еще в конце XIX в. профессора Военно-медицинской академии — гигие-

нист А. П. Доброславин и педиатр Н. П. Гундобин. Среди известных научных и учебно-методических работ профессора-педиатра Н. П. Гундобина необходимо отметить новаторское для того времени учебное пособие «Школьная гигиена» (1902).

Профилактические санитарно-гигиенические мероприятия должны охватывать весь период детства и быть направлены на снижение совокупной внешней средовой нагрузки на растущий организм. Воздействие на приоритетные и управляемые факторы поддержания гомеостаза организма дошкольников необходимо для обеспечения в последующем — школьной зрелости и дальнейшего гармоничного развития ребенка.

Заинтересованность Министерства обороны РФ в охране здоровья дошкольников очень большая, и более того, она значительно возрастает в переходный период развития современной России, когда, с одной стороны,

имеются признаки депопуляции и снижения рождаемости, а с другой — отмечается уменьшение детей 1 группы здоровья (здоровых). Это весьма негативно сказывается на проведении воинского призыва и укомплектованности Вооруженных сил.

Особое место в научных современных разработках принадлежит профилактической медицине, гигиене и эпидемиологии, в частности, такой дисциплине, как гигиена детей и подростков. В силу анатомо-физиологических особенностей мальчиков и девочек (будущих матерей, а возможно, и военнотружеников) неблагоприятные факторы окружающей среды оказывают существенное влияние на состояние здоровья подрастающего поколения. Наиболее серьезные последствия для их здоровья обусловлены неблагоприятными социально-экологическими воздействиями, которые в период раннего онтогенеза отличаются высокой избирательностью, а темпы развития отдельных органов и функциональных систем — наибольшей скоростью. Угрожающее состояние здоровья подрастающего поколения представляет собой не только медицинскую проблему, но и угрозу национальной безопасности страны. В современной популяции женщин формируется так называемый «порочный замкнутый круг»: больная девочка — больная первородящая — больной плод — больной

ребенок — больной подросток — больные родители [10]. И через каждые 20 лет все это может повторяться и усиливаться. Современные подростки направляются на военную службу в армию и на флот с дефектами здоровья, низкими адаптационными возможностями и вредными привычками. В дальнейшем при прохождении ими службы таким образом значительно повышается риск развития различных заболеваний и травм [2, 6, 7, 9].

Обращаем внимание на результаты эколого-гигиенического изучения состояния здоровья детей дошкольного возраста (5—7 лет) в Санкт-Петербурге и на Алтае, проживающих в районах с различным уровнем загрязнения атмосферы (среднегодовые и среднемесячные показатели концентрации окислов азота, углерода, пыли и сажи). Детская заболеваемость в неблагоприятных экологических условиях проживания в 1,4 раза превышает фоновую. Число часто болеющих детей в 1,5 раза больше в экологически неблагоприятных районах. Хронические и рецидивирующие формы заболеваний органов дыхания, такие как аденоиды, гранулематозный ринит, тонзиллит, гайморит, в 2 раза чаще встречаются у детей, проживающих в условиях промышленного загрязнения воздуха [2, 4, 7].

Гигиенистами разработаны региональные, среднесуточные, предельно допустимые показа-

тели концентрации вредных веществ в атмосферном воздухе для детей в Алтайском, Пермском краях и других регионах Российской Федерации. На Алтае проблема так называемых «желтых детей» вызвана нерациональным применением различных пестицидов и минеральных удобрений в период освоения целинных и залежных земель. В ранний период после родов у большинства детей появлялись желтуха и нарушения в центральной нервной системе [1]. Были проведены многочисленные исследования, доказавшие необходимость принятия мер по предотвращению угрозы здоровью детей. В частности, установлена более ранняя смена фетального пула эритроцитов и снижение уровня гемоглобина эритроцитов в 3 месяца, тогда как нормальным считается 5–6-месячный возраст.

Несомненно, что приоритетными проблемами в формировании здоровья детей являются вопросы качественного адекватного питания, отсутствие химических загрязнений, регламентация температурно-влажностного и светового (ультрафиолетового) режимов в помещениях детских учреждений. В Санкт-Петербургской государственной медицинской академии последипломного образования на Хлопинских чтениях в 2005 г. впервые обсуждалась новая негативная проблема — здоровье уличных детей и детей-мигрантов [6].

Вся совокупность негативных факторов окружающей среды и особенностей взаимоотношений в семье существенно отражается на здоровье детского организма. Некоторые аспекты образа жизни семьи напрямую зависят от уровня материального обеспечения семьи, культурно-образовательного уровня родителей, количества детей в семье. К сожалению, в настоящее время в семьях военнослужащих и лиц, уволенных из Вооруженных сил, имеются материально-бытовые затруднения, негативно влияющие на здоровье детей и подростков.

Обсуждаемая тема становится особо актуальной в связи с формированием здравоохранения при общем ухудшении показателей здоровья детей, молодежного призывного контингента, а также, как показало время, нецелесообразной передачей большинства дошкольных образовательных учреждений Минобороны России в муниципальную собственность. Как отметил заместитель министра обороны Н.А. Панков в своем докладе на учебно-методическом сборе специалистов по работе с семьями военнослужащих Вооруженных сил (ноябрь 2007 г.), военными врачами совместно с педагогами уже обобщена информация о сложной ситуации, сложившейся с обеспечением детей военнослужащих возможностью получения дошкольного образования. В частности, в настоящее

время более 13% детей военно-служащих не могут посещать детские сады из-за их отсутствия либо перегруженности.

Некоторые положительные изменения в охране здоровья дошкольников произошли при реализации Распоряжения Правительства РФ от 30.09.2005 г. № 1554-р «О создании в ведении Минобороны России федеральных государственных дошкольных образовательных учреждений», направленного на совершенствование федерального бюджетного финансирования детских образовательных и оздоровительных учреждений Минобороны РФ. В соответствии с названным Распоряжением Правительства РФ на базе существующих детских садов Министерства обороны (а их в стране около 300) для обеспечения воспитания, обучения, охраны и укрепления физического и психического здоровья детей военнослужащих образованы федеральные государственные дошкольные образовательные учреждения.

Особенностью медицинского обеспечения детей — членов семей военнослужащих и служащих Министерства обороны РФ является то, что оно осуществляется, в основном, в детских лечебных учреждениях Минздравсоцразвития России по участково-территориальному принципу через гражданские лечебные учреждения. В закрытых и отдаленных гарнизонах, где

зачастую отсутствуют педиатрические кадры Минздравсоцразвития, помощь детям оказывается в медицинских пунктах воинских частей и детских отделениях военно-лечебных учреждений. Профилактическую работу по охране здоровья детского населения проводят отделы надзора за условиями воспитания и обучения Управлений Роспотребнадзора, отделы (отделения) гигиены детей и подростков Центров гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, а также поликлинические отделения, имеющие врача-педиатра.

Структуры Центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минобороны РФ не предусматривают штатной должности врача по гигиене детей и подростков. Однако медицинская служба военного гарнизона при наличии на территории детских учреждений должна осуществлять контроль за выполнением в них санитарно-профилактического режима. В округах и на флотах в отделах начальника медицинской службы имеется должность инспектора по детству, с которым необходимо решать вопросы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в детских учреждениях, взаимодействуя также с Управлениями Роспотребнадзора и его структурами (Центрами гигиены и эпидемиологии). В частности, применительно к детям мужского пола с 10-летнего возраста до 17 лет

содержание системы межведомственного взаимодействия в работе гражданских амбулаторно-поликлинических учреждений и военных комиссариатов определено совместным приказом Минобороны РФ и Минздрава РФ от 23.05.2001 г. № 240/168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе» [9, 10].

Выпускники Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и Военно-медицинских институтов Минобороны России, согласно требованиям Государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (2000) по специальностям 060104 (040300) «медико-профилактическое дело» и 060101 (040100) «лечебное дело» (наименования специальностей даны по Общероссийскому классификатору специальностей по образованию ОК 009-2003, в скобках указаны коды специальностей по предыдущему классификатору ОК 009-93) должны иметь необходимые знания в области гигиены детей и подростков, что еще не в полной мере предусмотрено соответствующими учебными программами академии.

Безусловно, все врачи, в том числе военные, для грамотного решения проблем в области охраны здоровья детей должны владеть также знаниями анатомо-физиологических, биохимических, психических и генети-

ческих особенностей развития ребенка. Поэтому с целью оптимизации учебного процесса при подготовке врачей на кафедрах гигиенического профиля и особенно в интернатуре по всем специальностям необходимо ознакомление обучающихся с деятельностью врача по гигиене детей и подростков. Для этого, в частности, на кафедре военно-морской и радиационной гигиены Военно-медицинской академии апробированы такие методики: «Эколого-гигиеническая оценка условий и образа жизни детей в семье», «Методика изучения фактического питания детей», «Социально-экономический статус детей семьи военнослужащего».

С врачами-интернами и слушателями факультета последиplomного образования Военно-медицинской академии практические занятия под руководством преподавателя-гигиениста проводятся по тематике санитарно-гигиенического обследования приемного отделения, лечебных палат и продпишбллка кафедры детских болезней. На основе этой работы составляется акт обследования, в котором дается подробная характеристика социально-бытовых, физических, химических и биологических факторов в помещениях детской клиники. В заключительной части документа дается оценка соответствия обследуемых помещений действующим санитарно-гигиеническим нор-

мам и требованиям. Обосновываются предложения по улучшению санитарно-гигиенической обстановки. На данном этапе учебного процесса подчеркивается важность гигиенических мероприятий по больничной гигиене и экологии, которые призваны способствовать ускорению выздоровления детей в лечебном учреждении. Этим достигаются сокращение сроков госпитализации и снижение вероятности перехода острого заболевания в хроническую форму. В ближайшей перспективе — проведение подобных занятий на базе детского сада Военно-медицинской академии (ФГДОУ № 1014).

Таким образом, актуальность преподавания основ гигиены детей и подростков для военных врачей заключается в обеспечении системы в подготовке подрастающего поколения к военной службе, основными звеньями которой являются мероприятия по оздоровлению дошкольников и систематическое повышение квалификации военных врачей по вопросам гигиены и диспансерного наблюдения за детьми [5].

Литература

1. *Алгазина Т.Е.* Обоснование дифференцированных гигиенических регламентов химических факторов воздушной среды для детей дошкольного возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. Кемерово, 1998.
2. *Александров В.Н., Алгазина Т.Е., Бабев В.И.* Здоровье детей и подро-

стков на Алтае и в Санкт-Петербурге // Педиатрия: из XIX в XXI век. Российская науч. конф., посвященная 140-летию кафедры детских болезней Военно-медицинской академии и 120-летию со дня рождения М.С. Маслова. СПб., 2005. С. 19—20.

3. *Александров В.Н., Ельчищева М.В., Алгазина Т.Е.* Медицинская валеология и здоровый образ жизни. Барнаул, 1999.

4. *Алексеев С.В., Пивоваров Ю.П.* Экология человека. М., 2001.

5. *Петров М.В.* Здоровье молодежи призывного возраста и обоснование системы мер по его улучшению (на примере Кировской области): Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2007.

6. *Серета В.М., Орел В.И., Даниленко Л.А.* Образ жизни современного уличного ребенка // Среда обитания, образ жизни и здоровье. Материалы XXXVIII науч. конф. «Хлопинские чтения». СПб., 2005. С. 87—90.

7. *Шабалов Н.П.* Детские болезни: 6-е изд., перераб. и доп. СПб., 2008. В 2 т. Т. 2.

8. *Шумилов В.И.* Главный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора МО РФ в современных условиях // Актуальные проблемы государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Вооруженных силах Российской Федерации. М., 2002. С. 32—38.

9. *Ядчук В.Н.* и др. Роль и место детских медицинских учреждений в медицинском обеспечении подготовки юношей к военной службе // Военно-медицинский журнал. 2003. № 8. С. 4—8.

10. *Ямпольская Ю.А.* Формирование в школьные годы физического развития и репродуктивного здоровья женщин // Гигиена и санитария. 2006. № 1. С. 3—5.

Психосексуальное развитие личности

Щеглов Л. М.,

д-р мед. наук, профессор,

Санкт-Петербургский гуманитарный институт

Сексуальная жизнь человека — это многомерное понятие, в котором вопросы физиологии составляют около 5%, причем эта сторона сексуальности наиболее понятна. Гораздо сложнее то, что происходит в области эмоций, мотиваций выбора, т.е. в области бессознательного, которое мы, в общем, контролировать не можем. Однако именно бессознательное зачастую определяет то, что с нами происходит и кажется случайным, непонятным и не зависящим от нас.

Каким же образом происходит становление человека в сексуальной сфере? В советские времена считалось, что все проблемы коренятся в физиологии. В народе ходили кустарно изготовленные брошюры на серенькой бумаге, зачитанные до дыр, где просто говорилось о том, что как только у девочки устанавливается цикл месячных, а у мальчика начинаются поллюции — неконтролируемые ночные семяизвержения, — можно говорить о том, что начинается превращение девочки в женщину и мальчика в мужчину.

Между тем ортодоксальные психоаналитики утверждают, что в сексуальном плане личность формируется до трехлетнего возраста, т.е. фактически до организации сознания как основной функции мозга. Однако в современной сексологии принято рассматривать сознательные процессы, происходящие в психике ребенка, подростка, взрослого. В международной сексологии принята схема, восходящая к представлениям великого психолога Жана Пиаже (*Piaget*), согласно которой мальчик становится мужчиной (как носителем пола) в четыре, а девочка — в три стадии. Первая стадия — понятийная — начинается примерно в 3—4 года. До этого возраста проблемы пола ребенка не занимают, и многие родители удивляются, ког-

ПЕДИАТРИЯ



да, например, трехлетний хорошо говорящий ребенок заявляет такие нелепости, как «дядя пришла, тетя ушел». Он путает род, поскольку еще не осознает, что люди делятся на два пола. Для ребенка мир населен сказочными персонажами, животными и людьми, и вдруг он понимает, что все люди — это дяди и тети. Интерес к этой проблеме возникает независимо от него, это нормальный этап развития человека — такой же, как прорезывание зубов. Различие, однако, заключается в том, что от этого этапа зависит дальнейшее благополучное существование человека в социуме, его отношения с противоположным полом и многие другие стороны жизни.

Понятийная стадия протекает очень интересно. Сначала ребенок видит, что нет просто людей: любой человек — это либо мужчина, либо женщина. Он связывает это деление с внешними атрибутами: косички и юбки — у девочек, коротко остриженные волосы и брюки — у мальчиков. Девочки играют с куклами, мальчики — с машинами и пистоletами. А раз пол связан с внешними проявлениями, значит, его можно поменять. Мальчик может сказать: «Я надену юбку и стану девочкой».

На протяжении тысячелетий мужчины и женщины различались по внешнему облику — одежде, прическам. Даже в пер-

вобытно-общинном племени женщина не может нацепить на себя украшения, считающиеся мужскими. Эти традиции передавались из поколения в поколение, и у людей сформировалась внутренняя, почти генетическая потребность в данных различиях.

Что мы видим сегодня? Мода на стиль «унисекс» — не просто забава; она порождает большую проблему, связанную с различием полов. Все становится универсальным: мужчины и женщины носят одни и те же джинсы и свитера, одинаково стригутся. Поведение мужчин и женщин тоже унифицируется, причем больше в мужскую сторону: женщины становятся агрессивнее, перенимают не лучшие привычки.

На втором этапе понятийной стадии ребенок видит, что главное, чем различаются мальчики и девочки, — не одежда и прическа, а строение тела, и самая демонстративная разница — в строении гениталий. Поэтому, понимает он, пол сменить нельзя. Пол — это, пожалуй, самая существенная характеристика, которая остается постоянной. Меняется возраст, можно сменить фамилию, имя, гражданство, убеждения, можно в результате операции изменить конфигурацию тела (как, например, при ампутации), но стать человеком другого пола невозможно. У некоторых людей с этого раннего

возраста остается глубинное ощущение, что пол в принципе можно сменить, и это одна из причин, почему некоторые люди, повзрослев, становятся транс-сексуалами. Другая заключается в том, что на первом этапе понятийной стадии из-за стертости внешних различий ребенок затруднялся с половой идентификацией людей.

Итак, нормальный ребенок четко понимает, чем различаются девочки и мальчики, и тут начинаются проблемы, потому что он хочет докопаться до сути. Раз у них все устроено иначе, значит, надо это разглядеть и свое предъявить — им ведь тоже интересно! Такие явления вызывают напряжение и у мам, и у воспитательниц, и у медицинских работников ДОУ, начинаются разбирательства с вызовом родителей, и, если задуматься, что именно происходит, то понятно, что это настоящие детские трагедии. Если Коля ткнул кому-то палкой в глаз или поджег занавеску, то это, конечно, плохо, но если вдруг кто-то залез кому-то в штаны, то взрослые просто впадают в панику. Пусть они все друг друга подожгут, но только не это! Дети видят ужас в глазах взрослых, которые всего лишь столкнулись с удовлетворением их исследовательского интереса, и чувствуют, что речь идет о чем-то страшном. Хотя тот же интерес заставляет ре-

бенка разбирать будильник, чтобы посмотреть, что там внутри тикает, но никому в голову не приходит счесть его негодяем, наносящим материальный ущерб семье. Получается, что взрослые якобы стоят на защите «чистоты» ребенка, хотя если мы говорим «чистый», то заранее предполагаем, что секс — это дело «грязное». Здесь, опять-таки, видятся нити, связывающие наше мировоззрение с иудейско-христианскими представлениями об изначальной греховности тела человека, его потребностей и желаний. Очень многие дети в дальнейшем забывают этот эпизод, если он у них был, но им уже нанесена первичная психогенная травма на пути сексуального развития. Все, что связано с гениталиями, воспринимается ими как постыдное, и в то же время они понимают, что, когда вырастут, тогда можно будет потихонечку этими постыдными делами заниматься и «душить» уже своих детей.

Известны случаи, когда пациент в трансе «достает» из подсознания подобный эпизод: взрослые заставили его почувствовать себя негодяем из-за простого познавательного интереса. Это может определить возникновение некоей глубокой внутриличностной проблемы, связанной с сексуальной сферой, с ощущением себя правильным или неправильным.

Таким образом, исследовательский детский интерес на понятийной стадии совершенно нормален — именно так ребенок понимает, что такое пол, самое главное — он самоидентифицируется: я действительно мальчик или действительно девочка. Понятийная стадия, в принципе, протекает одинаково у мальчиков и девочек, но мальчики более моторны, поэтому они чаще попадают в поле зрения взрослых (поэтому и анекдоты мы знаем про Вовочку, а не про Танечку).

Дальше наступает вторая стадия — юношеской романтической сексуальности. Иногда ее также называют стадией платонической сексуальности. Речь идет о том, что иногда поэты и художники называют первой любовью: человек не только испытывает влечение к лицу другого пола — это влечение персонифицировано. У одних это впервые случается в 6—7 лет, у других — в 12—13, т.е. в допубертатном или пубертатном периоде. Есть конкретный избранный объект и желание быть выбранным им, оцененным по достоинству, получать от него знаки внимания, ревновать — те же переживания, что и у взрослых, но без физиологического оттенка, без телесного позыва. И даже если дети обнимаются или целуются, то это, скорее всего, подражание тому, что они видели по телевизору.

Правда, встречается такая сложная проблема, как ускоренное психосексуальное развитие, проявляющееся в стремлении 6—7-летних детей к сексуальным контактам. (Это может случиться, например, если ребенок живет в притоне, где у него на глазах происходят оргии.)

Стадия романтической сексуальности не менее важна для дальнейшего полноценного развития мужчины или женщины: если на понятийной стадии ребенок усваивал фактическую информацию, то теперь он впервые тренирует свои чувства. И это замечательное явление, опять же, как ни странно, миром взрослых не принимается. «Что, Ромео, сопли развесил, иди лучше алгеброй займись!» — говорят любящие родители. Мы почему-то презираем детей, мы придумали, что они должны возиться с игрушками и быть послушными, как дрессированные звери. Между тем сегодня по рекомендации Всемирной организации здравоохранения человек с 11 лет считается подростком. И дети и подростки переживают, в общем, те же чувства, что и взрослые, — любовь и ненависть, ревность и боль отверженности. Но взрослые отказывают им в этом, считают, что это какие-то кривляния, надо быть послушными и иметь пятерки в дневнике. К сожалению, дети, особенно мальчики, чувствуя агрессию со сторо-

ны взрослых, стесняются проявлений эмоциональности и прикрывают ее псевдоразнуданностью, меняют отношение к объекту своей любви с позитивного на негативное. Почему? Потому что мальчишеская среда очень жесткая. На определенном этапе нет для мальчика страшнее оскорбления, чем «ты что, баба?», особенно если он тревожный, неуверенный в себе или невысокого роста. Значит, надо спрятать «сопливые» чувства от взрослых и, главное, от сверстников.

Не надо быть специалистом, чтобы понять, что происходит, когда Иванов из 3-го класса полчаса стоит после уроков за углом, трясется, ждет; наконец, выходит Петрова, он ее толкает и радостно убегает. Это как же надо относиться к человеку, чтобы полчаса стоять и ждать? А формально и для друзей: «Видишь, какой я! А она дура». Он не может отстать от нее, но меняет плюс на минус: преследую, мучаю и пр. Дети и подростки очень зависимы от мнения сверстников. Каждый рано или поздно в душе испытывает то, что тщательно скрывает от остальных, потому что иначе заклюют, затопчут.

Все это происходит потому, что в нашей культуре влюбленность ребенка или подростка считается ненормальным состоянием. Рано им еще! Однако так называемые сексуальные недо-

умки среди взрослых появляются именно в результате подавления в себе юношеских романтических устремлений. Когда мы вспоминаем свои первые симпатии, они кажутся нам смешными, глупыми, но они несли тренировочную функцию, учили, что тяга к лицу другого пола должна сопровождаться нежными чувствами. И тот, кто слишком усердно давил их в себе, становится в итоге «сексуальным дебилом»: вроде бы нормальный человек, а не в состоянии понять, что чувствует другой, потому что в нем эта сфера когда-то была на корню задавлена.

Однажды ко мне на прием пришла молодая семейная пара. Женщина сказала, что ее муж — почти идеал: симпатичный, умный, деятельный, с ним всегда интересно. И в сексе вроде все в порядке, но ей с ним плохо. После долгих попыток сформулировать проблему жена, наконец, нашла точный образ: «Он как электропила “Дружба” — включился, отжужжал, выключился».

Стали искать причину, и оказалось, что этот мужчина, полноценный по всем параметрам, в подростковом возрасте был влюблен в девочку, но ему пришлось это чувство в себе подавить — дружки задразнили. Казалось бы, все прошло без следа, однако в подсознании осталось убеждение, что сентимен-

тальные порывы — нечто глупое и недостойное. В итоге человек с высоким интеллектом стал эмоционально глухим, не может понять другого человека — в области чувств он остался «недоразвитым».

Таким образом, детский период романтической сексуальности может определить, как человек будет в дальнейшем строить свои отношения с противоположным полом. В этом периоде кардинальных психологических различий между мальчиками и девочками нет; правда, девочки не такие категоричные и не так сильно давят на подруг, поэтому у них больше шансов «продвинуться» в эмоциональном развитии. В обществе вообще считается, что девочка может быть нежной, чувствительной, даже слезливой, что мальчику совсем не пристало. В итоге женская сексуальность гораздо более эмоциональна, нежели мужская (хотя в последние десятилетия все смешалось, и количество тревожных, неуверенных, ранимых мужчин ненамного меньше, чем женщин с такими же свойствами, а некоторые специалисты полагают, что и больше).

Следующая, третья стадия, в подавляющем большинстве случаев характерная для юношей и не имеющая отношения к девушкам — это стадия юношеской гиперсексуальности, т.е. повышенной сексуальности с

жестко физиологическим оттенком. Речь идет о том, что юноша испытывает острую потребность в сексе. Это реальность, сегодня для некоторых ребят очень тяжелая. Почему? Здесь уместно рассмотреть некоторые реалии.

Брак в нашей стране разрешен с 18 лет, потому что это минимальный возраст, когда человек может стать самостоятельным. Однако, как известно, в последние десятилетия наблюдается акселерация, т.е. ускорение физического и физиологического развития подростков, и сегодняшний 15-летний человек испытывает то же, что вчерашний 18-летний. В то же время социальное созревание, наоборот, отодвинулось на более поздний срок: все больше людей получают высшее образование и, соответственно, в более старшем возрасте начинают зарабатывать. Получаются своеобразные «ножницы»: человек физически уже сформировался, но он еще ходит в школу, где строгие учительницы делают замечания и пишут в его дневнике: «Вертелся на уроке».

Юношеская гиперсексуальность на протяжении тысячелетий была сильнее выражена у мужчин, чем у женщин, что привело к формированию механизма поллюций, т.е. ночных семяизвержений, которые выполняют функцию клапана: когда

котел перегревается, клапан поднимается, выпуская пар. Но этого оказалось недостаточно, поэтому возникла подростковая мастурбация — совершенно нормальное явление, известное подавляющему большинству людей. Однако и это далеко не всегда решает все проблемы, и голова подростка нередко оказывается забита только сексуальными сюжетами, у него появляется страстное желание об этом говорить, из карманов его джинсов вываливаются порнографические открытки, родители приходят в ужас. Однако гиперсексуальность больше проявляется в неблагополучной среде, где у юноши нет мотивации и возможности переключить энергию на социально приемлемые виды деятельности, или по причине ускоренного психосексуального развития, т.е. все очень индивидуально, и поэтому то, что переживает Иванов, Петров еле-еле смутно ощущает, а Сидоров еще только через год к этому придет.

Эти проблемы нельзя недооценивать. Проиллюстрируем на реальных примерах.

