



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного Образовательного Учреждения

**Демографическая ситуация
и состояние здоровья детей
раннего и дошкольного возраста
в Свердловской области**

**Ожоговая энцефалопатия
как осложнение термической
травмы у детей**

**Возможности диетотерапии
для профилактики и коррекции
дефицита кальция у детей
в условиях ДОУ**

**В фокусе внимания — семьи
с дошкольниками**

№3/2011





НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

МЕДРАБОТНИК

Дошкольного
Образовательного
Учреждения

Содержание

2011, № 3 (23)

Колонка редактора	3
Гость номера А.Р. Белявский	4

ГИГИЕНА

Здоровье дошкольника

<i>Малямова Л.Н., Белявский А.Р., Татарева С.В.</i>	
Демографическая ситуация и состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста в Свердловской области	8
<i>Бородулина Т.В.</i>	
Здоровье и развитие воспитанников закрытых учреждений	21

Факторы окружающей среды

<i>Шилко В.И. и др.</i>	
Экологические аспекты состояния здоровья и реабилитации детей дошкольного возраста в ДОУ	27

Рациональное питание

<i>Стенникова О.В., Санникова Н.Е.</i>	
Возможности диетотерапии для профилактики и коррекции дефицита кальция у детей в условиях ДОУ	34
<i>Скоморохова М.Б., Чернова Н.Ф.</i>	
Питание детей с аллергодерматозами в ДОУ	39

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

<i>Орлова А.Е., Львова О.А.</i>	
Ожоговая энцефалопатия как осложнение термической травмы у детей дошкольного возраста	44
<i>Лаврентьева И.В., Обоскалова Т.А., Плёткина Л.Л.</i>	
Динамика выявляемости вульвовагинитов у детей	53
<i>Боборыкина А.Е., Вахлова И.В.</i>	
Йодная обеспеченность и ее влияние на здоровье детей	58

Реабилитация*Гурвич В.Б. и др.*Реабилитационные мероприятия для населения,
проживающего в зонах техногенно обусловленного риска 70**ПЕДАГОГИКА****Оздоровительная работа***Губанова Н.М. и др.*Модель организации здоровьесберегающей
деятельности в ДОУ 78*Полковникова Н.П., Приданникова Н.Ф.*

Организация системы закаливания в ДОУ 87

Серафин Е.А.

Специфика здоровьесберегающей среды 93

Развитие ребенка*Солодовниченко И.А.*

Психологическая готовность ребенка к обучению в школе 100

Психологическая помощь*Яровикова Е.А. и др.*

В фокусе внимания — семьи с дошкольниками 104

АКТУАЛЬНО**Профессиональный рост***Леонтьева С.М.*Оценка деятельности медицинских работников в виде
смотра-конкурса 118**Самообразование***Пермякова Г.В.*

«Открытый» детский сад, или Родители могут все! 121

Книжная полка 43, 117, 125**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128**Подписные индексы журнала «Медработник ДОУ»****в каталогах:**

«Роспечать» — 80553; 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10339 (в комплекте)

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

Уважаемые коллеги!

Одно из направлений стратегии нашего журнала — подготовка «региональных» номеров, позволяющих читателям узнать не только об особенностях, успехах, проблемах здравоохранения в различных областях Российской Федерации, но и познакомиться с современными разработками медиков, педагогов, психологов. Преодоление территориальной разобщенности людей, основной целью которых является сохранение и укрепление здоровья наших детей, важная задача «Медработника ДОУ».

Очередной номер, который вы держите в руках, подготовлен совместно с коллегами из Свердловской области. Сегодня — это экономически развитая территория России с высоким уровнем деловой, культурной и общественной активности. Свердловская область расположена в 2000 км к востоку от Москвы, на границе Европы и Азии, на пересечении трансконтинентальных потоков сырья, товаров, финансовых, трудовых и информационных ресурсов. По большинству основных социально-экономических показателей развития Свердловская область входит в первую десятку регионов Российской Федерации. Екатеринбург — четвертый по величине научный центр страны после Москвы, Санкт-Петербурга и Новосибирска.

1 февраля во время рабочей встречи Президента России Д. Медведева с губернатором Свердловской области А. Мишариным подчеркивалось, что в регионе осуществляется активная работа по развитию альтернативных детских учреждений, в том числе с привлечением некоммерческих организаций. По мнению президента, это очень важное направление работы, благодаря которому можно укрепить институт семьи.

В этом крупнейшем регионе Урала проводится огромная работа по совершенствованию системы здравоохранения населения, в том числе и детского. Позитивные тенденции демографических показателей — яркое тому подтверждение.

О педиатрической службе, ее достижениях, проблемах и путях их преодоления пойдет речь в статье министра здравоохранения Свердловской области, доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ Аркадия Романовича Белявского.

Кроме того, вы познакомитесь с материалами на самые актуальные темы: «экологическая» реабилитация детей; особенности питания в ДОУ для детей с аллергодерматозами; взаимодействие коллектива ДОУ с родителями; психологические проблемы в семьях с дошкольниками; ожоговая энцефалопатия как осложнение термической травмы; своевременная диагностика вульвовагинитов у детей и многое другое.

Благодарим всех, кто принимал участие в создании этого выпуска журнала, и надеемся, что еще не раз увидим их публикации на страницах нашего издания.

Главный редактор Л.В. Макарова

Гость номера

Белявский Аркадий Романович

*д-р мед. наук, министр здравоохранения
Свердловской области, г. Екатеринбург*

Приоритеты развития педиатрической помощи в Свердловской области

В настоящее время можно констатировать, что конец XX и начало XXI столетий войдут в историю России и российской медицины как эпоха существенного ухудшения состояния здоровья россиян. В полной мере это коснулось и детского населения страны, доля здоровых детей колеблется в субъектах Федерации от 4 до 10%.

Влияние комплекса неблагоприятных социальных, психологических и экологических факторов вызвало значительное ухудшение таких медико-демографических показателей, как рождаемость, смертность, заболеваемость, продолжительность жизни и трудоспособность взрослого населения.

Свердловская область — одна из наиболее населенных и промышленно развитых территорий РФ. Кроме того, наш регион характеризуется целым комплексом природных факторов, непосредственно влияющих на здоровье человека.

Состояние природной среды в основном характеризуется пониженной жизнеспособностью экосистем, наличием многочисленных био- и геохимических аномалий, высокой степенью дискомфорта климатических

условий, значительным техногенным загрязнением объектов окружающей среды (атмосферный воздух, вода, почва). Все это негативно влияет на здоровье населения. В этой связи крайне важно сохранить здоровье и жизнь каждого ребенка, поскольку именно дети определяют репродуктивный, трудовой, военный и интеллектуальный потенциал общества и государства.

Анализ демографической ситуации в Свердловской области показал, что за последние 10 лет рождаемость увеличилась более чем в 1,5 раза (12,9 против 8,2). Позитивные направления отмечены и в показателях младенческой смертности, уровень которой снизился с 15 в 2000 г. до 7,4 в 2009-м (на 50%). В остальных возрастных группах также отмечается снижение смертности за последние 5 лет: у детей до 14 лет — на 23%, у подростков 15—17 лет — на 24,6%.

Несмотря на снижение показателей практически во всех группах, составляющих младенческую смертность, в её структуре достаточно высоким остается удельный вес неонатальной смертности (43,8%), при этом 60,7% от

последней приходится на раннюю неонатальную смертность.

Лидирующие позиции в причинах таких смертей занимают отдельные состояния перинатального периода (57,7%), врожденные аномалии (29,5%). В структуре врожденных аномалий основной удельный вес составляют пороки развития сердечно-сосудистой системы (39,5%), множественные врожденные пороки (23,7%) и аномалии развития нервной системы (23,7%). При этом с 2000 года по 2010 год зафиксировано значительное увеличение количества новорожденных с пороками развития, что делает задачу их профилактики одной из актуальных проблем в современной медицине и требует развития пренатальной диагностики, особенно в I триместре, совершенствования реанимационной и хирургической помощи новорожденным.

Наравне с этим определено еще одно ведущее направление неонатологии, обусловленное внедрением современных технологий выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой. В 2009 году на территории Свердловской области было зарегистрировано 126 детей, родившихся с массой тела менее 1000 г. В 2008 году таких детей было 78. По оценке международных экспертов, доля детей с экстремально низкой массой тела в развитых странах составляет 0,3%—0,5% от общего числа родившихся детей. Таким образом, в Свердловской области при среднем количестве родов — 55000 в год в перспективе может

регистрироваться до 250—300 случаев рождения детей с экстремально низкой массой тела.

Факт преобладания в структуре младенческой смертности гибели детей в постнеонатальный период, как правило, от причин, относящихся к разряду «управляемых», а следовательно, предотвратимых, ставит в разряд приоритетных проблему совершенствования наблюдения детей первого года жизни в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

В соответствии с Концепцией долгосрочного социального экономического развития РФ на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 г. № 1662-р, одним из приоритетных направлений государственной демографической политики являются сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни, в том числе раннее выявление нарушений в состоянии здоровья детей и подростков, развитие и внедрение высокоэффективных методов лечения в педиатрии. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая восстановительное), эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

Основная цель государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 г. —

формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Большой блок профилактической работы связан с проведением иммунизации. В результате целенаправленной работы в 2009—2010 гг. достигнут значительный прогресс в иммунопрофилактике инфекционных болезней: проведено около 5 млн профилактических прививок. В декабре 2008 г. в Свердловской области разработаны и утверждены новые региональные календари профилактических прививок и прививок по эпидемическим показателям, в которых регламентирована вакцинация и против таких инфекций, как гемофильная палочка инфлюэнцы, ротавирус, ветряная оспа, вирус папилломы человека.

В РФ в настоящее время проводится крупномасштабное исследование заболеваемости детского населения, в которое с 2010 г. вошла и наша область.

Заболеваемость детей первого года жизни соответствует средним российским показателям и составляет 2930,4 (данные 2009 г.). Наиболее заметно возросла распространенность болезней глаза и его придаточного аппарата (на 23%), мочеполовой системы (на 27%), а внедрение в работу врача-педиатра аудиологического скрининга повысило уровень выявляемости детей с нарушением слуха в 5 раз.

Особую заботу вызывает состояние здоровья детей до 14 лет и подростков. За последние 10 лет общая заболеваемость среди детей этих возрастных групп увеличилась на 24%. В 2009 г. показатели общей и первичной заболеваемости детей до 14 лет составили 2203,8 и 1754,5 соответственно. При этом уровень общей заболеваемости в Свердловской области ниже соответствующего показателя по РФ. Это требует совершенствования системы регистрации и своевременной выявляемости заболеваний в условиях учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Еще более напряженная ситуация наблюдается в отношении заболеваемости подростков. Общая (1607,2) и первичная заболеваемость (958,1) в этой возрастной группе значительно ниже, чем у детей до 14 лет. Вместе с тем регистрация случаев заболевания у подростков по обращаемости в нашей области отстает от российских данных на 21%. И связано это не только с недостатками в статистической работе, но и с истинным снижением обращаемости подростков даже при наличии симптомов заболевания. Известно, что подростковый возраст, в силу анатомо-физиологических особенностей, особенностей психической сферы и высокой частоты девиантных форм поведения, относится к критическому периоду жизни человека — у детей 15—17 лет чаще, чем в другие возрастные

периоды, отмечаются отклонения в состоянии здоровья, обостряются хронические заболевания.

На фоне роста заболеваемости и снижения показателей физического развития отмечается стабилизация показателей детской инвалидности — 19,7 на 1000 детского населения в Свердловской области, 19,4 — в РФ, однако тенденции к снижению не наблюдается уже в течение 5 лет.

Уровень заболеваемости, физического развития наших детей, инвалидности и смертности среди детского населения определяется не только экологическими, социально-экономическими факторами, образом жизни, но и эффективностью медицинской помощи, особенно первичной медико-санитарной как наиболее приближенной к ребенку и сопровождающей его с первых дней жизни.

Актуальность повышения эффективности медицинской помощи детям на уровне первичного звена здравоохранения подчеркивается в Конвенции ООН о правах ребенка (ст. 24). В ней в частности говорится о том, что ребенок имеет право на медицинскую помощь, соответствующую наивысшим стандартам; государства, подписавшие Конвенцию, должны делать особый упор на предоставление первичной медико-санитарной помощи, профилактику болезней и санитарную пропаганду.

В соответствии с вышеназванной Концепцией долгосрочного социального экономического развития РФ на период до 2020 г.

еще одним важным направлением является совершенствование системы охраны здоровья и оказания профилактической помощи населению, в том числе:

- пропаганда и формирование здорового образа жизни;
- разработка и реализация программ по профилактике алкоголизма, табакокурения и других факторов риска;
- формирование культуры здорового питания населения;
- обеспечение безопасной для жизнедеятельности человека окружающей среды;
- санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В этой связи перед лечебно-профилактическими учреждениями Свердловской области, оказывающими помощь детям, поставлена четкая задача совершенствования профилактических осмотров детей декретированных возрастов, в том числе путем внедрения автоматизированных систем комплексных профилактических осмотров и развертывания Центра здоровья для детей в каждом округе области. Параллельно этому внедряются профилактические технологии в общеобразовательных учреждениях с участием врачей-специалистов первичного звена здравоохранения.

Социальная значимость проблем, связанных с состоянием здоровья детей, обуславливает необходимость их решения программными методами на основе реализации мероприятий, направленных на снижение показателей заболеваемости, смертности, сохранение и укрепление здоровья.

Демографическая ситуация и состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста в Свердловской области

Малямова Л.Н.,

д-р мед. наук, главный педиатр Свердловской области;

Белявский А.Р.,

министр здравоохранения Свердловской области;

Татарева С.В.,

начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям, Министерство здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург

Демографическая ситуация, сложившаяся в нашей области в настоящее время, более благоприятна по сравнению с предыдущим периодом. Так, в течение последних лет на фоне стабилизации показателей общей смертности из года в год увеличиваются показатели рождаемости (рис. 1).

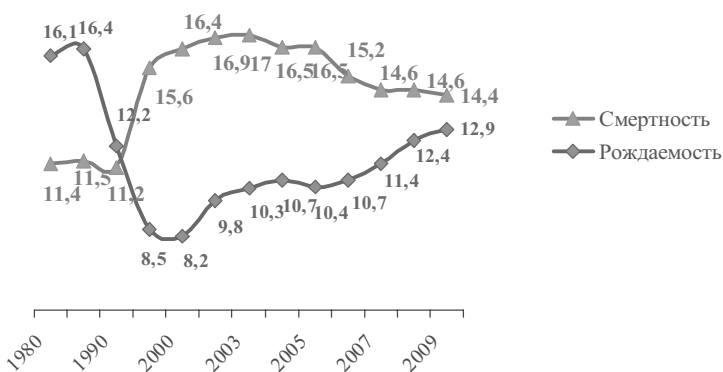
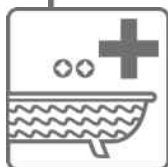


Рис. 1. Демографическая ситуация в Свердловской области (показатели на 1000 населения)

ГИГИЕНА



В табл. 1 представлены общие сведения о населении и демографические показатели (по материалам Министерства здравоохра-

нения Свердловской области «Итоги работы службы охраны здоровья матери и ребенка Свердловской области в 2008 г.»).

Таблица 1

**Общие сведения о населении и демографические
показатели Свердловской области**

Показатель	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Общая численность населения (млн чел.)	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
Число женщин фертильного возраста (млн чел.)	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1
% от общей численности населения	27,1	27,2	27,3	27,3	26,5
Число детей до 14 лет (млн чел.)	0,65	0,63	0,63	0,63	0,64
% от общей численности населения	14,6	14,3	14,3	14,4	14,7
Число подростков 15—17 лет (млн чел.)	0,22	0,20	0,18	0,16	0,14
% от общей численности населения	4,9	4,5	4,1	3,7	3,3
Доля детей (0—17 лет) в общей численности населения, %	19,5	18,9	18,4	18,0	18,0
Число родов	44 999	46 208	49 762	52 511	53 832
Число аборт (тыс.)	57,2	56,2	53,8	51,3	48,9
Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста	47,7	46,8	44,8	42,7	43,8
Родилось живыми	45 903	47 075	50 353	54 500	56 526
Рождаемость (на 1000 населения)	10,4	10,7	11,4	12,4	12,9
Общая смертность (на 1000 населения)	16,5	15,2	14,6	14,8	14,4
Естественная убыль населения (на 1000 населения)	−6,1	−4,5	−3,2	−2,4	−1,5
Младенческая смертность (на 1000 населения)	10,4	8,7	7,7	7,4	6,4
Смертность детей 0—4 года (на 1000 детей данной возрастной группы)	2,9	2,5	2,4	2,4	1,9

В то время, когда отчетливо снижались показатели детской и, что особенно важно, младенческой смертности, увеличивалось количество детей, родившихся живыми, и в 2009 г. в Свердловской области родилось 56 526 детей — максимальный показатель за последние 5 лет. Интенсивность прироста числа родившихся живыми составила, в сравнении с 2005 г., 23% и в настоящее время, несмотря на сохранение негативного влияния социально-экономических факторов на уровень жизни населения, положительные тенденции рождаемости сохраняются. Так, за 10 мес. 2010 г. уже родилось на 918 детей больше, чем за аналогичный период прошлого года (оперативные данные центра мониторинга младенческой смертности ГУЗ ОДКБ № 1).

Все это свидетельствует о том, что из года в год будет увеличиваться количество подрастающих малышей, нуждающихся в дошкольном образовании. В 2005 г. общая численность детей дошкольного возраста 1—6 лет составляла в области 231 179 чел.,

из них посещали ДОУ 151 334 ребенка (65,5%). В 2009 г. количество дошколят увеличилось до 282 918 чел., из них посещало ДОУ 172 576 детей (61%).

К сожалению, за последние 5 лет количество ДОУ неуклонно сокращалось (на 5,5%), а количество воспитанников в них увеличивалось (табл. 2). Все это приводило к переуплотнению детских садов, следовательно — к нарушению санитарных норм и лицензионных требований. С перегрузкой на сегодняшний день (сверх санитарных нормативов) функционирует 841 (58,5%) ДОУ, причем как в городе (739 учреждений), так и на селе (102).

Вместе с тем в настоящее время отмечается существенный рост общей заболеваемости во всех категориях населения, в том числе и среди детей раннего и дошкольного возраста. Поскольку здоровье ребенка начинает формироваться в антенатальном и неонатальном периодах, важное значение имеет оценка уровня заболеваемости новорожденных (рис. 2).

Таблица 2

Сеть и контингент дошкольных образовательных учреждений Свердловской области

Показатель	Годы				
	2004	2005	2006	2007	2008
Количество ДОУ (с учетом ведомственных образовательных учреждений)	1507	1449	1456	1462	1424 (162 300 мест)
Количество детей, посещающих ДОУ	151 334	154 978	162 115	168 845	172 576

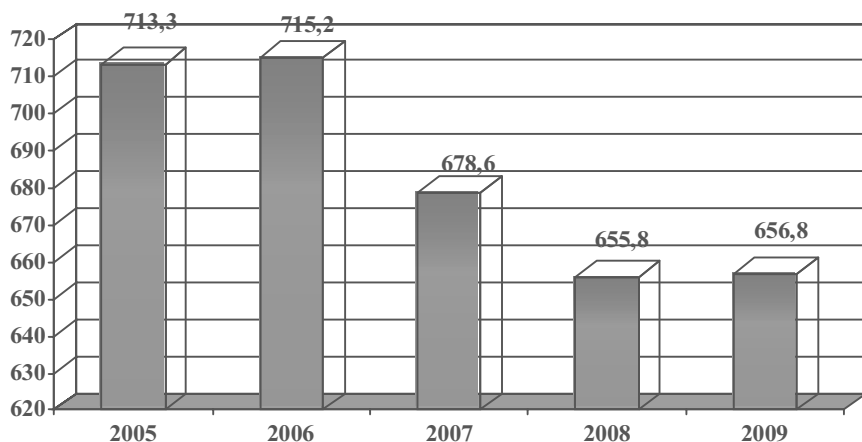


Рис. 2. Заболеваемость новорожденных
(на 1000 родившихся живыми)

Большинство родившихся детей в периоде новорожденности уже имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья и данный показатель по Свердловской области составил в 2009 г. 656,8 случаев на 1000 родившихся живыми. В целом за последние 5 лет показатели заболеваемости детей в периоде новорожденности оставались достаточно стабильными, а за последние 3 года можно отметить и некоторое их снижение (на 8%). В структуре патологии лидирующие позиции занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде: замедление роста и недостаточность питания, внутриматочная гипоксия и асфиксия в родах (табл. 3). Распространенность этих нарушений имеет положительную динамику, но она нестабильна. Вместе с тем надо хорошо представлять, что

данные изменения существенно влияют на развитие функциональных отклонений со стороны различных органов и систем.

Многими авторами доказано, что подавляющее большинство заболеваний в раннем неонатальном периоде и многие болезни в более старшем возрасте представляют собой пролонгированную патологию эмбриона и плода. В современных условиях на развитие патологии у ребенка наибольшее влияние оказывают именно материнские факторы (состояние здоровья матери в период беременности). Их значение в 2 раза выше, чем семейных факторов, и в 4 раза выше, чем факторов, связанных с развитием ребенка. Совершенствование наблюдения за беременной женщиной на этапе женской консультации и бережное, по отношению к ребенку, ведение родов

Таблица 3

**Распространенность некоторых состояний
периода новорожденности за 5 лет
(на 1000 родившихся живыми)**

Заболевание	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Острые респираторные инфекции	0,3	0,3	0,1	0,3	0,02
Инфекции кожи и подкожной клетчатки	2,1	1,8	1,6	1,3	1,6
Врожденные аномалии	15,5	16,7	17,4	17,3	23,5
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	669,9	668,0	645,6	614,6	617,9
В том числе замедление роста и недостаточность питания	109,3	110,8	104,3	106,7	100,0
Внутричерепная родовая травма	3,7	0,6	0,7	0,4	0,3
Внутриматочная гипоксия и асфиксия при родах	212,3	210,0	207,2	175,7	166,2
Дыхательные расстройства (дистресс)	19,1	22,4	21,4	21,5	32,4
Врожденные пневмонии	1,1	1,4	0,9	1,0	0,9
Инфекции, специфичные для перинатального периода	28,9	26,5	15,1	13,2	10,2
В том числе сепсис новорожденного	0,2	0,2	0,2	0,2	0,11
Гемолитическая болезнь	5,3	5,1	5,1	5,7	7,5
Всего	713,3	715,2	678,6	655,8	656,8

будет существенно снижать заболеваемость новорожденных. С 2009 г. в нашей области внедрен мониторинг состояния здоровья беременных женщин, позволяющий снизить уровень репродуктивных потерь, младенческой смертности, заболеваемости и инвалидности детей.

Заболеваемость детей первого года жизни в течение последних 5 лет в Свердловской области составляет около 3000 промилле (рис. 3). Это означает, что в среднем ребенок первого года жизни имеет от 2 до 4 заболеваний или отклонений в состоянии здоровья.

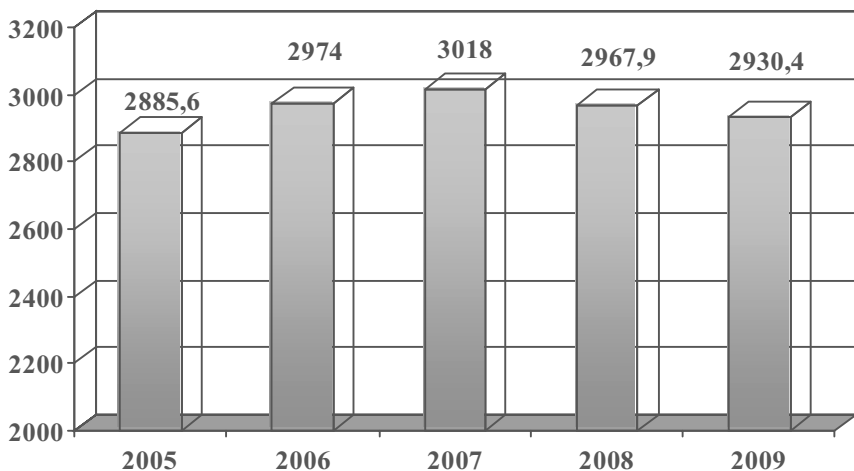


Рис. 3. Заболеваемость детей первого года жизни
(на 1000 населения)

Определенный вклад в столь высокие показатели уровня заболеваемости детей данной возрастной категории вносит реализация Приоритетного Национального проекта «Здоровье» в части родовых сертификатов — талонов № 3—1 и 3—2, когда ребенок на первом году жизни в динамике с профилактической целью осматривается неврологом, окулистом, хирургом, ортопедом, ЛОР-врачом, стоматологом. Ему проводятся лабораторные и инструментальные, в том числе ультразвуковые, исследования. Таким образом, отклонения в состоянии здоровья своевременно выявляются, регистрируются и корректируются.

Ведущее место в структуре заболеваемости и отклонений в

состоянии здоровья детей этой возрастной группы занимают болезни органов дыхания (37,2%), отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (23%), болезни нервной системы (7%), затем следуют болезни пищеварительного тракта, глаза и инфекционная патология и др.

Следует отметить, что ребенку свойствен широкий спектр совершенно особых состояний, нередко имитирующих заболевания, но реально от них отличающихся. Их называют «критическими состояниями развития». Главное их отличие от заболеваний заключается в том, что единственным причинным фактором является сам процесс физиологического роста и созревания малыша. Течение этих состояний, как пра-

вило, доброкачественное, но поскольку диапазон адаптационных реакций в это время ограничивается, а чувствительность организма к экзогенным воздействиям повышается, довольно часто они представляют собой состояния повышенного риска для формирования хронических заболеваний.

Наиболее часто такие функциональные отклонения возникают в возрасте 1—3 лет и проявляются в виде изменений пищеварительной системы, неврологической симптоматики и аллергических реакций. В дошкольном возрасте отклонения имеются в большем числе систем, вовлекая ОДА и ЛОР-органы.

При этом, по мнению ведущих педиатров, необходимо отказаться от взгляда на многие функциональные расстройства как на нечто безобидное, не требующее наблюдения и лечения, способное исчезнуть с возрастом и больше о себе не напоминать. Чтобы эти изменения действительно не оставили следа, их нужно выявлять, изучать и наблюдать в динамике.

У детей раннего (до 3 лет) и дошкольного (3—7 лет) возраста показатели распространенности хронических заболеваний и отклонений в состоянии здоровья так же, как и у детей до года, достигают более высокого уровня, чем в другие возрастные периоды. Полученные данные (1229 случаев на 1000 детей до 3 лет и

1148 случаев на 1000 детей от 3 до 7 лет) свидетельствуют, что формирование патологических отклонений начинается очень рано, а дети данной возрастной группы уже имеют по 1—2, а то и по 3 заболевания. В структуре хронических заболеваний и отклонений у детей до 7 лет преобладают болезни нервной системы (18,7%), ЖКТ (14,7%) и ОДА (11,3%). В настоящее время в РФ функционирует ряд систем компьютерного мониторинга состояния здоровья детского населения, поддерживаемых Московским НИИ педиатрии и детской хирургии. Профилактические осмотры специалистами проводятся в так называемые декретированные сроки (1, 3, 6, 7 лет и др.). Вся информация о проведенных осмотрах в электронном виде стекается в ГОУЗ МИАЦ и оттуда в федеральную базу данных. В связи с этим имеется возможность представить динамику распространенности различной функциональной и хронической патологии в зависимости от возраста детей, в том числе в периоде раннего и дошкольного возраста (рис. 4—9).

Распространенность патологии костно-мышечной системы к моменту поступления в школу увеличивается в 8 раз, что, возможно, связано с частым наличием у современных детей недифференцированного синдрома соединительнотканной дисплазии, прояв-

лением которой служат гипермобильность суставов, плоскостопие, нарушение осанки и др. Уже в дошкольном возрасте данная патология в значительной степени прогрессирует, что требует особого внимания к разработке мероприятий профилактической направленности в учреждениях дошкольного образования.

Отклонения со стороны пищеварительной системы достаточно часто регистрируются и у детей первого года жизни, существенная причина для их формирования — сочетанное поражение ЦНС. Но за период до момента поступления в школу распространенность болезней органов пищеварения увеличивается в 3 раза. По данным собственных исследований, у дошколят, как правило, диагностируются нарушения функционального характера, среди которых наиболее часто выявляются дискинезии желчевыводящих путей, панкреатопатии, функциональные нарушения кишечника, функциональные расстройства желудка, различные варианты рефлюксов. Негативное влияние нарушений со стороны нервной системы со временем уменьшается, однако запущенный порочный круг в сочетании с воздействием нерационального питания, ограниченного диапазона адаптационных реакций в этом возрасте на фоне повышенной чувствительности организма малышей к экзоген-

ным воздействиям приводит к тому, что функциональные отклонения со стороны пищеварительной системы не исчезают, а являются основой для развития хронического процесса в органах ЖКТ, а в ряде случаев и инвалидизации. В школьном возрасте темпы роста данной патологии снижаются, но в настоящем случае речь идет уже о хронических заболеваниях органов пищеварения.

Своевременное выявление, регулярное наблюдение неврологом детей первого года жизни приводят к положительной динамике распространенности отклонений со стороны нервной системы в раннем и дошкольном возрасте. Вместе с тем многими исследователями подчеркивается, что в современной ситуации все больше детей сталкиваются с проблемами в освоении образовательных программ, наблюдается заметный скачок индекса агрессивности, гиперактивности и дефицита внимания, резкое возрастание леворукости, десинхронизация функционирования различных систем организма дошкольника. Часто такие дети не имеют клинических диагнозов, но демонстрируют выраженные признаки дезадаптивного поведения. Система длительной, комплексной реабилитации детей дошкольного возраста, предусматривающая сочетание медицинской, психологической и педагогической ее форм, несомненно,

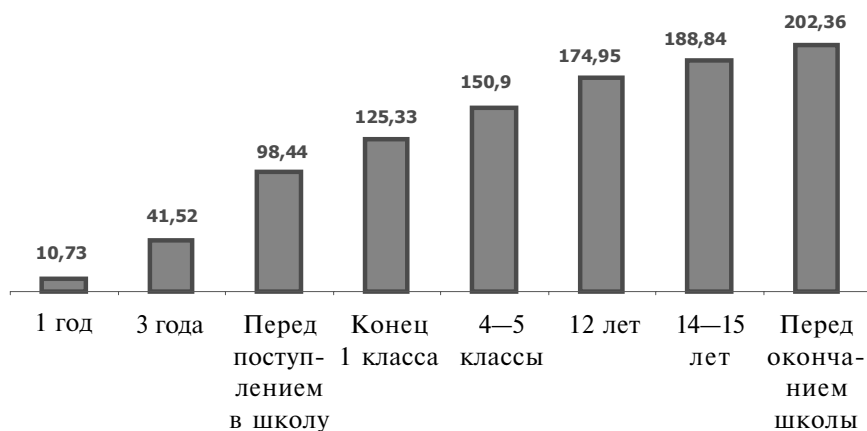


Рис. 4. Повозрастная распространенность заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 1000 населения)



Рис. 5. Повозрастная распространенность заболеваний органов пищеварения (на 1000 населения)

должна быть внедрена в условиях ДОУ, где дети проводят основную часть времени.

По данным научных исследований, проведенных в Свердловской области, установлено, что физическое развитие, соответствующее паспортному возрасту

по уровню биологической зрелости, и гармоничный морфофункциональный статус имеет только половина детей дошкольного возраста — 52%. Отставание физического развития по уровню биологической зрелости является у 13,6% (преимуще-

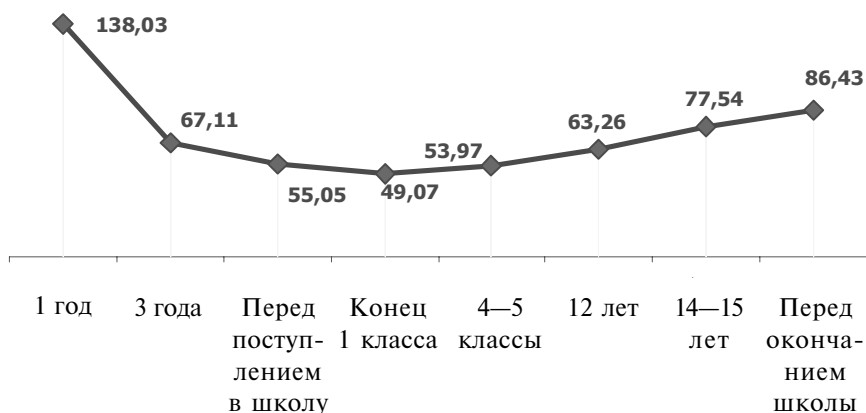


Рис. 6. Повозрастная распространенность заболеваний нервной системы (на 1000 населения)

ственно за счет длины тела и отставания темпов прорезывания зубов), опережение — у 15,7% детей. Дисгармоничный морфофункциональный статус наблюдается у $\frac{1}{3}$ детей (36,4%), в том числе у 12,8% детей — резко дисгармоничный. Наличие йодного дефицита легкой степени установлено у всех детей от 1 года до 7 лет. 30,7% детей имеют зоб, выявляемый при пальпации, и 10,7% — при ультразвуковом исследовании щитовидной железы. Доказана прямая связь йодного дефицита с повышением риска развития гастроэнтерологической, нефрологической патологии, с высокой вероятностью формирования хронического течения заболеваний. Автором также доказана высокая эффективность проводимого в Свердловской области дополнительного назначения массовой йодной

профилактики медикаментозных дозированных препаратов йода в количестве 50 мкг в сутки с целью повышения йодной обеспеченности детей раннего и дошкольного возраста.

