



МЕДПРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного образовательного учреждения



**Гигиенические требования
к использованию компьютера**

**Оздоровление детей
с аллергодерматозами
в условиях ДОУ**

**Гигиенические аспекты
предупреждения
респираторных инфекций
в дошкольных организациях**

**Рациональное питание
дошкольников**

№4/2011



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Д О У Дошкольного Образовательного Учреждения

Содержание

2011, № 4 (24)

Колонка редактора	3
Гость номера <i>Л.Н. Малямова</i>	4

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

<i>Погорелова И.Г.</i> Гигиенические требования к использованию компьютера детьми дошкольного возраста	10
--	----

Рациональное питание

<i>Бабичева Н.И.</i> Рациональное питание дошкольников в семье и ДОУ	16
---	----

Оздоровительная работа

<i>Дубчак О.В.</i> Закаливание — ведущий метод повышения устойчивости организма к неблагоприятным факторам	21
<i>Кузьмина И.Н.</i> Оздоровительная работа в ДОУ с детьми, имеющими аллергические заболевания	30
<i>Скоморохова М.Б., Плотникова И.А.</i> Программа оздоровления детей с аллергодерматозами в условиях ДОУ	35

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

<i>Хасанова А.В.</i> Диагностика, лечение и профилактика аскаридоза у детей	46
<i>Левчук Л.В. и др.</i> Здоровье и йодная обеспеченность детей раннего и дошкольного возраста	51

Инфекционные заболевания

<i>Сидоренок А.В., Кузнецов С.М., Знаменский А.В.</i> Гигиенические аспекты предупреждения респираторных инфекций в дошкольных организациях	56
---	----

Реабилитация*Морозова Н.Н., Родюшкина А.П.*

Иппотерапия как форма реабилитации несовершеннолетних, попавших в трудную жизненную ситуацию 62

ПЕДАГОГИКА**Развитие ребенка***Скоморохова М.Б., Торопова Н.П., Градинаров А.М.*

Система медико-педагогического воздействия в ДОУ для детей с аллергодерматозами 72

Психологическая помощь*Флотская Н.Ю.*

Развитие половой идентичности в дошкольном возрасте 80

Педагогическая копилка*Перепёлкина И.А.*

Игра-путешествие «Чистота — залог здоровья» 86

Красикова О.И.

Эпидемия в сказочной стране 88

Соколкина В.А.

Подвижные игры на воде с детьми 3—6 лет 90

АКТУАЛЬНО**Нормативные документы**

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях (СанПиН 2.4.1.2660-10) (продолжение) 94

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.11.2010 № 152 «Об утверждении 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» 116

Санитарно-эпидемиологический надзор за производством и реализацией детских игр и игрушек 119

Об итогах проведения заседания Коллегии по вопросу «О ходе реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации» 120

Горжусь профессией своей 122**Книжная полка** 123**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128

Уважаемые коллеги!

В этом году произошло событие, которое наш журнал не может оставить без внимания. В феврале состоялся XV Конгресс педиатров России. Во время его торжественного открытия были объявлены результаты ежегодного конкурса «Детская медицинская сестра». Премия в рамках этого конкурса впервые вручалась в нескольких номинациях. Очень приятно, что победителем конкурса в номинации «Медицинская сестра образовательного учреждения» стала Елена Анатольевна Ломакова, медсестра детского сада № 824, Москва. Мы от всей души поздравляем Елену Анатольевну, желаем дальнейших успехов в профессиональной деятельности и надеемся увидеть ее в числе авторов нашего журнала.

В рамках XV Конгресса педиатров России состоялся I Форум детских медицинских сестер. В его работе приняли участие медицинские сестры почти из всех субъектов РФ: главные и старшие медицинские сестры стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений, представители Ассоциации медицинских сестер России, делегаты от образовательных учреждений. Во время работы Форума активно обсуждались вопросы грудного вскармливания, социального сиротства, организации сестринского образования в России и за рубежом. Обсуждались также и юридические аспекты работы медицинских сестер и их роль в процессе внедрения высоких медицинских технологий. Наряду с научной частью состоялись мастер-классы по коммуникационным навыкам медицинских сестер и консультированию при работе с родителями тяжелобольных детей. В ходе Форума неоднократно подчеркивалась значительная роль сестринского персонала в профилактической и клинической педиатрии. В следующих выпусках журнала мы еще вернемся к вопросам, обсуждаемым на Конгрессе педиатров.

А в сегодняшнем номере как всегда для вас, дорогие читатели, много полезной и интересной информации: опыт организации работы с детьми, имеющими аллергические заболевания, предупреждение респираторных заболеваний, вопросы безопасного использования компьютера в ДОУ, подвижные игры на воде и др. В свете предстоящего летнего отдыха просим обратить внимание на «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам СП 2.5.1277-03 “Санитарно-эпидемиологические требования к перевозке железнодорожным транспортом организованных детских коллективов”».

Уважаемые коллеги, пишите нам о ваших достижениях, делитесь проблемами и путями их преодоления. Сообща можно решить даже самые трудные задачи.

В заключение хочется пожелать вам отличного летнего отдыха. До новых встреч на страницах нашего журнала.

Главный редактор Л.В. Макарова

Гость номера

Малямова Любовь Николаевна

д-р мед. наук, главный педиатр Свердловской области,
г. Екатеринбург

Профилактика – важнейшая задача педиатрической службы

Состояние здоровья детей — показатель благополучия общества. На сегодняшний день можно констатировать, что тенденция к его ухудшению все еще сохраняется, в том числе и в Свердловской области. Доля здоровых детей хотя и выше, чем в целом по стране (21%), но все же далека от желаемых показателей. Основная стратегическая линия, стоящая перед руководителями здравоохранения, — снижение смертности, повышение качества жизни, увеличение рождаемости, улучшение оказания медицинской помощи.

В условиях демографического кризиса, депопуляции населения приоритетной задачей становится сохранение жизни и здоровья каждого без исключения ребенка.

Наиболее действенными для решения поставленных целей, на наш взгляд, должны быть профилактические меры, направленные на устранение (снижение) предотвратимых причин детской заболеваемости, инвалидности и смертности.

Одна из существенных проблем, стоящих перед педиатрической службой области, — высокий процент рождения детей с врож-

денными пороками развития (увеличился на 36% в сравнении с 2008 г. и на 52% в сравнении с 2005 г.) (см. рисунок).

В связи с этим особое внимание уделено развитию пренатальной диагностики. В ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр “Охрана здоровья матери и ребенка”» оказывается консультативная помощь беременным женщинам, имеющим факторы высокого перинатального риска врожденной и наследственной патологии. В 2010 г. в I триместре беременности принято 9492 пациентки, им проведен комплекс пренатальной диагностики, что позволило выявить 95 случаев врожденных пороков развития плода. Выявляемость хромосомной патологии по результатам инвазивной диагностики (биопсия ворсин хориона) составила 14,7%, в том числе синдромы: Дауна — 35 случаев, Патау — 3, Эдвардса — 10, Шерешевского — Тернера — 6 случаев; выявлены моносомия инверсии (11 случаев) и нарушение плоидности (2 случая).

Во II триместре беременности комплексная пренатальная диагностика проведена у 3293 женщин, обнаружено 378 врожденных поро-

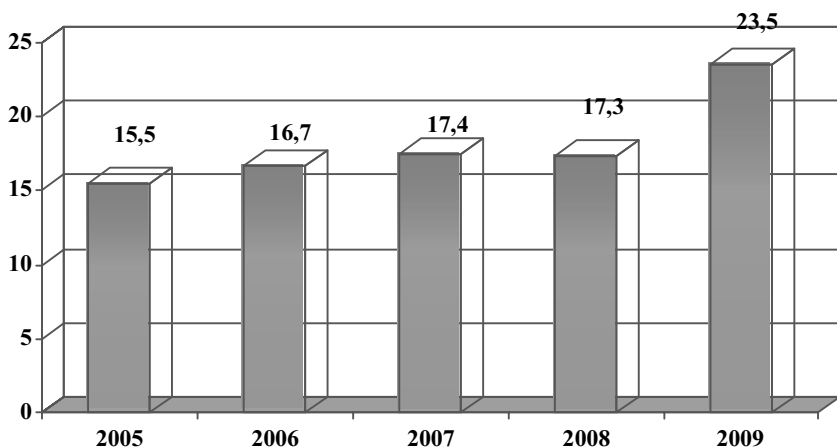


Рис. Заболеваемость новорожденных детей ВПП
(на 1000 родившихся живыми с массой 1000 г и более)

ков развития плода, проведено 767 инвазивных процедур. Выявляемость хромосомной патологии по результатам кордоцентеза составила 6%, в том числе зафиксировано 15 плодов с синдромом Дауна. В целом в 2010 г. предотвращено рождение 50 детей с синдромом Дауна, что составляет 54% от всех учтенных случаев (в 2006 г. — 22, 2007 г. — 27, 2008 г. — 36), при этом в $\frac{2}{3}$ случаев прервать беременность удалось методом безопасного аборта.

В III триместре впервые обратилась 541 беременная женщина. Выявлено 218 случаев врожденных пороков развития плода.

В структуре всех пренатально выявленных пороков лидирующие места занимают системы: мочевыделительная, кровообращения и ЦНС.

Поскольку выбор сохранения или прерывания беременности при пренатально выявленном пороке

остается за женщиной, следует предполагать, что потребность в хирургической коррекции врожденных пороков развития у новорожденных будет только нарастать. В связи с этим Министерством здравоохранения Свердловской области в рамках модернизации здравоохранения принято решение о расширении коечного фонда неонатальной хирургии, в том числе для оказания кардиохирургической помощи новорожденным.

Для более качественного решения поставленной задачи существенное значение будут иметь и внедренный в 2009 г. мониторинг ведения беременных женщин, а также работа введенного в эксплуатацию в декабре 2010 г. Областного перинатального центра наравне с уже существующими в области шестью подобными центрами (по одному в каждом округе).

Поскольку для предупреждения формирования хронической патологии особую значимость имеют раннее выявление отклонений в состоянии здоровья, точная диагностика и своевременное проведение эффективных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, проведение в рамках Национального Приоритетного проекта «Здоровье» аудиологического, неонатального скринингов, а также диспансерного обследования детей первого года жизни, несомненно, в полной мере должно реализовывать поставленную задачу в плане профилактики хронических заболеваний, инвалидности и смертности.

Заболеваемость детей первого года жизни в течение ряда лет находится практически на одном уровне, составив в 2010 г. 2930,4‰. По-прежнему на каждого ребенка первого года жизни приходится примерно три отклонения в состоянии здоровья или заболевания в год. Структура заболеваемости также существенно не меняется.

Заслуживает внимания рост частоты потери слуха среди детей первого года жизни (в 3 раза), что связано с существенным повышением выявляемости этой патологии за счет внедрения при проведении аудиологического скрининга метода отоакустической эмиссии. Если в предыдущие годы выявлялось до 25 случаев потери слуха у детей первого года жизни, то в 2010 г. подобных случаев было уже 76. Для оказания высокотехнологичной помощи таким детям на

базе Государственного учреждения здравоохранения «Детская больница восстановительного лечения НПЦ «БОНУМ»» организован областной детский сурдологический центр, в котором планируется начать проведение кохлеарной имплантации детям.

Охват новорожденных неонатальным скринингом на пять наследственных заболеваний приближается к 100%, что имеет немаловажное значение в профилактике детской инвалидности. В результате проведенных исследований было выявлено 45 случаев наследственных заболеваний. Своевременное назначение таким больным адекватной терапии препятствует формированию инвалидности.

Реализация родовых сертификатов в части талонов № 3-1 и № 3-2 стоит на особом контроле Министерства здравоохранения Свердловской области и достигла в 2010 г. 93% (в сравнении с 2009 г. — 80%), что оказалось возможным в первую очередь путем повышения укомплектованности узкими специалистами, организации выездных бригад специалистов в сельские территории, находящиеся в зоне обслуживания ФАП и ОВП и др. При этом дети первого года жизни при выявлении у них отклонений в состоянии здоровья в основном функционального характера своевременно получают необходимое лечение и оздоровление, что, несомненно, предупреждает хронизацию процесса.

Важный фактор профилактики, обладающий прогнозирую-

щим действием на качество и продолжительность жизни человека, — правильно организованное питание в первые месяцы и годы жизни ребенка. Мы достигли неплохих показателей по грудному вскармливанию: к 3 мес. прекращают грудное вскармливание 21% детей этой возрастной категории, в группе детей от 3 до 6 мес. — 26%. Однако эти цифры могут быть еще лучше. И возможности для этого у нас есть.

В настоящее время в области 14 акушерских стационаров имеют международные дипломы «Больница, доброжелательная к ребенку»; десять детских поликлиник и девять женских консультаций — национальные дипломы Минздравсоцразвития России; семь территорий области (около 10%) внедрили программу «Больница, доброжелательная к ребенку» на всех этапах оказания помощи матерям и детям: женская консультация — родильное отделение — детская поликлиника — фельдшерско-акушерские пункты (Кушвинский ГО, Серовский ГО, ГО Первоуральск, Муниципальное образование г. Ирбит, «ГО “город Лесной”», МО г. Алапаевск). В этих районах более 70% детей первого года жизни находятся на грудном вскармливании до 1 года и более (в 1994 г. менее 20%).

С 1998 г. в нашей области осуществляются меры социальной поддержки беременных женщин, кормящих матерей и детей в возрасте до 3 лет по обеспечению пол-

ноценным питанием и детей, страдающих фенилкетонурией, галактоземией, за счет средств областного бюджета. На эти цели в 2010 г. были израсходованы финансовые средства в размере 384,31 тыс. руб. Кроме того, в соответствии с постановлением Правительства Свердловской области от 02.04.2008 № 262-ПП «Об обеспечении проживающих в Свердловской области больных целиакией специализированными продуктами лечебного питания» нами решен вопрос о бесплатном обеспечении специализированными продуктами лечебного питания без глютена детей и взрослых с установленным диагнозом «целиакия».

В 2011 г. в данную программу будет внесен ряд изменений и дополнений, а именно: расширены категории за счет обеспечения бесплатным питанием детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, тяжелыми формами пищевой аллергии и непереносимостью белков коровьего молока, страдающих галактоземией, лейцинозом, адренолейкодистрофией и др. Реализация предлагаемого проекта постановления позволит:

- улучшить качество питания беременных женщин и кормящих матерей группы высокого риска;
- снизить частоту и степень выраженности осложнений в течении беременности и родов;
- максимально долго сохранить грудное вскармливание;
- улучшить показатели здоровья новорожденных детей и детей раннего возраста;

- снизить риск развития алиментарно-зависимых заболеваний у детей;
- осуществить профилактику инвалидности детей, страдающих фенилкетонурией, галактоземией, адренолейкодистрофией, тяжелыми формами пищевой аллергии с непереносимостью белков коровьего молока и детей с экстремально низкой массой при рождении.

Следующей значимой профилактической мерой, активно разрабатываемой в области, является вакцинопрофилактика — самое эффективное и экономически выгодное мероприятие, известное в современной медицине. В Свердловской области в дополнение к Национальному календарю профилактических прививок в 2008 г. разработаны и утверждены региональные календари профилактических и прививок по эпидемическим показаниям, в которых регламентирована вакцинация против гемофильной, пневмококковой, папилломавирусной инфекций, ротавирусного гастроэнтерита, ветряной оспы, клещевого энцефалита, гепатита А.

Наиболее актуально для нас диспансерное обследование детей декретированных возрастов. Проведенный анализ ситуации выявил несколько причин:

- качество проведения профилактических осмотров в образовательных учреждениях оставляет желать лучшего;
- недостаточный внутриведомственный контроль;
- неполная передача сведений в МИАЦ;
- заполнение карт диспансеризации не в полном объеме;
- отсутствие взаимосвязи между школой, поликлиниками и родителями.

Изменить ситуацию решено было в нескольких направлениях. С целью унифицирования подходов к организации оказания медицинской помощи в условиях образовательных учреждений, обеспечения оптимального наблюдения 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 были разработаны и внедрены два отраслевых стандарта: «О совершенствовании организации медицинского обеспечения в ДОУ» (совместный приказ Министерств здравоохранения и общего и профессионального образования Свердловской области от 09.02.2010 № 80-п/27-и) и «Организация медицинского обеспечения обучающихся общеобразовательных учреждений в Свердловской области» (совместный приказ Министерств здравоохранения и общего и профессионального образования Свердловской области от 28.01.2008 № 54а-п/01-Д). Перед лечебно-профилактическими учреждениями нашей области, оказывающими помощь детям, поставлена четкая задача — улучшение качества профилактических осмотров детей декретированных возрастов, в том числе путем внедрения автома-

тизированных систем комплексных профилактических осмотров.

В рамках областной целевой государственной программы в 2011 г. педиатрические поликлинические отделения должны будут оснащены автоматизированными комплексами диспансерного обследования здравоохранения (всего 71 территория, в 20 из них автоматизированные комплексы уже работают). Это позволит использовать хорошо формализованное и стандартизированное медицинское обеспечение. При использовании автоматизированных систем в течение 25—30 мин проводится достоверная комплексная оценка здоровья по 24—32 профилям патологии. Эффективность метода составляет 90%. Прямой экономический эффект достигается в течение несколько месяцев. «Узкие» специалисты не отвлекаются от лечебной работы с плановыми больными. Все это, на наш взгляд, позволит своевременно выявить, уточнить и добросовестно зарегистрировать патологию. А далее дети с выявленными отклонениями будут оздоровлены, а по необходимости — дообследованы и реабилитированы.

В плане последней задачи особое внимание уделяется нами диспансеризации 14-летних детей с акцентом на состояние репродуктивной сферы. В качестве пилотной площадки в 2009—2010 гг. проведена такая диспансеризация детей в г. Первоуральске, показавшая высокую выявляемость патологии со стороны репродуктивной сферы как у мальчиков, так и у девочек.

Параллельно этой работе идет организация профилактических технологий в общеобразовательных учреждениях. Определено 12 пилотных площадок, утвержден порядок работы по внедрению организационных, профилактических, образовательных технологий, направленных на формирование здорового образа жизни. За каждой площадкой закреплена детская поликлиника, специалисты которой принимают участие в реализации программ по профилактике заболеваний органов зрения, пищеварения, опорно-двигательного аппарата и нарушения осанки, вегетативной нервной системы, репродуктивной сферы, заболеваний органов дыхания, а также развивается волонтерское движение «Равный обучает равного».

Для более полного и всестороннего выполнения поставленных задач в Свердловской области функционируют четыре клиники, дружественные молодежи, и с 1 декабря 2010 г. начали работу шесть детских центров для детей.

Еще многое предстоит сделать нашим педиатрам, но некоторые из достигнутых показателей можно представить уже сейчас. Рождаемость, по сравнению с 2000 г., увеличилась в 1,7 раза (13,9‰ в сравнении с 8,2‰), число новорожденных с 2000 по 2010 г. увеличилось с 37 074 до 57 269, показатель младенческой смертности за это же время снизился в 2,5 раза (6,0‰ в 2010 г. против 15,0‰ в 2000-м), при этом за последние пять лет в 3 раза уменьшился и показатель неонатальной смертности.

Гигиенические требования к использованию компьютера детьми дошкольного возраста

Погорелова И.Г.,

канд. мед. наук, доцент, врач высшей категории,
кафедра коммунальной гигиены и гигиены детей
и подростков, Иркутский государственный
медицинский университет, г. Иркутск

Компьютеризация, постепенно проникающая практически во все сферы жизни и деятельность современного человека, вносит свои коррективы в подходы к воспитанию и образованию детей дошкольного возраста. Отечественные и зарубежные исследования по использованию компьютера в детских садах убедительно доказывают не только возможность и целесообразность этого, но и особую роль компьютера в развитии интеллекта и в целом личности ребенка.

Компьютер, обладая огромным потенциалом игровых и обучающих возможностей, оказывает значительное воздействие на ребенка, но, как и любая техника, не самоценен, и только во взаимодействии педагога (воспитателя), ребенка и компьютера можно достичь положительного результата.

Основными позитивными моментами использования компьютера является развитие у ребенка:

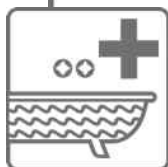
- быстроты реакции;
- мелкой моторики рук;
- визуального восприятия объектов;
- памяти и внимания;
- логического мышления;
- зрительно-моторной координации.

Кроме того, компьютерные игры учат:

- классифицировать и обобщать;
- аналитически мыслить в нестандартной ситуации;
- добиваться своей цели;
- совершенствовать интеллектуальные навыки.

И наконец, ребенок, с детства ориентирующийся на компьютер, чувствует себя более уверенно, потому что ему

ГИГИЕНА



открыт доступ в мир современных технологий. Игры на компьютере — это те же занятия, а ребенка всегда легче привлечь к игре, чем заставить учить алфавит или, скажем, складывать цифры.

Однако при несоблюдении режима дня компьютер превращается из друга во врага. Проще говоря, большинству детей очень трудно оторваться от увлекательной игры и переключиться на другую деятельность. Нельзя забывать о том, что все хорошо в меру.

Необходимо помнить, что дошкольники более чувствительны к воздействию различных факторов среды, поскольку их организм находится в состоянии интенсивного развития. Именно в возрасте 5—6 лет формируется нормальная рефракция глаза, физиологическая дальновзорная рефракция переходит в нормальную или близорукую, если к этому имеются генетические предпосылки или условия зрительной работы не соответствуют гигиеническим требованиям (низкий уровень освещенности, напряженная длительная зрительная работа на близком расстоянии, неразборчиво напечатанные текст и рисунки, неудобная поза и т.д.). Интенсивно развивается костно-мышечная система, совершенствуется работа внутренних органов и коры головного мозга, формируются произвольное внимание и многие другие функции, определяющие общее развитие ребенка. Поэтому очень важно, чтобы игры-занятия на компьютере не оказали неблагоприятного воздействия на здоровье.

Признавая, что компьютер — новое мощное средство для интеллектуального развития детей, необходимо помнить, что его использование в учебно-воспитательных целях в дошкольных учреждениях требует тщательной организации как самой образовательной деятельности, так и всего режима в целом.

Основные факторы, вредно действующие на человека за компьютером: фиксированная поза в положении сидя в течение длительного времени, воздействие электромагнитного излучения монитора, утомление глаз, нагрузка на зрение, перегрузка суставов кистей.

Известно, что нерегламентированная длительная работа, какой бы легкой она ни была, рано или поздно приводит к утомлению или даже переутомлению. Поэтому любой вид деятельности должен нормироваться. При работе на компьютере организм человека испытывает определенные нагрузки, характеризующиеся умственным, зрительным и физическим напряжением. Широкое использование компьютеров в системе образования привело к необходимости проведения специальных исследований влияния компьютерной техники на детский организм. Этот вопрос особенно актуален в последнее время в связи с повсеместным внедрением здоровьесберегающих технологий.

Одна из главных проблем со здоровьем, которые может доставлять компьютер детям, — большая нагрузка на зрение. С возрастом ребенок должен овладеть набором зрительных навыков — фиксация

взора, аккомодация (фокусирование изображения), бинокулярное зрение, конвергенция (поворот глаз), периферическое (боковое) зрение и центральный анализ (распознавание изображений). Длительная работа за монитором может привести к раздражению глаз, утомлению, затуманенному зрению, головным болям. Однако если у взрослых все неприятные ощущения в большинстве случаев рано или поздно проходят, у детей они могут привести к серьезным функциональным нарушениям в работе зрительной системы.

Необходимо отметить, что в последние годы офтальмологи отмечают увеличение числа пациентов, жалующихся на характерные симптомы зрительного утомления при работе с компьютером. Американская ассоциация оптометристов ввела понятие «компьютерный зрительный синдром» (Computer Vision Syndrome), которое включает в себя комплекс зрительных и глазных симптомов, проявляющихся при работе с компьютером. Симптомы, сопутствующие этому состоянию, чаще всего включают чувство утомленности глаз, туман перед глазами, головную боль, покраснение глазных яблок, боль в шее, спине, двоение видимых предметов, избыточную световую чувствительность. Исследования доказали, что осанка детей может изменяться под влиянием зрительного напряжения, поэтому ее нарушения также можно отнести к проявлениям компьютерного зрительного синдрома, причина которого — в неправильных условиях освещенности рабо-

чего места, незнании норм работы с компьютером, существующих аномалиях рефракции глаза.

К сожалению, дети зачастую имеют ограниченную степень самоконтроля. Многие из них продолжают заниматься интересным делом с большой сосредоточенностью вплоть до полного истощения ресурсов зрения (например, часами играть в видеоигры без перерывов). Длительная активность без существенных перерывов на отдых может вызвать спазм аккомодации, раздражение глаз, утомление всех отделов зрительной системы.

Проблемы с аккомодацией (фокусированием изображений на сетчатке) могут возникнуть в результате длительного рассматривания близкого объекта, каким является книга или экран компьютера. В некоторых случаях цилиарная мышца глаза, отвечающая за оптическую фокусировку, настолько приспособляется к наблюдению предмета на фиксированном расстоянии, что уже не может свободно адаптировать оптическую силу глаза к рассматриванию другого объекта. Иногда цилиарная мышца остается в таком фиксированном (спазмированном) состоянии долгое время по окончании работы.

Раздражение глаз может возникнуть из-за недостаточного увлажнения глазного яблока слезами в связи со слишком редким морганием. Чрезмерная концентрация внимания, сопровождающая работу с компьютером, подавляет моргание. Кроме того, видеомо-

нитель обычно расположен в поле зрения выше, чем книга или лист бумаги, поэтому верхние веки открываются шире и уровень испарения слезной жидкости повышается, что приводит к высыханию и раздражению глаз.

Дети наделены высокой приспособляемостью, однако наряду с положительными аспектами этого явления существует и отрицательный: дети часто не замечают проблем, на которые бы обратили внимание взрослые. Например, глядя на экран монитора с бликами, они даже не задумаются о необходимости поменять положение экрана или отгородить его от источников света.

Кроме того, дети могут не придавать значения ухудшению зрения, вызванному развивающейся близорукостью или дальнозоркостью, полагая, что все люди видят так же, как они. Ухудшение зрения почти всегда приводит к повышению утомляемости, а дальнозоркость может вызывать зрительное утомление, даже если при этом ребенок видит хорошо.

На рабочем столе мониторы обычно располагают с расчетом на взрослого, и детям приходится смотреть на экран снизу вверх, в то время как наиболее естественным и комфортным считается взгляд вниз под углом в 15°. Это несоответствие может вызывать проблемы с балансом глазодвигательных мышц. А если учесть, что детям бывает трудно дотянуться до клавиатуры, становится понятным, почему после

работы с компьютером у них болят руки, шея и спина.

При несоблюдении основных правил работы на компьютере могут появиться первые признаки утомления. Можно выделить четыре основных типа проявления «компьютерной» усталости:

- потеря контроля над собой (ребенок часто трогает лицо, сосет палец, гримасничает, кричит и т.п.);
- потеря интереса к компьютеру (ребенок отвлекается, вступает в разговоры, обращает внимание на другие предметы, не желая продолжать работу);
- «утомленная» поза (ребенок склоняется то в одну, то в другую сторону, откидывается на спинку стула, задирает ноги, упираясь в край стола);
- эмоционально-невротическая реакция (крик, подпрыгивания, пританцовывания, истерический смех и др.).

В результате многолетних исследований были экспериментально обоснованы физиолого-гигиенические, медицинские рекомендации по организации занятий с использованием компьютеров для дошкольников.

Обобщая данные исследований, в том числе Института возрастной физиологии РАО, проведенных с использованием современной компьютерной техники, можно привести рекомендации.