В силу специфики моей профессии мне часто приходится принимать участие в сексологических экспертизах, когда правонарушения связаны с отправлением сексуальной функции. Один трагический случай произошел в конце 80-х гг. XX в.

У мальчика-старшеклассника уже была репутация сексуально распушенного: то он говорит что-то не то, то девочки жалуются на какие-то жесты и т.д. И вот он прогуливает урок, прячется на черной лестнице и смотрит снизу вверх, как уборщица моет пол. Однако женщина, которая, видимо, была из тех, кто «коня на скаку остановит», заметила его, схватила за шиворот и привела в учительскую. Уроки были прерваны, собрано экстренное комсомольское собрание, где ему разъяснили его гадкую сущность и наговорили других глупостей, и все это было бы очень смешно, если бы парень на следующее утро не повесился.

Расследование показало, что молодой человек психически был вполне нормальным — самоубийство стало реакцией на травмирующее событие. Учительница, которая проводила «воспитательный процесс», плакала и говорила, что все это какие-то трудные, большие проблемы, в институте они ничего подобного не проходили.

После юношеской гиперсексуальности наступает четвертая стадия — заключительная, когда сексуальная жизнь находится под контролем разума, подчиняется социальным законам и устоям. Это стадия зрелой сексуальности. Здесь речь идет о сексуальности взрослых.

Целиакия: медико-социальные вопросы

Ревна М. О.,

д-р мед. наук, профессор, Санкт-Петербургская
государственная педиатрическая медицинская академия

Целиакия (*Coeliac disease*) — это наследственное хроническое заболевание, возникающее вследствие поражения слизистой оболочки тонкой кишки глютенom (белком злаковых) и исчезновением повреждений после полного устранения глютена из пищи. Другими словами, целиакия — это «мучная болезнь», передаваемая по наследству.

К сожалению, диагноз выставляется не всегда своевременно из-за трудности диагностики. Иногда больные годами наблюдаются у различных специалистов (например, гастроэнтерологов, эндокринологов, аллергологов, ревматологов, дерматологов и др.), не подозревающих об одной причине всех недугов. Не зря целиакию называли «Великий Мим» за умение успешно скрываться под маской множества других заболеваний. Фактически нет ни одного проявления заболевания, которое бы встречалось у всех больных!

Частота целиакии очень велика, причем в странах, где население целенаправленно обследуют на целиакию, зная ее тяжелые осложнения, частота соот-

ветственно выше: в Финляндии выявляется один больной на 100—200 чел. населения, в Италии один больной — на 184 чел. в возрасте 6—15 лет, в Ирландии один — на 122 чел., в Австралии один — на 476 чел. В России в последние годы улучшение информированности населения и врачей приводит к увеличению выявления заболевания, особенно это касается Санкт-Петербурга и Москвы. Известно, что на один случай типичной тяжелой целиакии приходится шесть случаев скрытого течения заболевания.

Клинические проявления заболевания. После введения в пищу глютена (у детей это манная, овсяная каши, овсяный отвар, молочные смеси с толокном и др.) обычно после некоторого скрытого периода, составляющего 1—6 мес. (иногда скрытый период длится несколько лет!), ребенок останавливается в весе, появляются боли в животе, наблюдается его периодическое вздутие, причиняя боль ребенку, учащается стул. Стул становится светлым (серо-желтым, серым, желто-коричневым, зелено-ко-

ричевым), часто — обильным, с неперевавленными частичками пищи, глинистым и/или рыхлым, пенистым, плохо отмывается от горшка и от кожи ребенка; иногда стул бывает скудным, плотным. Аппетит у некоторых больных снижается до полного его отсутствия, у некоторых — повышается. Отставание в росте чаще наблюдается у детей после 3 лет, но может быть и в более раннем возрасте.

Нарушение процессов всасывания в кишечнике приводит к снижению уровня микроэлементов в крови, а также белков и витаминов.

Недостаток кальция и фосфора вызывает сильные боли в костях, особенно ночью, переломы костей при незначительной травме, кариес зубов, ломкость ногтей. Кроме того, недостаток других элементов (калия, магния, цинка, меди, железа и др.) может привести к мышечным болям, судорогам мышц, ощущению «ползания мурашек», мышечной слабости, ломкости и выпадению волос вплоть до тотального облысения.

Белково-витаминная недостаточность может привести к частым ОРВИ, быстрой утомляемости, обморокам, повышенной кровоточивости (частые носовые кровотечения, кровотечения другой локализации, в том числе маточные, легкость появления синяков на коже), шершавости, сухости кожи, частым стоматитам, «заедам» в углах рта, фурун-

кулезам, рецидивирующим инфекциям кожи.

Вследствие нарушения кишечной проницаемости происходит всасывание вредных для организма веществ, часто усугубляющих аллергические реакции. Поэтому у большинства детей, больных целиакией, имеются проявления пищевой аллергии, аллергозы дыхательных путей вплоть до бронхиальной астмы. При аллергологическом обследовании у подавляющего большинства таких детей выявляется минимальная сенсibilизация при наличии выраженных проявлений аллергии, а при соблюдении строжайшей безглютеновой диеты уходят аллергические проявления.

При целиакии происходит общее длительное отравление организма, в первую очередь действующее на нервную систему. Поэтому у детей отмечают частые головные боли (иногда выставляется диагноз «мигрень»), головокружения, плохая память, рассеянное внимание, «чугунная голова». Дети становятся раздражительными, капризными, агрессивными (маленькие дети кусаются, кидаются игрушками), у некоторых — постоянное плохое настроение. Часто больные плохо засыпают, беспокойно спят ночью (кричат, разговаривают во сне, часто переворачиваются), потеют во сне.

При прогрессировании заболевания запускаются аутоиммунные процессы (появляются антитела к собственному кишеч-

нику и другим органам). Вследствие этого могут начаться ассоциированные с целиакией заболевания, такие как сахарный диабет 1 типа, аутоиммунный тиреоидит, поражение надпочечников, ревматоидный артрит и другие заболевания соединительной ткани. В слизистой тонкой кишки и других отделах желудочно-кишечного тракта усиленно идут процессы обновления, появляется большое количество незрелых клеток и, следовательно, повышается риск онкологических заболеваний, который при длительном течении заболевания повышается в 350 раз!

Диагноз целиакии ставится на основании тщательного изучения истории заболевания, определении уровня антител (АГА — антиглиадиновых, ТТГ — тканевой транслугтаминазы, желателен АЭМА — антиэндомизийных). Необходимым заключительным этапом диагностики является визуальное исследование двенадцатиперстной кишки — фиброэзофагогастродуоденоскопия — со взятием микроскопического кусочка слизистой и дальнейшим изучением его под микроскопом с измерением высоты ворсинок и определением характерных для целиакии изменений. Последним критерием диагностики является эффект строгой безглютеновой диеты в течение полугода и более.

Лечение целиакии осуществляется пожизненным назначением безглютеновой диеты с пол-

ным исключением пшеницы, ржи, овса, ячменя и продуктов из них. Попадание даже 100 мг муки вызывает такие же атрофические процессы слизистой кишки, что и батон белого хлеба. Мы еще раз подчеркиваем, что диета пожизненная, так как непереносимость глютена не проходит никогда, даже если случайное попадание его и не вызывает явных изменений.

Существуют определенные психологические моменты соблюдения ребенком диеты. Постоянный давящий на психику ребенка запрет более всех касается детей, больных целиакией, которые ограничены в основном, что требуется детскому организму, — пище и хлебе в том числе. Ребенок постоянно испытывает негативные эмоции, ежедневное «нельзя» приводит к тому, что нарушаются основные принципы эмоционального и психического здоровья. Больной переживает ежечасную, ежеминутную проверку искушением, с которым справляется далеко не каждый.

Для того чтобы ребенок правильно относился к диете, родителям в большинстве случаев нужно перестроиться самим и принять диету как единственный путь к выздоровлению, в противном случае невозможно научить ребенка правильному поведению. Затем необходимо объяснить всем родственникам и знакомым, насколько важна диета для здоровья ребенка, до-

вести до сведения даже медицинского персонала ДОУ, который неосторожным словом может заронить в душу ребенка сомнения в необходимости строгой диеты, что, к сожалению, часто происходит на практике.

Кроме безглютеновой диеты необходимо проводить коррекцию дисбиоза, витаминно-минеральных нарушений, лечение атопических дерматитов.

При условии строго соблюдения диеты значительное улучшение наступает уже в первый месяц лечения: обычно в течение двух недель уменьшается раздражительность, головные боли, дети начинают лучше спать, проходят боли в костях. В дальнейшем в течение 6—12 мес. исчезает бледность, тени под глазами, появляется румянец, дети хорошо засыпают и спокойно спят, перестают выпадать и отрастают волосы, укрепляются ногти, дети перестают болеть, уменьшается живот, урежается, а затем нормализуется стул, дети прибавляют в весе и лишь к концу года диеты начинают расти.

У некоторых детей после не большого улучшения наступает временное ухудшение, а, точнее, возвращение к прежнему состоянию: оно временное и его нужно пережить, ни в коем случае не нарушая диету.

К сожалению, решение проблемы лечения и реабилитации детей, больных целиакией, не может быть достигнуто усилиями только медицинских работ-

ников. Однако медработники ДОУ могут и обязаны принимать участие в решении таких медико-социальных проблем, как:

1) необоснованный отказ определения статуса ребенка-инвалида при наличии социальной дезадаптации (снижения возрастных показателей и др.);

2) необоснованная попытка врачами провокации глютеном для «доказательства» наличия целиакии перед призывом в армию и попытка снять диагноз в призывном возрасте;

3) попытка родителей самостоятельно снять ребенка с диеты, чтобы вернулись симптомы и ребенка определили в статусе инвалида;

4) несоблюдение диеты из-за дороговизны продуктов (15% семей).

Несомненно, основное направление работы нам видится в решении проблемы целиакии на государственном уровне.

1. Разработка государственной программы бесплатной диагностики пациентов с подозрением на целиакию, так как своевременный диагноз позволяет улучшить качество жизни и значительно сэкономить государственные средства, расходуемые на больничные листы по уходу за детьми, амбулаторное и стационарное лечение больных.

2. Разработка государственной программы обеспечения больных целиакией дорогостоящими диетическими продуктами лечебного питания или эквивалентными

денежными компенсациями, как это принято в большинстве европейских стран.

3. Введение обязательного обозначения глютена на пищевых продуктах и лекарственных препаратах.

4. Повышение информированности населения России (по опыту Санкт-Петербурга и Москвы) о целиакии и уровня диагностики заболевания.

С целью охраны здоровья детей, страдающих целиакией, необходимо проведение комплекса мероприятий, включающих:

1) создание общегосударственной программы диагностики и реабилитации больных целиакией;

2) обязательное бесплатное обследование на целиакию определенных групп детского населения:

— дети, отстающие в весе и росте,

— дети, отстающие в половом развитии,

— дети с хронической дисфункцией кишечника,

— дети с остеопорозом, проявляющимся множественными переломами и болями в конечностях; хроническими температурными состояниями,

— дети, имеющие родственников 1 степени родства, больных целиакией;

3) обучение гастроэнтерологов диагностике и ведению больных целиакией;

4) верификация диагноза в призывном возрасте только с привлечением специалистов по целиакии;

5) привлечение федеральных и региональных средств массовой информации к освещению характера заболевания и его осложнений.

Дакриоциститы детского возраста: диагностика, лечение

Валиева Г.Н.,
канд. мед. наук;

Батыршин Р.А.,
канд. мед. наук, доцент, Башкирский государственный
медицинский университет, г. Уфа

По данным отечественных и зарубежных детских офтальмологов, дакриоциститы (воспаление слезного мешка) в дет-

ском возрасте составляют от 7 до 14% глазной заболеваемости [7]. Это, в первую очередь, связано с эмбриональными

особенностями развития слезоотводящих путей (аномалии развития как носослезного канала, так и пограничных с ним областей), а также с возрастными особенностями строения полости носа. Вторым важным фактором являются воспалительные заболевания носа и придаточных пазух на фоне развития детских инфекций. Дакриоциститы, не выявленные и не устраненные на ранних стадиях развития простыми и эффективными способами, в дальнейшем потребуют сложных хирургических вмешательств. Для диагностики данной патологии необходимо знать особенности течения дакриоциститов в любом возрасте у детей. Одну из важных ролей в распознавании воспалительных заболеваний слезных органов играют медицинские работники ДОУ, которые должны владеть информацией о диагностике и лечении воспаления слезного мешка у детей с целью профилактики, раннего выявления и адекватной терапии данной патологии.

У детей различают дакриоциститы первичные (врожденные) и вторичные (приобретенные).

Первичный (врожденный), или дакриоцистит новорожденных, встречается в 1—2% случаев у всех новорожденных детей и, в основном, связан с атрезией выходного отверстия слезно-носового протока. Поэтому первыми признаками

заболевания будут покраснение и появление скудного слизистого или слизисто-гнойного отделяемого из глаз уже в первые недели жизни. Такую картину легко принять за конъюнктивит, но отличительным признаком дакриоцистита является выделение слизи или гноя из слезных точек при надавливании на область слезного мешка. В таких случаях новорожденного необходимо проконсультировать у детского офтальмолога, так как процесс может перейти в хронический или же, что опаснее, осложниться флегмоной слезного мешка. При этом у внутреннего угла глаза появляется краснота и резко болезненная припухлость, сильный отек век и щеки, ребенок ведет себя беспокойно, повышается температура тела. На второй-третий день инфильтрат размягчается, формируется абсцесс, который вскрывается наружу. Но в ряде случаев гнойное содержимое слезного мешка распространяется в орбиту и осложняется флегмоной орбиты, менингитом, сепсисом.

В настоящее время не вызывает сомнения необходимость раннего поэтапного лечения дакриоцистита новорожденных. Так, по данным различных авторов, полное излечение дакриоцистита у детей грудного возраста до 3 мес. достигает в 60—70% случаях, в 3—6 мес. снижается до 10—15%, тогда как во второй по-

ловине первого года уже не превышает 2% случаев.

Перед началом лечения дети должны быть тщательно обследованы и проконсультированы педиатром и оториноларингологом.

Первый этап лечения массаж слезного мешка, который проводят толчкообразными движениями пальца по направлению сверху вниз не менее 2—3 раз в день на протяжении 2—3 недель. Массаж обязательно следует сочетать с закапыванием в конъюнктивальный мешок дезинфицирующих капель.

Далее переходят ко второму этапу лечения — промыванию слезоотводящих путей. Эта процедура проводится офтальмологом в условиях стационара в течение 1—2 недель через 2 дня. Таким образом, если в течение месяца (2—3 недели массажа и 1—2 недели промывания) консервативное лечение оказалось безуспешным, необходимо переходить к третьему этапу лечения — зондированию слезно-носового канала. Как уже было отмечено ранее, приступать к лечению дакриоцистита новорожденных следует только после тщательного обследования ребенка педиатром и оториноларингологом. Зондирование должно производиться квалифицированным врачом, имеющим достаточный опыт выполнения этого вмешательства. Большинство офтальмологов лучшим

сроком для зондирования считают 2—3-месячный возраст ребенка (выздоровление в 90% случаях).

Существующие методики зондирования слезно-носового канала различаются в зависимости от доступа: антеградное трансканаликулярное и ретроградное эндоназальное зондирование слезно-носового канала, являющееся привилегией оториноларингологов.

После зондирования необходимо промыть слезные пути раствором антибиотика. При положительном эффекте, как правило, прекращается слезо- и гноетечение через 2—3 дня. В остальных случаях проводят повторное зондирование слезно-носового канала через 7 дней в течение 2—3 недель.

При неэффективности проведенного лечения первичный дакриоцистит переходит во вторичный, который уже требует более радикального хирургического лечения, направленного на формирование, а иногда и создание путей оттока слезной жидкости в носовую полость.

С развитием и применением лазерной и эндоскопической техники в офтальмохирургии, наряду с классическими методами хирургического лечения (наружной и эндоназальной дакриоцисторинотомии), появились современные щадящие лазерные методы оперативного лечения данного заболевания.

Впервые в России группой ученых Уфимского научно-исследовательского института глазных болезней под руководством профессоров Б.М. Азнабаева и проф. М.Т. Азнабаева в 1998 г. внедрена трансканаликулярная лазерная эндоскопическая дакриоцисториностомия (ТЛЭД). Основными преимуществами этой операции, в отличие от классических методов, являются: отсутствие косметического дефекта, бескровность, малая травматичность, упрощение техники и сокращение времени проведения операции, визуальный эндоскопический контроль за ходом операции, возможность оперировать пациентов с тяжелой сопутствующей патологией [1]. Положительный эффект ТЛЭД достигнут в 80% случаев (выздоровление — в 72,6%, улучшение — в 7,4%), рецидивы — в 20% [2]. Для борьбы с рецидивами дакриоцистита используются временные (от 3 до 6 мес.) и постоянные синтетические дренажи из различных материалов, чаще из силикона [3–6].

Более раннее выявление дакриоцистита новорожденных позволяет легче справиться с ним простыми и эффективными способами лечения. В других случаях показано хирургическое лечение, которое откладывается до 7–8 лет, когда в какой-то мере сформируется

лицевой череп. Все это время ребенок обречен оставаться с гнойным процессом и находиться под угрозой осложненного дакриоцистита. Вот почему так важна своевременная диагностика и рано начатое лечение дакриоцистита детского возраста.

Литература

1. Азнабаев Б.М., Клявлин Р.Р. Антеградная лазерная дакриоцисториностомия // Материалы VI научно-практической конференции офтальмологов. Екатеринбург, 1998. С. 7.
2. Азнабаев М.Т., Валиева Г.Н., Фаттахов Б.Т. Отдаленные результаты трансканаликулярной лазерной дакриоцисториностомии // Тезисы докладов VIII съезда офтальмологов России. М., 2005. С. 633.
3. Бастриков Н.И. Способ восстановления проходимости слезно-носового канала // Вестник офтальмологии. 2004. № 5. С. 33–34.
4. Белоглазов В.Г. Реконструктивная хирургия слезоотводящих путей с использованием силиконовых трубок: Метод. рек. М., 1988.
5. Давыдов Д.В. и др. Современные методы диагностики и лечения заболеваний слезных органов. М., 2005. С. 105–108.
6. Краснов М.М., Белоглазов В.Г. Вопросы диагностики и лечебной тактики при врожденных дакриоциститах // Офтальмологический журнал. 1989. № 3. С. 146–150.
7. Черкунов Б.Ф. Патология слезного мешка и носослезного протока // Болезни слезных органов. Самара, 2001. С. 99–114.

Частота и характер заболеваемости детей при различных видах дисбактериоза кишечника

Федотова Т. А.,

канд. мед. наук, доцент;

Сергеева С. Ф.,

главный специалист АСУ,

Тверская государственная медицинская академия

В последнее время вторичные иммунодефициты и дисбактериозы стали не только общемедицинской, но и социальной проблемой благодаря значительной распространенности. Следует учитывать также, что дисбактериоз всегда сопровождается изменениями тех или иных показателей иммунного статуса [2, 4—6, 8, 10]. Поскольку рецидивирующие инфекции дыхательных путей (РИДП) составляют основу общей заболеваемости детей [1, 7], актуальным является стремление найти новые эффективные способы оздоровления часто болеющих респираторными заболеваниями детей.

Темой данной статьи является выяснение влияния дисбактериоза кишечника на частоту и характер заболеваемости у детей с рецидивирующими инфекциями дыхательных путей [9].

Материалы и методы исследования

Обобщены и проанализированы данные обследования 172 детей, из них 142 ребенка, часто (более 6 раз в год) болеющие рецидивирующими инфекциями дыхательных путей (РИДП): 85 — в возрасте 2—6 лет и 57 — в возрасте 6—12 лет. В качестве группы контроля взяты 30 детей, болеющие РИДП не чаще 3 раз в год, без осложнений и склонности к затяжному течению, не имеющие хронических заболеваний (17 — в возрасте 2—6 лет и 13 — в возрасте 6—12 лет). Деление на эти возрастные группы основывалось на том, что в 5—6 лет происходит физиологический перекрест в лейкоцитарной формуле крови, поэтому взяты группы до и после физиологического перекреста для более корректного анализа лабораторных показателей периферической крови. Сравниваемые группы были стандартизованы по

полу, возрасту и степени дисбактериоза кишечника.

К инфекциям дыхательных путей относятся: острые пневмонии, острые бронхиты, острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Анамнестические данные и результаты оценки состояния внутренних органов и систем заносились в соответствующие графы специально разработанной карты обследования ребенка. Статистической обработке и последующему анализу были подвергнуты 104 признака, разделенных на группы:

- 1) данные анамнеза;
- 2) клинические симптомы, выявленные при первичном и контрольном осмотрах;
- 3) данные бактериологического анализа кала;
- 4) показатели копрограммы;
- 5) иммуно-лабораторные показатели крови.

Данные клинического и лабораторного обследования анализировали в динамике (до и после проведения оздоровительных мероприятий).

Из лабораторных методов использовали: бактериологический анализ кала (Р.В. Эпштейн-Литвак, Ф.Л. Вильшанская, 1967), копрограмма и иммуно-лабораторное обследование (лейкоцитарная формула крови, фагоцитарная активность нейтрофилов, НСТ-тест спонтанный и стимулированный, иммуноглобулины IgA, IgE, IgG, IgM).

Выбор данного набора иммунологических методов обуслов-

лен тем, что, выясняя роль изменений в составе микроорганизмов в просвете толстого кишечника в формировании вторичной иммунной недостаточности, мы преследовали цель широкого практического внедрения результатов исследования. Были выбраны методики достаточно информативные, хорошо себя зарекомендовавшие, общепризнанные и доступные для широкой сети практического здравоохранения.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета специальных программ, в частности, с помощью методов синдромного распознавания [3]. Статистическая оценка достоверности производилась с помощью критериев Стьюдента t и Пирсона χ^2 .

Результаты и их обсуждение

В период реконвалесценции после РИДП при бактериологическом исследовании кала у 98% часто болеющих детей выявляется условно-патогенная микрофлора в титрах 10^{-4} и выше, причем наиболее часто из условно-патогенной микрофлоры встречаются два вида: золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*) и грибы рода *Candida*. (Грибы рода *Candida* высевались в титрах 10^{-4} и выше только в группе часто болеющих.)

Выявлены статистически достоверные различия некоторых клинико-иммунологичес-

ких показателей и показателей неспецифической резистентности у детей с высевом разных видов условно-патогенной микрофлоры как между собой (рис. 1

и табл.), так и в сравнении с показателями детей, при бактериологическом исследовании кала которых условно-патогенная микрофлора высеяна не была.

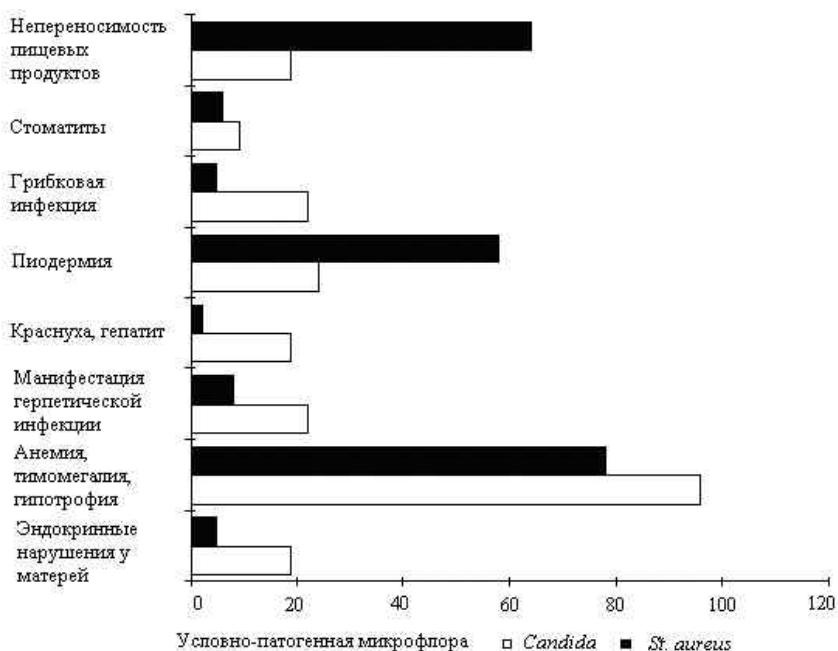


Рис. 1. Данные анамнеза у детей с различными видами дисбактериоза

Таблица

Данные иммуно-лабораторного исследования у детей в возрастных группах до 6 лет и старше 6 лет при разных видах дисбактериоза (M±m)

Показатели	Дети до 6 лет		Дети 6—12 лет	
	<i>Candida</i>	<i>St. aureus</i>	<i>Candida</i>	<i>St. aureus</i>
1	2	3	4	5
Количество лейкоцитов, 10 ⁹ /л	4,87±0,22	7,03±0,42*	4,59±0,32	6,66±0,41*
Лимфоциты, %	50,86±1,65	49,71±1,47	48,36±0,41	44,7±2,23
Моноциты, %	8,29±0,59	7,08±0,40**	7,57±0,94	5,55±0,58**
Нейтрофилы, %	36,10±1,52	36,05±1,39	39,07±1,88	43,95±2,60

Окончание табл.

1	2	3	4	5
Эозинофилы, %	4,95±0,46	7,08±0,58*	5,00±0,52	5,75±0,81
Ig A, г/л	1,20±0,11	0,62±0,07*	1,50±0,11	1,15±0,14**
Ig M, г/л	1,29±0,08	1,12±0,08	1,30±0,11	1,71±0,41
Ig G, г/л	8,48±0,5	8,38±0,34	9,49±0,38	8,82±0,58
Ig E, г/л	58,19±13,00	67,96±9,72	51,85±12,12	112,58±21,3*
Фагоцитарный индекс, %	83,05±2,30	86,37±1,48	88,07±1,59	89,50±0,99
НСТ-тест спонтанный, %	14,10±1,48	14,92±1,50	11,0±2,32	17,30±3,80
НСТ-тест стимулированный, %	19,38±2,10	13,97±1,93**	14,67±3,34	11,61±3,07

Различия показателей в группах обследуемых детей по видам дисбактериоза достоверны:

*— $p < 0,05$; **— $p < 0,10$.