Две трети заболеваемости детского населения приходится на первые 7 лет жизни. Доминирующее положение среди острой патологии в дошкольном возрасте принадлежит болезням органов дыхания. За период от 1 года до 7 лет распространенность данной патологии увеличивается практически в 10 раз. Чрезвычайно высокий уровень заболеваемости отмечается у детей, часто болеющих в первые 5 лет жизни. Следовательно, именно для оздоровления данного контингента требуется безотлагательная разработка специального комплекса организационных и лечебно-оздоровительных мероприятий.

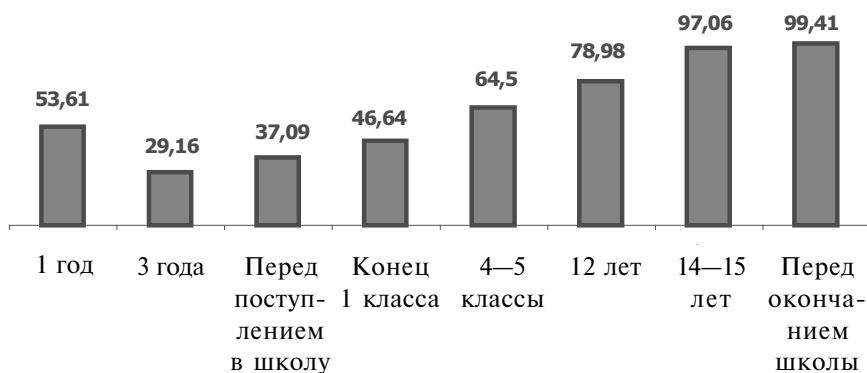


Рис. 7. Повозрастная распространенность заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (на 1000 населения)

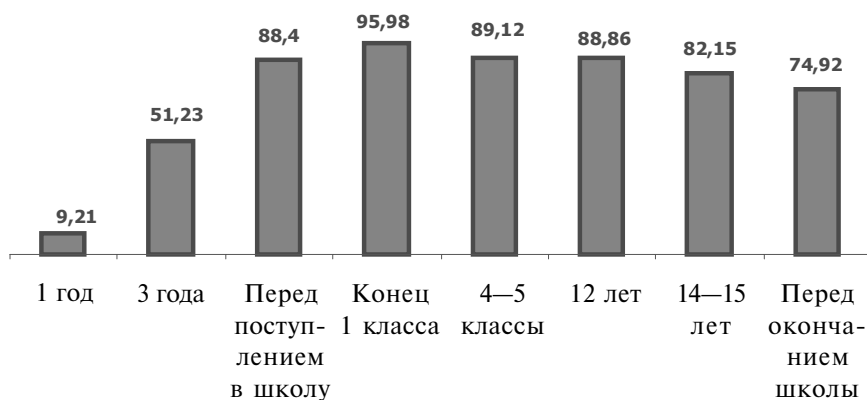


Рис. 8. Повозрастная распространенность заболеваний органов дыхания (на 1000 населения)

Вероятность заболеть для часто болеющего ребенка сравнительно одинакова во все сезоны года. Следовательно, контингент ЧБД должен целенаправленно оздоравливаться круглый год.

Следует отметить, что при относительном росте различной соматической патологии распространенность заболеваний крови,

крововетворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунные механизмы в патологический процесс, с течением времени у дошкольников снижается, что говорит о становлении адаптивных возможностей организма, а также повышении иммунологического статуса к 7 годам жизни.

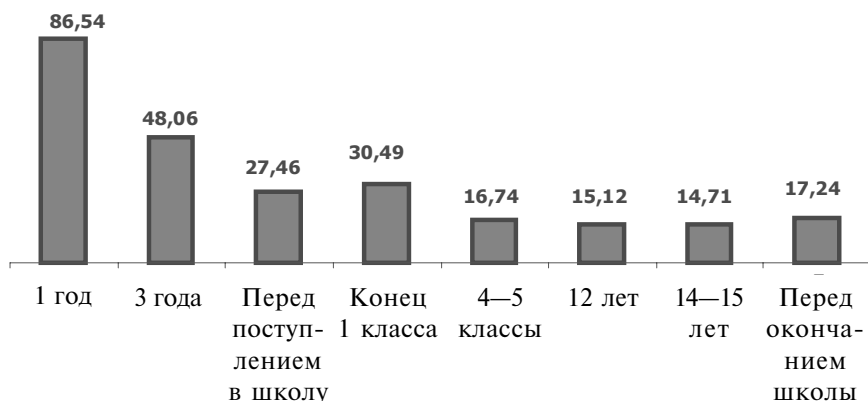


Рис. 9. Повозрастная распространенность заболеваний крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (на 1000 населения)

Росту общей заболеваемости среди детей раннего и дошкольного возраста способствует ряд медико-биологических факторов, к которым относятся: отягощенная наследственность, ранний перевод на искусственное вскармливание на первом году жизни и нерациональное питание в последующие годы, некоторые перенесенные заболевания и др. Наряду с этим важное патогенетическое значение приобретают экологические и психосоциальные причины. Сочетанное действие различных по происхождению факторов среды приводит к резкому ухудшению здоровья детей раннего и дошкольного возраста, организм которых наиболее чувствителен к негативным воздействиям.

С увеличением возраста ребенка резко возрастает число заболеваний, носящих хронический характер (с 3,1 у детей раннего

возраста до 24,3% у дошкольников) и несколько уменьшается число функциональных изменений (с 78,7 до 68,1% соответственно). Это обстоятельство, с одной стороны, свидетельствует о недостаточной организации работы детских лечебно-профилактических учреждений по своевременной диагностике патологии, следовательно, о низкой эффективности реабилитационной работы педиатрической службы. С другой — эти данные количественно подтверждают преимущества первичной профилактики перед лечебными мероприятиями и дают основание для дифференцированного подхода к лечению и оздоровлению детей с учетом социально-гигиенических и медико-биологических факторов, существенно влияющих на исход отклонений в состоянии здоровья.

При сложившейся системе здравоохранения в настоящее время в рамках медицинских учреждений не в полной мере могут быть решены вопросы длительной, комплексной реабилитации детей дошкольного возраста, предусматривающие сочетание медицинской, психологической и педагогической ее форм. Проведение профилактических и оздоровительных мероприятий в условиях дошкольных учреждений, по нашему мнению, — одно из путей внедрения здоровьесберегающих технологий.

В настоящее время в целях обеспечения эффективного решения задач по сохранению и укреплению здоровья детей дошкольного возраста Министерствами здравоохранения и общего и профессионального образования Свердловской области разработан отраслевой территориальный стандарт «Организация медицинского обеспечения в дошкольных образовательных учреждениях», предназначенный для применения в системе здравоохранения и образования. Он содержит материалы о требованиях к проведению медицинских манипуляций в ДОУ и адресован руководителям лечебно-профилактических, образовательных учреждений, медицинским работникам и педагогам ДОУ, специалистам Управления Роспотребнадзора по области и ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области».

Согласно «Типовому положению о дошкольном образовательном учреждении» (утв. постановлением Правительства РФ от 12.09.2008 № 666), медицинское обслуживание детей в ДОУ обеспечивают органы здравоохранения. Медицинский персонал наряду с администрацией несет ответственность за здоровье и физическое развитие детей, проведение лечебно-профилактических мероприятий, соблюдение санитарно-гигиенических норм, режима и обеспечение качества питания.

Стандарт перечисляет 72 нормативных документа, включающих перечень федеральных законов, законов Свердловской области, постановления Правительства РФ и Свердловской области, приказы министерства здравоохранения и образования РФ и Свердловской области, методические разработки и санитарные правила, прописывает организационную форму и технологии и очень подробно — технологический процесс. В стандарте даны требования к набору помещений (СанПиН 2.4.1.1249-03, СанПиН 2.1.3.1375-03), примерному перечню оборудования и инвентаря медицинского кабинета ДОУ (СанПиН 2.4.1. 1249-03) и перечень изделий медицинского назначения и лекарственных средств для оказания неотложной медицинской помощи детям, посещающим ДОУ, представлен

необходимый кадровый потенциал и набор требуемой документации. Отдельно и подробно прописаны критерии качества работы медицинского персонала ДООУ.

Внедрение стандарта (совместный приказ министерств здравоохранения и общего и профессионального образования Свердловской области от 09.02.2010 № 80-п/27-и «О совершенствовании организации медицинского обеспечения в ДООУ»), на наш

взгляд, в полной мере позволяет унифицировать подходы к организации оказания медицинской помощи в условиях ДООУ, обеспечивать оптимальное наблюдение за здоровьем, ростом и развитием детей путем их систематического медицинского обследования, раннего выявления функциональных отклонений и хронических заболеваний, своевременного проведения профилактической и лечебно-оздоровительной работы.

Здоровье и развитие воспитанников закрытых учреждений

Бородулина Т.В.,

канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздравна, г. Екатеринбург

Здоровье детей раннего возраста во многом определяется влиянием биологических, психофизиологических и социальных факторов, а также средово-гигиенических воздействий [1; 2]. В процессе онтогенеза генетическая информация реализуется поэтапно, при этом большое значение имеет влияние окружающей среды. Отсутствие надлежащих условий жизни зачастую ведет к задержке физического и нервно-психического развития [2; 5].

Известно, что немаловажное значение в формировании здоровья детей, их роста и развития имеет сбалансированное питание с адекватным поступлением макро- и микронутриентов [6]. Один из наиболее важных критериев для определения качества здоровья детей — физическое развитие. Согласно рекомендациям ВОЗ, его оценка включает определение уровня биологической зрелости (по таким показателям, как длина тела, сроки прорезы-

вания молочных зубов, уровень нервно-психического развития) и характеристику морфофункционального статуса (по соотношению массы тела и окружности грудной клетки с длиной тела) [3; 4].

Контроль за нервно-психическим развитием основывается на изучении объективных закономерностей развития ребенка. В каждом возрастном периоде выделены основные виды деятельности, уровень развития которых оценивается согласно методическим рекомендациям Г.В. Пантюхиной «Диагностика нервно-психического развития детей первых 3 лет жизни» (1996). Известно, что в формировании психической деятельности ребенка с первых месяцев жизни важную роль играет воспитание, которого не могут в полной мере получить дети, помещенные в закрытые учреждения — дома ребенка [5]. Стереотипность интерьера групп и подходов к детям, ограничение индивидуального общения со взрослыми и контактов с внешним миром способствуют снижению функциональной активности ЦНС и задержке нервно-психического развития.

Цель исследования — оценка качества здоровья детей раннего возраста, воспитывающихся в условиях закрытого учреждения. Проведена комплексная оценка здоровья детей раннего возраста, воспитывающихся в условиях специализированного Дома

ребенка № 6 г. Екатеринбурга, в количестве 74 чел., из них мальчики составили — 41 чел. (55,4%), девочки — 33 (44,6%). По возрасту дети распределились следующим образом: с 1 года до 2 лет — 44 чел. (средний возраст $1,33 \pm 0,24$ года), с 2 до 3 лет — 30 чел. (средний возраст $2,7 \pm 0,5$ лет). Комплексная оценка здоровья воспитанников проводилась на основании данных анамнеза жизни, исследования объективного статуса с оценкой показателей физического и нервно-психического развития, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования с определением группы здоровья. Дополнительно изучался йодный обмен путем определения экскреции йода с мочой церий-арсенитовым методом на базе клинико-диагностического центра. В исследование не входили дети-инвалиды.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Excel 2007 и Statistica 6,0.

Анализ анамнестических данных обследуемых детей показал наличие большого количества неблагоприятных факторов генеалогического, биологического и социального анамнеза, что способствует раннему формированию отклонений в состоянии здоровья этой группы детей. Большинство женщин во время беременности в женской консультации не наблюдались (81,1%), 15,9%

женщин встали на учет после 32—34 недель беременности. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имели 91,9% женщин (гестоз у 87,8%, угроза невынашивания — у 20,2). Хроническая соматическая патология диагностировалась у 48,6%. От повторных беременностей родились 78,3% воспитанников дома ребенка, каждый десятый ребенок от 5-й и последующих беременностей (10,8%). Отмечено, что 87,8% женщин имели никотиновую зависимость, практически половина матерей страдала алкоголизмом и наркоманией (52,7 и 48,6% соответственно).

При анализе состояния здоровья детей в период новорожденности установлено, что 33,8% воспитанников Дома ребенка были рождены преждевременно и большинство из них имели I степень недоношенности. Все дети с рождения находились на искусственном вскармливании.

При оценке физического развития установлено, что 100% детей раннего возраста имеют отставание физического развития по уровню биологической зрелости (табл. 1). Отставание диагностировалось по таким показателям, как длина тела (56,8—63,3%), сроки прорезывания молочных зубов (30,0—43,2%) и уровень нервно-психического развития (100%).

Морфофункциональный статус у большинства детей в возрасте 1—2 лет был дисгармоничным и

резко дисгармоничным за счет дефицита массы тела. По мере роста увеличивалась доля детей, имеющих гармоничный морфофункциональный статус (53,3%), у некоторых детей регистрировался избыток массы тела (23,3%).

Средние показатели длины и массы тела представлены в табл. 2.

У всех воспитанников дома ребенка определялся низкий рост, фактические значения которого достоверно отличались от должноствующих показателей. Масса тела относительно роста практически не отличалась от последних. На втором году жизни гипотрофию I степени имел каждый третий ребенок (29,5%), II степени — каждый шестой (15,9%). На третьем году жизни доля детей, имеющих гипотрофию, значительно уменьшилась и составила 13,3%, у части детей диагностировалась паратрофия (16,7%). Таким образом, задержку физического развития на втором году жизни имели 72,3% обследуемых, на третьем — 53,3% детей.

Установлено, что формирование задержки физического развития у воспитанников Дома ребенка связано с влиянием неблагоприятных факторов в антенатальном (вредные привычки матери: табакокурение, алкоголизм, наркомания, а также гестозы, внутриматочные инфекции и др.), интранатальном (преждевременные и домашние роды, оперативное родоразрешение) и постнаталь-

Таблица 1

Показатели физического развития детей раннего возраста

Показатель	Возрастная группа			
	1—2 года		2—3 года	
	абс.	%	абс.	%
Уровень биологической зрелости				
Соответствует паспортному возрасту	—	—	—	—
Отстает от паспортного возраста:	44	100,0	30	100,0
— по длине	25	56,8	19	63,3*
— по срокам прорезывания молочных зубов	19	43,2	9	30,0*
— по уровню НПП	44	100,0	30	100,0
Опережает паспортный возраст	—	—	—	—
Морфофункциональный статус				
Гармоничный	15	34,1	16	53,3*
Дисгармоничный:				
— за счет дефицита массы тела	13	29,5	6	20,0*
— за счет избытка массы тела	—	—	6	20,0
Резко дисгармоничный:				
— за счет дефицита массы тела	16	36,4	1	3,3*
— за счет избытка массы тела	—	—	1	3,3

* $p < 0,05$ — по сравнению с детьми в возрасте 1—2 лет.

Таблица 2

Показатели длины и массы тела в динамике роста

Показатель	Возрастная группа			
	1—2 года		2—3 года	
	фактиче- ская	долженст- вующая	фактическая	долженст- вующая
Длина тела, см	75,1 ± 4,4	79,5 ± 2,8*	86,5 ± 5,5	91,8 ± 3,8*
Масса тела, кг	9,171 ± 1,441	9,983 ± 0,868	12,431 ± 1,882	12,223 ± 1,180

* $p < 0,05$ — по сравнению с фактическими показателями.

ном (низкая оценка по шкале Апгар, гипоксия, нарушения мозгового кровообращения, анемия, внутриутробное инфицирование, частые инфекционные заболевания и др.) периодах развития.

Оценка нервно-психического развития (НПР) показала, что в раннем возрасте среди воспитанников закрытых учреждений преобладали дети, имеющие III и IV группы НПР (соответственно 54,1 и 28,4%), с возрастом увеличивалась доля детей, имеющих IV группу (табл. 3). Отставание выявлено по таким ведущим показателям, как активная речь, игра и действия с предметами, сенсорное развитие. При общении дети не умели вступать в контакт со взрослыми, у них отмечалась примитивность предметной деятельности, отсутствовали изобразительные и конструктивные действия, прослеживались низкая инициативность, неуверенность в себе. В условиях закрытого учреждения ограничено индивидуальное общение со взрослыми, характерно постоян-

ное пребывание в однообразных условиях, отсутствуют внешние (разнообразные) источники информации.

Таким образом, большинство детей закрытых учреждений уже в раннем возрасте имеют задержку физического и нервно-психического развития.

У обследуемой группы детей диагностировались алиментарно-зависимые заболевания:

- рахит (на втором году жизни I степени у 52,3% детей, II степени — у 47,7, на третьем году жизни — остаточные явления у 93,3% обследуемых);
- латентный дефицит железа (33,8%);
- анемия (10,8%);
- функциональные нарушения кишечника (31,1%);
- атопический дерматит (33,8%);
- патология ЦНС (100%);
- органа зрения (73,0%);
- хирургическая патология (37,8%);
- заболевания органов мочевыделительной системы (16,2%).

Таблица 3

**Показатели нервно-психического развития
детей раннего возраста**

Группа НПР	Возрастная группа			
	1—2 года		2—3 года	
	абс.	%	абс.	%
I	—	—	—	—
II	6	13,6	7	23,3
III	27	61,4	13	43,3
IV	11	25,0	10	33,4

Воспитанники Дома ребенка часто переносили инфекции респираторного тракта, каждый пятый ребенок состоял на диспансерном учете у пульмонолога по поводу рецидивирующего obstructивного бронхита (21,6%).

По результатам комплексной оценки здоровья установлено, что детей с I группой здоровья не было, II группа регистрировалась у 14,9% детей, III — у большинства воспитанников Дома ребенка (85,1%).

При углубленном обследовании и изучении йодной обеспеченности по уровню экскреции йода с мочой установлено, что все дети имеют йодный дефицит легкой степени: у детей второго года жизни медиана йодурии составила 99,01 мкг/л, на третьем году — 95,89 (нормативное значение медианы йодурии 100—500 мкг/л). Между уровнем йодурии и низкой длиной тела выявлена положительная корреляционная связь средней силы ($r = 0,5$), что согласуется с литературными данными и отражает влияние йода на процессы роста.

Таким образом, при комплексной оценке здоровья детей выявлены отклонения в физическом и нервно-психическом развитии, определена низкая йодная обеспеченность, особенно у детей на третьем году жизни. Последнее диктует необходимость разработки реабилитационных мероприятий, включающих не только медикаментозную коррекцию

имеющихся отклонений в состоянии здоровья, но и рациональную профилактику алиментарно-зависимых заболеваний, включая йоддефицитные состояния. В закрытых учреждениях, дополнительно к основному рациону питания, предложены к использованию специализированные продукты детского питания — адаптированные молочные смеси для детей старше года (150 мл в сутки), имеющие сбалансированный состав по макро- и микронутриентам, а также назначены монопрепараты йода в профилактической дозе 100 мкг/сут.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Гасилова Т.А., Ибрагимов А.И. Результаты комплексной клинко-социальной характеристики детей-сирот, оформляющихся в интернатные учреждения // Российский педиатрический журнал. 2004. № 5.
2. Альбицкий В.Ю., Сигал Т.М., Ананьин С.А. Состояние здоровья детей из социопатических семей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. Т. 39. 1994. № 1.
3. Богомолова Е.С. Оценка физического развития детей и подростков: Учеб. пособие. Н. Новгород, 2006.
4. Насыбуллина Г.М. и др. Оценка физического развития детей Свердловской области от 0 до 16 лет. Методические рекомендации. Екатеринбург, 2002.
5. Развитие и воспитание детей в домах ребенка / Под ред. В.А. Доскина, З.С. Макаровой. М., 2007.
6. Руководство по детскому питанию / Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. М., 2004.

Экологические аспекты состояния здоровья и реабилитации детей дошкольного возраста в ДОУ

Шилко В.И.,

д-р мед. наук, профессор, врач высшей категории, заведующий кафедрой детских болезней лечебно-профилактического факультета, ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава;

Самарцев А.А.,

канд. мед. наук, врач высшей категории, главный врач МУ городская детская больница № 16;

Новикова Т.А.,

заведующий, врач первой категории, МДОУ д/с присмотра и оздоровления № 351 «Крепыш»;

Архипова М.М.,

канд. мед. наук, врач высшей категории, главный специалист — врач отдела организации медицинской помощи детям и матерям, Управление здравоохранения Администрации, г. Екатеринбург

Результаты проведенных на рубеже XX и XXI столетий эколого-гигиенических и клинико-эпидемиологических исследований показывают, что состояние биосферы влияет на популяционное здоровье населения [1; 3]. В экологически неблагоприятных регионах регистрируется повышенный уровень заболеваемости как взрослых, так и детей [2]. В этом контексте ученые-экологи обращают внимание на такой преморбидный фактор риска развития экологически детерминированных заболеваний, как перманентная низкодозовая химическая нагрузка [5].

Известно, что растущий организм более восприимчив к воздействию ксенобиотиков, чем организм взрослого человека. Дети проводят большую часть времени в пределах ограниченного участка территории (квартира, игровая площадка перед домом, детский сад) в часы активной работы промышленных предприятий [4]. Последние, являясь источниками загрязнения атмосферы, почвы, открытых водоемов, создают «фоновое» экологически неблагоприятное состояние конкретной местности, а это может привести к формированию экоассоциированной патологии у детей [5].

Цель исследования: при комплексной оценке состояния здоровья детей дошкольного возраста выделить экзозависимые клинические симптомы (биологические маркеры экспозиции ксенобиотиков) и обосновать алгоритм реабилитационных мероприятий при синдроме экологической дезадаптации в условиях ДОУ.

Материалы и методы

Работа проведена в МДОУ № 351 Железнодорожного района г. Екатеринбурга совместно с городским Центром детской экопатологии МУ ГДБ № 16. С 2006 г. здесь организована межведомственная работа по выполнению оздоровительных мероприятий с детьми, имеющими экзозависимые нарушения здоровья, а также с детьми группы риска.

Исследования проходили в два этапа. Проведен ретроспективный анализ эффективности реабилитации детей с синдромом экологической дезадаптации и детей группы риска за 2006—2009 гг. ($n = 164$). На следующем этапе, в 2010 г., отработана методика комплексной оценки состояния здоровья воспитанников ДОУ в возрасте от 3 до 7 лет с охватом 95% ($n = 76$, из них 41 девочка и 35 мальчиков). Для этого:

- составлены анкета для родителей и «Карта комплексной оценки состояния здоровья ребенка» на 2009/10 уч. г.;
- проанализированы медицинские карты детей для образо-

вательных учреждений (форма 026/у-2000);

- сделаны выписки из историй болезни стационарного наблюдения Центра детской экопатологии ($n = 38$);
- проведены осмотры детей ($n = 76$), сделаны заключения на каждого ребенка с указанием диагноза и группы здоровья.

Были использованы шесть основных критериев: отклонения в онтогенезе, физическое развитие, нервно-психическое развитие, резистентность и реактивность, функциональное состояние органов и систем, наличие хронических заболеваний. Выполнены химико-токсикологические анализы разовой (утренней) порции мочи на содержание свинца (Pb), кадмия (Cd), меди (Cu), цинка (Zn) (метод анодной вольтамперометрии), фтора (F) (метод потенциометрии с помощью ион-селективного электрода), хрома (Cr) (атомно-абсорбционная спектрофотометрия, беспламенный метод) и анализ цельной крови для определения свинца (Pb) (метод анодной вольтамперометрии).

Статистическое обеспечение результатов исследования проводилось в автоматизированной программе «Microsoft Excel» Windows XP; оценка показателей в динамике на фоне лечения — с применением парного критерия Стьюдента. Связь между параметрами определялась с использова-

нием коэффициента корреляции Пирсона. Экологическая характеристика территории оценивалась на основании атласа загрязнения Железнодорожного района по снеговой съемке (Институт промышленной экологии УрО РАН).

Результаты исследования и их обсуждение

По данным снеговой съемки, микрорайон «Старой Сортировки», где расположено ДОУ № 351, характеризуется в сравнении с другими территориями Железнодорожного района высокой интенсивностью выпадения на снеговой покров солей тяжелых металлов: свинца, меди, кадмия, цинка, в меньшей степени — хрома. По интенсивности выпадения фторид-иона на снеговой покров месторасположение учреждения можно считать эпицентром загрязнения.

На первом этапе (2006—2009) в Центре детской экопатологии обследовались 164 ребенка группы риска, что составило половину списочного состава ДОУ. Клиническими особенностями были:

- полисистемность патологических процессов с развитием синдрома хронической интоксикации;
- латентное течение заболеваний с формированием очагов инфекции в ЛОР-органах;
- в желудочно-кишечном тракте, органах мочевого выделения.

Удельный вес соматических заболеваний в группе обследо-

ванных детей варьировался в динамике по годам незначительно, сохранялась тенденция к распространенности болезней органов пищеварения (80—100%), аллергического дерматита и респираторных аллергозов (56—62%), нарушений костно-мышечной системы (50—60%), патологии кроветворения (анемия, латентный дефицит железа — 30—50%), хронических и рецидивирующих болезней органов дыхания (46—60%), заболеваний органов мочевой системы (24—25%); 24—38% детей нуждались в санации зубов и коррекции прикуса, у 25—30% обследованных выявлено нарушение физического развития. В 45% случаев были обоснованы показания к повторному химико-токсикологическому обследованию. Диагноз синдрома экологической дезадаптации (согласно классификации Ю.Е. Вельтищева и В.В. Фокеевой) установлен у 80% детей.

Более углубленное и комплексное обследование детей проведено на втором этапе (2009—2010). Факторы риска раннего онтогенеза выявлены у 70% детей (отягощенный генеалогический и акушерский анамнезы, болезни новорожденных, непродолжительный период грудного вскармливания). Все родители предъявляли в различных сочетаниях жалобы на эмоциональную лабильность, нарушения сна, гиперактивность

поведения, навязчивые движения у ребенка; 45% родителей указали на рецидивы респираторных симптомов у детей более 4 раз в год; каждого четвертого воспитанника ДОО беспокоили повторяющиеся абдоминальные боли после приема пищи или натошак, а у каждого пятого выявлялись симптомы аллергического дерматита.

В среднем у дошкольников диагностировано 2—3 заболевания. По группам здоровья распределение было следующим: I группа — 5 чел. (7%), II — 54 (71%), III — 15 (22%), без достоверных отличий между мальчиками и девочками. Наиболее часто по-прежнему регистрировались болезни желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей (62%), нарушение осанки и плоскостопие (60%), аллергия (30%), дисфункции центральной и вегетативной нервной систем (23%). У каждого пятого ребенка отмечены нарушение зрения, патология сердца, ЛОР-органов, почек. Распространенность анемии уменьшилась в 5 раз ($p < 0,03$).

Динамика результатов химико-токсикологических исследований представлена в таблице. Общая статистическая характеристика не дает значений показателей тяжелых металлов, выходящих за референтный интервал. Однако обращало внимание наличие повышенного уровня фто-

рурии (25%) и свинца крови (18%), всего у 43% обследованных детей.

В литературе приводится немало сведений о неблагоприятных полисистемных эффектах свинца на детский организм, что определяется как его широким распространением в окружающей среде, так и высокой токсичностью. При свинцовом токсикозе поражаются в первую очередь органы кроветворения, чувств, нервная и сердечно-сосудистая системы, почки.

Избыток свинца в организме снижает содержание жизненно важных элементов (кальция, железа, цинка, селена) в органах и тканях. Депо свинца в организме — эритроциты и костная ткань, а основной эритроцитарный белок, связывающий свинец, — гемоглобин. Свинец, присутствующий в плазме, образует комплексы преимущественно с трансферрином в тех же участках, которые связывают железо. Насыщение этого белка железом снижает поступление свинца в плазму крови и повышает его доставку в печень. Поэтому в задачи реабилитационного этапа на базе ДОО входило создание оптимальных условий для элиминации токсичных металлов (свинца, кадмия) из организма и нормализации микронутриентного баланса, улучшение детоксифицирующей функции печени и метаболизма.

**Результаты химико-токсикологических исследований
биосред (крови и мочи) у детей ДООУ № 351**

Учебный год (n — число детей)	Среднегрупповые уровни эссенциальных и токсичных металлов в моче						Рв крови, мкг/дл
	Рв, мкг/л	Cd, мкг/л	Cu, мкг/л	Zn, мкг/л	F, мг/л	Cr, мкг/л	
2006—2007 (n = 41)	—	—	—	—	—	—	6,7 ± 0,6
2007—2008 (n = 43)	5,1 ± 0,5	0,12 ± 0,05	32,2 ± 3,9	302,1 ± 23,9	0,6 ± 0,07	—	7,7 ± 1,2
2008—2009 (n = 80)	4,1 ± 0,35	0,14 ± 0,07	46,5 ± 3,9	442,9 ± 19,7	0,54 ± 0,1	—	2,5 ± 0,46
2009—2010 (n = 76)	5,4 ± 0,4	0,07 ± 0,03	29,4 ± 2,5	461,2 ± 7,3	1,5 ± 0,11	5,1 ± 0,5	—
СМУ в ДООУ (n = 240)	5,0 ± 0,3	0,1 ± 0,03	34,7 ± 2,0	411,8 ± 10,6	1,23 ± 0,09	—	5,2 ± 0,4
Норма*	<30,0	0,5—4,7	2—80,0	180—850,0	0,2—3,2	0,1—6,0	Дети < 10,0**

* См.: Тиц Н.У. Энциклопедия клинических лабораторных тестов / Под ред. В.В. Меньшикова. М., 1997.

** CDC — Center for Disease Control, USA.

В комплексе мероприятий предусматривались:

- немедикаментозная терапия при очагах инфекции в носоглотке и бронхах;
- восстановление мукоцилиарного клиренса слизистой дыхательных путей;
- нормализация функций центральной и вегетативной нервных систем;
- коррекция нарушений осанки (массаж, лечебная физкультура, физиотерапия).

Комплексную физиотерапию (соляно-щелочные ингаляции, одеяло лечебное многослойное, электрофорез лекарственных веществ) назначал врач-физиотерапевт.

В составлении меню достигнуто выполнение норм питания по овощам и фруктам, содержащим натуральную клетчатку и пектины, способствующие выведению тяжелых металлов из организма через кишечник и являющиеся источником витаминов и микроэлементов. Дотация рациона пищевыми волокнами осуществлялась при добавлении пшеничных отрубей в каши, супы, выпечку, либо использовались хлебопродукты с отрубями.

В стандарт элиминационной терапии в ДООУ были включены препараты:

- лактофильтрум (эубикор), обладающий сорбционными и пребиотическими свойствами;
- гепатопротекторы и желчегон-

ные препараты (карсил, ЛИВ-52, фламин).

Для санации очагов инфекции в носоглотке, бронхах назначались по показаниям синупрет, тонзилгон, бронхипрет.

Антидотная терапия проводилась методом электрофореза 3% раствора тиосульфата натрия на область печени, либо по общей методике (по Вермелю), на курс 8—10 процедур. Смысл метода заключается в создании кожного депо препарата, позволяющего обеспечить пролонгированное (в течение месяца) выведение тяжелых металлов, депонированных в паренхиматозных органах.

Эффективность элиминационной терапии, направленной на выведение ксенобиотиков, оценивалась по показателю уровня свинца крови. Основную группу составили дети с повышенными показателями ($n = 10$), в группу контроля вошли дети с нормальными значениями ($n = 18$). Повторные исследования по свинцу крови проводились через 1 месяц по окончании электрофореза тиосульфата натрия. У детей основной группы отмечалось достоверное снижение токсической нагрузки: $Pb1 = 10,66 \pm 1,4$ мкг/дл; $Pb2 = 6,57 \pm 1,2$ мкг/дл ($p < 0,02$). Среднегрупповой уровень свинца крови у детей контрольной группы оставался без динамики: $Pb1 = 6,48 \pm 0,8$ мкг/дл, $Pb2 = 6,17 \pm 0,7$ мкг/дл ($p > 0,05$).

Эффективность реабилитации по данным клинического обследования отмечена у всех детей.

Таким образом, дети, проживающие на эконеблагополучных территориях, подвержены постоянной низкодозовой химической нагрузке с риском развития экоассоциированной патологии. Значительная часть из них (80%), по данным нашего исследования, это — синдром экологической дезадаптации, характеризующийся полиорганностью поражений, нарушением функций регуляторных систем, снижением иммунитета, парааллергией, повторными респираторными заболеваниями, формированием очагов инфекции, наличием тяжелых металлов в биосредах (крови и моче). Многие клинико-диагностические и медико-организационные проблемы требуют дальнейшего изучения.

Выводы и предложения

1. Внедрение в работу ДОУ, расположенного на территории с техногенным загрязнением, медико-организационных технологий по предупреждению поступления ксенобиотиков в организм детей и их элиминации позволит уменьшить химическую токсическую нагрузку на него.