1. Самые жесткие требования необходимо предъявлять к монитору, поскольку его изучение наиболее опасно. Но для жидкокристаллических (плоских) экранов и

переносных компьютеров-ноутбуков характерно полное отсутствие излучения. Что касается «обычных» мониторов, то они служат источниками электромагнитного излучения сверхнизкой частоты, но не больше, чем другие электроприборы, в том числе телевизор. Однако с боковых и задних стенок компьютера низкого качества уровень низкочастотных электромагнитных излучений может быть повышен. Монитор является источником и многих других излучений — рентгеновского, инфракрасного, ультрафиолетового. Но уровень рентгеновского излучения монитора намного меньше, чем естественный радиационный фон. А инфракрасное и ультрафиолетовое излучения монитора ничтожно малы по сравнению с воздействием электрических ламп. Опасными в этом плане могут оказаться только довольно старые (выпущенные 8—10 лет назад) мониторы. Таким образом, монитор должен соответствовать международным стандартам безопасности — MPR II или TCO 99, иметь маркировку LR (Low radiation). Частота кадровой развертки должна быть не менее 85 Гц. Размер зерна не должен превышать 0,25—0,28 мм. На современном этапе лучшими по безопасности признаются мониторы на жидких кристаллах, системы LCD, так как они лишены многих недостатков, присущих мониторам с электронно-лучевым кинескопом. В связи с этим желательно, чтобы дети, особенно дошкольники, пользовались компьютером, оснащенный именно таким монитором.

Монитор с электронно-лучевым кинескопом обязательно должен быть установлен задней стенкой к стене.

2. Форма клавиш на клавиатуре должна соответствовать строению пальцев руки ребенка, размер клавиш должен быть не менее 13 мм. При работе с клавиатурой локтевой сустав должен находиться под углом 90°.

3. Важная роль в уменьшении физической нагрузки на ребенка при работе с компьютером — рационально подобранная мебель, соответствующая возрасту и росту ребенка, обеспечивающая правильную рабочую позу. Туловище ребенка должно быть слегка наклоненным вперед, предплечья должны опираться на поверхность стола, при этом нужно исключать сильные повороты головы, поясничная часть спины опирается на спинку стула. Стол, за которым сидит ребенок, должен подходить ему по росту. Ноги ребенка не должны «болтаться» или быть поджатыми под себя, а находиться на подставке, необходимо ровно держать спину и не задирайте голову. Монитор лучше расположить так, чтобы взгляд на него падал немного сверху вниз, а находиться он должен прямо перед глазами (чтобы ребенку не приходилось поворачиваться к нему). Экран лучше всего расположить на расстоянии 70 см от глаз ребенка.

4. Компьютер должен устанавливаться в хорошо проветриваемом помещении, где регулярно проводится влажная уборка. Это связано с тем, что в помещении с работающим компьютером изме-

няются физические характеристики воздуха: температура может повышаться до 26—27 °С, относительная влажность — снижаться ниже нормы до 40—60%, а содержание двуокиси углерода — увеличиваться. Наряду с этим воздух ионизируется, увеличивающееся количество положительных (тяжелых) ионов неблагоприятно влияет на работоспособность. Ионы, осаждаясь на пылинках воздуха, попадают и в дыхательные пути. Некоторые дети особенно чувствительны и болезненно реагируют на эти изменения воздуха. У них появляются першение в горле, покашливание из-за повышенной сухости слизистых.

5. Комната должна иметь хорошее, равномерное освещение, не допускающее бликов на экране монитора. Для уменьшения зрительного напряжения важно, чтобы изображение на экране компьютера было четким и контрастным, не имело отражений рядом стоящих предметов. Необходимо также исключить возможность засветки экрана, поскольку это снижает контрастность и яркость изображения. Для защиты от света могут быть использованы легкие шторы или жалюзи. Освещенность поверхности стола и клавиатуры должна быть не менее 300 лк, а экрана — не более 200.

6. Расположение двух и более компьютеров в одном помещении должно обеспечивать расстояние между столами не менее 2 м, а между боковыми поверхностями мониторов — не менее 1,2 м.

7. Для ребенка 6 лет, если он абсолютно здоров, т.е. относится по состоянию здоровья к I группе, максимальный предел одноразовой работы на компьютере — 15 мин. Однако не все дети дошкольного возраста абсолютно здоровы, многие из них имеют те или иные отклонения от нормы или даже хронические заболевания. Для всех детей 5 лет и имеющих отклонения в состоянии здоровья 6-летних время работы лучше сократить до 10 мин. Для детей, относящихся к группе риска по состоянию зрения, время, проведенное у компьютера, дозируется индивидуально. При этом периодичность занятий с одним ребенком должна быть не более двух раз в неделю. После занятий необходимо проводить гимнастику для глаз.

8. Не допускается проведение образовательной деятельности с персональными компьютерами в ДОУ за счет времени, отведенного для сна, дневных прогулок и других оздоровительных мероприятий.

9. Образовательная деятельность с использованием компьютеров в ДОУ должна проводиться методистом или в его присутствии.

10. Запрещается использование одного компьютера для двух и более детей независимо от возраста.

Педагог обязан заботиться о снижении неблагоприятных воздействий на организм ребенка. Использование современных компьютеров и соблюдение выше изложенных рекомендаций сводит до минимума отрицательное влияние компьютера.

Рациональное питание дошкольников в семье и ДОУ

Бабичева Н.И.,

старший воспитатель МДОУ д/с комбинированного вида № 4
«Ивушка», ст. Отрадная Краснодарского края

Одна из главных задач дошкольного учреждения — обеспечение конституционного права каждого ребенка на охрану его жизни и здоровья. Организация рационального питания как необходимого условия для гармоничного роста детей, их физического и нервно-психического развития, устойчивости к инфекциям и другим неблагоприятным факторам внешней среды занимает особое место в деятельности ДОУ. Ведь именно здесь дети проводят значительную часть дня.

Рациональное питание — это питание, полностью отвечающее возрастным физиологическим потребностям организма в основных веществах.

В зависимости от возраста дети должны ежедневно получать определенное количество питательных, минеральных веществ и витаминов. Ребенок постоянно расходует энергию, затраты ее зависят от его возраста, вида деятельности, климата. Получаемое ребенком питание должно не только покрывать энергозатраты, но и процессы роста и развития. Суточный расход энергии у ребенка 1—3 лет в среднем составляет 1540 ккал, в воз-

расте 4—6 — 1970, для 7-летних детей — до 2000 ккал.

Основным принципом рационального питания дошкольников должно служить максимальное разнообразие пищевого рациона. Только при включении в повседневное меню всех основных групп продуктов — мясных, рыбных, молочных, яиц, пищевых жиров, овощей и фруктов, сахара и кондитерских изделий, хлеба, круп, макаронных изделий и др. — можно обеспечить детей всеми необходимыми им пищевыми веществами. И наоборот, исключение из рациона или избыточное потребление любой из названных групп продуктов неизбежно приводит к нарушениям в состоянии питания, а затем и здоровья детей.

Следует четко представлять, что является важнейшими компонентами пищи, которые усваиваются организмом в процессе пищеварения. Особое место занимают **белки**, служащие основным пластическим материалом для строительства клеток и тканей. При длительном недостатке в организме белка отмечается задержка в физическом и умственном развитии ребенка, снижается со-

противляемость его к возбудителям различных болезней.

Полноценными белками богаты мясо, яйца, молоко, сыр, творог, из растительных продуктов — мука, бобовые, крупы, овощи, картофель. Оптимальный аминокислотный состав пищевого рациона достигается только при правильном сочетании белков животного и растительного происхождения. Чем младше ребенок, тем больше он должен получать белков животного происхождения (от 1 года до 3 лет — 75%, от 4 до 6 — 65, от 7 лет и старше — 50%). Отрицательное влияние на организм оказывает не только малое количество белка, но и его избыток. Это приводит к нарушению работы почек, повышает предрасположенность к аллергическим заболеваниям.

Важное место в питании детей имеют **жиры**. Они необходимы не только как источник энергии. Жиры входят в состав клеточных мембран, принимают участие в обмене веществ, способствуют лучшему усвоению жирорастворимых витаминов. Как избыток жира, так и его недостаток отрицательно влияют на организм. В первом случае неравномерно усваивается белок, угнетается секреция пищеварительных желез, возникает ожирение, нарушающее деятельность внутренних органов и систем. При недостатке жира замедляются рост и развитие организма, снижается его сопротивляемость к инфекциям, появляются

воспалительные изменения на коже, расстройства желудочно-кишечного тракта. Кроме количества важен и состав жира, наличие в нем так называемых ненасыщенных жирных кислот, содержащихся главным образом в растительном масле.

К основным пищевым веществам относятся **углеводы**, являющиеся главным источником энергии и способствующие нормальному усвоению жиров и белков. К углеводам относятся также клетчатка, играющая важную роль в процессах пищеварения, способствующая выделению пищеварительных желез и регулирующая опорожнение кишечника. При недостаточном поступлении углеводов с пищей нарушается усвоение других пищевых веществ (белков и жиров), ухудшается пищеварение. При избытке углеводов происходит усиленное образование жира, понижается сопротивляемость детского организма заболеваниям, повышается вероятность появления аллергических реакций.

Обязательная составная часть пищевого рациона — **минеральные вещества**. Ребенку они нужны для правильного роста и развития костной, мышечной, кровеносной и нервной тканей. В случаях недостаточного поступления их в организм возникают различные нарушения обменных процессов. Среди минеральных веществ особое значение для де-

тей имеет кальций, принимающий активное участие в образовании костной ткани, зубов, правильном функционировании нервной и мышечной систем, участвующий в процессах свертывания крови. **Фосфор** необходим для нормального роста и развития костной ткани, деятельности головного мозга, принимает участие в белковом и жировом обмене. **Железо** является составной частью гемоглобина, при его недостатке возникает определенная форма малокровия (так называемая железодефицитная анемия). Очень важно снабжение организма ребенка **магнием, натрием и калием**.

В пище ребенка должны присутствовать и микроэлементы — вещества, содержащиеся в организме в очень малых количествах, но необходимые для его жизнедеятельности. К ним относятся **цинк, марганец, кобальт, фтор, йод** и др. Доказано, что они выполняют функцию ускорителей химических реакций в организме, входя в состав ферментов, гормонов. Микроэлементами богаты печень, яичный желток, овощи.

Нельзя не сказать и о **воде**, которая также является компонентом пищи. Все процессы обмена веществ, происходящие в организме, возможны только при участии воды, благодаря растворению в ней многих химических соединений. Она необходима для удаления шлаков из организма, так как ко-

нечные продукты обмена выводятся в виде водных растворов. Вместе с растворимыми минеральными веществами вода обеспечивает постоянство внутренней среды организма. Для ребенка вреден как избыток, так и недостаток воды. При избыточном введении жидкости клетки и ткани набухают, возникают дополнительные нагрузки на сердечно-сосудистую систему, почки. Недостаточное количество воды приводит к развитию сгущения крови, повышению температуры, нарушению процессов пищеварения.

Потребность ребенка в воде зависит от возраста: чем младше ребенок, тем в больших количествах жидкости на 1 кг массы тела он нуждается. Потребность ребенка в воде удовлетворяется в основном за счет жидкости, входящей в состав пищи. При достаточном ее количестве потребность в дополнительном питье у маленьких детей невелика и составляет до 100 мл в сутки.

Последнее, на что следует обратить внимание, говоря о различных компонентах пищи, — это **витамины**. Их значение в питании ребенка очень велико. Они регулируют процессы обмена, играют большую роль в повышении сопротивляемости детского организма, тесно связаны с процессами роста и развития, входят в состав ферментов, участвуют в процессах кроветворения. Витамины частично образу-

ются в организме, но бóльшая их часть вводится с пищей.

При достаточно полноценном и разнообразном питании, включающем овощи и фрукты, организм получает необходимое количество витаминов. Весной в пищу ребенка обязательно следует дополнительно вводить витамин С.

Правильный подбор продуктов — условие необходимое, но еще не достаточное для рационального питания дошкольников. Нужно стремиться к тому, чтобы готовые блюда были красивыми, вкусными, ароматными, и по возможности готовились с учетом индивидуальных вкусов детей.

Режим питания — одно из основных условий, обеспечивающих рациональное питание.

Правильно организованный режим включает:

- соблюдение времени приемов пищи и интервалов между ними;
- рациональную в физиологическом отношении кратность приемов пищи;
- правильное распределение калорийности по отдельным приемам пищи на протяжении дня.

Питание детей различных возрастных групп отличается по величине разовых порций и объему суточного рациона. Объем пищи должен удовлетворять потребности растущего организма. Нарушение объема порций может

служить причиной отклонений со стороны функции пищеварительных органов.

Хронометражные наблюдения показывают, что для завтрака и ужина в среднем достаточно 20 мин, для обеда — 25—30.

Принципы организации питания в дошкольном учреждении

- Питание должно быть полноценным и сбалансированным — содержать нужное количество белков, жиров и углеводов (для дошкольников их соотношение составляет 1:1:3 или 1:1:4; иначе даже высококачественная пища будет усваиваться плохо), а также минеральных веществ, витаминов, воды, т.е. обеспечивать организм материалом, необходимым для роста и развития.

- Энергетическая ценность питания должна соответствовать энергозатратам детей (суточную калорийность пищи распределяют так: обед — 30—40%, полдник — 10—15, завтрак и ужин — примерно по 25%).

- Чем разнообразнее подбор продуктов, входящих в меню, тем полноценнее удовлетворяется потребность в еде.

- Пища должна быть вкусной. Необходимо, чтобы ребенок ел с аппетитом.

- Следует ограничить потребление продуктов и блюд с повышенным содержанием соли, сахара и специй.

- Объем рациона и режим должны соответствовать возрастным потребностям организма дошкольника.

- Необходимо обеспечение правильного питьевого режима ребенка.

- Рациональное питание в детском учреждении требует тщательно составленного меню.

- Должно присутствовать индивидуальное питание.

- Условия, в которых организуется питание детей, должны быть соответствующими.

- Необходимо соблюдение гигиенических правил.

- Обязателен постоянный контроль за правильной организацией питания.

Питание ребенка в семье

- Родители должны знать и соблюдать режим питания, принятый в детском саду, как по кратности приемов пищи, так и по длительности интервалов между ними.

- Не следует давать детям бутерброды, сладости между приемами пищи — это может нарушить ритмичную деятельность пищеварительных органов, а также снизить аппетит.

- Правильное питание в семье внесет еще большее разнообразие в рацион ребенка, дома можно приготовить то блюдо, которое ему нравится. Важно, чтобы родители знали, какие продукты более полезны в детском возрасте.

- Родители должны знать, какие продукты следует в обяза-

тельном порядке использовать в питании детей каждый день.

- Важно соблюдение суточной нормы употребления молока, мяса, широкое использование овощей, фруктов, сливочного и растительного масла.

- Сладости (варенье, зефир, мармелад, джем и т.д.) можно давать ребенку в небольшом количестве после основного приема пищи.

Приготовление пищи

- Очень важно, чтобы пища, готовящаяся в домашних условиях, была безопасной и не привела к возникновению желудочно-кишечных заболеваний.

- Особую осторожность соблюдать при использовании скоропортящихся продуктов — творога, молока, кефира, сметаны, сосисок, вареных колбас.

- Продукты должны реализовываться строго в соответствии с датой, поставленной на их упаковке.

- Родители должны соблюдать технологию приготовления блюд, правила холодной и тепловой обработки, обращать особое внимание на сохранность первоначальной пищевой ценности продукта и на уменьшение потерь при обработке.

- В весенне-летний период готовить блюда из шавеля, шпината, салата, кабачков, баклажанов, брюквы, тыквы.

- Закреплять у детей гигиенические навыки культуры поведения за столом и культуры питания.

Закаливание – ведущий метод повышения устойчивости организма к неблагоприятным факторам

Дубчак О.В.,

*старшая медсестра МДОУ д/с № 1 Белоглинского района,
с. Белая Глина Краснодарского края*

При помощи закаливания, представляющего собой комплексную систему воспитательно-оздоровительного воздействия, создаются условия для повышения резистентности организма. В процессе закаливания средовые факторы оказывают влияние на ряд физиологических систем, обеспечивающих действенную адаптацию организма к изменяющимся климато-геофизическим воздействиям. Так, при пониженной температуре внешней среды создаются условия для повышения потерь тепла, возникает комплекс механизмов, способствующих сохранению стабильного температурного состояния организма — температурного гомеостаза. Это необходимо для предупреждения нарушений физиологических функций, которые могут наблюдаться при изменениях температуры крови и внутренних органов на 2—2,5° от исходного уровня.

При закаливании изменяются кровотоки как в сосудах кожи и подкожной клетчатки, так и во внутренних органах, частота сердечных сокращений дыхания,

показатели артериального кровяного давления. Это ведет к повышению уровня обмена веществ и реактивности организма, улучшению состояния нервно-психической сферы, эндокринной системы. Совершенствование нейрогуморальных взаимодействий способствует оптимизации вегетативных функций и обмена веществ, более адекватной стабилизации температурного гомеостаза при колебаниях температуры окружающей среды.

Проводимые в дошкольном учреждении и в семье закаливающие мероприятия как важная составная часть физической культуры способствуют созданию условий для здорового быта. Введение и систематическая реализация системы закаливания в раннем дошкольном детстве обеспечивают основу нормального физического и психического развития, закладывают фундамент сознательного и активного отношения к физическому воспитанию.

Важно помнить, что в процессе закаливания возникают разные

по интенсивности состояния напряжения физиологических систем организма, которые у детей дошкольного возраста имеют относительно небольшие резервы. Поэтому при чрезмерном превышении закаливающих процедур могут произойти срывы адаптации, проявляющиеся в ухудшении состояния здоровья и самочувствия ребенка, его отрицательном отношении к физическому воспитанию.

Правила применения закаливающих процедур

Индивидуальный подход к ребенку

Какие бы средства закаливания ни применялись, всегда необходимо учитывать возраст ребенка, состояние здоровья, условия жизни и индивидуальные особенности его организма. Особенно важен индивидуальный подход к ослабленным детям.

Начинать закаливать можно только совершенно здорового ребенка, принимая во внимание его физическое и психическое развитие, поведение и реакцию на окружающее. Необходимо учитывать особенности высшей нервной деятельности: дети с сильным, уравновешенным типом поддаются тренировке легче, чем дети со слабой нервной системой. Преобладание процессов возбуждения у ребенка сопровождается повышенной тратой энергии, приводит к быстрой утомляемости. Такие дети нуждаются только в успокаивающих процедурах —

обтираниях, теплых ваннах перед сном. Детям с преобладанием процессов торможения, сонливым полезны бодрящие процедуры — общие обливания или душ после сна.

Особая осторожность необходима при закаливании детей с хроническими заболеваниями, врожденными пороками развития. В таких случаях важны медленное наращивание интенсивности воздействия и контроль за реакцией ребенка на процедуру. При проведении закаливания рекомендуется внимательно следить за самочувствием ребенка, его настроением, аппетитом, массой тела, сном.

У маленьких детей сопротивляемость внешним воздействиям и способность в регуляции тепла развиты слабее, чем в более старшем возрасте. Поэтому закаливающие процедуры имеют возрастные ограничения.

Систематическое проведение процедур, без перерывов

Адаптация организма к резким колебаниям температур требует длительного времени. При многократном повторении закаливающих процедуры способствуют выработке условного рефлекса в виде быстрой реакции кровеносных сосудов на воздействие холода или тепла.

Первый эффект закаливания проявляется через 3 месяца от начала процедур. При прекращении их выработанные при закаливании рефлексы быстро угасают. Эффект закаливания исчезает

у ребенка третьего года жизни — через 10 дней, у 7-летнего — через 12–15.

Перерывы в закаливании снижают приобретенную организмом устойчивость к неблагоприятным воздействиям окружающей среды.

Постепенное увеличение силы закаливающего воздействия с учетом самочувствия ребенка

Привычка к холодovým воздействиям должна воспитываться последовательно и настойчиво (переход от менее сильных процедур к более сильным, от местных к общим и т.д.). Только последовательно приучая детей к изменениям температуры, можно без риска для их здоровья добиться хороших результатов.

В начале применения каждая процедура сопровождается реакцией со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем (увеличение частоты пульса, учащение дыхания), но по мере повторения процедур эта реакция ослабевает, а при увеличении силы раздражающего фактора — вновь появляется.

Особенно осторожно увеличивается сила закаливающего воздействия у детей с повышенной нервной возбудимостью и ослабленных. В этом случае целесообразно проводить сначала частичное обливание или обтирание, при воздушной ванне — обнажать вначале только конечности, затем грудь, живот и т.д. Постепенно можно перейти к обычным закаливающим мероприятиям, рекомендуемым для здоровых детей.

Процесс закаливания можно разделить на **начальный этап** (формируется холодовая устойчивость организма при постепенном увеличении интенсивности воздействия закаливающего фактора) и **этап стабилизации** (поддерживается приобретенная устойчивость: для этой цели используются разнообразные виды закаливания).

Проведение закаливания только при положительной реакции ребенка

Если ребенок проявляет беспокойство, капризничает, закаливающие мероприятия временно отменяют. Для маленьких детей необходимо создать такую обстановку, которая не вызвала бы страха. Процедура должна сопровождаться ласковым разговором с ребенком, его подбадриванием.

Не менее важен оптимальный температурный режим кожи ребенка. Перед началом закаливающей процедуры она должна быть теплой. Если ребенок охлажден (наблюдается защитная сосудосуживающая реакция), выработать положительную реакцию на закаливание не удастся.

Важное взаимодополняющее условие закаливания — повседневность выполнения требований «температурной» гигиены, где особое значение имеет устранение возможности перегревания ребенка и обеспечение тонизирующего влияния изменений температуры окружающей среды. Так, одним из обязательных условий любого вида закаливания следует

считать создание рациональной температурной воздушной среды в помещениях, где находятся дети. Такой рациональной средой может быть «комфортная температура», хотя это подчас не рекомендуется в некоторых руководствах и пособиях. Связано это с тем, что при температурах воздуха 22—24 °С терморегуляционные механизмы не испытывают какого-либо напряжения. Количество вырабатываемого организмом тепла, особенно при нахождении ребенка в состоянии ограниченной подвижности, оказывается тогда эквивалентным или несколько превышающим теплоотдачу, поэтому не возникает потребности в тренировке механизмов, поддерживающих температурный гомеостаз, стабилизировать его необходимо лишь при температурах, находящихся вне зоны «комфорта».

Следующее обязательное условие эффективного закаливания — наличие неперегревающей одежды, соответствующей погоде на данное время. Практика показывает, что требуется неукоснительно и постоянно бороться с распространенным и стойким предрассудком о пользе избыточной теплой одежды для избегания переохлаждения, что неоднократно подчеркивал Г.Н. Сперанский. Избыточная одежда, как это ни покажется на первый взгляд парадоксальным, может приводить к опасным формам переохлаждения, не говоря уже о том, что в такой одежде дети становятся мало-

подвижными, быстро потеют, в результате чего нарушается теплообмен, теплоизоляционные свойства одежды существенно снижаются — тем самым создаются условия для развития респираторного заболевания.

Дети, начинающие закаливание, обычно одеты в двухслойную одежду: хлопчатобумажное белье (майка, трусы), бумажное или фланелевое платье или рубашка, на ногах колготки, носки, туфли или тапочки. По мере закаливания используется одежда в один слой.

Группы закаливания

При проведении закаливающих мероприятий детей по состоянию их здоровья мы делим на две группы.

І. Основная:

- практически здоровые дети;
- с функциональными отклонениями в состоянии здоровья при условии, что они уже закаливались раньше.

ІІ. Ослабленная:

- дети с функциональными отклонениями, впервые приступающие к закаливанию;
- часто болеющие;
- с хронической патологией;
- приступающие к закаливанию после длительной болезни.

В зависимости от группы закаливания снижение температуры воды и воздуха проводят по-разному. В основной группе — на 2—4 °С через 2—3 дня при местном закаливании, через 5—6 дней при общем закаливании.

По мере закаливания, но не ранее чем через 2 месяца, дети могут быть переведены из одной группы закаливания в другую.

Критерии перевода:

- отсутствие острых заболеваний;
- отрицательной внешней реакции на холодовой раздражитель (отрицательная реакция: резкое увеличение частоты дыхания и сердечных сокращений, «гусиная кожа», дрожь, озноб);
- положительная эмоциональная реакция на процедуру.

Причины неэффективности закаливающих воздействий:

- несоблюдение температурного режима в помещениях;
- нерациональная одежда;
- использование слабоинтенсивных холодовых воздействий.

Противопоказания для проведения закаливающих процедур:

- острые заболевания, сопровождающиеся повышением температуры тела, острые желудочно-кишечные расстройства, обширные поражения кожи;
- декомпенсированный порок сердца, выраженная анемия, резко повышенная нервная возбудимость;
- повышение возбудимости, раздражительности, жалобы на усталость, ухудшение сна в результате закаливающих процедур, негативное отношение к процедуре.

В случаях острых заболеваний следует временно отказаться от проведения закаливания и возобновить его по окончании забо-

левания, уменьшив длительность и интенсивность воздействия на 2—3 °С. Если перерыв был более 10 дней, следует вернуться к первоначальной дозировке.

Закаливание воздухом

В комнате, где находятся дети, воздух должен быть чистым и свежим. Для этого необходимо соблюдение ряда условий.

Проветривание помещения

Оптимальная температура воздуха в помещении, где находятся дети: 3 лет — 20—22 °С; от 3 до 7 — 18—20°. При такой температуре напряжение процессов терморегуляции у ребенка минимальное. Повышение температуры усиливает потоотделение, при малейшем сквозняке ребенок может легко простудиться.

В холодное время года помещения проветривают через фрамугу 4—6 раз в день по 10—15 мин. При сквозном проветривании детей необходимо вывести в соседние помещения. В летний период проветривание происходит круглосуточно.

Прогулки

Дети гуляют не менее двух раз в день в общей сложности 3—4 ч, так как нельзя забывать, что день, проведенный ребенком без прогулки, потерян для его здоровья. Обязательная составная часть прогулки — подвижная игра с повышенным двигательным режимом при преобладании упражнений циклического характера (оздоровительный бег, прыжки,

пробежки с мячом). Интенсивность нагрузок средняя, у детей допускается легкая испарина. Важно организовать прогулку так, чтобы она была интересной для детей, тогда будет поддерживаться активный двигательный режим.

Воздушные ванны

Под влиянием воздушных ванн повышается насыщение крови кислородом, улучшаются сон и аппетит ребенка. Во время воздушной ванны он определенное время находится в облегченной одежде при комфортных значениях температуры или отсутствии ощутимого движения воздуха.

Для получения эффекта воздушные ванны следует проводить в помещении при температуре воздуха 18—20 °С, на открытом воздухе (без ветра) — 19—22 °С. Воздушные ванны проводятся 2 раза в день после еды. У старших детей: зимой утренняя гимнастика в проветренном помещении в облегченной одежде, летом подвижные игры в тени деревьев. Одежда постепенно облегчается. В дождливые и ветреные дни воздушные ванны можно проводить в комнате с открытым окном.

При проведении воздушных ванн кожа должна быть теплой, розовой. Если у ребенка раннего дошкольного возраста появляются признаки переохлаждения — бледность и мраморность кожи, синюшность губ и ногтей, — процедуру следует немедленно прекратить. Признаки переохлажде-

ния у старших детей — «гусиная кожа», дрожь, озноб.

После воздушной ванны ребенок должен быть бодрым и веселым, не испытывать неприятных ощущений.

Также в нашем дошкольном учреждении практикуется такой нетрадиционный метод закаливания, как босохождение, что служит хорошим средством укрепления сводов стопы и ее связок.

Эффективность этих процедур обусловлена тем, что ноги, особенно поверхности стоп, обладают повышенной чувствительностью к охлаждению. Такая повышенная чувствительность создается искусственно, из-за ношения теплой обуви, при этом соответственно усиливается рефлекторная связь многочисленных терморецепторов кожи и подкожной клетчатки ступней со слизистой верхних дыхательных путей. Поэтому уже при незначительном охлаждении ног рефлекс срабатывает таким образом, что возникает усиленная секреция носа и придаточных пазух, появляются чихание, кашель, повышается проницаемость слизистой оболочки носа и воздушных путей для инфекции, создаются условия для ее проникновения в организм. Следовательно, главный смысл босохождения — в закаливании кожи стоп к влиянию пониженных температур, осуществляемом главным образом путем действия низких температур пола и земли. Начинают босохождение при температуре пола не

ниже 18 °С. Вначале дети ходят в носках в течение 4—5 дней, затем — полностью босиком по 3—4 мин, увеличивая время процедуры на 1 мин и постепенно доводя ее до 15—20 мин. Босохождение используется во всех группах, начиная со второй ясельной. Процедура хорошо переносится детьми, очень физиологична.