На основании того что не выявлено значимых различий в нозологической структуре РИДП (рис. 2), сделано заключение, что утверждать о влиянии разных видов дисбактериоза

на тип иммунного ответа (гуморальный или клеточный) нет основания, можно лишь предполагать единый механизм влияния разных дисбактериозов на иммунную систему через



Рис. 2. Нозология рецидивирующих инфекций дыхательных путей при разных видах дисбактериоза у детей

нарушения в фагоцитарном звене.

Наличие достоверных различий ряда клинико-иммунологических показателей и показателей естественной резистентности у детей с разными видами дисбактериозов и особенностей течения рецидивирующих инфекций дыхательных путей (рис. 3) позволяет заключить, что прогноз для здоровья при кандидозном дисбактериозе менее благоприятен, так как при этом дисбактериозе и степень выраженности кишечных расстройств, и степень выраженности иммунной недостаточности заметно выше.

Можно сделать заключение, что вид кишечного дисбактериоза (наличие того или иного конкретного возбудителя) может свидетельствовать о степени

выраженности иммунокомпрометации и тяжести проявления метаболических расстройств.

Выводы

1. Выявлена четкая коррелятивная связь между частотой рецидивов инфекционных заболеваний дыхательных путей и наличием условно-патогенной флоры в титрах 10^{-4} и выше в микробиоценозе толстого кишечника.

2. Вид условно-патогенной флоры в микробиоценозе кишечника ребенка несущественен при оценке возможных нозологических форм рецидивов инфекционных заболеваний дыхательных путей, но важен при анализе особенностей их течения и прогнозе.

3. Установлено, что кандидозный дисбактериоз более опасен

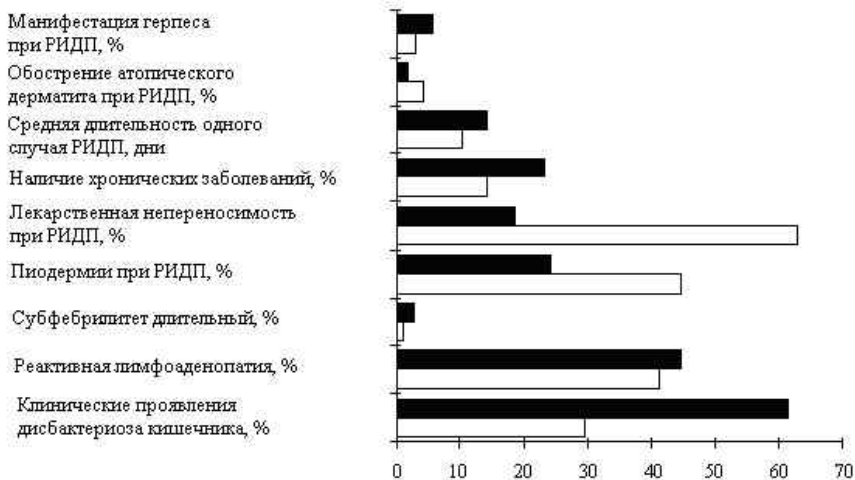


Рис. 3. Особенности течения рецидивирующих инфекций дыхательных путей при различных видах дисбактериоза у детей

по сравнению со стафилококковым, поскольку имеет более высокую частоту возможных рецидивов инфекционных респираторных заболеваний и более высокую вероятность осложненного и затяжного их течения.

Литература

1. Авцын А.П. Введение в географическую патологию. М., 1972.
2. Борисова А.М., Сепиашвили Р.И. Иммунокоррекция и иммунореабилитация больных с хроническими заболеваниями легких М., 1989.
3. Кузнецов В.А. и др. Анализ фенотипа лимфоцитов крови в прогнозировании метастазирования у больных остеосаркомой. Подход, основанный на распознавании нечетких систем // Иммунология. 1995. № 5. С. 52—58.
4. Михайленко А.А., Покровский В.И., Портяная Н.И. Метаболическая иммунокоррекция // Факторы кле-

точного и гуморального иммунитета при различных физиологических и патологических состояниях. Челябинск, 1997. С. 98.

5. Пинегин Б.В., Мальцев В.Н., Коршунов В.М. Дисбактериозы кишечника. М., 1984.

6. Стенина М.А. и др. Инфекционно-токсическое воздействие кишечного микробиоценоза и патогенез неинфекционных заболеваний человека // Russian Journal of Immunology. 1999. Vol. 4, N 1. P. 265.

7. Тузанкина И.А., Синявская О.А. Часто болеющие дети. Екатеринбург, 1993.

8. Тузанкина И.А., Синявская О.А., Шершнев В.Н. Иммунопатологические состояния в педиатрической практике. Екатеринбург, 1998.

9. Федотова Т.А. Иммунная недостаточность у детей. Роль дисбактериоза кишечника: Дис. канд. мед. наук. 1999.

10. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.И. Экологическая иммунология. М., 1995.

Предлагаем вашему вниманию книгу



ДИАГНОСТИКА ГОТОВНОСТИ РЕБЕНКА К ШКОЛЕ

Автор — Павлова Т.Л.

Обложка, 128 с. Формат 60х90/16

Пособие представляет собой полный курс детской психологии, представленной в задачах и ответах на них. Содержит практические задания для наблюдений и бесед с ребенком. Основные разделы книги: Методы изучения психики, Основные закономерности психического развития ребенка, Психическое развитие детей: от рождения до 1 года, от 1 года до 3 лет, от 3 до 6 лет, Психическая готовность детей к обучению в школе, Психические особенности детей 6 лет.

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

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

Не забудьте разборчиво написать свой индекс и обратный адрес.

Ядовитые растения — ингибиторы синтеза белка

Танчук М. И.,

д-р. мед. наук, профессор,

Санкт-Петербургский государственный политехнический университет

К ингибиторам синтеза белка относят следующие токсины высших растений — абрин, волкензин, модецин, момордин, курцин, кротин, робин, лектин оме-лы белой и хурин, сходные по молекулярной массе, характеру биологического действия и структуре. По структурной организации молекулы и механизму действия к ним близки бактериальные токсины: шигеллотоксин, дифтерийный токсин, а также токсин из синегнойной палочки (*Pseudomonas aeruginosa*). Наиболее распространенными растениями, содержащими эти яды, на территории России являются клещевина (содержит рицин) и акация белая (робин).

Некоторая общность структуры этих веществ, а также однотипность вызываемых ими морфофункциональных изменений в организме позволяет использовать результаты изучения одного из токсинов для оценки вероятного действия других, входящих в эту группу ядов. Наиболее ярким представителем этой группы веществ является рицин, содержащийся в клещевине — *Ricinus communis* L., семейство молочайные — *Euphorbiaceae*.

Название произошло от латинского слова *ricinus* — клещ, что связано с формой семян, напоминающей восточного клеща. Действительно, семена клещевины очень похожи на крупных неприятных насекомых, их родина — Африка. Это монотипный род, имеющий много культурных форм и сортов.

Под влиянием окультуривания и длительного отбора возникли расы и сорта, пригодные для возделывания в умеренном климате. В наши дни клещевина выращивается как декоративное растение далеко за пределами своего первоначального ареала, доходя до 56° северной широты. Естественно, что на таком обширном пространстве и в культуре (полевой и садовой), и в сорно-диком состоянии африканская клещевина сильно видоизменилась. Россия познакомилась с клещевиной в первой половине XIX в., когда один из южных помещиков, служивший в российском посольстве при персидском шахе, привез из Индии семена этого растения. Клещевина быстро освоилась не только в приволжских садах от Астрахани до Саратова, но и,

одичавшая, ушла далеко в степи. Тогда же клещевина получила несколько местных названий: «турецкая конопля», «кастора», «рай-дерево». В середине XIX столетия были предприняты первые попытки выращивания растений в культуре (Кубано-Черноморский регион) и получения масла из семян (клещевинное или касторовое масло), которое использовалось для технических и медицинских целей и в косметологии.

У себя дома, в условиях тропиков и субтропиков, клещевина — многолетнее, нередко очень крупное древовидное растение с прочным ветвистым стеблем высотой до 10 м. В России в зависимости от широты произрастания высота растения и степень вызревания семян варьируется в широких пределах.

Так, в Краснодарском крае (Черноморское побережье) к концу августа высота кустов клещевины — 6—8 м, семена вызревают полностью до растрескивания части коробочек. В районе г. Приозерска (побережье Ладожского озера) к этому же времени высота куста не превышает 45 см (рис. 1), а семена достигают только молочной зрелости (но токсичность таких семян не меньше).

На концах всех ветвей клещевины располагаются длинные кистевидные соцветия, разделенные на две части: внизу — ярко-желтые тычиночные цветки, а выше по стеблю — круглые, почти шаровидные, пестичные. Они могут быть зелеными, синеватыми или ярко-алыми, в зависимости от сорта. Привлекательны для детей не только соцветия

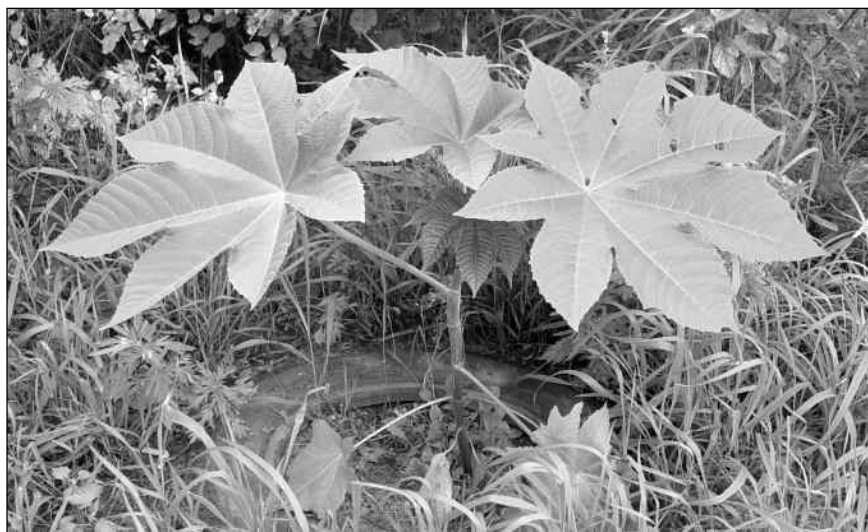


Рис. 1. Клещевина обыкновенная (*Ricinus communis* L.)



Рис. 2. Семена клещевины

тия, но и листья клещевины, почти круглые, рассеченные на 7—9 ланцетных долей с крупными зубцами по краям. Все растения покрыты восковым налетом, часто голубоватого цвета. Окраска листьев и стеблей зеленая, пурпурная или даже синевато-красная. Плоды — почти круглые коробочки, покрытые толстыми коническими шипами, но у краснолистных форм шипов обычно не бывает. Каждая коробочка растрескивается на три односемянные доли. Семена клещевины по форме и окраске похожи на фасоль, но с более широкой цветовой гаммой и фактурой рисунка (рис. 2). Указанное обстоятельство является привлекательным для игр детей. Наибольшее количество рицина содержится именно в бобах клещевины — до 3%, меньшее количество его содержится в листьях и других частях растения.

Семена клещевины кроме токсического белка рицина содержат алкалоид рицинин, единственный из 10 тыс. известных алкалоидов, содержащий в своей структуре циан-группу, а также белок, обладающий выражен-

ным агглютинирующим действием и поэтому названный агглютинином. Этот белок относится к лектинам — веществам, оказывающим на клетки агглютинирующее действие. Они принимают участие во многих важных для организма и клетки процессах, обладают широким спектром биологической активности. Разнообразие свойств лектинов связано с их полидоменной организацией и наличием нескольких участков связывания (углеводсвязывающих, гидрофобных и др.).

Токсическое действие рицина проявляется через 6—72 ч после попадания его в организм. Смертельно опасным для дошкольника могут стать 3—5 съеденных семян клещевины. Время появления первых симптомов отравления и тяжесть клинической картины зависят от возраста ребенка, его веса, объема и времени принятой пищи, наличия сопутствующих заболеваний.

При заглатывании семян через 10—12 ч или позднее появляются следующие симптомы: сильное раздражение желудочно-кишечного тракта, рвота, боли в животе, профузный жидкий стул (часто с кровью), жажда, расширение зрачков, потемнение в глазах, дрожь и лихорадка, холодный пот. В тяжелых случаях — конвульсии и летальный исход. При затяжном течении длительное время сохраняются слабость и истощение

вплоть до кахексии. Раздражение глотки и ротовой полости проявляется в виде жжения и гиперемии, боли в животе имеют схваткообразный характер. Самым ранним признаком интоксикации у человека при пероральном поражении семенами, содержащими рицин, является нарушение зрения вследствие геморрагии в сетчатке глаз. Другие авторы отмечают развитие атрофии зрительного нерва при отравлении рицином, а первыми симптомами считают сильнейшие боли в области глазницы на вторые сутки и снижение остроты зрения до 0,1 ... 0,3 в период, начиная с 14 сут. до 2-х мес. В отношении рицина отмечено, что «...не известен ни один яд, который вызывал бы такое тяжелое поражение вегетативной нервной системы».

В случае тяжелых отравлений на 1—7 сут. наступает летальный исход. Аналогичную клиническую картину наблюдают при отравлении другими токсичными лектинами высших растений.

Для отравленных характерны пониженная локомоторная активность, ослабление корнеального рефлекса, неврологические симптомы, например, ослабление симптома выпрямления, и автономные симптомы, такие как самопроизвольная дефекация. Характер указанных симптомов отравления людей свидетельствует о способности преодолевать рассматриваемыми токси-

нами гематоэнцефалический барьер и оказывать прямое действие на центральную нервную систему.

Выявлены изменения, характеризующие чрезвычайно разнообразными структурно-функциональными нарушениями, возникающими в сердечно-сосудистой и свертывающей системах, внутренних органах и головном мозге при отравлении рицином. Отмечено, что рицин угнетает иммунологическую реактивность организма.

При патологоанатомическом обследовании животных и людей, погибших от воздействия токсичных лектинов, обнаруживают сильно выраженный геморрагический гастроэнтероколит, иногда асцит и гидроторакс, геморрагии и некроз лимфатических узлов в брюшной полости. В зависимости от вида токсина наблюдают преимущественное поражение тех или иных органов брюшной полости. Так, при отравлении рицином в печени отмечены изменения в синусных клетках, в которых развивался некроз, затем появлялся некроз гепатоцитов, также выявлен некроз красной пульпы селезенки.

Существенные изменения при отравлении рицином претерпевает фагоцитарная функция нейтрофилов, что подтверждается достоверным снижением величины фагоцитарного индекса, коэффициентов поглощения и завершенности фаго-

цитоза, наблюдававшихся во все сроки исследования.

В период 3—20 сут. после отравления в морфологическом составе периферической крови отмечается сдвиг в сторону преобладающего роста количества лимфоцитов. Это характерно и для костномозгового кроветворения. В отдаленные сроки (20, 30 и более суток) после отравления лейкоцитоз сохранялся в основном за счет увеличения лимфоцитов, что свидетельствовало в пользу иммунобиологической перестройки организма.

Одним из проявлений патогенеза отравлений рицином является повышение капиллярной, сосудистой и тканевой проницаемости. Значительная роль при этом отводится биогенным аминам, т.е. вазоактивным веществам, обеспечивающим свое постоянное трофическое влияние. С другой стороны, при патологических состояниях нарушение проницаемости биологических мембран и барьеров может быть обусловлено деструктивными изменениями архитектоники стенок сосудов. В частности, отмечают сдвиг физиологического равновесия в системе гиалуронидаза — гиалуроновая кислота в сторону увеличения активности фермента, который способствовал в итоге повышению проницаемости. При этом экспериментально обнаружено изменение ультраструктуры эндотелиальной выстилки сосудов, выражающе-

еся в образовании межклеточных щелей и трансэндотелиальных каналов. В головном мозге лабораторных животных определяется микроскопическая картина, сходная с аллергическим демиелинизирующим энцефалитом.

Итак, на основании всестороннего глубокого изучения токсических эффектов рицина к настоящему времени о нем сложилось представление как о метаболическом, общетоксическом яде, поражающем все органы и системы. Яд обладает цитотоксическим и цитостатическим действием, способен нарушать процессы метаболизма, вызывать дезорганизацию регуляторных механизмов и факторов проницаемости, глубоко поражать гипофиз-адреналовую и другие жизненно важные системы.

Экспериментально установлено, что время гибели животных Φ (ч), в зависимости от температуры окружающей среды t (°C), изменяется линейно по уравнению вида:

$$\tau = 12,43 - 0,214 \times t.$$

Из этого следует, что при оказании медицинской помощи детям, пораженным бобами клещевины, и при их транспортировке в лечебное учреждение целесообразно применение общей или краниocereбральной гипотермии, что позволит создать резерв времени для прове-

дения лечебных мероприятий (на тело — холодная мокрая простынь, на голову — пузырь со льдом или охлаждающий пакет типа «Снежок»).

До настоящего времени лечение людей, отравленных касторовыми бобами, только симптоматическое, паллиативного характера. Неотложная помощь заключается, в основном, в назначении рвотных препаратов, солевого слабительного. Необходимо выполнить промывание желудка водой, содержащей 0,2% перманганата калия, а также поставить клизму такой же водой, что позволит удалить из

организма и окислить часть токсинов. Последующее лечение заключается в коррекции водного и электролитного баланса, введении антигистаминных средств и антикоагулянтов. Руководителям и педагогам следует помнить, что, исходя из смертельной опасности для детей бесконтрольного приема внутрь семян клещевины, акации белой, других растений, содержащих токсины — ингибиторы синтеза белка, необходимо исключить использование их в озеленении территории ДОУ и ограничить посадки в зонах жилой застройки около детских учреждений.

Методика проведения сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе (одним человеком)

Жуков С.В.,

канд. мед. наук, доцент;

Королюк Е.Г.,

канд. мед. наук, Тверская государственная медицинская академия

Реанимация — это комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций у пациентов, находящихся в терминальном состоянии или при клинической смерти. **Сердечно-легочная реанимация (СЛР)** — это манипуляции, направленные

на восстановление кровообращения и дыхания. С помощью искусственного поддержания кровообращения и дыхания восстанавливают жизнедеятельность всего организма. **Интенсивная терапия** — это лечение больных, у которых одна или несколько жизненно важных

функций нарушены настолько, что без искусственной их компенсации организм не может нормально существовать.

В соответствии с реанимационным алфавитом Сафара (1960) выделяют три стадии реанимации (табл. 1).

Таблица 1

Реанимационный алфавит Сафара

Стадия	Этап	
Стадия 1 ABC Элементарное поддержание жизни	Air ways	Восстановление проходимости дыхательных путей
	Breathe	Экстренная искусственная вентиляция легких и оксигенация
	Circulation	Поддержание кровообращения
Стадия 2 DEF Дальнейшее поддержание жизни	Drugs	Введение медикаментозных средств и жидкостей для внутривенной инфузии
	Electrocardiography	Кардиомониторинг
	Fibrillation	Проведение дефибрилляции при фибрилляции желудочков
Стадия 3 GHI Длительное поддержание жизни	Gauging	Оценка первичных результатов
	Hypothermy	Охлаждение головы
	Intensive care	Интенсивная терапия постреанимационных синдромов

**Методика выполнения
реанимационных мероприятий
одним человеком**

(ведущая рука правая)

Предварительный этап

Выполнению реанимационных мероприятий предшествует ряд предварительных манипуляций, их длительность не должна превышать 10–15 с. Важно сразу правильно занять положение возле пострадавшего, чтобы не менять его в процессе реанимационных мероприя-

тий и при подключении второго спасателя. С самого начала реанимационных мероприятий необходимо либо попросить кого-то из окружающих вызвать «скорую помощь», либо, если спасатель один, громко звать на помощь.

На предварительном этапе спасатель должен:

- ♦ Занять правильное положение около пострадавшего:

- подойти к пострадавшему слева;

— сесть перед пострадавшим на колени так, чтобы правое колено (основной упор) спасателя было на уровне плеч пострадавшего.

♦ Определить, в сознании ли пострадавший:

— взять пострадавшего за плечи;

— встряхнуть;

— громко спросить: «С вами все в порядке? Что случилось?»

♦ Определить наличие спонтанного дыхания и пульса на сонной артерии:

— на основании полученных данных принимается решение о проведении реанимационных мероприятий или отказе от них.

♦ Придать пострадавшему правильное положение:

— уложить пострадавшего на жесткую горизонтальную поверхность (недопустимо проводить СЛР на кровати, носилках или подвижной каталке);

— расстегнуть все стесняющие тело части одежды;

— придать пострадавшему симметричное положение, необходимое для правильного выбора точки давления и равномерного распределения нагрузки при непрямом массаже сердца.

В большинстве случаев пострадавший укладывается на спину, однако если он находится в состоянии комы с сохраненным самостоятельным дыханием (цианоза носогубного

треугольника и кожных покровов нет), то он укладывается на бок (если нет противопоказаний, то на левый бок для предотвращения регургитации содержимого желудка), верхняя рука и нога сгибаются под прямым углом.

Реанимация ABC

А. Восстановление проходимости дыхательных путей

Обструкция дыхательных путей может быть вызвана ларингоспазмом, бронхоспазмом или механическим фактором (табл. 2). Порядок и объем выполняемых манипуляций на данном этапе определяется причиной и уровнем обструкции.

Туалет полости рта и глотки

Пострадавшего укладывают на бок с отведенной назад головой (голову и плечи можно повернуть в сторону, подведя свое колено под плечи больного). Производится фиксированное открывание рта пострадавшего. Если больной находится в сознании, то следует попытаться заставить его удалить инородное тело с помощью кашля или попросить его очистить полость рта и глотку с помощью согнутого указательного пальца. Если в полости рта или глотке имеется содержимое, его нужно быстро удалить пальцем, салфеткой, платком.

Таблица 2

**Мероприятия по восстановлению
проходимости дыхательных путей**

Обструкция		Манипуляция
Уровень	Причина	
Верхние дыха- тельные пути	— попадание сгустков крови, рвотных масс, воды; — западения корня языка на зад- нюю стенку глотки; — попадание инородных предме- тов; — ларингоспазм при попадании отравляющих веществ (газов), ядовитых жидкостей, веществ, вызывающих аллергические со- стояния	— туалет полости рта и глотки; — тройной прием Сафа- ра; — приемы сжатия (толч- ка) живота и удара по спине; — трахеотомия, конико- томия стандартным кони- котомом
Нижние дыха- тельные пути	— повышения бронхиальной секреции; — отек слизистой оболочки бронхов (при бронхиальной аст- ме); — аспирация содержимого же- лудка; — попадание инородных предме- тов	<i>Рассматриваются в по- собии по расширенной сердечно-легочной реани- мации</i>

При подозрении на травму шейного отдела позвоночника можно выполнить **прием Эсмарха**: спасатель встает на колени у головы пациента, пальцами обеих рук захватывает углы нижней челюсти и перемещает

ее вперед, большими пальцами надавливает на подбородок и тем самым открывает рот.

В остальных случаях основным способом раскрытия дыхательных путей является **тройной прием П. Сафара**.

1. *Разгибание головы в позвоночно-затылочном суставе* (рис. 1). Реаниматор одну руку кладет на лоб пострадавшего, другой рукой поднимает сзади шею. Происходит натяжение передних мышц шеи, и корень языка приподнимается над задней стенкой глотки.

Травма шейного отдела позвоночника является противопоказани-

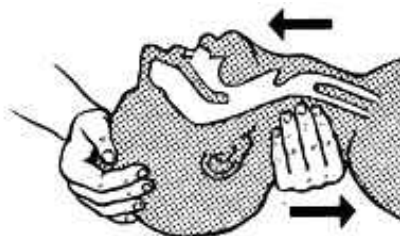


Рис. 1. Разгибание головы

ем к разгибанию головы из-за опасности повреждения мозга.

2. *Выдвижение нижней челюсти вперед и вверх* осуществляется:

а) **за подбородок** — кончики пальцев помещают под подбородок и поднимают его так, чтобы верхние и нижние зубы находились в одной плоскости (рис. 2);

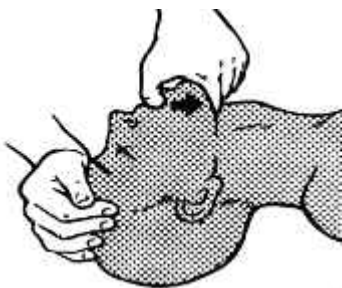


Рис. 2. Выдвижение нижней челюсти за подбородок

б) **за восходящую ветвь нижней челюсти**: реаниматор встает у головного конца кровати и 2—5 или 2—4 пальцами обеих рук захватывает восходящую ветвь нижней челюсти больного около ушной раковины и выдвигает ее вперед и немного вверх, смещая нижнюю челюсть таким образом, чтобы нижние и верхние зубы находились в одной плоскости — «двуручное поднятие челюсти» (рис. 3). **Нельзя захватывать горизонтальную ветвь нижней челюсти**, так как это может привести к закрытию рта.