2. Алгоритм «экологической» реабилитации включает энтеросорбцию, активизацию путей выведения ксенобиотиков и назначение антидота.

3. В качестве эффективной антидотной терапии рекоменду-

ется методика электрофореза тиосульфата натрия.

4. Стандарт комплексной оценки состояния здоровья детей при эконеблагополучной ситуации может быть дополнен химикотоксикологическими анализами крови и мочи.

Литература

1. Волкова А.А., Кропотова И.Н., Комлачёв М.Т. Влияние окружающей среды и социально-экономических факторов на здоровье населения Свердловской области // Экологические проблемы промышленных регионов: мат-лы Всероссийской конф. Екатеринбург. 2004.
2. Лебедекова С.Е. и др. Распространенность и структура неинфекционных заболеваний у детей и подростков, проживающих в регионах с различной антропогенной нагрузкой // Гигиена и санитария. 2003. № 2.
3. Суржиков В.Д. и др. Здоровье человека и факторы окружающей среды в промышленных городах // Гигиена и санитария. 2003. № 6.
4. Шилко В.И., Самарцев А.А., Чуканов В.Н. Научные подходы к обоснованию клиники детской экопатологии // Актуальные проблемы теоретической и прикладной медицины / Под ред. В.А. Черешнёва. Екатеринбург, 2003.
5. Экология и здоровье детей // Под ред. М.Я. Студеникина, А.А. Ефимовой. М., 1998.

Возможности диетотерапии для профилактики и коррекции дефицита кальция у детей в условиях ДОУ

Стенникова О.В.,

канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней;

Санникова Н.Е.,

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней, ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

За последнее десятилетие детское население стало потреблять меньше продуктов, содержащих кальций, что неизбежно приводит к его дефициту в питании [6]. Недостаточное обеспечение кальцием в детском возрасте нарушает нормальное развитие скелета, существенно увеличивая риск и тяжесть последующего развития остеопороза [2]. Уже в раннем возрасте появляются единичный кариес зубов, плоскостопие, снижается мышечный тонус, что в последующем становится причиной развития множественного кариеса и нарушения осанки [5]. Проведенные эпидемиологические исследования практически здоровых школьников и подростков показали, что снижение минеральной плотности кости (остеопения, остеопороз) имеется у 10—30% обследованных [7].

Эффективным средством профилактики и коррекции микро-нутриентной недостаточности

считается регулярное употребление витаминно-минеральных комплексов [1]. Современная индустрия детского питания в качестве альтернативы предлагает широкий выбор специализированных молочных продуктов — смесей, творожков, йогуртов, обогащенных необходимыми витаминами и микроэлементами. Такой вариант диетотерапии более физиологичен для детей раннего возраста, поскольку наилучшему всасыванию кальция способствуют белки, лактоза, витамин D и оптимальное соотношение кальция и фосфора 1,5:1 [4].

Цель исследования: оценить эффективность специализированной молочной смеси «Хипп 3» для профилактики и коррекции дефицита кальция у детей раннего возраста.

Пациенты и методы

Обследована группа практики здоровых детей в возрасте от 1 до 3 лет на базе ДОУ г. Екате-

ринбурга. Предварительно было получено информированное согласие от родителей на проведение инвазивных исследований у этой категории детей.

Критерии включения детей в исследование:

- возраст от 1 до 3 лет;
- отсутствие в анамнезе аллергических заболеваний;
- хронической соматической патологии.

Критерии эффективности смеси «Хипп 3» в питании детей:

- субъективное отношение детей к продукту;
- переносимость смеси (появление метеоризма, изменение характера стула, аллергические проявления);
- результаты биохимических анализов сыворотки крови — общего и ионизированного кальция, неорганического фосфора, щелочной фосфатазы (до и после получения смеси);
- динамика показателей остеокальцина как маркера остеобластической активности и суточной экскреции кальция с мочой.

Всем детям проводились:

- анализ данных анамнеза;
- оценка характера питания, уровня физического развития с определением биологической зрелости и морфофункционального статуса;
- объективный осмотр.

В качестве показателей, характеризующих уровень биологической зрелости, использовались: увеличение длины тела за год,

нервно-психическое развитие (до 3 лет), сроки прорезывания молочных зубов. По степени биологического созревания детей подразделяли на три группы:

1) со своевременным развитием (соответствие паспортному возрасту);

2) с отставанием в развитии (отставание от паспортного возраста);

3) с опережением в развитии (опережение паспортного возраста).

Морфофункциональный статус оценивался на основании показателей длины тела, массы, окружности грудной клетки и головы. При определении морфофункционального статуса у детей выделяли три возможных варианта:

1) гармоничный;

2) дисгармоничный;

3) резко дисгармоничный.

Лабораторный комплекс исследований включал определение общего и ионизированного кальция, неорганического фосфора, суточной экскреции кальция с мочой, остеокальцина в сыворотке крови. Концентрация общего кальция и неорганического фосфора определялась стандартным колориметрическим методом. Ионизированный кальций исследовали с помощью ионоселективных электродов на анализаторе Easylyte Calcium «Medica», остеокальцин — методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы «Nordic Bioscience Diagnostics A/S N-MID Osteocalcin One Step ELISA» в

сыворотке крови. Суточную экскрецию кальция с мочой определяли методом атомной абсорбции на анализаторе Perkin-Elmer 403.

Обследован 41 ребенок в возрасте от 1 года до 3 лет. На основании данных клинического осмотра и лабораторных исследований выделили две группы: первая — 20 человек с дефицитом кальция (низкие показатели общего или ионизированного кальция, суточной экскреции кальция с мочой, костные деформации, нарушение осанки, снижение мышечного тонуса, кариес зубов); вторая (сравнения) — 21 ребенок без нарушений обмена кальция.

Для коррекции выявленных нарушений нами использовалась молочная смесь «Хипп 3» (Австрия) для детей от 8 мес. до 3 лет.

Дети принимали смесь «Хипп 3» ежедневно по 220 мл (235,4 мг кальция) в течение 1—1,5 мес. дополнительно к основному рациону питания в ДОО. Период адаптации к смеси протекал у обследованных детей без особенностей. Аллергические проявления не фиксировались.

Результаты лабораторных исследований в работе представлены в единицах международной системы (СИ) и обработаны методами вариационной статистики. Для установления корреляционных взаимосвязей ряда показателей использовался линейный коэффициент корреляции Пирсона (r). При отсутствии нормаль-

ного распределения признаков применялись методы непараметрической статистики и ранговой корреляции Спирмена и γ , логистической регрессии с расчетом показателя отношения шансов (ОШ, $\logit p$) для каждого признака. При проведении корреляционного анализа учитывались только результаты с достоверным уровнем различия ($p < 0,05$ и менее).

Статистическую обработку проводили с использованием программ Microsoft Excel 2000, Statistica 5.5.

Результаты исследования

Анализ данных историй развития показал, что беременность у большинства матерей протекала с осложнениями. Гестозом второй половины страдала большая часть женщин, у 54,8% — диагностированы анемия и фетоплацентарная недостаточность, у $1/3$ матерей — отмечались угроза невынашивания и хроническая соматическая патология. Следует отметить, что во время беременности в 53,6% случаев не проводилась витаминно-минеральная профилактика. Эти неблагоприятные факторы могли способствовать формированию нарушений минерального обмена у детей.

Говоря о характере вскармливания на первом году жизни, необходимо указать, что только 34,4% детей находились на естественном вскармливании до 6 мес., и лишь 14,4% получали грудное молоко до 1 года. Таким

образом, более половины детей были рано переведены на искусственное вскармливание (в том числе 20% — на первом месяце жизни).

По результатам проведенного анкетирования родителей и анализа меню-раскладок дети в ДООУ в недостаточном количестве употребляют молочные, мясные продукты, рыбу, фрукты и овощи. В их рационе преобладают мучные и макаронные изделия, газированные напитки, колбасы, чипсы. Дети ежедневно получают лишь 50% суточного количества кальция (согласно рекомендациям физиологическая потребность детей в возрасте от 1 года до 3 лет составляет 800—1000 мг/сут.) [3].

Оценка физического развития по уровню биологической зрелости выявила:

- соответствие показателей паспортному возрасту в 56,7%;
- отставание — в 23,3%;
- опережение — в 20% случаев.

Анализ показателей гармоничности развития определил значительную долю детей (44,5%) с дисгармоничным морфофункциональным статусом, преимущественно за счет дефицита массы тела.

В клинической картине у обследованных детей были выявлены симптомы, свидетельствующие о длительном недостатке поступления кальция в организм. У 50% детей определялись сниженный мышечный тонус, а также остаточные явления перенесенного рахита в виде развернутой

нижней апертуры грудной клетки, «реберных четок» и рахитических «браслетов», деформации нижних конечностей. Кариез зубов диагностирован у 20% детей, а изменение сроков прорезывания зубов и нарушение осанки (сколиоз) — у каждого третьего ребенка.

Результаты комплексного изучения показателей кальциевого обмена и определения содержания в крови остеокальцина представлены в таблице.

Проведенное исследование показало, что использование в рационе питания детей раннего возраста молочной смеси «Хипп 3» оказывает выраженное прямое влияние на показатели фосфорно-кальциевого обмена (от $r = +0,52$ до $r = +0,97$). На фоне проводимой коррекции произошло достоверное увеличение показателей ионизированного кальция ($p < 0,001$), суточной экскреции кальция с мочой ($p < 0,005$), снизился уровень щелочной фосфатазы ($p < 0,05$).

Прием молочной смеси «Хипп 3» у детей раннего возраста позволяет уменьшить абсолютный риск развития нарушений осанки ($CAP = 32,9\%$; $p < 0,01$), снижения мышечного тонуса ($CAP = 51,7\%$; $p < 0,001$).

Дополнительная дотация детям раннего возраста специализированных молочных продуктов с содержанием 240—250 мг кальция снижает риск развития недостаточной кальциевой обеспеченности в 4—10 раз ($\text{logit } p =$

Таблица

**Динамика показателей фосфорно-кальциевого обмена
у детей до и после приема смеси «Хипп 3»**

Показатель	Основная группа (получали смесь «Хипп 3»)		Группа сравнения
	до	после	
Общий кальций (ммоль/л)	2,4 ± 0,04	2,49 ± 0,02 r = +0,54	2,47 ± 0,02
Ионизированный кальций (ммоль/л)	1,18 ± 0,01*	1,24 ± 0,01** r = +0,55	1,24 ± 0,01
Неорганический фосфор (ммоль/л)	1,48 ± 0,08	1,55 ± 0,05 r = +0,97	1,54 ± 0,05
Суточная экскреция кальция с мочой (ммоль/сут.)	0,7 ± 0,15*	1,22 ± 0,11*, ** r = +0,69	1,46 ± 0,17
Щелочная фосфатаза (ЕД/л)	1222 ± 50,2	1099,9 ± 29,7** r = +0,52	1186,1 ± 46,8
Остеокальцин (нг/л)	69,5 ± 2,9	76,3 ± 4,2 *, ** r = +0,57	45,7 ± 2,88

* p < 0,05 — с показателями группы сравнения;

** p < 0,05 — показатели основной группы в динамике до и после.

9,5; p < 0,02; logit p = 3,9; p < 0,0001). Вероятность возникновения патологических симптомов со стороны костно-мышечной системы на фоне использования молочной смеси «Хипп 3» снижается в 5—7 раз (logit p = 4,85; p < 0,02; logit p = 6,69; p < 0,01).

Выводы

1. Включение молочной смеси «Хипп 3» дополнительно к ежедневному рациону питания детей в ДОО обеспечивает суточную потребность детей раннего возраста в кальции.

2. Специализированные молочные продукты питания для де-

тей старше года являются хорошей альтернативой назначения витаминно-минеральных комплексов детям раннего возраста.

3. Применение молочной смеси «Хипп 3» — оптимальный вид профилактики и коррекции нарушений фосфорно-кальциевого обмена в раннем детстве.

Литература

1. Воронцов И.М. Проблемы питания детей в возрасте 1—3 лет и пути их решения // Вопросы детской диетологии. 2004. № 2.

2. Коровина Н.А. и др. Остеопороз у детей. М., 2002.

3. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и

энергии для различных групп населения СССР. Министерство здравоохранения СССР. М., 1991.

4. *Прилепина И.А.* Алиментарная коррекция состояния здоровья детей со сниженной резистентностью в дошкольных учреждениях. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2001.

5. *Спиричев В.Б.* Роль витаминов и минеральных веществ в остеогенезе и профилактике остеопатий у детей // Вопросы детской диетологии. 2003. № 1.

6. *Щеплягина Л.А.* и др. Значение кальция и возможность коррекции его дефицита // Вопросы детской диетологии. 2005. № 3.

7. *Щеплягина Л.А.* и др. Остеопения у детей — диагностика, профилактика, коррекция: пособие для врачей. М., 2005.

8. Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D and Fluoride. Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, DC, 1997.

Питание детей с аллергодерматозами в ДОУ

Скоморохова М.Б.,

заведующий МДОУ д/с присмотра и оздоровления № 520;

Чернова Н.Ф.,

канд. мед. наук, зав. отделением лечебно-профилактического питания ОГУ Свердловская областная специализированная детская больница восстановительного лечения «Научно-практический центр детской дерматологии и аллергологии», г. Екатеринбург

В связи с неблагоприятным воздействием окружающей среды и наследственности в современном мире одним из наиболее распространенных заболеваний является аллергодерматоз. Научные прогнозы различных исследований свидетельствуют об опасности увеличения больных аллергодерматозами в последующих поколениях в связи с изменением генофонда.

Дошкольное учреждение № 520 работает с детьми, страдающими аллергодерматозами, с марта 1995 г. За этот период детский сад посетили 1980 воспитанников.

С учетом состояния здоровья наших детей важная роль отводит-

ся созданию таких условий в организации воспитательно-образовательного процесса, при которых развивающий эффект достигается без какого-либо ущерба для растущего организма и которые способствуют улучшению физического статуса дошкольников. Одно из важнейших мест в этой связи занимает рациональное питание.

Правильно организованное питание, полноценное и сбалансированное по содержанию основных пищевых ингредиентов, обеспечивает нормальное развитие детского организма, существенно влияет на резистентность и иммунитет ребенка по отношению

к различным заболеваниям, повышает его работоспособность и выносливость, способствует оптимальному нервно-психическому развитию. Ошибки в питании могут привести к расстройству обмена веществ, пищеварения.

В дошкольном учреждении для детей с аллергодерматозами питание — один из важнейших факторов в комплексе оздоровительных мероприятий.

Несмотря на то что в подавляющем большинстве дети поступают в специализированный сад в фазе достигнутой или начинающейся ремиссии, у них еще сохраняется непереносимость к ряду пищевых аллергенов.

Пищевая аллергия (одна из форм непереносимости пищи) — необычная, повышенная чувствительность организма к тем или иным продуктам питания. Реакция организма на определенные пищевые продукты может выражаться разнообразными клиническими симптомами: кожными (крапивница, зуд, отек Квинке), пищеварительными (рвота, понос, боль в животе), дыхательными (насморк, конъюнктивит, бронхоспазм). Эти симптомы могут возникнуть как во время еды, так и позднее.

Независимо от причин возникновения аллергической реакции прежде всего рекомендуется проанализировать рацион ребенка и следить за питанием в дальнейшем.

При разработке гипоаллергенной диеты основной принцип — исключение или ограничение в питании продуктов с причинно-

значимыми аллергенами, но при обязательном соблюдении возрастных норм потребления основных пищевых веществ и энергии. Хотя любой пищевой продукт может вызвать аллергию, но некоторые из них являются высокоаллергенными.

Рациональная диета при аллергических заболеваниях предусматривает два направления — профилактическое и лечебное, т.е. соблюдение принципа антигенного щажения (исключение из питания продуктов, вызывающих аллергические заболевания).

Диетические мероприятия в сочетании с другими методами лечения позволяют в кратчайшие сроки ликвидировать острые клинические проявления экземы, АКД-диатеза и оказывают благотворный эффект на состояние ЖКТ.

Нужно быть внимательным к составлению меню для ребенка-аллергика.

У детей формируются полезные вкусовые привычки: неприхотливость в еде, нет тяги к сладостям, острым блюдам.

Наиболее часто вызывают аллергию:

- яйца, рыба, икра, крабы, куриное мясо, крепкие мясные бульоны;
- цитрусовые, ананасы, клубника и земляника, гранат, яблоки с красной кожицей;
- томаты, морковь, грибы, зеленый горошек;
- кофе, какао, шоколад, мед, орехи (особенно арахис);

- копченые, консервированные, острые и пряные продукты;
- соки с добавлением эссенции, газированные напитки с химическими добавками, жевательные резинки;
- большое количество сладкого.

С учетом коррекции норма продуктов в сутки на 1 ребенка следующая (см. таблицу).

Наименование продукта	Масса, г
Хлеб: пшеничный ржаной	40
	30—50
Мука	3
Крупа	35
Овощи	350
Картофель	200
Мясо	140
Масло: сливочное растительное	15
	20
Молоко	200
Кисломолочные	200
Творог	40
Сыр	5
Сметана	10
Сахар	30
Печенье	8
Фрукты: свежие сухие	100
	10
Сок	150
Яйцо	$\frac{1}{8}$

Правильно построенная диета оказывает неспецифически десенсибилизирующее воздействие и способствует улучшению состо-

яния органов пищеварения, повышая толерантность организма к продуктам, содержащим аллергены.

Несмотря на то что в подавляющем большинстве дети поступают в санаторный коллектив в фазе достигнутой или начинающейся ремиссии, когда реакции на пищу идут на убыль, у них в течение 6—12 мес. сохраняется непереносимость ряда пищевых аллергенов. Наиболее часто это белок яйца, рыба, злаковые (пшеница, кукуруза, ячмень, овес), горох, реже молоко.

В этот период сохраняется непереносимость и облигатных пищевых аллергенов (цитрусовые, мед, орехи, шоколад, виноград, изюм, курага, абрикосы, персики, томаты, морковь, избыток сладостей — сахар, повидло, джемы; мясо утки, гуся, баранина, курица).

Коррекция ежедневного меню:

- исключаются крепкие, наваристые мясные супы и бульоны, а также молочные супы. Предпочтение отдается овощным супам или супам, готовящимся на слабом мясном бульоне (мясо варят в течение 30 мин, затем воду сливают, вторично заливают горячей водой и доводят до готовности);
- в полдник — только кисломолочные продукты: бифидумбактерин, кефир, через 30 мин творог;
- в летнее и осеннее время вводятся ягоды, овощи в виде салатов и овощных блюд;

- в зимне-весенний период — дополнительная витаминизация аскорбиновой кислотой (30—50 мг);
- приготовление блюд рекомендуется только путем варки, тушения на пару.

Диетические мероприятия в сочетании с другими методами лечения позволяют в кратчайшие сроки ликвидировать острые клинические проявления аллергодерматоза и оказывают благоприятный эффект на состояние ЖКТ.

Взаимодействие с семьей

Каждый родитель желает, чтобы его ребенок был здоров, физически и интеллектуально развит и вправе ожидать от ДОО всесторонней помощи.

Одна из задач дошкольного учреждения — научить родителей в домашних условиях организовать правильный стол, который поможет избавить детей от пищевой аллергии, различных кожных проявлений.

Для этого мы должны научить родителей видеть в сотрудниках ДОО своих друзей, помощников, советчиков. Доброй традицией стало проведение в детском саду дней открытых дверей, ежегодных конференций по питанию для родителей.

Формы работы с семьей:

- раздача печатного материала;
- круглые столы, конференции;
- консультирование;
- лектории;
- педагогические гостиные;
- родительские собрания;

- социологические исследования;
- конференции по питанию;
- опросы с привлечением организаций.

На основании справочных данных и имеющихся научных разработок в ДОО подготовлены методические рекомендации, в которых изложены основные принципы питания детей по гипоаллергенной диете, технологические карты и меню рационального питания. Материалы, разработанные и составленные сотрудниками Уральского Государственного Экономического университета под руководством главного диетврача г. Екатеринбурга Р.Н. Свердловой в 1995 г., переработаны для пользования в дошкольных учреждениях заведующим МДОО № 520 М.Б. Скомороховой.

В 2008 г. экспертной комиссией ГОУ ВПО УГМА Росздрава было дано экспертное заключение. Цель экспертизы — соответствие представленных материалов нормативным документам. Заключение: «Считаем обоснованным продуктовые наборы питания и технологические карты используемых блюд для детей с аллергодерматозами в МДОО № 520».

Качественно организованная помощь детям, страдающим аллергодерматозами, одним из направлений которой является лечебное питание, дает хорошие результаты:

- ухудшение — 0,1%;
- без перемен — 2,1%;
- улучшение — 32,5%;
- клиническая ремиссия — 65,3%.

Это свидетельствует об эффективности проводимой работы.

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Представляет плакаты для образовательных учреждений

Красочные с одной стороны, на плотной бумаге

Форматом 70×100 см:

До свидания, детский сад
Вперед в страну знаний с любимыми учителями
Все начинается со школьного звонка
С окончанием учебного года
Уголок родителей группы детского сада

Форматом 70×50 см:

1 сентября
Английский алфавит
Безопасность на дороге
Детям об огне
Календарь погоды
Осторожно — болезнетворные микробы
Осторожно — высокое напряжение
Пиши правильно
Позаботиться о своей безопасности

Правила поведения при пожаре
Правильная осанка
Твои права
Русский алфавит
Уголок пожарной безопасности
Часы и время

Форматом 30×42 см:

Таблица умножения
Таблица сложения
Противоположности
Фрукты
Овощи

Здоровье в порядке — спасибо зарядке!

Витамины — наши друзья!

Спорт — здоровый образ жизни!

Правильное питание — залог здоровья!

Уголок дежурных по столовой

Уголок дежурных по природе

Уголок дежурных по занятиям



Эти и другие плакаты 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**.

Ожоговая энцефалопатия как осложнение термической травмы у детей дошкольного возраста

Орлова А.Е.,

врач-невролог неврологического отделения
МУ ДГКБ № 9;

Львова О.А.,

канд. мед. наук, доцент, врач-невролог высшей
категории, зав. кафедрой детской неврологии
и неонатологии ГОУ ВПО Уральская государственная
медицинская академия Росздрави, г. Екатеринбург

Одно из наиболее тяжелых неотложных состояний в детском возрасте — термическая травма. Дети и подростки составляют до 25% пострадавших и вносят весомый вклад в показатели детской смертности от травматических причин. В настоящее время эта проблема приобретает все большую актуальность в связи с полиорганным характером поражения у обожженных, длительным восстановительным периодом и многочисленными осложнениями в отдаленном периоде болезни.

Нарушение функционирования ЦНС, как осложнение ожоговой болезни, отмечают все без исключения специалисты. Неврологическая патология может протекать в виде ожоговой энцефалопатии, центрального понтинного миелиноза, цереброваскулярных расстройств, менингита, делирия, а также моно- и полинейропатии, как результат воспалительной окклюзии сосудов, синдрома ДВС, инфекционно-аллергических и токсических процессов, циркуляции нейротоксинов [13]. По частоте регистрации, выраженности и стойкости клинических проявлений, резистентности к терапии именно ожоговая энцефалопатия привлекает наибольшее внимание неврологов, реаниматологов и комбустиологов, требует корректирующих мероприятий не только в остром, но и в восстановительном периодах, а также длительного лечения после выписки из

ПЕДИАТРИЯ



стационара [8]. По литературным данным, около 5% инвалидности после ожоговой травмы определяется именно неврологическими причинами, а почти у половины детей при выписке из стационара сохраняется тот или иной неврологический дефицит [13]. Наиболее часто подвергаются ожоговой травме дети дошкольного возраста и по сообщениям разных авторов частота выявления ожоговой энцефалопатии (ОЭ) составляет от 15 до 58,8% [9; 11].

Нами было изучено 30 случаев развития ожоговой энцефалопатии у детей дошкольного возраста, находившихся на лечении в ожоговом центре ДГКБ № 9 г. Екатеринбург в период за 2006—2010 гг. Средний возраст детей составил 3 года (от 1 года до 7 лет), при этом наибольший удельный вес пришелся на период от 2 до 3 лет (65,5%) — начало активного взаимодействия с внешним миром, возраст освоения окружающей среды. Большинство исследователей отмечают достоверный перевес мужского пола в группах больных, сформировавших энцефалопатию при термическом поражении [9], что не удалось проследить на нашей выборке (14 и 16 детей, девочки и мальчики соответственно).

У взрослых больных симптомы страдания ЦНС формируются чаще всего при III—IV степенях и площади ожогов более 15%. При этом известно, что у детей ожоговая болезнь может развиваться,

особенно в раннем возрасте, при поражении всего 5% поверхности тела и протекает тем тяжелее, чем младше ребенок. Критическим для развития ожогового шока, а в последующем и страдания нервной системы, у маленьких пациентов принято считать 10% пораженной поверхности тела. В нашем исследовании средняя площадь обожженной кожи составила 24,1% (от 10 до 40%), отмечалось абсолютное преобладание тяжелой степени ожогового поражения (87,9%), при этом на II—III степень пришлось 63,6%; III — 22,7; III—IV — 4,5% исследуемых.

Особую роль в формировании ОЭ у маленьких пациентов авторы отводят неблагоприятному течению перинатального периода. Отмечено, что частота встречаемости энцефалопатии у детей с резидуальным фоном превышает показатели взрослых, развиваясь у больных даже с маленькой площадью ожога [6; 14]. По нашим данным, обращались к неврологу до травмы лишь 5 больных (16,6%), а отягощенный перинатальный период имели 52,3% исследуемых. Процент площади поражения кожи среди больных с отягощенным перинатальным периодом достоверно не отличался от среднего показателя (21,2 и 24,3% соответственно, $p = 0,22$).

Известно, что патогенез и механизмы повреждения нервной системы не исчерпываются гипоксией, существенную роль исследователи отводят отравлению окисью углерода, гиповолемии —

ишемии, метаболическим нарушениям, стрессу и чрезмерной аферентной импульсации, вторичному инфицированию ран и токсемии. Для ожоговой травмы характерно развитие смешанной гипоксии, включающей дыхательную, гемическую, циркуляторную, а также токсическую и метаболическую. Значительную роль в формировании ОЭ отводят резко выраженному нарушению микроциркуляции в церебральных структурах вследствие бактериальной и токсической нагрузки на организм на фоне выраженного и стойкого снижения общей иммунологической реактивности организма, бактерицидных свойств ткани и крови, фагоцитарной активности макрофагов и лейкоцитов [6; 8; 10].

В выбранной группе детей развитию ожоговой энцефалопатии сопутствовали и способствовали все упомянутые выше факторы. Абсолютное большинство детей дошкольного возраста в первые дни заболевания госпитализированы в реанимационное отделение с клиникой ожогового шока I—II степени. В более чем половине случаев (52,3%) течение ожогового шока осложнялось присоединением дисфункции внутренних органов в виде синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), в 100% включающего страдание ЦНС. Наиболее часто в СПОН были вовлечены две системы органов (33,3%), а именно ЦНС и сердечно-сосудистая; в остальных слу-

чаях — сочетание 3—6 систем, включая свертывающую систему крови (как проявление синдрома внутрисосудистого свертывания в виде гиперкоагуляции и повышения уровня тромбина, $n = 4$; 13,3%), мочевыделительную (в виде протеинурии, $n = 2$; 6,6%) и ЖКТ (функциональное нарушение кишечника, $n = 3$; 10%).

По лабораторным данным, в первые дни болезни у большинства пациентов ($n = 17$; 56,6%) в общем анализе крови отмечалась неспецифическая воспалительная реакция в виде лейкоцитоза, у 4 больных (13,3%) — анемии. Тромбоэластограмма, как уже было сказано выше, указывала на течение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания в виде гиперкоагуляции ($n = 4$; 13,3%) — снижение активированного частичного тромбoplastинового времени, повышение уровня тромбина и фибриногена, увеличение показателя ортофенантролинового теста и гипокоагуляции ($n = 3$; 10%). Протеинурия выявлялась в общем анализе мочи ($n = 4$; 13,3%). Обращает на себя внимание тот факт, что выраженность отклонения лабораторных показателей в динамике заболевания, т.е. к моменту перевода в ожоговое отделение, нарастала: лейкоцитоз на 5% ($n = 22$; 62,8%), анемия — на 17% ($n = 11$; 31,4%), что подтверждает факт развития вторичных воспалительных процессов, нарастания бактериальной и токсической нагрузки на организм. Вместе с

тем частота мочевого синдрома в виде протеинурии фиксировалась реже ($n = 2$; 6,6%).

Отработанных алгоритмов профилактики и лечения поражения нервной системы в настоящее время не существует. Острый период болезни и ожоговый шок ведут по общепринятым стандартам, направленным на коррекцию кислотно-основных, водно-электролитных, диспротеинемических и гемодинамических нарушений. На нашей выборке всем больным проводилась интенсивная терапия в виде искусственной вентиляции легких (у 6 детей (20%), в среднем, 6 дней), инотропной поддержки дофамином ($n = 10$; 33,3%). Одной трети пострадавших детей на ранних сроках потребовалось переливание препаратов крови: свежезамороженной плазмы ($n = 10$; 33,3%) и эритроцитарной массы ($n = 6$; 20%), 100% исследуемых получали инфузии глюкозо-солевых, плазмозамещающих растворов. Почти $\frac{1}{3}$ (31,8%) больных было показано проведение перевязок с применением внутривенной анестезии (в среднем, трехкратно), что также может являться фактором риска формирования ОЭ.

Таким образом, в первые сутки после термической травмы все дети находились в тяжелом состоянии в отделении анестезиологии и реаниматологии, получая интенсивную терапию. Тяжесть состояния была обусловлена не только степенью и площадью

поражения кожи, но и выраженностью ожогового шока, синдромом полиорганной недостаточности, развивающейся анемией и присоединением вторичного инфекционного или воспалительного процесса.

Клиническая картина ожоговой энцефалопатии у взрослых описана достаточно детально, прослежена определенная стадийность болезни. Первые дни септикотоксемии могут характеризоваться нерезко выраженным менингеальным синдромом, асимметрией лицевой иннервации, синкинезиями в области лица, диффузным повышением сухожильных рефлексов, выраженными патологическими стопными знаками, что свидетельствует о вовлечении оральных отделов ствола мозга. Вегетативные нарушения носят преимущественно симпатoadреналовую направленность. Симптомы страдания психики могут быть как эпизодическими, так и оставаться на продолжительный срок, протекают в виде делириозных, делириозно-онейроидных, галлюцинаторно-бредовых расстройств сюжетного характера — катастрофы, пожара, бедствия [3; 4].

Ведущим проявлением церебрального страдания в остром этапе ожоговой болезни, по мнению исследователей, становится судорожный синдром, стойко прослеживающийся в дальнейшем по всем периодам болезни и приводящий к формированию эпилепсии у 10,3% пациентов [6; 14].

К началу 2—3-й недели токсинемии у больных формируется очерченный психорганический синдром. Очаговые неврологические расстройства носят более выраженный характер и проявляются в виде нарушения иннервации VII—XII пар черепных нервов, гипотонии, отчетливых стопных знаков, анизорефлексии по гемипиту, вплоть до развития парезов и параличей. У больных могут появиться эпилептические приступы при отсутствии в анамнезе припадков. Именно в этом периоде болезни происходят острые мозговые катастрофы, периферические нервы поражаются по типу изолированных моно- или полинейропатий метаболического характера. Выделяют следующие клинические синдромы ОЭ: амавротически-судорожный, гиперкинетический, менингеальный, рассеянных органических симптомов, астенический, вегетативно-трофических нарушений [7].

При оценке психического статуса отмечаются полиморфные психопатологические расстройства как экзогенного, так и реактивного генеза с преобладанием астенических расстройств [4; 14]. В каждом периоде болезни могут наблюдаться как психотические, так и непсихотические нарушения, ведь ожоговая болезнь является по существу непрерывной цепью психотравмирующих ситуаций, причиной и почвой для возникновения психогенных расстройств [14]. Психорганический синдром развива-

ется у половины больных, перенесших ожоги свыше 10% площади тела, носит стойкий характер, относительно резистентен к терапии [8].

Особенность течения церебральных осложнений ожогового поражения в детском возрасте — большая представленность общемозговой симптоматики [13]. В раннем возрасте превалируют в клинике гипертензионно-гидроцефальный синдром и пирамидная недостаточность. В более старшем возрасте на передний план выходят экстрапирамидные нарушения.

Подтверждение данному утверждению мы находим и в нашей выборке. Стартовыми жалобами у большинства детей и поводом обращения за консультативной помощью к неврологу были церебральные проявления: разнообразные расстройства настроения (плаксивость, тревожность, сниженный фон настроения и т.д.) ($n = 23$; 76,6%), несколько реже встречались снижение работоспособности и утомляемость ($n = 21$; 70%), различные нарушения сна ($n = 20$; 57,1%). Судорожный синдром отметили родители 4 пациентов (13,3%). Достаточно часто дебютировал синдром экстрапирамидных нарушений (тремор, миоклонии, мышечные дистонии). Наряду со снижением активности и эмоциональными расстройствами родители каждого четвертого ребенка отмечали снижение словарного запаса у детей, особенно это прослеживалось в раннем возрасте (рис. 1).