Эффективность закаливания значительно возрастает, если осуществлять попеременно закаливающие воздействия пониженной и высокой температур. Речь идет о контрастных методах закаливания. В этих условиях кожные сосудистые реакции, постоянно задействованные в традиционных закаливающих процедурах на сосудосужающий эффект, будут время от времени действовать в противоположном направлении, т.е. проявлять сосудорасширяющий эффект. После пребывания организма в условиях воздействия более высокой температуры и когда от кожных и подкожных сосудов требовалось расширение просвета, в условиях охлаждающих раздражителей наступает потребность переключения на противоположные сосудосуживающие реакции, которые при этом осуществляются более эффективно. Такое «раскачивающее» тренирующее воздействие температурных контрастных влияний оказывается наиболее действенным по сравнению с постоянно однонаправленным влиянием среды пониженной температуры.

Начинается закаливающая процедура под названием «побудка» после дневного сна, продолжается в течение 12—15 мин. Включается негромкая, мелодичная музыка, способствующая постепенному переходу от сна к бодрствованию. Дети просыпаются, откидывают одеяло и, лежа в постели, выполняют в течение 2—3 мин физические упражнения типа подтягивания к груди согнутых колен с обхватом их руками и последующим выпрямлением, перекрестные и параллельные движения рук и ног, поднятых перпендикулярно относительно туловища, с покачиванием согнутых коленей в стороны с противоположным движением рук и т.д.

Далее дети встают с постели, снимают спальную одежду, оставаясь одетыми в майки и трусы, затем начинают пробежки в другое помещение, в котором температура воздуха поддерживается с помощью обогревателя в пределах 22—23 °С. Во время кратковременного пребывания в теплом помещении выполняются различные упражнения, имеющие важное значение в поддержании интереса детей к закаливающей процедуре, создании положительного эмоционального отношения.

При перебежках задействуются разнообразные виды ходьбы, марша.

Спустя 2—3 недели после применения воздушных ванн можно переходить к водному закаливанию.

Закаливание водой

Вода оказывает более сильное воздействие на терморегуляцию, чем воздух. Закаливание водой требует большой осторожности, очень важна постепенность в проведении процедур. Чем ниже температура воды, тем короче время процедуры.

Механизм влияния холодной воды на организм сводится к рефлекторному изменению тонуса и просвета кровеносных сосудов в виде трех последовательных фаз.

1. Резко сужаются кровеносные сосуды кожи, кровь отливает в глубоко расположенные артерии и вены, кожа становится бледной и холодной, могут быть «гусиная кожа», озноб, повышение частоты сердечных сокращений, повышение артериального давления.

2. Через несколько секунд кожные сосуды расширяются (тонус сосудов сохраняется), кровь приливает из внутренних органов к периферии, кожа розовеет, появляется приятное ощущение тепла. Артериальное давление понижается. Возникает фаза активной гиперемии. После короткого воздействия холодových процедур обычно улучшается общее самочувствие, приходит чувство бодрости, повышается аппетит. Однако если процедура слишком длительная или вода слишком холодная, наступает третья фаза.

3. Вторичный озноб — паретическое состояние (понижение тонуса) расширенных капилляров. При этом наблюдаются бледность и цианоз кожи, организм теряет больше тепла, чем вырабатывает. Возникает несостоятельность механизмов терморегуляции. В этом случае процедуру следует немедленно прекратить, ребенка необходимо согреть, тепло укутать, сделать массаж.

Оздоровляющее действие водных процедур обусловлено первыми двумя фазами (спазм и расширение сосудов — «их гимнастика»). Нельзя допускать наступления третьей фазы, которая свидетельствует о неправильном проведении закаливающего мероприятия.

Для закаливания детей используется контрастное обливание ног, при котором в течение одной процедуры используют попеременно то холодную, то теплую воду.

Температура теплой воды для всех детей одинакова — 38 °С. Температура прохладной воды для I группы закаливания 18 °С, для II — 28 °С. Начинаем всегда с теплой воды. Температура прохладной воды у детей II группы постепенно понижается до 18 °С, снижаясь на 1 °С каждые 5—7 дней.

Детей I группы обливаем водой, имеющей температуру 38 и 18 °С попеременно (процедура заканчивается прохладной водой).

Детей II группы обливаем водой с температурой 38 и 28 °С, заканчивая теплой водой.

После контрастного обливания необходимо энергично растереть ноги ребенка вафельным полотенцем до легкого покраснения. Время воздействия прохладной воды (18–23 °С) — 2–4 с, теплой (38 °С) — 6–8 с. Контрастное обливание проводится круглый год.

Закаливание солнечными лучами

Закаливание солнцем начинают, когда ребенок привык к воздушным процедурам. Под влиянием ультрафиолетовых лучей в клетках кожи образуется меланин, вырабатывается витамин D. Солнечный свет стимулирует обменные процессы, повышает иммунитет и оказывает антибактериальное действие. В числе минусов — возможны ожог кожи, тепловой и солнечный удары.

На солнце голова ребенка должна быть прикрыта панамкой! Первые 2–3 дня нужна футболка, затем только трусики. В теплую солнечную погоду ребенок должен много пить, а также носить легкую светлую одежду, не препятствующую испарению пота.

Свето-воздушные ванны — воздействие рассеянного солнечного света. Проводятся перед солнечными ваннами или как их замена при противопоказаниях. Дети, одетые в трусики, играют в

подвижные игры в тени деревьев, навеса.

Солнечные ванны проводятся через час после еды при температуре до 30 °С. Время пребывания на солнце в первые дни — 5–6 мин, после появления легкого загара — 10 мин, 2–3 раза в день. Солнечные ванны рекомендуется принимать в утренние и вечерние часы. Нельзя находиться на солнце с 11 до 14 ч. Во время солнечных ванн не рекомендуются подвижные игры, так как двигательная активность способствует перегреванию.

Неплохим методом профилактики заболеваний носоглотки является *полоскание горла* прохладной водой. Данный вид закаливания применяется только после консультации врача. Полоскать горло мы учим детей в возрасте с 2,5–3 лет при температуре воды 40–42 °С. Дети в возрасте 4–6 лет, уже умеющие полоскать горло, начинают эти процедуры при температуре воды 36–37 °С, которая снижается каждые 2–3 дня на 1° и доводится до комнатной температуры. При подозрении на патологию миндалин мы добавляем на стакан воды 1 г поваренной соли и 0,5 г питьевой соды.

Решение проблемы поиска наиболее эффективных методов закаливания детей, важной не только в медицинском, но и в социальном плане, будет достигнуто на основе комплексных

исследований, совместной творческой работы медиков и педагогов, в постоянном содружестве с родителями.

Медицинские работники нашего ДОУ, проводя родительские собрания, рассказывают родителям о закаливании их детей, дают рекомендации. Проводится день открытых дверей для родителей, где демонстрируются оздоровительные, закаливающие мероприятия. В родительских уголках раз-

мешается информация о том, какие процедуры проводятся в данное время, как не навредить ребенку, закаливая его в домашних условиях.

Результаты диагностики, проводимой в нашем ДОУ, показали, что организованные закаливающие процедуры положительно влияют на развитие детей: снизилась простудная заболеваемость, повысилась посещаемость.

Оздоровительная работа в ДОУ с детьми, имеющими аллергические заболевания

Кузьмина И.Н.,

директор МДОУ ЦРР — д/с № 1 «Муравейник»,
г. Коломна Московской обл.

ИЗ ОПЫТА
РАБОТЫ

В связи с ухудшением экологической и социальной обстановки, а также под влиянием наследственных факторов из года в год растет число детей-аллергиков. Немногие дошкольные учреждения готовы принять детей с такой патологией. Это большая ответственность, требующая высококвалифицированной медико-педагогической подготовки кадров.

Проблема оздоровления дошкольников с аллергопатологией в последние годы стала особенно актуальной для нашего ДОУ.

Если в 2000 г. мы приняли 16 детей, имеющих аллергические заболевания различной этиологии, то в 2010 г. в два раза больше.

На протяжении 10 лет наше дошкольное учреждение работает по программе «Здоровье», приоритетным направлением которой является оздоровительная работа с детьми, имеющими аллергические заболевания. На основе статистических данных педагогический коллектив и медицинский персонал ДОУ совместно с врачами-специалистами детской

Таблица 1

Комплекс оздоровительных мероприятий

№ п/п	Оздоровительные мероприятия	Методы и формы их проведения	Сроки проведения
1	Витаминация	Поливитамины	10 дней
2	Фитопитание*. Аэроионотерапия	Кислородный коктейль. Люстра Чижевского	—//—
3	Ароматерапия*. Витаминация. Массаж грудной клетки и стоп (для ЧБД)*	Аромалампы: лаванда, пихта, сосна. Витаминный чай	—//—
4	Витаминация. Фитопитание*. Аэроионотерапия	Витамины С, Е. Кислородный коктейль. Люстра Чижевского	—//—
5	Витаминация	Витаминный чай	
6	Летние оздоровительные мероприятия	Бассейн с прохладной водой, плескательный бассейн	Летний период
7	Витаминация	Витаминный чай. Поливитамины	10 дней
8	Массаж грудной клетки и стоп (для ЧБД)*	—	—//—
9	Фитопитание*. Ароматерапия*	Кислородный коктейль. Аромалампы: лаванда, пихта, сосна	—//—
10	Витаминация. Аэроионотерапия	Витаминный чай. Люстра Чижевского	—//—

* По назначению врача.

городской поликлиники разработал оздоровительную программу.

Цели: снизить острую и хроническую заболеваемость у аллергиков, провести их адаптацию к окружающей обстановке и устранить социальную недостаточность.

Оздоровительные мероприятия (табл. 1) максимально способству-

ют укреплению здоровья детей и базируются на основных принципах:

- организация двигательной активности с включением элементов физического воспитания;
- реализация системы эффективного закаливания;

- применение психогигиенических и психопрофилактических средств и методов;
- реализация полноценного питания с учетом индивидуального подбора гипоаллергенного меню;
- преемственность и взаимосвязь семейного и общественного воспитания.

На начальном этапе оздоровительной работы мы спроектировали оздоровительный режим, позволяющий преобразовать режимные моменты в более гибкую систему. Благодаря шадящему режиму дети-аллергики получили возможность безболезненно проходить этап дошкольной адаптации. Такой режим предусматривает достаточное пребывание воспитанников на свежем воздухе и интеграцию закалывающих мероприятий во все режимные моменты. Профилактические методы в оздоровительной работе (циклические упражнения, дыхательная гимнастика, массаж и самомассаж) дополняются релаксационными упражнениями, которые проводятся под музыкальное сопровождение, что оказывает тонизирующее, стимулирующее, укрепляющее, восстанавливающее, успокаивающее и расслабляющее действие. Эта работа крайне важна, так как в настоящее время получено неоспоримое свидетельство того, что ход аллергических реакций во многом зависит от состояния нервной системы. Поэтому, проведение самомассажа, дыхатель-

ной гимнастики, релаксационных упражнений благоприятно воздействуют на состояние ребенка.

Наше ДООУ принимает детей даже с самой тяжелой формой атопического дерматита. Дети с аллергическими реакциями входят в группу часто болеющих детей, поэтому мы уделяем им особое внимание в периоды вспышек заболеваний ОРВИ и гриппа, прослеживаем динамику их заболеваемости три раза в год (сентябрь, январь и май).

С учетом того что у детей с аллергически измененной реактивностью нередко отмечается пониженная устойчивость к изменяющимся климатическим факторам внешней среды, мы взяли за основу методы рационального закаливания. Обязательное условие их эффективного закаливания — четкая организация теплового и воздушного режимов в помещении, наличие у детей неперегревающей одежды на открытом воздухе и в помещении. Другим обязательным условием закаливания является соблюдение режима прогулок в течение года и выполнение гигиенических процедур.

Большое внимание мы уделяем профилактическим мероприятиям по предотвращению контактов с аллергенами:

- помещение, в котором пребывают дети, часто проветривается, дважды в день проводится влажная уборка;

- не загромождается мебелью, коврами, шторы на окнах укороченные;
- сушка, выморозка постельных принадлежностей (матрацы, подушки, одеяла) выполняются 2 раза в год;
- проводится стирка ковровых изделий, чистка их снегом;
- аквариумные рыбки, птицы, животные содержатся в экологической комнате;
- осуществляется подбор комнатных растений;
- своевременно (до начала цветения) косят газоны и участки;
- соблюдаются правила применения и хранения моющих средств.

Принцип полноценного питания — базовый в оздоровительной работе с детьми, имеющими аллергические заболевания. Медицинский персонал нашего ДООУ составляет индивидуальный список продуктов-аллергенов для каждого ребенка. За основу было принято примерное дополнительное гипоаллергенное меню (табл. 2), в котором заменяются продукты-аллергены безвредными аналогами, сохраняя таким образом сбалансированное питание и полностью удовлетворяющее физиологические потребности растущего организма в основных веществах.

На базе ДООУ в 2004 г. при поддержке Попечительского совета была создана «Школа моло-

дых матерей», благодаря которой учим беременных женщин не только правильно питаться, но и вести здоровый образ жизни.

Изучая этиологию аллергических реакций, мы даем рекомендации будущим мамам по организации правильного питания, напоминая им, что правильное питание — залог рождения здорового ребенка. Знакомим их не только с пищевыми аллергенами, но и другими факторами, способствующими возникновению аллергических реакций у детей (химические консерванты, пищевые добавки, антибиотики, витамины, шерсть животных, пыльца растений, перья птиц, краска для волос, косметика, стиральные порошки и др.).

Каждый год мы начинаем работу с родителями со сбора информации о степени и характере заболеваемости, условиях, в которых находится ребенок вне детского сада. На основе этого педагоги и медицинский персонал предлагают родителям совместный план работы по оказанию помощи ребенку, имеющему аллергические заболевания. Мы привлекаем родителей к проблеме укрепления здоровья, проводя консультации, семинары, индивидуальные беседы. Приобщаем их к работе с детьми, организуя совместные дни здоровья, спортивные досуги и праздники, учим оказывать помощь детям, имеющим аллергические заболевания,

Таблица 2

Гипоаллергенное меню

Меню	Количество детей	Гипоаллергенное меню	Количество детей
<i>Завтрак</i>			
Каша пшеничная молочная.	147	Каша пшеничная сладкая на воде.	3
Какао с молоком.	145	Чай с молоком.	2
Булка с маслом.	147	Чай сладкий.	3
		Булка с маслом и сыром.	3
		Хлеб ржаной.	3
Сок апельсиновый	142	Сок яблочный	8
<i>Обед</i>			
Салат из моркови с сахаром.	150	Салат из свежих огурцов.	5
Борщ на мясном бульоне со сметаной.	148	Щи на мясном и курином бульоне со сметаной.	2
Котлета мясная.	146	Курица тушеная с овощами.	4
Рис.	149	Каша перловая.	1
Соус томатный.	146		
Компот из сухофруктов.	150	Чай без сахара	2
Хлеб	150		
<i>Полдник</i>			
Пудинг творожно-морковный.	148	Рыба тушеная с овощами.	2
Кисель вишневый.	148		
Чай с молоком.	147	Чай сладкий.	3
Булка	150	Чай без сахара	2

используя рекомендации нашей программы «Здоровье».

За 10 лет мы провели оздоровительную работу по этой программе с 252 детьми, имеющими аллергические заболевания. Большинство детей находятся в стадии ремиссии, не давая

ярко выраженных проявлений, а 19 детей были сняты с учета.

Работа с детьми-аллергиками трудная, требующая выдержки, терпения, высокого профессионализма. Победить болезнь можно только совместными усилиями педагогов, родителей и врачей.

Программа оздоровления детей с аллергодерматозами в условиях ДОУ



Скоморохова М.Б.,

заведующий МДОУ д/с присмотра и оздоровления № 520;

Плотникова И.А.,

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

Программа разработана в силу особой актуальности проблемы сохранения здоровья детей. Отражает эффективные подходы к комплексному решению вопросов оздоровления подрастающего поколения в ДОУ, определяет основные направления, задачи, а также план действий и реализацию их по оздоровлению детей с аллергодерматозами.

Общие положения

В уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) говорится, что здоровье — это не только отсутствие болезней или физических дефектов, но и полное физическое, психическое и социальное благополучие. Оно является важнейшим показателем, отражающим биологические характеристики ребенка, социально-экономическое состояние страны, условия воспитания и образования детей, качество окружающей среды, степень развития медицин-

ской помощи, служб охраны материнства и детства, в конечном счете — отношение государства к проблемам здоровья.

По данным, опубликованным в Государственном докладе о состоянии здоровья населения РФ, 60% детей в возрасте от 3 до 7 лет имеют функциональные отклонения в состоянии здоровья и только 10% детей приходят в школу абсолютно здоровыми. Поэтому проблему здоровья следует рассматривать в широком социальном аспекте.

С этой позиции в центре работы по полноценному физическому развитию и укреплению здоровья детей должны находиться, во-первых, семья с включением всех ее членов и условий проживания; во-вторых, ДОУ, где ребенок проводит большую часть своего активного времени, т.е. социальные структуры, определяющие уровень здоровья детей.

Поэтому в ДОУ необходим поиск новых подходов к оздоровлению детей, базирующихся на многопрофильном анализе внешних воздействий, мониторинге состояния здоровья каждого ребенка, учете и использовании особенностей его организма, индивидуализации профилактических мероприятий, создании определенных условий (см. рисунок).

Цели программы:

- сохранять и укреплять здоровье детей;
- формировать у родителей, педагогов, воспитанников от-

ветственность в деле сохранения собственного здоровья.

Ожидаемые результаты:

- осознание взрослыми и детьми понятия «здоровье» и влияния образа жизни на его состояние, создание гипоаллергенных диеты и условий жизни дома;
- повышение уровня адаптации к современным условиям жизни;
- овладение навыками самооздоровления;
- снижение уровня заболеваемости.

Объекты программы:

- дети МДОУ д/с № 520;



Рис. Структура внедрения здоровьесберегающих методик, технологий в воспитательно-образовательный процесс ДОУ

- семьи детей, посещающих образовательное учреждение;
- педагогический коллектив;
- медицинский коллектив.

Основные принципы:

- научности (подкрепление всех проводимых мероприятий, направленных на укрепление здоровья, научно обоснованными и практически апробированными методиками);
- активности и сознательности (участие всего коллектива педагогов и родителей в поиске новых, эффективных методов и целенаправленной деятельности по оздоровлению себя и детей);
- комплексности и интегративности (решение оздоровительных задач в системе учебно-воспитательного процесса и всех видов деятельности);
- адресности и преемственности (поддержание связей между возрастными категориями, учет разноуровневого развития и состояния здоровья);
- результативности и гарантированности (реализация прав детей на получение необходимой помощи и поддержки, гарантия положительного результата независимо от возраста и уровня физического развития детей);
- конкретности и измеримости (четкие ориентиры по всем направлениям деятельности ДОУ, позволяющие контроли-

ровать, проектировать этапы выполнения оздоровительной программы ДОУ и судить о том, в какой степени решены поставленные задачи);

- ориентированности во времени (необходима для конкретизации целей);
- реалистичности (помогает ДОУ связать воедино статус, вид, условия (кадровые, программно-методические, материально-технические, технологические и др.) и запросы социума);
- гибкости (дает возможность оздоровительной программе адаптироваться к изменениям внешней оздоровительной политики, внутренней среды ДОУ);
- обязательности в выполнении (определяет обозначение четких границ, ориентировку деятельности ДОУ).

Основные направления программы

Профилактическое:

- обеспечение благоприятного течения адаптации;
- выполнение сангигиенического режима;
- проведение обследований по скрининг-программе и выявление патологий;
- решение оздоровительных задач всеми средствами физической культуры;
- предупреждение острых заболеваний и невротических состояний методами неспецифической профилактики;

- медико-педагогическое сопровождение каждого ребенка;
- проведение социальных, санитарных и специальных мер по профилактике инфекционных заболеваний.

Организационное:

- организация здоровьесберегающей среды в ДООУ;
- определение показателей физического развития, двигательной подготовленности, объективных и субъективных критериев здоровья методами диагностики;
- составление индивидуальных планов оздоровления;
- изучение передового педагогического, медицинского и социального опыта по оздоровлению детей, отбор и внедрение эффективных технологий и методик;
- систематическое повышение квалификации педагогических и медицинских кадров;
- пропаганда здорового образа жизни и методов оздоровления в коллективе детей, родителей, сотрудников.

Лечебное:

- противорецидивное лечение хронических заболеваний;
- коррекция отдельных отклонений в физическом и психическом развитии;
- мазевая, витамино-, физио-, медикаментозная терапия;
- йодопрофилактика эндемического зоба;

- оказание первой помощи при неотложных состояниях.

Задачи, решаемые ДООУ в рамках, обозначенных программой:

- сохранение позиций ДООУ в микрорайоне, городе, области;
- достижение в установленные сроки реальных результатов, определенных оздоровительной программой;
- наилучшие показатели реабилитации детей с аллергодерматозами в условиях специализированного дошкольного учреждения;
- создание имиджа ДООУ;
- развитие внутренних ресурсов ДООУ (кадры, материально-техническая база, программно-методическое обеспечение).

Новое в методике оздоровления детей с аллергодерматозами:

- введение новых оздоровительных технологий;
- разработка комплекса программно-методического обеспечения оздоровительного процесса;
- индивидуальных оздоровительных маршрутов воспитанников;
- изменение системы и методов оценки оздоровления и актуального состояния ребенка.

Оздоровительно-профилактический блок программы (приложения 1–3)

Цели:

- формировать здоровый образ жизни детей;

- повышать устойчивость детского организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды.

Основные направления

Общемедицинские мероприя-

тия:

- профилактические осмотры;
- антропометрия и анализ развития детей;
- выравнивание мебели в соответствии с данными антропометрии;
- санитарно-просветительская работа с персоналом и родителями;
- своевременное направление детей к врачам-специалистам;
- проведение туберкулинодиагностики и вакцинопрофилактики (в соответствии с календарем прививок);
- профилактики гипотиреоза детям подготовительной группы, осмотренным эндокринологом (калий йодид).

Организация питания:

- ежедневное составление меню с учетом суточной потребности детей в белках, жирах, углеводах, минеральных веществах и витаминах;
- наличие в меню овощей, фруктов, соков;
- включение в рацион отваров шиповника, рябины, чернослива;
- витаминизация третьего блюда витамином С.

Общеукрепляющие мероприя-

тия:

- утренняя гимнастика;

- прогулки на свежем воздухе;
- физкультминутки;
- занятия физической культурой;
- гимнастика для профилактики нарушений осанки, плоскостопия;
- точечный массаж для профилактики ОРЗ;
- комплекс упражнений для детей, часто болеющих ОРЗ;
- дыхательная гимнастика;
- витаминотерапия («Ревит» и др.);
- отвары трав.

Закаливающие мероприятия:

- соблюдение температурного режима в групповых помещениях;
- ежедневные прогулки на свежем воздухе;
- полоскание полости рта;
- воздушная гимнастика;
- контрастно-воздушное закаливание;
- босохождение;
- умывание прохладной водой.

Индивидуально: физиопроцедуры, спазмолитики, сорбенты, ферменты, антигистаминные препараты, биопрепараты, желчегонные, иммуномодуляторы, препараты для профилактики гриппа, ОРВИ; профпрививки — по календарю.

Традиционные методы оздоровления:

- ежедневная утренняя гимнастика;
- корректирующая гимнастика;
- три обязательных занятия физической культурой в неделю;

- врачебный контроль образовательной деятельности (2 раза в мес.);
- строгое выполнение всех режимных моментов;
- ежедневные воздушные ванны с элементами корригирующей гимнастики;
- соблюдение двигательного режима в течение дня;
- рациональное питание (гипоаллергенная диета);
- закаливание.

Базисные оздоровительные мероприятия:

- биопрепараты ежедневно;
- ферменто-, витамино-, фито-, мазевая, медикаментозная терапия;
- курсы минеральной воды;
- витаминизированные завтраки.

Физиолечение:

- ингаляции;
- электрофорез;
- магнито- и лазерная терапия;
- тубус-кварц;
- лампа Бионик;
- нэбулайзер;
- электросон;
- аппарат ПГГ и др.

Целевая программа:

- УФО;
- С-витаминизация;
- закаливающие мероприятия;
- полоскание зева отварами трав;
- фитонциды и др.

Индивидуальные оздоровительные мероприятия:

- исходя из статуса здоровья ребенка;
- реабилитационные мероприятия после острого или хронического заболевания.

Работа по обеспечению психического здоровья:

- развитие личностной сферы ребенка, коммуникативных умений;
- игро- и песочная терапия;
- релаксационные паузы;
- развивающие игры;
- психотехнические игры и др.

Работа по обеспечению физического здоровья:

- утренняя гимнастика;
- прогулка (2 раза в день);
- физкультминутки между играми-занятиями;
- спортивные праздники, досуги;
- лечебная физкультура;
- закаливание;
- дыхательная и пальчиковая гимнастики;
- воздушные ванны;
- игры-занятия и др.

Санитарно-гигиеническое обучение:

- сотрудников;
- информация воспитателей о здоровье детей в группах (тетради здоровья, банк данных);
- работа с родителями на тему «Здоровый образ жизни семьи — здоровый ребенок»;
- работа с детьми на тему «Здоровье детей в их руках».

Система оздоровительной работы в МДОУ

Разделы и направления работы	Формы работы	Ответственный
1	2	3
Использование вариативных режимов дня в МДОУ		
—	Режимы: — типовой по возрастным группам; — индивидуальный (с учетом особенностей ребенка, семейной ситуации)	Старший воспитатель, воспитатели, специалисты
Разнообразные виды организации режима двигательной активности ребенка		
Регламентированная деятельность	Утренняя гимнастика. Физкультминутки. Динамические паузы. Физкультурные занятия. Физические упражнения после сна	Воспитатели
	Спортивные праздники и досуги	Инструктор по физической культуре
Частично регламентированная деятельность	Спортивные игры. Подвижные игры на воздухе и в помещении	Воспитатели, инструктор по физической культуре
	Дни здоровья	Инструктор по физической культуре
	Подгрупповые и индивидуальные занятия с варьированием физической нагрузки с учетом исходного уровня здоровья и возможностей ребенка	Воспитатели
Нерегламентированная деятельность	Самостоятельная двигательная активность детей в помещении и на прогулке	—//—
Оздоровительное и лечебно-профилактическое сопровождение		
Диспансеризация	Профилактические осмотры детей декретированных возрастных групп	Врач-педиатр
	Профилактические осмотры врачей-специалистов по медицинским показаниям	Врачи, старшая медсестра
Профилактические мероприятия	Физиотерапевтические процедуры	Медсестра по физиотерапии
	Аэроионизация воздуха (лампы Чижевского)	Воспитатели

Продолжение табл.

1	2	3
	Использование фильтра для очистки воды	Повара
	Комплексы: — адаптогенов; — неспецифической профилактики ОРВИ, гриппа, лор-заболеваний; — реабилитации детей с аллергодерматозами; — витаминoproфилактический. Иммунокоррекция. Вакцинопрофилактика	Врачи, старшая медсестра
Общеукрепляющие мероприятия	Режим теплового комфорта в выборе одежды для пребывания в группе, на занятиях по физкультуре, во время прогулок	Воспитатели
	Режим проветривания	—//—
	Местные и общие воздушные ванны	—//—
	Свето-воздушные и солнечные ванны в весенне-летний период	—//—
Коррекционные мероприятия	Коррекция: — сезонных обострений хронических патологий; — адаптационных нарушений; — аллергических заболеваний	Врач-педиатр, врач-дерматолог
	Физиотерапевтические процедуры	Медсестра по физиотерапии
	Занятия с учителем-логопедом	Учитель-логопед
Организация питания		
	Гипоаллергенная диета	Диетсестра, повар
	Сбалансированное питание в соответствии с действующими натуральными нормами	—//—
	Индивидуальная диета с учетом переносимости продуктов	—//—
Психологическое сопровождение развития		
	Создание психологического климата в ДОУ	Воспитатели
	Обеспечение педагогами положительной эмоциональной мотивации всех видов детской деятельности	Воспитатели, специалисты
	Личностно-ориентированный стиль взаимодействия педагогов и специалистов с детьми	—//—
	Формирование основ коммуникативной деятельности у детей	Воспитатели
	Медико-педагогическая поддержка ребенка в адаптационный период	Врач-педиатр, воспитатели

Окончание табл.