3. *Приоткрывание рта*. Существует несколько способов приоткрывания рта:



Рис. 3. Выдвижение нижней челюсти за восходящую ветвь

а) **«палец за зубами»** (при плотно сомкнутых челюстях): указательный палец вводится между щеками и зубами, фиксируется и заводится за последний зуб (рис. 4);



Рис. 4. Приоткрывание рта, прием «палец за зубами»



Рис. 5. Приоткрывание рта с помощью скрещенных пальцев

б) с помощью скрещенных пальцев (при расслабленной нижней челюсти): реаниматор, стоя со стороны головы или сбоку от пострадавшего, вводит указательный палец в дальний угол рта и надавливает им на нижние зубы в направлении, противоположном верхним зубам; большой палец располагает по линии нижних зубов и открывает рот пострадавшего (рис. 5);

в) прием поднятия языка и верхней челюсти (при очень



Рис. 6. Прием поднятия языка и верхней челюсти

расслабленной нижней челюсти); после того как рот пострадавшего открыт, полость рта и глотка очищается пальцами другой руки (II и III) или тампоном (рис. 6).

Способы удаления инородного тела из верхних дыхательных путей

Используются приемы сжатия (толчка) живота и удара по спине в положении стоя или лежа. У пострадавших с обтурацией верхних дыхательных путей инородным телом, не утративших сознания, достаточно эффективным является проведение ударов по спине и сдавления живота в положении стоя: находясь сзади, реаниматор плотно обхватывает пострадавшего вокруг живота руками, сжатой в кулак кистью надавливает на живот в области эпигастрия по направлению к груди.

Если больной без сознания, то при использовании ударов по спине пострадавшего кладет на бок лицом к реаниматору, грудная клетка при этом должна находиться на уровне колен последнего; наносятся 3—7 сильных удара кистью руки в межлопаточной области.

Горизонтальное сдавление живота: пострадавшего укладывают на спину с запрокинутой головой. Располагают кисть правой руки на кисти левой строго по середине линии (во избежание травматизации внутренних органов) между пупком и мечевидным отростком и толч-

кообразно надавливают на область диафрагмы. Сдавление повторяют 3—5 раз. После удаления инородного содержимого оставляют пациента в горизонтальном положении лицом вверх на спине и отогнутой назад головой, поддерживая его руками или подложив валик или любой другой твердый предмет под лопатки.

Трахеостомия

В зависимости от уровня сечения трахеи по отношению к перешейку щитовидной железы различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию. При верхней трахеостомии разрез трахеи проводят над перешейком, при средней — в пределах перешейка после его рассечения, при нижней — под перешейком.

У детей в условиях чрезвычайной ситуации проводят только нижнюю трахеостомию, так как перешеек располагается выше, чем у взрослых. Кроме того, у детей трахеостомия, наложенная высоко, может привести к вторичным воспалительным явлениям в подсвязочном пространстве, что впоследствии затрудняет возможности деканюляции.

В полевых условиях трахеостомия проводится любым острым предметом. Показанием может служить III—IV степень крупа, ожоги и травмы, приводящие к непроходимости голосовой щели. Противопоказаний для проведения экстренной трахеостомии нет.

В. Экстренная искусственная вентиляция легких (ИВЛ)

Экстренная искусственная вентиляция грудной клетки может осуществляться различными способами, основанными как на принудительной экскурсии грудной клетки (методы Сильвестра и Шеффера), так и на вдувании воздуха в легкие (методы «рот в рот», «рот в нос» и др.). В условиях чрезвычайной ситуации наиболее простым и эффективным считается метод «рот в рот».

Методика ИВЛ методом «рот в рот»

Предварительно выполняется прием П. Сафара.

Положение рук спасателя:

— правая рука лежит на лбу пострадавшего, указательный и большой пальцы закрывают пострадавшему ноздри;

— левая рука заведена под шею пострадавшего.

При правильном положении рук спасателя обеспечивается достаточное запрокидывание головы пострадавшего.

Проведение ИВЛ должно сочетаться с контролем ее эффективности по экскурсии грудной клетки. На лицо пациента накладывают носовой платок (салфетку, лицевую пленку или маску). Делают глубокий вдох, плотно прижимая свои губы к губам пострадавшего и, прижавшись щекой к его носу, с силой вдувают воздух в легкие. У ребенка вдувание воздуха делают осто-

можно, не используя всю жизненную емкость легких, во избежание разрыва легочной ткани. **Для детей первого года жизни достаточно объема воздуха, находящегося в ротовой полости спасателя.**

Если грудная клетка пострадавшего заметно поднимается, то следует отвести лицо в сторону и дать пострадавшему возможность сделать пассивный выдох. После первых 2—3 раздуваний легких определяют пульс на сонной артерии (длительность не более 10—12 с) и принимают одно из решений:

- если пульс не определяется, то начинают непрямой массаж сердца (см. ниже);

- если пульс на сонной артерии определяется, то продолжают ИВЛ.

Правило: длительность выдоха всегда равна длительности вдоха.

С. Поддержание кровообращения

(непрямой массаж сердца)

Расположение сердца между позвоночником и грудиной позволяет в случае остановки сердечной деятельности обеспечить искусственное кровообращение путем сжатия сердца между ними, которое сопровождается изгнанием крови из сердца, легких и крупных сосудов. Кровоток при этом в сонных артериях составляет всего 30% от нормы, что недостаточно для восстановления сознания, но может поддерживать минимальный

обмен, обеспечивающий жизне-способность мозга. Прекращение давления на грудину ведет к тому, что грудная клетка в силу своей эластичности расширяется, сердце пассивно наполняется кровью. Наружный массаж сердца проводят путем ритмических надавливаний на нижнюю часть грудины в точке, указанной на рисунке (рис. 7).

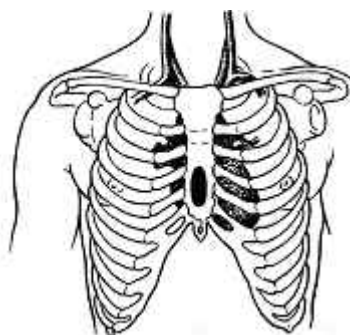


Рис. 7. Место приложения усилий при непрямом массаже сердца

Учитывая, что спасатель занял определенное положение около пострадавшего, правая (ведущая) рука накладывается на область эффективного сдавливания сердца перпендикулярно грудины, левая (ведомая) рука накладывается сверху параллельно грудины. Пальцы обеих рук должны быть слегка приподняты. Плечевой пояс спасателя находится над областью эффективного сдавливания сердца, руки прямые (сгибание рук в локтевых суставах недопустимо), что позволяет спасателю осуществлять комп-

рессию за счет мышц спины, а не плечевого пояса. На ладони для надавливания на грудину используются только области тенара и гипотенара.

Правило: ведущая рука всегда находится ближе к голове пострадавшего и осуществляет основное давление на грудину (всегда снизу и перпендикулярно грудине).

Проводится строго перпендикулярное **сдавление** грудины в переднезаднем направлении глубиной **4—5 см** (для взрослого человека), на глубине компрессии осуществляется **задержка на 0,5 с. (счет «и раз»)**. Затем осуществляется **декомпрессия с той же скоростью**, с которой проводилась компрессия грудины (счет «и два»).

Правило: время компрессии грудины всегда равно времени ее декомпрессии.

Считать количество компрессий следует спокойно, без рывков, с частотой около 60 (максимум 80) компрессий в минуту, так как при увеличении скоро-

сти движений спасателя камеры сердца не успевают полностью наполниться кровью и большая часть компрессий проводится «в холостую». **Критерием эффективности** непрямого массажа сердца является появление искусственной пульсовой волны на сонной или бедренной артериях.

Кроме вышеописанного («бабочка»), при непрямом массаже сердца возможно и иное положение рук. Для облегчения усилий при компрессии можно использовать так называемый «замок»: пальцы обеих рук согнуты, при этом пальцы левой руки сверху охватывают ладонь правой руки, проходя через межпальцевые промежутки. Давление осуществляется всей областью соприкосновения ладони с грудиной. Следует отметить, что такое увеличение области компрессии чревато переломами ребер в области реберно-грудинного сочленения.

Особенности непрямого массажа сердца у детей младшего возраста представлены в табл. 3.

Таблица 3

Методика проведения непрямого массажа сердца у детей

Возраст, лет	Техника проведения	Положение рук врача на груди ребенка	Глубина вдавливания грудной клетки, см	Частота, в 1 мин
До 1	Концами двух пальцев	На ширину одного пальца ниже сосковой линии	1—2	100
1—7	Ладонью	Нижняя треть грудины	2—3	80—100
Старше 10	Кистями обеих рук	Нижняя треть грудины	4—5	80

Новорожденному массаж можно проводить кончиками II и III пальцев одной кисти или двумя большими пальцами, расположенными на передней поверхности грудной клетки, а II—V на задней поверхности лопатки и грудной клетки (рис. 8).



Рис. 8. Непрямой массаж сердца у новорожденных

У дошкольников компрессию грудной клетки можно выполнять основанием ладони, одновременно второй рукой оказывая противодействие со спины ребенка. **У более старших детей** — обеими руками, сложенными крест-накрест над нижней третью грудины (рис. 9).



Рис. 9. Непрямой массаж сердца у дошкольников

Прекардиальный удар

Правило: этот прием не входит в программу СЛР для людей, не имеющих медицинского образования.

Если у пострадавшего предполагается фибрилляция желудочков (поражение электрическим током), то для восстановления синусового ритма и при отсутствии дефибрилятора необходимо провести прекардиальный удар — попытку рефлекторного воздействия на миокард путем преобразования механической энергии в электрический потенциал, восстанавливающий нормальный ритм сердца. Эффективность прекардиального удара при желудочковой тахикардии колеблется от 11 до 25%, при фибрилляции желудочков восстановление синусового ритма происходит значительно реже. В других случаях прекардиальный удар неэффективен.

Техника выполнения. Прекардиальный удар необходимо провести в первые 30 мин после возникновения фибрилляции. Удар кулаком по центру грудины в прекардиальную область наносится с расстояния не менее 30 см резко, но не очень сильно. Обычно достаточно двух резких ударов. Если сердечная деятельность начинает восстанавливаться, у пострадавшего наблюдается резкий глубокий вдох.

Правило: в случае поражения электрическим током реанимационные мероприятия начинают с 1—2 прекардиальных ударов.

В связи с тем что прекардиальный удар для прерывания фибрилляции желудочков только иногда бывает эффективным, его нельзя применять вместо электрической дефибрилляции.

Прекардиальный удар может переводить желудочковую тахикардию в асистию и фибрилляцию желудочков или в электромеханическую диссоциацию.

Таким образом, алгоритм проведения АВС-реанимации одним спасателем выглядит следующим образом (рис. 10):

- ♦ предварительный этап;
- ♦ выполнение приема П. Сафара;
- ♦ 3—4 пробных вдоха;
- ♦ прекардиальный удар;
- ♦ оценка эффективности манипуляций;
- ♦ чередование ИВЛ с непрямой

массажем сердца из расчета 2:15;

- ♦ оценка эффективности манипуляций через 4—6 циклов.

Литература

1. Анестезиология и реаниматология / Под ред. В.Д. Малышева, С.В. Свиридова. М., 2003.
2. Баешко А.А. и др. Неотложные состояния: диагностика, тактика, лечение: Справочник для врачей. 3-е изд. Минск, 2002.
3. Величко Н.Н., Кудрич Л.А. Первая медицинская помощь: Учебник для сотрудников органов внутренних дел. Тверь, 2007.
4. Калинин М.Н. и др. Умения и навыки в практике врача первого контакта. Тверь, 2008.
5. Мазурин А.В. и др. Общий уход за детьми. М., 1989.
6. Медицина катастроф (основы оказания медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном этапе) / Под ред. Х.А. Мусалатова. М., 2002.
7. Шойгу С.К. и др. Учебник спасателя. 2-е изд., перераб. и доп. Краснодар, 2002.

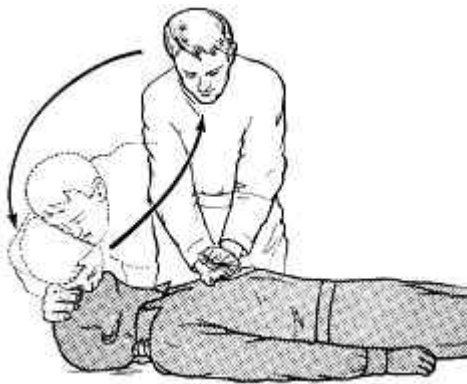


Рис. 10. Проведения АВС-реанимации одним спасателем

Издательство «ТЦ СФЕРА» представляет новые книги серии «Справочники»



ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ Справочное пособие для ДОУ

Автор-сост. — И.М. Ахметзянов
Обложка, 304 с. Формат 60х90/16

В книге представлены санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования, изложенные в действующих нормативных правовых и руководящих документах, к территории, зданиям, помещениям учреждений для детей дошкольного возраста, оборудованию, используемому в их деятельности, медицинские требования к режиму дня, занятиям, играм дошкольников, их сну, питанию, мероприятиям по закаливанию детей. Дана характеристика профилактических мероприятий при некоторых инфекционных и паразитарных заболеваниях, требования к дезинфекции, проведению профилактических прививок.

Предназначена для работников ДОУ, а также для родителей детей дошкольного возраста.



СПРАВОЧНИК ПСИХОЛОГА ДОУ

Автор — Аралова М.А.
Обложка, 272 с. Формат 60х90/16

В книге рассмотрены формы и методы работы психолога в условиях дошкольного учреждения. Представленный материал позволяет исследовать психические особенности личности ребенка на основе его диагностики, коррекции и развития, помочь в организации работы психолога с воспитателями и родителями, выявить основополагающие принципы психолого-педагогической деятельности, включая ролевые игры, релаксационные упражнения, тренинги, тесты. Помимо этого, в книге представлены документы, регламентирующие деятельность психолога в ДОУ, даны практические советы по организации его рабочего времени и места.

Для практических психологов, педагогов, воспитателей, студентов педагогических вузов.

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.**

Здоровьесберегающие технологии при подготовке ребенка к школе

Роненсон О.Д.,

канд. мед. наук, доцент,
Тверской областной институт усовершенствования
учителей;

Роненсон А.М.,

Тверская государственная медицинская академия

ПЕДАГОГИКА

На состояние здоровья подрастающего поколения влияет целый ряд социально-экономических факторов. В свою очередь, нарушения здоровья детей негативно сказываются на их способности к освоению программ общего образования и, как следствие, на последующей профессиональной деятельности. С другой стороны, сама система образования в настоящий момент рассматривается как фактор, негативно влияющий на здоровье обучающихся, прежде всего через неадекватные учебные нагрузки.

Вопросы охраны и укрепления здоровья на протяжении последнего десятилетия не оставались без внимания со стороны государства и органов исполнительной власти. Соответствующие действия предпринимались как в законодательной, так и в практической плоскости. Выдвигаемая в нормативных правовых документах на передний план категория «качество образования» непосредственно связана с категорией «здоровье» в ее современном понимании, т.е. гармоничное сочетание физического, психического и социального благополучия. Процесс обучения не должен негативно отражаться на здоровье детей и подростков. Образование должно формировать потребность и навыки поддержания здорового образа жизни. Таким образом, для обеспечения качества образования необходимо создание соответствующих условий.

Хотя формально ценность здоровья признается всеми, в том числе и педагогами, упоминание о задаче здоровьесбережения в описании педагогических тех-



нологий, методов и систем почти не встречается — как в числе задач, перечисленных самими авторами педагогических технологий, так и при их обзорном описании. Причиной этого является, во-первых, приоритет государства в заботе о здоровье перед личностной озабоченностью этой важнейшей проблемой и значимо меньшая ценность этого аспекта образования в сравнении с такими категориями, как обученность, воспитанность, личностное развитие и т.п. в теоретических построениях большинства известных ученых-педагогов и практиков. Во-вторых, принцип «Не навреди!», который служит девизом здоровьесберегающей педагогики, имманентно присутствует во всех педагогических концепциях как само собой разумеющееся условие. В реальной практической работе большинства образовательных учреждений вопросам здоровьесбережения или не уделяется должного внимания, или проводятся бессистемные мероприятия, не имеющие необходимого научного обоснования. В-третьих, постановка такой задачи определяет необходимость оценки ее решения, т.е. диагностики влияния образовательного процесса на здоровье, а это составляет дополнительную проблему для педагогов и учреждений образования и, что главное, эта проблема во многом остается пока нерешенной.

С другой стороны, если не кривить душой, а рассуждать честно и прямо: забота о здоровье подрастающего поколения по большей части только декларируется. На деле, в 90% районных центров Тверской области нет узких специалистов детского профиля, а ортопедов фактически нет ни в одном районе области. Занятые же другими специалистами ставки совсем не закрывают пустые места, а потому качество оказания помощи в первичном звене остается низким и малоэффективным.

Если в крупных районах области: Торжок, Бежецк, Вышний Волочек, Удомля в образовательных учреждениях имеются врачи, то в образовательных учреждениях сельской местности, как в дошкольных, так и в школах, врачей вообще нет, а как следствие, нет качественной диагностики и диспансерного наблюдения.

Поликлиника Тверского областного института усовершенствования учителей (ГОУ ТОИУУ) в течение 13 лет проводила обследования детей в дошкольных и средних общеобразовательных учреждениях Тверской области. Всего было обследовано 36 тыс. детей и подростков. Был разработан, с нашей точки зрения, оптимальный алгоритм обследования детей. Для дошкольников в условиях ДОУ обследование включало:

— электрокардиография с расшифровкой — формирова-

ние ЭКГ паспорта каждого ребенка;

— осмотр ортопеда — соматоскопия;

— осмотр ЛОР врача с назначением лечения и профилактических мероприятий через действия родителей;

— осмотр кардиолога, УЗИ сердца с выявлением функциональных проявлений и возможных пороков развития сердца;

— осмотр органов брюшной полости.

После проведенного обследования результаты обрабатывались и в обработанном виде с рекомендациями раздавались родителям. При этом на родительских собраниях рассказывалось о путях рационального питания, формирования оптимального двигательного стереотипа, коррекции нарушений осанки гигиены зрения и т.д. Заинтересованность родителей была неизменно высокой, на собрания приходили до 80% родителей.

Таблица

Программа коррекционно-реабилитационных мероприятий для ДОУ

Возраст	Содержание деятельности (мероприятий)	Предполагаемые результаты
1	2	3
1,5—3 года	<i>Сенсомоторный период развития</i> Педагогические: обучение самообслуживанию, личной гигиене, стимуляция двигательной активности, активные физкультурно-оздоровительные занятия. Психологические: максимально щадящее обращение с детьми 1,5—3 лет в связи с наличием стресса разрыва с мамой, умение включить каждого ребенка в коллектив с учетом его особенностей. Медицинские: закаливание, полное долечивание после ОРВИ, прививки при согласии родителей по национальному календарю прививок, витаминизация пищи.	Формирование долговременной адаптации к микробной среде, физическим нагрузкам. Полная психологическая адаптация к коллективу группы. Умение общаться с воспитателем и доверие к педагогу. Заболеваемость ОРВИ не чаще 2—3 раз в год
3—5 лет	<i>Средний дошкольный возраст</i> Педагогические: развивающие игры, викторины, занятия по гигиене и культуре здоровья, физкультурно-оздоровительные мероприятия, плавание.	Развитие личности ребенка, принятие установок воспитателей на сохранение и формирование здоровья.

Окончание табл.

1	2	3
3—5 лет	Психологические: ликвидация логоневроза, дислексии, дефектов произношения, формирование постоянной ситуации успешности, развитие творчества детей, формирование коммуникаций, музыкотерапия. Медицинские: закаливание, укрепление иммунитета, массаж, витаминотерапия, полноценное питание, регулярные диагностические обследования и санация очагов хронической инфекции, аэрофитотерапия, кислородные коктейли, инсоляция осенью и весной	Основы рефлексии, умение выражать эмоции и исключить из перечня эмоций страх перед взрослыми и сверстниками, мотивация к коллективным занятиям. Закаливание, формирование иммунитета и мышечного корсета, база данных состояния здоровья воспитанников, реабилитация и долечивание реконвалесцентов, предупреждение эпидемии в детском коллективе
5—6,5 лет	<i>Предшкольная подготовка</i> Педагогические: развитие личности, любознательности, творчества, коммуникабельности ребенка, социализация к роли ученика, подготовка к обучению грамоте и ознакомление с окружающим миром, уроки здоровья, формирование мотивации к учебе. Психологические: обучение рефлексии, формирование толерантности, доброго отношения друг к другу и животным, формирование психологической готовности к школе, снижение нейротизма, нивелирование гиперактивности и дефицита внимания. Медицинские: полная санация очагов инфекции носоглотки — подготовка к школе, восстановление правильной речи, формирование мышечного корсета	Подготовка личности ребенка к обучению в школе, его первичная социализация, развитие общеучебных навыков, подготовка к обучению грамоте. Развитие коммуникативных навыков и связей, формирование первичных и основных ценностей, ликвидация базовых, невротических страхов. Полное диагностическое углубленное обследование перед школой, оценка биологической и психологической готовности к школе

Благодаря этим обследованиям была разработана программа коррекционно-реабилитационных мероприятий для дошкольных и школьных учреждений образования. Структура этой программы в ДОУ определялась возрастом воспитанников (см. табл. выше).

В целом, здоровьесберегающая педагогика в ДОУ, как и в любом образовательном учреждении, должна состоять из **блоков: медико-диагностического, организационно-педагогического** (оптимизации образовательного процесса и создания здоровьесберегающей среды) и **содержательного** (занятия по формированию основ культуры здоровья и физкультурно-оздоровительных занятий).

Первый блок включает в себя полное медицинское обследование, желательно при поступлении в детский сад, в 3 года (критический период онтогенеза по Е.Ю. Вельтишеву) и перед поступлением в школу. Санация очагов хронической инфекции, особенно носоглотки (удаление аденоидов детям 5—6 лет), противорецидивное лечение хронического компенсированного тонзиллита. Важным направлением деятельности, без сомнения, является прививочная деятельность. При всех положительных аспектах прививок как преграды инфекции, право прививать или не прививать детей остается за родите-

лями. Проведение прививок же без их согласия — халатность и преступление медицинских работников, которое не должно допускаться.

Выявление особенностей развития ребенка (субклинических признаков натальной травмы шейного отдела позвоночника, синдрома дисплазии соединительной ткани (5—6 лет) и подбор соответствующих корригирующих упражнений. Необходимо раннее (4—5 лет) выявление сколиотической болезни, особенно второй степени, что является негативным прогностическим признаком. Важным для возраста 2—4 лет является ликвидация проблем развития половой сферы у мальчиков (фимоз, крипторхизм).

Другой стороной медико-диагностического блока является реабилитация перенесших ОРВИ воспитанников, а потому обязательным для детского сада следует считать наличие физиотерапевтических приборов, желательным и важным является наличие бассейна, кабинета массажа и необходимым является спортивный зал с фитоболлами для формирования осанки и оборудованием для развития двигательных умений и навыков. Этому же служат кислородные коктейли, аэрофитотерапия и т.д.

Много патологических состояний и отклонений в здоро-

вые детей дошкольного возраста связано с нерациональным питанием как в семьях, так и в ДОУ. К сожалению, современные представления о рациональном питании не совпадают с разработанными Роспотребнадзором санитарными нормами. Витаминизация питания, насыщение меню питания ДОУ овощами и фруктами, а не хлебом, макаронами и картошкой — важнейший фактор сохранения и укрепления здоровья детей.

Вторым блоком здоровьесберегающей программы является формирование здоровьесберегающей образовательной среды: **вербальной** (культурная, не агрессивная речь, наполненная лаской и добротой), **эмоционально-поведенческой** (спокойствие, толерантность к особенностям детей и их индивидуальности), **экологической** (создание фитомодулей, живых уголков, носящих воспитательный характер, картины и фитодизайн помещений ДОУ), **культурологической** (формирование у детей общей культуры и культуры здоровья).

Все занятия должны быть гигиенически сертифицированы как по формам и видам деятельности и их продолжению, так и по технологиям.

Физкультурно-оздоровительная деятельность как общеразвивающего, так и корригирующего характера — обязательное

направление деятельности ДОУ. Привитие ребенку оптимального двигательного стереотипа, любви к движению и физической активности — одно из направлений формирования культуры здоровья.

Психологическое сопровождение образовательного процесса в детском саду включает в себя работу логопеда, психолога, коммуникативные игры и упражнения. Большую роль играют психологи при дошкольной подготовке, которая должна выровнять стартовые позиции детей при поступлении в школу и обеспечить преемственность этапов образования. Контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм при проведении этих занятий — еще одна задача медицинской службы детского сада.

В Тверской области все ДОУ при написании программ развития и участия в грантах Губернатора Д.В. Зеленина обязательно описывают здоровьесбережение, адаптацию детей в детском саду как одно из инновационных направлений. При этом вариаций много, они определяются инфраструктурой детского сада и кадрово-ресурсным потенциалом медицинских и педагогических работников. Каждые один-два года ДОУ получают грант Губернатора и направляют эти средства на развитие здоровьесберегающей и развивающей среды.

Социальное развитие и особенности воспитания детей дошкольного возраста

Алексеева Ю. А.,

д-р мед. наук, профессор,

Тверская государственная медицинская академия

Основным условием благоприятного развития ребенка является четкое соответствие уровня развития физиологических систем и факторов социального развития во внешней среде.

Взаимодействие ребенка со взрослым имеет определяющее значение на протяжении всего дошкольного возраста. Основной вид деятельности дошкольника — игра. На ее основе формируется потребность в познавательной деятельности, развиваются сенсорные и моторные функции, речь и ее регулирующая и контролирующая функции. Уже с 3—4 лет игра должна быть не только пассивной, задаваемой инструкцией взрослого, но и активной, формирующей собственную программу деятельности ребенка, поддерживающей его инициативу. Во время игры непроизвольное внимание и запоминание начинают приобретать произвольный характер.

Особое значение для развития дошкольника имеет изобразительная деятельность, способствующая развитию сенсорных

и моторных функций. Рисование, конструирование, лепка позволяют ребенку активно осваивать новые сенсорные свойства предметов, такие как цвет, форма, зрительно-пространственные соотношения. В процессе таких занятий развиваются сложнокоординированные движения рук, глаз. Особенности развития эмоциональной сферы дошкольника таковы, что для него большое значение имеет положительная реакция взрослого, воспитателя на активность ребенка в процессе игровой деятельности. Интеллектуальное развитие дошкольника 3—4 лет неразрывно связано с игрой.