Отмечались прямая корреляционная связь средней силы между площадью ожогов и количеством жалоб $r = 0,4$ (низкая степень достоверности была обусловлена малым количеством наблюдений $t = 1,9$), а также небольшая обратная связь количества жалоб и возраста осмотренных детей ($r = 0,1$; $t = 1,9$). При оценке зависимости тяжести поражения нервной системы от площади ожогов мы получили коэффициент корреляции $r = 0,5$, что говорит о прямой связи средней силы; зависимость от степени ожогов не была столь отчетливой ($r = 0,12$, при $t = 1,85$ и $0,39$ соответственно).

При оценке неврологического статуса, в остром периоде выявлялись следующие симптомы:

- элементы мышечной дистонии ($n = 17$; 56,6%);
- экзальтация и акценты сухожильных рефлексов ($n = 10$; 33,3%);

- низкий мышечный тонус ($n = 10$; 33,3%);
- горизонтальный нистагм ($n = 4$; 13,3%);
- тремор конечностей ($n = 8$; 24%), миоклонии ($n = 4$; 13,3%);
- интенционный тремор ($n = 2$; 6,6%).

В итоге диагноз ожоговой энцефалопатии формировали следующие синдромы (рис. 2).

Несмотря на стабилизацию местного процесса и улучшения соматического статуса синдромы нарушений сна, астено-вегетативный, судорожный и утраты речевых навыков являлись достаточно стойкими, продолжая регистрироваться на протяжении всего заболевания. Данный факт также находит подтверждение в литературе [3; 5; 8].

При попытке выявить взаимосвязь между количеством синдромов, систем, вовлеченных в СПОН, и между предполагаемыми

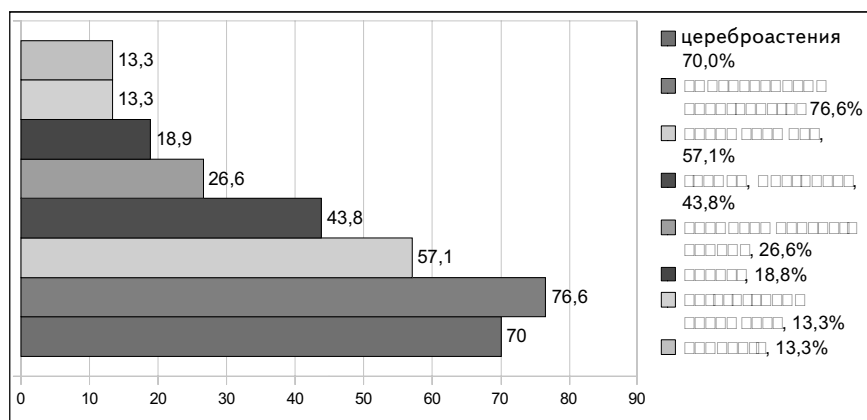


Рис. 1. Структура жалоб больных с ОЭ, предъявляемых неврологу, %

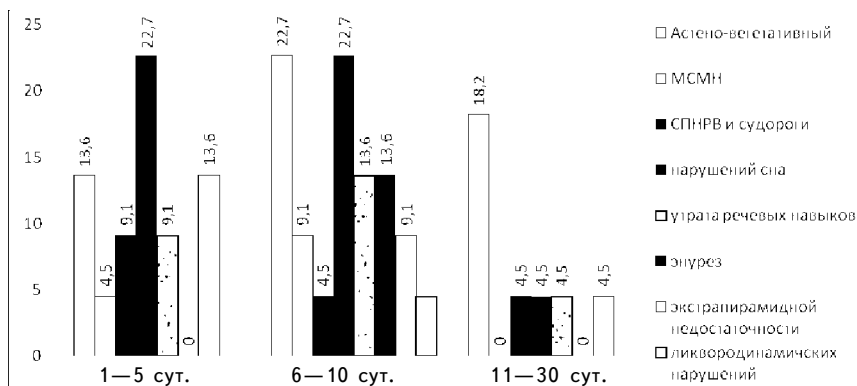


Рис. 2. Динамика неврологических синдромов у больных с ОЭ, %

ми факторами риска развития ОЭ (площадь и степень ожогов, сроки госпитализации в реанимационное отделение (РАО), длительность инфузионной терапии, число перевязок, проводимых с наркозом), мы получили следующие данные. В наибольшей степени количество неврологических синдромов при ОЭ и тяжесть СПОН коррелировала с длительностью нахождения пациентов в РАО ($r = 0,78$; $t = 0,4$), а также с количеством проведенных наркозов ($r = 0,77$; $t = 0,6$). Среди больных, имеющих три и более синдрома в диагнозе, средний срок пребывания в РАО составил 8,4 дня, а среди имеющих два и менее синдрома — лишь 2,1 дня, среднее число наркозов в первой группе также было больше (2,7 и 0,9 соответственно). Интересно, что разница по средней площади ожогов была не столь убедительна (26,6 и 21,7%), а тяжесть степени ожогового

повреждения и вовсе преобладала в группе с меньшим количеством синдромов. Разделяя больных на вышеописанные группы, мы отметили, что тяжесть СПОН преобладала у детей с тремя и более синдромами (среднее количество систем, вовлеченных в СПОН, 3 и 0,8 соответственно).

Как правило, в целях профилактики церебральных осложнений предлагаются различные нейрометаболические и сосудистые комплексы. Но несмотря на проводимые превентивные меры полностью предотвратить развитие церебральных осложнений при ожоговой болезни очень тяжело, а при наличии факторов риска и тяжелой степени ожогов — практически невозможно. В настоящее время отсутствуют общепринятые рекомендации по поводу назначения специфической нейрометаболической терапии детям с ОЭ. Известно, что препараты с полимодальным нейротрофическим

действием (такие как церебролизин) назначают с момента окончания шокового периода. В подтверждение отсутствия единых схем и индивидуальности терапевтического подхода, медикаментозная коррекция по назначению невролога в большинстве рассмотренных случаев (56,3%) включала препараты ноотропного ряда (глицин, пантогам, фенибут, церебролизин), сосудистого в 18,8% (циннаризин), противосудорожного в 31,6% (финлепсин, депакин), единичны в назначениях элькар, берлитион, тенотен детский, диакарб.

Исследователями отмечено, что дети и подростки, перенесшие ожоговую болезнь, становятся группой риска по формированию пограничных нервно-психических расстройств, 68,1% испытывают значительные трудности адаптации, нуждаются в комплексе реабилитационных мероприятий психотерапевтического характера [12; 14]. В нашей выборке один ребенок сформировал стойкий психотический синдром в виде галлюцинаций, что потребовало дальнейшего наблюдения и лечения у психиатра. Те или иные эмоциональные расстройства стойко выявляются у абсолютного большинства пациентов, что определяет потребность в психологической реабилитации у всех детей, сразу же после выведения из шока, т.е. практически с первых дней пребывания в стационаре.

В литературе, наряду с летальным, описаны весьма неблаго-

приятные исходы ОЭ в детском возрасте: амвроз, гидроцефалия, эпилепсия, грубые задержки речевого и интеллектуального развития, спастическая гемиплегия [6; 14]. Подтверждение указанных фактов безусловно требует длительного наблюдения пациентов неврологом с формированием отдельной диспансерной группы.

Заключение и рекомендации

Клинические наблюдения в большинстве своем подтверждают имеющиеся в литературе данные относительно развития ожоговой энцефалопатии в детском возрасте. Наиболее часто термической травме подвержены дети раннего возраста, пик приходится на 2—3 года — время становления активного передвижения и манипуляций с окружающей средой. У большинства больных (88,9%) отмечалась тяжелая степень ожогового поражения и обширная площадь ожогов (28,1% в среднем). Наряду с поражением кожи и нервной системы особенно часто течение термической травмы усугубляется отклонением в работе сердечно-сосудистой системы (33,3%) и системы гемостаза (22,7%). Страдание ЦНС отмечается с первых дней ожоговой травмы в виде неспецифических симптомов (нарушений сна, астено-вегетативных и эмоциональных), в последующем трансформируясь в стойкую неврологическую симптоматику.

Прогностически неблагоприятными факторами в развитии ОЭ

могут служить возраст ребенка, неблагоприятный неврологический анамнез, срок пребывания больного в РАО, количество перевязок, проводимых под наркозом, а также тяжесть выраженности СПОН. Данный факт требует статистического подтверждения на более большой выборке больных.

На основе вышеописанных факторов возможно формирование группы детей с высоким риском развития ожоговой энцефалопатии, последующим регулярным мониторингом состояния нервной системы и, разумеется, назначением адекватной нейрорепрогективной терапии.

Термические поражения, ожоговая болезнь и ее последствия остаются не только значимой межотраслевой, но и серьезной социальной проблемой. Разработка прогностических правил, алгоритмов наблюдения неврологом, патогенетически обоснованной и эффективной медикаментозной коррекции, увеличение объема дополнительного лабораторно-инструментального пакета обследования таких пациентов в детском возрасте — вот приоритетные задачи, которые в настоящее время стоят перед неврологами нашего многопрофильного стационара и требуют сосредоточения усилий многих специалистов.

Литература

1. Асадулина Ф.Р., Самсонов А.В. Психо-фармакотерапевтические аспекты реабилитации тяжело-

обожженных // Сб. науч. тр. I съезда комбустиологов России. М., 2005.

2. Брычёва Н.В. Психологическая реабилитация детей и подростков с ожогами и их последствия // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: Мат-лы науч.-практ. конф., проводимой в рамках международного форума «Человек и травма». Ч. 2. Н. Новгород. 2001.

3. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Клинические варианты неврозоподобных расстройств при ожоговой болезни // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Т. 88. 1988. Вып. 11.

4. Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Нервно-психические расстройства при термических повреждениях // Советская медицина. 1986. № 2.

5. Епифанов Н.М., Полянина Д.А., Смирнов С.В. Метод десенсибилизации психотравмы у пострадавших с ожоговой болезнью // Сб. науч. тр. I съезда комбустиологов России. М., 2005.

6. Карваял Х.Ф., Паркс Д.Х. Ожоги у детей. М., 1990.

7. Ковтун О.П., Львова О.А., Орлова Е.А. Клинические проявления ожоговой энцефалопатии у детей в острый период // Сб. мат-лов XI конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». М., 2005.

8. Колкер И.И., Гельфанд В.Б., Николаев Г.В. Нервно-психические расстройства и реактивность организма при термических поражениях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Т. 84. 1984. Вып. 5.

9. Лыков А.В., Миронов П.И. Факторы риска постшоковой энцефало-

патии при тяжелой термической травме // Российский научно-практический журнал. 2006. № 3.

10. Львова О.А. Ожоговая энцефалопатия — современные подходы к диагностике и лечению / Избранные лекции по неврологии детского возраста. Екатеринбург, 2009.

11. Николаев Г.В. Динамика ожоговой энцефалопатии. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1991.

12. Саидгалин Г.З., Салистый П.В. Психологический аспект реабилитации обожженных // Мат-лы меж-

дународного конгресса «Комбустиология на рубеже веков». М., 2000.

13. Хрулёв С.Е., Воробьёв А.В., Белова А.Н. Поражения головного мозга при термической травме: особенности клинической картины и факторы риска // Травматология и ортопедия России, 2007. № 3 (45).

14. Шадрин И.В. Период отдаленных последствий ожоговой болезни у детей и подростков: клиника и динамика психических расстройств, лечение и реабилитация. Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. М., 2003.

Динамика выявляемости вульвовагинитов у детей

Лаврентьева И.В.,

канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета;

Обоскалова Т.А.,

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрав;

Плёткина Л.Л.,

заведующий поликлиническим отделением № 1 ДГБ № 8, г. Екатеринбург

В структуре гинекологической патологии самой частой локализацией воспалительного процесса у девочек в возрасте от 1 года до 9 лет являются вульва и влагалище. В этом возрасте частота вульвовагинитов составляет, по данным разных авторов, от 50 до 65% от всех заболеваний половых органов [1; 4]. Основная группа заболеваний приходится на неспецифические вульвоваги-

ниты, вызванные условно патогенной микрофлорой, проникающей во влагалище первично извне. В детском возрасте вагинальная микрофлора состоит в основном из факультативных и строгих анаэробов. Вульвовагиниты периода детства следует рассматривать как реакцию организма на изменяющиеся условия внешней и внутренней среды [1]. Клиническими проявлениями

вульвовагинитов служат выделения из половых путей, от слизистых до гнойных, отечность, гиперемия и дискомфорт (рези, жжение и т.п.) вульвы. Они обычно совпадают по времени с клиникой основного заболевания, явившегося причиной вульвовагинита, поэтому диагностика их не представляет трудности. В то же время подострое или хроническое течение воспалительного процесса наружных гениталий девочек не сопровождается выраженными изменениями самочувствия и зачастую обнаруживается только при визуальном осмотре [4]. Таким образом, вследствие слабой выраженности клинических проявлений вульвовагинита у некоторой части девочек дошкольного возраста может быть пропущен подострый и хронический воспалительный процесс вульвы и влагалища, что негативно отражается на их репродуктивном здоровье в будущем.

До настоящего времени контроль за состоянием здоровья организованных дошкольников осуществлялся путем массовых профилактических осмотров, проводимых в ДОУ средним медицинским персоналом и специалистами на основании приказа МЗ МП РФ от 14.03.1995 № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов» [3]. На основании этого в педиатрический этап проведения профилактичес-

кого осмотра входит осмотр наружных половых органов ребенка с оценкой их строения и цвета слизистой вульвы. На практике этот этап часто опускается за неимением времени или условий для проведения гинекологического осмотра. Кроме того, возрастная категория девочек, подлежащая осмотру, согласно этому приказу, — 3 года и 6—7 лет. Таким образом, девочки в возрастном интервале от 3 до 6 лет остаются вне профилактического гинекологического осмотра. Более того, осмотр гинекологом включен в график профилактических осмотров, начиная только со времени перехода детей к предметному обучению, т.е. в возрасте 9—10 лет [3].

В течение года в работу акушеров-гинекологов и педиатров активно внедряется новый стандарт оказания акушерско-гинекологической службы, который регламентирован приказом МЗ и СР от 02.10.2009 № 808-н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» (далее — Порядок). В соответствии с данным Порядком «основной задачей первичной медико-санитарной помощи является проведение диспансерных (профилактических) осмотров девочек при рождении, а также в возрасте 9—12 мес., 3, 7, 10, 12, 14, 15, 16 и 17 лет включительно в целях предупреждения и ранней диагностики нарушений становления репродуктивной функции...» [2].

С учетом вышесказанного нами было решено провести изучение частоты выявляемости неспецифических вульвовагинитов (МКБ-10 N 76.0, N 76.1) у девочек разных возрастных категорий. Патология обнаруживалась как при проведении профилактических осмотров в детских дошкольных учреждениях, так и на приеме у детского гинеколога. В задачи исследования входила оценка динамики выявляемости данной патологии после внедрения Порядка в работу лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) (в IV квартале 2009 г.).

На примере работы ДГБ № 8, оказывающей медицинскую помощь жителям Чкаловского района г. Екатеринбурга, анализировались заболеваемость неспецифическими вульвовагинитами девочек в возрастных интервалах 0—2 года, 3—6 и 7—14 лет и выявляемость данной патологии до

и после введения Порядка в работу.

В возрастном интервале 0—2 года (рис. 1) до 2009 г. вульвовагиниты диагностировались только при обращении к детскому гинекологу в связи с появлением жалоб матерей девочек, либо по направлению участкового педиатра.

Частота выявляемости в этот период составила 87,4% в 2007 г. и 86,1% — в 2008-м. После введения Порядка, при обращении к детскому гинекологу показатели выявляемости значительно изменились и составили 82,6% в 2009 г. и 83,2% — в 2010-м, а при обращении с целью профилактического осмотра (по направлению педиатра) выявляемость патологии составила 27,2 и 28,3% соответственно. Это позволило санитировать дополнительно более 200 девочек.

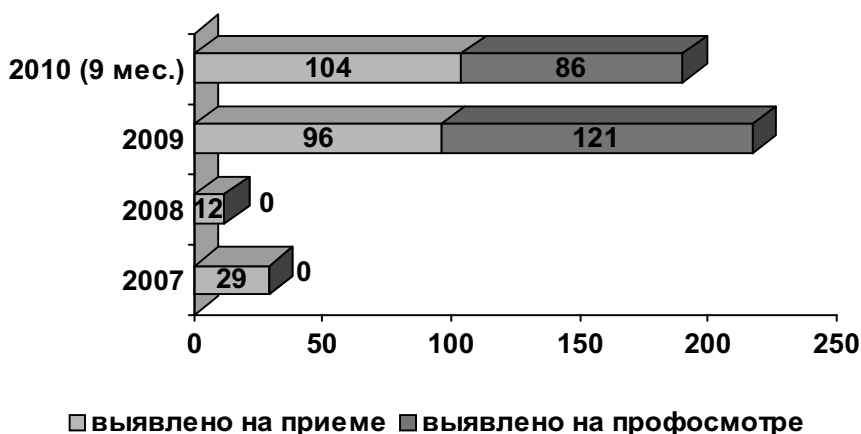


Рис. 1. Динамика заболеваемости вульвовагинитами у детей от 0 до 2 лет (случаи)

В возрастной группе от 3 до 6 лет до 2009 г. вульвовагиниты диагностировались также только при обращении к гинекологу. Выявляемость патологии среди детей, обратившихся к специалисту, была сопоставима с таковой в группе 0—2 года и составила 81,8% в 2007 г. и 82,6% — в 2008-м (рис. 2).

В IV квартале 2009 г. на профилактическом осмотре выявились дополнительно 87 девочек с клиникой вульвовагинита, что составило 21,6% от осмотренных, а за 9 мес. 2010 г. на профилактическом осмотре было зафиксировано уже 246 девочек с такой патологией, что составило 26,8% от осмотренных детей. Профилактический осмотр детей 3—6 лет проводился в ДООУ района, и данные показатели свидетельствуют о заболеваемости неспецифическими вульвовагинитами организованных детей.

Среди возрастной группы девочек 7—14 лет общие показатели заболеваемости вульвовагинитами значительно снижены по сравнению с таковыми показателями в других возрастных группах (рис. 3). Вероятно, это связано с закономерным снижением заболеваемости данной патологией в пубертатном периоде, и выявленные случаи относятся больше к возрастной категории 7—9 лет. Кроме того, для пубертатного периода более характерны вульвовагиниты, вызванные грибами рода *Candida*, подлежащими учету, согласно МКБ-10, в другой рубрике (N 77.1+V 37.7).

Среди детей данной возрастной группы профилактические осмотры гинеколога проводятся регулярно, и введение Порядка не отразилось на показателях выявляемости неспецифических вульвовагинитов в этой возрастной категории девочек.

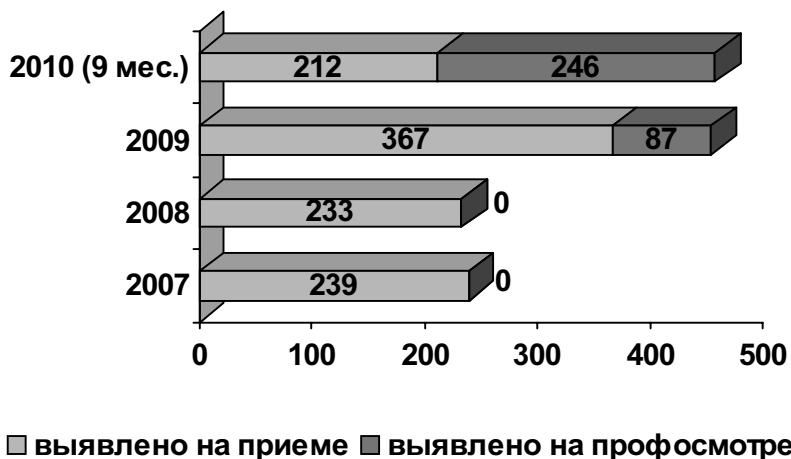


Рис. 2. Динамика заболеваемости вульвовагинитами у детей от 3 до 6 лет (случаи)

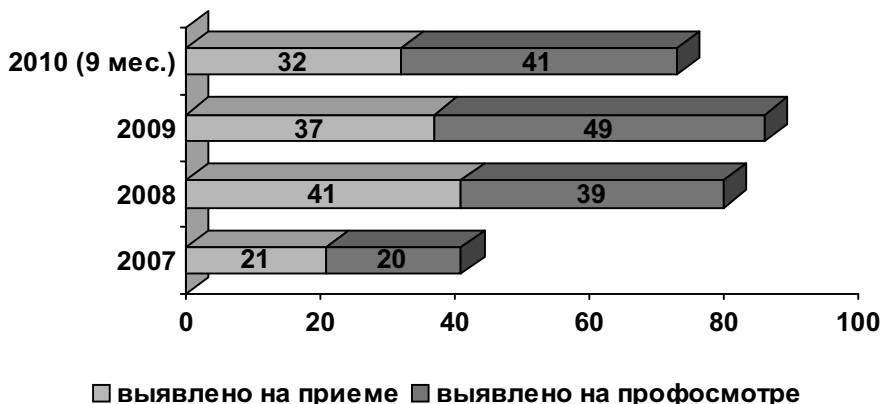


Рис. 3. Динамика заболеваемости вульвовагинитами у детей от 7 до 14 лет (случаи)

Выводы

1. Среди организованных детей в возрасте от 3 до 6 лет, по сравнению с детьми других возрастных периодов, значительно распространена заболеваемость неспецифическими вульвовагинитами.

2. Среди возрастной группы девочек 7—14 лет общие показатели заболеваемости вульвовагинитами значительно снижены, по сравнению с таковыми в других возрастных группах, что обусловлено изменением микрофлоры влагалища в период полового созревания.

3. Благодаря введению в работу нового Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи, за 9 мес. 2010 г. количество девочек, страдающих вульвовагинитами, выявленное на профилактических осмотрах, превысило количество пациенток с дан-

ной патологией, обратившихся к специалисту, что в целом способствует своевременной диагностике и терапии заболеваний вульвовагинитами у организованных детей в возрасте от 3 до 6 лет.

Литература

1. *Коколина В.Ф.* Диагностика и лечение урогенитальных инфекций у детей и подростков. М., 2010.
2. Приказ МЗ и СР от 02.10.2009 № 808-н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи». Зарегистрирован в Минюсте 31.12.2009 № 15922.
3. *Рзянкина М.Ф., Молочный В.П., Бережанская Е.В.* Справочник участкового педиатра: диспансеризация детского населения. Ростов н/Д., 2008.
4. *Уварова Е.В., Тарусин Д.В.* Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков. М., 2009.

Йодная обеспеченность и ее влияние на здоровье детей

Боборыкина А.Е.,

канд. мед. наук, врач-педиатр, заместитель главного врача
по клинко-экспертной работе, МУ «Детская городская
больница № 15»;

Вахлова И.В.,

д-р мед. наук, профессор, врач-педиатр высшей категории,
заведующий кафедрой детских болезней, ГОУ ВПД Уральская
государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

Дефицит йода в окружающей среде и обусловленные им нарушения в состоянии здоровья — йоддефицитные заболевания — серьезная медико-социальная проблема в связи с высокой распространенностью, широким спектром клинических проявлений и последствий.

В мире риску развития йоддефицитных заболеваний подвержено 2 млрд человек, в России риск развития дефицита йода наблюдается у 98 млн граждан, в том числе имеют зоб 2% детей до года, 20—30 — дети 7—10 лет, 30—50% — подростки.

По данным Эндокринологического научного центра РАМН, ежедневная потребность в йоде составляет 100—200 мкг/сут., но среди россиян отмечено снижение его потребления в среднем до 60—80 мкг. В регионах с недостаточным йодным обеспечением риск развития любого хронического заболевания увеличивается на 24—45%. Диапазон заболеваний, обусловлен-

ных йодной недостаточностью, включает в себя патологические состояния, связанные с внутриутробным, неонатальным, пре- и пубертатными периодами детства. Известно, что йод является основным компонентом для синтеза гормонов щитовидной железы, которые:

- активно стимулируют энергетический обмен;
- обладают выраженным и специфическим анаболическим эффектом, стимулируя через синтез специфических белков процессы дифференцирования тканей и, следовательно, процессы роста и развития;
- регулируют функциональную активность всех важнейших органов и систем человека: нервной, сердечно-сосудистой, кроветворной, иммунной, репродуктивной.

Исходя из этого, становится очевидным, что дефицит йода может быть причиной формирования серьезных изменений в организме ребенка.

Научные исследования, посвященные вопросам йодного обеспечения и проводимые в течение последнего десятилетия в г. Екатеринбурге и Свердловской области, показывают наличие йодного дефицита у отдельной группы населения — беременных и кормящих женщин; в то же время доказано, что дети первого года жизни и дети пре- и пубертатного возраста находятся в состоянии достаточного йодного обеспечения. В этой связи чрезвычайно важным и необходимым представляется изучение состояния йодной обеспеченности детей раннего и дошкольного возраста, поскольку при дефиците йода у детей данной возрастной категории, в силу физиологических особенностей роста, сохранен реальный риск нарушений физического и интеллектуального развития, снижения иммунитета, формирования соматической, эндокринной заболеваемости.

Таким образом, цель настоящего исследования — оценка состояния йодной обеспеченности и ее влияние на здоровье детей раннего и дошкольного возраста, а также оптимизация методов профилактики и коррекции дефицита йода.

Материалы и методы исследования

В рамках настоящей работы обследовано 140 детей в возрасте от 1 года до 7 лет: 32 ребенка раннего и 108 детей дошкольного возраста. Все дети дошкольного

и 23 ребенка раннего возраста посещали ДОО г. Екатеринбурга и Свердловской области с 12-часовым пребыванием; 9 человек в возрасте 1—2 года являлись «неорганизованными».

Условия пребывания в ДОО предполагали наличие массовой йодной профилактики в виде ежедневного использования в рационе питания йодированной соли.

Этапы проводимого исследования включали:

- анализ йодной профилактики: пре- и постнатальной в группе детей раннего возраста, массовой и индивидуальной у всех детей; анализ анамнеза проводился на основе индивидуального интервьюирования по специально разработанной анкете с использованием стандартных учетных форм;
- комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование детей;
- исследование йодной обеспеченности;
- оценку здоровья детей в зависимости от уровня йодной обеспеченности;
- эффективности профилактической коррекции йодного дефицита у детей раннего и дошкольного возраста.

Комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование детей проводилось в условиях специализированных отделений (гастроэнтерологического, нефрологического, эндокринологического) ДКБ на станции

Свердловск-пассажирский. Клиническое исследование состояния здоровья детей включало в себя анализ йодной профилактики: пре- и постнатальной в группе детей раннего возраста, массовой и индивидуальной у всех детей; изучение объективного статуса с оценкой физического развития. Последняя проводилась с использованием региональных оценочных таблиц и алгоритма, предложенного в методических рекомендациях «Оценка физического развития детей Свердловской области от 0 до 16 лет» (2002), разработанных в соответствии с рекомендациями ВОЗ и Межведомственного научного совета по педиатрии (1999). Критериями физического развития служили: определение уровня биологической зрелости (на основании длины тела и ее погодных прибавок, сроков прорезывания молочных и постоянных зубов, полового развития) и оценка морфофункционального статуса, отражающего гармоничность развития (на основании длины тела, массы, окружности грудной клетки, головы). По медицинским показаниям проводилось углубленное изучение органов эндокринной системы. Итогом комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования явилось формирование групп здоровья у обследуемых детей.

Для изучения пищевого обеспечения йодом проводился анализ 10-дневной меню-раскладки рациона питания в ДОУ. Меню

разрабатывалось в соответствии с рекомендациями Института питания РАМН, утвержденными Министерством здравоохранения РФ № 1100/904-99-115 (1999). Во время пребывания в ДОУ дети получали трехразовое питание: завтрак, обед и «усиленный» горячий полдник. В каждой меню-раскладке перечислены блюда, приготовленные в течение дня, и указано количество продуктов и йодированной соли, использованных для их приготовления соответственно возрасту. Расчетным методом устанавливалось количество йода, получаемого ребенком ежедневно из продуктов питания и йодированной соли. Полученные результаты сравнивались с рекомендованными ВОЗ и МСКЙДЗ физиологическими нормами потребления йода детей данных возрастных групп.

Исследование йодной обеспеченности проводилось согласно требованиям WHO, ICCIDD (2001, 2003). Определялись:

- тиреоидный объем при пальпации и ультразвуковой диагностике (проводилась в режиме реального времени на аппарате Toshiba SSD-240A с использованием высокочастотного линейного датчика с частотой 7,5 МГц);
- функциональное состояние щитовидной железы (исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (сТ4) методом усиленной люминесценции неизотопной технологии (тест-системы «Амерлайт»

британской фирмы «Амершам»), антител к тиреоидной пероксидазе (АТ-ТРО) (фирма Amercard, Россия).

Помимо этого проводилась тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ). Полученные результаты сравнивались с контрольными данными, прилагаемыми к тест-системам, нормативные значения ТТГ 0,17—3,5 мМЕ/л, сТ4 9—25 пмоль/л, АТ-ТРО 0,0—1,0 условных единиц. Кроме того, определялась ренальная экскреция йода (церий-арсенитовый метод — реакция Санделла—Кольххоффа) в разовой порции мочи со спектрофотометрической оценкой; при получении данных устанавливалась медиана йодурии (мкг/л).

Полученные результаты обработаны на персональном компьютере DELL-Latitude CPx с применением прикладных статистических программ Statistika 5.5 и Statistika 6 Demo. Использованы методы описательной статистики. Достоверность полученных результатов оценивалась по критерию Стьюдента, по критерию χ^2 с поправкой Йетса и двусторонним критерием Фишера; различия считались достоверными при $p < 0,05$. Для оценки этиологической роли и эффективности лечебно-профилактического воздействия рассчитывались показатели атрибутивного риска (AR), отношения шансов (OR), атрибутивной пропорции (AR%) и ЧБНЛ (NNT).

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ пре- и постнатальной йодной профилактики показал, что в группе детей 1—3 лет 78,1% их матерей во время беременности и лактации получали физиологическое (200 мкг/сут.) количество йода в виде йодсодержащих препаратов «Йодид калия», «Йодид 200» и/или витаминно-минеральных комплексов «Витрум пренатал», «Матерна», «Мульти-табс перинатал»; 3,1% женщин принимали левотироксин с заместительной целью по поводу выявленных заболеваний щитовидной железы. Полное отсутствие пре- и постнатальной йодной профилактики было выявлено у 18,8% детей.

При *анализе питания* детей, посещающих ДОУ, установлено, что ежедневно дети раннего возраста получали 4 г, а дошкольники 6 г йодированной соли, используемой при приготовлении пищи. Филе морской рыбы (единственный продукт, содержащий большое количество йода в данном меню) присутствовало в 6-дневном рационе в виде ухи, суфле, котлет. В среднем ежедневно на ребенка приходилось 33,6 г рыбного продукта. Расчетным методом было установлено, что количество «чистого» йода, получаемого ребенком ежедневно с продуктами питания, составляло приблизительно в младшей возрастной группе — 125,3, в старшей — 165,3 мкг. Таким образом

можно заключить, что дети рассматриваемых возрастных периодов имели достаточное, или физиологическое, обеспечение йодом через рацион питания. В то же время родители и воспитатели отмечали: не все дети съедали предлагаемый им объем блюд, многие пациенты имели избирательный аппетит, либо определенные пищевые привычки, что могло способствовать ограниченному поступлению йода в организм ребенка. В выходные дни дети питались только в домашних условиях. Анализ ассортимента продуктов, включавшихся в меню детей, выявил различия в рационе в будние и выходные дни. Отмечено, что в домашних условиях дети питались достаточно однообразно, с использованием полуфабрикатов, продуктов быстрого приготовления. При анкетировании родителей, чьи дети не посещали ДОУ, выявлено, что морская рыба использовалась в рационе не чаще 1—2 раз в неделю, йодированную соль в пищу употребляли регулярно только две семьи.

Анализ индивидуальной йодной профилактики показал, что только в $\frac{1}{3}$ (34,3%) семей дети получали йодсодержащие препараты; в обеих группах предпочтение отдавалось витаминно-минеральным комплексам «Мультитабс-малыш», «Мультитабс-классик», «Джунгли с минералами» — с дозой йода в составе 70—150 мкг.

Таким образом, данные анамнеза свидетельствуют о том, что на всех уровнях — в пренатальном, младшем и дошкольном возрасте (при посещении ДОУ) — обеспечение йодом соответствовало рекомендациям WHO, ICCIDD (2001, 2003).

Оценка состояния здоровья детей

При объективном исследовании детей установлено, что *физическое развитие*, соответствующее паспортному возрасту по уровню биологической зрелости, и гармоничный морфофункциональный статус имела только половина детей — 52,2%. Отставание физического развития по уровню биологической зрелости выявлено у 13,6% (преимущественно, за счет длины и отставания темпов прорезывания зубов), опережение — у 15,7% детей. Дисгармоничный МФС наблюдался у $\frac{1}{3}$ (36,4%), в том числе у 12,8% детей — резко дисгармоничный.

Углубленное клинико-лабораторное и инструментальное обследование позволило диагностировать у существенной части пациентов (67,8%) *соматическую заболеваемость*. У 35% выявлен сочетанный характер поражения внутренних органов, при этом частота поражения двух и более органов с возрастом увеличивалась и составляла 18,7% в раннем возрасте и 39,8% у дошкольников ($p < 0,02$).