1	2	3
Формирование основ гигиенических знаний и ценностного отношения к здоровью		
	Развитие представлений и навыков здорового образа жизни и поддержания здоровья	Старший воспитатель, воспитатели
	Воспитание общих и индивидуальных гигиенических навыков интереса к физической активности	Воспитатели, инструктор по физической культуре
	Формирование основ безопасности жизнедеятельности	Старший воспитатель, воспитатели

Приложение 2

Ежедневные физкультурно-оздоровительные мероприятия в ДОУ

	Первая половина дня	Вторая половина дня
	1	2
Понедельник	Физкультура. Информационный стенд «Медицинский уголок». Оздоровительный самомассаж. Оздоровительный бег, спортивные упражнения на прогулке. Подвижные игры с бегом на формирование двигательного воображения	Люстра Чижевского. Гимнастика пробуждения. Ходьба по коррекционной дорожке. Контрастные воздушные ванны. Физиопроцедуры. Умывание холодной водой. Полоскание рта и горла. Игры на развитие способностей к двигательной режиссуре. Подвижные игры с бегом на формирование двигательного воображения. Логопункт
Вторник	Оздоровительный бег. Дыхательные звуковые упражнения. Музыкальное занятие. Оздоровительный самомассаж Спортивные упражнения на прогулке. Подвижные игры с прыжками	Люстра Чижевского. Гимнастика пробуждения. Ходьба по коррекционной дорожке. ЛФК. Физиопроцедуры. Умывание холодной водой. Контрастные воздушные ванны. Полоскание рта и горла. Игры на развитие обобщенных представлений о мире движений и познавательных функций движения. Подвижные игры с прыжками. Логопункт

Окончание табл.

	1	2
Среда	Физкультура на прогулке. Оздоровительный самомассаж. Оздоровительный бег, спортивные упражнения на прогулке. Подвижные игры с метанием и ловлей	Люстра Чижевского. Гимнастика пробуждения. Ходьба по коррекционной дорожке. Физиопроцедуры. Фиточай. Умывание холодной водой. Контрастные воздушные ванны. Полоскание рта и горла. Игры на формирование предпосылок двигательной рефлексии. Библиотека-передвижка для родителей «Забочусь о своем здоровье сам!». Подвижные игры с метанием и ловлей
Четверг	Музыкальное занятие. Оздоровительный самомассаж. Спортивные упражнения на прогулке. Оздоровительный бег на прогулке. Народные игры. Подвижные игры с ползанием и лазаньем	Люстра Чижевского. Гимнастика пробуждения. Ходьба по коррекционной дорожке. Физиопроцедуры. Умывание холодной водой. Контрастные воздушные ванны. Полоскание рта и горла. Подвижные игры с целью воспитания целостного отношения к движению как способу существования. Подвижные игры с ползанием и лазаньем на формирование двигательного воображения
Пятница	Физкультура. Оздоровительный самомассаж. Игры с элементами соревнований. Эстафеты. Спортивные игры на прогулке. Оздоровительный бег на прогулке. Силовые упражнения и использование элементов спортивных игр на прогулке	Люстра Чижевского. Гимнастика пробуждения. Ходьба по коррекционной дорожке. Физиопроцедуры. Фиточай. Умывание холодной водой. Контрастные воздушные ванны. Полоскание рта и горла. Клуб «Школа для родителей»

Оздоровительные мероприятия

Месяц	Мероприятия	
1	2	3
Сентябрь	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Успокоительный сбор (10 дней). Поливитамины (1 месяц)	Свежая зелень в первое блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно). Профпрививки против гриппа
Октябрь	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно). Свежая зелень в первое блюдо	Оксолиновая мазь. Фитонциды на столе, бусы. Курс минеральной воды (1 месяц)
Ноябрь	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно). Свежая зелень в первое блюдо	Оксолиновая мазь. Фитонциды на столе, бусы. Витаминный напиток из шиповника (2 недели)
Декабрь	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно). Оксолиновая мазь	Фитонциды на столе, бусы. Корень солодки (2 недели)
Январь	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно). Оксолиновая мазь	Фитонциды на столе, бусы. Ферментотерапия (5 дней). Витаминный напиток из овса (2 недели)
Февраль	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно). Оксолиновая мазь	Фитонциды на столе, бусы. Полоскание горла отварами трав. Поливитамины (1 месяц)
Март	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно)	Оксолиновая мазь. Фитонциды на столе, бусы. Курс минеральной воды (1 месяц)
Апрель	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно). Оксолиновая мазь	Фитонциды на столе, бусы. Витаминный напиток из шиповника (2 недели). Свежая зелень в первое блюдо
Май	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно).	Свежая зелень в первое блюдо. Поливитамины (1 месяц)
Июнь	Кисломолочные напитки. Витамин С в третье блюдо. Калия йодид (100 мг ежедневно)	Свежая зелень в первое блюдо. Ферментотерапия (5 дней)

Диагностика, лечение и профилактика аскаридоза у детей

Хасанова А.В.,

канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии № 1,
врач высшей категории, Иркутский государственный
медицинский университет, г. Иркутск

ПЕДИАТРИЯ



Мы продолжаем разговор о наиболее распространенных в детском возрасте паразитарных заболеваниях. Сегодня речь пойдет об **аскаридозе** — гельминтозе, известном со времен глубокой древности. В странах с сухим климатом встречается редко, отсутствует и за полярным кругом. Возбудителем аскаридоза является круглый гельминт — аскарида человеческая (*Ascaris lumbricoides*). Живые или свежевыведившиеся из кишечника аскариды красновато-желтые, после гибели становятся беловатыми.

Человек, в кишечнике которого паразитируют самки и самцы аскарид, — единственный источник инвазии. Зрелая самка способна отложить до 245 тыс. яиц в сутки, причем откладываться могут как оплодотворенные, так и неоплодотворенные яйца (последние не могут вызвать инвазию). Во внешнюю среду с калом выделяются незрелые яйца гельминтов и созревают только при благоприятной для развития температуре. Заражение происходит при проглатывании зрелых яиц. Эпидемиологическое значение имеют преимущественно овощи, на поверхности которых имеются частички почвы. В настоящее время большую опасность для распространения аскаридоза представляют садово-огородные участки, где порой для удобрения почвы используются необезвреженные фекалии человека.

Из зрелых яиц, проглоченных человеком, в тонкую кишку выходят личинки, внедряются в ее стенку и проникают в кровеносные капилляры, затем гематогенно мигрируют в печень и легкие. В легких личинка активно выходит в альвеолы и бронхиолы, продвигается по мелким и крупным бронхам с помощью реснитчатого эпителия до ротоглотки, где мокрота заглатывается с личинками. Попадая в кишечник, личинка в течение

70—75 суток достигает половой зрелости. Продолжительность жизни взрослой аскариды достигает года, после чего она гибнет и вместе с калом удаляется наружу. Поэтому наличие аскарид на протяжении нескольких лет у одного ребенка объясняется только повторными заражениями.

В период миграции личинок симптоматика заболевания обусловлена в основном аллергическими проявлениями, возникающими в ответ на сенсибилизацию продуктами обмена и распада личинок. В стенке кишечника, легких образуются эозинофильные инфильтраты. Токсико-аллергические реакции также возможны и наблюдаются во время локализации взрослых аскарид в кишечнике. Активная миграция личинок обуславливает вторую группу проявлений — за счет механического воздействия. Кровоизлияния в легкие и кровохарканье появляются после разрывов капилляров, возникающих в местах перфорации их личинками. В кишечнике аскариды не прикрепляются, а удерживаются, упираясь своими концами в стенку кишки. Поэтому они весьма мобильны, могут спускаться и подниматься по ходу кишечника, проникать в желудок, а далее через пищевод и глотку — в дыхательные пути и даже лобные пазухи.

Тяжелые проявления наступают при проникновении аскарид в печень, поджелудочную железу и другие органы. Взрослые

гельминты могут травмировать своими острыми концами стенку кишечника, а скопление аскарид иногда становится причиной механической непроходимости. Раздражение нервных окончаний, токсическое влияние на них продуктов жизнедеятельности гельминтов порой становится причиной спастической непроходимости кишечника. При миграции аскарид в другие органы создаются условия для присоединения бактериальной инфекции с развитием осложнений гнойного характера (абсцессы, холангиты, панкреатиты и т.п.). Отмечена особенность при повторном заражении — патологоанатомические изменения намного меньше выражены, чем при первичном заражении, что может свидетельствовать о своеобразном иммунитете к реинвазии сохраняется несколько месяцев.

Антитела к белкам аскарид можно обнаружить уже через 5—10 дней после заражения, через 3 месяца они уже обычно не выявляются.

Симптомы и течение. Клинические проявления аскаридоза зависят от локализации паразитов и интенсивности инвазии. В клиническом течении аскаридоза выделяют две фазы — раннюю (миграционную) и позднюю (кишечную). Первая фаза совпадает с периодом миграции личинок, тогда как вторая обусловлена паразитированием гельминтов в кишечнике и возможными ос-

ложнениями. В ранней фазе аскаридоза клинические проявления порой мало выражены, заболевание протекает незаметно. Иногда начало болезни проявляется с выраженного недомогания, появляется сухой кашель или с незначительным количеством слизистой мокроты, реже слизисто-гнойной. Мокрота иногда приобретает оранжевую окраску и имеет небольшую примесь крови. Температура тела обычно нормальная и субфебрильная, редко поднимается до 38 °С. В легких отмечаются сухие и влажные хрипы, у ряда больных обнаруживается укорочение перкуторного звука. В отдельных случаях возникает сухой или выпотной плевроит. Физикальные методы не всегда выявляют изменения в легких. Весьма характерны для этой стадии изменения на коже, которые часто проявляются в виде крапивницы и мелких пузырьков с прозрачным содержимым на кистях и стопах.

Показатели лабораторно-инструментального обследования. Количество лейкоцитов при данном заболевании обычно нормальное и лишь иногда наблюдается лейкоцитоз. Характерна эозинофилия, достигающая у некоторых больных 60—80%; она появляется, как правило, одновременно с инфильтратами в легких, реже — позднее и еще реже — раньше их. СОЭ, как правило, нормальная, ускорение ее бывает редко. При рентгенологическом исследовании легких отмечается

наличие округлых, овальных, звездчатых, фестончатых, многоугольных инфильтратов. Они могут быть как одиночными, так и множественными, обнаруживаются в одной доле или по всему легкому. Контуры их неровные, расплывчатые. При наличии сопутствующего ателектаза они становятся ровными. Эозинофильные инфильтраты выявляются в пределах 2—3 недель; у отдельных больных, исчезнув, они появляются вновь спустя некоторое время, сохраняясь месяцами. Поздняя (кишечная) фаза аскаридоза связана с пребыванием гельминтов в кишечнике. Иногда она протекает субклинически. Значительно чаще, однако, больные отмечают повышенную утомляемость, изменение аппетита, обычно понижение его, тошноту, иногда рвоту, боли в животе. Последние возникают в эпигастрии, вокруг пупка или в правой подвздошной области и носят подчас схваткообразный характер. У некоторых больных бывают поносы, у других запоры или их чередование. Описаны дизентерие-, холероподобные и напоминающие брюшной тиф симптомы, но при этом следует учесть возможность сочетания аскаридоза с инфекционными заболеваниями. Со стороны нервной системы при аскаридозе обычны головная боль, головокружение, повышенная умственная утомляемость. Наблюдаются беспокойный сон, ночные страхи, синдром Меньера, истеричес-

кие припадки, эпилептиформные судороги, менингизм. В некоторых случаях — изменения со стороны глаз — расширение зрачков, анизокория, светобоязнь, амблиопия. Со стороны сердечно-сосудистой системы у части больных аскаридозом отмечается снижение артериального давления.

Иногда пребывание аскарид в кишечнике становится причиной возникновения бронхита и бронхиальной астмы. В анализах крови часто выявляют умеренную гипо- или нормохромную анемию; эозинофилия встречается не всегда.

Частое осложнение аскаридоза — непроходимость кишечника, обусловленная закрытием его просвета клубком из аскарид или вследствие нарушения нервно-мышечной регуляции тонуса кишки. При пальпации живота у больных с подобными осложнениями можно прощупать округлую, тестоватой консистенции опухоль — клубок из аскарид, который может локализоваться в любом отрезке кишечника. В некоторых случаях при тонкой брюшной стенке можно прощупать тела отдельных гельминтов в просвете кишки. Тяжелым осложнением аскаридоза является проникновение гельминтов в желчные протоки и желчный пузырь. В этих случаях возникают сильные боли, которые не снимаются даже наркотическими анальгетиками. На фоне этих приступов часто возникает рвота и со рвотными массами иногда выделяются гельминты. В случа-

ях возникновения холангиогепатита и механической закупорки аскаридами общего желчного протока возникает желтуха. Температура при развитии осложнений может быть септического характера с ознобами. В результате присоединения бактериальной инфекции нередко возникают гнойный холангит и множественные абсцессы печени, которые в свою очередь могут осложниться перитонитом, гнойным плевритом, сепсисом, абсцессами в брюшной полости. Проникновение аскарид в протоки поджелудочной железы вызывает острый панкреатит. Попадание их в червеобразный отросток становится причиной аппендицита или аппендикулярных коликов без воспалительных проявлений.

В редких случаях аскариды обнаруживаются в мочеполовых органах, слезно-носовом канале, евстахиевой трубе, среднем ухе, наружном слуховом проходе, околопочечной клетчатке. Инвазия аскаридами отягощает течение различных инфекционных и неинфекционных заболеваний, нарушает иммуногенез при инфекционных заболеваниях.

Диагноз, в том числе дифференциальный. Диагностика аскаридоза в миграционной стадии основывается на распознавании эозинофильных инфильтратов с учетом клинико-рентгенологических, гематологических и иммунологических данных. Рентгенологическая картина этих ин-

фильтратов может имитировать туберкулез, пневмонию, опухоль легкого. Основное отличие инфильтратов при аскаридозе — быстрое их исчезновение без каких-либо остаточных явлений. Подобные инфильтраты могут обнаруживаться и при других гельминтозах — анкилостомидозах и стронгилоидозе.

Достоверное установление аскаридоза в первой фазе основано на обнаружении личинок аскарид в мокроте и постановке иммунологических реакций, показывающих в крови больных специфические антитела. В кишечной стадии заболевания основным методом является исследование кала на яйца аскарид. Если они обнаруживаются в дуоденальном содержимом, это может свидетельствовать о наличии паразитов в желчных и панкреатических протоках. Однако иногда в кишечнике находятся паразиты одного пола, тогда зафиксировать их можно рентгенологически. После приема больным контрастной массы аскариды в виде полосок просветления шириной 0,4—0,6 см выявляются на экране.

Симптомы аскаридоза у детей. Симптомами могут быть боли в животе, расстройства желудка, снижение аппетита, понижение работоспособности. Кроме того, могут появиться слюнотечение, тошнота (бывает рвота), а также боли в эпигастральной области, поносы (иногда запоры) и зуд в области ануса. Дети беспокойны, возбудимы и плохо спят. Аскари-

ды могут стать причиной холецистита, панкреатита и других осложнений. Диагноз аскаридоза подтверждается обнаружением яиц глистов в анализе кала.

Лечение — левомизол (декарис) в дозе 5 мг/кг массы тела ребенка; комбатрин, эмбоцин в дозе 11 мг/кг массы тела; мебендазол (вермокс) — детям до 9 лет разовую дозу 2,5 мг/кг дают 2 раза в день, а детям старше 9 лет — 100 мг 2 раза в день после еды, в течение 3 дней.

Профилактика аскаридоза. В первую очередь нужно следить, чтобы почва дворов, а также детские площадки и песочницы не загрязнялись фекалиями людей и животных, которые могут содержать яйца аскарид. Кроме того, последние очень чувствительны к прямым ультрафиолетовым лучам — солнце для них губительно. Поэтому песок в детских песочницах следует ежедневно рыхлить, перемещая нижние слои наверх, под прямые ультрафиолетовые лучи.

Нужно обязательно приучить ребенка тщательно мыть руки с двукратным намыливанием. Мыть все продукты, которые могут быть загрязнены землей (зелень, овощи, фрукты).

Яйца аскарид покрыты липучим веществом, препятствующим их отрыву от поверхностей, на которых они оказались. Поэтому удалить их с рук, овощей, зелени, фруктов, предметов обихода и обуви можно лишь при помощи специальных моющих средств.

Здоровье и йодная обеспеченность детей раннего и дошкольного возраста

Левчук Л.В.,

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

Санникова Н.Е.,

д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики детских болезней;

Филатова Г.М.,

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

Смирнова А.В.,

аспирант кафедры пропедевтики детских болезней,
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

В настоящее время проблема ухудшения состояния здоровья детей остается весьма актуальной. Увеличивается распространенность хронических заболеваний, обусловленных неблагоприятными факторами природной и социальной среды. Всего 5—7% дошкольников здоровы, более 50% имеют те или иные функциональные отклонения в состоянии здоровья, а 15—20 — хронические заболевания [1]. Свыше 70% густонаселенных территорий России имеют недостаток йода в воде, почве и продуктах питания [3; 4]. Это приводит к нарушениям физического, интеллектуального и полового развития, частым респираторным заболеваниям, хроническим заболеваниям пищеварительной, мочевыделительной систем и щитовидной железы [2].

Цель исследования: провести комплексную оценку здоровья детей раннего и дошкольного возраста и оценить их йодную обеспеченность.

Материалы и методы исследования

Всего обследован 101 ребенок раннего и дошкольного возраста. Дети были разделены на две группы: I (38 чел.) — раннего возраста от 1 года до 3 лет; II (63 чел.) — дошкольного возраста от 4 до 7 лет, посещающие ДОО. Нами проанализированы данные анамнеза, результаты анкетирования родителей, медицинская документация (форма 026у), проведены обследование и оценка физического развития детей. Лабораторные методы: общий клинический анализ крови, копрологическое исследование, определе-

ние уровня ТТГ, СТЗ, СТ4, экскреция йода с мочой выполнены на базе Клинико-диагностического центра г. Екатеринбурга. В комплекс обследования также включалось ультразвуковое исследование щитовидной железы. Результаты лабораторных исследований представлены в единицах международной системы (СИ) и обработаны методами вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ анамнестических данных показал, что осложненное течение беременности отмечалось у 86,7% женщин в виде гестоза, анемии, угрозы невынашивания, обострения хронических заболеваний. Во время беременности 30% женщин страдали от никотиновой зависимости, 43,3% имели повышенные эмоциональные нагрузки. Все женщины во время беременности получали витаминно-минеральные комплексы. На естественном вскармливании в течение первого полугодия жизни находилась большая часть (60%) детей, но у половины из них отмечалось раннее (до 4 мес.) введение прикормов. Проведенное анкетирование показало, что регулярно принимали витаминно-минеральные комплексы 16,5% детей дошкольного возраста и 6,7% детей раннего возраста, сезонно (зима—весна) — соответственно 61,2 и 16,7%. Большинство детей раннего возраста

(86,6%) не получали витаминно-минеральные комплексы в течение года. Обращает на себя внимание тот факт, что больше половины семей не употребляли в пищу йодированную соль и использовали для питья водопроводную воду (59%). В ДОУ использовалась йодированная соль и проводилась групповая йодная профилактика.

Наиболее часто (80,5%) родители обследованных детей предъявляли жалобы на утомляемость, раздражительность, невнимательность, неусидчивость, нарушение засыпания, у 30,2 — отмечались аллергические реакции, 20,5% относились к категории часто болеющих.

Физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствовало паспортному возрасту и морфофункциональный статус был гармоничным лишь у половины обследованных детей. Отставание физического развития выявлено у $\frac{1}{3}$ (34,2%) детей I группы по таким показателям, как уровень нервно-психического развития, сроки прорезывания зубов и/или длина тела (табл. 1). Заслуживает внимания то, что каждый пятый ребенок раннего возраста имел дефицит массы тела, в то же время у 25,9% дошкольников регистрировался избыток массы, у 12,1% — ожирение.

Уровень нервно-психического развития (НПР) соответствовал возрасту у половины (55,3%)

Таблица 1

Показатели физического развития обследованных детей, %

Показатели	Группы	
	I (n = 38)	II (n = 63)
<i>По уровню биологической зрелости</i>		
Соответствуют паспортному возрасту	55,3	57,2
Опережают паспортный возраст	10,5	36,7
Отстают от паспортного возраста	34,2	6,1
<i>Морфофункциональный статус</i>		
Гармоничный	47,4	46,2
Дисгармоничный	28,9	35,1
Резко дисгармоничный	23,7	18,7

обследованных детей раннего возраста (I группа НПР), отставание нервно-психического развития на 1—2 эпикризных срока выявлено у 36,8% (II группа) и у 7,9% (III группа).

При клиническом обследовании синдром хронической интоксикации зафиксирован у большинства детей (89,5 и 90% у детей I и II группы). Симптомы микронутриентной недостаточности отмечены в 50 и 56% соответственно. Мышечная гипотония чаще отмечалась у детей I группы (76,3%).

У значительного числа детей раннего возраста определялись костные деформации: развернутая нижняя апертура грудной клетки (65,8%), вальгусная деформация нижних конечностей (28,9%), плосковальгусная установка стоп (34,2%), нарушение

осанки (28,9%). Нарушение осанки, уплощение стопы или плоскостопие зарегистрированы у 75% дошкольников. Кариес выявлен у 21% детей I и 32,4% детей II группы.

При аускультации у каждого четвертого ребенка (26,3%) выслушивался функциональный систолический шум. По данным электрокардиографического исследования, у 60,5% определялись следующие изменения: неполная блокада правой ножки пучка Гиса, нарушения процессов реполяризации, синусовая аритмия, тенденция к бради- или тахикардии.

Симптомы холестаза выявлялись у 36,8—43%, функциональные нарушения кишечника — у 47,4—21% детей раннего и дошкольного возраста соответственно. Копрологическое исследование показало,

что 75% детей имели признаки ферментативной недостаточности, характеризующиеся присутствием в большом количестве непереваренных мышечных волокон, нейтрального жира, жирных кислот, перевариваемой клетчатки.

Половина дошкольников имели патологию ЛОР-органов, 30,5% — нарушения со стороны нервной системы и аллергические проявления, 10% — заболевания почек и мочевыводящих путей.

Пальпаторным методом увеличение щитовидной железы вы-

явлено у 5% детей II группы. По данным ультразвукового исследования, объем щитовидной железы не был изменен и составил $4,6 \pm 0,35 \text{ см}^3$ (норма менее $5,4 \text{ см}^3$), однако у 14,3% выявлены диффузные изменения структуры щитовидной железы.

Большинство обследованных детей были отнесены ко II группе здоровья. Неблагоприятным является то, что у каждого третьего ребенка дошкольного возраста имеются хронические заболевания (табл. 2).

Таблица 2

**Распределение обследованных детей
по группам здоровья, %**

Группы здоровья	Дети раннего возраста (n = 38)	Дети дошкольного возраста (n = 63)
I	—	—
II	76,3	68,7
III	23,7	31,3
IV	—	—
V	—	—

Таблица 3

**Показатели функции щитовидной железы
у обследованных детей**

Показатель	Группы		
	I (n = 16)	II (n = 26)	Норма
ТТГ	$3,03 \pm 1,14 \text{ мМЕ/л}$	$2,44 \pm 0,17 \text{ мМЕ/л}$	0,2—2,9 мМЕ/л
СТЗ	—	$5,96 \pm 0,08 \text{ пмоль/л}$	4,0—8,6 пмоль/л
СТ4	$14,83 \pm 1,36 \text{ пмоль/л}$	$15,8 \pm 0,41 \text{ пмоль/л}$	12—25 пмоль/л

Оценив уровень йодной обеспеченности, мы установили, что медиана йодурии составила 103,92 мкг/л (I группа) и 93,47 мкг/л (II группа). Показатель соответствует сниженной йодной обеспеченности детей дошкольного возраста. Йодный дефицит легкой степени выявлен у половины обследованных детей.

Показатели функции щитовидной железы (ТТГ, СТЗ, СТ4) у обследованных детей представлены в табл. 3.

У 21,6% детей I и 30% детей II группы зафиксировано повышение уровня тиреотропного гормона без изменения уровня гормонов щитовидной железы, т.е. субклинический гипотиреоз.

Для коррекции выявленных нарушений рекомендуется дополнительное введение в рацион питания детей раннего возраста адаптированных молочных смесей для детей старше года, сбалансированных по макро- и микронутриентному составу, а также использование обогащенных продуктов питания и витаминно-минеральных комплексов, содержащих профилактическую дозу йода.

Выводы

1. Состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста заслуживает особого внимания: более половины из них относятся ко II группе здоровья, каждый третий-четвертый ребенок имеет хронические заболевания, в

структуре которых преобладают заболевания костно-мышечной системы, пищеварительного тракта, лор-органов.

2. Нарушения со стороны пищеварительного тракта, широкое использование водопроводной воды для питья, нерациональная витаминно-минеральная профилактика могут расцениваться как факторы, способствующие формированию микронутриентной недостаточности.

3. На фоне проводимой массовой и групповой йодной профилактики половина детей раннего и дошкольного возраста имеет йодный дефицит легкой степени, а 22—30% — субклинический гипотиреоз, что требует проведения комплекса профилактических и лечебных мероприятий.

Литература

1. Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Антонова Е.В. Современные подходы к изучению заболеваемости детского населения // Российский педиатрический журнал. 2009. № 4.
2. Дедов И.И. и др. Дефицит йода — угроза здоровью и развитию детей России. Пути решения проблемы. М., 2006.
3. Касаткина Э.П., Самсонова Л.Н. Эффективность йодной профилактики в России: пути оптимизации // Проблемы эндокринологии. 2009. № 1.
4. Щеплягина Л.А. Эффективность профилактики дефицита йода у матери и ребенка // Педиатрия. Consil. Medic. 2006. Т. 8. № 1.

Гигиенические аспекты предупреждения респираторных инфекций в дошкольных организациях

Сидоренок А.В.,

адъюнкт;

Кузнецов С.М.,

канд. мед. наук, доцент;

Знаменский А.В.,

канд. мед. наук, доцент, Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Сохранение и укрепление здоровья — важнейшая задача ДОУ в процессе обучения, воспитания и развития детей. Между тем анализ состояния здоровья детей показывает, что уровень заболеваемости дошкольников за последнее десятилетие увеличился более чем в два раза [6]. Самой частой инфекционной патологией у детей являются острые респираторные заболевания (ОРЗ). Рост заболеваемости (сезонные подъемы) ОРЗ отмечается осенью и зимой.

В организованных коллективах детей, посещающих ДОУ, заболеваемость в несколько раз больше, чем у детей, их не посещающих [7]. Особенно высока она во вновь сформированных коллективах. В течение первых 2—3 месяцев до 80% детей переносят инфекции верхних дыхательных путей, при этом максимальное число больных появляется со

второй половины месяца пребывания в учреждении [15].

По данным многочисленных исследований, более 50% ОРЗ в организованных детских коллективах вызваны пневмококками (*Streptococcus pneumoniae*). Существует более 90 различных их типов, отличающихся капсульными антигенами, но большинство заболеваний (более 90%) вызывается 23 сероварами [5; 14]. У детей с ослабленным иммунитетом пневмококковая инфекция часто осложняется пневмонией. Установлено, что более 80% внебольничных воспалений легких среди детей от полугода до 6-летнего возраста вызваны пневмококками.

Повышенная восприимчивость детей к респираторным возбудителям определяется отсутствием у них предшествующего «иммунологического опыта». Однако важную роль играют также фак-

торы коммунально-бытовой обустроенности ДОУ [10].

Наиболее частыми причинами высокой заболеваемости детей в ДОУ являются:

- наличие большого количества часто и длительно болеющих детей — носителей инфекции (свыше 30%);
- неукомплектованность и плохая обученность персонала, перегрузка групп (высокая скученность);
- нарушения санитарно-гигиенических условий и противозидемического режима;
- недостаточная лечебно-оздоровительная работа, особенно среди часто болеющих детей [6].