На следующей ступени развития ребенка ставятся новые познавательные задачи и соответственно формируются специальные интеллектуальные действия, направленные на их решение. Характерным выражением нового направления детской активности являются бесконечные «почему?» дошкольника. Характеризуя общий ход интеллектуального развития ребенка, известный российский

физиолог И.М. Сеченов писал: «Корни мысли у ребенка лежат в чувствовании. Это вытекает уже из того, что все умственные интересы раннего детства сосредоточены исключительно на предметах внешнего мира, а последние познаются преимущественно при посредстве органов зрения, осязания и слуха». И.М. Сеченов показал, как на основе элементарных сенсорных процессов возникают сложные пространственные представления, как формируются понимание причинной зависимости, абстрактных понятий. Именно И.М. Сеченов выделил значение предметной деятельности ребенка для формирования его мышления.

Прогрессивному развитию функций ребенка в дошкольном возрасте способствуют специально организованные занятия, включающие элементы подготовки к письму, чтению, математике. Форма этих занятий должна быть игровой и они должны отличаться новизной и привлекательностью, создавать положительный эмоциональный настрой. Это имеет особенно важное значение, так как именно эмоциональная память наиболее устойчива и эффективна в этом возрасте.

Занятия с ребенком — это не обучение его письму, чтению, математике, а комплексная система индивидуального развития. Для разработки такой сис-

темы необходимо знать уровень психофизиологического развития ребенка. Важно помнить тезис Л.С. Выготского о том, что «только то обучение в детском возрасте хорошо, которое забегает вперед развития и ведет развитие за собой, но обучать ребенка возможно только тому, чему он уже способен обучаться». Биологическое и социальное развитие ребенка в дошкольном возрасте определяет его готовность к обучению в школе, от которой зависит успешность и эффективность адаптации.

Однако развитие ребенка-дошкольника определяется не только общением со взрослыми. У него возникает потребность общения со сверстниками и возрастает число контактов с ними. Контакты со сверстниками способствуют формированию осознания своего положения в их среде и формированию личности ребенка, и здесь важнейшая роль принадлежит ДОУ. При поступлении ребенка раннего возраста в детское образовательное учреждение функцию воспитателя и «контролера» развития наряду с родителями берут на себя врач и медсестра ДОУ, как наиболее компетентные в данных вопросах.

Необходимо помнить, что воспитание — процесс систематического и целенаправленного гуманизирующего воздействия на духовное и соматическое (физическое) развитие лично-

сти в целях подготовки ее к производственной, общественной и иной деятельности. Воспитание или активное формирование необходимых полезных свойств и качеств организма и личности представляет собой поступательный и наступательный процесс, особенно важный в раннем детстве, ибо половину своего умственного развития ребенок проходит в первые 6 лет жизни.

Из научно-исследовательских работ К.Л. Печеры, В.А. Доскина, И.М. Воронцова, И.А. Кельмансона, Р.В. Тонковой-Ямпольской, А.А. Солнцева, Н.Г. Севостьяновой следует, что особенностями развития детей дошкольного возраста являются:

- высокая пластичность;
- большие потенциальные возможности;
- тесная связь между состоянием здоровья, физическим и нервно-психическим развитием;
- высокие сенсомоторные потребности ребенка;
- существенная роль эмоций.

О важной роли взрослых мы уже говорили.

Высокая пластичность мозга у детей до 6 лет легко позволяет ребенку воспринимать себя в системах «мать—ребенок», «воспитатель—ребенок». Вследствие ранимости мозга ребенка необходимо использовать этот период роста, но в то же время не перегружать психику детей, по-

мня о печальном опыте семьи Никитиных, где суперспартанское воспитание лишило их радостей детства и породило проблемы социализации. Прежде всего надо формировать умение слушать, смотреть, подражать, сравнивать, различать, сопоставлять, ибо на основе вышеизложенного ребенок начинает действовать, говорить и т.д.

Большие потенциальные возможности мозга выявляются просто. Если сравнивать мозговые резервы и мозговую «жизнедеятельность», то у ребенка обнаруживается много незанятого (незакодированного) поля. Открываются большие возможности влиять (и записывать) и воспитывать. Усилий надо приложить много, но они впоследствии окупаются.

Обнаруживается в процессе воспитания детей тесная связь между физическим и нервно-психическим развитием ребенка. Ребенок — существо биосоциальное, и развитие его возможно лишь через сопряжение вышеназванных компонентов. Дети с нормальным (неотягощенным) биологическим анамнезом имеют нормальное развитие речи, с отягощенным — задержку речи, причем задержку речи могут также вызвать частые заболевания детей, неустroенность, дисадаптации, токсемии, временной десинхронизация (мигранты).

Высокие сенсомоторные потребности ребенка обусловлены

потребностями получения информации в движении. Дети много двигаются и не устают; они устают от гипокинезии, а гипокинезия вызывает задержку развития. В семье дети часто слышат: «не бегай», «посиди», «подожди», «не мешай». Дома и в ДОУ дети часто сидят на скамеечках, стульчиках, коврах. Иногда в ДОУ отменяются прогулки (хотя они предусмотрены планом работы). К двум годам появляется первый вопрос: «А что это такое?». Очень тревожно, если в ДОУ дети не задают вопросы, так как незачем спрашивать, если воспитатели не отвечают.

Раннее формирование эмоций — залог оптимального развития. К трем годам у здорового ребенка развивается чувство юмора. Юмор — вершина эмоций; умение посмеяться отличает человека от животных: обезьяны смеются над окружающими, а человек разумный — над собой. Несомненна и роль эмоций в развитии и обучении детей. Ребенок будет делать все необходимое родителю и воспитателю, когда ему (ребенку) интересно, когда есть игровые компоненты. Все обучение должно строиться на интересе — не отвлеченно, а в процессе игры. Надо помнить об эмоциональной внушаемости подопечных. Дети в этом возрасте очень быстро перенимают эмоциональное состояние окружающих,

чувствуют настроение мамы, воспитателя.

Анатомо-физиологические особенности и физическое развитие детей дошкольного периода

В течение дошкольного периода увеличение массы тела составляет около 2 кг в год, а роста — 6—8 см.

К четырем годам исчезают лордоз и выступающий живот, отмечаемые в первые два года жизни. Значительно уменьшается подкожный жировой слой на сводах стоп. Мышечная система заметно укрепляется, нарастает масса более крупных мышц.

Количество активных движений в крупных суставах увеличивается. Продолжается развитие скелета: рост лицевых костей преобладает над ростом мозговых, челюсти подготавливаются к прорезыванию постоянных зубов.

Обычно имеется 20 молочных зубов. К концу дошкольного возраста начинается замена молочных зубов постоянными.

Пищевой рацион дошкольников мало чем отличается от пищи взрослых. Желудочно-кишечные заболевания относительно редки.

Острые детские инфекции встречаются довольно часто, чему способствует широкое общение дошкольников с окружающими их детьми и взрослыми, но протекают легче, чем у детей

грудного возраста, и реже приводят к тяжелым осложнениям.

Из-за аллергической предрасположенности организма могут развиваться аллергические и инфекционно-аллергические заболевания (бронхиальная астма, ревматизм, нефриты, геморрагический васкулит и др.).

Дошкольники часто болеют острыми респираторными заболеваниями, что особенно заметно среди детей, посещающих ДОУ, в которых выделяются специальные группы «часто и длительно болеющих детей».

Психомоторное развитие ребенка дошкольного возраста

Заканчивается первичная дифференциация нервных клеток центральной нервной системы, спинальных и периферических нервов, поэтому условно-рефлекторные связи, выработанные у ребенка в возрасте 3—6 лет, закрепляются особенно прочно и сохраняются в течение всей последующей жизни. В этот период значительно развивается интеллект, улучшается память.

Совершенствуются двигательные навыки — в возрасте 3 лет ребенок может стоять непродолжительное время на одной ноге, при подъеме по ступенькам чередует движения ногами, а к четырем годам — и при спуске, а вскоре становится особенно подвижным и много бегает.

В 3 года малыш самостоятель-

но раздевается, но одевается еще с помощью взрослых. Самостоятельно ест. Собирает разбросанные предметы и складывает их в определенном порядке. На просьбу нарисовать человека — рисует круг, может скопировать нарисованный круг. Словарный запас составляет около 900 слов. Может назвать один или два цвета, сосчитать три предмета.

В 4 года — хорошо бегает, поворачивает на бегу, не теряя равновесия. Умеет прыгать на одной ноге. Уверенно ловит мяч. Самостоятельно моет и вытирает руки. Умеет застегивать пуговицы и зашнуровывать ботинки (не завязывая их). Умеет считать до пяти. Словарный запас составляет 1500 слов и более. Может назвать три-четыре цвета, сосчитать четыре предмета.

В 5 лет уверенно бросает и ловит мяч, перескакивает с ноги на ногу, отличает правую руку от левой. Может нарисовать узнаваемую фигурку человека, состоящую, по меньшей мере, из восьми элементов. Умеет завязывать шнурки. Употребляет сложные предложения. Словарный запас составляет около 2100 слов. Знает названия дней недели, месяцев, монет. Может назвать более четырех цветов, сосчитать до десяти и более.

В 6 лет умеет считать до ста, складывать до десяти и десятками, вычитает в пределах пяти, начинает проявлять способность к переводу абстрактных

понятий в рисунки и конкретные предметы, т.е. звук [а] в букву а, понятие «пять» в цифру 5 и т.д.

Исключительно велика роль взрослых в воспитании детей, их развитии, и эти компоненты взаимообусловлены. Взрослого должно хватать ребенку, так как даже «домашние» дети испытывают дефицит общения со взрослыми. Более того, надо уметь общаться с малышами адекватно их возрасту и развитию, усиливая тем самым воспитательный компонент контакта с ребенком.

Известны четыре компонента воспитания — физическое, умственное, нравственное и эстетическое, каждый имеет свои основные задачи и средства их реализации.

I. Задачи физического воспитания:

- 1) формирование соматического здоровья;
- 2) полноценное и гармоничное физическое развитие;
- 3) охрана нервной системы;
- 4) повышение сопротивляемости организма;
- 5) привитие культурно-гигиенических навыков (санитарно-гигиеническая или медицинская культура).

Основные средства физического воспитания:

- борьба с гипокинезией;
- проведение закаливающих мер;
- рациональное питание;

- организация массажа и гимнастики;
- организация режима дня;
- методически правильное проведение режимов: сна и бодрствования, деятельности и отдыха («передышки»), туалетов (гигиенического), дозированных нагрузок для части детей (по назначению врача).

II. Задачи умственного воспитания:

- 1) развитие движений, особенно на первом году жизни;
- 2) сенсорное развитие;
- 3) развитие речи;
- 4) формирование игры ребенка;
- 5) формирование психических процессов (память, мышление);
- 6) развитие умственных способностей.

Основные средства умственного воспитания:

- специальное обучение ребенка взрослыми (в ДОУ — воспитателями);
- самостоятельная практика детей.

III. Задачи нравственного воспитания:

- 1) привитие положительных привычек: здороваться, благодарить, убирать игрушки;

- 2) формирование положительных отношений со взрослыми (подчинение разумным требованиям, ибо наш ребенок — диктатор);

- 3) формирование дружеских взаимоотношений между деть-

ми (помогать, утешать, делиться и т.д.);

4) развитие положительных черт личности за счет воспитания добра, бескорыстия, навыков самообслуживания, активной и реальной помощи взрослым: разнести хлеб, поднести молоток бабушке;

5) результативность действий (взялся — делай до конца);

6) инициативность.

Основные средства нравственного воспитания:

— личный пример взрослых;

— одобрение и поощрение хороших поступков;

— обучение хорошим поступкам.

IV. Задачи эстетического воспитания:

1) умение воспринимать и видеть хорошее (красивое платье, красивые цветы);

2) формирование творческих способностей (петь, лепить и т.д.).

Основные средства эстетического воспитания:

— общение с природой;

— занятия музыкой (последний возраст формирования музыкальных способностей — 7 лет);

— пение, хореография (простейшие «па»);

— рисование;

— чтение народных потешек, стихов, поговорок (лучше дома на родном языке для воспитания чувства патриотизма).

Необходимо подчеркнуть исключительную важность нравственного и эстетического воспитания как залога интеллигентности и общей культуры, а следовательно, культуры поведения и культуры производства, деятельности; и как залога оптимальной социализации на всех ее последовательных трех этапах: мать — взрослые (воспитатели) — сверстники.

Таким образом, развитие и воспитание ребенка дошкольного возраста, находящееся под контролем врача-педиатра и медсестры ДОО, представляет собой сложную систему взаимобусловленных звеньев, определяет уровень развития и здоровья будущей личности и диктует исключительно наступательную активную позицию врачам первичного звена здравоохранения.

Литература

1. Акопов Э.С. и др. Детская поликлиника. М., 2004.

2. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Физиология роста и развития детей и подростков. М., 2006.

3. Виноградов А.Ф. Основы формирования здоровья. Тверь, 2004.

4. Доскин В.А. и др. Поликлиническая педиатрия. М., 2002.

5. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия. М., 2007.

6. Концептуальные взгляды на здоровье ребенка / Под ред. В.Н. Шестакова. Смоленск, 2003.

7. Севостьянова Н.Г. Здоровый ребенок. М., 2005.

Использование международного опыта в работе по экологическому воспитанию дошкольников

Марчук С. Н.,

*зам. директора по учебно-воспитательной работе,
Структурное подразделение № 5 д/с компенсирующего
вида № 69 «Марина», Санкт-Петербург,
Красногвардейский р-н*

Детский сад компенсирующего вида № 69 с приоритетным осуществлением квалифицированной коррекции отклонений в физическом и психическом развитии воспитанников включает в себя пять подразделений. Структурное подразделение № 5 посещают 55 детей в возрасте 2—7 лет, в большинстве своем с III группой здоровья, страдающие заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Учреждение является первым в России детским садом, награжденным престижным международным символом Зеленый флаг, а структурному подразделению № 5 присвоен статус информационно-методического центра по развитию программы «Экошколы / Зеленый флаг». Дети неоднократно принимали участие в конкурсе рисунков в рамках международной программы «Европа в школе», в 2004 г. заняли призовое место

в конкурсе «Открытие Европы через спорт и культуру». Структурное подразделение ежегодно участвует во Всероссийском педагогическом марафоне (Москва), в 2005 г. стало лауреатом конкурса методических видеофильмов, в 2003 г. награждено грамотой за участие в I городском смотре-конкурсе на лучшее образовательное учреждение по пропаганде здорового образа жизни.

Детский сад работает по программе «Радуга», а структурное подразделение № 5 использует такие парциальные программы, как «Основы безопасности детей дошкольного возраста» (Р.Б. Стеркина, Н.И. Авдеева, О.Л. Князева), тренинговая программа социально-эмоционального развития дошкольников «Здравствуй, Я сам!» (С.В. Крюкова), оздоровительная программа «К здоровой семье через детский сад» (В.С. Коваленко).

Особый интерес представляет опыт участия в международной программе по экологическому образованию и управлению «Экошколы / Зеленый флаг», работать по которой в ДОУ № 69 «Марина» начали с 2003 г. при содействии общественной организации «Санкт-Петербург за экологию Балтики». Данная программа направлена на воспитание подрастающего поколения (детей в возрасте 4—17 лет), осознающего свою ответственность за сохранение окружающей среды и преумножение ее богатств, умеющего работать в команде и участвовать в принятии решений, способствующих постепенному переходу региона (а в дальнейшем страны в целом) на путь устойчивого развития. В программе принимают участие более 13 тыс. образовательных учреждений из почти 40 стран мира, в том числе 10 из России.

Приоритетными темами программы «Экошколы / Зеленый флаг», которые образовательное учреждение вправе выбрать для работы, являются: «Водные ресурсы», «Энергия», «Изменение климата», «Здоровый образ жизни» и др. Нашему коллективу наиболее актуальным представляется адаптивное зарубежное опыта по теме «Рациональное управление отходами», поскольку, несмотря на наличие большого

количества программ и методик по экологическому воспитанию дошкольников, все они или полностью игнорируют проблему бытового мусора, или освещают ее частично. Но, самое главное, не раскрывают путей решения проблемы управления отходами. Нами была составлена программа занятий, раскрывающая способы знакомства детей и родителей с проблемой мусора и рационального управления отходами, для чего были составлены учебный и тематический планы. При организации данной работы были сделаны **7 шагов**.

1. *Создание Экологического совета детского сада.* Совет сформирован по принципу «Начни с себя и своей семьи», поэтому первыми в него вошли сотрудники, дети которых посещают ДОУ. Совет принимает участие в планировании работы и организации конкурсов среди педагогов и родителей с детьми, в проведении мониторинга и оценки деятельности.

2. *Проведение исследования экологической ситуации.* Педагогами, детьми и родителями определяются виды мусора, образующегося в детском саду, близлежащем парке, дома и по месту работы родителей.

3. *Разработка плана действий.* Были разработаны планы работы с детьми и родителями.

4. *Мониторинг и оценка.* Про-

водится периодический контроль и оценка промежуточных результатов воспитательной работы с детьми и образовательной работы с родителями.

5. *Включение экологической тематики* в различные разделы образовательной программы.

6. *Предоставление информации и сотрудничество.* Проводятся презентации работы в рамках международных проектов для педагогов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, представляется опыт работы по экологическому воспитанию дошкольников на зарубежных семинарах, оформляются стендовые доклады и отчеты.

7. *Формулировка и принятие экологического кодекса.* В конце учебного года составляется экологический кодекс группы, детского сада, семьи, отражающие стремление каждого члена сообщества улучшить состояние окружающей среды.

Результаты работы по международной программе «Экошколы / Зеленый флаг»

Благодаря участию в программе мы:

- ♦ избавились от стихийно возникающей свалки напротив входа в детский сад;
- ♦ повысили экологическую культуру детей, родителей и педагогов ДОУ;
- ♦ разработали перспективное планирование по данной теме;

♦ нашли единомышленников и познакомились с различными подходами к этой проблеме;

♦ привлекли к участию в программе несколько ДОУ Санкт-Петербурга;

♦ познакомили со своей работой более 50 ДОУ региона;

♦ приняли участие в международных семинарах и конференциях.

Диагностика и анализ воспитательного процесса

Чтобы иметь информацию о результатах экологического воспитания детей, педагоги периодически проводили контроль в различных формах: беседа, рассказ по картинке, наблюдение, моделирование проблемной ситуации, сюжетно-ролевая игра.

Беседа. В ходе беседы ребенку могут быть предложены следующие вопросы: что мы называем мусором? Как тебе кажется, мусор мешает людям? Если да, то почему? Чем мусор опасен для природы? Какой мусор можно использовать еще раз (переработать)?

Рассказ по картинке. Ребенку предлагалась картинка с изображением места отдыха, где оставлено много мусора. Ребенок описывает картинку, дает оценку действиям людей и предлагает (или не предлагает) свой выход из ситуации.

Наблюдение. Обращается ли

ребенок к воспитателю с просьбой закрыть кран так, чтобы не капала вода; обращает ли внимание взрослого на то, что бесцельно горит свет и т.д.

Моделирование проблемной ситуации. Воспитатель на прогулке угощал детей конфетами в обертках и наблюдал за их действиями.

Сюжетно-ролевая игра. Например, «Пикник» — семья собирается и выезжает в лес на пикник (оценивалось поведение детей в лесу). «Экологический патруль» — дети проектируют в группе лесную поляну после нашествия экологически невежественных туристов, затем показывают, как

нужно исправить ситуацию (в идеале они не просто собирали мусор, но и сортировали его для дальнейшей переработки).

Периодический контроль и оценка промежуточных результатов позволял отмечать достигнутые успехи, а в случае необходимости корректировать свои действия. Для этого также проводилось анкетирование родителей с целью определения их позиции в отношении экологического воспитания детей. Дополнительно анкетирование представляло информацию о том, как ведут себя дети вне детского сада, и об уровне профессионализма педагогов.

Примерная экологическая анкета для родителей

Уважаемые родители!

Наш детский сад принимает участие в Международной программе «Экошколы / Зеленый флаг». Просим вас ответить на вопросы анкеты (указав ДА или НЕТ).

1. Интересуетесь ли Вы экологической обстановкой района __, города __, страны __?

2. Считаете ли Вы, что можете реально способствовать улучшению экологической обстановки? _____

3. Есть ли у Вас дома счетчики для воды _____, газа _____?

4. Считаете ли Вы, что установка счетчика позволит эконо-

мить не только природные ресурсы, но и Ваши деньги? _____

5. Утепляете ли Вы окна на зиму? _____

6. Случается ли, что телевизор работает у Вас в пустой комнате? _____

7. Знаете ли Вы, где рядом с Вашим домом расположены пункты сбора вторсырья? _____

8. Пользуетесь ли Вы услугами приемных пунктов вторсырья? _____ Каких именно? _____

9. Готовы ли Вы к раздельному сбору мусора? _____

10. Обращают ли Ваши дети внимание на текущий кран, бесцельно горящий свет? _____

11. Предлагают ли Вам Ваши дети сортировать мусор, воспользоваться услугами пунктов сбора вторсырья? _____

12. Участвуют ли Ваши дети в сборе мусора после пикника на природе? _____

13. Дают ли Ваши дети негативную оценку несанкционированным свалкам в городе и на природе? _____ Или просто не обращают на них внимание? _____

Экологическое воспитание детей не следует ограничивать рамками регламентированных занятий. Необходимо активно использовать все виды совместной деятельности с детьми: экскурсии, прогулки, беседы, досуги, праздники (например, День Земли, День воды), коллективное изготовление коллажей, поделок, атрибутов к сюжетно-ролевым играм. Проводятся такие мероприятия, как «Панорама добрых дел», конкурсы для детей и родителей, педагогов детского сада «На лучшую новогоднюю игрушку», «На лучший костюм к показу мод “Звездный подиум”», «На лучшую методическую игрушку “Ёжик”» (ёж — символ программы «Экошколы / Зеленый флаг» в России). В такой деятельности педагог своим поведением демонстрирует детям правильные формы

взаимодействия человека с природой, развивает сочувствие, сопереживание, любовь к ближнему.

Следует помнить, что пути сохранения физического и психического здоровья ребенка не сводятся к узко педагогическим средствам физического воспитания и медицинским мероприятиям. Они зависят от организации предметной и социальной среды, режима и разных видов детской деятельности. Существенное место в этом принадлежит гигиеническому и экологическому воспитанию детей и обучению взрослых — педагогов и родителей. Воспитывая у дошкольников потребность в здоровом образе жизни, мы подводим их к мысли, что человек не может быть здоровым, когда нездорова окружающая его среда.

Если мы сегодня не научим детей правилам экологически грамотного поведения, то завтра нас ждут новые экологические катастрофы. Экологическое воспитание, образование, охрана окружающей среды, обеспечение экологической безопасности, устойчивое развитие — это последовательные этапы процесса, направленного в будущее. Наше благополучие завтра полностью зависит от усилий, которые мы предпринимаем сегодня.

Формирование здоровья детей – забота педагогов и медиков

Звездина М.Л.,

канд. пед. наук, доцент,

Тверской государственный университет;

Арцев М.Н.,

заслуженный учитель РФ, д-р психол. наук,

Серая Т.В.,

начальник отдела дошкольного образования,

Управление образования администрации г. Твери

Сохранение, укрепление и формирование здоровья детей дошкольного возраста — приоритетное направление развития городской системы образования г. Твери, охватывающее более 16 тыс. детей дошкольного возраста, развитие и оздоровление которых осуществляется в 102 ДОУ. Характерные тенденции в развитии системы дошкольного образования, Твери за последние десять лет следующие:

- повышение ее статуса и роли в обеспечении здоровья ребенка, его гармоничном развитии, становлении его личностных качеств;
- определение новых ценностей и приоритетов в развитии системы (выбор здоровьесберегающего и здоровьесформирующего направления);
- изменение инфраструктуры системы дошкольного образования, возникновение новых видов и типов ДОУ;

— обновление содержания образования и педагогических технологий в сторону здоровьесберегающей, оздоровительной, аксиологической и гуманитарной направленности.

Одно из позитивных изменений городской системы дошкольного образования — ее дифференциация по видам и типам в зависимости от направленности образовательной, коррекционно-профилактической и оздоровительной деятельности. Так, среди дошкольных учреждений выделены Центры развития ребенка, образовательные учреждения общеразвивающего, комбинированного и коррекционного вида. В зависимости от патологии и отклонения в развитии детей отдельные детские сады имеют специализацию: в ДОУ № 73, 79, 80 и 153 определена логопедическая направленность всей деятельности, в ДОУ № 100 — коррекция нарушения зрения, в ДОУ № 152 — коррек-

ция нарушений интеллекта; в ДОУ № 68, 158, 161 — ортопедическая направленность коррекционной работы; в ДОУ № 144 — созданы специальные группы для слабослышащих и глухих детей.

В дошкольной практике нами учитываются следующие показатели, интегрально отражающие различные стороны здоровья ребенка:

- уровень и гармоничность физического развития;
- функциональное состояние организма, резервные возможности физиологических систем;
- уровень иммунной защиты и неспецифической резистентности;
- наличие или отсутствие хронического заболевания, дефекта развития;
- уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок.