Наиболее часто в структуре соматической патологии (62,1%) встречались заболевания ЖКТ. Лидирующее место занимали функциональные нарушения билиарной системы (64,7%), хронические колиты — первичные и вторичные (46,5%), хронические поверхностные гастродуодениты (25,4%). Пятая часть детей (20%) имела глистно-паразитарную инвазию, причем к дошкольному возрасту число детей с выявленными гельминтозами достоверно увеличивалось (6,3 и 24,1% соответственно, $p < 0,01$). Сочетанная гастроэнтерологическая патология выявлена у 23,6% пациентов, подавляющее большинство из которых составляли дети 4—7 лет.

Заболевания мочевыделительной системы выявлены в 17,1% случаев. Первое место в структуре данной патологии занимал хронический (первичный или вторичный) пиелонефрит, диагностированный у 54,2% детей. Дисметаболическая нефропатия отмечалась у 16,7% детей. Различные варианты тубуло-интерстициального нефрита выявлялись у 12,5% пациентов, у такого же числа детей отмечалась нейрогенная дисфункция мочевого пузыря по гипо- или гиперрефлекторному типу. Один ребенок (4,2%) перенес острый цистит.

Отклонения со стороны эндокринной системы обнаружены у 15% детей.

Среди выявленной в 10% случаев кардиологической патологии отмечена вегето-сосудистая дистония, преимущественно по ваготоническому типу, зарегистрированная только у дошкольников.

Заболевания ЛОР-органов выявлены в 7,9% случаев, причем достоверно чаще эти заболевания встречались у детей раннего возраста (соответственно 18,7 и 4,6%, $p < 0,01$).

Треть детей (35%) являлась часто болеющими.

Анализ заболеваемости позволил оценить особенности формирования групп здоровья обследованных детей. Нами выявлено, что только 7,1% из обследованных детей имели I группу здоровья, 50 — отнесены ко II, 42,2% — к III. С возрастом показатели здоровья детей существенно ухудшались: если среди детей раннего возраста основная масса имела II группу, то дошкольники формировали эту группу в 2 раза реже (соответственно 71,9 и 43,5%, $p < 0,03$). Одновременно с этим возросло число детей 4—7 лет, имевших III группу здоровья (соответственно 18,6 и 49%, $p < 0,003$).

Исследование йодной обеспеченности

Определение тиреоидного объема выявило у 30,7% обследованных детей наличие йодного дефицита тяжелой степени в

данных возрастных группах. Зоб I степени выявлен у 28,6%, зоб II степени — у 2,1% детей. При детальном анализе показано, что зоб регистрировался достоверно чаще у 6—7-летних детей по сравнению с группами детей 1—3 и 4—5 лет (18,8, 18,8 и 56,8%, $p < 0,0007$). Параллельное ультразвуковое исследование подтвердило наличие зоба у 10,7% от общего числа обследованных, что свидетельствует о зобной эндемии легкой степени в данных возрастных группах. Подавляющее большинство детей (80%) с подтвержденным по ультразвуковой диагностике увеличенным объемом щитовидной железы являлись дошкольниками; и вновь зоб достоверно чаще регистрировался у детей в возрасте 6—7 лет по сравнению с детьми 4—5 лет ($p < 0,01$). Кроме того, по данным ультразвуковой диагностики, у 3,6% детей был выявлен зоб со структурными изменениями; у 5% — структурными изменениями при нормальном объеме органа. Узловых образований не зарегистрировано. У 1,4% детей, имеющих зоб и нарушение структуры щитовидной железы, при проведении тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии органа с последующим цитологическим исследованием материала выявлены достоверные цитоморфологические признаки аутоиммунного тиреоидита.

Исследование *функционального состояния* щитовидной железы детей показало нормальное значение тиреотропного гормона — 2,8 мМЕ/л. У двух детей (1,4%) выявлен гипотиреоз. Оба ребенка являлись дошкольниками и имели сниженную тиреоидную функцию на фоне аутоиммунного процесса, подтвержденного цитоморфологическими признаками.

Исследование *ренальной экскреции йода* у детей подтвердило наличие йодного дефицита легкой степени: медиана йодурии имела сниженный уровень — 87,01 мкг/л. Большая часть детей (57,9%) имела уровень йодурии ниже 100 мкг/л: у 36,5% из них показатели соответствовали легкой, а у 21,4% — средней степени йоддефицита. Значений йодурии, соответствующих дефициту тяжелой степени, зарегистрировано не было.

Оценка состояния здоровья детей в зависимости от уровня йодной обеспеченности

При изучении наблюдались две группы детей: со сниженными показателями йодурии — менее 100 мкг/л ($n = 81$) и нормальной йодурией — 100 и более 100 мкг/л ($n = 59$).

Показано, что средний уровень тиреотропного гормона у детей с недостаточным йодным обеспечением не только был выше нормативных значений, но и существенно превышал уровень ТТГ у детей с нормальной йодурией

($3,7 \pm 1,1$ и $1,6 \pm 0,1$ мМЕ/л соответственно, $p < 0,05$).

Выявлено, что дети с дефицитом йода достоверно чаще страдали заболеваниями пищеварительной (60,5 и 37,3%, $p < 0,03$) и мочевыделительной систем (25,9 и 5,1% соответственно, $p < 0,007$), чем пациенты с нормальным йодным обеспечением. Так, из всего числа ($n = 46$) выявленных дискинезий желчевыводящей системы 65,2% зарегистрированы у детей I группы ($p < 0,0003$), 63,6 — из всех установленных случаев хронического колита ($p < 0,0007$) и 61,1% — гастродуоденита ($p < 0,006$) также отмечены в группе детей с показателями йодурии ниже нормы. Отмечено, что 69,2% с хроническим пиелонефритом ($p = 0,0000$) и 100% пациентов с тубуло-интерстициальным нефритом и дисметаболической нефропатией ($p < 0,007$) находились в состоянии йодного дефицита. Доказано отрицательное влияние низкой йодной обеспеченности на формирование сочетанной соматической патологии: атрибутивный риск ее у детей с ЙДЗ увеличился на 25,4% ($p < 0,002$). Показано, что наличие дисгармоничного физического развития, частых респираторных заболеваний связано с дефицитом йода в организме ребенка ($r = 0,6$; $p < 0,05$).

Подтверждением вышесказанного является закономерность формирования групп здоровья

обследованных детей. I группу здоровья дети с йоддефицитом формируют лишь в 2,5% случаев, этот показатель в группе детей с нормальной йодной обеспеченностью выше в 5 раз и составляет 13,5% ($p < 0,008$). Вероятность формирования III группы здоровья, создаваемой наличием хронической соматической патологии, повышалась в 3 раза (ОШ, 95% ДИ = 2,7 (1,3—2,4)) при условии недостаточного йодного обеспечения ребенка (табл. 1).

Кроме того, установлено отрицательное влияние *отсутствия индивидуальной йодной профилактики*, проводимой в семье, на состояние обеспеченности йодом и качество здоровья детей.

Было показано, что отсутствие физиологической дотации йода повышало атрибутивный риск развития достоверно подтвержденного зоба на 9,9% (АР, % = 9,9%, $p < 0,04$), низкой йодурии на 28,6% (АР, % = 28,6%, $p < 0,0006$), сочетанной соматической патологией на 16,8—21,6% ($p < 0,01$) (АР = 16,8—21,6%, $p < 0,01$). Вероятность формирования III группы здоровья у детей при наличии только массовой и отсутствии дополнительной йодной профилактики возрастала практически в 3 раза (ОШ, 95% ДИ = 2,7 (1,2 — 6,0)).

При сравнении состояния здоровья в зависимости от зоба была выявлена отчетливая связь между

Таблица 1

**Показатели состояния здоровья детей
в зависимости от уровня йодурии**

Медиана йодурии, мкг/л	Нефрологическая патология		Гастроэнтерологическая патология		Сочетанная патология		I группа здоровья		III группа здоровья	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<100, (n = 81)	21	25,9	49	60,5	37	45,7	2	2,5	42	51,9
100 и >, (n = 59)	3	5,1	22	37,3	12	20,3	8	13,5	17	28,9
AP, %	20,8		23,2		25,4		11		23	
p<	0,007		0,03		0,002		0,008		0,007	
χ^2	10,44		7,32		9,63		6,33		7,43	
p<	0,001		0,007		0,002		0,02		0,006	
п. Йетса	9,02		6,46		8,55		4,77		6,52	
p<	0,003		0,011		0,004		0,03		0,01	
Кр. Фишера; p<	0,001; 0,0008		0,01; 0,005		0,002; 0,002		0,02; 0,02		0,01; 0,005	
AR,%	84,7		61,3		69,7		83,8		62,4	
ОШ; 95% ДИ	6,5; 2,1—20		2,6; 1,3—5		3,3; 1,6—6,8		6,2; 1,4—26		2,7; 1,3—2,4	
ЧБНЛ	4,8		4,3		3,9		9,1		4,3	

наличием зоба и показателями здоровья детей. Установлено, что атрибутивный риск формирования заболеваний мочевыделительной системы, в целом — соматической и сочетанной патологии внутренних органов у детей с зобом, повышался на 28,5—50,1% ($p < 0,0001$). Как следствие, дети с зобом практически в 2 раза чаще имели III группу здоровья, чем дети с нормальным объемом щитовидной

железы (соответственно 73,3 и 38,4%, $p < 0,005$).

Оценка эффективности коррекции йодного дефицита

Были сформированы две группы пациентов: первую группу составили 25 детей, получавших препарат «Йодомарин 100» в количестве 50 мкг/сут. в течение 3 мес., согласно рекомендациям «Консенсус. Эндемический зоб: терминология, диагностика, лечение и про-

филактика». Вторую группу, или группу сравнения, составили 65 детей, имеющих аналогичные клинико-лабораторные характеристики, получавших только массовую йодную профилактику. Эффективность профилактики оценивалась по критериям йодного обеспечения ВОЗ: уровень йодурии исследовался до и после коррекции через месяц; пальпация и ультразвуковое исследование щитовидной железы, а также уровень тиреотропного гормона — через 3 мес. на фоне приема препарата.

Нами установлено, что использование ежедневной дополнительной дотации йода в течение 3 мес. позволило снизить абсолютный риск развития пальпируемого зоба на 32% (САР, 95% ДИ = 32 (7,3—56,7), $p < 0,02$), а инструментально подтвержденного зоба — на 28% (САР, 95% ДИ = 28 (4,9—51,1), $p < 0,04$) (табл. 2). Результаты исследования свидетельствуют о том, что даже профилактическая доза йода может оказывать лечебный эффект и способствовать в ряде случаев ликвидации зоба.

Таблица 2

**Эффективность коррекции препаратом «Йодомарин 100»
в предупреждении развития пальпируемого и подтвержденного
по УЗИ зоба у детей в основной группе**

Показатели	Зоб выявлен							
	При пальпации				При УЗИ			
	До коррекции		После коррекции		До коррекции		После коррекции	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	14	56	6	24	11	44	4	16
САР; 95% ДИ	32; 7,3—56,7				28; 4,9—51,1			
$p <$	0,02				0,04			
λ^2	5,33				4,67			
$p <$	0,02				0,03			
п. Йетса	4,08				3,43			
$p <$	0,04				0,06			
Кр. Фи-шера, $p <$	0,02 0,04				0,03 0,06			
AR, %	75,2				75,7			
ОШ; 95% ДИ	4; 1,1—13,9				4,1; 1,2—14,6			
ЧБНЛ	3,1				3,6			

Таблица 3

**Динамика показателей йодурии на фоне коррекции
препаратом «Йодомарин 100» у детей 1—7 лет**

Йодурия, мкг/л	Группа сравнения (n = 65)	Основная группа, (n=25)		p<		
		До коррекции	После коррекции	1:2	2:3	1:3
M ± m; σ	93,5 ± 10,5; 84,3	108,4 ± 17,1; 85,4	155,5 ± 12,6; 63,3	—	0,02	0,0006
(min— max)	(21,0— 400,0)	(24,2—400,0)	(68,2—345,9)			
Me	67,2	87,7	147,9			

Доказано, что при использовании препарата «Йодомарин 100» детьми раннего и дошкольного возраста количество пациентов с нормальной йодной обеспеченностью выросло на 52% ($p = 0,0000$).

Отмечено, что на фоне ежедневного получения 50 мкг йода в течение месяца произошло достоверное повышение уровня йодурии практически на $\frac{1}{3}$ в сравнении с показателями до коррекции (с $108,4 \pm 17,1$ до $155,5 \pm 12,6$ мкг/л, $p < 0,02$). На фоне йодной дотации показатели йодурии увеличились в 1,5 раза по сравнению с показателями на фоне массовой йодной профилактики (с $93,5 \pm 10,5$ до $155,5 \pm 12,6$ мкг/л, $p < 0,0006$); медиана йодурии составила 147,9 мкг/л, что свидетельствовало о нормализации йодной обеспеченности исследуемой возрастной категории (табл. 3).

Выводы

1. Состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста

характеризуется отклонениями в физическом развитии у 47,8%, наличием соматических заболеваний — у 67,8, сочетанной патологии внутренних органов — у 35, формированием III группы здоровья — у 42,2% пациентов. Наиболее выраженные нарушения в состоянии здоровья выявлены у детей дошкольного возраста.

2. Несмотря на проводимую массовую йодную профилактику, состав пищевого рациона, предполагающий адекватную дотацию йода, наличие у части детей индивидуальной йодной дотации пациенты раннего и дошкольного возраста имеют йодный дефицит легкой степени. Наиболее подвержены риску развития йоддефицитных заболеваний дети в возрасте 6—7 лет. Установлено, что только 46,9% детей раннего возраста и 30,6% дошкольников получали йод в рамках индивидуальной профилактики.

3. Дефицит йода у детей раннего и дошкольного возраста существенно повышает частоту развития зоба ($r = 0,6$, $p < 0,05$), дисгармоничного физического развития ($r = 0,6$, $p < 0,05$), соматической (АР, % = 14,8%, $p < 0,03$), в том числе гастроэнтерологической ($\lambda^2 = 7,32$, $p < 0,007$) и нефрологической ($\lambda^2 = 10,44$, $p < 0,001$), сочетанной ($\lambda^2 = 9,63$, $p < 0,002$) патологии, частой респираторной заболеваемости ($r = 0,6$; $p < 0,05$), формирования III группы здоровья ($\lambda^2 = 7,43$, $p < 0,006$).

4. Установлено отрицательное влияние дефицита йода на снижение функционального состояния щитовидной железы ($p < 0,05$).

5. Отсутствие индивидуальной йодной профилактики повышает частоту формирования йоддефицитных заболеваний на 28,6% (АР, % = 28,6%, $p < 0,0006$), соматической и сочетанной патологии — на 16,8—21,6% (АР, % = 16,8—21,6%, $p < 0,001$), частоту формирования III группы здоровья — на 22,9% (АР, % = 22,9%, $p < 0,005$) у детей 1—7 лет.

6. Назначение профилактических доз дозированных препаратов йода в количестве 50 мкг/сут. на фоне массовой йодной профилактики значительно снижает абсолютный риск развития йоддефицитных заболеваний: зоба на 28—32% ($p < 0,002$) и йодной недостаточности на 53,2% ($p = 0,0000$) у детей раннего и дошкольного возраста.

Практические рекомендации

1. С учетом доказанного йодного дефицита у детей раннего и дошкольного возраста диспансерное наблюдение на всех этапах (семья, детские образовательные и лечебно-оздоровительные учреждения, детские лагеря) должно предусматривать организацию всех видов (массовой, групповой, индивидуальной) йодной профилактики.

2. Отклонения в физическом развитии, формирование зоба, соматические и сочетанные заболевания, повышенную частоту респираторных инфекций следует рассматривать как возможные клинические признаки йодного дефицита у детей 1—7 лет.

3. Выявление нарушений в состоянии здоровья, характеризующихся высокой частотой соматической патологии, развитием зоба и снижением функционального состояния щитовидной железы, диктует необходимость более пристального внимания к вопросам профилактики йодного дефицита у детей в возрасте 6—7 лет.

4. Считать целесообразным назначение медикаментозных дозированных препаратов йода (монопрепараты йода; ВМК, содержащие йод) в количестве не менее 50 мкг/сут. дополнительно к массовой профилактике (йодированная соль) детям раннего и дошкольного возраста.

Реабилитационные мероприятия для населения, проживающего в зонах техногенно обусловленного риска

Гурвич В.Б.,

д-р мед. наук, директор;

Кузьмина Е.А.,

канд. мед. наук, руководитель отдела комплексных проблем гигиены и профилактики заболеваний населения;

Солобоева Ю.И.,

ведущий научный сотрудник, руководитель группы внедрения биопрофилактических технологий;

Ярушин С.В.,

заведующий лабораторией СГМ и управления риском ФГУН Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий Роспотребнадзора;

Малых О.Л.,

канд. мед. наук, начальник отдела социально-гигиенического мониторинга;

Гнездилова С.В.,

специалист-эксперт отдела социально-гигиенического мониторинга Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Свердловской области;

Плотникова И.А.,

канд. мед. наук, главный врач Свердловской областной специализированной детской больницы восстановительного лечения «Научно-практический центр детской дерматологии и аллергологии», г. Екатеринбург

Высокая антропогенная нагрузка на административных территориях субъектов РФ создает реальную угрозу широкого распространения заболеваний, обусловленных загрязнением окружающей среды, особенно в крупных

промышленных городах и урбанизированных регионах, к которым относится и Свердловская область.

Свердловская область — один из высокоиндустриальных регионов России. Около 78% насе-

ния Среднего Урала испытывают комплексную химическую нагрузку на организм, обусловленную факторами среды обитания (атмосферный воздух, воздух в жилых помещениях, на производстве, в офисах, пыль, содержащая частицы почвы, домашняя пыль, употребляемая питьевая вода, продукты питания и др.).

Данные факторы в сочетании с социальным и экономическим неблагополучием общества в течение последних лет создали негативные тенденции в состоянии здоровья, особенно детского населения. Количество дополнительных случаев заболеваний, обусловленных загрязнением окружающей среды, составляет 30—40% от общего уровня заболеваемости населения. Масштабность и актуальность этих проблем определяется также тем, что в санитарно-защитных зонах промышленных предприятий проживает более 400 000 чел. или почти каждый 10-й житель области. В результате реализации риска для здоровья, связанного с загрязнением окружающей среды, ежегодный экономический ущерб от дополнительных случаев заболеваний составляет более 10 млрд рублей.

Один из наиболее эффективных сценариев управления риском для здоровья — система адресных технологий медико-профилактической и реабилитационной помощи населению (далее — реабили-

онные мероприятия или система реабилитации), проживающему в зонах техногенно обусловленного риска.

Устойчивое и гарантированное функционирование системы реабилитации на областном и муниципальном уровне обеспечивается нормативно-правовыми, информационно-методическими, организационными и финансовыми элементами.

Основные социальные приоритеты и целевые показатели вышеуказанного сценария управления риском для здоровья нашли свое отражение в «Концепции “Сбережение населения Свердловской области на период до 2015 г.”» (от 06.06.2001 № 393-ПП), «Концепции экологической безопасности Свердловской области на период до 2015 г.» (от 16.06.2004 № 505-ПП), программе демографического развития Свердловской области на период до 2025 г. «Уральская семья» (от 27.08.2007 № 830-ПП), «Комплексном плане мероприятий по реабилитации здоровья населения, проживающего на экологически неблагополучных территориях Свердловской области на период до 2015 г.» (от 16.08.2005 № 665-ПП), а также областных государственных целевых программах, муниципальных программах и планах по экологии и природопользованию, программах и планах развития промышленных предприятий.

Организация выполнения реабилитационных мероприятий предусматривает координацию усилий всех заинтересованных организаций и учреждений (государственных, муниципальных, некоммерческих, частных) и объединение различных ресурсов (субъекта РФ, муниципальных образований, промышленных предприятий) для решения проблемы экологического здоровья населения.

Основные технологии медико-профилактической и реабилитационной помощи имеют научно-методическое обоснование как на региональном, так и на федеральном уровне (методические рекомендации, пособия для врачей, дополнения к стандартам диагностики и лечения и т.д.).

В целом система представляет собой совокупность санитарно-противоэпидемических, медико-профилактических, оздоровительных и образовательных мероприятий, направленных на восстановление состояния полного физического, духовного и социального благополучия человека, а также обеспечение доступной, действенной и эффективной медицинской помощи населению.

В РФ нет аналогов такой межведомственной программы по Свердловской области, объединяющей усилия Министерств природных ресурсов и здравоохранения и Управления Роспотребнад-

зора. Комплекс реабилитационных мероприятий выполняется в 14 городах (городские округа: Асбестовский, Верхняя Пышма, Кировградский, Краснотурьинск, Красноуральск, Первоуральск, Серовский, Ревда, Верх-Нейвинский, Карпинск, Полевской), муниципальном образовании «город Екатеринбург», Каменске-Уральском, Нижнем Тагиле.

Ключевыми задачами системы до 2015 г. являются:

- снижение уровня экологически обусловленной заболеваемости путем адресной реабилитации здоровья населения, прежде всего детей, беременных и женщин репродуктивного возраста, проживающих на экологически неблагополучных территориях, не менее чем на 45%;
- создание и устойчивое функционирование единой областной системы диагностики, лечения и медицинской профилактики экологически обусловленных заболеваний у населения, проживающего в 13 экологически неблагополучных территориях Свердловской области, с охватом не менее 200 000 чел.;
- формирование у населения мотивации на сохранение и укрепление здоровья, ведение здорового образа жизни.

В первую очередь действия системы направлены на чувствительные группы населения:

- дети раннего, дошкольного и младшего школьного возраста;

- часто и длительно болеющие дети, имеющие в анамнезе респираторные и бронхообструктивные заболевания, аллергодерматозы, заболевания ЖКТ и почек;
- беременные и женщины репродуктивного возраста.

Общая схема реабилитации здоровья населения, проживающего на экологически неблагоприятных территориях, включает взаимозависимые подсистемы: популяционной и индивидуальной диагностики, реабилитации и организационно-методического обеспечения.

Популяционная гигиеническая диагностика экологической обусловленности заболеваний предполагает проведение:

- эколого-эпидемиологических исследований с использованием геоинформационных технологий по установлению связей в системе «среда обитания — здоровье» (доказательное установление связи уже имеющихся нарушений популяционного здоровья с действием конкретных вредных факторов или их комплекса);
- оценки риска для здоровья населения факторов загрязнения окружающей среды (прогнозирование вероятности таких нарушений);
- специализированного мониторинга среды обитания и здоровья населения с включением популяционного биомониторинга токсической экспозиции

в группах риска среди экспонированного населения для своевременной диагностики и профилактики заболеваний.

Итогом деятельности подсистемы является:

- формирование групп риска среди населения;
- определение приоритетных токсичных веществ, загрязняющих окружающую среду;
- установление наиболее значимых факторов среды обитания, определяющих поступление экотоксикантов в организм;
- выделение заболеваний, связанных с загрязнением окружающей среды.

Подсистема популяционной реабилитации включает:

- выбор биопрофилактических и медико-профилактических комплексов, направленных на повышение устойчивости населения к различным токсическим воздействиям;
- проведение контролируемых и массовых курсов биопрофилактики для населения, входящего в группу риска развития экологически обусловленной патологии.

В рамках этой подсистемы, кроме того, реализуются меры по управлению рисками среды обитания населения и поведенческими рисками через реализацию мероприятий по эколого-гигиеническому образованию и воспитанию, а также экологические, санитарно-гигиенические, технические и технологические меро-

приятия, направленные на снижение (предотвращение, сокращение) токсической нагрузки на население.

Результат функционирования подсистемы популяционной реабилитации (здоровья и среды обитания) — снижение популяционного риска заболеваний и повышенной смертности населения в связи с воздействием неблагоприятных факторов загрязнения среды обитания.

Информация, полученная по результатам популяционной диагностики, определяет действия, предусмотренные в *подсистеме индивидуальной диагностики*:

- индикация содержания токсичных веществ в биосредах;
- оценка индивидуальной экспозиции к токсической нагрузке жителей из группы повышенного риска;
- клинико-лабораторная диагностика экологически обусловленных заболеваний.

Функционирование подсистемы направлено на установление индивидуальных факторов, связанных с возможностью возникновения экологически обусловленного заболевания, и его диагностирования с целью реализации мероприятий по медицинской профилактике и реабилитации здоровья населения на индивидуальном уровне.

Индивидуальная медицинская профилактика и реабилитация основываются на внедрении специфических технологий меди-

цинской профилактики, лечения и реабилитации населения с учетом неблагоприятного влияния на здоровье факторов загрязнения окружающей среды в качестве дополнений к базовым медико-экономическим стандартам лечения. Результатом деятельности подсистемы индивидуальной профилактики и реабилитации является адресное (по результатам гигиенической диагностики) оздоровление населения, подверженного негативному воздействию окружающей среды, укрепление здоровья населения из групп риска, прежде всего детей и беременных женщин, в конечном итоге, стабилизация и улучшение состояния их здоровья.

С 2003 по 2010 г. были реализованы полномасштабные мероприятия по адресной реабилитации здоровья населения, проживающего на экологически неблагополучных территориях Свердловской области. Большое значение при их внедрении имел опыт коллег из Пермского научно-исследовательского клинического института детской экопатологии.

Отработаны и внедрены в практическую деятельность учреждений здравоохранения в 13 муниципальных образованиях новые технологии и методы гигиенической диагностики экологически обусловленных заболеваний на основе использования: — методологии оценки риска (численность экспонированно-

го населения — 2 800 000 чел., в том числе 347 000 детей); — выбора групп риска (60 000 чел. на 2010 г.) для адресной реабилитации, скрининг-диагностики и биомониторинга содержания токсичных веществ в биосредах (обследовано 19 543 детей и беременных женщин).

Как показывают результаты исследований, нередко концентрация свинца в их крови превышает 2 мкг/дл (Всемирная организация здравоохранения считает безопасным уровень до 1 мкг/дл). Это, конечно, не может не сказаться на развитии плода. Дети, рожденные от матерей с высоким содержанием свинца, имеют меньший вес, чем другие малыши, отстают в развитии нервной и костной систем.

Проводятся курсы биологической профилактики экологических обусловленных заболеваний. Биологическая профилактика включает комплекс безвредных средств и методов, направленных на повышение индивидуальной устойчивости организма к воздействию приоритетных загрязняющих веществ среды обитания. Дети дошкольного возраста, посещающие ДООУ, получают курсы биопрофилактики на базе образовательных учреждений под контролем медицинского работника в течение 4—5 недель. Обычно около 10% таких детей в каждом городе осматриваются педиатрами до и после курса, а

все родители получают краткую анкету для оценки их мнения о динамике состояния ребенка и необходимости повторного проведения таких курсов. За период с 2002 г. более 43 тыс. детей из 110 ДООУ и 2,5 тыс. беременных женщин прошли курсы биопрофилактики. По данным осмотров педиатров, у 70—80% детей в связи с этим улучшились показатели здоровья. Опрос всех родителей показывает, что их оценка влияния курса биопрофилактики на здоровье ребенка и мнение о целесообразности его повторения практически в 100% случаев положительны.

Клинико-лабораторную диагностику и лечение экологических обусловленных заболеваний (на базе областных и муниципальных детских лечебно-профилактических учреждений) прошли 6969 детей. Оценивается персональная экспозиция у детей к токсичным веществам. Существенным фактором риска в квартирах является пыль. По имеющимся данным, концентрация тяжелых металлов (кадмий, мышьяк, свинец, медь, никель и др.) обнаруживается на уровне их содержания в почве на улице. Необходимо как можно чаще делать дома влажную уборку, протирать поверхности влажной тряпкой, а не пылесосить. Дело в том, что при работе обычного пылесоса в воздухе могут распространяться более опасные мелкие

частицы пыли, переносящие на себе ионы тяжелых металлов, намного мельче тех, что он засасывает.

Немалую опасность для здоровья могут представлять клещи домашней пыли, продукты жизнедеятельности которых способны вызывать аллергические заболевания. Вредное воздействие способны оказывать продукты горения природного газа, а также табачный дым. Для обеспечения безопасных условий проживания необходимо соблюдать элементарные гигиенические правила:

- регулярно проводить стирку постельного белья и его глажку, очистку мягкой мебели от накопившейся пыли;
- не использовать газовую плиту для обогрева или сушки;
- не курить в квартире, особенно в присутствии детей;
- при появлении аллергических состояний у членов семьи необходимо заменить имеющиеся ковры и ковровые покрытия на гипоаллергенные или без ворса;
- провести ревизию вентиляционной системы в квартире, поскольку качество воздуха во многом определяется эффективностью воздухообмена.

Для дополнительной очистки воздуха в помещениях образовательных учреждений рекомендуются воздухоочистители, обеспечивающие снижение содержания

в воздухе как пылевых частиц, так и газовых примесей, органических соединений. Показана эффективность применения воздухоочистителей по снижению микробного загрязнения воздуха.

Отдельная тема — питание. Населению, проживающему на экологически неблагоприятных территориях, рекомендуется включать в рационы продукты, богатые клетчаткой, пектином, обладающим уникальным свойством выведения из организма токсинов. Пектин содержится в морковных и яблочных соках с мякотью, свекле, яблоках, сливе, абрикосах, персиках, землянике и других продуктах. Наряду с этим необходимо увеличить в рационах питания населения продукты, богатые кальцием, йодом.

Важная технология системы реабилитации — информирование о факторах риска, образовательная деятельность. В рамках этого направления ежегодно проводится обучение специалистов учреждений Роспотребнадзора, общего и профессионального образования, здравоохранения по вопросам реабилитации здоровья населения, проживающего на экологически неблагоприятных территориях. Совместно с областным центром медицинской профилактики разрабатываются информационные материалы (календари, памятки, брошюры, плакаты, футболки, магниты) по профилактике факторов риска для здоровья.

Организируются беседы с родителями в ДОУ, беременными женщинами и женщинами репродуктивного возраста в женских консультациях. Население информируется через СМИ по профилактике факторов риска.

В результате выполнения адресных реабилитационных мероприятий к 2010 г. достигнуто:

- сокращение показателя дополнительных случаев заболеваний в связи с загрязнением окружающей среды (на 80 случаев на 1000 детей ежегодно);
- у 70% детей, прошедших курсы реабилитации, снизилось содержание токсичных веществ в организме и улучшилось общее состояние здоровья;
- у 90—95% детей с экологически обусловленными заболеваниями, прошедших курсы реабили-

литации в условиях областных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений, улучшилось состояние здоровья по совокупности клинико-диагностических показателей.

Это позволило на 30—40% снизить заболеваемость среди детей, прошедших курсы реабилитации (биопрофилактику и лечение экологически обусловленных заболеваний), в 2—4 раза сократить ее частоту и длительность. Ежегодный предотвращенный экономический ущерб от снижения числа дополнительных случаев экологически обусловленных заболеваний достиг 193,2 млн рублей. Соотношение затрат на проведение адресных мероприятий к предотвращенному ущербу составило 1:6, т.е. на каждый рубль затрат приходится 6 рублей эффекта.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

В результате иммунизации населения против гепатита В, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, дифтерии, коклюша, гриппа в 2009 г. произошла стабилизация заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, на низких уровнях.

Против дифтерии, коклюша и столбняка в 2009 г. привито около 13,3 млн детей и взрослых, что составляет 100% от запланированного объема прививок.

В 2009 г. показатель охвата своевременной вакцинацией против дифтерии и коклюша детей в возрасте 12 месяцев составил 97,54% (2008 г. — 97,68), показатель охвата своевременной ревакцинацией детей в возрасте 24 месяцев — 97,30% (2008 г. — 97,31).

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

Модель организации здоровьесберегающей деятельности в ДОУ

Губанова Н.М.,
заведующий;

Воробьева О.Н.,
старший воспитатель;

Ермолаева Л.Ю.,
старшая медицинская сестра;

Блюмберг Н.Ю.,
инструктор по физической культуре, МДОУ
детский сад общеразвивающего вида с приоритетным
направлением деятельности по художественно-
эстетическому развитию детей № 4 «Сказка»,
г. Новая Ляля Свердловской обл.

ПЕДАГОГИКА

Здоровый образ жизни — деятельность, активность людей, направленные на сохранение и улучшение здоровья. Один из ведущих исследователей факторов здорового образа жизни (ЗОЖ) А.Д. Степанов пишет о следующих его аспектах:

- правильно организованный, физиологически оптимальный, приносящий удовлетворение труд;
- достаточная двигательная активность;
- сбалансированное в качественном и количественном отношении питание;
- достаточный сон;
- соблюдение режима дня;
- закаливание;
- вызывающие положительные эмоции формы досуга;
- отказ от вредных привычек.

Все перечисленные факторы являются, по мнению ученого, составляющими здорового образа жизни.

Анализ состояния заболеваемости детей в нашем ДОУ за 2008—2009 гг. показал, что уровень таких заболеваний и нарушений, как ОРЗ, плоскостопие, нарушение осанки достаточно высок, с каждым годом уменьшается количество



детей с I группой здоровья; большой процент детей, поступающих в детский сад, имеет анемию. Все это вызвало потребность углубленно заниматься оздоровлением детей. Встал вопрос о разработке системы мероприятий, направленных на укрепление здоровья воспитанников.