Одна из основных причин распространения инфекционных заболеваний в детских коллективах — несоблюдение санитарно-гигиенических требований. В закрытых помещениях на человека действует множество неблагоприятных факторов среды обитания, оказывающих существенное влияние на снижение уровня здоровья и повышение заболеваемости.

В организованных коллективах большая скученность людей в закрытых помещениях является ведущим фактором высокой заболеваемости [11]. При длительном и тесном общении детей между собой в игровых комнатах, нахождении в спальнях помещений и других местах их длительного пребывания наиболее эффективно реализуется воздушно-капельный путь передачи возбудителей ОРЗ. Исходя из

принципа защиты от воздушно-капельных инфекций (принцип Боголюбова), можно рассчитать минимальную площадь для размещения детей в спальнях помещениях. Известно, что при расположении кроватей на расстоянии друг от друга ближе чем 0,5 м возможность распространения воздушно-капельных инфекций резко возрастает. С учетом площади, занимаемой собственно кроватями, а также проходами около них шириной 50 см, минимальная площадь (при размерах кровати 140×60 см) составляет 2,1 м² на одного ребенка 3—7 лет. В СанПиН 2.4.1.2660-10 (п. 4.10) приводится нормативное значение для площади спальни в групповой ячейке: не менее 2 м² на ребенка в дошкольных группах, без учета расстояния от наружных стен при расстановке кроватей [8], что вполне соответствует расчетам, выполненным на основе принципа Боголюбова.

В результате исследований установлено, что для организованных коллективов характерна выраженная обратная зависимость уровня заболеваемости ОРЗ и пневмониями в спальнях помещениях от их объема на одного человека (удельного объема) [1; 2]. Кроме того, выявлена зависимость заболеваемости пневмонией от количества людей в спальном помещении. При одинаковом объеме воздуха на одного человека в спальнях помещениях большой вместимости (30—35 чел.) заболеваемость пневмонией была в 4,5 раза выше,

чем в комнатах по 8—15 чел. Переуплотнение групп в ДОУ также приводит к росту заболеваемости респираторными инфекциями в 2 и более раз [9].

По наблюдениям специалистов, в ночное время микробная обсемененность воздуха в спальнях помещений организованных коллективов растет пропорционально уменьшению удельного объема воздуха в помещении. Уже при 9 м³ на человека загрязненность воздуха превышает допустимые пределы. При сильном уплотнении, до 4,6 м³ на человека, степень микробной обсемененности воздуха возрастает более чем в 3 раза, также как и уровень заболеваемости ОРЗ. По современным данным, помещения считают чистыми, если общая микробная обсемененность воздуха в них не превышает 1500 КОЕ/м³, при содержании гемолитической кокковой флоры соответственно до 16 КОЕ/м³ [3].

Дополнительные факторы, способствующие передаче возбудителей инфекций верхних дыхательных путей, — низкая температура и высокая влажность воздуха в помещении. В этих условиях капельная фаза аэрозоля существует дольше, и бактерии в ней длительно сохраняют жизнеспособность. Кроме того, влажный (более 60%) и холодный воздух обладает большой теплоемкостью и теплопроводностью, что увеличивает теплотери организма. В то же время снижение влажности воздуха ниже

30% вызывает чрезмерную сухость слизистых оболочек дыхательных путей и нарушение их защитной функции, что проявляется в повышении заболеваемости острыми ринитами и фарингитами [4].

Тепловой комфорт детей обеспечивается при температуре воздуха 22—24 °С, влажности 40—60% и скорости движения воздуха в основных помещениях не более 0,1 м/с [8]. Температура внутренних поверхностей стен и пола должна быть не более чем на 2—3 °С ниже температуры воздуха. Более низкая температура стен и окружающих предметов, даже при нормальной температуре воздуха, повышает удельный вес радиационных теплотер и может приводить к простудным заболеваниям.

Наличие в воздушном пространстве взвешенных твердых частиц (пыли) также обуславливает жизнеспособность микроорганизмов. Именно там, где присутствует большое количество пыли, микроорганизмов особенно много, так как они адсорбируются на поверхности твердых частиц. В состав бытовой пыли входят компоненты как неорганического (химические соединения), так и органического происхождения (микроорганизмы, вирусы, грибы, клещи и др.). В среднем в 1 г пыли адсорбируется 15 мг химических веществ, 35 тыс. жизнеспособных спор грибов и до 95% находящихся в воздухе микроорганизмов. Больше

всего пыли концентрируется на высоте до 1 м, поэтому дети страдают больше взрослых.

Среда обитания пылевых клещей — ковры, ковровин, постельное белье, матрацы, подушки и одеяла. Помещения с высокой влажностью характеризуются сильным грибковым загрязнением воздуха. Наиболее часто в жилых и общественных помещениях встречаются грибки родов *Penicillium* (89,4%), *Aspergillus* (81,7%), *Cladosporium* (58,9%), *Wallemia* (21,1%), *Fusarium* (17,7%), *Botrytis* (12,8%), *Alternaria* (11,1%) [12]. Пылевые клещи и грибки — сильнейшие аллергены, провоцирующие аллергические риниты и другие виды аллергии, а также снижение неспецифической резистентности организма. Установлена связь между температурно-влажностным режимом помещений и грибковой обсемененностью, а также числом обострений аллергических заболеваний у больных. Аллергические риниты способствуют формированию порочного круга: отек слизистой оболочки приводит к нарушению мукоцилиарного транспорта и застою секрета в синусах, а размножение бактерий в условиях гипоксии усугубляет воспаление и еще больше блокирует соустья. Для маленьких детей аллергия особо опасна, поскольку при определенных обстоятельствах ее следствием может стать бронхиальная астма [14].

Доказано, что влажная уборка закрытых помещений и регулярные проветривания снижают микробную загрязненность воз-

духа в 30 раз по сравнению с контрольными помещениями. Поэтому в ДОУ рекомендуется влажную уборку проводить несколько раз в день при открытых окнах или фрамугах: в спальнях — после ночного и дневного сна, в группах — после каждого приема пищи.

Большой вред здоровью детей наносят химические факторы среды закрытых помещений. Выделение токсических веществ из строительных и отделочных материалов, покрытий, мебели, одежды, обуви, игрушек приводит к их неспецифическому действию на организм. Даже невысокие концентрации разнообразных токсических веществ, образующихся в закрытых помещениях, представляют опасность накопления в растущем организме, что снижает его иммунный потенциал и, как следствие, повышает в коллективе уровень инфекционной заболеваемости.

Качество воздуха в закрытых помещениях ухудшается из-за поступления токсичных химических соединений как от внутренних источников загрязнения, так и с наружным воздухом. Концентрации загрязняющих веществ внутри помещений зачастую выше, чем в наружном воздухе [4]. При этом различия могут иногда достигать 100-кратной величины.

При изучении химического состава воздуха жилых и общественных помещений было обнаружено более 400 летучих веществ, относящихся к различным классам хими-

ческих соединений, в том числе предельным, непредельным и ароматическим углеводородам, спиртам, фенолам, эфирам, альдегидам, кетонам, аминосоединениям [3; 11]. В ДОУ наибольшее гигиеническое значение имеют формальдегид, фенол и оксиды азота [11; 13]. Кроме того, в условиях плохой вентиляции в закрытых помещениях накапливаются токсичные продукты метаболизма людей — антропо-токсины (аммиак, сероводород, фенол, ацетон, диметиламин и др.) и двуокись углерода. В воздухе закрытых помещений содержатся и аэрозоли металлов: свинца, кадмия, ртути, меди, цинка, никеля, магния, хрома и др. Большинство этих веществ обладают высокой токсичностью и относятся к I и II классам опасности.

По некоторым данным, основной вклад в химическую нагрузку вносят строительные и отделочные материалы — от 30 до 50%, продукты жизнедеятельности людей — от 10 до 30, работа бытовых приборов и использование средств бытовой химии — до 10% [3].

С целью улучшения качества воздуха для обеспечения безопасной среды в ДОУ все помещения необходимо проветривать несколько раз в течение дня. Окна должны быть обеспечены исправными и функционирующими во все сезоны года откидными фрамугами и форточками. Длительность проветривания зависит от температуры наружного воздуха, скорости и направления ветра,

эффективности отопительной системы. В отсутствие детей осуществляют сквозное проветривание: не менее 10 мин через каждые 1,5 ч, и заканчивают за 30 мин до их прихода с прогулки или образовательной деятельности. В теплое время года допускается широкая односторонняя аэрация всех помещений в присутствии детей [8]. Во время сна детей рекомендуется проводить одностороннее проветривание в спальнях комнатах в течение 5—7 мин.

В передаче возбудителей некоторых респираторных заболеваний, в том числе стрептококков, определенное значение имеют бытовой и алиментарный пути заражения. Факторами передачи возбудителя в первом случае становятся грязные руки и предметы ухода, во втором — инфицированная пища. Микроорганизмы, попадая в определенные пищевые продукты, способны размножаться и длительно находиться в них в вирулентном состоянии. Так, известны вспышки ангин или фарингитов при употреблении молока, компотов, сливочного масла, вареных яиц, ветчины и др. Поэтому важно, чтобы в ДОУ были созданы условия для соблюдения правил личной гигиены детьми и персоналом. Большое значение имеют также гигиеническое воспитание и обучение, проводящиеся с персоналом детских учреждений, детьми и их родителями.

Таким образом, гигиенически полноценная среда обитания,

определяющаяся благоустройством и санитарным состоянием ДОУ, имеет большое значение в сохранении и укреплении здоровья подрастающего поколения.

Профилактика респираторных инфекций в ДОУ достигается правильной эксплуатацией помещений, строгим выполнением режима дня, рациональным питанием детей с введением в меню витаминов, физическим воспитанием и особенно закаливанием. Качественное медицинское обслуживание и воспитательная работа повышают сопротивляемость детского организма к различным вредным воздействиям внешней среды, в том числе и к возбудителям респираторных заболеваний.

Литература

1. *Белевитин А.Б.* и др. Организационно-эпидемиологические аспекты профилактики внебольничной пневмонии в воинских коллективах // Военно-медицинский журнал. 2009. № 9.
2. *Гришук А.В.* и др. Анализ заболеваемости острыми болезнями органов дыхания и опыт проведения противоэпидемических мероприятий в Ленинградском военном округе // Военно-медицинский журнал. 2008. № 4.
3. *Губернский Ю.Д.* и др. Гигиенические основы сертификации объектов жилой среды // Гигиена и санитария. 2006. № 1.
4. *Губернский Ю.Д., Рахманин Ю.А., Калинина Н.В.* Роль факторов жилой среды в здоровье человека // Вестник Российской академии медицинских наук. 2006. № 5.
5. *Кречикова О.И.* Выделение, идентификация и определение чувствительности к антибиотикам *Streptococcus pneumoniae* // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2000. Т. 2. № 1.
6. *Онищенко Г.Г.* Санитарно-эпидемиологическое благополучие детей и подростков: состояние и пути решения проблем // Гигиена и санитария. 2007. № 4.
7. *Саидова Л.Б., Каримов У.А., Саидова М.К.* Заболеваемость детей дошкольного возраста, посещающих и не посещающих дошкольные учреждения // Вопросы практической педиатрии. 2009. Т. 4. № 2.
8. СанПиН 2.4.1.2660-10. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы для ДОУ. М., 2010.
9. *Сухарев А.Г.* Формирование адаптационных возможностей организма детей и подростков // Вестник Российской академии медицинских наук. 2006. № 8.
10. *Фокин М.В., Кузнецова Т.В., Захарченко Р.Г.* Адаптация детей и подростков к условиям образовательного учреждения // Здоровье населения и среда обитания. 2006. № 1.
11. *Чубирко М.И.* и др. Гигиенические проблемы жилых и общественных зданий // Гигиена и санитария. 2007. № 5.
12. *Чуприна О.В.* и др. Эколого-гигиеническая оценка микологической обсемененности жилой среды // Гигиена и санитария. 2006. № 1.
13. *Simoni M., Annesi-Maesano I., Sigsgaard T.* et al. School air quality related to dry cough, rhinitis and nasal patency in children // European Respiratory Journal. 2010. Vol. 35. № 4.
14. *Rodriguez L.A., Rey J.J., Herrera A.B.* et al. Prevalencia de sintomas respiratorios indicativos de asma y asociaci3n con contaminaci3n atmosf3rica en preescolares de Bucaramanga, Colombia // Biomedica. 2010. Vol. 30.
15. *Yoon C., Lee K., Park D.* Indoor air quality differences between urban and rural preschools in Korea // Environmental science and pollution research international. 2010. Jul. 29.

Иппотерапия как форма реабилитации несовершеннолетних, попавших в трудную жизненную ситуацию

Морозова Н.Н.,

канд. психол. наук, доцент кафедры психологии МГУ
им. Н.П. Огарёва;

Родюшкина А.П.,

педагог-психолог ГУСО РСПДП «Надежда», г. Саранск,
Республика Мордовия

В настоящее время со стороны всех социальных институтов воспитания отмечается повышенное внимание к семье. Ведь именно социально-психологический климат в семье определяет развитие личности ребенка. Семья является первым и одним из основных институтов социализации человека.

К сожалению, проблема семейного неблагополучия очень актуальна в современном обществе. Масштабы социального сиротства, когда дети при живых родителях лишаются их попечения, постоянно растут.

Многие родители не в состоянии создать для своих детей не только спокойную атмосферу в семье, но и приемлемые условия проживания. В стране недостаточно развита социально-психологическая и экономическая поддержка неблагополучных семей.

Государственная социальная политика в этом направлении главной целью ставит обеспечение социализации детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах, их полноценную социальную и психологическую реабилитацию и успешную интеграцию в общество. Таким образом, государственные учреждения социального обслуживания, социальные детские приюты призваны не только выполнять образовательно-воспитательные функции, но и способствовать полноценному развитию личности, компенсировать и исправлять недостатки развития, обеспечивать правовую и психологическую защищенность воспитанников. В связи с этим актуальными становятся исследования по изучению инновационных методов социально-психологической реабилитации из дисфункциональных семей.

Дисфункциональная семья — та, в которой нарушена функция одного или нескольких родственников, в силу чего в супружеской, родительской, материально-бытовой и других сферах жизни создается напряженная атмосфера. Это препятствует личностному росту членов семьи и блокирует потребность в самоактуализации. Дети, воспитывающиеся в дисфункциональных, кризисных семьях, отличаются от своих сверстников в психическом и личностном развитии и сложно адаптируются в обществе на всех возрастных этапах. По мнению педагогов и психологов, таким детям чаще всего присущи чрезмерная импульсивность, аффективная неустойчивость, безответственность и нарушения произвольности, повышенная тревожность, демонстративность поведения, полное или частичное отсутствие коммуникативных навыков. Кроме того, для них типична общая задержка психического развития, затрагивающая и познавательные процессы.

В связи с этим назрела необходимость в проведении комплексных мероприятий по медико-психолого-педагогической реабилитации детей и подростков из дисфункциональных семей с учетом особенностей социализации в каждом возрастном периоде.

К таким методам реабилитации следует отнести иппотерапию, новое направление психокоррекционной и психотерапевтической работы.

«Híppos» в переводе с греческого означает лошадь, а слово «therapy» — лечение. Иппотерапия — метод оздоровления, а также физической и психической реабилитации и развития человека, при котором терапевтический эффект достигается за счет верховой езды и организованного определенным образом общения (через пассивные его формы) человека с лошадью. При этом человек сидит на лошади и вынужден приспосабливаться к ее ритмичным движениям.

Иппотерапия направлена на три основные формы деятельности человека:

- сенсомоторная;
- когнитивная;
- эмоциональная.

Все они весьма значимы для детей и подростков, попавших в трудную жизненную ситуацию.

В отличие от других методов реабилитации иппотерапия воздействует на организм посредством двух мощных факторов: психогенного и биомеханического. Уникальность метода еще и в том, что лошадь выступает посредником в общении специалиста и ребенка, а это особенно важно для детей с эмоциональными и коммуникативными нарушениями. С точки зрения мотивации, ни одна форма терапии не сравнится с иппотерапией, и это уже оправдывает ее применение.

На базе ГУСО Мордовского республиканского социального

приюта «Надежда» с 2006 г. проводятся коррекционно-развивающие занятия с использованием методов иппотерапии для детей и подростков, попавших в трудную жизненную ситуацию. Благодаря энтузиазму сотрудников приюта: Н.Н. Морозовой, А.П. Родюшкиной, а также при активной поддержке директора приюта Т.В. Барашихиной данная программа включена в реабилитационный процесс и успешно используется в настоящее время. Научно-методическим и методическим основанием ее являются труды отечественных и зарубежных авторов по психологии, педагогике и иппотерапии.

Определяющая цель коррекционно-развивающей работы посредством иппотерапии — преодоление социально-психологических проблем у детей и подростков в условиях учреждения социально-педагогической поддержки.

Задачи иппотерапии ориентированы на устранение различных психологических проблем, характерных для детей данной категории. Перечислим их.

1. Формирование пространственной ориентации:

а) ориентировки в трехмерном пространстве;

б) ориентации в схеме собственного тела;

в) моторного планирования.

2. Формирование адекватной самооценки.

3. Снижение общей тревожности.

4. Коррекция социально-педагогической запущенности.

5. Снижение агрессивных тенденций (как с помощью включения физиологических механизмов, так и посредством формирования позитивного отношения к окружающим людям и животным).

6. Формирование способов адекватного самовыражения.

7. Обогащение социального опыта воспитанника и совершенствование его коммуникативных навыков.

Потенциальные участники данной программы — дети:

— оставшиеся без попечения родителей или законных представителей;

— проживающие в семьях, находящихся в социально-опасном положении;

— проживающие в многодетных, неполных или неблагополучных семьях;

— имеющие родителей-инвалидов;

— ставшие жертвой насилия;

— оказавшиеся в трудной жизненной ситуации;

— заблудившиеся или покинутые;

— самовольно оставившие семью;

— самовольно покинувшие образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Для участников программы предусмотрены документы, обеспечивающие им гарантию прав. Прежде всего это юридически оформленное договорное обязательство и медицинская страховка от несчастного случая.

Все участники на подготовительном этапе проходят подробный инструктаж и сдают зачет, результаты которого фиксируются в индивидуальной карте. На всех последующих этапах реализации программы каждое занятие начинается с практического повторения правил техники безопасности.

Реализация программы осуществлялась в несколько этапов.

Первый этап — **подготовительный** — включает в себя:

- необходимую информацию, методические материалы для проведения работы по данному направлению;
- разработку программы иппотерапевтических мероприятий;
- создание материальных условий для реализации программы;
- подготовку лошадей для иппотерапевтических мероприятий;
- определение уровня развития каждого ребенка на основе медико-психолого-педагогической диагностики;
- инструктаж по технике безопасности для всех участников проекта.

Второй этап проекта — **реализация** — включает в себя:

- составление индивидуальных коррекционно-развивающих программ для детей и оформление индивидуальных карт иппотерапевтических занятий;
- реализацию программ иппотерапевтических занятий;
- организацию сотрудничества со СМИ по данному направ-

лению (выступление на радио, по телевидению и в печати).

Третий этап — **аналитический**.

С целью отслеживания динамики интеллектуального, психоэмоционального, психофизического статуса занимающегося были отобраны разные психодиагностические методики. Для всех возрастных групп применялись: «Комплексная экспресс-диагностика социально-педагогической запущенности детей» Р.В. Овчаровой; проективный тест «Несуществующее животное», «Методы нейропсихологического обследования» А.В. Семенович. Для диагностики детей младшего школьного возраста использовалась методика «Лестница оценок». Для воспитанников среднего звена применялись: методика изучения самооценки Т. Дембо — С. Рубинштейн; методика «Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности» Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина; тест «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка. А также на всех экспериментальных этапах использовались дополнительные методы: наблюдения и компетентных судей. Данный перечень методик проводится до начала применения программы и спустя 2—3 недели после ее завершения. Полученные результаты фиксируются в двух индивидуальных картах: в карте мероприятий по иппотерапии и в карте динамики эмоционально-личностных характеристик воспитанников после проведенных иппотерапевтических курсов.

Предполагается, что анализ результатов работы проводится систематически, результативность отслеживается на протяжении всего эксперимента, на каждом этапе. С помощью регулярных контрольных наблюдений и тестовых срезов педагоги и психологи анализировали эффективность проводимых мероприятий. На специально организованных консилиумах участники проекта обсуждали результаты тестов, отмечали наиболее удачные и, наоборот, неудачные моменты работы, определяли дальнейшую стратегию в данном направлении.

Общая продолжительность иппотерапевтической коррекционно-развивающей программы для каждого воспитанника составляет полтора месяца, занятия проводятся 2 раза в неделю. Продолжительность индивидуального занятия — 30 мин, групповых — 1 ч. Коррекционная программа предусматривает индивидуальные занятия с применением групповых форм работы.

После инструктажа по технике безопасности участники программы учатся общаться с лошадью, взаимодействовать с ней. Для закрепления непосредственно образовательной деятельности детям предлагается викторина на тему «Что я знаю о лошади?», устраивается конкурс рисунков и поделок. На каждого ребенка заводится индивидуальная карта наблюдений, в которой фиксируется динамика коррекционно-развивающего процесса.

Принципы подготовки и проведения иппотерапевтических мероприятий

Игры и упражнения, проводимые с детьми и подростками в игровой форме, позволяют сделать занятие увлекательным.

Следует отметить, что все мероприятия осуществляются на специально подготовленной лошади!

Существуют несколько принципов, которыми необходимо руководствоваться в процессе данной деятельности.

Не навреди

Этот принцип универсален для любой деятельности, предполагающей работу с людьми и животными.

Планируя выполнять с всадниками то или иное упражнение, старайтесь учитывать все возможные неожиданности, которые могут случиться в этот период. И если риск велик, лучше не проводить это упражнение сегодня, сейчас. Возможно, в другой день рисковать будет просто не нужно.

Например, вы предполагаете провести игру на свежем воздухе, но на улице гололед или сильный ветер. В этом случае лучше воздержаться от выхода из манежа.

Следует учесть и то, что при хорошей погоде в этот день рядом с манежем может, например,

работать трактор или происходить что-нибудь еще, что может испугать лошадей. Возможно, кто-то из детей наотрез откажется от игры-занятия на улице.

Причины могут быть самыми разными. Если вы чувствуете, что вашей идее, пусть даже замечательной с точки зрения развивающего эффекта, что-то мешает, лучше реализовать ее в другой раз или преобразовать с учетом ситуации.

Определи свою цель

Этот принцип тесно связан с предыдущим.

Вы собираетесь предложить всадникам то или иное упражнение. Спросите себя, чего вы ожидаете от этого упражнения. Какова его цель? И сможете ли вы добиться ее в данной конкретной ситуации?

Вот простой пример.

Вы выехали с детьми на улицу. Происходящее на улице, как правило, привлекает внимание всадников больше, чем замкнутое пространство манежа. И если вы решили играть с детьми в мячик с целью отработки внимания и координации, рискуете добиться очень низкого эффекта. Дети будут отвлекаться на то, что происходит вокруг них.

Вообще проведение игры-занятия по лечебной верховой езде (ЛВЕ) потребует от вас поведенческой гибкости. Когда имеешь дело с ребенком, животным и постоянно меняющимися условиями

одновременно (а еще с коноводом, а иногда и с неожиданно выскочившей откуда-то кошкой!), очень важно уметь быстро сориентироваться.

Есть и другая тактика поведения. Вы можете быть невозмутимы в любых обстоятельствах! Если вы «спокойны, как удав», ваше спокойствие передастся и ребенку, и лошади. Тогда вам не надо будет бояться постороннего шума и всяких неожиданностей.

Не перегружай подопечного

При планировании занятия необходимо учитывать, что едущий на лошади ребенок очень занят: он едет на лошади. Это не шутка! Все его тело удерживает равновесие, организм активизирован ритмом, который задает движущаяся лошадь. А мозг ребенка занят тем, что перерабатывает информацию, поступающую от «телесных», зрительных, слуховых и других рецепторов. У многих детей с проблемами развития на это уходит большая часть сил и энергии. Поэтому, предлагая то или иное упражнение, учитывайте, что всаднику не так просто будет его выполнить. Причем не только выполнить, но даже элементарно понять его смысл.

Игра-занятие в группе — маленькая модель социума, в котором мы все живем

Необходимо фиксировать внимание ребенка на приветствии в начале занятия и прощании в

конце, нужно проговаривать цели и мотивы того или иного действия. Полезно также делать акцент на принятых в обществе правилах поведения людей.

Коррекционно-развивающая программа с использованием методов иппотерапии включает в себя четыре этапа.

1. Адаптационный. На этом этапе применяются упражнения классической иппотерапии с использованием в основном пассивного взаимодействия с лошадью. Данный этап необходим для адаптации ребенка к непривычному положению тела, движениям лошади, преодолению страха высоты и т.д.

2. Диагностический. Этап необходим для оценки возможностей и перспектив ребенка, а также с целью установления доверительных отношений его с инструктором. Сюда включаются упражнения различной сложности, аналогичные физкультурным упражнениям.

Первый и второй этапы проводятся на лошади, движущейся шагом на корде (корда — прочная веревка длиной 8—10 м, на одном конце которой находится петля, а на другом — застежка для прикрепления корды к оголовью лошади. Человек, держащий лошадь на корде, стоит на месте, а лошадь ходит по кругу, радиус которого равен длине корды).

3. Основной. Этап коррекции включает в себя упражнения в

зависимости от поставленных задач. На этом этапе используются разные аллюры: шаг, рысь.

С целью формирования пространственной ориентации, ориентации в схеме собственного тела, а также моторного планирования используются следующие упражнения: «Части тела», «Ничком на лошади»; езда на лошади, сидя спиной по направлению движения; «Дотянись до ушка лошади»; перемещение игрушки относительно собственного тела и тела лошади, перемещение игрушки в пространстве без использования репрезентативной анализаторной системы и др. Благодаря тому что во время игры-занятия задействованы практически все сенсорные каналы, полученная информация усваивается гораздо легче и быстрее.

Для формирования адекватной самооценки применяются упражнения на достижение результата: надевание колец на уши лошади, вертикальная стойка на лошади, «Ласточка», езда быстрыми аллюрами, самостоятельное управление лошадью, элементы вольтижировки.

Агрессивные тенденции снижаются за счет включения физиологических механизмов. Для этой цели также применяются быстрые аллюры и элементы вольтижировки. Выброс адреналина и эндорфинов формирует положительный эмоциональный фон. Благоприятно сказываются на настроении ребенка активные

формы взаимодействия с лошадью (когда ребенок самостоятельно управляет ею), поскольку животное не воспринимает злобных или агрессивных действий, но позитивно реагирует на мягкие и четкие команды.

Каждая игра-занятие иппотерапией предоставляет ребенку возможность находиться в центре внимания, проявлять свою индивидуальность при выполнении различных упражнений. Ситуация успешности во многом помогает закреплять социально-приемлемые способы адекватного самовыражения.

4. Последний этап социальной адаптации проходит в виде групповых занятий, которые имеют своей целью обучение сотрудничеству с другими людьми и взаимодействию со сверстниками.

При проведении иппотерапии терапевтическая среда организована таким образом, что ребенок может наблюдать причины и следствия происходящих событий. Точность движений, необходимых для поддержания равновесия и выполнения упражнений, показывает сидящему на лошади ребенку, как получить нужный результат при сочетании движения и запланированного действия. Эти упражнения, когда их демонстрируют постепенно, развивают логические способности.

Время проведения эмпирического исследования — июнь 2007 г. В нем принимали участие по 30 детей в возрасте от 7 до 10 и от 11 до 15 лет. При

оценке промежуточных результатов в психоэмоциональной и социальной сферах были зафиксированы следующие положительные результаты: снижение возбудимости; избавление от вялости, безучастности, страхов; изменилось отношение воспитанника приюта к самому себе; появились ощущение равенства с другими людьми, уверенность в своих возможностях, раскованность, интерес к активной жизни.

По итогам накопления данных в отношении динамики эмоционально-личностных характеристик были составлены сводные таблицы. Рассмотрим показатели в группе воспитанников младшего школьного возраста (табл. 1).