Здоровьесберегающее и здоровьесформирующее образование в ДОУ г. Твери претерпевает качественное развитие. На базе многих учреждений осуществляется реализация системного и комплексного подхода к построению ДОУ нового типа с профилактической и оздоровительной направленностью. Образовательный и воспитательный процесс строится на основе личностно-ориентированного подхода в образовании, с учетом принципов гуманизации и индивидуализации при выборе стратегии отношения к ребенку и определении траектории его развития. Реализация всех направле-

ний образовательной, коррекционно-профилактической и оздоровительной деятельности происходит в условиях тесного взаимодействия всех участников целостного процесса (администрации ДОУ, педагогов, медиков, психологов) и при непосредственной связи с семьей. В ДОУ города совершенствуется и здоровьесберегающая инфраструктура (строятся бассейны, создаются специальные кабинеты для психологической разгрузки и массажа, спортивные залы для ЛФК, оборудуются спортплощадки).

Особенностью системы дошкольного образования г. Твери является широкое распространение физкультурно-оздоровительной деятельности в ДОУ. Это обусловлено, во-первых, наличием специального кадрового потенциала в области — инструкторов по ЛФК, специалистов по оздоровительной физической культуре; во-вторых, принятием Законодательным Собранием Тверской области решений о формировании здорового образа жизни детей, подростков и молодежи средствами физической культуры и спорта; в-третьих, сложившимся среди основной массы руководителей учреждений образования и педагогов нашего региона убеждением в особой значимости роли двигательной активности в формировании здоровья ребенка.

Непременное условие реализации системного и комплексного подхода к процессу формирования здоровья ребенка в условиях

ДОУ — взаимодействие педагогов с медицинским персоналом.

- В целостном процессе формирования здоровья ребенка педагог:
- осуществляет просвещение учащихся, воспитание мотивации на здоровый образ жизни;
 - создает благоприятный психологический климат;
 - выбирает адекватные средства и методы обучения и воспитания;
 - реализует индивидуальный подход в воспитательных воздействиях;
 - взаимодействует с семьей;
 - оказывает влияние на микро-социум, фиксирует проблемы.

Медицинские работники (врач и медицинская сестра):

- проводят медицинский осмотр детей;
- оценивают состояние здоровья и уровень физического развития ребенка;
- осуществляют оздоровительные и профилактические процедуры;
- предлагают педагогам рекомендации по индивидуальному подходу к ребенку;
- информируют об ограничениях в образовании ребенка;
- представляют диагноз и прогноз развития заболевания родителям и администрации.

Среди передовых инновационных дошкольных учреждений города, формирующих здоровье ребенка системно и комплексно, особое место занимает Центр развития № 162 и МДОУ № 161. Здесь реализуется комплексная

программа Л.А. Венгера «Развитие», а с целью физического и психического развития ребенка используется дополнительная программа М.А. Васильевой. Музыкальное и художественно-эстетическое развитие детей осуществляется на основе программы «Гармония». Целостную образовательно-воспитательно-развивающую систему в старших группах дополняет образовательная программа по социально-личностному развитию детей «Основы безопасности детей дошкольного возраста» Н.Н. Авдеевой, Н.Л. Князевой, Р.Б. Стеркиной. Физическое развитие детей как важного компонента здоровья ребенка осуществляется в педагогической системе на основе специальных программ В.А. Алямовской «Здоровье» и рекомендаций М.Д. Маханёвой «Здоровый ребенок».

В ДОУ создана Программа медико-социо-психолого-педагогического сопровождения развития ребенка, основывающаяся на разработках Л.М. Шипицыной, в которой определены основные этапы индивидуального сопровождения развития ребенка. Первый этап — сбор информации о ребенке, второй — анализ полученной информации, третий — совместная выработка педагогами, родителями и специалистами рекомендаций для ребенка, составление плана комплексной помощи для каждого «проблемного» воспитанника. На следующих этапах

идет консультирование всех участников сопровождения о путях и способах решения проблем ребенка, происходит решение проблем, т.е. выполнение рекомендаций каждым из участников сопровождения. Последние два этапа — анализ выполненных рекомендаций всеми участниками и дальнейший анализ процесса развития ребенка.

В отдельных детских садах города формирование здоровья ребенка осуществляется через организацию общения детей с природой во время туристических походов (ДОУ № 27 «Лесная сказка») или экологических экскурсий (ДОУ № 101). На базе детского сада № 101 адаптируется более 10 лет программа «Детский сад — дом радости». Формирование здорового образа жизни детей осуществляется через гигиеническое, физическое воспитание дошкольников, ежедневное закаливание, через организацию гибкого и дифференцированного режима для детей в зависимости от возраста, состояния здоровья, типологических и личностных особенностей детей.

Итак, процесс формирования здоровья ребенка на базе ДОУ идет по двум основным направлениям:

— обеспечение здоровья детей, т.е. создание благоприятных условий для жизнедеятельности ребенка и устранение факторов риска для здоровья, связанных с условиями среды и образом жизни ребенка в ДОУ;

— обучение здоровью и здоровому образу жизни.

В каждом ДОУ г. Твери сложился свой опыт сохранения, укрепления и формирования здоровья ребенка, опыт здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности. Несмотря на своеобразие организационных форм физкультурно-оздоровительной, профилактической, образовательно-воспитательной и специальной коррекционной работы, все они исходят из главной посылки: этап дошкольного образования — важнейший этап в охране, укреплении и формировании здоровья детей, успешность которого во многом определяется совместными усилиями руководителей, педагогов и медицинских работников ДОУ.

Литература

1. *Андреева Е.М.* Здоровьесберегающие технологии в программах дошкольного образования // Школьный вестник. 2001. № 5. С. 72—75.
2. *Зайцев Г.К., Зайцев А.Г.* Валеология. Культура здоровья. Самара, 2003.
3. *Желтухина Е.Л.* и др. Здоровье: Деятельность медицинской службы в школе, содействующей здоровью. М., 2003.
4. Организация и оценка здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений. М., 2004.
5. *Смирнов Н.К., Аносова М.В.* Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. М., 2002.
6. *Щедрина А.Г.* Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты. Новосибирск, 1989.

Официальные документы Роспотребнадзора, изданные в I квартале 2008 г.

О перечне территорий, эндемичных клещевому вирусному энцефалиту (письмо Роспотребнадзора № 01/1520-8-32 от 27.02.2008 г.)

Перечень административных территорий субъектов РФ, эндемичных клещевому вирусному энцефалиту в 2007 г., приведенный в письме, следует учитывать при планировании противоэпидемических мероприятий на период пребывания детей в загородных оздоровительных учреждениях и во время их летнего отдыха.

Центральный федеральный округ

Ивановская обл. — Верхне-Ландеховский, Вичугский, Заволжский, Ивановский, Кинешемский, Комсомольский, Лежневский, Палехский, Пестяковский, Пучежский, Родниковский, Савинский, Тейковский, Шуйский, Юрьеvecкий районы, г. Вичуга, г. Иваново, г. Тейково.

Костромская обл. — вся территория.

Тверская обл. — Андреапольский, Бежецкий, Бельский, Бологовский, Весьегонский, Вышневолоцкий, Жарковский, Западно-Двинский, Калининский, Калязинский, Кашинский, Кесовогорский, Кимрский, Конаковский, Краснохолмский, Кувшиновский, Лесной, Лихославльский, Максатихинский, Молоковский, Нелидовский, Оленинский, Осташковский, Рамешковский, Сандовский, Селижаровский, Сонковский, Спировский, Старицкий, Торжокский, Торопецкий, Удомельский, Фировский районы, г. Тверь.

Ярославская обл. — Брейтовский, Гаврилов-Ямский, Даниловский, Любимский, Мышкинский, Некоузский, Некрасовский, Первомайский, Пошехонский, Ростовский, Рыбинский, Тутаевский, Угличский, Ярославский районы, г. Ярославль, г. Рыбинск, г. Ростов.

Северо-Западный федеральный округ

Архангельская обл. — Вельский, Верхнетоемский, Вилегодский, Виноградовский, Каргопольский, Ко-

АКТУАЛЬНО



ношский, Котласский, Красноборский, Ленский, Няндомский, Онежский, Плесецкий, Устьянский, Холмогорский, Шенкурский районы, г. Коряжма, г. Котлас, г. Мирный.

Вологодская, Калининградская, Ленинградская, Новгородская обл. — вся территория.

Республика Карелия — Кондопожский, Лахденпохский, Медвежьегорский, Олонецкий, Питкярантский, Прионежский, Пряжинский, Пудожский, Суоярвский районы, г. Петрозаводск и окрестности, г. Сортавала и окрестности.

Республика Коми — Сыктывдинский, Сысольский, Усть-Куломский, Койгородский, Прилузский районы, г. Сыктывкар.

Псковская обл. — Великолукский, Гдовский, Красногородский, Куньинский, Невельский, Опочечский, Островский, Палкинский, Печорский, Плюсский, Порховский, Псковский, Пыталовский, Пушкиногорский, Стругокрасненский, Усвятский районы, г. Великие Луки и окрестности, г. Псков и окрестности.

г. Санкт-Петербург — Колпинский, Красносельский, Курортный, Приморский, Петродворцовый, Пушкинский районы.

Южный федеральный округ

Республика Адыгея — Майкопский район.

Приволжский федеральный округ

Кировская обл., Пермский край, Удмуртская Республика — вся территория.

Нижегородская обл. — Балахнинский, Борский, Варнавинский, Ветлужский, Воскресенский, Городецкий, Ковернинский, Краснобаковский, Семеновский, Тонкинский, Тоншаевский, Уренский, Чкаловский, Шарангский, Шахунский районы.

Оренбургская обл. — Абдулинский, Асекеевский, Бугурусланский, Бузулукский, Грачевский, Матвеевский, Оренбургский, Пономаревский, Сакмарский, Северный, Шарлыкский районы.

Республика Башкортостан — Альшеевский, Аскинский, Бакалинский, Белебеевский, Белокаитайский, Белорецкий, Бирский, Благовещенский, Буздякский, Бураевский, Бурзянский, Гафуринский, Давлекановский, Дуванский, Ермекеевский, Иглинский, Ишимбайский, Калтасинский, Караидельский, Кигинский, Краснокамский, Кутарчинский, Куяргазинский, Мелеузовский, Мечетлинский, Мишкинский, Миякинский, Нуримановский, Салаватский, Стерлибашевский, Стерлитамакский, Татышлинский, Туймазинский, Уфимский, Федоровский, Чекамагушевский, Чишминский, Шаранский, Янаульский районы.

Республика Марий Эл — Волжский, Горномарийский, Медведевский, Моркинский районы, г. Йошкар-Ола.

Республика Татарстан — Агрызский, Азнакаевский, Аксубаевский, Актанышский, Алькеевский, Алексеевский, Альметьевский, Бавлинский, Бугульмин-

ский, Елабужский, Заинский, Лениногорский, Менделеевский, Мензелинский, Муслюмовский, Нижнекамский, Новошешминский, Нурлатский, Сабинский, Спасский, Тукаевский, Тюлячинский, Чистопольский, Черемшанский, Ютазинский районы, г. Набережные Челны.

Самарская обл. — Борский, Волжский, Кинельский, Кинель-Черкасский, Красноярский, Камышлинский, Кошкинский, Клявлинский, Похвистневский, Ставропольский, Сызранский, Шенталинский, Шигонский, Челно-Вершинский районы, г. Самара, г. Жигулевск.

Ульяновская обл. — Мелекесский, Майнский, Старо-Майнский, Сенгилевский, Ульяновский районы.

Уральский федеральный округ

Курганская обл. — Белозерский, Варгашинский, Далматовский, Каргапольский, Катайский, Кетовский, Куртамышский, Лебяжьеvский, Макушинский, Мишкинский, Мокроусовский, Сафакулевский, Целинный, Шадринский, Шатровский, Шумихинский, Щучанский, Юргамышский районы, г. Курган, г. Шадринск.

Свердловская, Тюменская, Челябинская области, Ханты-Мансийский АО — Югра — вся территория.

Сибирский федеральный округ

Агинский Бурятский и Усть-Ордынский Бурятский АО, Республика Алтай, Кемеровская и Томская области — вся территория.

Алтайский край — Алтайский, Бийский, Баевский, Ельцовский, Заринский, Завьяловский, Зональный, Залесовский, Калманский, Курьинский, Кытмановский, Косихинский, Краснощековский, Красногорский, Павловский, Первомайский, Петропавловский, Ребрихинский, Рубцовский, Смоленский, Солонешенский, Советский, Солтонский, Тальменский, Тогульский, Топчихинский, Троицкий, Тюменцевский, Усть-Калманский, Целинный, Чарышский, Шипуновский, Шелаболихинский районы, г. Барнаул, г. Белокуриха, г. Бийск, г. Заринск, г. Змеиногорск, г. Новоалтайск.

Республика Бурятия — Баргузинский, Бичурский, Джидинский, Заиграевский, Закаменский, Иволгинский, Кабанский, Курумканский, Кяхтинский, Мухоршибирский, Муйский, Окинский, Прибайкальский, Северо-Байкальский, Селенгинский, Тарбагатский, Тункинский районы, г. Улан-Удэ и окрестности.

Иркутская обл. — Братский, Балаганский, Жигаловский, Заларинский, Зиминский, Иркутский, Казачинско-Ленский, Качугский, Куйтунский, Нижнеудинский, Ольхонский, Слюдянский, Тайшетский, Тулунский, Усть-Илимский, Усть-Удинский, Усольский, Черемховский, Чунский, Шелеховский районы, г. Ангарск, г. Братск, г. Иркутск, г. Саянск.

Красноярский край — Абаканский, Ачинский, Балахтинский, Березовский, Бирилюсский, Бо-

готольский, Богучанский, Большемуртинский, Большееулуйский, Дзержинский, Енисейский, Емельяновский, Ермаковский, Идринский, Иланский, Ирбейский, Казачинский, Канский, Каратузский, Козульский, Краснотуранский, Курагинский, Манский, Минусинский, Мотыгинский, Назаровский, Нижнеигашский, Новоселовский, Рыбинский, Партизанский, Пировский, Саянский, Сухобузимский, Тасеевский, Тюхтетский, Уржурский, Уярский, Шарыповский, Шушенский районы, г. Бородино, г. Дивногорск, г. Красноярск, г. Лесосибирск, г. Сосновоборск.

Новосибирская обл. — Болотнинский, Венгеровский, Искитимский, Колывановский, Коченевский, Краснозерский, Кыштовский, Маслянинский, Мошковский, Новосибирский, Ордынский, Северный, Сузунский, Тогучинский, Черепановский, Чулымский районы, г. Бердск, г. Новосибирск, г. Обь.

Омская обл. — Большереченский, Большееуковский, Горьковский, Знаменский, Колосовский, Крутинский, Муромцевский, Нижнеомский, Омский, Саргатский, Седельниковский, Тарский, Тевризский, Тюкалинский, Усть-Ишимский районы.

Республика Тыва — Каа-Хемский, Кызылский, Пий-Хемский, Сут-Хольский, Тандинский, Тес-Хемский, Тоджинский, Улуг-Хемский, Чаа-Хольский, Чеди-Хольский районы, г. Кызыл и окрестности.

Республика Хакасия — Аскиз-

ский, Бейский, Богградский, Таштыпский, Усть-Абаканский, Ширинский районы, г. Абаза, г. Саяногорск и окрестности, г. Сорск.

Читинская обл. — Акшинский, Балейский, Борзинский, Газимуро-Заводский, Карымский, Красночикоийский, Могочинский, Нерчинский, Оловянинский, Петровск-Забайкальский, Сре́тенский, Тунгокоченский, Улетовский, Хилокский, Чернышевский, Читинский, Шелопугинский, Шилкинский районы.

Дальневосточный федеральный округ

Амурская обл. — Архаринский, Бурейский, Зейский, Магдагачинский, Мазановский, Ромненский, Свободненский, Селемджинский, Сковородинский, Тындинский, Шимановский районы.

Еврейская автономная обл., Приморский край — вся территория.

Сахалинская обл. — Анивский, Долинский, Корсаковский, Курильский, Макаровский, Невельский, Ногликский, Поронайский, Смирныховский, Томаринский, Тымовский, Углегорский, Холмский, г. Александровск-Сахалинский, г. Южно-Сахалинск.

Хабаровский край — Амурский, Бикинский, Ванинский, Верхнебуреинский, Вяземский, им. Лазо, им. П. Осипенко, Комсомольский, Нанайский, Николаевский, Совгаванский, Солнечный, Ульчский, Хабаровский районы, г. Комсомольск-на-Амуре, г. Хабаровск.

Об усилении мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний и элиминации малярии в Российской Федерации (Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 94 от 25.12.2007 г.)

Анализ заболеваемости населения Российской Федерации по паразитарным болезням показывает, что в 2006 г. по сравнению с 2005 г. количество паразитарных заболеваний сократилось на 11%, трихинеллезом — на 50, токсоплазмозом — на 42, трихоцефалезом — на 35, энтеробиозом — на 15, дифиллоботриозом — на 15, описторхозом — на 13, аскаридозом — на 7%. Отмечается тенденция снижения заболеваемости малярией: в 2006 г. зарегистрировано 143 случая заболевания малярией против 201 в 2005 г.

Вместе с тем паразитарные болезни по-прежнему занимают ведущее место в структуре инфекционной и паразитарной заболеваемости, за исключением гриппа и острых респираторных вирусных инфекций. В 2006 г. зарегистрировано 581 618 случаев паразитарных заболеваний, в том числе энтеробиозом — 340 618 случаев.

В детских дошкольных учреждениях и школах-интернатах имеет место значительная циркуляция возбудителя энтеробиоза: яйца остриц обнаруживаются в 0,5—0,9% исследований внешней среды в этих учреждениях. Ежегодно в РФ выявляет-

ся от 60 до 100 тыс. больных аскаридозом — вторым после энтеробиоза по массовости распространения гельминтозом.

Наличие высокого риска заражения аскаридозом и другими геогельминтозами подтверждается результатами санитарно-паразитологических исследований почвы. В Республике Хакасия и Смоленской области яйца аскарид выявлены в 10% исследований проб песка из песочниц ДОУ, в Астраханской, Московской, Самарской областях — в 3—6%. В большинстве регионов при выявлении яиц гельминтов в почве дезинвазия ее овицидными препаратами биологического стимулирования не проводится; профилактические мероприятия ограничиваются заменой песка, закрытием песочниц крышками.

Серьезной проблемой, особенно в крупных городах, является рост заболеваемости населения токсокарозом. Только в 2006 г. число больных этой инвазией возросло по сравнению с предыдущим годом на 64%. Такое положение является следствием значительного увеличения численности собак в городах, несоблюдением правил их содержания, отсутствием средств дезинвазии экскрементов, что

приводит к интенсивной циркуляции возбудителя.

Ежегодно регистрируется свыше 40 тыс. случаев описторхоза, 77% из которых приходится на Сибирский федеральный округ. В структуре заболеваемости 75% составляет городское население. Отмечается рост заболеваемости среди детей.

За последние два года максимальное число случаев трехдневной малярии с местной передачей возбудителя зарегистрировано в Московской области, что обусловлено снижением объема и эффективности проводимых противомаларийных мероприятий. Происходит постоянный завоз малярии из Московской области в другие регионы Российской Федерации (Киров, Тулу, Тамбов, Саратов, Владимир, Иваново, Чувашскую Республику).

После 50-летнего перерыва удалось восстановить в России промышленный выпуск основных противомаларийных препаратов — примахина и хинина. Однако в лечебно-профилактических учреждениях в большинстве субъектов Российской Федерации отсутствует неснижаемый запас этих препаратов: хинина для лечения осложненной тропической малярии и примахина для радикального лечения трехдневной малярии.

В лечебно-профилактических учреждениях до сих пор отсутствует стандарт медицинской помощи больным, страдающим паразитозами. Недостаточно осуществляется работа по повыше-

нию квалификации врачей терапевтов, педиатров, семейных врачей в области паразитарной патологии. Не закупаются отечественные препараты для лечения гельминтозов как аптечной сетью, так и лечебно-профилактическими учреждениями, несмотря на их высокую эффективность и низкую стоимость по сравнению с зарубежными аналогами.

В целях предупреждения распространения паразитарных заболеваний на территории Российской Федерации постановлением определен ряд мероприятий. К их числу относятся:

- принятие нормативных правовых актов, регламентирующих содержание домашних животных, и мер по сокращению численности безнадзорных собак в городах;

- обеспечение режима работы клинично-диагностических лабораторий лечебно-профилактических учреждений, соответствующего требованиям работы с микроорганизмами 3—4 группы патогенности и гельминтами;

- улучшение подготовки специалистов лечебно-профилактических учреждений по диагностике и лечению больных паразитарными болезнями;

- разъяснительная работа среди населения о мерах профилактики паразитарных болезней с учетом интенсивности их распространения;

- расчет показателей пораженности населения паразитарными болезнями наряду с показателями заболеваемости.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие среды и здоровье детского населения Российской Федерации

(пресс-релиз Роспотребнадзора от 21.02.2008 г.)

Руководитель Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Г.Г. Онищенко 20 февраля 2008 г. выступил на пленарном заседании XII конгресса педиатров России с докладом «Санитарно-эпидемиологическое благополучие среды и здоровье детского населения Российской Федерации».

Докладчик отметил, что в результате осуществления комплекса организационных и практических мероприятий по увеличению охвата детей профилактическими прививками до уровня 96—98%, совершенствования системы эпидемиологического надзора, улучшения лабораторной диагностики достигнуто существенное снижение и стабилизация уровней заболеваемости инфекциями управляемыми средствами специфической профилактики. Это явилось одним из важных факторов, определивших позитивную динамику детской смертности в стране, показатели которой за последние три года составили соответственно 11,0; 10,2; 9,4 на 1000 родившихся живыми детей. Начиная с 2006 г. в Российской Федерации осуществляется реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, составной частью которого является проведение дополнительной иммунизации

населения, а также профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ-инфекцией.

В результате проведения массовой дополнительной иммунизации населения в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Российской Федерации отмечается устойчивое снижение заболеваемости вирусным гепатитом В. За 2007 г. по сравнению с аналогичным периодом 2006 г. — на 25%, в том числе среди детей и подростков — в 2,6 раза, всего зарегистрировано 229 случаев заболевания.

Значительное увеличение иммунной прослойки способствовало также снижению уровня носительства вируса гепатита В среди детей с 10,8 на 100 тыс. населения в 2004 г. до 5,7 в 2007 г., заболеваемости хроническими гепатитами — соответственно с 2,7 до 1,4 на 100 тыс. населения.

В рамках приоритетного национального проекта в области здравоохранения в 2006—2007 годах было привито против краснухи около 15 млн детей и подростков. В 2007 г. заболеваемость краснухой снизилась в 4,3 раза и составила 21,6 на 100 тыс. населения, в 37 субъектах этот показатель ниже 10. Полученные результаты создали базу для решения проблемы ликвидации в ближай-

шее время врожденной краснухи в Российской Федерации.

Для иммунизации против гриппа в 2007 г. поставлено 25,4 млн доз вакцин. При их производстве использовался штаммовый состав, рекомендуемый ВОЗ. В настоящее время в рамках приоритетного национального проекта привито 25 млн человек — 98,5% от числа подлежащих иммунизации. При этом доля привитых детей в организованных коллективах составила свыше 40%.

В рамках глобальной инициативы по ликвидации полиомиелита Российской Федерации удалось добиться больших успехов. С 1996 г. в Российской Федерации не зарегистрировано ни одного случая заболевания полиомиелитом, вызванного диким полиовирусом. Сегодня остается угроза завоза вируса полиомиелита в свободный от этого заболевания Европейский регион. В связи с этим должен быть обеспечен эффективный эпидемиологический надзор, способный своевременно выявить завозные случаи заболевания и предотвратить их распространение.

Плановая вакцинация и ревакцинация детей живой коревой вакциной, а также проведение дополнительных прививочных кампаний способствовали неуклонному снижению заболеваемости корью в Российской Федерации. В результате на протяжении последних лет регистрируются низкие показатели заболеваемости, не превышающие 3,3 на

100 тыс. населения. В 2007 г. показатель заболеваемости корью составил 1,1 на 1 млн населения и приблизился к критерию элиминации кори (менее 1 случая на 1 млн населения). Вместе с тем для успешной реализации 3-го этапа ликвидации кори, рассчитанного на 2008—2010 гг., необходимо завершить массовую иммунизацию лиц в возрасте 18—35 лет, повысить эффективность эпидемиологического надзора в условиях спорадической заболеваемости.

В Российской Федерации эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции остается неблагоприятной. По состоянию на 1 января 2008 г. зарегистрировано свыше 408 тыс. ВИЧ-инфицированных. Стабильно продолжает увеличиваться доля женщин среди всех зарегистрированных случаев — она составляет около 44%, причем до 35% ВИЧ-инфицированных женщин узнают о наличии ВИЧ-инфекции во время обследования на ВИЧ-инфекцию при постановке на учет в женскую консультацию. ВИЧ-инфицированными матерями рождено свыше 40 тыс. детей, из них у 10% подтвержден диагноз ВИЧ-инфекции при перинатальном контакте, свыше 20 тыс. детей находятся на диспансерном наблюдении для уточнения ВИЧ-статуса.

В этой связи при разработке приоритетного национального проекта в качестве основных компонентов предусмотрены мероприятия по медикаментозной профилактике вертикальной

передачи инфекции от матери ребенку, проведению ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, разработке и реализации профилактических инфекционных программ.

В 2007 г. проведена химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку 8606 ВИЧ-инфицированным беременным женщинам. Полный курс химиопрофилактики получили 6239 ВИЧ-инфицированных беременных женщин, что составило 72,5%, в 2006 г. процент охвата полным курсом профилактики составлял 58%.

Опыт работы предыдущих двух лет показал, что, используя возможности, предоставляемые приоритетным национальным проектом, можно добиться снижения уровня вертикальной передачи ВИЧ с сегодняшних 7—9% до уровня, который соответствует критериям наилучшей практики, а именно 1% и менее.