Предмет исследования

Здоровьесберегающие технологии (ЗСТ), в основу которых входят укрепление здоровья и формирование предпосылок ЗОЖ:

- организация рационального режима дня, обеспечение необходимой продолжительности сна в соответствии с возрастными потребностями;
- создание условий для оптимального двигательного режима;
- оздоровительные и закалывающие мероприятия;
- полноценное питание;
- обеспечение благоприятной гигиенической обстановки;
- создание атмосферы психологического комфорта.

Гипотеза

Здоровьесберегающие технологии дадут возможность обеспечить высокий уровень здоровья детей и воспитание валеологической культуры, применительно к взрослым — поможет становлению культуры профессионального здоровья воспитателей ДОУ и валеологическому просвещению родителей.

Цель: организовать деятельность коллектива по разработке

и внедрению комплекса технологий для формирования и сбережения здоровья воспитанников в условиях ДОУ.

Задачи:

- на основе анализа передового педагогического опыта разработать систему применения ЗСТ и адаптировать ее к условиям нашего ДОУ;
- создать модель организации деятельности по ЗСТ в ДОУ;
- определить их роль в образовательном процессе;
- скоординировать работу всех участников воспитательно-образовательного процесса по реализации здоровьесберегающих технологий;
- отработать систему мониторинга.

Участники исследования: дети, коллектив ДОУ, родители (законные представители).

Предполагаемый результат:

- снижение заболеваемости и рост физической подготовленности детей дошкольного возраста;
- осознанное отношение ребенка к своему здоровью, знания о здоровье и умения оберегать, сохранять и поддерживать его;
- активизация позиции родителей в воспитании и оздоровлении ребенка, преодоление равнодушия и безразличия к тому, что делается в ДОУ.

Управленческая деятельность в условиях инновационного режима предполагает определенную систему в работе с коллективом. Поэтому первая задача состояла

в формировании комплекса управления внедрением ЗСТ, ядром которого являются координация всех субъектов, мотивация к реализации целей, планирование педагогического процесса, контроль за его выполнением и рефлексия по оценке выполнения поставленных задач.

Программа «Здоровье». Выделены оздоровительные, воспитательные и организационные направления. Она предусматривает: — охрану жизни и укрепления здоровья ребенка; — поддержание у него бодрого, жизнерадостного настроения; — профилактику негативных эмоций, совершенствование всех функций организма; — воспитание интереса к различным и доступным видам двигательной активности; — формирование у родителей, педагогов, воспитанников ответственности в деле сохранения собственного здоровья.

Программа осуществляется по двум направлениям: профилактическое и организационное.

Стратегический план улучшения здоровья детей. Отражена предстоящая деятельность коллектива, направленная на оздоровление детей.

Рабочая программа по физической культуре. Важные задачи:

- воспитание психофизических качеств (ловкости, быстроты, гибкости, выносливости, силы и др.);
- развитие координации движений, функции статического и

динамического равновесия, умения ориентироваться в пространстве;

- формирование способности к самоконтролю за качеством выполняемых движений.

Комплекс здоровьесберегающих технологий и двигательный режим ДООУ. Выбор ЗСТ зависит от реализуемых программ, по которым работает наш детский сад по направлению физического развития детей: «Программа воспитания и обучения детей в детском саду» (под ред. М.А. Васильевой и др.), «Зеленый огонек здоровья» (М.Ю. Картушина), «Физическая культура — дошкольникам» (Л.Д. Глазырина).

Система мониторинга состояния здоровья детей в виде медицинской диагностики и диагностики физической подготовленности детей, в которую входит «Паспорт здоровья».

На сотрудников ДООУ возложены дополнительные функции, способствующие эффективному внедрению ЗСТ:

- помощники воспитателей участвуют в подготовке воды для закалывающих процедур, измеряют и поддерживают необходимую температуру; водят детей на занятия ЛФК и массаж, своевременно проветривают помещения и делают влажную уборку;
- воспитатели непосредственно организуют оздоровительные мероприятия;
- педагог-психолог контролирует включение психогигиены

ческих мероприятий в режимные моменты;

- медицинский персонал собирает и анализирует данные о состоянии здоровья детей, по необходимости вносит коррекцию, участвует в проведении лечебно-профилактической работы (фито- и витаминопрофилактика, профилактические прививки и т.д.) и контролирует правильность проведения закаливающих процедур.

Предметно-пространственная среда нашего ДОУ строится на основе принципа «расширения зон актуального и ближайшего развития» с целью сделать ее оптимальной для благоприятного развития ребенка при соблюдении всех санитарно-гигиенических требований:

- физкультурный зал, оборудованный спортивными комплексами для детей, специальными ковриками для занятий ЛФК, тренажерами и другим необходимым инвентарем;
- физкультурная площадка со специальным оборудованием, ямой для прыжков в длину и площадкой для спортивных и подвижных игр;
- асфальтированная дорожка вокруг здания детского сада с разметками для различных видов бега, следами и разнообразными классиками;
- физкультурные уголки в каждой группе, оборудованные в соответствии с возрастными особенностями детей данного возраста;

- кабинет педагога-психолога, в котором находятся сухой бассейн, зона воды и песка (данные зоны есть также в каждой группе детей от 1 года до 3 лет);
- медицинский кабинет, оборудованный столом для массажа;
- тренажеры для занятий физкультурой и ЛФК.

Предметно-пространственная среда имеет огромное значение для здоровья ребенка, потому что он находится в ней большую часть времени.

Задачи формирования здоровьесберегающей среды предполагают:

- создание экологической и психологической комфортности образовательной среды;
- игровой развивающей среды;
- обеспечение безопасности жизни детей;
- условий для укрепления здоровья и закаливания организма каждого из них.

Важным условием успешного физического развития и оздоровления детей является диагностическая работа врачей детской поликлиники, старших медсестер ДОУ, инструктора по физической культуре и педагога-психолога. Они определяют исходные, функциональные показатели здоровья ребенка, уровень его физической подготовленности. Полученные первичные результаты — отсчет для прогнозирования особенностей развития ребенка, подбора оптимального содержания обучения и воспитания, средств и приемов адекватного педагоги-

ческого воздействия с учетом индивидуальных особенностей детей. Все эти данные записываются в индивидуальную карту ребенка и «Паспорт здоровья».

Для оценки исходного состояния организма ребенка и выявления эффективности используемой системы здоровьесберегающей модели в экспертно-аналитическом разделе годового плана выделены следующие виды деятельности:

- измерение антропометрических показателей и определение уровня физического развития;
- диагностические наблюдения за состоянием здоровья (выполняются медицинским персоналом и врачами-специалистами детской поликлиники);
- контроль за санитарно-гигиеническими условиями;
- наблюдение за двигательным режимом (раздел «Организация физкультурно-оздоровительной работы»);
- санитарно-просветительская работа среди родителей;

Здоровьесберегающие технологии в ДОУ направлены на решение приоритетной задачи — сохранения, поддержания и обогащения здоровья субъектов педагогического процесса в детском саду (детей, педагогов, родителей).

Цель ЗСТ в ДОУ применительно к ребенку — обеспечить условия для формирования осознанного отношения ребенка к своему здоровью, знаний о здоровье, умений оберегать, сохранять и поддерживать его.

Для осуществления поставленных задач нами разработан комплекс, включающий четыре вида технологий.

Технологии сохранения и стимулирования здоровья

Занятия ритмикой необходимы дошкольникам для сохранения и развития природной гибкости, подвижности суставов, музыкально-ритмических способностей.

Физкультминутки проводятся во время занятий в течение 2—5 мин, по мере утомляемости детей. Их цель — предупреждать утомление, восстанавливать умственную работоспособность. Они улучшают кровообращение, снимают утомление мышц, нервной системы, активизируют мышление, создают положительные эмоции и повышают интерес к занятиям. Далее перечисленные приемы мы используем в качестве физкультминуток.

Пальчиковая гимнастика используется на всех видах занятий: специально организованных и в свободной деятельности. Особенно часто пальчиковая гимнастика проводится для детей с речевыми проблемами и в раннем возрасте, поскольку оказывает влияние на речевые зоны мозга; музыкально-пальчиковые игры используются и на музыкальных занятиях.

«Бодрящая» гимнастика проводится после дневного сна при открытых фрамугах. Ее цель — сделать более физиологичным переход от сна к бодрствованию,

улучшить настроение детей, поднять мышечный тонус. Перед началом гимнастики включается мелодичная музыка, вызывающая положительные эмоции. Желательно использовать классическую или релаксационную музыку со звуками природы. Под музыку дети просыпаются, некоторое время слушают ее, затем выполняют упражнения в постели, встают и занимаются корректирующей гимнастикой.

Корректирующая гимнастика используется для профилактики плоскостопия и нарушений осанки. Наряду с традиционными упражнениями в нашем ДОУ используются корректирующие дорожки со следами, нашитыми пуговицами, пробками, дорожки из гороха, камушков и др.

Гимнастика для глаз способствует восстановлению нормального зрения, независимо от характера имеющихся нарушений — близорукости или дальнозоркости, а значит, полезна абсолютно всем без противопоказаний. Гимнастика заключается в фиксации зрения на различных точках и некоторых движениях глазами. Упражнения выполняются 2 раза в день, после них нельзя в течение 20 мин писать, рисовать, поэтому воспитатели проводят ее после занятий, требующих напряжения глаз: изобразительной деятельностью, математикой, и т.д.

Дыхательная гимнастика:

— восстанавливает нарушенное носовое дыхание;

- улучшает дренажную функцию легких;
- положительно влияет на обменные процессы, играющие роль в кровоснабжении;
- повышает общую сопротивляемость организма, его тонус;
- улучшает нервно-психическое состояние.

Для проведения *подвижных и спортивных игр* приспособлены физкультурная площадка; тротуары вокруг ДОУ. Игры подбираются по сезонам и желанию детей, способствуют совершенствованию основных физиологических систем организма, улучшению физического развития, воспитанию положительных морально-волевых качеств, создают благоприятные условия для воспитания дружеских отношений в группе. Они проводятся круглый год на открытом воздухе, что является эффективным средством закаливания организма. Отличительная черта подвижных и спортивных игр и упражнений — их эмоциональность. Положительный эмоциональный тонус — важная предпосылка здоровья, предупреждающая различные заболевания, поддерживающая интерес к физическим упражнениям.

ЛФК проводит инструктор ЛФК с детьми, имеющими нарушение осанки, плоскостопие, курсами по 20 занятий. Детей по результатам медосмотра отбирают узкие специалисты из поликлиники. *Массаж* выполняется в комплексе с ЛФК.

Фитотерапия также необходима. Зимой и ранней весной детскому организму не хватает витаминов, поэтому в рацион питания мы включаем витаминные сборы и чаи, общеукрепляющие настои, являющиеся важным средством для поднятия защитных сил организма. В последнее время нами используются готовые чаи «Мамино тепло».

Щадящий режим — назначается детям в адаптационном периоде.

Рациональное питание необходимо для поддержания здоровья. Недостаток в питании детей раннего возраста белка, йода, витаминов А, фолиевой кислоты, кальция, железа приводит к задержке в развитии, анемии, снижению иммунитета. Здоровое питание детей в полной мере должно удовлетворять энергетические потребности организма.

Витаминизация пищи проводится круглогодично аскорбиновой кислотой. Поливитамины, настойка элеутерококка назначают курсами весной и осенью.

Технологии обучения здоровому образу жизни

Физкультурные занятия проводятся 2 раза в неделю в физкультурном зале (одно целой группой, другое — по подгруппам) и 1 раз на воздухе, выполняют ряд задач по физическому воспитанию:

- обеспечить развитие и тренировку всех систем и функций организма ребенка;
- удовлетворять естественную потребность в движении;

- формировать двигательные умения и навыки, физические качества;
- давать каждому возможность продемонстрировать свои двигательные умения сверстникам и учиться у них;
- создавать условия для разностороннего развития детей.

С целью развития и поддержания интереса детей к физкультурным занятиям в структуру типового занятия мы ввели:

занимательную разминку — выполнение упражнений под рифмованные фразы, занятные названия всех упражнений, музыкальное сопровождение; все это способствует повышению интереса детей к занятиям;

комплекс точечного массажа и дыхательные упражнения, цель которых не только в профилактике простудных и других заболеваний, повышении жизненного тонуса у детей, но и в привитии им чувства ответственности за свое здоровье, уверенности в том, что они сами могут помочь себе улучшить свое самочувствие. Воспитатели включают комплексы точечного массажа и дыхательные упражнения в бодрящую гимнастику, динамические паузы, комплексы утренней гимнастики. В ранней группе для самомассажа используются рукавички, сделанные руками родителей;

веселый тренинг используется на каждом занятии после основных движений. Все упражнения имеют названия, символизирую-

щие подражание персонажам сказок, птицам, рыбам и т.п. Это позволяет детям лучше запоминать и качественнее выполнять упражнения. Каждое упражнение проводится в течение двух недель, что способствует развитию или гибкости, или подвижности суставов, или укреплению определенной группы мышц; улучшает кровообращение, координацию движений и осанку;

релаксация — состояние покоя, расслабленности, возникающее вследствие снятия напряжения после физических усилий, релаксационные упражнения используются для снятия напряжения в мышцах;

звуковая гимнастика укрепляет дух и тело, различные звуки воздействуют на определенные органы человека;

артикуляционная гимнастика проводится со всеми детьми на занятии по развитию речи, логопедических занятиях и в свободной деятельности с воспитателем;

гигиенические, водные и закаливающие процедуры: умывание, мытье рук, игры с водой, обширное умывание, обливание ног, бо-сохождение, полоскание горла, прогулки на свежем воздухе, сон при открытых фрамугах, контроль за температурным режимом и чистотой воздуха, обеспечение чистоты среды.

В общей системе оздоровления особое внимание уделяем охране психического здоровья детей.

Коррекционные технологии

Психогигиенические мероприятия проводятся воспитателями в течение дня, в режимных моментах. Занятия организуются незаметно для детей, посредством включения педагога в игровой процесс.

Музыкотерапия используется в качестве вспомогательного средства как часть других технологий, помогает снять напряжение и повышает эмоциональный настрой.

Цветовое и световое сопровождение среды и учебного процесса очень важно, ведь правильно подобранные цвета снимают напряжение и повышают эмоциональный настрой ребенка. Стены на лестничных пролетах разрисованы сказочными персонажами, это влияет на эмоциональный комфорт.

Арттерапия, сказкотерапия необходимы как прием для психологической, терапевтической и развивающей работы с психологом и воспитателями.

Психогимнастика — специальные занятия, направленные на развитие и коррекцию познавательной и эмоционально-личностной сферы психики ребенка. С помощью упражнений психогимнастики у детей развиваются память, внимание, воля, воображение, творческие способности. Упражнения сопровождаются различными текстами, помогающими детям лучше представить тот или иной образ и войти в него.

Просветительские технологии

Работа с родителями отражена в годовом плане ДОУ:

- выпуск санбюллетеней с темами в зависимости от сезона и актуальности, например, вспышки заболеваний;
- оказание консультативной помощи;
- родительские уголки;
- анонимный ящик вывешивается в фойе нашего сада перед общественными мероприятиями для того, чтобы родители могли отправить интересующие их вопросы и предложения;
- обучение конкретным приемам и методам оздоровления (само-массаж, ЛФК, разнообразные виды закаливания и т.д.).

Составные здоровьесберегающего аспекта органично включены в структуру режима дня во всех возрастных группах. Большое внимание в МДОУ сосредоточено на создании условий для полноценного включения в образовательное пространство детей с ограниченными возможностями здоровья. Создана программа «Другие — мы». Для этих детей подбирается свой комплекс ЗСТ.

Положительные результаты нашей работы — стабильное снижение заболеваемости и рост физической подготовленности детей. Разработанная и внедряемая система здоровьесберегающих технологий воспитывает личность с насущной потребностью в ЗОЖ. Дети традиционно участвуют: в районных спартакиадах среди

воспитанников ДОУ (2007 г. — грамота за 3-е место, 2008 г. — грамота за 1-е место в I туре, за 2-е место во II туре, 2009 г. — грамота за 2-е место); ежегодных слетах «Юные туристы» (дипломы за активное участие в 2007—2009 гг.). Родители также непосредственно участвуют в традиционных «Веселых стартах», туристских походах.

Данная система укрепления здоровья воспитанников была представлена педагогическому сообществу.

Районные педагогические чтения:

- «Организация физкультурно-оздоровительной работы в ДОУ как средство формирования успешности воспитанников» (2008);
- «Развитие ребенка средствами ритмики» (2009);
- «Система закаливающих и профилактических мероприятий, совершенствующая защитные функции организма ребенка» (2010).

Районный семинар (на базе нашего ДОУ) для руководителей и специалистов ДОУ, завучей и учителей физкультуры школ на базе ДОУ «Организация здоровьесформирующей деятельности в образовательных учреждениях» (2008).

Участие в семинарах:

- «Создание здоровьесберегающих условий воспитания и обучения в ДОУ», ГОУ ИРРО, г. Краснотурьинск (2008);
- «Организация образования детей с ограниченными воз-

возможностями здоровья в дошкольных образовательных учреждениях», ГОУ ИРРО, г. Серов (2009).

Курсы повышения квалификации:

- «Психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка с ОВЗ в ОУ», ГОУ ИРРО, г. Екатеринбург (2007);
- «Современные системы здоровьесбережения в условиях модернизации школьного образования», профессор Л.А. Семёнов (2008).

По результатам исследования организации здоровьесберегающей деятельности в условиях внедрения ЗСТ можно сделать вывод, что систематизация их несомненно способствует:

- позитивному изменению всех сфер организма дошкольника:
 - а) улучшению соматических показателей (тенденция к сниже-

нию заболеваемости ОРЗ на 9,5%, ангиной на 75% случаев);

б) повышению уровня физического развития, психического и эмоционального благополучия;

в) укреплению барьеров возникновения рецидивов болезни, что в свою очередь улучшает посещаемость и повышает охват оздоровительными мероприятиями (посещаемость повысилась на 1,5%);

- осознанному отношению ребенка к своему здоровью, знаниям о здоровье;

- заинтересованности родителей в образовательном процессе ДОУ, понимании своей ответственности за здоровье ребенка, представлений о ЗОЖ, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

В целом данная система воспитывает личность с насущной потребностью в здоровом образе жизни.

Организация системы закаливания в ДОУ

Полковникова Н.П.,
врач высшей категории;

Приданникова Н.Ф.,
заслуженный учитель России высшей категории, ДОУ № 72,
г. Каменск-Уральский Свердловской обл.

Для решения проблемы, связанной с укреплением здоровья детей, актуальны поиск методов повышения эффективности физкультурно-оздоровительной ра-

боты в дошкольном учреждении и создание оптимальных условий для гармоничного развития ребенка. Устойчивость организма ребенка к неблагоприятным



факторам среды зависит не только от индивидуальных его особенностей, но и от своевременного и правильного проведения специальных оздоровительных мер. К числу таких мероприятий относится закаливание.

Закаливание — это целенаправленное использование дозированных изменений таких естественных факторов внешней среды, как воздух, лучистая энергия и вода, с целью повышения устойчивости организма к действию метеорологических факторов — холода, тепла, пониженного атмосферного давления, магнитных и электрических полей планеты и т.д. Необходимые составные части закаливания — рациональный режим и уход за ребенком, массаж и гимнастика, соответствующее возрастным потребностям питание.

Коллектив нашего ДОО пропагандирует ЗОЖ, уделяя большое внимание закаливанию детей. Поскольку работа по оздоровлению в данном направлении проводится с 1992 г., накоплен большой опыт по формированию у детей навыков здорового образа жизни.

Закаливание проводится по двум методикам. Для детей ясельного и младшего возраста используется традиционная методика с умеренной нагрузкой взаимодействия, а вот в режим дня старших детей группы здоровья «Босоножки» включены интенсивные методы закаливания:

- воздушные ванны при отрицательной температуре на улице;
- обливание холодной водой в помещении и на улице;
- босохождение по снегу;
- обтирание снегом.

Интенсивное закаливание подразумевает методы закаливания, при которых возникает хотя бы кратковременный контакт обнаженного тела ребенка или части его (обычно закрытой одеждой) с интенсивными холодными (снегом, холодной водой, воздухом минусовой температуры), тепловыми (водой, воздухом высокой температуры) и факторами окружающей среды контрастной температуры (табл. 1).

В работе по нетрадиционному закаливанию мы используем контрастные методики в пульсирующем режиме, поскольку именно контрастные воздушные и водные процедуры обеспечивают тот уровень повышения защитных сил организма, какой вообще способно дать закаливание. Создавая модуль воздействия «тепло — холод», можно рассчитывать на выработку быстрых целесообразных терморегулирующих реакций.

Весь коллектив ДОО работает по принципам:

- закаливание проводится только при полном здоровье ребенка;
- необходимо постепенное нарастание интенсивности закаливающих мероприятий, с расширением зон воздействия и уве-

Таблица 1

Закаливание в дошкольном учреждении и дома
(группа здоровья «Босоножки»)

Время года	Первая половина дня	Вторая половина дня
Теплое	Умывание прохладной водой. Полоскание рта прохладной водой. Обливание под душем. Обливание на улице. Босохождение на улице. Занятия в бассейне (2 раза в неделю). Сауна (1 раз в неделю). Утренний оздоровительный бег (ежедневно). Физкультурные занятия на улице (2 раза в неделю). Воздушные ванны. Солнечные ванны. Прогулка	Умывание прохладной водой. Полоскание рта прохладной водой. Сон с доступом свежего воздуха. Гимнастика после сна. Контрастное обливание ног. Босохождение. Прогулка
Холодное	Умывание прохладной водой. Полоскание рта прохладной водой. Обливание под душем. Обливание на улице (до -10°C). Босохождение на улице (до -15°C). Игры и обтирание снегом в помещении. Занятия в бассейне (2 раза в неделю). Сауна (1 раз в неделю). Утренний оздоровительный бег (ежедневно). Физкультурные занятия на улице. Физкультурные занятия в зале. Прогулка	Умывание прохладной водой. Полоскание рта прохладной водой. Сон с доступом свежего воздуха ($17-18^{\circ}\text{C}$). Гимнастика после сна. Контрастное обливание ног. Босохождение. Прогулка

- личением времени проведения закаливания;
- занятия проводятся систематически;
 - комплексно используются все природные факторы;
 - обязательно учитываются индивидуальные особенности

- ребенка, его возраст, возможность повышенной чувствительности к закаливающим мероприятиям;
- закаливание начинается в любое время года, однако предпочтительно теплое. В холодное время года воздействие средо-



- вых факторов в начале закаливания уменьшается и необходимо его более постепенное нарастание;
- закаливающие мероприятия проводятся только при положительных эмоциональных реакциях ребенка;
- после перерыва с разрешения медицинского работника возобновляются занятия с тех степеней воздействия, которые были в начале закаливающих процедур.

Средства закаливания

Воздухом:

- утренний прием на свежем воздухе, гимнастика;
- воздушные ванны с упражнениями, играми;
- контрастные воздушные ванны;
- сауны;

- сон с доступом свежего воздуха (17—19 °С);
- прогулка в группе в зимний период (ниже -18— -20 °С);
- солнечные ванны;
- воздушные ванны на улице, босохождение (до -18 °С).

Водой:

- умывание прохладной водой;
- полоскание рта;
- контрастное обливание ног;
- плавание в бассейне;
- контрастное обливание под душем;
- обливание холодной водой на улице.

При проведении интенсивного закаливания воспитатель использует разнообразные методические приемы и способы организации детей при выполнении закаливающих процедур и физических упражнений, а также разнообразный спортивный инвен-

тарт, музыкальное сопровождение, повышающие эмоциональное состояние и активность детей.

Все упражнения и игры проводятся в свободном темпе, без принуждения. Дети, освобожденные от закаливающих процедур или не желающие по какой-либо причине выполнять упражнения, могут просто наблюдать или выполнять их частично. Для детей очень важен пример взрослых, поэтому интенсивное закаливание лучше проводить в ДОУ вместе с воспитателями и сотрудниками, а дома — с мамой и папой.

В группу здоровья «Босоножки» набираются дети с 5 лет, имеющие разрешение врача-педиатра и согласие родителей. Во избежание передозировки нагрузки на детский организм процедуры интенсивного закаливания проводятся с детьми небольшими группами по 8—10 чел. Температура и длительность процедур дозируются индивидуально. Для этого ведется журнал учета закаливающих процедур.

Для повышения физиологических резервов организма ребенка в течение года проводятся витаминно-энергетические комплексы оздоровления (поли-витамины, адаптогены растительного происхождения и т.д.) по назначению врача. Закаливание будет эффективным, если обеспечивается в течение всего времени пребывания ребенка в детском саду и дома. Для этого необходимы:

- четкая организация теплового и воздушного режима в помещении («температурная» гигиена);
- рациональная, не перегревающая одежда детей;
- соблюдение режима прогулок во все времена года;
- сон при открытых фрамугах;
- гигиенические процедуры.

Для поддержания в детях интереса к физической культуре ежедневно проводится физкультурно-оздоровительная работа, используются различные ее виды: утренняя гимнастика, оздоровительный бег, физкультминутки, гимнастика после сна, походы, прогулки, учебные занятия, самостоятельная двигательная активность, спортивные праздники и т.д.

Для обеспечения полноценного развития ребенка осуществляется взаимодействие с родителями:

- ознакомление их с результатами диагностики физического развития ребенка, состоянием здоровья и оздоровительными мероприятиями в течение каждого квартала;
- лечебными и оздоровительными мероприятиями в детском саду в начале года;
- воспитательно-оздоровительной работой, направленной на тренировку адаптационных механизмов ребенка;
- «физкультурно-образовательное» просвещение родителей с помощью организации семи-

Таблица 2

**Динамика изменения показателей здоровья
у детей в течение учебного года**

Группа здоровья	Количество детей	Количество дней, пропущенных по болезни				Группа физического развития		Уровень физической подготовленности		Уровень знаний по ЗОЖ	
		осень	зима	весна	лето	начало года	конец года	начало года	конец года	начало года	конец года
I	2	0	10	11	3	Ia	Ia	Средний	Высокий	Средний	Высокий
II	5	20	24	13	3	IIa	Ia	— // —	— // —	— // —	— // —
III	9	18	32	17	3	Iб	IIa	— // —	— // —	— // —	— // —

наров, дискуссий на родительских собраниях и консультациях, открытых занятиях группы здоровья «Босоножки», а также занятий по физической культуре и плаванию;

— обучение родителей основным методам профилактики детской заболеваемости.

Совместная работа с родителями строится на основе взаимопомощи при изучении положительного опыта семейного воспитания и пропаганде его среди родителей.

За период работы группы здоровья «Босоножки» оздоровились более 150 ребятишек, они отличаются от сверстников своей активностью, выносливостью, жизнерадостностью. Выпускники бережно относятся к своему здоровью, с удовольствием занима-

ются в различных физкультурных кружках, знают основы ЗОЖ. Дети хорошо владеют навыками плавания, являются победителями малых олимпийских игр среди детских садов Ленинского микрорайона и г. Каменска-Уральского. Анализ мониторинга интенсивного закаливания за 2009 г. показывает положительные результаты оздоровления: дети реже болеют простудными заболеваниями, течение болезни протекает в более легкой форме (табл. 2).

Систематически проводимая физкультурно-оздоровительная работа в ДОУ учит детей бережно относиться к своему здоровью, владеть необходимыми гигиеническими навыками и уметь приспособляться к условиям природы и погоды Среднего Урала.

Специфика здоровьесберегающей среды

Серафин Е.А.,

директор МДОУ «Детский сад № 26 комбинированного вида»,
г. Первоуральск

Наше МДОУ «Детский сад № 26 комбинированного вида» включает в себя три дошкольных учреждения, расположенных в одном микрорайоне, обеспечивающих воспитание и обучение детей в возрасте с 1,5 до 7 лет: д/с № 23 — 5 групп, № 24 — 11 групп, № 26 — 12 групп; из них 6 групп раннего возраста, 22 — дошкольного (1 группа старшего дошкольного возраста — компенсирующей направленности для детей с тяжелыми нарушениями речи). Списочный состав детей — 520 чел.; наполняемость групп: ранний возраст — 15 чел., дошкольный — 20, группа компенсирующей направленности — 10, что соответствует лицензионным требованиям.

Одна из задач образовательной программы, реализуемой в МДОУ, — охрана и укрепление физического и психического здоровья ребенка, формирование основ здорового образа жизни, а также физическое и личностное развитие каждого ребенка с учетом его индивидуальных особенностей. Задача охраны и укрепления здоровья, физического развития детей пронизывает деятельность всех специалистов МДОУ, явля-

ясь составной частью их должностных обязанностей.

Реализация данных задач предполагает соблюдение следующих условий:

- проведение лечебно-профилактических мероприятий;
- обеспечение психологической безопасности личности ребенка;
- оздоровительную направленность воспитательно-образовательного процесса;
- формирование представлений о себе, своем организме, здоровье.

Профилактическая работа

В учреждении для проведения профилактической работы имеется и в полной мере реализуется согласованный с МО «Городская больница № 3» план, в который включены разделы:

- профилактика простудных (гриппа и ОРВИ), кишечных, йоддефицитных заболеваний;
- планы профилактических прививок детей, противоэпидемической работы;
- план-график прохождения предварительных и плановых осмотров сотрудников.

Дети в дошкольных учреждениях распределены по группам

здоровья. В возрастных группах педагогами ведутся листы здоровья, где отражены сведения об антропометрических измерениях и отклонениях в здоровье детей.

Дети, состоящие на диспансерном учете у специалистов, занесены в специальный журнал. Профилактические мероприятия проводятся согласно индивидуальным графикам. Благодаря такой работе обострений хронических заболеваний не наблюдается, нет также роста диспансерной группы детей.

В перечень оздоровительных услуг, оказываемых детям в МДОУ, входят:

- гигиенические процедуры;
- занятия физкультурой (в зале и на воздухе);
- подвижные игры;
- спортивные праздники и развлечения;
- лечебная физкультура (д/с № 26);
- дыхательная гимнастика;
- витаминизация пищи;
- кварцевание;
- аэроинопрофилактика (увлажнение и ионизация воздуха) во время проведения воспитательно-образовательных мероприятий.

Медицинские услуги включают:

- профилактические прививки;
- антропометрические измерения детей;
- контроль осанки;
- систематические осмотры детей по показателям здоровья.

Профилактические мероприятия включают в себя луко-, чесно-

котерапию в эпидемический период, полоскание ротовой полости после каждого приема пищи, закаливание, прогулки на свежем воздухе, проветривание, сон без маек и т.д.

В МДОУ своевременно проводится вакцинопрофилактика детей и сотрудников (табл. 1, 2).

Из данных таблиц видно, что уровень вакцинопрофилактики сотрудников на протяжении трех лет остается стабильным, что способствует снижению количества больничных листов в эпидемиологические периоды.

Цифры наглядно показывают снижение показателя вакцинации по таким заболеваниям, как клещевой энцефалит и грипп. Несмотря на желание родителей видеть ребенка здоровым появились случаи полного отказа от вакцинации детей.

Организованная в учреждении лечебно-профилактическая работа способствует стабилизации и сохранению уровня позитивного здоровья дошкольника.

К сожалению, на сегодняшний день мы столкнулись с проблемой ограниченных возможностей профилактики заболеваний дошкольников — минимизация использования витаминов (витаминизация третьего блюда, йодированная соль, витаминизированный хлеб, зелень).

Обеспечение психологической безопасности ребенка

Обеспечение психологической безопасности ребенка мы связываем с его психофизическим здо-

Таблица 1

Результаты вакцинации сотрудников за 2008—2010 гг.

Наименование прививки	Показатель, %		
	2008 г.	2009 г.	2010 г.
ПКЭ	97	95	97
АДС-м	100	100	100
Против гриппа	100	100	100
Против кори	100	100	100
Против краснухи	100	100	100
Против гепатита А	100	100	100
Против гепатита В	100	100	100

Таблица 2

Результаты вакцинации детей за 2008—2010 гг.

Наименование прививки	Показатель, %		
	2008 г.	2009 г.	2010 г.
ПКЭ	95	95	93
АКДС	100	100	100
Против гриппа	90	93	50*
Против кори	100	100	100
Против паротита	100	100	100
Против краснухи	100	100	100
Против гепатита А	100	100	100
Против гепатита В	100	100	100
БЦЖ	100	100	100

* Начало вакцинации (данные на 18.10.2010).

ровьем и эмоциональным благополучием, организацией среды, в которой он живет и воспитывается, стилем общения, распорядком дня, что обеспечивает бережное отношение к нервной системе дошкольника.

Пребывание ребенка в детском саду определяет режим дня и рас-

писание занятий, в которых отражено не только распределение умственной и физической нагрузок в течение дня, но и сезонность. Например, гибкий режим дня, реализуемый в группе раннего и младшего дошкольного возраста в период адаптации, исключает специально организованные формы

обучения, отличается насыщенностью форм совместной деятельности, что обеспечивает стабильно высокий процент детей (даже 1,5-годовалого возраста) с легкой степенью адаптации к условиям детского сада (2008 г. — 68%; 2009 г. — 73; 2010 г. — 70%).

Педагоги ДОУ внимательно следят за соблюдением баланса между разными видами активности детей. На занятиях с умственной нагрузкой используются физкультминутки и паузы, ритмические и танцевальные движения, подвижные игры, а на двигательных занятиях — словесные, хороводные, малоподвижные игры, упражнения на релаксацию. Для профилактики утомляемости отдельных детей уменьшается общая нагрузка.