Показатель социально-педагогической запущенности среди воспитанников младшего школьного возраста снизился на 33,4%. После иппотерапевтических мероприятий полностью исчезли проблемы, связанные с несформированностью ориентации в трехмерном пространстве и в схеме собственного тела. Также имеются большие сдвиги в отношении улучшения моторного планирования.

Среди воспитанников данной категории уменьшился процент завышенной самооценки. Такие показатели, как неуверенность в себе, низкая самооценка, подавленность, нерешительность, отсутствие тенденции к самоутверждению, выявились у 26,7% детей, что на 33,3% ниже, чем при про-

ведении первичной диагностики. Склонность к повышенной тревоге выявилась в 46,7% случаев, что на 26,6% ниже по сравнению с первичной диагностикой. Истероидно-демонстративный показатель уменьшился на 13,4%. Хороший результат получен в снижении агрессивных тенденций — 20%.

Обратим внимание на показатели воспитанников подросткового возраста (табл. 2).

Исследования, проведенные со средним звеном воспитанников социального приюта, выявили следующее. Показатель социально-педагогической запущенности среди подростков составил 46,7% после проведения иппо-

терапевтических мероприятий, что свидетельствует о ее снижении на 33,3%. Можно сказать о заметном улучшении в отношении кинестетического и динамического праксисов среди подростков. Показатели заниженной самооценки оказались на уровне 26,7%. Обратные показатели, свидетельствующие о завышенной самооценке, также заметно снизились — на 13,3%. Уровень тревожности снизился до 20% по сравнению с начальным показателем — 33,3%. Особого внимания заслуживают результаты в отношении агрессивности подростков. Как видно из таблицы, агрессивность снизилась на 40%.

Таблица 1

**Сводная таблица показателей в группе воспитанников
младшего школьного возраста, %**

Психологические критерии	Экспериментальная группа	
	до игр-занятий	после игр-занятий
Социально-педагогическая запущенность	100	66,6
Несформированность:		
— ориентации в трехмерном пространстве;	40	0
— ориентации в схеме собственного тела;	33,3	0
— моторного планирования	73,3	26,7
Самооценка:		
— неадекватно завышенная;	20	6,7
— неадекватно заниженная	60	26,7
Высокий уровень общей тревожности	73,3	46,7
Демонстративность	26,7	13,3
Агрессивность	40	20

Таблица 2

**Сводная таблица показателей воспитанников
подросткового возраста, %**

Психологические критерии	Экспериментальная группа	
	до игр-занятий	после игр-занятий
Социально-педагогическая запущенность	80	46,7
Несформированность моторного планирования	40	6,7
Неадекватно завышенная самооценка	20	6,7
Неадекватно заниженная самооценка	60	26,7
Высокий уровень общей тревожности	33,3	20
Демонстративность	20	6,7
Агрессивность	53,3	13,3

Подводя итоги, можно сказать, что иппотерапия оказывает благотворное влияние на детей из дисфункциональных семей, потому что она обеспечивает ребенку возможность тесного телесного контакта с живым существом. При этом ребенок получает ощущения, подобные тем, которые в раннем детстве давало малышу прикосновение близкого взрослого человека. Такая «экскурсия в свое прошлое» позволяет ребенку с помощью специалиста получить все то, что имеет ребенок при естественном развитии, и чего лишен ребенок, воспитывающийся в кризисной семье.

Сотрудниками приюта отмечено, что даже вне иппотерапевтических мероприятий дети с большей охотой стремятся к доверительному общению, прислушиваются к мнению окружающих, с уважением относятся к просьбам участников проекта, т.е. включают их «в список» значимых взрослых.

Ощущение безопасности, которое исходит от лошади, в сочетании с психологической поддержкой специалиста, создает такую среду, в которой дети могут успешно выполнять физически и эмоционально трудные задачи, что очень важно для полноценной психомоторной интеграции.

Система медико-педагогического воздействия в ДОУ для детей с аллергодерматозами

Скоморохова М.Б.,
заведующий МДОУ д/с пристра и оздоровления
№ 520;

Торопова Н.П.,
д-р. мед. наук, профессор, Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи;

Градинаров А.М.,
канд. мед. наук, доцент кафедры детских болезней,
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Известно, что любое длительное заболевание всегда неблагоприятно сказывается на физическом и психоэмоциональном развитии детей, а это нередко приводит к психопатологическому формированию личности. И сегодня важнейшая задача педиатрии и педагогики — поиск путей ограничения вредных влияний на ребенка, предупреждения развития хронических заболеваний, их профилактика, реабилитация.

В 1983—1989 гг. в РСФСР была проведена работа по созданию системы помощи детям, страдающим аллергодерматозами: в ряде территорий организованы приемы дерматологов на базе детских поликлиник, специальные отделения для лечения детей с аллергодерматозами в детских поликлиниках, больницах, консультативные центры по лечению детей с наиболее тяжелыми формами заболевания, специализированные группы в дошкольных учреждениях санаторного типа и т.д.

В 1994 г. администрация Кировского района г. Екатеринбурга, рассмотрев пожелания специалистов-дерматологов, аллергологов Научно-практического центра



медико-социальной реабилитации детей с аллергодерматозами, вынесла решение об открытии специализированного дошкольного учреждения для детей, страдающих данными заболеваниями.

Основной принцип работы нашего ДОУ: «Некоторым детям нужно больше, чтобы быть равными». На основании этого необходимо:

- изучение педагогическим коллективом ДОУ методической литературы по вопросам педагогики, психологии, медицины для работы с детьми, страдающими аллергодерматозами;
- диагностика развития каждого поступающего в ДОУ ребенка;
- создание и функционирование системы медико-педагогического воздействия;
- индивидуальное сопровождение каждого ребенка во время пребывания его в ДОУ;
- анализ кадрового потенциала.

Факторы, влияющие на функционирование системы медико-педагогического воздействия на детей с аллергодерматозами в условиях ДОУ:

- работа по повышению педагогического потенциала у педагогов ДОУ проводилась систематически и последовательно;
- система работы с педагогами давала им не только необходимые знания, но и формировала различные умения;
- с педагогами ДОУ проводилась планомерная методическая работа, направленная на повышение их профессионального

уровня по вопросам психологии, педагогики, организации работы с детьми, страдающими аллергодерматозами, с учетом приоритетных направлений развития ДОУ;

- создана и функционирует система медико-педагогического воздействия на таких детей.

Проблема. Реабилитация, сохранение и укрепление здоровья детей с аллергодерматозами возможны только при успешном функционировании системы медико-педагогического воздействия.

Актуальность. Получение уровня результата образовательной и оздоровительной деятельности в ДОУ возможно при условии успешного функционирования системы медико-педагогического воздействия на детей с аллергодерматозами.

Тема. Функционирование системы медико-педагогического воздействия как необходимое условие гармонического развития личности детей с аллергодерматозами.

Объект. Управленческая деятельность руководителя ДОУ по функционированию системы медико-педагогического воздействия на детей с аллергодерматозами в условиях ДОУ.

Предмет исследования. Организационно-педагогическая деятельность руководителя ДОУ по функционированию системы медико-педагогического воздействия на детей с аллергодерматозами.

Цель: обеспечить успешное функционирование системы медико-педагогического воздействия как необходимого условия развития личности детей с аллергодерматозами.

Задачи:

- изучить и проанализировать психолого-аналитическую литературу и нормативно-правовые акты по данной теме;
- изучить профессиональные возможности и затруднения сотрудников ДОУ;
- выявить основные факты, влияющие на качество оздоровления детей;
- проанализировать эффективность функционирующей системы медико-педагогического воздействия на детей с аллергодерматозами в условиях ДОУ.

Гипотеза. Успешно функционирующая система медико-педагогического воздействия на детей с аллергодерматозами — необходимое условие гармонического развития личности.

Новизна. Организация управленческой деятельности по успешному функционированию системы медико-педагогического воздействия как необходимого условия гармонического развития личности детей с аллергодерматозами.

Значение для практики. Результаты исследования можно использовать при организации работы ДОУ пристрахотра и оздоровления для детей с аллергодерматозами.

Изучение потребности на образовательные услуги:

- определение перспектив развития ДОУ;
- определение содержания и форм работы.

Формы работы:

- анкетирование;
- опросы с привлечением организаций;
- социологические исследования.

Педагогическое и медицинское просвещение родителей:

- повышение правовой культуры родителей;
- педагогической;
- медицинской.

Формы работы:

- анкетирование;
- консультирование;
- конференции;
- родительские лектории;
- педагогические гостиние;
- библиотечки.

Выводы:

- каждый родитель желает, чтобы его ребенок был здоров, физически и интеллектуально развит, и вправе ожидать от ДОУ всесторонней помощи;
- неуклонно растет заболеваемость среди детей аллергическими заболеваниями, поэтому необходимо вести поиск наиболее реальных путей решения возникшей проблемы;
- в нашем микрорайоне — наиболее доступный и эффективный путь решения этой проблемы — функционирование ДОУ № 520 пристрахотра и оздоровления для детей с аллергодерматозами.

Материально-технические условия ДОО

В связи с изменением статуса ДОО была проведена реконструкция помещений, выделены и оснащены:

- спортивный зал;
- физиотерапевтический кабинет;
- кабинет учителя-логопеда;
- фитокабинет;
- процедурный кабинет;
- кабинет мазовой терапии.

В физиотерапевтический кабинет входят:

- сухожаровой шкаф;
- 7 ламп Чижевского;
- электрофорез;
- электросон;
- лампа Бионик;
- тубус-кварц;
- ингаляторы;
- нэбулайзер;
- магнитолазер;
- аппарат ПГГ;
- лампа «Соллюкс» и др.

С функционированием в ДОО оздоровительного и образовательного комплекса для воспитания, образования и реабилитации детей с аллергодерматозами разрешается ряд противоречий:

- между необходимостью полноценного психофизического, интеллектуального развития ребенка и реальным состоянием здоровья детей;
- ориентацией педагогического коллектива на личностно-ориентированную модель общения и недостаточным владением исследовательскими и проек-

тировочными умениями педагогов;

- существующей материально-технической базой, спросом населения и необходимыми условиями для воспитания, образования и реабилитации детей с аллергодерматозами;
- потребностью ребенка в полноценном развитии, воспитании, образовании, оздоровлении и отсутствием условий в каждом ДОО;
- необходимостью сохранять и укреплять здоровье детей, формировать привычку к здоровому образу жизни и отсутствием оздоровительного комплекса в необходимом объеме.

Кадровое обеспечение

В штатное расписание введены следующие должности:

- врач-дерматолог — 0,5 ставки;
- медицинская сестра по физиотерапии — 1;
- процедурная медсестра — 1;
- диетсестра — 0,5;
- инструктор по ЛФК — 1.

Заболевания по нозологиям

Аллергодерматозы (всего 1980 детей):

- экзема (202);
- нейродермит (511);
- строфулюз (3);
- мастоцитоз (2);
- атопический дерматит (1259);
- ихтиоз (3).

На основании анализа поступающих в ДОО детей, карт их развития, выписок, направлений, назначений можно сделать следующие выводы (показатели сопутствующих патологий с 1995 по 2010 г.):

- патология кожи — 100%;
- гастропатология — 66;
- патология нервной системы — 52;
- патология речи — 25;
- патология эндокринной системы — 2;
- лор-патология — 6;
- патология зрения — 3;
- патология почек — 5;
- патология легких — 38;
- плоскостопие — 56;
- осанка, родовые травмы — 21;
- патология сердечно-сосудистой системы — 2%.

Группы здоровья распределены следующим образом:

- I — 0%;
- II — 40,4;
- III — 59;
- IV — 0,6%.

На основании данного анализа выстраивается целая система сопровождения ребенка на весь период нахождения его в ДОУ.

Взаимодействие специалистов позволяет осуществить координацию целостности коррекционно-образовательного процесса:

- педагогическая служба;
- психологическая;
- медицинская;
- логопедическая;
- детский коллектив;
- обслуживающий персонал.

Сопровождение ребенка — это разносторонняя поддержка его развития, которая может осуществляться любым специалистом, связанным с детьми по своему направлению.

Комплексная поддержка подразумевает участие и объедине-

ние всех специалистов ДОУ — учителя-логопеда, инструктора по физической культуре, инструктора по ЛФК, музыкального руководителя, воспитателей, медиков.

Направления работы — диагностика, консультирование, коррекция, выбор образовательного и лечебного маршрута, преодоление психологических затруднений.

Целью сопровождения является ориентация ребенка на внутренние ресурсы, позволяющие ему решить проблему самостоятельно.

Диагноз служит стартовой площадкой сопровождения, с которого начинается процесс помощи в преодолении трудностей в развитии своего заболевания.

Объект сопровождения — ребенок.

Субъекты сопровождения — родители, педагоги, медики, специалисты.

С учетом психофизических особенностей каждого ребенка выстраивается индивидуальное сопровождение — для каждого ребенка составляется индивидуальный план. По необходимости идет его постоянная корректировка.

Направления работы:

- диагностика;
- консультирование;
- коррекция;
- выбор образовательного и лечебного маршрута;
- преодоление психологических затруднений.

На основании глубокого анализа результатов оздоровления

детей за период с марта 1995 г. по август 2010 г. можно сделать следующие *выводы*.

1. Качество оздоровления детей с аллергодерматозами в условиях ДООУ зависит от продолжительности пребывания больного ребенка в дошкольном учреждении. При увеличении времени пребывания эффективность оздоровления повышается — возрастает количество детей с клинической ремиссией.

2. Построенные системы физкультурно-оздоровительных мероприятий, коррекционно-развивающей работы, взаимодействия специалистов (рис. 1—3) в соответствии с психофизическими закономерностями роста и развития детского организма обеспечивают рациональное удовлетво-

рение потребностей ребенка в здоровом образе жизни, являются необходимым условием гармонического развития личности детей.

3. Упрочились связи с медицинскими учреждениями города, рекомендации специалистов претворяются в жизнь, отрабатываются, что помогает в оздоровлении детей.

4. На хороший уровень поставлена просветительская работа с семьей по организации оздоровления детей с аллергодерматозами в домашних условиях, организации гипоаллергенной диеты.

5. В эффективном оздоровлении детей с аллергодерматозами в условиях ДООУ большую роль играют первоначальная диагностика и составление плана индивидуального сопровождения каждого

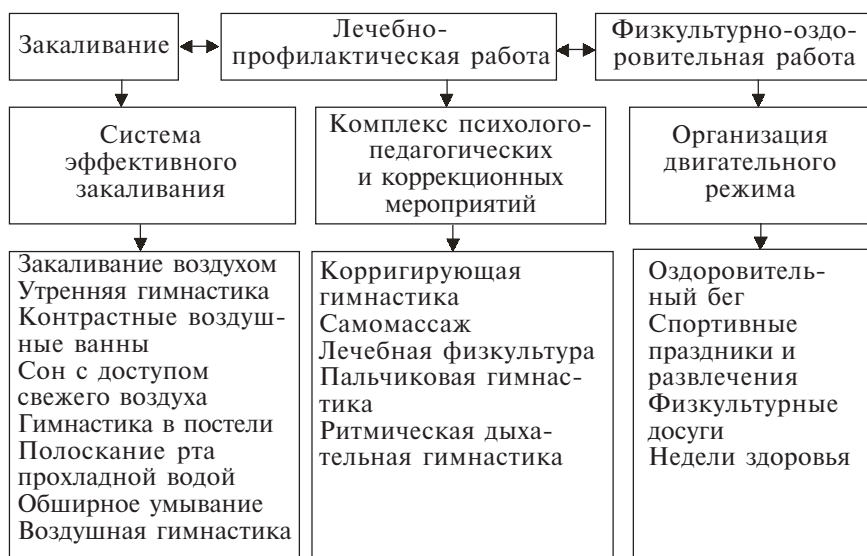


Рис 1. Система физкультурно-оздоровительных мероприятий в соответствии с индивидуальными прогнозами здоровья ребенка



Рис. 2. Взаимодействие специалистов в работе с ребенком, имеющим проблемы в развитии

ребенка на весь период пребывания его в ДОУ.

Новое в методике оздоровления детей с аллергодерматозами в условиях ДОУ:

- введение новых оздоровительных технологий;
- разработка комплекса программно-методического обеспечения оздоровительного процесса;
- разработка индивидуальных оздоровительных маршрутов воспитанников;

— изменение системы и методов оценки оздоровления и актуального состояния ребенка.

Анализ динамики состояния здоровья детей с марта 1995 г. по август 2010 г.:

- ухудшение — 1 ребенок (0,1%);
- без перемен — 21 ребенок (2,1);
- улучшение — 812 детей (41);
- клиническая ремиссия — 1146 детей (56,8%).

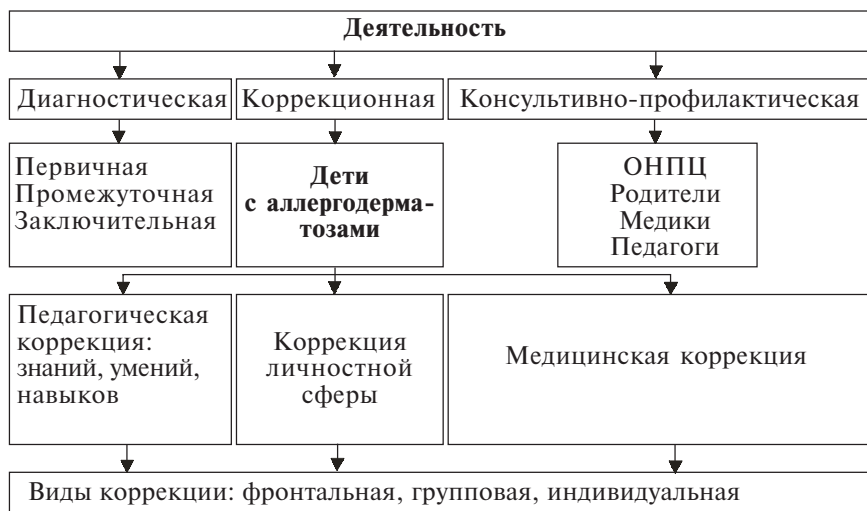


Рис. 3. Система коррекционно-развивающей работы с детьми с аллергодерматозами в условиях ДОУ

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

8 мая — Международный день Красного Креста и Красного Полумесяца

Праздник отмечается в день рождения швейцарского гуманиста Анри Дюнан. По его инициативе впервые стали создаваться группы добровольцев, которые оказывали помощь раненым на полях сражений. В 1863 г. была созвана конференция, положившая начало Международному обществу Красного Креста.

Официально название Международный Красный Крест было утверждено в 1928 г. на 13-й Международной конференции в Гааге. На 25-й Международной конференции, состоявшейся в октябре 1986 г., было утверждено новое название организации — Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца.

Его задача — оказание помощи раненым, больным и военнопленным во время вооруженных конфликтов, помощь жертвам стихийных бедствий. Основные принципы деятельности движения — гуманность, беспристрастность, добровольность, единство, универсальность.

В России общество Красного Креста было создано в мае 1867 г. под названием «Общество о попечении раненых и больных воинов»; в 1918 г. оно было преобразовано в Пролетарский Красный Крест; в 1925 г. образован Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР. С марта 1992 г. Российский Красный Крест является правопреемником СОКК и КП.

Сегодня Красный Крест работает в 176 странах мира.

Развитие половой идентичности в дошкольном возрасте

Флотская Н.Ю.,

д-р психол. наук, профессор кафедры специальной педагогики и психологии, Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова, г. Архангельск

Половая идентичность относится к числу базовых характеристик человека, в значительной степени детерминирующих его самосознание. Принадлежность человека к определенному полу определяет становление личности, ее интересы, формирование особой системы представлений о себе как о человеке определенного пола, включающей специфические для мужчин и женщин потребности, мотивы, ценностные ориентации и соответствующие этим образованиям формы поведения. Психическое здоровье, семейное благополучие, взаимоотношения человека с окружающими в значительной степени зависят от сформировавшейся у него половой идентичности.

Половая идентичность — сложная система, элементы которой формируются на разных стадиях индивидуального развития. Весь этот процесс начинается с момента рождения ребенка и предполагает формирование половой идентичности как интегративного образования личности, имеющего свои особенности

и возможности на каждом этапе возрастного развития. При этом наибольшую ценность в развитии основных элементов субъективной реальности данного феномена атрибутируют дошкольному детству.

Дошкольный возраст — период, в котором закладываются наиболее важные слои психики ребенка, осознание своей половой принадлежности включается в структуру образа «я». Ребенок, слыша от взрослых «ты — мальчик» или «ты — девочка», переосмысливает эти наименования в связи со своими половыми особенностями. В период дошкольного возраста взрослые начинают сознательно или бессознательно обучать ребенка половой роли в соответствии с общепринятыми стереотипами. В семье и дошкольных учреждениях ребенка изо дня в день ориентируют на ценности его пола. Ему сообщают, как должны вести себя мальчик или девочка. Кроме того, стереотипы мужского и женского поведения входят в психологию ребенка через непосредственное

наблюдение поведения мужчин и женщин. На протяжении дошкольного возраста ребенок по нарастающей начинает присваивать поведенческие формы, интересы, ценности своего пола. Так, в 3—4 года ребенок уже осознанно различает пол окружающих людей, но часто ассоциирует его с чисто внешними признаками и допускает принципиальную обратимость, возможность изменения пола. В 4-летнем возрасте проявляется глубинное психологическое различие в ориентациях мальчиков и девочек. Начиная с 4 лет, у мальчиков и девочек зарождается дифференциация в выборе игрушек: машина, кубики выбирались для игры преимущественно мальчиками, а кукла и посуда — девочками. Предпочтение тех или иных игрушек отражает действенное проникновение в специфику мужской и женской деятельности. Мальчики больше знают и умеют в сфере техники, а девочки — в сфере быта. Мальчики и девочки по собственной инициативе выбирают разные игры и партнеров в них, проявляют разные интересы, стиль поведения и т.д. В дошкольном детстве ребенок начинает приобретать интерес к телесной конструкции человека, в том числе половым различиям. Стереотипы мужского и женского поведения входят в самосознание ребенка через подражание представителям своего пола. В то же

время у ребенка развивается так называемая эмоциональная причастность к детям своего пола. В группах детского сада существует ярко выраженная консолидация детей со сверстниками своего пола, возрастающая от младшего к старшему дошкольному возрасту. В процессе консолидации в группе детского сада образуются подструктуры мальчиков и девочек. Стихийная половая сегрегация (однополые компании) способствуют кристаллизации и осознанию половых различий. Общение детей в период дошкольного возраста показывает их пристрастную причастность к социальным ролям мужчин и женщин. В играх и на практике они усваивают не только социальные роли, связанные с половой идентификацией взрослых, но и способы общения мужчин и женщин, мальчиков и девочек. По существу, дошкольный возраст — это период половой идентификации, в котором дети как бы примериваются к взрослым половым ролям.

В дошкольном возрасте идентификация со своим полом получает глубокое проникновение в самосознание личности. В 6—7 лет дошкольники осознают свою половую принадлежность, различают пол окружающих людей и не допускают изменения половой принадлежности. Необходимо отметить, что ребенок в этом возрасте осознает

свою причастность к определенному полу исключительно по внешним признакам: «Я девочка, потому что хожу в юбочке, туфельках, у меня длинные волосы». Аналогичные ответы встречаем и у мальчиков: «Я мальчик, потому что хожу в брюках, играю в машинки, у меня короткие волосы». Сравнивая себя с представителями противоположного пола, мальчики и девочки называют специфические особенности своего и противоположного пола: «У мальчиков нет косичек, нет платьев, короче волосы; девочки тише мальчиков, никогда не дерутся». Развивающиеся в этом возрасте когнитивные структуры самосознания являются предпосылкой к овладению своим полом.

В полоролевом образе «я» у мальчиков и девочек 6—7 лет практически отсутствуют различия, в большей степени данные образы не дифференцированы и включают маскулинные и фемининные качества. Образ идеального мужчины у мальчиков представлен маскулинным, тогда как у девочек он выглядит андрогинным. Они считают, что мужчины должны быть сильными, смелыми и одновременно красивыми, внимательными, заботливыми, подчиняемыми и ориентированными на семейную жизнь. Образ идеальной женщины у мальчиков 6—7 лет — это андрогинный

тип женщины, причем в описании эталона женщины преобладают фемининные характеристики «красивая, добрая, слабая, нежная». У девочек 6—7 лет образ идеальной женщины тоже представлен андрогинным, но, в отличие от мальчиков, эталон женщины у них более маскулинизирован. При анализе типичного мужчины у мальчиков и девочек дошкольного возраста обращает на себя внимание сходство тех личностных качеств, которые они включают в образ «сильный, красивый, добрый, работающий». Не установлено различий и в образе типичной женщины у дошкольников. Они характеризуют ее как «слабую, умную, красивую, сидящую дома». В описании типичной женщины у мальчиков и девочек преобладают фемининные качества, а в описании типичного мужчины — маскулинные, что соответствует традиционным эталонам мужественности и женственности.

Известно, что значимыми для становления половой идентичности являются образы матери и отца. По результатам нашего исследования образ матери в сознании мальчиков и девочек выглядит практически одинаковым и представлен маскулинными и фемининными качествами. В образ отца мальчики и девочки тоже включили одни и те же маскулинные характеристики.

Уже в дошкольном возрасте в процессе идентификации с родителями у детей начинают складываться определенные образы себя как будущего мужа (жены) и образы своей жены (мужа). Анализ таких образов у старших дошкольников показал, что мальчики 6—7 лет включают в образ будущего мужа исключительно маскулинные характеристики, ориентируясь на образ отца. Девочки, конструируя образ будущей жены, не копируют поведение матери полностью, они сравнивают себя с ней и, опираясь на этот образ, создают свой идеал женщины, который и ложится в основу образа будущей жены.

Необходимо отметить, что мальчики и девочки 6—7 лет позитивно относятся к себе как к представителям определенного пола. При этом девочки считают себя более обаятельными, добрыми, справедливыми, честными, нежели мальчики. Оценивая себя с точки зрения показателя силы, мальчики и девочки в равной степени считают себя решительными и уверенными, но мальчики видят себя более сильными и самостоятельными. Общий балл показателя активности у девочек (1,20) выше, чем у мальчиков (0,96). В целом, можно отметить, что девочки считают себя более позитивными и активными, но менее сильными, чем мальчики. Анализируя отношение дошколь-

ников 6—7 лет к представительницам женского пола, мальчики и девочки позитивно оценивают женщин, считают их обаятельными, добросовестными, добрыми, отзывчивыми, справедливыми и честными. Оценивая женщин с точки зрения силы, мальчики и девочки называют их слабыми, уступчивыми, зависимыми. В то же время девочки считают большинство женщин более деятельными и активными, нежели мальчики. Большинство мужчин мальчики и девочки считают позитивными, сильными, но не активными. Итак, мальчики и девочки 6—7 лет оценивают себя одинаково позитивно, но мальчики считают себя сильнее, а девочки активнее. Девочки видят большинство женщин такими же позитивными, как и мальчики, но при этом девочки считают их более сильными и активными. Большинство мужчин мальчики и девочки считают позитивными, сильными и не очень активными. Обращает на себя внимание, что в дошкольном возрасте мальчики и девочки оценивают мужчин менее позитивно, чем женщин.

Анализ показателей маскулинности и фемининности в дошкольном возрасте показал, что их средние значения являются достаточно низкими относительно других возрастных периодов, отсюда следует, что в возрасте 6—

7 лет развитие данных категорий только начинается. Обращает на себя внимание тот факт, что средние значения маскулинности и фемининности практически не различались у мальчиков и девочек. В этом периоде у тех и других отсутствуют значимые различия между показателями маскулинности и фемининности. При этом необходимо подчеркнуть, что если у девочек показатель фемининности (89,39) значительно выше показателя маскулинности (81,38) и различия между данными показателями являются значимыми, то у мальчиков 6—7 лет эти различия отсутствуют и средние значения данных показателей практически одинаковы, поскольку маскулинность составляет — 86,27, а фемининность — 85,44. В связи с этим можно говорить лишь о наметившейся тенденции в различии показателей маскулинности и фемининности, что в целом и обуславливает начало половой дифференциации. Соотношение данных показателей позволило установить следующие типы половой идентичности в дошкольном возрасте. Для 15% мальчиков и 9% девочек характерен маскулинный тип половой идентичности, для 19% мальчиков и 37% девочек — фемининный, а для 36% мальчиков и 35% девочек — андрогинный. Для 31% мальчиков и 19% девочек —

недифференцированный тип половой идентичности.