Серьезной проблемой остается высокая заболеваемость детей туберкулезом, которая в 2007 г. составила 18,7 на 100 тыс. детей. Особенно неблагоприятное положение сложилось в Калининградской, Магаданской областях, республиках Калмыкия, Северная Осетия-Алания, Саха (Якутия), Камчатском крае, Ямало-Ненецком АО, где заболеваемость детей в значительной мере определяет высокий уровень заболеваемости населения в целом.

Следует отметить, что работа по раннему выявлению заболевания

среди детей и подростков по-прежнему осуществляется в недостаточном объеме. В 12 субъектах РФ методом туберкулинодиагностики обследовано менее 90% детского населения. У многих детей не проводится последующее обследование фтизиатрами, что снижает эффективность туберкулинодиагностики как метода раннего выявления этой инфекции.

В результате неудовлетворительной работы по раннему выявлению больных, ошибок в диагностике туберкулеза, в том числе у детей и подростков, возрастает количество тяжелых и распространенных форм заболевания, представляющих наибольшую эпидемиологическую опасность. В последнее время отмечается стабилизация заболеваемости внутрибольничными инфекциями (ВБИ) на относительно низком уровне — 0,8—0,9 на 1 тыс. пациентов. Однако это мнимое благополучие объясняется значительным недоучетом ВБИ.

В 2007 г. в лечебно-профилактических учреждениях было зарегистрировано 26 вспышек инфекционных заболеваний, с числом пострадавших 680 человек, из них 336 детей. В 58% очагов был установлен контактно-бытовой путь передачи инфекции, связанный с нарушениями санитарно-противоэпидемического режима учреждений, заносом инфекционных заболеваний больными и персоналом, несоблюдением гигиенических правил. В этиологической структуре вспышек доминировали

острые кишечные инфекции установленной и неустановленной этиологии, дизентерия и гнойно-септические инфекции (ГСИ) новорожденных.

Одной из актуальных проблем является заболеваемость детского населения острыми кишечными инфекциями. В последние годы показатель заболеваемости детей остается в целом стабильным, но уровень ее является недопустимо высоким. В этиологической структуре острых кишечных инфекций установленной этиологии доминирует ротавирусная инфекция, составившая среди детского населения в 2007 г. 38%.

В связи с выходом федерального закона «О техническом регулировании» завершается разработка проектов федеральных законов — технических регламентов: «Санитарно-эпидемиологические требования к производству и обороту продуктов детского питания и их пищевой ценности», «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков».

Особое внимание уделяется организации питания детей, прежде всего в образовательных учреждениях. В большинстве регионов осуществляются мероприятия, направленные на профилактику йодной недостаточности, расширение производства продуктов массового потребления, обогащенных витаминами, железом и другими микронутриентами, организацию питания детей раннего возраста, школьного питания, питания беременных и кормящих

женщин, продовольственной помощи населению групп риска и малоимущим слоям населения.

На начало нового 2007/08 уч. г. охват учащихся горячим питанием по стране составил 70—72%, в 2006 г. — 69%, в 2005 — 63%. Высокие показатели охвата учащихся горячим питанием имеют место в г. Москве, Тюменской, Новосибирской, Липецкой, Свердловской, Томской, Тамбовской, Челябинской, Ивановской областях, в Краснодарском, Красноярском, Ставропольском краях, в ряде других территорий.

Достижение максимального уровня централизации и индустриализации производства школьного питания должно быть обеспечено путем создания единой системы. Роспотребнадзором приняты дополнительные меры по усилению надзора за безопасностью продуктов питания. Специалистами Роспотребнадзора в 2006—2007 гг. проведено около 1 млн исследований пищевой продукции по санитарно-химическим и около 2 млн исследований по санитарно-биологическим показателям. Анализ материалов из регионов показал, что нарушения санитарно-противоэпидемического режима и технологической дисциплины на пищеблоках дошкольных учреждений и школ, недостаточная профессиональная подготовка их работников и уровень знаний о мерах личной и общественной профилактики кишечных инфекций способствуют возникновению вспышек дизентерии, сальмонел-

леза, псевдотуберкулеза. В 2007 г. было зарегистрировано 35 вспышек в организованных детских коллективах. Несмотря на то, что в последние годы построены новые дошкольные учреждения, количество детей, нуждающихся в устройстве в эти учреждения, превысило 500 тыс. Сохраняется их переуплотнение, способствующее возникновению и распространению инфекционных заболеваний.

Продолжает отмечаться тенденция сокращения количества общеобразовательных учреждений. В 2007 г. построено 184 школы, открыто после капитального ремонта 940 учреждений, однако общее их количество в 2006—2007 гг. сократилось на 738 учреждений. Недостаточно ведется подготовка школ к новому учебному году. К сентябрю 2007 г. количество таких учреждений составило 3281 или 5% от общего их числа. Основными причинами отказов в принятии школ к новому учебному году являлись несоответствие помещений санитарным нормам, отсутствие необходимого набора мебели, устаревшее санитарно-техническое оборудование, в том числе на пищеблоках, недостатки в системах освещения, отопления, водоснабжения и канализования. Указанные нарушения и недостатки в материально-технической базе наряду с несоблюдением требований к допустимой учебной нагрузке создают дополнительные риски для здоровья детей и подростков. Положение в ряде случаев усугубляется недостатками в

проведении летних оздоровительных кампаний. В ходе проведения государственного надзора за летними оздоровительными учреждениями в 2007 г. выявлен ряд серьезных нарушений, которые способствовали возникновению среди детей и персонала 8 вспышек инфекционных заболеваний с числом пострадавших 477 человек.

Г.Г. Онищенко определил основные задачи на 2008 г. по улучшению охраны и обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения. В их числе:

- снижение заболеваемости: вирусным гепатитом В — до уровня не более 3 случаев на 100 тыс. населения, краснухой — не более 10 случаев на 100 тыс. населения, коклюшем — не более 4 случаев на 100 тыс. населения, корью — не более 1 случая на 100 тыс. населения, эпидемическим паротитом и дифтерией — до единичных случаев;

- реализация Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в части иммунопрофилактики инфекционных болезней, профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов В и С;

- дальнейшее совершенствование нормативной и методической базы, в том числе разработка технических регламентов, санитарных правил и норм, методических документов, содержащих основные гигиенические требования к организации воспитания и обучения, организации пита-

ния детей и подростков;

— реализация Программы ликвидации кори к 2010 г.;

— внедрение в общеобразовательных учреждениях учебных профилактических программ с целью формирования у детей и подростков навыков здорового образа жизни, сознательного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих;

— внесение в региональные программы обеспечения санэпидблагополучия детей корректив с учетом результатов социально-гигиенического мониторинга здоровья детей и влияю-

щих на него факторов риска;

— повышение эффективности государственного надзора и контроля за соблюдением гигиенических требований к процессам воспитания, обучения и питания детей с внедрением новых технологий и оптимизации лабораторных исследований;

— расширение научных исследований по разработке критериев оценки адаптационных возможностей детей и подростков к воздействию факторов окружающей и производственной среды, учебной нагрузки и разработке на их основе комплекса профилактических мероприятий.

Обращение депутатов Законодательного Собрания Вологодской области

**к Председателю Правительства
Российской Федерации В.А. Зубкову и Председателю
Государственной Думы Федерального Собрания
Российской Федерации Б.В. Грызлову
о необходимости принятия Федерального закона
«Об охране здоровья детей в Российской Федерации»**

**Уважаемый Виктор Алексеевич!
Уважаемый Борис Вячеславович!**

Дети представляют собой ту часть населения, которая определяет перспективу любого общества. Дети — будущее России. Но будущее во многом зависит от настоящего. Одной из важнейших качественных характеристик детского населения является здоровье. Проблема здоро-

вья детей не теряет своей актуальности уже многие десятилетия. По итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г. признаны здоровыми всего 32% детей, 52% имеют функциональные отклонения, а 16% — хронические заболевания. Из 30млн детей 9,6 млн страдают хроничес-

кими заболеваниями, 40% детей рождаются уже больными, т.е. 560 тыс. из 1,4 млн родившихся.

Актуальной и на сегодняшний день остается проблема состояния здоровья дошкольников.

В Вологодской области в 2004 г. было зарегистрировано 89,4 тыс. случаев заболеваний детей в дошкольных образовательных учреждениях, а уже в 2006 г. — 132,8 тыс. случаев.

Во многом причиной отсутствия целостной системы профилактики, лечения и физического развития детей является слабая организация медицинского обслуживания детей в дошкольных образовательных учреждениях. Менее 50 % из них имеют медицинские кабинеты, оборудованные в соответствии с санитарными нормами. Уровень укомплектованности медицинскими кадрами недостаточен. В 2006 г. в детских учреждениях работало 226 медицинских работников, в том числе врачей-педиатров — 58, среднего медицинского персонала — 168 чел. Более 30% работников, обеспечивающих медицинское сопровождение в детских садах, предпенсионного возраста. В последнее время наблюдается текучесть кадров медицинского персонала. Заработная плата, чуть превышающая прожиточный минимум, данной категории работников не позволяет заполнить более 300 существующих вакансий. Кроме того, медицинский персонал дошкольных образовательных учреждений не вошел в

перечень должностей в дошкольных учреждениях, дающих право на пенсию за выслугу лет, а также в первичное звено системы здравоохранения.

Указанные выше проблемы характерны не только для Вологодской области, но и для всех субъектов Российской Федерации. Разрешить их может только целенаправленная государственная политика по охране здоровья детей.

В настоящее время существует большое количество нормативных правовых актов разного уровня, обеспечивающих право детей на охрану здоровья, однако они носят разрозненный характер, а кроме того, многие из них декларативны и не подкреплены финансовыми средствами.

Необходимо также отметить, что несовершенство законодательной базы на федеральном уровне тормозит развитие законодательной базы субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья детей.

Учитывая то, что решение проблем охраны здоровья детей должно носить комплексный характер, депутаты Законодательного Собрания Вологодской области обращаются к вам с просьбой ускорить разработку и принятие Федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации».

Принято Законодательным Собранием Вологодской области, постановление №167 от 19 марта 2008 г.

Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в загородных учреждениях

Иванов А.А.,

канд. мед. наук, Научно-исследовательский испытательный центр (медико-биологической защиты) Государственного научно-исследовательского испытательного института военной медицины, Санкт-Петербург

Существует несколько типов детских учреждений загородного отдыха и оздоровления (ДУЗО). В основном они организованы и функционируют как стационарные учреждения с круглосуточным или дневным пребыванием детей. При этом они могут быть сезонными, а также с круглогодичной эксплуатацией. Мероприятия по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний в этих учреждениях, несмотря на некоторые отличия в организации их работы, формах собственности и т.п., в целом носят однотипный характер. Наибольшую актуальность эти мероприятия имеют в летний период, когда возникает необходимость проведения их в наибольшем объеме и с максимальной интенсивностью. С наступлением тепла увеличиваются сроки выживания возбудителей инфекционных болезней на объектах внешней среды, в том числе в воде и на продуктах

питания. Происходит массовый выплод членистоногих — переносчиков инфекционных заболеваний (клещи, мухи, комары и др.). На рынках появляются зелень, овощи и фрукты, выращенные местным населением в открытом грунте с применением недостаточно прокомпостированных или вообще необработанных фекалий человека и животных. В почве вызревают яйца гельминтов. Все это приводит к сезонной активизации механизмов передачи инфекционных и паразитарных болезней, заболеваемость которыми значительно увеличивается и может приобрести вспышечный характер.

При организации и проведении профилактических мероприятий в ДУЗО можно выделить два основных этапа: подготовительный период (до заезда детей) и период непосредственно эксплуатации, который может осуществляться в одну или несколько смен. С точки

зрения успешности профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний среди детей в течение всего летнего сезона подготовительному периоду необходимо уделить самое серьезное внимание.

В преддверии открытия оздоровительного сезона представителям администрации ДУЗО целесообразно выехать на место его расположения, ознакомиться с санитарным и техническим состоянием объекта и прилегающей территории. В этот период также целесообразно наладить контакт с местными органами здравоохранения, выяснить структуру и уровень заболеваемости населения инфекционными и паразитарными болезнями. В присутствии руководителя и медицинского работника ДУЗО проводят осмотр, наладку и ремонт системы электроснабжения, кухонного, холодильного, санитарно-технического и банно-прачечного оборудования, водопровода и канализации.

Перед заездом все дети должны пройти медицинский осмотр и представить справки об отсутствии педикулеза, чесотки, гельминтозов и других инфекционных и паразитарных заболеваний. При выявлении указанных заболеваний выезд в ДУЗО ребенку не разрешается. Также должны быть полностью обследованы сотрудники администрации ДУЗО, особенно работники пищеблока, воспитате-

ли, персонал, обеспечивающий работу бани, бассейна. Все они должны пройти гигиеническую подготовку по рекомендуемой программе, вакцинацию в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, а при необходимости и по эпидпоказаниям (например, от гриппа, вирусного гепатита или других инфекций в периоды сезонного подъема заболеваемости или эпидемического неблагополучия). Особое внимание необходимо уделять наличию отметки о прививках против дифтерии. Каждый сотрудник ДУЗО должен иметь полностью оформленную санитарную книжку установленного образца, которую затем хранит на рабочем месте.

Перед открытием ДУЗО в целях профилактики клещевого энцефалита, болезни Лайма, геморрагической лихорадки с почечным синдромом и других природноочаговых заболеваний необходимо своевременно организовать и провести противоклещевую обработку территории и мероприятия по борьбе с грызунами. Осуществляют меры борьбы с подвальными комарами — ремонтируют все места протечек водопровода и канализации, дренажные системы отвода ливневых вод, подвальные помещения обрабатывают инсектицидными препаратами против летающих комаров и их личиночных форм, живущих в застойных разливах вод и влаж-

ной почве вокруг них. Проводят также генеральную уборку территории и помещений, выкашивают траву, обрезают сучья и ветви кустов и деревьев, вырезают молодую поросль древесно-кустарниковой растительности, осуществляют мытье стен, дверей, окон, осветительной арматуры, отопительных приборов, вентиляционных решеток и мебели.

Все ремонтные работы должны быть заблаговременно тщательно спланированы и полностью завершены в подготовительный период. Учредителю или собственнику ДУЗО необходимо поставить в известность учреждение Роспотребнадзора о предполагаемом сроке его открытия не позднее, чем за 3 месяца для проведения необходимых вышеописанных организационных и профилактических мероприятий, а непосредственно перед заездом детей — не позднее, чем за 2 недели.

Приемка готовности ДУЗО к эксплуатации осуществляется комиссией, в состав которой обязательно входят представители Роспотребнадзора, за 3—5 дней до открытия. Результаты приемки целесообразно оформить актом. Перед открытием ДУЗО и заездом детей в начале сезона, а также перед началом каждой смены необходимо получать санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии учреждения действующим

санитарным правилам и нормам, полноте и правильности оформления медицинской документации о состоянии здоровья детей и персонала согласно заранее представленным спискам с указанием сведений об отсутствии контактов с инфекционными больными.

После завершения этапа подготовки и допуска ДУЗО к эксплуатации, оформленного санитарно-эпидемиологическим заключением, в полном объеме необходимо осуществлять все текущие профилактические мероприятия. Для этого целесообразно иметь план профилактических инфекционных и паразитарных заболеваний, включающий и мероприятия по дезинфекции, дезинсекции, дератизации. План согласовывается с территориальным учреждением Роспотребнадзора, подписывается медицинским работником и утверждается руководителем ДУЗО. Для проведения текущей дезинфекции, дезинсекции и дератизации заблаговременно заключается договор между ДУЗО и организациями, имеющими лицензию на данные виды деятельности. Должен быть также заключен договор на вывоз бытовых отходов.

В процессе повседневной плановой эксплуатации огромное значение для успешной профилактики кишечных инфекций бактериальной и вирусной природы, а также ряда гельминтозов и пищевых отравле-

ний имеет правильная организация питания.

Столовые запрещено размещать в подвальных и цокольных этажах зданий. Все помещения пищеблока должны обеспечиваться горячей водой, иметь достаточную приточно-вытяжную вентиляцию. Стены производственных и складских помещений следует облицовывать керамической глазурованной плиткой или окрашивать на высоту 1,8 м (коридоров — 1,5 м) материалами, допускающими систематическую влажную уборку и очистку с применением дезинфицирующих средств. Полы в помещениях оборудуют сливными трапами с уклоном к сливному отверстию. Все помещения пищеблока (обеденные залы, производственные помещения, обеденные столы, оборудование и инвентарь) подлежат ежедневной влажной уборке, которую проводит персонал после каждого приема пищи: производственные, вспомогательные и бытовые помещения — штатные уборщицы, рабочие места — сами работающие, туалеты — только специально закрепленный техперсонал.

Уборочный инвентарь должен быть промаркирован и закреплен за каждым отдельным помещением. После использования его моют горячей водой с дезинфицирующими средствами и хранят в специально выделенных шкафах или поме-

щениях (хозяйственно-дезинфекционные уголки), где также хранят моющие и дезинфицирующие средства. Эти средства надлежит хранить только в таре изготовителя, помещение должно иметь хорошую вентиляцию. Инвентарь для уборки санузлов, помимо маркировки, должен иметь яркую сигнальную окраску (красную, оранжевую) и храниться отдельно. При дежурстве в столовой дети не допускаются к приготовлению пищи, операциям с продуктами, уже прошедшими тепловую обработку или не подвергаемыми таковой (чистка, разделка и порционирование вареных овощей, мяса и рыбы, нарезка хлеба и масла, раскладка кондитерских изделий и фруктов, разноска готовой пищи по столам). Запрещен вход детей в производственные помещения пищеблока, а также привлечение их к мытью посуды и разделочного инвентаря.

Транспортировка продуктов проводится в специальной таре, обеспечивающей их сохранность и предохранение от загрязнения. При организации технологии приготовления пищи необходимо исключить возможность пересечения путей движения и контакта сырых и готовых к употреблению продуктов. Весь разделочный инвентарь должен быть промаркирован и закреплен за рабочими местами. Категорически запрещается использовать инвентарь

(ножи, доски, черпаки, баки и т.п.) для продуктов, прошедших тепловую обработку, при работе с сырыми продуктами (овощи, мясо, рыба), и наоборот. Тщательно соблюдается технология кулинарной обработки продуктов, необходимые температурные режимы, сроки заправки салатов и винегретов маслом, условия хранения и реализации готовых блюд.

Запрещено принимать у поставщиков продовольственное сырье и продукты с признаками загрязнения, порчи, истекшими сроками реализации, не имеющие документов, подтверждающих их качество и безопасность.

Категорически запрещается использовать в питании детей остатки пищи от предыдущего приема, пищу, приготовленную накануне, а также консервированные продукты, морсы, квасы, прокисшее молоко домашнего и самостоятельного приготовления, фляжное молоко и рыбу без тепловой обработки. Запрещено готовить в условиях ДУЗО сыровые массы и творог, блинчики и макароны с фаршем, студни и заливное, крошку, паштеты и т.п. продукты и блюда, которые могут послужить средой для накопления возбудителей инфекций и бактериальных токсинов.

Ответственность за организацию питания детей в целом возлагается на руководителя, а контроль за санитарно-гиги-

ническим состоянием пищеблока — на врача ДУЗО. При этом надо иметь в виду, особенно при возникновении каких-либо конфликтных ситуаций, что медицинский контроль не подразумевает выполнения и дублирования врачом функциональных обязанностей сотрудников пищеблока и других объектов. Врач должен регулярно проводить контрольные мероприятия, выявлять нарушения, незамедлительно указывать на них заведующему пищеблоком, докладывать руководителю ДУЗО, делать необходимые записи в соответствующих журналах. Ответственность же за нарушения конкретных требований санитарных нормативов и правил, а также за последствия таких нарушений несут прежде всего соответствующие должностные лица и штатные сотрудники, в чьи функциональные обязанности входит обеспечение их соблюдения.

При профилактике педикулеза, чесотки, микроспории, контактных гельминтозов, гнойничковых и грибковых заболеваний кожи важную роль играет правильная организация банно-прачечного обслуживания. Банные дни проводят не реже 1 раза в 7 дней. Постельное белье и полотенца для лица и ног меняют в эти же дни, либо в отдельных случаях чаще — по мере загрязнения. Необходимо иметь в обороте не

менее трех смен постельного белья и двух смен намотрасников. Грязное белье собирают в специальные мешки, которые, после сдачи белья в прачечную, дезинфицируют установленным способом. В процессе сбора, сортировки и замены белья нельзя допускать перекреста потоков движения чистого и грязного белья, а также их совместного хранения. Все помещения бани в конце банного дня необходимо мыть с применением дезинфицирующих средств, а при неблагополучии по педикулезу и чесотке — обрабатывать инсекто-акарицидами. Если помывка детей осуществляется в несколько смен, то дезинфицировать раздевальню, мыльную и одевальню целесообразно после каждой смены моющихся.

Профилактика природноочаговых инфекционных заболеваний, переносимых грызунами, должна проводиться в ДУЗО столь же неукоснительно, если даже не более жестко, чем в городских условиях. В условиях загородного расположения территория ДУЗО может заселяться не только синантропными, но и дико живущими грызунами, собственными данной местности. Это значительно повышает эпидемиологическую опасность грызунов по сравнению с городскими условиями, так как в сельской местности у них больше возможностей для посещения выгребных ям, навозохра-

нилищ, уборных, где они питаются инфицированными отбросами, а после этого загрязняют жилые помещения, пищевые продукты и водоемы путем механического переноса возбудителей инфекционных заболеваний. Кроме того, грызуны являются переносчиками возбудителей природноочаговых инфекционных болезней, присущих данной местности. Борьба с грызунами в загородных условиях проводится путем своевременного проведения полноценной дератизации, включающей весь комплекс санитарно-гигиенических, инженерно-технических и истребительных мероприятий.

Профилактика гельминтозов. Гельминтозы (глистные инвазии) — заболевания, вызываемые паразитическими червями под общим собирательным названием гельминты (глисты). Заражение ими может происходить тремя основными путями — с пищей (аскаридоз, дифиллоботриоз, эхинококкоз, трихинеллез и др.), при непосредственном контакте с бродячими животными (собаками, кошками) и их выделениями (токсокароз), при контакте с зараженными сверстниками (гименолепидоз карликовый, энтеробиоз). В детских коллективах с низким уровнем личной и общественной гигиены при наличии отдельных носителей общая зараженность может быстро достигнуть высоких

цифр (20—30% и более). Яйца, отложенные острицами в области перианальных складок, полностью созревают уже через 4—6 ч.

Профилактика гельминтозов, передающихся пищевым путем, достигается тщательным соблюдением санитарных требований, предъявляемых к организации питания в ДУЗО, и прежде всего правильной кулинарной обработки продуктов. В условиях загородного отдыха следует избегать децентрализованного приобретения у местного населения молочной продукции, зелени и фруктов, свежей, соленой и копченой рыбы, мяса и яиц птицы, особенно водоплавающей. В крайнем случае, это допустимо делать по предварительному заключенному договору в достаточно крупных хозяйствах, соблюдающих технологию изготовления продукции и имеющих на нее разрешительные документы органов Роспотребнадзора (сертификаты качества, заключения ветеринарной и санитарно-гигиенической экспертизы и т.п.). Следует помнить, что необходимость такого подхода обусловлена не только профилактикой гельминтозов. Мясные, рыбные и молочные продукты местного производства могут также служить источником тяжелейших инфекционных заболеваний — клещевого энцефалита, бруцеллеза, ботулизма, сальмонеллез и ряда других.

Гельминтозами, переносимыми животными, дети могут заразиться непосредственно при контакте с ними в процессе игры и даже при попытке просто погладить кошку или собаку. Кроме того, бродячие или принадлежащие местным жителям животные часто используют детские песочницы в качестве туалетов, загрязняя песок яйцами гельминтов, что в последующем приводит к инвазированию детей.

В связи с этим на ночь песочницы должны закрываться специально изготовленными крышками. Учитывая, что такие крышки являются достаточно тяжелыми, а персонал ДУЗО в основном женский, целесообразнее вместо них использовать заблаговременно изготовленные защитные чехлы из толстого полиэтилена или какой-либо полимерной ткани (капрон и т.п.), которые накладываются на каркас песочницы и по периметру закрепляются шпагатом или бельевой резиной. Загрязнять песок яйцами гельминтов могут в процессе игры и сами больные дети. В связи с этим песок в песочницах не реже 1 раза в месяц должен проверяться на содержание яиц гельминтов и загрязнение механическими примесями. При положительном результате исследования необходимо производить смену песка.

Для профилактики контактных гельминтозов (острицы,

карликовый цепень) необходимо тщательно соблюдать правила личной гигиены детей: коротко стричь ногти, неукоснительно проводить утренний и вечерний туалет, обязательно мыть руки перед каждым приемом пищи и после посещения туалета. Также необходимо проводить с детьми воспитательную работу: бороться с привычками грызть ногти, сосать пальцы, брать в рот игрушки и различные подобранные предметы.

Одна из самых актуальных проблем в теплый период года — борьба с различными членистоногими, имеющими санитарно-эпидемиологическое значение. Эта борьба чрезвычайно разнопланова и имеет несколько основных направлений.

Профилактика природноочаговых инфекционных болезней, переносимых клещами. Как правило, для этого достаточно провести тщательную противоклещевую обработку территории ДУЗО в подготовительный период. В последующем риск нападения клещей возникает во время проведения походов. Если территория, на которой располагается ДУЗО, находится в зоне с повышенной заболеваемостью указанными инфекциями и с высокой численностью клещей-переносчиков, таких походов следует избегать. В остальных случаях в течение всего периода похода целесообраз-

но регулярно (на привалах, после пробуждения и перед отходом ко сну, по возвращении в ДУЗО) осматривать одежду и кожные покровы детей на предмет выявления клещей и своевременно и грамотно удалять их. Делать это должен медицинский работник, владеющий необходимыми знаниями и навыками. В каждом случае выявления и удаления присосавшегося клеща его следует сохранить и сдать на анализ в местные органы здравоохранения. Говоря об организации походов, следует помнить, что на их проведение необходимо получить разрешение территориального учреждения Роспотребнадзора, уяснить при этом уровень санитарно-эпидемиологического благополучия территории, наличие доброкачественных источников воды, безопасных мест купания. Составляется маршрутный лист похода, с которым должна быть ознакомлена администрация, и который за 1—2 дня до отправления подписывает врач ДУЗО.