Обеспечение психологической безопасности личности дошкольника включает в себя и доброжелательный стиль общения взрослого с ребенком. Дети — партнеры взрослых в играх, занятиях, труде, поисковой деятельности. Все взрослые стремятся установить с детьми доверительные отношения, поддерживать в группе спокойную жизнерадостную обстановку. Во взаимодействии с детьми используется такой прием, как ориентация на успех, что повышает уверенность ребенка в своих силах и позволяет реализовать право на ошибку. Этому же способствуют создание ситуации успеха, включение в работу с детьми «деревя дости-

жений». Все это позволяет отмечать малейшие продвижения каждого ребенка, укреплять позиции его собственных возможностей, воспитывать радость не только за свои успехи, но и за успехи сверстников.

Решению задач оздоровления детей способствует также организация развивающей среды, обеспечивающей ребенку чувство психологического благополучия и комфорта. С этой целью во всех группах созданы и оборудованы уголки, где ребенок может уединиться от других детей группы («Радуга» — д/с № 23, 24); уголок семьи, где ребенок может посмотреть фотографии своих родных («Детство» — д/с № 26); центры отдыха, в которых дети могут восстановить свои силы, ощутить чувство защищенности и безопасности, «личные уголки» — персональные места для хранения личных вещей.

Для обеспечения психологической безопасности ребенка и организации здоровьесберегающего пространства в МДОУ выполняются требования, предъявляемые к дошкольным учреждениям:

- педагогические (созданы условия для индивидуальной и групповой деятельности детей, их участия во всех видах детской деятельности, с учетом возраста, интересов и потребностей);
- эстетические (оформление помещений соответствует назначению, имеется современное материальное оснащение);

— гигиенические (соответствие площади количеству детей, безопасность игрового оборудования, эмоциональная насыщенность цветовой среды помещений, подбор мебели в соответствии с ростом детей).

Оздоровительная направленность воспитательно- образовательного процесса

Структура специально организованных форм обучения составлена в соответствии с Сан-ПиН 2.4.1.2660-10), раздел XII («Требования к приему детей в дошкольные организации, режиму дня и учебным занятиям»), что обеспечивает охрану здоровья и психоэмоционального состояния дошкольников. Степень утомляемости воспитанников, уровень их невротизации, эмоциональный комфорт, в итоге — состояние здоровья, зависят не только от объема учебной нагрузки и ее содержания, но и методов, режимов и технологий обучения. Режим обучения — с сентября по май (группа компенсирующего вида — с октября по май). Методы обучения целиком зависят от возрастных особенностей детей: в группах раннего и младшего дошкольного возраста — игровые; старшего дошкольного возраста — практико-деятельностные, создание практических ситуаций.

В течение дня педагогами используются:

- разнообразные формы работы по сохранению и укреплению здоровья для разных категорий детей в режиме дня (логоритмика, рассматривание макетов, игры-демонстрации, коллективное чтение, обсуждение примеров здорового и нездорового образа жизни и т.д.);
- различные оздоровительные режимы (адаптационный, на время каникул и летний периоды);
- комплекс закаливающих мероприятий (воздушное закаливание, хождение по «дорожкам здоровья», профилактика плоскостопия; босохождение, «топтание» в тазах, полоскание горла и рта, максимальное пребывание детей на свежем воздухе);
- физкультурные занятия всех типов и видов в зале и на улице;
- оптимальный двигательный режим.

Кроме традиционной двигательной деятельности детей, входящей в систему физкультурно-оздоровительной деятельности (утренняя гимнастика, физкультурные занятия, проведение подвижных игр, прогулки, музыкально-ритмические занятия), мы включаем в воспитательно-образовательный процесс технологии оздоровления и профилактики:

- пятиминутки здоровья;
- двигательные перемены между занятиями;
- проведение дней здоровья;

— физкультурно-спортивные праздники в зале и на улице.

Коррекционная деятельность заключается в работе с детьми:

- отстающими в основных видах движения;
- имеющими нарушения осанки и плоскостопие (или склонность к ним).

Основное условие сохранения и укрепления здоровья воспитанников в детском саду — системная работа, реализующая оздоровительные, воспитательные и образовательные задачи.

Развивая социальное партнерство, наше дошкольное учреждение как открытая образовательная система взаимодействует с городскими учреждениями здравоохранения, физической культуры и спорта. Традицией стали малые олимпийские игры, дружеские встречи со спортсменами ОАО «Динур».

Говорить о реализации в образовательном учреждении здоровьесберегающей педагогики можно, только когда забота о здоровье — один из приоритетов работы всего педагогического коллектива составляет активную жизненную позицию сотрудников. Их участие в спортивных мероприятиях — яркое тому подтверждение.

Формирование валеологической культуры ребенка

В настоящее время вопросы организации и обучения детей дошкольного возраста основам

безопасности жизнедеятельности, воспитания у них валеологических навыков и умений особо актуальны в комплексной проблематике здоровья, поскольку позволяют дошкольникам самостоятельно решать задачи, связанные с безопасным поведением, оказанием элементарной медицинской и психологической помощи и самопомощи. Дети учатся приемам расслабления, аутотренингу, получают знания о полезных и вредных растениях и т.п. В каждой группе проводится цикл бесед на темы: «Мое здоровье», «Как устроено мое тело», «Как ухаживать за моим телом», на которых дети учатся осознавать ценность здоровья, знакомятся с элементарными правилами безопасного стиля жизни.

Реализуя здоровьесберегающее направление, мы формируем у дошкольников установку на здоровье как важную жизненную ценность.

Технология «Безопасность» (Н.Н. Авдеева, О.Л. Князева, Р.Б. Стеркина) помогает нам формировать у дошкольников определенные навыки и умения.

В младшем дошкольном возрасте:

- развитие умения понимать эмоции других людей с ориентацией на мимику и пантомимику;
- способности к сопереживанию, умению проявлять сочувствие, жалость;
- положительного отношения к себе и своему имени;

- представлений о принадлежности к женскому или мужскому полу, особенностях поведения мальчиков и девочек;
- о себе и своей семье;
- своем внешнем облике, ознакомление со схематическим изображением тела.

В старшем дошкольном возрасте:

- закрепление пройденных тем в младших и средней группе на занятиях и в свободной деятельности;
- развитие представлений о своем теле (органы чувств, опорно-двигательная система, внутренние органы);
- беседы о пользе и влиянии на организм физических упражнений;
- о правильном питании как составной части сохранения и укрепления здоровья;
- ознакомление с правилами первой помощи.

В работе с детьми используют планы мероприятий по формированию у дошкольников навыков безопасного поведения:

- по профилактике травматизма среди воспитанников;
- обеспечению безопасного пребывания на льду;
- противопожарной безопасности;
- безопасности при возникновении чрезвычайной ситуации;
- действиям для заблудившихся в лесу, парке, на окраине города.

Таким образом, проделанная работа дала не узкий результат — формирование представлений о ЗОЖ, — а вывела к комплексно-

му подходу формирования основ безопасной жизнедеятельности в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей.

Проанализировав состояние работы в МДОУ в соответствии с требованиями, мы все же выявили противоречия:

- между систематичной и последовательной работой педагогического коллектива по сохранению и укреплению здоровья воспитанников и фактическими данными уровня реального здоровья ребенка;
- новыми требованиями к организации здоровьесберегающей деятельности в условиях МДОУ и наличием объективных факторов, тормозящих реализацию ее отдельных направлений (санитарно-гигиенических, профилактических и др.);
- необходимостью интенсивного вовлечения родителей воспитанников в качестве единомышленников в профилактико-оздоровительный процесс и несформированностью степени их заинтересованности в данном вопросе.

Противоречия позволили определить основную проблему, на решение которой будет направлена дальнейшая деятельность по вопросам сохранения и укрепления здоровья дошкольников, а именно: рационализация процесса управления посредством проведения дней диагностики, регулирования и коррекции здоровьесберегающей деятельности.

Психологическая готовность ребенка к обучению в школе

Солодовниченко И.А.,

врач-психотерапевт высшей категории, заведующий отделом практической психологии и психотерапии, ГУЗ «Свердловский областной центр медицинской профилактики», г. Екатеринбург

Вопрос психологической готовности к обучению в школе достаточно широко рассматривался в отечественной и зарубежной психологии. Представители зарубежной психологической школы (А. Анастаси, С. Штрембел) рассматривали проблему в аспекте школьной зрелости. Отечественные психологи (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин) делали акцент на теоретическую разработку вопроса.

По выражению Л.С. Выготского, готовность к школьному обучению формируется в ходе самого обучения. В последнее время обучение есть и в дошкольном возрасте, но его характеризует исключительно интеллектуалистический подход. Ребенка учат читать, писать, считать. Однако можно все это уметь делать, но не быть готовым к школьному обучению. Готовность определяется тем, в какую деятельность все эти умения включены. Усвоение детьми знаний и умений в дошкольном возрасте включено в игровую деятельность, и поэтому знания имеют другую структуру. Следовательно, готовность к школьному обучению не измеря-

ется по формальному уровню таких умений и навыков, как чтение, письмо, счет. Владея ими, ребенок может еще не иметь соответствующих механизмов умственной деятельности к обобщению и дифференцировке в необходимых категориях.

По мнению Д.Б. Эльконина, надо обращать внимание на возникновение произвольного поведения — как ребенок играет, подчиняется ли он правилу, какие выбирает роли во время игры. Превращение правила во внутреннюю инстанцию поведения — важный признак готовности к обучению. За выполнением правила лежит система социальных отношений между ребенком и взрослым.

Л.И. Божович наиболее важным компонентом готовности считала мотивационный. Она выделяла мотивы, связанные с потребностями в общении и интеллектуальной активности.

На основе обобщения разных подходов можно выделить ряд признаков психологической готовности к школе:

- созревание учебного мотива (сильное желание учиться);
- достаточно широкий круг знаний об окружающем мире;

- способность к выполнению основных мыслительных операций;
- достижение определенного уровня физической и психологической выносливости;
- развитие интеллектуальных, моральных и эстетических чувств;
- определенный уровень речевого и коммуникативного развития.

Психологическая готовность формируется у ребенка на протяжении всего дошкольного детства и является комплексным структурным образованием, включающим интеллектуальную, личностную, социально-психологическую и эмоционально-волевою готовность. Рассмотрим, что входит в каждый компонент психологической готовности к школе.

Интеллектуальная готовность:

- наличие кругозора и запаса знаний в соответствии с возрастом;
- сформированность начальных умений учебной деятельности;
- аналитическое мышление (способность постижения признаков и связей между явлениями, умение действовать по образцу);
- логическое запоминание;
- развитая мелкая моторика и сенсомоторная координация;
- умение выделять учебную задачу и переводить ее в самостоятельную цель деятельности;
- развитый фонематический слух.

Личностная готовность:

- принятие новой социальной позиции;

- позитивное отношение к школе, учителям, учебной деятельности, самому себе;
- интерес к процессу получения знаний, любознательность;
- желание ходить в школу;
- произвольное управление своим поведением;
- объективность самооценки;
- потеря непосредственности.

Социально-психологическая готовность:

- гибкое владение способами установления взаимоотношений;
- потребность в общении;
- умение подчиняться правилам и нормам;
- действовать совместно, согласованно.

Эмоционально-волевая готовность:

- наличие «эмоционального предвосхищения» (предчувствие и переживание отдаленных последствий своей деятельности);
- эмоциональная устойчивость;
- сформированность стремления к преодолению трудности;
- умение ограничивать эмоциональные мотивы;
- систематически выполнять задания.

На сегодняшний день имеются разные точки зрения на взаимосвязь компонентов психологической готовности к школе. Тем не менее каждый из компонентов необходим и требует учета в процессе подготовки ребенка к обучению.

Диагностика психологической готовности к школе

С данной проблемой диагностики психологической готовности детей к обучению сталкиваются психологи детских дошкольных учреждений и учреждений образования. При этом каждый специалист, в меру своей компетентности, теоретических предпочтений, использует различный набор методических процедур, позволяющих получать данные о сформированности психологической готовности к школьному обучению.

Психолог проводит как массовые, так и индивидуальные психодиагностические обследования.

При *массовых (групповых) обследованиях* детей определяются уровень интеллектуального развития, развития тонкой моторики руки, координация движения рук и зрения, умение ребенка подражать образцу. Для этого используют ориентационный тест школьной зрелости Керна—Йирасека, состоящий из четырех заданий: рисование мужской фигуры по представлению, подражание письменным буквам, срисовывание группы точек, ответы на вопросы (каждому ребенку предлагаются 20 вопросов). Тест обладает рядом существенных достоинств для первоначального обследования детей:

- непродолжителен по времени;
- применим как в индивидуальном, так и в групповом обследовании;
- имеет нормативы, разработанные на большой выборке;

- не требует специальных средств и условий для проведения;
- позволяет психологу получить достаточную первичную информацию о ребенке.

Ряд специалистов (Е.А. Бугрименко, А.Л. Венгер) также предлагают определять у детей, поступающих в школу, показатели психического развития, наиболее важные для успешного обучения. В качестве такой диагностической процедуры используется комплекс методик, позволяющих охарактеризовать следующие механизмы:

- уровень развития предпосылок учебной деятельности: умение внимательно и точно выполнять последовательные указания взрослого, самостоятельно действовать по его заданию, ориентироваться на систему условий задачи, преодолевая отвлекающее влияние побочных факторов (методики: «Графический диктант», «Образец и правила» [1]);
- уровень развития наглядно-образного мышления (в частности наглядно-схематического), служащего основой для последующего полноценного развития логического мышления, овладения учебным материалом (методика «Лабиринт» [1]).

Эти методики желательно проводить при групповом обследовании, поскольку они направлены на умение ребенка действовать по указаниям взрослых, адресованы группе или классу.

Использование данного комплекса методик позволяет психологу практически сразу выделить круг детей, нуждающихся в

уточнении результатов группового обследования. В основном в эту группу попадают дети с низкими результатами выполнения методики Керна—Йирасека и низким уровнем сформированности компонентов учебной работы. В дальнейшем с такими детьми проводят индивидуальное обследование и дополнительную подготовку к школе.

В ходе индивидуального психологического обследования готовности ребенка к школьному обучению, помимо определения уровня интеллектуального развития, развития тонкой моторики руки, координации движения рук и зрения, умения ребенка подражать образцу, необходимо обращать внимание:

- на коммуникабельность ребенка;
- развитие речи, грамматическую правильность, богатство языка;
- восприятие инструкции к заданию (быстрота понимания, способность выслушать до конца, а затем приступить к выполнению);
- сосредоточенность во время выполнения задания;
- темп выполнения задания (быстрый, медленный, с остановками, отвлечением, равномерный, разнообразный);
- работоспособность.

Между выполнением заданий рекомендуется делать небольшие перерывы для отдыха ребенка и сбора важной информации о нем. Например, если ребенок с трудом вступает в контакт, сторонится взрослого, можно расспросить его

о близких, друзьях, любимых играх, желаниях.

При индивидуальном обследовании критериями выбора методик для психолога должны быть: информативность, временная экономичность, легкость в обработке.

Ребенка считают не готовым к школе, если он:

- настроен исключительно на игру;
- недостаточно самостоятелен;
- чрезмерно возбудим, импульсивен, неуправляем;
- не умеет сосредоточиться на задании, понять словесную инструкцию;
- мало знает об окружающем мире, не может сравнить предметы, назвать обобщающее слово для группы знакомых предметов;
- имеет серьезные нарушения речевого развития;
- не умеет общаться со сверстниками;
- не хочет контактировать со взрослыми или, наоборот, слишком развязен.

С ребенком, недостаточно подготовленным к обучению в школе, необходимы дополнительные целенаправленные занятия. К моменту начала обучения важно иметь не столько сформированные навыки, сколько способность воспринимать и усваивать новый материал.

Литература

1. *Рогов Е.И.* Настольная книга практического психолога в образовании. М., 1996.
2. *Солодилова О.П.* Возрастная психология в вопросах и ответах. М., 2005.
3. *Широкова Г.А.* Справочник дошкольного психолога. Ростов н/Д., 2008.

В фокусе внимания – семьи с дошкольниками

Яровикова Е.А.,

директор;

Воробьёва У.Т., Лашевская Е.Л., Юрочкина Н.А.,

педагоги-психологи высшей категории;

Домрачева Г.И.,

заместитель директора, педагог высшей категории,

Центр психолого-педагогической поддержки

несовершеннолетних «Диалог», г. Екатеринбург

По всеобщему признанию ученых-исследователей социальный институт семьи переживает сегодня состояние кризиса. Современная семья нуждается в разнообразных знаниях: психологических, педагогических, медицинских и т.д.

Приоритетным направлением деятельности Екатеринбургского Центра психолого-педагогической поддержки несовершеннолетних «Диалог» с семьями, имеющими детей дошкольного возраста, является комплексный подход к решению проблем дошкольников, заключающийся:

- в повышении психологической компетентности родителей;
- безотлагательном решении трудной актуальной ситуации;
- формировании навыков управления своими эмоциями и развитии чувства уверенности в себе.

Данное направление реализуется в процессе индивидуального психологического консультирования, организации городского родительского всеобуча и прове-

дения сеансов на аппаратных комплексах.

Психологические проблемы в семьях с дошкольниками

Сегодня обращение родителей к психологу-консультанту стало нормой. Консультирование семей с дошкольниками в Центре «Диалог» было организовано с 2008 г. За это время проведена 221 консультация (рис. 1).

Как видно из рисунка, чем младше дети, тем меньше семей, обратившихся за консультацией. Исключение составляют лишь семьи с 7-летними детьми, так как в основном это дети, уже поступившие в школу, и в данном анализе их количество не учитывается.

Пик интереса родителей 6-летних детей к профессиональному мнению психолога об их ребенке связан прежде всего с предстоящим поступлением в школу. Родителей волнует будущая оценка их ребенка обществом в лице та-

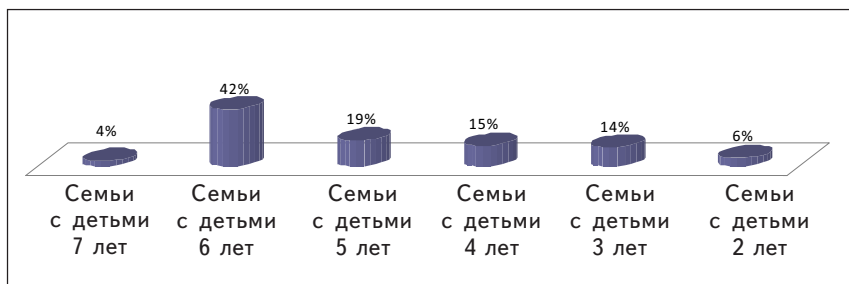


Рис. 1. Процентное распределение семей с детьми разного возраста, пришедших на консультацию

кого важного социального института, как «школа». Если проанализировать запросы родителей 6-летних детей, можно увидеть, что половину составляют запросы на психологическую диагностику готовности ребенка к школе. Однако родители вкладывают разный смысл в этот запрос. Кто-то говорит о развитии интеллекта, кто-то — об эмоционально-волевой сфере, кто-то — об умении общаться.

Остальные запросы объединены в следующие группы:

- 1) семейные проблемы (утраты, разводы, алкоголизм, жестокость и т.п.);
- 2) проблемы поведения ребенка (агрессивность, гиперактивность);
- 3) взаимоотношений родителей и ребенка;
- 4) страхи; особые проблемы (клептомания, зависимость от сладкого, умственная отсталость и пр.).

Группы запросов на проблемы поведения ребенка и взаимоотношений родителей и ребенка на первый взгляд кажутся одинаковыми, но мы их разделили по

основанию — фокусу родительского внимания. Если родители считают источником возникающих в воспитании трудностей природные данные, характер ребенка, такой запрос мы относим к группе 2, если же они полагают, что причиной являются негармоничные детско-родительские отношения и для решения проблем необходимо их изменение, подобные запросы относим к группе 3. Группа 4 (страхи) выделена благодаря значительному числу запросов, содержащих это слово, хотя их можно было отнести к группам 2 и 3, поскольку подобное эмоциональное состояние вполне могло быть причиной первых запросов или следствием вторых. К особым проблемам отнесены различные единичные случаи. Процентное распределение между всеми указанными группами представлено на рис. 2.

Как видно из рисунка, после диагностики на школьную готовность больше всего родительских запросов посвящено проблемам поведения детей.

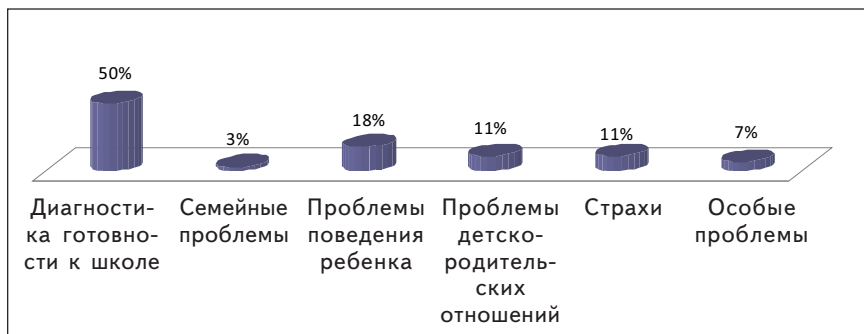


Рис. 2. Процентное распределение запросов от семей с детьми 6 лет

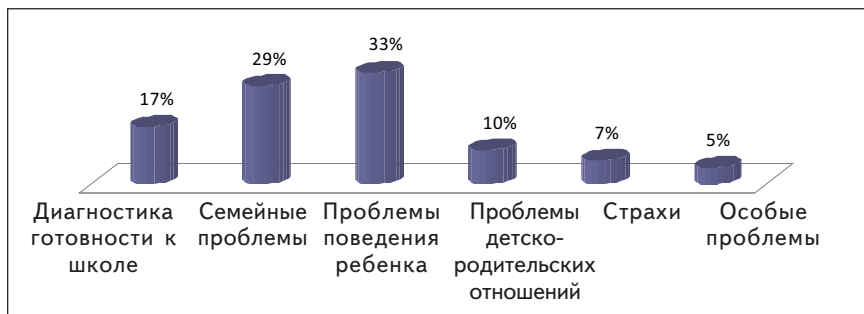


Рис. 3. Процентное распределение запросов от семей с детьми 5 лет

Если провести аналогичный анализ по запросам от семей с детьми 5, 4, 3 и 2 лет, получим следующие результаты, приведенные на рис. 3.

Для семей с 5-летними детьми на первое место выходят запросы, связанные с поведенческими проблемами детей: агрессивность, гиперактивность, конфликтность, замкнутость. Значительное место занимают и запросы, связанные с семейными проблемами: утратами, разводами, приемными детьми. Диагностика школьной готовности также является достаточно

востребованной, поскольку многие родители торопятся отдать детей в школу как можно раньше. К особым проблемам в этом случае были отнесены: отношения между сиблингами, вопросы по половому воспитанию и пр. Обращает на себя внимание значительное расхождение по запросам, связанным с семейными проблемами, для семей с 6-летними (3%) и 5-летними (29%) детьми. Предположительно данное расхождение объясняется огромной значимостью школы для родителей, перед которой теряют свою важность

некоторые серьезные семейные события. Если же до школы еще есть время, тревога перед ней пока не поглощает родителей целиком и не искажает их взгляда на семейную историю.

Представим распределение запросов для семей с 4-, 3- и 2-летними детьми (рис. 4—6).

На представленных рисунках фигурируют запросы на психологическую диагностику, предмет которой родители называют интеллектуальное развитие ребенка, развитие его эмоциональной сферы. Их волнует, соответствует ли развитие малыша возрастным нормам, нет ли отставания в какой-нибудь сфере. Среди семейных проблем, являющихся запросом, чаще всего упоминаются такие события, как утрата близких людей, развод родителей, рождение второго или появление приемного ребенка. Поведенческие проблемы ребенка, которые заявляются родителями, чаще всего включают: агрессивность,

гиперактивность, стеснительность, капризность, трудности адаптации к детскому саду. В группу запросов по проблемам детско-родительских отношений вошли запросы родителей на взаимное непонимание детей и родителей, конфликты и ссоры между ними. К особым проблемам отнесены единично заявленные случаи: воспитание близнецов, одиночество ребенка, отказ от горшка в детском саду, заикание. В запросах от семей с 4-, 3- и 2-летними детьми впервые появилась группа запросов на повышение собственной родительской компетенции. По сути дела, все запросы можно было бы отнести к группе повышения родительской компетенции. Но мы выделили отдельную группу и собрали только те запросы, в которых родители осознавали дефицит информации, нужной для воспитания ребенка, необходимость эмоциональной поддержки в



Рис 4. Процентное распределение запросов от семей с детьми 4 лет

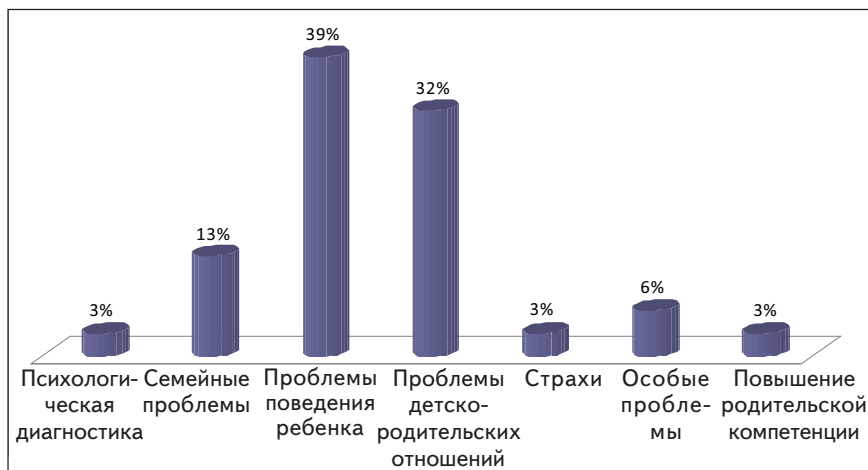


Рис. 5. Процентное распределение запросов от семей с детьми 3 лет

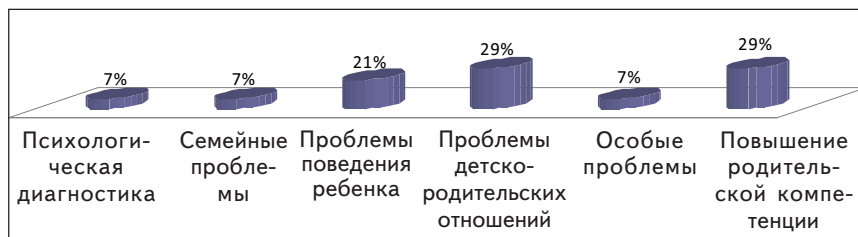


Рис. 6. Процентное распределение запросов от семей с детьми 2 лет

создавшейся жизненной ситуации или потребность в расширении спектра вариантов при принятии важных решений. Эти запросы характерны лишь для семей с детьми не старше 4 лет. Можно предположить, что среди молодых родителей формируется новое отношение и к воспитанию детей, и к психолого-педагогической профессиональной помощи. Новое отношение к воспитанию заключается в том, что оно представляется родителям делом важным, ответственным и требующим соответствующих знаний

и умений. Молодым отцам и матерям, с одной стороны, не хочется бездумно повторять воспитательский опыт своих родителей, они готовы думать, анализировать, целенаправленно поддерживать традиции воспитания, которые сами одобряют. С другой — эти родители намерены решительно отказаться от воспитательских стереотипов, осуждаемых ими, и наполнить родительский арсенал прогрессивными методами.

Таким образом, анализ родительских запросов на консультирование позволяет сформулиро-

вать те проблемы, которые предстоит решать Центру «Диалог».

1. Чем старше ребенок, тем менее ориентированы родители на профессиональную психолого-педагогическую поддержку. Даже для тех возрастных групп, где запросы на повышение родительской компетенции существуют, их количество незначительно. Отсюда формулируется задача психолого-педагогического просвещения родителей, их информирования о функциях и ресурсах Центра «Диалог».

2. Наблюдается страх родителей перед школой, что проявляется в значительном числе запросов на психологическую диагностику школьной готовности детей. Страх родителей передается детям, что негативно влияет на их школьную и учебную мотивацию, а в дальнейшем на адаптацию первоклассников к школе. Родительский страх перед школой складывается из собственного детского страха перед ней, из страха за здоровье и успешность ребенка, ощущения неопределенности и непредсказуемости, возникающего из незнания взрослых о том, какой школа стала теперь. Страх взрослых перед школой увеличивается благодаря массовым негативным атакам на школу в СМИ. Отсюда формулируется задача Центра — информировать родителей о современном состоянии школы, провести презентацию позитивных аспектов школьного обучения, познакомить с передовыми учителями.

3. Значительно возросло число запросов, связанных с семейными проблемами, среди которых утраты родителей, разводы, рождение вторых и появление приемных детей, алкоголизм родителей, жестокое обращение с детьми и т.п. Центр «Диалог» не выполняет функций учреждения социальной защиты, в его компетенцию не входит материальная и социальная помощь семьям. Его назначение — оказание психолого-педагогической поддержки родителям и детям. Специалисты Центра не могут изменить событийную сторону жизни семей, обратившихся на консультацию. Их задача — помочь выбрать оптимальную стратегию поведения в трудной жизненной ситуации и оказать адекватную поддержку как взрослым, так и детям. Такая деятельность, конечно же, не уменьшит число запросов, связанных с семейными проблемами, но может значительно ослабить негативное влияние жизненных испытаний на состояние и развитие детей, а взрослых вывести из трудностей с вновь приобретенными полезными социальными навыками.

4. Общее число запросов, связанных с проблемами поведения детей, значительно превышает число запросов на изменение детско-родительских отношений. Проблема, проявляющаяся в этом факте, состоит в том, что родители отказываются брать ответственность за воспитание ребенка на себя. Они приводят его к специ-

алисту, жалуются, какой малыш «плохой» (капризный, упрямый, непослушный, глупый, жестокий и т.д.) в надежде, что психолог каким-то чудодейственным образом за одну консультацию исправит его. Задача психолога в этом случае — изменить установку родителя на воспитание, привести его к пониманию, что воспитание, как и материальная забота о ребенке, требует от взрослого вложений: временных, финансовых, душевных, интеллектуальных. Выполнение этой задачи осложняется сопротивлением родителя, т.е. неосознанным его стремлением не услышать важных слов, не принять их к сведению, не поверить им. Профессионализм психолога в данном случае заключается в умении справиться с сопротивлением родителя. Эффективной стратегией будет принятие без осуждения и раздражения сопротивляющегося поведения родителя, переживания, сочувствия и уважения к его трудной ситуации и жизненной выносливости, организация так называемого «горизонтально» общения. «Горизонтальное» общение в отличие от «вертикального», строящегося по принципу «один — главный, другой — второстепенный», выстраивается на равноправной основе. При «горизонтальном» общении психолог и родитель не являются судьей и обвиняемым, а общаются как два равноправных сотрудника, совместно решающих заявленную проблему.

Заботливые родители — здоровые дети

Результаты анализа психологических проблем, возникающих в семьях с дошкольниками и полученные в процессе консультирования, стали основой для разработки нового проекта «Растем вместе», направленного на повышение родительской компетентности и оказание психологической поддержки в решении возрастных и индивидуальных проблем воспитания и развития детей дошкольного возраста, а также профилактики нарушений личностного развития ребенка.

Проект нацелен на родителей детей дошкольного возраста г. Екатеринбурга и в таком организационном формате осуществляется с 2009 г. силами специалистов Екатеринбургского Центра психолого-педагогической поддержки несовершеннолетних «Диалог». Для образовательного комплекса города такой подход является инновацией.

В проекте впервые предлагается инновационный комплексный подход психолого-педагогического просвещения родителей детей дошкольного возраста, ориентированный на индивидуальность ребенка и запросы семьи. Проект «Растем вместе» базируется на современных научных подходах к развитию ребенка, его ранней социализации, разработан с учетом психофизиологических

особенностей детей дошкольного возраста, формирует социокультурные навыки родителей, дает представление о психофизическом развитии ребенка и психологической основе материнства и отцовства.

Отличительная черта проекта — превентивный (опережающий) подход к построению, подбору содержания и технологий проведения встреч с родителями, основанный на учете принципиальных особенностей взаимодействия родителей и детей в дошкольном возрасте, когда ребенок — «источник образования».

Проект выстраивается от постановки проблемы к выдвижению предположений и их проверке на основе систематического исследования. Это предполагает создание особой атмосферы доверия, сотрудничества между участниками встречи.

Структура встреч носит деятельностный характер, формируется на основе проблемно-системного принципа, в соответствии с которым ее базовым ядром становится совместно анализируемая участниками встречи психолого-педагогическая проблема или конкретная ситуация взаимодействия, где ведущая деятельность — поисково-исследовательская. Программа встреч строится как обучающая и личностно-ориентированная. Для ее осуществления нужна особая образовательная

среда, в которой родитель — главная действующая фигура.

Содержание проекта реализуется не столько в традиционных формах обучения, сколько через организацию работы с родителями посредством интерактивных форм и методов: родительский практикум, вечер вопросов и ответов, эксперимент-анкетирование, семинар-практикум, экспресс-опрос, родительская школа, деловая и ролевая игра, дискуссия, интерактивное занятие и др.