Проведенный анализ позволяет заключить, что в дошкольный период позитивное развитие половой идентичности в большей степени наблюдается у девочек, нежели у мальчиков, поскольку для большинства девочек характерна фемининная модель полоролевого поведения. У мальчиков идентификация по полу протекает гораздо труднее, это выражается в том, что примерно для $\frac{1}{3}$ респондентов этого возраста характерен недифференцированный тип половой идентичности и лишь для $\frac{1}{5}$ части присуща маскулинная модель полоролевого поведения. Мы считаем это следствием фемининной природы базовых ориентаций ребенка по отношению к миру в этом возрасте. Мальчики должны сменить первоначальную женскую идентификацию на мужскую по образцу значимых взрослых мужчин и культурных стандартов маскулинности, но поскольку все близкие взрослые в отечественной культуре преимущественно женщины, мальчики имеют несравнимо меньше информации и моделей полоролевого поведения мужчин, чем женщин.

Итак, в дошкольном возрасте мальчики и девочки 6—7 лет осознают свою половую принадлежность, различают пол окружающих людей и не допускают изменения половой принадлеж-

ности. Свою причастность к определенному полу они осознают исключительно по внешним признакам. Полоролевые представления о самих себе, типичных мужчинах и женщинах, эталонах мужественности и женственности выглядят у мальчиков и девочек 6—7 лет практически одинаковыми и мало дифференцированными, т.е. наблюдается эффект «сцепления» полоролевых образов между собой. Практически отсутствует дифференциация в отношении к себе у мальчиков и девочек. В целом, отношение к себе и представителям своего и противоположного пола у мальчиков и девочек 6—7 лет позитивное. При этом обращает внимание наметившаяся уже в дошкольном возрасте тенденция оценивания мужчин менее позитивно, нежели женщин. Необходимо также отметить:

- отсутствие значимых различий в показателях маскулинности и фемининности у мальчиков и девочек;
- позитивное развитие половой идентичности у девочек;
- идентификацию по полу, гораздо труднее протекающую у мальчиков.

Вместе с тем развивающиеся в дошкольном возрасте структурные компоненты половой идентичности служат как предпосылкой, так и составляющей, лежащей в основе формирования половой идентичности. Это обус-

ловливает необходимость дифференцированного подхода к мальчикам и девочкам в семье и дошкольном учреждении. При этом, по данным многочисленных исследований, половой социализации в детских дошкольных учреждениях уделяется очень мало внимания. В то же время источником информации о половой роли и моделью полоспецифического поведения, наряду с родителями, являются другие многочисленные взрослые, с которыми контактирует ребенок. Это требует большой индивидуализации в воспитании и специальной подготовки сотрудников дошкольных учреждений к тому, чтобы они могли формировать адекватную половую идентичность у детей. Медики и психологи отмечают, что утрата или несформированность чувства пола порождает глубокие изменения всей личности человека. У такого человека наблюдается потеря своего «я», нарушается вся система его отношений с другими людьми. Даже небольшое отклонение от нормы в области полового самосознания чревато негативными последствиями. В литературе имеются прямые и косвенные свидетельства того, что дисбаланс полоролевой структуры — предиспозиционный фактор формирования криминального поведения, а также неврозов, психосоматических расстройств.

Игра-путешествие «Чистота – залог здоровья»

Перепёлкина И.А.,

воспитатель, Кропоткинский детский дом-интернат, г. Кропоткин

Задачи:

- учить детей воспроизводить в ролях детали из окружающей жизни и деятельности взрослых;
- воспитывать желание действовать сообща, стремиться к совместной цели;
- развивать эстетические чувства.

* * *

Ведущий. Ребята, мы с вами будем путешествовать по городам, в которых вы узнаете, что надо делать, чтобы не быть похожими на некоторых жителей. А сейчас давайте вспомним, чтобы быть здоровыми, с чего надо начинать каждое утро?

Дети. С зарядки!

Ведущий

Чтоб расти нам сильными,
Ловкими и смелыми,
Ежедневно по утрам
Мы зарядку делаем.
К солнцу руки поднимаем,
Дружно, весело шагаем.

1-й ребенок. Кто из вас, ребята, знает, что в закалке помогает и полезно нам всегда?

Дети. Солнце, воздух и вода!

2-й ребенок. Одеяло убежало, улетела простыня и подушка, как лягушка, ускакала от меня...

Ведущий. Мальчик только носик мочит, умываться он не хо-

чет. Как, ребята, называется тот, кто плохо умывается?

Дети. Грязнуля, неряха...

Ведущий

Ах ты гадкий, ах ты грязный,
Неумытый поросенок,
Ты чернее трубочиста —
Полюбуйся на себя!
У тебя на шее вакса,
У тебя под носом клякса,
У тебя такие руки,
Что сбежали даже брюки...

3-й ребенок. Я всегда таким ходил и ничего.

Ведущий. Где живешь ты такой?

4-й ребенок. На станции Грязнулькино.

Ведущий. Интересно посмотреть. Давайте съездим туда на экскурсию. Занимайте места в автобусе, мы отправляемся.

Дети приезжают на станцию Грязнулькино. Здесь живут люди, которые не умываются, не следят за собой, не чистят зубы, поэтому они у них болят.

Ребенок, у которого перебинтованное лицо, громко плачет.

5-й ребенок

Плачет Саша, ноют зубы,
Чистить зубы он не любит
Ни снаружи, ни внутри,
Разболелись сразу три.

Ведущий. Ребята! Надо скорее уезжать с этой станции. Поехали!

Дети приезжают на следующую станцию.

1-й ребенок

Вставать по утрам неохота
и лень,

Я спал бы все утро,
Я спал бы весь день.
Прижавшись к подушке,
Свой сон берегу,
Расстаться с подушкой
Никак не могу.

Ведущий. Так кто же этот мальчик?

Дети. Лентяй!

Ведущий. Правильно! Это же Лентяйкин, он живет в г. Лентяйске, куда мы с вами и приехали. Люди на этих станциях очень похожи. Они ленивые, разбрасывают вещи и не умеют одеваться.

Ребята, а среди вас есть такие дети?

Дети. Нет!

Ведущий. Сейчас мы проведем соревнование «Кто быстрее оденется?».

Дети соревнуются, кто быстрее оденется на прогулку.

Ребята, конечный пункт нашего путешествия — это город Чистоты и порядка, но нас туда не пустят с Грязнулькиным и Лентяйкиным, также мы должны проверить, нет ли среди вас грязнули. Придется обратиться за помощью к Мойдодыру.

Мойдодыр

Я великий умывальник...
Знаменитый Мойдодыр.
Умывальников начальник
И мочалок командир.
Если топну я ногою,
Позову своих солдат,
В эту комнату толпою
Умывальники влетят.

Ну теперь держитесь, Лентяйкин и Грязнулькин. Войско, вперед!

Вбегают Мочалка и Мыло, вскоре появляются Грязнулькин и Лентяйкин — чистые и аккуратные.

Ведущий. Кто это? Какие они теперь чистые и опрятные, дети! Значит, мы все вместе можем отправляться в город Чистоты и порядка. Но мне хочется загадать вам загадку: кто в дни болезней всех полезней?

Дети. Врач.

Появляется Врач.

Врач. Здравствуйте, дети! Я рад видеть вас здоровыми и веселыми, но у меня к вам просьба: я прошу вас мыть почаще руки и лицо. Все равно какой водой — кипяченой, ключевой.

Нужно мыться непременно
Утром, вечером и днем.
Перед каждою едою,
После сна и перед сном.

А теперь давайте покажем талец «Маленьких утят».

Дети

Да здоровствует мыло душистое
И полотенце пушистое,
И зубной порошок, и густой
гребешок.

Эпидемия в сказочной стране

Красикова О.И.,

музыкальный руководитель МДОУ ЦРР – д/с № 53, г. Белгород

Во всем мире вакцинация считается самым эффективным способом профилактики опасных инфекций. МДОУ ЦРР — д/с № 53 г. Белгорода тесно сотрудничает с городской детской поликлиникой № 4 в решении проблем профилактики детских простудных и инфекционных заболеваний, используя разнообразные нетрадиционные формы взаимодействия. С большим успехом прошло театрализованное представление в поддержку Всемирной недели вакцинации против гриппа и других инфекционных заболеваний. Сказка, придуманная в нашем детском саду и сыгранная воспитанниками старшей группы «Чародейка», очень понравилась и врачам детской поликлиники, и ребятам средних и старших групп. Мы хотим поделиться нашим опытом.

* * *

В зале стоит ширма для показа кукольных спектаклей. Звучит веселая музыка. К ширме выходят мальчик и девочка в русских костюмах.

Девочка

Вы пришли сегодня к нам.
Рады мы всегда гостям!

Мальчик

Повнимательней смотри —
Будет сказка впереди!

Девочка

Посадил дед репку.

Мальчик

Выросла репка большая-
пребольшая.

Открывают вместе занавес. На ширме домик и репка. Выходит Дед, ходит вокруг репки.

Дед

Вот это да!

Одному ее не взять,
Придется бабку вызывать.
Эй, бабка, быстрее выходи,
Ташить репку помоги.

Б а б к а *(выходит из домика)*

А репка-то большая,
Красивая какая!
Конечно, чем смогу,
Тебе я помогу.

Тянут репку, вытянуть не могут.

Что за репка, вот беда —
Ни туда и ни сюда.

Дед

Репку нам одним не взять,
Пусть внучка выйдет помогать.

Вместе

Внучка, внученька, ты дома?
Выходи к нам на подмогу!

Внучка *(из окна домика)*

Ох, простите, не могу,
Вам ничем не помогу.
Разболелась голова,

Температура у меня.
Наша Жучка говорит —
У меня, наверно, грипп.

Внучка скрывается в домике. Девочка и мальчик закрывают занавес.

Девочка *(грустно)*

Внучка гриппом заболела,
Без нее и сказки нет.

Мальчик *(радостно)*

Ну тогда начнем другую:
«Жила бабка, с нею дед...».
Вы готовы слушать дальше?
Будет сказка, дайте срок.
Попросил наш дед бабулю:
«Испеки мне колобок!»

Раздвигается занавес. Домик, на окошке Колобок.

Колобок

Я — веселый Колобок,
Колобок — румяный бок.
Не хочу я тут лежать —
Прыг на землю да бежать...

Колобок катится по дорожке,
поет свою песню, убегает.

Девочка

Где же заяц, где лиса?
Не слышны их голоса!

Мальчик

Нет медведя, нет и волка!
А без них не будет толка!

Девочка

Грипп пробрался и сюда!

Мальчик

Закрываем сказку?

Девочка

Да!

Мальчик и девочка закрывают занавес.

Мальчик

В третий раз начнем тогда
Сказку мы про... петушка!
Как у Пети-петушка
Шапка выше гребешка.

Девочка

Сапоги сафьянные,
Шпory оловянные,
Голосок у Пети
Громче всех на свете.

Мальчик и девочка раздвигают занавес. По ширме под грустную музыку бредет печальный Петушок.

Петушок *(охрипшим голосом, еле-еле)*

Ку-ка-ре-ку!
У меня печальный вид:
Голова моя болит.
Я чихаю, я охрип,
Ох, наверно, это грипп!

Петушок уходит. Девочка и мальчик задвигают занавес.

Девочка

Что же в сказках за напасть?
Как бы всем нам не пропасть!

Мальчик

Мое такое мнение —
Случилась э-п-и-д-е-м-и-я!

Девочка

Айболита надо звать,
Наши сказки выручат.
Нам, ребята, помогите,
Айболита позовите!

Все вместе зовут Айболита. Выходит взрослый в костюме доктора.

Айболит

Здравствуйте, мои друзья!
Слышал, звали вы меня.
Подтверждаю мнение —
В сказках эпидемия!
Все герои заболели,
Потому что не хотели
На прививки приходить,
Чтоб болезни победить.
А прививочка моя
Их от гриппа бы спасла.
Но, друзья, не огорчайтесь,
Всех, конечно, полечу.
Ну а вам я на прощанье
Дать совет такой хочу:
Вы не бойтесь ни прививок,
Ни уколов, ни врачей,
Становитесь с каждым годом
И сильнее и здоровей!

Айболит уходит за ширму.

Девочка и мальчик
Вот и вылечились сказки
И спешат, ребята, к нам!
Слава, слава Айболиту!
Слава добрым докторам!

Девочка и мальчик раздвигают занавес. На ширме все куклы-персонажи сказок повторяют:

Слава, слава Айболиту!
Слава добрым докторам!

Все танцуют под веселую музыку.

Девочка и мальчик
На сегодня все. Конеч.
Кто все понял — молодец!

Закрывают занавес.

Подвижные игры на воде с детьми 3–6 лет

Соколкина В.А.,

канд. пед. наук, старший научный сотрудник, доцент кафедры
физического воспитания, МГППУ, Москва

Приступая к обучению детей плаванию, родители должны прежде всего решить две основные задачи: преодолеть страх ребенка перед водой и научить его лежать на воде, опуская в нее лицо. Достичь этого проще всего, используя различные игровые задания.

«Маленькие ножки — огромные ноги». Ребенок и взрослые, взяв-

шись за руки, заходят в воду по шиколотку. Образуют круг и, передвигаясь по нему, произносят: «Маленькие ножки бежали по дорожке — топ-топ-топ». Затем заходят поглубже (по колено ребенку) и, приговаривая: «Большие ноги шли по дороге — топ-топ-топ», двигаются по кругу, высоко поднимая ноги. После этого нужно зайти еще глуб-

же (по пояс ребенку) и повторить все, поднимая ноги так высоко, чтобы колени показывались над водой, произнося: «Огромные ноги шли по дороге — топ-топ-топ».

«Догони». Взрослый идет вместе с ребенком к воде, завлекая его поиграть в догонялки. Сам бежит при этом на такое место, где ребенку было бы воды по колено. Потом перебегают на более мелкое место, затем снова на более глубокое, где ребенку вода доходила бы уже до середины бедра. Так, перемещаясь «змейкой» с мелкого места на более глубокое и обратно, ребенок отвлекается от своих страхов. Игра должна быть динамичной и захватывающей.

«Верхом». Ребенок садится на плечи взрослому, обхватив его за талию ногами и держась руками за шею. Взрослый, поддерживая его за таз, идет в воду и там несколько раз приседает, каждый последующий раз все глубже, добиваясь того, чтобы вода, в конце концов, доставала до шеи ребенка. После этого они возвращаются на мелкое место, взрослый ставит ребенка на дно и они вместе выходят на берег.

«Путешествие на спине кита». Ребенок садится на спину взрослому, и тот плывет вдоль берега брассом.

«Догони мяч». Взрослый забрасывает надувной мяч туда, где вода была бы ребенку по колено. Тот бежит к мячу сначала за

руку со взрослым, а потом самостоятельно. Взяв мяч, малыш выносит его на берег. Задание выполняется несколько раз. Мяч каждый раз забрасывается все дальше от берега. (Вместо мяча можно использовать любую игрушку.)

«Поймай рыбку!». Взрослый заходит в воду на глубину, где ребенку было бы по колено, и бросает в воду несколько пластмассовых рыбок. Ребенок должен собрать их и принести взрослому. Ловить можно только по одной рыбке. Игра повторяется каждый раз на более глубоком месте.

После того как ребенок перестает бояться воды и без всякого напряжения заходит на достаточную глубину (по пояс и по грудь), можно приучать его опускать лицо в воду и делать под водой выдох. В этом помогут следующие задания.

«Веселый дождик». Играющие заходят на глубину по пояс и брызгают водой друг на друга как можно сильнее, проговаривая: «Дождик, дождик, веселей! Теплых капель не жалей! Для лесов, для полей и для маленьких детей!» Ребенок не должен бояться брызг, отворачиваться от воды и вытирать лицо руками.

«Цапля идет! Спрячемся под воду!». Ребенок держится за руки взрослого, стоя под грудь в воде. По команде взрослого «Цапля идет!» он делает глубокий вдох

ртом и приседает, погружаясь в воду с головой на 2—5 с. Поднимается из воды и спокойно делает выдох. Лицо руками вытирать нельзя. После нескольких повторений можно предложить ребенку посоревноваться — кто дольше продержится под водой. Ребенок должен быть спокоен и выполнять задание с удовольствием.

«Открытие глаз под водой». Взрослый и ребенок, держась за руки, одновременно делают вдох ртом и погружаются под воду. Там они открывают глаза и смотрят друг на друга, затем спокойно выныривают. Можно показывать ребенку под водой какую-нибудь игрушку (одну из нескольких возможных). После выныривания малыш говорит, какую игрушку он видел.

«Собери игрушки» (камешки, ракушки, шайбы и т.п.). Ребенок просит поднять лежащие на дне предметы. Для этого ему нужно сделать вдох ртом, задержать дыхание, погрузиться с головой под воду и, открыв под водой глаза, выполнить задание.

«Подводный туннель». Ребенок и взрослый (лучше несколько взрослых) заходят на глубину по грудь ребенку. Взрослые встают в колонну и принимают стойку ноги врозь. Под водой возникает своеобразный туннель, который ребенок должен преодолеть, сделав глубокий вдох и погрузившись с головой.

«Пускаем пузырьки». Ребенку предлагается сделать вдох, опустить подбородок в воду и активно подуть на поверхность воды, чтобы образовались волны.

«У кого больше пузырьков?». Стоя в воде, ребенок и взрослый делают вдох ртом, задерживают дыхание, опускают лицо в воду и выполняют активный энергичный выдох, держа глаза открытыми. После освоения этого задания можно делать несколько выдохов в воду подряд, выныривая между ними на поверхность и выполняя быстрый и глубокий вдох.

После того как ваш малыш уже перестал бояться воды, научился окунаться в нее с головой и делать выдох в воду, можно предлагать ему задания, направленные на освоение умения лежать на воде.

«Поплавок». Ребенок стоит по грудь в воде. Он делает глубокий вдох и погружается в воду с головой, плотно группируясь (голова и колени прижаты к груди, руки обхватывают колени — предварительно надо попробовать на суше). В этом положении ребенок всплывает на поверхность. Когда упражнение освоено, можно устроить соревнование — кто дольше продержится поплавком на воде.

«Медуза». Ребенок заходит в воду по грудь, ставит ноги врозь, руки разводит в стороны. Сделав глубокий вдох, он ложится на воду лицом вверх (уши должны

быть под водой), руки находятся на поверхности воды, пятки под водой. Можно провести соревнование на длительность лежания на воде.

«Морская звезда». Ребенок, войдя в воду, делает все то же, что и в предыдущей игре, но ложится на воду лицом вниз. Можно попробовать упражнение, переходное от простого лежания на воде к плаванию. Ребенок поднимает руки вверх, сильно отталкивается ногами и скользит по воде, опустив лицо в воду. Можно выполнять это упражнение и лежа на спине.

Хотелось бы обратить внимание родителей на соблюдение некоторых правил: они помогут избежать неприятностей, связанных с купанием.

♦ Температура воды (особенно для малышей) должна быть не ниже 23—25 °С, а воздуха — на 3—5 °С выше.

♦ Сначала дошкольники могут находиться в воде не более 10 мин, лишь потом время пребывания в воде доводится до 20 мин.

♦ Самый надежный показатель допустимости пребывания ребенка в воде — его внешний вид: «гусиная кожа», посинение губ, дрожь говорят о том, что купание нужно немедленно прекратить.

♦ После выхода из воды необходимо тщательно растереться полотенцем и переодеться.

♦ Особенно тщательно нужно вытирать уши. В ветреную погоду плохо вытертые уши могут стать причиной болезни.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

12 мая — Всемирный день медицинских сестер

Празднику уже более ста лет, однако официально он был учрежден только в 1971 г.

День медицинской сестры отмечается с момента объединения сестер милосердия из 141 страны в профессиональную общественную организацию — Международный совет медицинских сестер.

Впервые служба сестер милосердия была организована во время Крымской войны англичанкой Флоренс Найтингейл (1820—1910). Всемирный день медицинских сестер по решению Международной организации Красного Креста отмечается именно в ее честь, в день ее рождения — 12 мая. Тогда и сформировался стереотип: медсестра — это санитарка, которая выносит с поля боя раненых или стоит у операционного стола.

В России праздник отмечается с 1993 г.

СанПиН 2.4.1.2660-10

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

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

VII. Требования к естественному и искусственному освещению помещений

7.1. Основные помещения должны иметь естественное освещение. Помещения кладовых, подсобных, буфетных, раздевалках, туалетных для персонала, ваннные, душевые, помещения для колясок и велосипедов допускается устраивать без естественного освещения.

7.2. Уровни естественного и искусственного освещения в дошкольных организациях должны соответствовать требованиям к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий.

7.3. Неравномерность естественного освещения основных помещений с верхним или комбинированным естественным освещением не должна превышать 3:1.

7.4. Светопроемы в групповых, игровых и спальнях оборудуют регулируемыми солнцезащитными устройствами. В качестве солнцезащитных устройств используются жалюзи внутренние, межстекольные и наружные только вертикально направленные. Материал, используемый для жалюзи, должен быть стойким к воде, моющим и дезинфицирующим средствам. В качестве солнцезащитных устройств используют и тканевые шторы светлых тонов, сочетающихся с цветом стен. Допуска-

* Начало см. № 2. 2011 г.

АКТУАЛЬНО



ется использовать шторы из хлопчатобумажных тканей (поплин, штапельное полотно, репс), обладающих достаточной степенью светопропускания и хорошими светорассеивающими свойствами.

Конструкция регулируемых солнцезащитных устройств в исходном положении не должна уменьшать светоактивную площадь оконного проема. Зашторивание окон в спальнях допускается лишь во время сна детей, в остальное время шторы раздвигают, обеспечивая инсоляцию помещения.

7.5. При одностороннем освещении глубина групповых помещений должна составлять не более 6 м. При глубине помещений более 6 м необходимо двустороннее параллельное или угловое расположение окон (обеспечивающее сквозное проветривание).

7.6. На подоконниках в групповых не следует размещать широколистные цветы, снижающие уровень естественного освещения, а также цветы, превышающие высоту 15 см (от подоконника).

7.7. При проведении занятий в условиях недостаточного естественного освещения необходимо дополнительное искусственное освещение.

7.8. Источники искусственного освещения должны обеспечивать достаточное равномерное освещение всех помещений.

В основных помещениях предусматривается преимущественно

люминесцентное освещение с использованием ламп по спектру цветоизлучения: белый, тепло-белый, естественно-белый.

Размещение светильников осуществляется в соответствии с Приложением 2 настоящих санитарных правил.

7.9. Все источники искусственного освещения содержат в исправном состоянии. Неисправные и перегоревшие ртутьсодержащие лампы (люминесцентные, газоразрядные и другие) собирают в специально выделенном помещении и вывозят из здания дошкольной организации.

7.10. Чистку оконных стекол проводят по мере их загрязнения, но не реже 2 раз в год, осветительной арматуры и светильников — не реже 2 раз в год и по мере загрязнения.

7.11. Осветительные приборы должны иметь пылевлагонепроницаемую защитную арматуру.

VIII. Требования к отоплению и вентиляции

8.1. Здания дошкольных организаций оборудуют системами центрального отопления и вентиляции в соответствии с требованиями, предъявляемыми к отоплению, вентиляции и кондиционированию воздуха в общественных зданиях и сооружениях.

8.2. Теплоснабжение зданий дошкольных организаций следует предусматривать от тепловых сетей ТЭЦ, районных и местных котельных с резервным вводом.

Допускается применение автономного или газового отопления.

Паровое отопление не используется.

8.3. Для поддержания оптимальных параметров температурного режима отопительные приборы оборудуются регулируемыми кранами.

Не допускается использование переносных обогревательных приборов, а также обогреватели с инфракрасным излучением.

При наличии печного отопления в существующих зданиях дошкольных организаций топка устраивается в недоступном для детей месте. Во избежание загрязнения воздуха помещений окисью углерода печные трубы закрываются не ранее полного сгорания топлива и не позднее чем за два часа до прихода детей.

8.4. Средняя температура поверхности нагревательных приборов не должна превышать 80 °С.

Во избежание ожогов и травм у детей отопительные приборы, конструкция которых не имеет защитных устройств, следует ограждать съемными решетками из дерева или термостойких материалов, разрешенных к применению в установленном порядке.

Ограждения из древесно-стружечных плит и других полимерных материалов не используются.

Для вновь строящихся и реконструируемых зданий дошкольных организаций печное отопление не допускается.

8.5. В зимний период температура пола в групповых поме-

щениях, расположенных на первых этажах здания, должна быть не менее 22 °С.

8.6. Относительная влажность воздуха в помещениях с пребыванием детей должна быть в пределах 40—60%, в производственных помещениях пищеблока и постирочной — не более 70%.

8.7. Все помещения ежедневно и неоднократно проветриваются в отсутствие детей. Сквозное проветривание проводят не менее 10 минут через каждые 1,5 часа. В помещениях групповых и спальнях во всех климатических районах, кроме IА, IБ, IГ климатических подрайонов, следует обеспечить естественное сквозное или угловое проветривание. Проветривание через туалетные комнаты не допускается.

В присутствии детей допускается широкая односторонняя аэрация всех помещений в теплое время года.

8.8. Длительность проветривания зависит от температуры наружного воздуха, направления ветра, эффективности отопительной системы. Проветривание проводят в отсутствие детей и заканчивают за 30 минут до их прихода с прогулки или занятий.

При проветривании допускается кратковременное снижение температуры воздуха в помещении, но не более чем на 2—4 °С.

В помещениях спален сквозное проветривание проводят до укладывания детей спать.

В холодное время года фрамуги, форточки закрывают за 10 минут до отхода ко сну детей; открывают во время сна с одной стороны и закрывают за 30 минут до подъема.

В теплое время года сон (дневной и ночной) организуют при открытых окнах (избегая сквозняка).

8.9. Значения температуры воздуха и кратности обмена воздуха помещений в 1 час должны приниматься в соответствии с Приложением 3 настоящих санитарных правил.

Скорость движения воздуха в основных помещениях не более 0,1 м/с.

8.10. Концентрация вредных веществ воздуха помещений с постоянным пребыванием детей (групповые, игровые, спальни, комнаты для музыкальных и физкультурных занятий и др.) не должны превышать предельно-допустимые концентрации (ПДК) для атмосферного воздуха населенных мест.

8.11. Контроль за температурой воздуха во всех основных помещениях пребывания детей осуществляют с помощью бытового термометра, прикрепленного на внутренней стене, на высоте (0,8—1,0 м).

IX. Требования к водоснабжению и канализации

9.1. Здания дошкольных организаций оборудуют системами

холодного и горячего водоснабжения, канализацией.

9.2. Учреждения должны быть обеспечены водой, отвечающей требованиям к питьевой воде.

9.3. Водоснабжение и канализация должны быть централизованными.

9.4. В неканализованных районах здания дошкольных организаций оборудуют внутренней канализацией, при условии устройства выгребов или локальных очистных сооружений.

9.5. Подводкой горячей и холодной воды обеспечивают помещения пищеблока, буфетных, туалетов для детей и персонала, постирочных, бассейна, медицинского назначения. Умывальники, моечные ванны, душевые установки и водоразборные краны для хозяйственных нужд обеспечивают смесителями.

В помещениях пищеблока, буфетных, медицинского назначения, туалетных устанавливают резервные источники горячего водоснабжения с обеспечением жесткой разводки к местам пользования, которые эксплуатируются в отсутствии централизованного горячего водоснабжения в период профилактических работ в котельных и на инженерных сетях централизованного горячего водоснабжения.

9.6. При отсутствии централизованного водоснабжения (холодного и горячего) следует обеспечить механизированную подачу воды на пищеблок, помещения

медицинского назначения, прачечную (постирочную), туалетные всех групповых ячеек. Температура воды, подаваемой к умывальникам и душам, должна быть не ниже 37 °С и не выше 60 °С.