Профилактика педикулеза выражается в поражении ребенка различными видами вшей (платяная, лобковая, головная). Для детей вообще, а в летний период особенно, наиболее типичным является головной педикулез. С целью выявления и санации детей, пораженных педикулезом, медицинский персонал ДУЗО с привлечением воспитателей должен проводить регулярные (1 раз в неделю) осмот-

ры. Такие осмотры удобно проводить в банный день. В это же время детей осматривают на наличие чесотки, микроспории, гнойничковых заболеваний. В случае обнаружения ребенка, пораженного головным педикулезом, ему необходимо обработать волосяные покровы соответствующим педикулицидным препаратом. Наименее токсичными, но достаточно эффективными являются препараты (шампуни, лосьоны, эмульсии, мыла) на основе синтетического перметрина — аналога природного перметрина, содержащегося в персидской ромашке.

Следует особое внимание уделять правильности обработки волосяных покровов с соблюдением всех ее этапов, рекомендованного расхода препарата на одну обработку и экспозиции (времени выдержки). После обработки препарат необходимо смыть теплой водой с мылом или шампунем, а волосы тщательно ополоснуть 5% раствором уксусной кислоты.

Учитывая, что яйца головных вшей (гниды) гораздо устойчивее к педикулицидам, чем взрослые вши и их личинки (лярвы) и при этом прочно прикреплены к волосам, сразу после обработки необходимо тщательное вычесать волосы частым гребнем для их удаления. В отдельных случаях может потребоваться повторная обработка. Оптимальный срок ее проведения через 7—10 дней

после первичной, так как к этому сроку из большинства оставшихся жизнеспособными яиц личинки уже вылупятся, а достичь половозрелого возраста и отложить новые яйца они еще не успеют.

Педикулицидные средства запрещено применять в отношении детей до 3 лет, а также детям с кожными заболеваниями (дерматиты, экземы, распространенные фолликулиты и т.п.) и детям с проявлениями в анамнезе аллергических реакций на косметические и лекарственные средства. В этих случаях проводится короткая стрижка волос и ежедневное вычесывание частым гребнем (2—3 раза в день).

В тех случаях, когда среди детей выявляется платяной педикулез, особенно групповой, необходимо прибегнуть к помощи специалистов дезотделов территориальных учреждений Роспотребнадзора или дезстанций, так как понадобится грамотно спланировать и в кратчайшие сроки провести большой объем достаточно трудоемких мероприятий. Они включают внеочередной медицинский осмотр всех детей, их одежды, нательного и постельного белья, внеочередную помывку детей со сменой постельного и нательного белья. Нательное белье и другие мягкие вещи замачивают в растворе педикулицидного средства, затем стирают обычным способом с добав-

лением кальцинированной соды (1 ст. л. на 1 л воды) и тщательно прополаскивают. Постельное белье и принадлежности (матрац, одеяло, подушка) сдают для камерной дезинсекции в дезотдел. Платья и костюмы, особенно швы и складки, тщательно проглаживают горячим утюгом. При выявлении группового платяного педикулеза внеочередному медицинскому осмотру, а при необходимости и тем же дезинсекционным мероприятиям целесообразно подвергнуть и весь персонал ДУЗО.

Кроме того, при платяном педикулезе проводится дезинсекция помещений, так как вши способны к самостоятельному перемещению со скоростью до 10 см/мин. Дезинсекцию следует провести не только в спальных помещениях, но и в игровых комнатах, умывальниках, душевых и санузлах, а также во всех помещениях бани, особое внимание уделив комнатам сбора и выдачи грязного и чистого белья (эти комнаты ни в коем случае не должны быть совмещенными).

Профилактика чесотки. Чесотка — кожное заболевание, вызываемое чесоточным клещом (зуднем). Чесотка в организованных, особенно детских коллективах, склонна к быстрому распространению. При достаточно высоком уровне личной гигиены детей и банно-прачечного обслуживания в ДУЗО, она

может развиваться исподволь, долго находясь в стертой форме. Однако рано или поздно переходит в острую стадию, сопровождающуюся сильным зудом, быстро инфицирующимися обширными расчесами на коже, ухудшением общего самочувствия и нарушением сна ребенка.

При выявлении больного чесоткой в ДУЗО с дневным содержанием детей, он должен быть отстранен от посещения учреждения на весь период лечения. Вновь допущен к посещению учреждения он может быть только после полного излечения и проведения всего комплекса профилактических мероприятий, подтвержденного справкой от врача дерматовенеролога или врача, на которого возложены его обязанности.

При выявлении больного чесоткой в ДУЗО с круглосуточным содержанием детей его немедленно госпитализируют в изолятор медицинского блока. В помещениях, где он находился, проводится заключительная дезинсекция. Осуществляется внеочередной медицинский осмотр детей, а при необходимости и взрослого персонала.

По прибытии в изолятор больному проводят санитарную обработку (помывку) со сменой нательного и постельного белья. Проводят обработку кожи противочесоточным средством, раз-

решенным для этих целей. Нательное белье, одежду и обувь больного подвергают камерной обработке. Затем продолжают проводить назначенное полноценное лечение. В период нахождения больного в изоляторе проводится текущая дезинсекция. При смене постельные принадлежности, полотенца, нательное белье обеззараживают кипячением в 1—2% растворе соды или любом стиральном порошке в течение 5—10 мин с момента закипания. Верхнюю одежду проглаживают с обеих сторон горячим утюгом, обращая особое внимание на карманы, так как там дети держат кисти рук, в первую очередь поражаемые чесоточным зуднем. После окончания лечения и выписки больного в изоляторе проводится заключительная дезинсекция.

В ряде случаев (одномоментное выявление нескольких больных или дальнейшее выявление одиночных больных, несмотря на проведенные мероприятия) с целью предупреждения распространения чесотки в очаге может быть назначено профилактическое лечение всех здоровых детей и персонала, бывших в тесном контакте с заболевшим. В этом случае текущая и заключительная дезинсекция проводится не только в изоляторе, но и во всех помещениях, где пребывают в течение дня лица, проходящие профилактическое лечение.

Все эти мероприятия необходимо проводить при консультации и под контролем специалиста-дерматовенеролога. Текущую и заключительную дезинсекцию в очаге чесотки целесообразно доверять специалистам организаций или физическим лицам, имеющим лицензию на право дезинфекционной деятельности, с привлечением прошедшего специальное обучение персонала ДУЗО.

Борьба с мухами проводится с целью профилактики кишечных инфекций. Для предупреждения проникновения мух в помещениях ДУЗО необходимо засетчивать окна. Для ограничения выплода мух в течение всего периода работы ДУЗО проводится регулярная обработка мест сбора пищевых отходов, а также выгребов наружных уборных инсектицидными препаратами, осуществляется регулярный вывоз пищевых отходов и бытового мусора. В помещениях в недоступных для детей местах целесообразно размещать механические средства отлова мух (мухоловки, липкие ленты).

Борьба с тараканами и рыжими домовыми муравьями проводится с целью предотвращения порчи пищевых продуктов, кроме того, в отдельных случаях тараканы могут переносить возбудителей кишечных инфекций. Целесообразно использовать современные препараты, в

частности приманочные гели типа «Абсолют», «Арсенал», «Домовой» и др. В их состав входят высокоэффективные и малотоксичные синтетические пиретроиды, хлорорганические инсектициды и их комбинации. Достоинством их является возможность экономного точечного нанесения в местах наибольшего скопления и путей миграции насекомых. При этом нанести их можно в местах, недоступных для детей и защищенных от смывания в процессе повседневной работы и текущих уборок. Приманочные гели содержат вещества, активно привлекающие насекомых, что значительно увеличивает их эффективность. Некоторые производители оформляют приманки в виде так называемых приманочных станций. Это пластиковые коробочки с отверстиями для проникновения насекомых, внутри которых содержится ядовитая для них привлекающая приманка. Коробочки имеют приспособление для приклеивания к стене или мебели и т.п.

Защита детей от нападения гнуса. Компонентами гнуса являются различные кровососущие двукрылые насекомые (комары, мошки, слепни и оводы). В ряде местностей они переносчики возбудителей инфекционных заболеваний. Однако следует иметь в виду, что мероприятия по защите детей от гнуса необходимо про-

водить, даже если в местности, где расположено ДУЗО, нет заболеваний, переносимых кровососами. Это связано с тем, что постоянные укусы насекомых в состоянии значительно нарушить режим отдыха детей, особенно ночного, приводя к расстройствам здоровья вплоть до развития невротозов. Кроме того, укусы насекомых могут приводить к аллергическим реакциям, вплоть до тяжелых, угрожающих жизни состояний. Они также сопровождаются выраженным зудом, приводящим к расчесам с последующим присоединением гнойничковых инфекций.

Для профилактики укусов насекомых необходимо засетчивать окна в спальнях, игровых и других помещениях противомоскитной сеткой и следить за ее целостностью в течение всего летнего сезона. Проводить по мере необходимости борьбу с подвальными комарами. Регулярно выкашивать траву. Ликвидировать все места выплода комаров на территории ДУЗО, прежде всего места длительного застаивания дождевых и грунтовых вод, протечки водопровода и канализации. Все застойные ямы и лужи необходимо незамедлительно засыпать или отводить из них воду, прокапывая канавки. Мелкие водоемы хозяйственного назначения (пожарные водоемы и т.п.) необходимо содержать в чистоте, регулярно очищая от мусора,

палой листвы и водной растительности.

Использование дошкольниками репеллентов (отпугивающих средств) следует ограничивать ввиду присущего им при длительном применении кожно-раздражающего действия и относительной токсичности. Однако в отдельных случаях, например в походах, их применение может быть оправданно. При этом следует использовать только средства, специально предназначенные для детей, о чем должно быть указание на этикетке. В состав таких препаратов входят мало раздражающие мазевые и эмульгирующие основы и сниженное содержание действующего вещества. Наиболее эффективными являются препараты на основе диэтилтолуамида (ДЭТА), часто используемого в сочетании с диметилфталатом (ДМФ) и эфирными маслами растительного происхождения (гвоздичное, пихтовое и т.п.). Более длительный эффект обеспечивают репелленты в форме мазей и карандашей. Эмульсии и растворы быстрее испаряются и смываются с кожи при потоотделении. В связи с этим, а также для снижения раздражающего эффекта наносить репелленты целесообразно не только и не столько на открытые участки кожи, сколько на прилегающие к ним участки одежды, обшлага курточек и рубашек, воротники, поля панам и т.п.

Применение электрофумигаторов в спальнях помещений ДУЗО для отпугивания гнуса во время сна детей, особенно младших возрастных групп, следует ограничивать, поскольку токсический эффект выделяемых фумигатором веществ не исключается.

Часто в действующих документах санитарного законодательства приводятся перечни препаратов, рекомендованных для проведения тех или иных видов дезинфекционных мероприятий (дезинфектанты, инсектициды, педикулициды и т.п.). Однако отечественный рынок дезинфекционных средств постоянно развивается и претерпевает изменения. В результате часто оказывается, что препараты, рекомендованные к применению документами, утвержденными 5—7 лет назад, в настоящее время на коммерческом рынке уже отсутствуют. В связи с этим медработникам ДУЗО необходимо своевременно консультироваться у специалистов местных учреждений Роспотребнадзора. Кроме того, следует знать, что все дезинфекционные средства проходят обязательную государственную регистрацию и имеют утвержденные методические рекомендации по их применению, которыми и необходимо руководствоваться при выборе конкретных препаратов для применения в условиях ДОУ, включая и ДУЗО.

Руководителям и медработни-

кам ДУЗО следует помнить, что при появлении больных инфекционными и паразитарными заболеваниями среди отдыхающих детей и персонала самое главное — это свести к минимуму любые проявления самодетельности и самонадеянности. Учитывая такие особенности отдыха детей в ДУЗО, как совместное проживание, очень тесный бытовой контакт, общественный характер питания и централизованное водоснабжение, посещение одних и тех же мест общего пользования, каждый единичный больной должен рассматриваться как потенциальный предвестник эпидемической вспышки. Целесообразно поставить в известность специалистов Роспотребнадзора, инфекционного отделения больницы, здраводела местной администрации и т.п. для грамотного и квалифицированного обследования очага, организации и проведения противоэпидемических и лечебных мероприятий. В случае появления групповой заболеваемости, отключения электроэнергии, а также при аварийных ситуациях в работе систем водоснабжения, канализации, технологического и холодильного оборудования пищеблока и продсклада информировать учреждения Роспотребнадзора необходимо обязательно и незамедлительно. Причем это не частная рекомендация, а требование действующего санитарного законодатель-

ства России, подразумевающего серьезную ответственность вплоть до уголовной.

Медицинским работникам ДУЗО важно понимать, что успешная профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний — это плод усилий всего коллектива учреждения под их руководством. Врач ДОУ, в том числе и ДУЗО — это фактически особая специальность, требующая не только широких знаний в области практической педиатрии, но и многих специальных знаний, присущих врачам санитарного профиля.

Он должен неукоснительно реализовывать в соответствующем объеме и с надлежащей периодичностью не только «свои» сугубо медицинские мероприятия (медицинские осмотры, прием и лечение больных и т.п.), но и значительный, едва ли не больший по затрачиваемому времени, объем функций контроля за выполнением санитарных норм и правил по организации питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания, содержания территории и т.д. сотрудниками различных функциональных подразделений ДУЗО. В противном случае он рискует стать заложником чьей-либо профессиональной некомпетентности или человеческой недобросовестности, и может очень многим поплатиться. Самое скверное то, что первыми страдать во всех таких ситуациях будут дети.

Итоги Всероссийского конкурса «Лучший врач 2007 года»

Торжественная церемония награждения победителей ежегодного Всероссийского конкурса «Лучший врач года» по итогам 2007 г. прошла в Москве 12 февраля 2008 г. Победителям в 22 но-

минациях вручены: главный приз «Хрустальная Гигиеня», дипломы I степени и ценные подарки — за первое место, дипломы II и III степени, занявшим второе и третье места.

Победители VII Всероссийского конкурса «Лучший врач года»

«Лучший врач-педиатр»

1 место — И.Л. Котова, заведующая педиатрическим отделением МУЗ «Городецкая центральная районная больница», г. Городец Нижегородской области;

2 место — А.Э. Рыбасов, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных перинатального центра ГУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иосафа», г. Белгород;

3 место — Н.В. Петрова, врач-педиатр МУЗ «Чебоксарская центральная районная больница», г. Чебоксары, Чувашская Республика.

«Лучший санитарный врач»

1 место — Н.В. Березовская, заместитель начальника территориального отдела Управления Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия) в Ленском районе;

2 место — Т.А. Винницкая, заведующая отделом гигиены детей и подростков Управления Роспотребнадзора по Республике Коми, г. Сыктывкар;

3 место — С.С. Смирнова, заместитель начальника эпидемиологического отдела Управления

Роспотребнадзора по Свердловской области, г. Екатеринбург.

«Лучший врач экстренной медицинской помощи»

1 место — Д.В. Торопов, старший врач смены МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Елизово Камчатской области;

2 место — Н.Г. Абрамовский, врач «скорой помощи» МУЗ «Станция скорой медицинской помощи» Копейского городского округа, г. Копейск Челябинской области;

3 место — А.Д. Никониченко, заведующий подстанцией МУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи», г. Прокопьевск Кемеровской области.

«Лучший врач общей практики»

1 место — Т.М. Свержевская, врач общей практики МУЗ «Городская поликлиника», г. Прокопьевск Кемеровской области;

2 место — С.Б. Фесько, врач общей практики МУЗ «Северодвинская городская больница № 1», Архангельская область;

3 место — В.Н. Мякшина, врач общей практики Яблоновской амбулатории МУЗ «Корочанская центральная районная больница», Белгородская область.

О состоянии детских дошкольных образовательных учреждений в Тверской области

Акопов Э.С.,

канд. мед. наук, доцент,

Департамент здравоохранения Тверской области, г. Тверь

В настоящее время в Тверской области представлены разнообразные формы ДОУ. Большинство учреждений находятся в муниципальной собственности, на 01.01.2008 г. их составило 558 (в том что на селе 224) — 94,09% с числом мест 48 676, в них находилось 44 703 ребенка. Всего же в 593 ДОУ всех форм в Тверской области по итогам 2007 г. находилось 47,7 тыс. детей, при этом прирост по отношению к 2006 г. составил 700 чел. В то же время количество детей, состоящих на учете для определения в ДОУ, составило 13 080 детей. Это показывает, что существует дефицит услуг в сфере дошкольного воспитания.

В 2007 г. вновь открыто из ранее закрытых два ДОУ. Имеют 12-часовой режим работы 55% ДОУ от общего числа дошкольных учреждений, а прирост по отношению к 2006 г. составил 5%. Численность детей в дошкольных учреждениях выросла на 1,4 тыс. В то же время 23,3 тыс. детей в возрасте 1—7 лет не посещают учреждения

дошкольного образования, при этом 12,5 тыс. детей (53,6%) проживают в сельской местности. Программы дошкольного и начального образования реализуют 14 образовательных учреждений (начальная школа — детский сад) для детей дошкольного и младшего школьного возраста. На базе 36 образовательных учреждений функционирует 61 дошкольная группа. С передачей дошкольного образования на местный бюджет в муниципальных образованиях области отмечается рост и дифференциация родительской платы за содержание детей в ДОУ. В среднем в г. Твери родительская плата в месяц на одного ребенка в возрасте до 3 лет составила 836 руб., а с 3 до 7 лет — 859 руб. В сельской местности она составляет от 300 до 900 руб. В 35 ведомственных дошкольных учреждениях и ДОУ других форм собственности находилось 2307 детей.

ДОУ осуществляют воспитание, обучение, присмотр, уход и оздоровление детей в возрасте от 2 мес. до 7 лет. К сожа-

лению, в настоящее время в области имеются только единичные ясельные группы, в которые прием детей осуществляется с 2-месячного возраста. Численность их составляет всего 0,21%. На долю детей от 1,5—3 лет приходится 15,3%, основная численность детей приходится на возрастную группу старше 3 лет. Вместе с тем в возрасте старше 3 лет охват детей дошкольным воспитанием составляет по расчетам на конец 2007 г. 84,7%.

Наряду с обычными детскими садами в системе дошкольных учреждений Тверской области имеются детские сады общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением одного или нескольких направлений, а также ДОУ компенсирующего вида для детей с нарушениями слуха, речи, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата, с туберкулезной интоксикацией и пр. При отборе методов и средств дошкольного образования учитываются региональные особенности. В первую очередь в ДОУ принимаются дети работающих родителей, дети учащихся матерей, инвалидов, из многодетных семей, дети, находящиеся под опекой, а также дети военнослужащих.

За последние годы в Российской Федерации осуществляется государственная национальная политика, направленная на формирование у молодежи нравственных и семейных

ценностей, в том числе социальная установка на создание полной, состоящей в законном браке семьи с двумя-тремя и более детьми. Формируется у населения представление о социальной привлекательности многодетной семьи и создание позитивной мотивации к рождению детей, ответственного подхода к отцовству и материнству.

Начиная с 90-х гг. прошлого века произошло заметное снижение рождаемости. Однако в последние годы замечены положительные тенденции в этом направлении. До 2002 г. число родов по Тверской области едва превышало 11,5 тыс., тогда как в 1961 г. число родов в Тверской области в год составляло 25 тыс. В 2007 г. на фоне реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и благоприятной социальной политики только за один год число родов возросло на 6%, а прирост детского населения за этот же год составил более 800 детей. В то же время, решая социальные программы в Тверской области, как, впрочем, во многих регионах России, не удалось сохранить в полном объеме систему детских дошкольных образовательных учреждений. Так, если в 1993 г. в регионе было 1320 ДОУ, то к концу 2007 г. их численность уменьшилась до 593.

Только за 2007 г. было закрыто 15 детских садов, все на селе. Всего за три года, начиная с

2005 г., на селе прекратили свое существование 40 детских садов. В то время как за тот же период было открыто всего пять детских садов на селе. Безусловно, такое соотношение связано с популяционным дисбалансом в городе и на селе. Если в городских детских садах наполняемость групп 100% и для оформления в них уходит до 1 года, то на селе в группах по 5—8 человек.

Такое положение дел привело к неудовлетворенности населения обеспеченностью детскими садами и яслями. Формируются длинные очереди для поступления детей в детские сады. Решая задачу параллельно с ростом рождаемости, уже сегодня необходимо создавать предпосылки для решения вопросов о дополнительном развертывании детских садов и их доступности.

В последние годы показатели здоровья детей улучшились. За 2007 г. снизилась общая заболеваемость детей. В структуре заболеваемости на первом месте стоят грипп и ОРЗ — 73,9%, на втором месте ангины — 1,4, кишечные инфекции — 0,7, в то же время по сравнению с 2006 г. число заболеваний гриппом и ОРЗ сократилось на 7,4%, что связано с вакцинацией детей в рамках реализации национального проекта «Здоровье». А такие заболевания, как корь, паротит, краснуха и вовсе не отмечались в течение 2007 г. Охват профилактическими прививками по всем позициям зна-

чительно превысил минимальную потребность в 95% для формирования коллективного иммунитета. Во всех ДОУ проводится С-витаминизация третьих блюд.

Среди наиболее значимых задач, которые могли бы улучшить ситуацию с обеспеченностью ДОУ, следует отметить:

1. Развертывание сети ДОУ, повышение их доступности, в том числе совершенствование регулирования тарифов оплаты их услуг.

2. Установление законодательного максимального предела оплаты услуг государственных и муниципальных ДОУ для семей, имеющих двух и более детей.

3. Компенсация родителям части расходов на оплату услуг государственных и муниципальных ДОУ — учреждений в сумме, составляющей в среднем по субъекту примерно 25% для первого ребенка, 50 — для второго ребенка, 75 — для третьего и 100% компенсации для четвертого и каждого последующего ребенка.

4. Устранение запрета на отчуждение зданий, помещений и иного недвижимого имущества, используемого государственными и муниципальными общеобразовательными и дошкольными образовательными учреждениями. Проведение проверки законности ранее совершенных сделок с указанным имуществом.

Редакционная коллегия журнала «Медработник ДОУ»

Ахметзянов Ильдар Муназатович, главный редактор, доктор медицинских наук, профессор.

Виноградов Анатолий Федорович, г.Тверь, декан педиатрического факультета Тверской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор.

Ивашикина Татьяна Михайловна, Санкт-Петербург, главный врач Консультативно-диагностического центра для детей, кандидат медицинских наук.

Ломов Олег Павлович, Санкт-Петербург, ведущий научный сотрудник Государственного научно-исследовательского института прикладных проблем, доктор медицинских наук, профессор.

Матвеева Нина Александровна, г. Нижний Новгород, заведующий кафедрой общей гигиены и экологии Нижегородской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор.

Сергеев Олег Елизарович, Санкт-Петербург, председатель постоянной комиссии по здравоохранению и экологии Законодательного Собрания Санкт-Петербурга, заведующий кафедрой экономики и управления учреждениями здравоохранения Санкт-Петербургского государственного университета сервиса и экономики, кандидат медицинских наук, доцент.

Цветков Эдуард Анатольевич, Санкт-Петербург, заведующий кафедрой оториноларингологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор.

Шабалов Николай Павлович, Санкт-Петербург, заведующий кафедрой и клиникой детских болезней Военно-медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор.

Щеглов Лев Моисеевич, Санкт-Петербург, ректор Санкт-Петербургского гуманитарного института, доктор медицинских наук, профессор.

Ямщикова Наталия Львовна, Москва, заведующая учебной частью кафедры гигиены детей и подростков Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова, кандидат медицинских наук, доцент.

В следующем номере!

У нас в гостях наши коллеги из Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

Профилактические медицинские осмотры дошкольников
Обеспечение безопасности иммунизации детей в ДОУ
Безопасность образовательного пространства в ДОУ
Как подготовить детский сад к зиме
Гигиеническое обучение родителей детей, посещающих
ДОУ
Адаптация детей к пребыванию в ДОУ

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2008, № 2

**Научно-практический
журнал**

Выходит 4 раза в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор И.М. Ахметзянов

Ответственный редактор
Н.В. Костецкая

Литературный редактор
О.А. Адрова

Оформление, макет
Т.Н. Полозова

Художник обложки
О.В. Максимова

Корректор
Т.Э. Балоунова

Фото на обложке
ООО Изд-во «Триада», г. Тверь

Учредитель и издатель

ООО «Творческий Центр Сфера»

Журнал зарегистрирован в Федеральной
службе по надзору в сфере массовых
коммуникаций, связи и охраны культурного
наследия 13.07.07

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписной индекс в каталоге
Роспечати **80553**

Адрес редакции:

Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

Почтовый адрес: 129626, Москва, а/я 40.

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

E-mail: sfera.post@mail.ru; www:tc-sfera.ru

Точка зрения редакции может не совпадать
с мнениями авторов. Ответственность
за достоверность публикуемых материалов
несут авторы.

Редакция не рецензирует присланные материалы
и не возвращает.

При перепечатке материалов и использовании
их в любой форме, в том числе в электронных СМИ,
ссылка на журнал «Медработник ДОУ» обязательна.

Номер подписан в печать 22.04.08. Формат 60×90/16.

Усл. печ. л. 8. Тираж 6000 экз.

Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2008

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2008

© Т.В. Цветкова, 2008

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ОАО ордена «Знак Почета»
«Смоленская областная типография
им. В.И. Смирнова».

214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, д. 2.