Для эффективной реализации проекта «Растем вместе» привлекаются социальные партнеры — юрист, медицинские работники, педагоги дополнительного образования и начальных классов, воспитатели и заведующие детских садов, представители книжных издательств, фирмы-изготовители детских пособий и игрушек.

Результаты эффективности проекта оцениваются в соответствии с мониторингом, определяющим интересы, мнения и запросы родителей по вопросам воспитания и развития дошкольников. Мониторинговые показатели позволяют проследить эффективность процесса обучения родителей, определить дальнейшее направление родительского образования.

Долгосрочный результат — организация сообщества родителей, заинтересованных в создании благоприятных условий воспитания и развития детей дошколь-

ного возраста, а также распространение приобретенного опыта среди родительской общности г. Екатеринбурга.

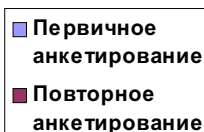
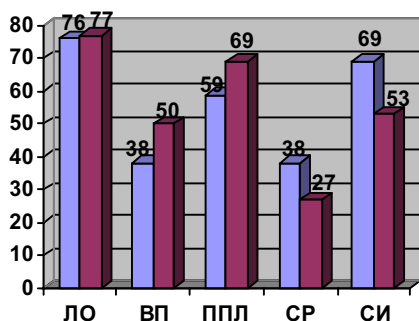
В 2009/10 уч. г. проект прошел апробацию. В процессе нее было проведено первичное и повторное анкетирование с целью анализа данных по выделенным критериям:

- компетентность в психолого-педагогических знаниях о специфике воспитания и развития детей дошкольного возраста;
- изменение отношений и установок родителей по вопросам

воспитания и развития дошкольников.

Результаты по каждому показателю представлены в процентном соотношении (рис. 7—12).

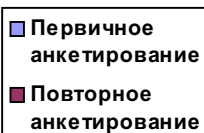
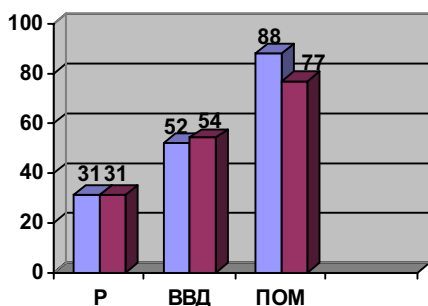
В среднем до 20% родителей изменили свое отношение к способам получения информации о воспитании ребенка в процессе посещения встреч в рамках проекта. Основными источниками знаний стали литература психолого-педагогической направленности и консультации специалистов. Значительно снизился процент родителей, полагающихся на



Условные обозначения:

ЛО — личный опыт; ВП — воспитатель ДОУ, психолог ДОУ; ППЛ — педагогическая и психологическая литература; СР — советы других родителей, друзей, соседей, СМИ; СИ — своя интуиция.

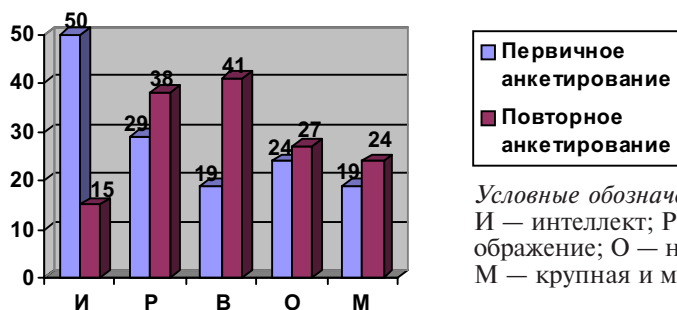
Рис. 7. Источник знаний о воспитании ребенка



Условные обозначения:

Р — развлечение; ВВД — ведущий вид деятельности; ПОМ — возможность познания и освоения окружающего мира.

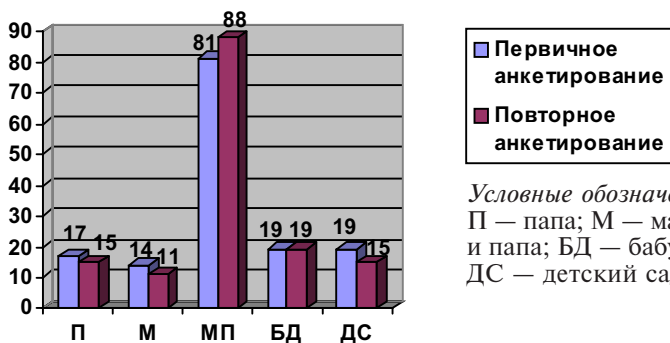
Рис. 8. Игра — это...



Условные обозначения:

И — интеллект; Р — речь; В — воображение; О — навыки общения; М — крупная и мелкая моторика.

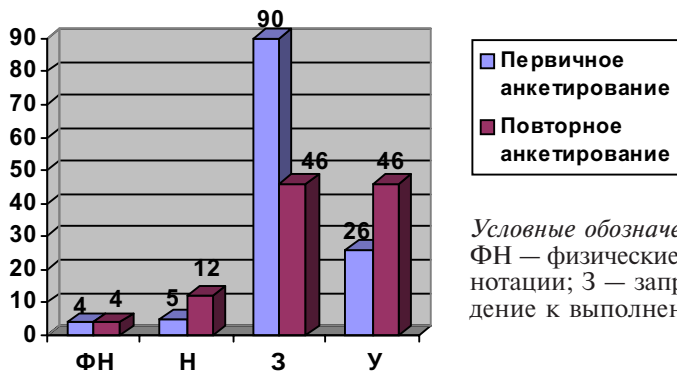
Рис 9. Что необходимо развивать в первую очередь у ребенка



Условные обозначения:

П — папа; М — мама; МП — мама и папа; БД — бабушка и дедушка; ДС — детский сад.

Рис. 10. Воспитанием мальчика должны заниматься...



Условные обозначения:

ФН — физические наказания; Н — нотации; З — запреты; У — убеждение к выполнению чего-либо.

Рис 11. Наиболее эффективными наказаниями являются...

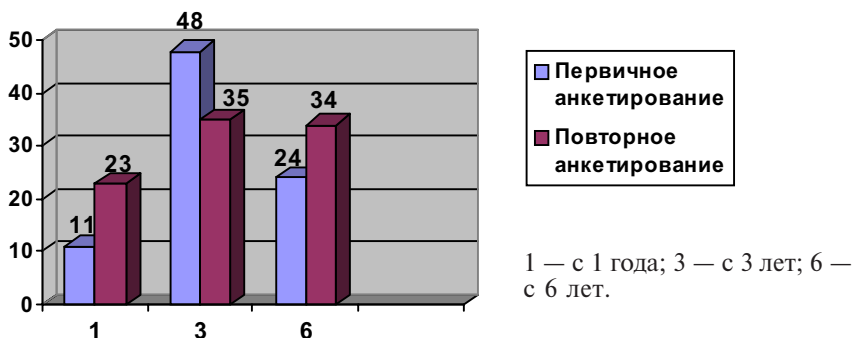


Рис 12. Необходимость подготовки ребенка к школе

собственную интуицию и советы других родителей, друзей, соседей.

Мнение родителей о том, что игра — это возможность познания и освоения окружающего мира, осталось преобладающим. Последующие позиции, как в первичном, так и в повторном анкетировании, заняли мнения о том, что игра — ведущий вид деятельности и развлечение для ребенка дошкольного возраста.

В процессе реализации проекта мнение родителей о степени значимости развития указанных параметров изменилось. Если при первичном анкетировании внимание уделялось развитию интеллекта, при повторном более значимыми стали развитие у дошкольников воображения, речи и развитие крупной и мелкой моторики.

Информация, полученная на встречах, позволила родителям не-

значительно изменить свои взгляды на участие в воспитании ребенка обоих родителей. На первом месте у большинства опрошенных мнение о том, что воспитанием мальчика должны заниматься мама и папа.

По результатам анкетирования видно, что родители кардинально (почти в 2 раза) изменили свое отношение к таким наказаниям ребенка, как запреты, нотации и убеждения. Поввысилась значимость убеждения ребенка к выполнению чего-либо и наблюдается разумность использования запретов.

Мнения родителей в отношении начала подготовки ребенка к обучению в школе разделились. Часть родителей считает, что подготовку к школе нужно начинать как можно раньше (с 1 года). Почти 50% родителей предполагают начать готовить ребенка к школе с 3 лет. Остальные считают, что достаточно одного года перед началом обучения в шко-

ле. При проведении повторного анкетирования у 10% опрошенных мнение изменилось на противоположное: 35% — считают, что подготовкой к школе надо заниматься с 3 лет и 34% — с 6.

Проект предполагает взаимодействие педагогов ДОУ и родителей по иным вопросам, выявляет заинтересованность родителей в подобных занятиях. На них родители хотят получить:

- максимальную информацию о развитии и воспитании ребенка — 76%;
- рекомендации специалистов (педагога-психолога, логопеда) — 57%;
- информацию о литературе по воспитанию ребенка — 21%;
- возможность общения с родителями других детей — 10%;
- навыки разрешения сложных ситуаций по воспитанию ребенка — 85%.

Что больше всего понравилось на занятиях:

- атмосфера мероприятий — 68%;
- выступления специалистов — 66%;
- теоретические сообщения — 50%;
- практические упражнения — 48%;
- раздаточный материал — 48%;
- комментарии и примеры ведущих — 46%;
- возможность обмена опытом — 38%.

Насколько родители готовы применить полученные знания:

- готовы применять знания — 73%;
- необходима дополнительная информация, подготовка — 27%;
- не планируют применять информацию, предложенную специалистами — 0%.

Насколько было понятно содержание занятий:

- все понятно — 80%;
- непонятно — 4%;
- теоретические аспекты более понятны, чем практические — 4%.

Планируют ли родители посещение встреч в следующем году:

- да — 77%;
- нет — 0%;
- посоветуют знакомым — 46%.

Таким образом, подводя итоги апробации проекта, необходимо отметить, что предложенная на занятиях с родителями информация повлияла на отношение и смену первоначальных позиций к некоторым вопросам воспитания и развития детей.

1. Родители изменили отношение к способам получения информации о воспитании ребенка в процессе реализации проекта. Основными источниками знаний стали литература психолого-педагогической направленности и консультации специалистов.

2. Изменилось мнение родителей о степени значимости развития воображения, речи и моторики.

3. Повысилась значимость убеждения ребенка к выполнению чего-либо и разумность использования запретов.

4. Знание причин поведения ребенка дошкольного возраста, связанного с особенностями его здоровья, помогло родителям в построении конструктивных взаимоотношений в семье.

Результаты опроса показали заинтересованность родителей в обсуждаемых на встречах вопросах и подтвердили актуальность и необходимость данного проекта. Степень удовлетворенности организацией и содержательной составляющей проекта «Растем вместе», по мнению родителей, высокая.

За учебный год в процессе апробации проекта почти в 2 раза

увеличилось число консультаций, оказанных специалистами Центра «Диалог» родителям детей дошкольного возраста — с 51 в 2008/09 уч. г. до 96 в 2009/10 уч. г.

Результаты апробации проекта позволяют выделить сообщество родителей и педагогов ДОУ, постоянно принимающих участие в проекте «Растем вместе», как условие распространения приобретенного опыта по воспитанию и развитию детей дошкольного возраста среди родительской и педагогической общественности г. Екатеринбурга. Проект стал победителем городского конкурса «Инновации в образовании — 2009» и Областного конкурса программно-методических разработок в 2010 году.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

В Российской Федерации заболеваемость краснухой продолжала снижаться и достигла уровня 1,13 на 100 тыс. населения, что в 6 раз ниже показателя 2008 г. (6,77). В 2009 г. зарегистрировано 1602 случая краснухи против 9618 случаев в 2008 г. Основную массу заболевших (76,8%) составляют дети до 17 лет включительно, среди которых также отмечается снижение заболеваемости. В 2009 г., по сравнению с 2008 г., заболеваемость детского населения снизилась в 5,5 раза и составила 4,69 против 25,69 на 100 тыс. детей.

Наиболее высокие показатели заболеваемости краснухой детей до 17 лет регистрировались в Москве (38,65), Московской области (33,9), Хабаровском крае (10,03), Ивановской (8,03), Владимирской (7,09), Курганской (6,61) и Ленинградской (5,94) областях.

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

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» представляет книги

**БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ**
Методическое пособие*Автор — Шорыгина Т.А.*

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

500 ОЛИМПИЙСКИХ ЗАГАДОК ДЛЯ ДЕТЕЙ*Автор — Агеева И.Д.*

В книге представлены спортивные загадки, игровые задания, познавательные викторины, посвященные спортивной тематике. Увлекательные и интеллектуальные «забег» помогут детям старшего дошкольного и младшего школьного возраста развить логическое мышление, воображение, смекалку, обогатят интересной информацией. Книга будет полезна родителям, воспитателям старших групп ДОУ, учителям начальных классов общеобразовательных школ и гимназий.

ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ
ДЛЯ ДЕТЕЙ 5–6 ЛЕТ
Сценарии для ДОУ*Автор — Картушина М.Ю.*

Представлены разработки оздоровительных досугов, основанных на народных праздниках, для детей старшего дошкольного возраста. Предлагаемый материал адресован музыкальным руководителям, воспитателям, инструкторам по физической культуре детских дошкольных учреждений, организаторам детского досуга, учителям начальных классов и предполагает многогранное обогащение целостной воспитательной работы на основе народного календаря. Издание содержит нотное приложение.



Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

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

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

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

Оценка деятельности медицинских работников в виде смотра-конкурса

Леонтьева С.М.,

фельдшер высшей категории, заведующий дошкольным отделением МУЗ «ДГП № 1», г. Каменск-Уральский Свердловской обл.

АКТУАЛЬНО



В коллективе дошкольного отделения Детской городской поликлиники № 1 30 средних медицинских работников, обслуживающих 30 дошкольных учреждений общим количеством детей — 3982. Отделению более 30 лет. Коллектив опытный и дружный, всегда ищущий новые интересные пути передачи накопленных знаний.

Три года выпускаем журнал «Медработник ДОУ», внимательно изучаем, анализируем, внедряем в практику.

Предлагаем привлечь внимание, выявить проблемы и найти новые пути деятельности в решении актуальных задач медицинского работника ДОУ в форме смотра-конкурса, где будут рассматриваться все рубрики раздела «Актуально». Это позволит охватить разные сферы деятельности, узнать возможности выполнения мероприятий на рабочем месте каждого индивидуально.

По результатам конкурса жюри (комиссия) определяет по большому количеству баллов отличившихся сотрудников и посредством премирования (с привлечением спонсорской помощи) награждает работников. Можно выбрать призеров конкурса по отдельным номинациям.

В своем коллективе мы провели смотр-конкурс на лучшую профессиональную и организационную деятельность фельдшера дошкольного отделения по следующим разделам работы:

- оснащенность медицинского кабинета;
- укомплектованность детьми, кадрами;
- нагрузка;
- организация питания в ДОУ;
- контроль за санэпидрежимом;
- оздоровление и закаливание;
- острая заболеваемость;
- диспансеризация детей с использованием автоматизированного комплекса диспансерного обследования;

- охрана труда, дисциплина;
- индивидуальная работа, самообразование, взаимодействие.

Оценка велась по 5-бальной системе:

5 баллов — выполнение задания на 100%;

4 — 80—99;

3 — 60—80;

2 — 40—60;

1 балл — 20—40%.

Цель: выработать мотивации к новым методам работы.

Задачи:

- вести поиск и пропаганду прогрессивных методов работы, эффективно решающих проблемы настоящего времени;
- выявлять и поощрять профессионально активных, творческих сотрудников, хороших организаторов и наставников;
- создавать условия для усовершенствования, преобразования и обновления материально-технического оснащения медицинского кабинета.

Критерии, рассматриваемые при оценке каждого раздела

Оснащение медицинского кабинета:

- наличие изолированных кабинетов (изолятор, процедурный кабинет);
- оборудование;
- мебель;
- медицинский инструментарий;
- соответствие СанПиНам.

Укомплектованность детьми и кадрами:

- наличие разновозрастных групп;

- узких специалистов (психолог, логопед, физорг);
- специализированных групп (логопедических, санаторных и т.д.);
- квалификация сотрудников.

Нагрузка:

- количество обслуживаемых ДОУ;
- обслуживаемых детей;
- охват вакцинопрофилактикой;
- организация и проведение мероприятий с широким привлечением специалистов по санпросветработе.

Организация питания в ДОУ:

- сбалансированность питания;
- качество ведения документации;
- разнообразие меню;
- эстетическое оформление.

Контроль за санэпидрежимом:

- отсутствие грубых замечаний со стороны Роспотребнадзора;
- вспышечной заболеваемости;
- замечаний при проведении мероприятий по самоконтролю;
- качество ведения документации.

Оздоровление и закаливание:

- план мероприятий;
- методика проведения;
- объем проводимых мероприятий;
- проведение мастер-класса.

Острая заболеваемость:

- качество ведения документации;
- анализ проведенных работ;
- работа с группами риска;
- наличие совместной работы ДОУ, родителей и участкового педиатра;

— внедрение индивидуальных программ, направленных на снижение заболеваемости.

Диспансеризация детей с использованием автоматизированного комплекса диспансерного обследования:

- 100%-й охват профилактическими осмотрами;
- ведение анкетирования, скрининга и анализа;
- 95%-й охват осмотром узкими специалистами в декретированные сроки;
- наличие индивидуальных программ: «Реабилитация детей с ограниченными возможностями», «Экологическая реабилитация детей в ДОО, находящихся в санитарно-защитной зоне промышленных предприятий».

Охрана труда, трудовая дисциплина:

- отсутствие замечаний;
- применение средств индивидуальной защиты;
- знания инструкций по охране труда;

— организация труда на рабочем месте.

Индивидуальная работа, самообразование, взаимодействие:

- оформление (уголки, папки, санбюллетени);
- организация и проведение коллективных мероприятий;
- получение дополнительных навыков;
- проведение мастер-класса с сотрудниками отделения.

Наши результаты:

I место: ДОО № 16 — фельдшер Г.Л. Чередник набрала 202 балла;

II место: ДОО № 88 — фельдшер М.А. Найдина — 195;

III место: ДОО № 59 — фельдшер Н.А. Яковлева — 180 баллов.

Конкурс помог нам оптимизировать и активизировать медицинскую деятельность, разнообразить формы контроля и улучшить качество обслуживания детей в ДОО. Рекомендуем коллегам воспользоваться нашим опытом.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

День народов Среднего Урала справедливо называют одним из самых любимых общенародных праздников уральцев. В соответствии с Указом Губернатора Свердловской области он проходит ежегодно во вторую субботу апреля. Впервые же отмечался весной 2003 г. Все, кто приходит на традиционный праздник мира и дружбы, имеют замечательную возможность познакомиться с обычаями, традициями и культурой многонационального народа Среднего Урала. Представители более 140 наций и народностей живут сегодня в Свердловской области, являя собой пример мира и дружбы, взаимного уважения и понимания. В регионе успешно работают около 80 национально-культурных объединений.

«Открытый» детский сад, или Родители могут все!

Пермякова Г.В.,

заведующий МДОУ д/с комбинированного вида

№ 12 «Солнышко», г. Камышлов Свердловской обл.

Чем отличаются ДОУ XXI в. от дошкольных учреждений двадцатилетней давности? Многим и прежде всего тем, что современный детский сад — это открытая образовательная система. А значит, любой коллектив ДОУ открыт для новых идей, программ, методик, готов к разностороннему сотрудничеству с социумом.

Опыт показывает, что в вопросах определения режима работы детского сада, направлений дополнительного образования детей, оздоровления и оценки качества работы ДОУ в целом всегда лучше разбираются педагогически «необразованные» люди. Заинтересованные же специалисты чаще ставят во главу угла свои интересы, иногда даже сами не осознавая того. Поэтому управление работой ДОУ необходимо организовать так, чтобы все субъекты образовательного процесса (ОП) были задействованы в его организации. Большая роль при этом отводится родительской общественности и социальным партнерам.

Семья и ДОУ — два важных института социализации ребенка. И хотя их воспитательные функции в некоторых вопросах различны, для всестороннего развития ребенка необходимо их взаимодействие. Общественность также играет большую роль в

социализации ребенка. Чем активнее деятельность социальных партнеров и родительской общественности, тем эффективнее деятельность ДОУ, а самое главное — результат — всестороннее развитие личности ребенка.

Взаимодействие коллектива ДОУ с родительской общественностью, социальными партнерами осуществляется через такие органы самоуправления, как родительский комитет и управляющий совет ДОУ.

Цель самоуправления: содействовать созданию в ДОУ оптимальных условий и форм организации образовательного процесса с привлечением всех субъектов ОП.

Наиболее активный орган самоуправления — родительский комитет ДОУ. Его члены самостоятельно определяют формы взаимодействия с дошкольным учреждением. В 2009/10 уч.г. родительский комитет предложил реализовать проект «Организация детского питания в ДОУ».

Его цель — знакомство родителей с организацией питания в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологических норм и правил.

Участники проекта: члены родительского комитета ДОУ, администрация различных уровней.

Этапы реализации проекта

1. Теоретический — повышение компетентности родителей в вопросах организации детского питания.

2. Практический — ознакомление родителей с процессом организации питания.

3. Аналитический — оценка родителями уровня организации питания.

На первом этапе мы познакомили родителей с требованиями к организации питания в ДОУ на лектории с приглашением специалистов: старшей медсестры, повара, кладовщика, заведующего. На заседании-практикуме были разработаны карты наблюдения для каждого этапа организации питания (что нужно изучить и оценить). На втором этапе родительский комитет самостоятельно назначил ответственных, каждый из которых наблюдал за конкретным этапом организации питания в ДОУ.

Этапы организации питания

1. Составление в начале года типового 10-дневного меню и согласование его с органами Роспотребнадзора:

- составление меню на каждый день;
- получение продуктов от поставщика;
- выдача продуктов со склада;
- закладка продуктов для приготовления завтрака, обеда, полдника, ужина;
- ознакомление с контрольным блюдом, снятие пробы медработником;

— получение готовых блюд с пищеблока;

— наблюдение за процессом приема пищи во всех возрастных группах.

Также определялись сроки реализации практического этапа, и далее — в течение двух недель родители активно участвовали в наблюдении за организацией питания.

2. Подведение итогов (аналитический этап) проходило в следующих формах:

- индивидуальный анализ результатов в соответствии с содержанием карт наблюдений;
- расширенное заседание родительского комитета в форме мастер-класса с приглашением заведующего, повара, кладовщика, старшей медсестры.

Участники проекта представили результаты наблюдения и внесли предложения, касающиеся улучшения вопросов питания:

- установить фильтр для питьевой воды;
- создать картотеку блюд, разработать и оформить технологические карты блюд в методическом кабинете для широкого пользования;
- реализовать проект «Сказки о незнакомом блюде», чтобы дети заинтересовывались и не боялись пробовать незнакомое блюдо.

Родители с удовольствием участвовали в дегустации блюд, приготовленных из творога, овощей, мяса. На этом же этапе участники проекта провели «Вечера вопросов и ответов» в каждой возрастной группе, подробно познакомили с проектом и ответили на интересу-

ющие вопросы других родителей. Диалог прошел в доверительной обстановке, родители общались, задавая вопросы и отвечая на них.

Результаты реализации проекта:

- повышение компетентности родителей в вопросах организации питания. Теперь родители знают, что такое санитарные правила и нормы, какие требования предъявляются к питанию детей. Они уверены в том, что требования неукоснительно выполняются;
- умение родителей грамотно оценить ежедневное меню в детском саду, корректировать домашнее питание своего ребенка как в вечернее время, так и в праздничные и выходные дни;
- уверенность родителей в том, что дети питаются в детском саду полноценно и качественно, сформированное общественное мнение о рационе питания в детском саду как о стандарте здорового питания, повышение авторитета ДООУ;
- уменьшение количества должников по родительской плате за детский сад;
- повышение активности родителей, участие в других совместных формах управления ДООУ.

Кроме того, в каждой возрастной группе существует своя особенность в организации взаимодействия детского сада и родителей малышей. В ясельной группе открыта «Школа молодых родителей», эта форма работы способствует лучшей подготовке ребенка к детскому саду и социальной адаптации. Педагоги младшей и средней групп в

работе с родителями используют круглые столы, деловые игры в форме ток-шоу на темы: «Почему ребенку нужна игра?», «Телевизор: друг или враг?», «Знаете ли вы своего ребенка?». В ходе выполнения практических заданий родители знакомятся с элементарными приемами педагогического взаимодействия с ребенком.

В старшей группе ведется журнал для родителей, педагогов и детей «День за днем» — результат их кропотливой совместной работы. На его страницах родители обмениваются опытом семейного воспитания, узнают, чем дети занимаются в детском саду, о чем мечтают, с кем дружат, в каких мероприятиях участвуют.

В подготовительной к школе группе родители — активные участники совместных мероприятий. Проводятся:

- сезонные турпоходы («Вместе весело шагать», «Отдыхаем всей семьей»);
- экскурсии (в детскую библиотеку, к родникам г. Камышлова, в музей), целевые экскурсии по г. Камышлову, на мероприятия города;
- интеллектуальные игры («Что? Где? Когда?», «Счастливый случай»);
- спортивные игры, соревнования («Ловкие, сильные, смелые», «Мама, папа, я — спортивная семья» и др.);
- фотоконкурсы («Как я провел лето», «Мы с дорожкой друзей», «Птицы — наши друзья», «Умелые руки не знают скуки»);
- музыкальные праздники, дни именинника.

День самоуправления — относительно новая форма взаимодействия ДОУ и родителей. Это день, когда родители самостоятельно организуют воспитательный процесс: от приема детей до их ухода домой. Родители активно откликнулись на предложение стать на время педагогами. Расскажем о событиях этого дня словами родителей.

Екатерина Максимова, мама 5-летней Анжелы

На мою долю выпали подъем детей после дневного сна и проведение дыхательной гимнастики. Первые упражнения мы проводили лежа в кроватках, а затем перешли в зал, ходили по массажным коврикам. Понравилось и ребятишкам и мне. После полдника играли в домино, настольно-печатные игры. Трудность была в том, что после сна нужно заплести косы или завязать банты всем девочкам, а в группе их большинство!

Людмила Березина, мама 6-летней Тани

Принять утром детей оказалось совсем не просто! Родители спешат, детей до группы не доводят, нет возможности с ними пообщаться, донести нужную информацию. И как воспитатель успевает быть одновременно в нескольких местах? А еще мы побывали на музыкальном занятии у Татьяны Валерьевны, там было так интересно, что самим хотелось петь и танцевать!

Сергей Кондратьев, папа 5-летней Оксаны

Проводил утреннюю гимнастику. Пришлось проявить смекалку и сноровку, чтобы за отведенное время

переодеть в спортивную форму 18 детей и провести в зале комплекс из 12 упражнений (два я придумал сам). Мы успели, на завтрак не опоздали. Это было не просто, но все остались довольны. В детском саду находился до обеда. Общее впечатление — работать здесь нелегко, но зато как интересно!

Активное вовлечение родителей в организацию ОП позволило поднять престиж профессии воспитателя и дисциплинировать некоторых родителей, установить более доверительные отношения с педагогами ДОУ.

Таким образом, взаимодействие с родителями воспитанников осуществляется через те формы, которые актуальны для нашего детского сада, соответствуют целям и задачам, востребованы родителями. Также хотелось бы отметить, что педагоги дошкольного учреждения и родители сотрудничают на позициях диалога, что способствует реализации принципов гуманизации образования.

Участие всех субъектов ОП в управлении ДОУ позволяет сделать «открытым» детский сад, а открытость ДОУ, в свою очередь, расширяет права и полномочия участников образовательного процесса.

Современный детский сад активно вовлекает родителей в процесс управления, обучает и консультирует, передает традиции и воспитывает человека будущего. И с этой точки зрения дошкольное образование имеет для общества гораздо большее значение, чем просто место, где учат и развивают детей.

**ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ
НОВЫЕ КНИГИ СЕРИИ «ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ»****ЗАНИЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ
В ДЕТСКОМ САДУ
Игровой стретчинг***Автор — Сулим Е.В.*

Цель данного издания — повысить интерес детей к физкультурным занятиям за счет введения увлекательных упражнений игрового стретчинга.

Книга содержит конспекты-сценарии сюжетно-игровых занятий, спортивных сказок и более 80 разнообразных упражнений по игровому стретчингу. Также представлены загадки и стихотворения, необходимые для выполнения упражнений. Книга снабжена большим количеством иллюстраций, призванных облегчить работу педагога по обучению детей.

**ЗИМНИЕ ЗАНИЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ
С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ****Планирование, конспекты***Автор — Сулим Е.В.*

В пособии представлен оригинальный материал, предназначенный для повышения интереса детей к физкультурным занятиям на свежем воздухе в зимний период: обучение ходьбе на лыжах, катанию на санках, скольжению по ледяным дорожкам и спортивной игре «Сноубол».

В издании содержатся календарно-перспективное планирование физкультурных занятий в зимнее время года для средней, старшей и подготовительной к школе групп; примерные конспекты занятий на свежем воздухе и разнообразные спортивные игры и упражнения.

**ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНИЯТИЯ
С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ***Автор — Картушина М.Ю.*

В методическом пособии представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге широко представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,

по E-mail: sfera@cnt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

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

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

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



К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «МЕДРАБОТНИК ДОУ»

▪ Ваши статьи вместе с заполненной анкетой можно представить в напечатанном виде (один экземпляр) с приложением компакт-диска или выслать электронной почтой по адресу: 123@tc-sfera.ru.

▪ Текст должен соответствовать следующим параметрам: в формате Word; шрифт строчной Times New Roman, размер шрифта 12; полуторный интервал; поля по 2 см с каждой стороны; абзац выровнен по левому краю, отступы и интервалы по 0; отступ первой строки 0,5. При наличии в рукописи рисунков и фотографий они должны быть предоставлены отдельными файлами в формате JPEG (разрешение 300 dpi для цветных, 600 dpi — для черно-белых).

▪ Объем рукописи, кроме случаев, согласованных с редакцией, не должен превышать 15 страниц компьютерного набора. Редакция оставляет за собой право в случае необходимости сокращать и редактировать материал.

▪ Все ссылки на литературные источники должны быть автором тщательно выверены.

▪ Автор несет ответственность за достоверность представленных материалов.

линия отреза

Анкета автора журнала «Медработник ДОУ»

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Дата рождения (число, месяц, год)

Место работы, должность, адрес организации, телефон

Домашний адрес (с индексом), телефон

E-mail

Паспорт (серия, номер, когда, где и кем выдан)

Страховое пенсионное свидетельство

ИНН



Созвездие подписных изданий для дошкольного образования!

Если вы хотите получать наши журналы во втором полугодии 2011 г., не забудьте подписаться!

2011 2-е полугодие

Комплект	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
«Управление ДОУ» с приложением; журналы «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»	36804	39757	10399
«Управление ДОУ» с приложением	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой и приложением «Конфетка»	18036	39756	10396
«Логопед»	82686		
Комплект «Предшкольная подготовка» (комплект из 19 книг)	20572	42121	

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения,

вам потребуется **четыре индекса:**

36804, 80899, 18036, 20572 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

В следующем номере!

Профилактика — важнейшая задача педиатрической службы

Оздоровительная работа в ДОУ с детьми, имеющими
аллергические заболевания

СП 2.5.2775-10 «Изменения и дополнения № 1
к СП 2.5.1277-03 «Санитарно-эпидемиологические
требования к перевозке железнодорожным транспортом
организованных детских коллективов»»

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера **журнала «Медработник ДОУ»**. Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, или по **E-mail:** sfera@cnt.ru. Журналы до 2010 г. издания можно приобрести по 15 рублей!

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2011, № 3 (23)

**Научно-практический
журнал**

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.С. Шиловских

Редколлегия:

И.М. Ахметзянов, А.Ф. Виноградов,
Г.Н. Дёгтева, Л.В. Макарова, Н.А. Матвеева,
Д.В. Синякова, Е.М. Старобина,
М.И. Степанова, Э.А. Цветков,
Н.П. Шабалов, А.В. Шишова,
Н.Л. Ямщикова

Оформление, макет

С.Н. Гамзиной

Художник обложки

Е.В. Кустарова

Корректоры

Л.Б. Успенская, Т.Э. Балоунова

При перепечатке материалов
и использовании их в любой форме, в том числе
в электронных СМИ, ссылка на журнал
«Медработник ДОУ» обязательна.

Точка зрения редакции может не совпадать
с мнениями авторов. Ответственность
за достоверность публикуемых
материалов несут авторы.

Редакция не рецензирует присланные материалы
и не возвращает.

Журнал зарегистрирован в Федеральной
службе по надзору в сфере массовых
коммуникаций, связи и охраны культурного
наследия 13.07.07

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553;

36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120;

39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

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

Адрес редакции:

Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.
Почтовый адрес: 129626, Москва, а/я 40.

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

E-mail: sfera.post@mail.ru; www: tc-sfera.ru

Номер подписан в печать 22.02.11. Формат 60×90¹/₁₆.

Усл. печ. л. 8. Тираж 6500 экз.

Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2011

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2011

© Т.В. Цветкова, 2011



4 607 091 440 263



0 00 21