Х. Требования к дошкольным организациям и группам для детей, имеющих недостатки в физическом и умственном развитии

10.1. Для детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов организуются группы компенсирующей и комбинированной направленности в дошкольных организациях любого вида, в которых обеспечиваются необходимые условия для организации коррекционной работы, в том числе:

- ♦ компенсирующей направленности — для осуществления квалифицированной коррекции недостатков в физическом и психическом развитии и дошкольного образования детей с ограниченными возможностями здоровья (с тяжелыми нарушениями речи, с фонетико-фонематическими нарушениями, глухих и слабослышащих, слепых и слабовидящих, с амблиопией, косоглазием, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с аутизмом, со сложным дефектом (сочетание двух и более недостатков в физическом и (или) психическом развитии, с иными ограниченными возможностями здоровья);

- ♦ оздоровительной направленности — для детей с туберкулезной интоксикацией, часто болеющих детей и других категорий детей, которым необходим комплекс специальных оздоровительных мероприятий;

- ♦ комбинированной направленности — для организации совместного воспитания и образования здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Устройство, содержание и организация работы дошкольных образовательных учреждений и (или) групп компенсирующей и комбинированной направленности должны соответствовать требованиям настоящих санитарных правил и требованиям настоящей главы.

10.2. Этажность зданий должна учитывать контингент воспитанников специальных дошкольных организаций (дефекты физического развития, затрудняющие передвижение, нарушение координации движений, ослабление или отсутствие зрения и др.) и обеспечивать возможность удобной, простой и короткой связи не только внутри здания, но и с участком.

10.3. Участок специальной дошкольной организации должен иметь удобные подъездные пути и подходы от остановок общественного транспорта.

Все подъезды и подходы к зданию в пределах участка должны быть асфальтированы или иметь другое твердое покрытие.

Единый комплекс учреждений (детский сад—школа) рекомендуется размещать на одном участке.

10.4. На территории дошкольной организации для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата уклон дорожек и тротуаров предусматривается не более 5°, а ширина их — не менее 1,6 м. На поворотах и через каждые 6 м они должны иметь площадки для отдыха.

На территории дошкольной организации для слепых и слабовидящих детей ширина прогулочных дорожек для безопасности передвижения детей должна быть не менее 3 м и иметь двустороннее ограждение двух уровней: перила на высоте 90 см и планка — на высоте 15 см.

Ограждения предусматриваются для всех предметов, которые могут быть препятствием при ходьбе детей: деревья, кустарники, столбы и др.

Около поворотов, вблизи перекрестков, у зданий, около столбов и других препятствий дорожки должны иметь крупнозернистую структуру покрытий, шероховатая поверхность которых служит сигналом для замедления ходьбы. Асфальтированные дорожки должны иметь дугообразный профиль в зависимости от их ширины (середина дорожки возвышается над боковыми сторонами на 5—15 см).

10.5. В вечернее время на территории должно быть обеспече-

но искусственное освещение не менее 40 лк.

10.6. Состав и площади помещений групповых ячеек специальных дошкольных организаций для детей с нарушениями слуха, зрения и интеллекта представлены в Приложении 1, в табл. 4 настоящих санитарных правил.

10.7. Состав и площади помещений групповых ячеек дошкольных организаций для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата представлены в Приложении 1, в табл. 5 настоящих санитарных правил.

10.8. Двери при их открывании из помещений не должны представлять препятствия для детей. В помещениях следует избегать устройства внешних углов, а имеющиеся углы скруглять (радиус 0,05 м).

10.9. Лестницы должны иметь двусторонние поручни и ограждение высотой 1,8 м или сплошное ограждение сеткой.

Для детей с поражением опорно-двигательного аппарата лестницы оборудуются двусторонними поручнями, которые устанавливаются на двух уровнях — на высоте 0,9 м и дополнительный нижний поручень на высоте 0,5 м.

Предусматривают лифты, пандусы с уклоном 1:6. Пандусы должны иметь резиновое покрытие.

10.10. Стены основных помещений групповой ячейки и оборудование должны быть окраше-

ны матовыми красками светлых тонов. Для детей с нарушениями зрения окраска дверей и дверных наличников, выступающих частей зданий, границ ступеней, мебели и оборудования должна контрастировать с окраской стен.

10.11. При использовании звукоусиливающей аппаратуры необходимо предусматривать звукоизоляцию перекрытий и стен (перекрытия и стены должны обладать высокими звукоизолирующими свойствами).

10.12. Групповые, спальни, музыкальные залы для слепых, слабовидящих, а также глухих и слабослышащих детей должны иметь только южную и восточную ориентацию по сторонам горизонта.

Коэффициент естественной освещенности (КЕО) помещений для обучения и занятий детей с нарушениями зрения и слуха при боковом освещении составляет не менее 1,5%.

10.13. Уровень искусственной освещенности в игровых и учебных помещениях должен быть не менее 600—800 лк; для детей, страдающих светобоязнью, — не более 500 лк, вспомогательных помещений в пределах 300—400 лк.

10.14. Помещения групповых для слепых и слабовидящих детей должны быть оборудованы комбинированной системой искусственного освещения.

Каждое рабочее место должно быть оборудовано светильниками местного освещения.

Светильники должны иметь жесткое крепление к поверхности стола и гибкий кронштейн, позволяющий менять угол наклона и высоту источника света.

Для создания комфортных световых условий детям со светобоязнью над их учебными столами следует предусматривать обязательное раздельное включение отдельных групп светильников общего освещения.

В логопедических кабинетах около зеркала устанавливаются настенные светильники местного освещения на кронштейнах, позволяющих менять угол наклона и высоту источника света.

10.15. Детская мебель и оборудование помещений должны быть безвредными для здоровья детей и учитывать специфику организации педагогического процесса и лечебно-восстановительных мероприятий, а также соответствовать росту и возрасту детей.

В помещениях групповых для слабовидящих, умственно-отсталых детей рекомендуются одноместные универсальные столы с регулируемыми параметрами, простой и надежной конструкции.

В помещениях групповых для детей с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих) и расстройствами речи рекомендуются: одноместные столы с индивидуальными пультами (микрофонный комплект, слуховое оборудование); стол для воспитателя с пультом управления (с усилителем и ком-

мататором), с подводкой слаботочной линии к пульту управления каждого стола. Слуховое оборудование монтируется на стационарно закрепленных столах для детей и воспитателя.

В помещениях групповых для детей с поражениями опорно-двигательного аппарата предусматривается специальная мебель, удобная для проведения занятия.

10.16. Помещения медицинского назначения предназначаются для организации оздоровительно-профилактических мероприятий и осуществления лечебной и коррекционно-восстановительной работы, должны иметь расширенный состав помещений (в соответствии с профилем учреждения), в зависимости от заболеваний, соответствующих основному дефекту. В них необходимо предусматривать специальное оборудование.

10.17. В дошкольных организациях для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата плавательный бассейн должен иметь устройство для опускания и поднятия детей.

В плавательном бассейне для детей с нарушениями зрения (слепых и слабовидящих) предусматриваются дополнительные меры предосторожности: края ванны бассейна должны быть обтянуты резиной, мелкая часть ванны отделяется ограничительной доской из пенопласта (поперек ванны) и сеткой с грузилами, для спуска в ванну предусматри-

ваются две дополнительные лестницы с перилами; вокруг ванны и вдоль стен должны быть перила на высоте 30 и 50 см от пола.

10.18. В помещениях с ванной для лечебного массажа нормируемая температура воздуха составляет не менее 30 °С, при расчете кратности обмена воздуха не менее 50 м³ в час на ребенка.

XI. Требования к группам кратковременного пребывания, семейным дошкольным группам и иным подобным им видам дошкольных организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

11.1. Группы кратковременного пребывания детей, семейные дошкольные группы и иные подобные им виды дошкольных организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, в том числе созданные в виде структурных подразделений государственных и муниципальных дошкольных образовательных учреждений, могут размещаться на базе дошкольных образовательных организаций, организаций дополнительного образования и иных приспособленных помещениях.

В группах кратковременного пребывания, семейных дошкольных группах могут быть оказаны услуги по присмотру, уходу за детьми и (или) осуществление образовательной деятельности.

11.2. Наполняемость групп зависит от возраста детей и их состояния здоровья, которая не должна превышать установленную настоящими санитарными правилами.

11.3. Длительность пребывания детей определяется возможностью организацией приема пищи, дневного сна и прогулок:

- без организации питания и сна — пребывание детей не должно превышать 3—4 часов;
- без организации сна и с возможностью организации однократного приема пищи — пребывание детей не должно превышать 5-ти часов;
- при организации питания с интервалом 3—4 часа и сна, в зависимости от возраста детей. Интервал между приемом пищи для детей до 1 года должен составлять не более 3-х часов, от 1 года и старше — не более 4-х часов;
- пребывание детей возможно более 5-ти часов.

11.4. Для групп кратковременного пребывания детей до 3—4 часов и без организации питания и сна должны быть соблюдены следующие требования:

- а) минимальный набор помещений:
 - раздевальная, с условиями для хранения верхней одежды и обуви детей (шкафчики или вешалки);
 - групповая комната, которая может быть использована для

проведения занятий и (или) игр детей;

- туалетная (с умывальной) для детей;
- туалетная (с умывальной) для персонала.

Возможно совмещение в одном помещении туалетных для детей и персонала, с выделением отдельной зоны для персонала и оборудованием отдельной туалетной кабины;

б) при возможности организации прогулок могут быть использованы территории скверов, парков, а также прилегающих к зданию дворовых территорий, оборудованных детскими площадками. При использовании песочниц должны соблюдаться требования настоящих санитарных правил.

11.5. Для групп кратковременного пребывания до 5-ти часов без организации сна и с организацией однократного приема пищи должны быть соблюдены следующие требования:

- а) минимальный набор помещений:
 - раздевальная с условиями для хранения верхней одежды и обуви детей (шкафчики или вешалки);
 - групповая комната, которая может быть использована для проведения занятий и (или) игр детей;
 - кухня или буфет-раздаточная;
 - туалетная (с умывальной) для детей;
 - туалетная (с умывальной) для персонала.

Возможно совмещение в одном помещении туалетных для детей и персонала, с выделением отдельной зоны для персонала и оборудованием отдельной туалетной кабины;

б) необходимо организовать прогулки, продолжительностью не менее 1 часа. Для прогулок могут быть использованы территории скверов, парков, а также прилегающие к зданию дворовые территории, оборудованные детскими площадками. При использовании песочниц должны соблюдаться требования настоящих санитарных правил.

11.6. Для групп с пребыванием детей более 5-ти часов необходимо предусмотреть условия по организации питания, с интервалом приема пищи 3—4 часа, сна и прогулок:

- а) минимальный набор помещений:
 - раздевальная с условиями для хранения верхней одежды и обуви детей (шкафчики или вешалки);
 - групповая комната, которая может быть использована для проведения занятий и (или) игр детей;
 - спальня;
 - кухня (при непосредственном приготовлении пищи) или буфет-раздаточная (при организации питания готовыми кулинарными изделиями);
 - туалетная (с умывальной) для детей;

— туалетная (с умывальной) для персонала.

Возможно совмещение в одном помещении туалетных для детей и персонала, с выделением отдельной зоны для персонала и оборудованием отдельной туалетной кабины.

Возможна организация сна в помещениях групповых на детских кроватях с жестким ложем, в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил;

б) необходимо организовать прогулки продолжительностью не менее 1 часа. Для прогулок могут быть использованы территории скверов, парков, а также прилегающих к зданию дворовых территорий, оборудованных детскими площадками. При использовании песочниц должны соблюдаться требования настоящих санитарных правил.

11.7. Групповая комната должна быть площадью из расчета не менее 2,5 кв. м на 1 ребенка в ясельных группах, не менее 2,0 кв. м на 1 ребенка в дошкольных группах без учета мебели и ее расстановки.

Спальня площадью из расчета не менее 1,8 кв. м на 1 ребенка в ясельных группах, не менее 2,0 кв. м на 1 ребенка в дошкольных группах, без учета расстояния от наружных стен при расстановке кроватей (расстановка кроватей регламентируется п. 6.14 настоящих санитарных правил).

В умывальной зоне необходимо предусмотреть умывальные

раковины с подводкой холодной и горячей воды из расчета (в зависимости от возраста детей) 1 раковина для детей младшего дошкольного возраста с высотой установки умывальников от пола до борта прибора 0,4 м и 1 раковина для детей среднего и старшего дошкольного возраста с высотой установки умывальников от пола до борта прибора 0,5 м. В туалетной зоне необходимо оборудовать не менее 2-х кабин (1 для мальчиков и 1 для девочек), с установкой в них детских унитазов.

11.8. При организации питания детей должны быть соблюдены требования настоящих санитарных правил к условиям хранения пищевых продуктов, приготовлению и реализации блюд и кулинарных изделий, к составлению меню (для организации питания детей разного возраста), кратности приема пищи, организации питьевого режима.

Кратность приема пищи определяется временем пребывания детей и режимом работы групп (завтрак, или обед, или завтрак и обед, или полдник, возможны другие варианты).

11.9. Допускается обеспечивать питание детей с использованием готовых блюд и готовой кулинарной продукции, доставляемой в изотермической таре с пищеблоков других дошкольных организаций или базовых предприятий общественного питания.

Готовые первые и вторые блюда могут находиться в изотерми-

ческой таре (термосах) — в течение времени, обеспечивающем поддержание температуры не ниже температуры раздачи, но не более 2-х часов. Подогрев остывших (ниже температуры раздачи) готовых горячих блюд не допускается. Перетаривание готовой кулинарной продукции и блюд не допускается.

Доставка пищевых продуктов осуществляется специализированным транспортом, имеющим оформленный в установленном порядке санитарный паспорт, при условии обеспечения раздельной транспортировки продовольственного сырья и готовых пищевых продуктов, не требующих тепловой обработки. Допускается использование одного транспортного средства для перевозки разнородных пищевых продуктов при условии проведения между рейсами санитарной обработки транспорта с применением дезинфицирующих средств.

Буфет-раздаточная оборудуется непосредственно в групповой (выделяется зона) и предусмотрена для раздачи готовой пищи и мытья столовой посуды (кроме оборотной тары) с применением моющих средств, площадью не менее 3 кв. м.

Минимальный набор оборудования включает: стол для раздачи пищи, мойка для мытья столовой посуды, шкаф для хранения чистой столовой посуды.

11.10. В группах кратковременного пребывания при количестве детей не более 15 возможно при-

готовление пищи в одном помещении (кухни), при соблюдении следующих условий:

- кухня должна быть обеспечена необходимым инвентарем и холодильным оборудованием (бытовым холодильником), горячей и холодной водой; электроплитой с духовкой и вытяжным шкафом над ней; 2-секционной мойкой для мытья посуды; двумя рабочими столами для разделки сырых пищевых продуктов отдельно от готовых пищевых продуктов и кулинарных изделий;
- при приготовлении пищи должны быть соблюдены требования настоящих санитарных правил;
- мытье посуды должно осуществляться отдельно столовой от кухонной с применением моющих средств.

11.11. Организация режима дня детей, воздушно-тепловой режим помещений, водоснабжение, естественная и искусственная освещенность, содержание помещений, прием детей, прохождение медицинских осмотров персоналом, основные гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые медицинским персоналом в дошкольных организациях, должны соответствовать требованиям настоящих санитарных правил.

11.12. Медицинское обеспечение детей, посещающих группы кратковременного пребывания детей, семейные дошкольные группы и иные группы, создан-

ные в виде структурных подразделений государственных и муниципальных дошкольных образовательных учреждений, осуществляется медицинским персоналом, находящимся в штате указанных организаций, либо может осуществляться медицинским персоналом территориальных лечебно-профилактических учреждений на основании договора.

11.13. Медицинское обеспечение детей, посещающих группы кратковременного пребывания детей, семейные дошкольные группы и иные подобные им виды дошкольных организаций различных организационно-правовых форм и форм собственности, за исключением указанных в пункте 11.12 настоящих санитарных правил, осуществляется на основании договора с дошкольной образовательной организацией, имеющей в штате медицинского работника и находящейся в непосредственной близости (в пределах одного муниципального района) от местонахождения групп кратковременного пребывания, семейных дошкольных групп и иных подобных им видов дошкольных организаций, либо с территориальным лечебно-профилактическим учреждением.

XII. Требования к приему детей в дошкольные организации, режиму дня и учебным занятиям

12.1. Прием детей, впервые поступающих в дошкольные

организации, осуществляется на основании медицинского заключения, выданного в установленном порядке.

12.2. Ежедневный утренний прием детей проводят воспитатели, которые опрашивают родителей о состоянии здоровья детей.

Медицинский работник осуществляет прием детей в ясельные группы и в случаях подозрения на заболевание — в дошкольных группах. Выявленные больные дети и дети с подозрением на заболевание в дошкольные организации не принимаются; заболевших в течение дня детей изолируют от здоровых детей (временно размещают в изоляторе) до прихода родителей или направляют в лечебное учреждение.

12.3. После перенесенного заболевания, а также отсутствия более 3 дней (за исключением выходных и праздничных дней) детей принимают в дошкольные организации только при наличии справки участкового врача-педиатра с указанием диагноза, длительности заболевания, проведенного лечения, сведений об отсутствии контакта с инфекционными больными, а также рекомендаций по индивидуальному режиму ребенка-реконвалесцента на первые 10—14 дней.

12.4. Режим дня должен соответствовать возрастным особенностям детей и способствовать их гармоничному развитию. Макси-

мальная продолжительность непрерывного бодрствования детей 3—7 лет составляет 5,5—6 часов, до 3 лет — в соответствии с медицинскими рекомендациями.

12.5. Ежедневная продолжительность прогулки детей составляет не менее 4—4,5 часов. Прогулку организуют 2 раза в день: в первую половину — до обеда и во вторую половину дня — после дневного сна или перед уходом детей домой. При температуре воздуха ниже минус 15 °С и скорости ветра более 7 м/с продолжительность прогулки сокращается. Прогулка не проводится при температуре воздуха ниже минус 15 °С и скорости ветра более 15 м/с для детей до 4 лет, а для детей 5—7 лет при температуре воздуха ниже минус 20 °С и скорости ветра более 15 м/с.

12.6. Во время прогулки с детьми необходимо проводить игры и физические упражнения. Подвижные игры проводят в конце прогулки перед возвращением детей в помещения ДО.

12.7. Общая продолжительность суточного сна для детей дошкольного возраста 12—12,5 часов, из которых 2,0—2,5 отводится дневному сну. Для детей от 1 года до 1,5 лет дневной сон организуют дважды в первую и вторую половину дня общей продолжительностью до 3,5 часов. Оптимальным является организация дневного сна на воздухе (веранды). Для детей от 1,5 до 3 лет дневной сон организуют

однократно продолжительностью не менее 3 часов. Перед сном не рекомендуется проведение подвижных эмоциональных игр.

Детей с трудным засыпанием и чутким сном рекомендуется укладывать первыми и поднимать последними. В разновозрастных группах более старших детей после сна поднимают раньше. Во время сна детей присутствие воспитателя (или его помощника) в спальне обязательно.

12.8. Самостоятельная деятельность детей 3—7 лет (игры, подготовка к занятиям, личная гигиена) занимает в режиме дня не менее 3—4 часов.

12.9. При реализации образовательной программы дошкольного образовательного учреждения для детей ясельного возраста от 1,5 до 3 лет планируют не более 10 занятий в неделю (развитие речи, дидактические игры, развитие движений, музыкальные занятия) продолжительностью не более 8—10 мин. Допускается осуществлять образовательную деятельность в первую и во вторую половину дня (по 8—10 минут). В теплое время года рекомендуется образовательную деятельность осуществлять на участке во время прогулки.

12.10. Максимально допустимый объем недельной образовательной нагрузки, включая занятия по дополнительному образованию, для детей дошкольного возраста составляет: в младшей группе

(дети четвертого года жизни) — 11 занятий, в средней группе (дети пятого года жизни) — 12, в старшей группе (дети шестого года жизни) — 15, в подготовительной (дети седьмого года жизни) — 17 занятий.

Максимально допустимое количество занятий в первой половине дня в младшей и средней группах не должно превышать двух занятий, а в старшей и подготовительной — трех.

12.11. Продолжительность занятий для детей 4-го года жизни — не более 15 минут, для детей 5-го года жизни — не более 20 минут, для детей 6-го года жизни — не более 25 минут, а для детей 7-го года жизни — не более 30 минут.

В середине занятия проводят физкультминутку. Перерывы между занятиями — не менее 10 минут.

12.12. Занятия для детей среднего и старшего дошкольного возраста могут проводиться во второй половине дня, но не чаще 2—3 раз в неделю. Длительность этих занятий — не более 20—30 минут в зависимости от возраста детей. В середине занятия статического характера проводят физкультминутку.

12.13. Занятия по дополнительному образованию (студии, кружки, секции и т.п.) для детей дошкольного возраста недопустимо проводить за счет времени, отведенного на прогулку и дневной сон. Их проводят:

- для детей 4-го года жизни — не чаще 1 раза в неделю продолжительностью не более 15 минут;
- для детей 5-го года жизни — не чаще 2 раз в неделю продолжительностью не более 25 минут;
- для детей 6-го года жизни — не чаще 2 раз в неделю продолжительностью не более 25 минут;
- для детей 7-го года жизни — не чаще 3 раз в неделю продолжительностью не более 30 минут.

12.14. Занятия физкультурно-оздоровительного и эстетического цикла должны занимать не менее 50% общего времени реализуемой образовательной программы (занятий).

12.15. Объем лечебно-оздоровительной работы и коррекционной помощи детям (ЛФК, массаж, занятия с логопедом, с психологом и другие) регламентируют индивидуально в соответствии с медико-педагогическими рекомендациями.

12.16. Занятия, требующие повышенной познавательной активности и умственного напряжения детей, следует проводить в первую половину дня и в дни наиболее высокой работоспособности детей (вторник, среда). Для профилактики утомления детей рекомендуется сочетать указанные занятия с физкультурными, музыкальными занятиями, ритмикой и т.п.

12.17. Домашние задания воспитанникам дошкольных образовательных организаций не задают.

12.18. В разновозрастных группах продолжительность учебных занятий следует дифференцировать в зависимости от возраста ребенка. С целью соблюдения возрастных регламентов продолжительности занятий их следует начинать со старшими детьми, постепенно подключая к занятию детей младшего возраста.

12.19. В середине года (январь—февраль) для воспитанников дошкольных групп рекомендуется организовывать недельные каникулы, во время которых проводят занятия только эстетически-оздоровительного цикла (музыкальные, спортивные, изобразительного искусства).

В дни каникул и в летний период учебные занятия проводить не рекомендуется. Рекомендуется проводить спортивные и подвижные игры, спортивные праздники, экскурсии и другие, а также увеличивать продолжительность прогулок.

12.20. Непрерывная длительность просмотра телепередач и диафильмов в младшей и средней группах — не более 20 минут, в старшей и подготовительной — не более 30 минут. Просмотр телепередач для детей дошкольного возраста допускается не чаще 2 раз в день (в первую и вторую половину дня). Экран телевизора должен быть

на уровне глаз сидящего ребенка или чуть ниже. Если ребенок носит очки, то во время передачи их следует обязательно надеть.

Просмотр телепередач в вечернее время проводят при искусственном освещении групповой верхним светом или местным источником света (бра или настольная лампа), размещенным вне поля зрения детей. Во избежание отражения солнечных бликов на экране в дневные часы окна следует закрывать легкими светлыми шторами.

12.21. Занятия с использованием компьютеров для детей 5—7 лет следует проводить не более одного в течение дня и не чаще трех раз в неделю в дни наиболее высокой работоспособности: во вторник, в среду и в четверг. После занятия с детьми проводят гимнастику для глаз. Непрерывная продолжительность работы с компьютером на развивающих игровых занятиях для детей 5 лет не должна превышать 10 минут и для детей 6—7 лет — 15 минут. Для детей, имеющих хроническую патологию, часто болеющих (более 4 раз в год), после перенесенных заболеваний в течение 2 недель продолжительность занятий с компьютером должна быть сокращена для детей 5 лет до 7 минут, для детей 6 лет — до 10 минут.

Для снижения утомительности детей на занятиях с использованием компьютерной техники необходимо обеспечить гигиени-

чески рациональную организацию рабочего места: соответствие мебели росту ребенка, достаточный уровень освещенности. Экран видеомонитора должен находиться на уровне глаз или чуть ниже, на расстоянии не ближе 50 см. Ребенок, носящий очки, должен заниматься за компьютером в них. Недопустимо использование одного компьютера для одновременного занятия двух или более детей. Занятия детей с компьютером проводят в присутствии педагога или воспитателя (методиста).

XIII. Требования к организации физического воспитания

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

13.2. Рациональный двигательный режим, физические упражнения и закаливающие мероприятия следует осуществлять с учетом состояния здоровья, возрастнополовых возможностей детей и сезона года.

Рекомендуется использовать формы двигательной деятельности: утреннюю гимнастику, физкультурные занятия в помещении и на воздухе, физкультурные минутки, подвижные игры, спортивные упражнения, рит-

мическую гимнастику, занятия на тренажерах, плавание и другие.

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

Для реализации двигательной деятельности детей следует использовать оборудование и инвентарь физкультурного зала и спортивных площадок в соответствии с возрастом и ростом ребенка.

13.3. Физическое воспитание детей первого года жизни организуют в форме индивидуальных занятий, включающих комплексы массажа и гимнастики по назначению врача.

Занятия с детьми первого года жизни проводят с каждым ребенком индивидуально в групповом помещении ежедневно не ранее чем через 45 минут после еды.

Длительность занятия с каждым ребенком составляет 6—10 минут.

Начиная с 9 месяцев, помимо комплексов гимнастики и массажа, с детьми проводят разнообразные подвижные игры в индивидуальном порядке. Допускается объединение детей в небольшие группы (по 2—3 ребенка).

Для индивидуальных занятий рекомендуется использовать стол

высотой — 72—75 см, шириной — 80 см, длиной — 90—100 см, имеющий мягкое покрытие из материалов, позволяющих проводить влажную обработку и дезинфекцию; стол сверху накрывается пленкой, которая меняется после каждого ребенка.

13.4. С детьми второго и третьего года жизни занятия физическими упражнениями проводят по подгруппам воспитатели 2—3 раза в неделю. Занятия с детьми второго года жизни проводят в групповом помещении, с детьми третьего года жизни — в групповом помещении или в физкультурном зале.

Рекомендуемая наполняемость групп на занятиях физкультурой и их длительность, в зависимости от возраста детей, представлена в табл. 3.

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

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

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

Таблица 3

**Наполняемость групп на занятиях физкультурой
и их длительность в зависимости от возраста детей**

	Возраст детей			
	от 1 года 3 мес. до 1 года 6 мес.	от 1 года 7 мес. до 2 лет	от 2 лет 1 мес. до 2 лет 11 мес.	от 3 лет (вторая половина учебного года)
Число детей	2—4	4—6	8—12	Вся группа
Длительность занятия (в мин)	6—8	8—10	10—15	15

В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях максимальное число занятий физкультурой проводят на открытом воздухе.

13.6. Закаливание детей включает систему мероприятий:

- элементы закаливания в повседневной жизни: умывание прохладной водой, широкая аэрация помещений, правильно организованная прогулка, физические упражнения, проводимые в легкой спортивной одежде в помещении и на открытом воздухе;
- специальные мероприятия: водные, воздушные и солнечные.

Для закаливания детей основные природные факторы (солнце, воздух и вода) используют дифференцированно, в зависимости от возраста детей, состояния их здоровья, с учетом подготовленности персонала и материальной базы ДО, со строгим соблюдением методических рекомендаций.

Закаливающие мероприятия меняют по силе и длительности в зависимости от сезона года, температуры воздуха в групповых помещениях, эпидемиологической обстановки.

13.7. При организации плавания детей используются бассейны, отвечающие требованиям к плавательным бассейнам, их устройству, эксплуатации и качеству воды.

В холодный период года занятия в бассейне предпочтительно проводить после прогулки. При проведении занятий в бассейне перед прогулкой для предупреждения переохлаждения детей необходимо предусмотреть промежуток времени между ними не менее 50 минут.

Для профилактики переохлаждения детей занятия в бассейне не следует заканчивать холодной нагрузкой (холодный душ, проплывание под холодной струей, топтание в ванночке с холодной водой).

Продолжительность занятия в бассейне в зависимости от возраста детей должна составлять: в младшей группе — 15—20 мин, в средней группе — 20—25 мин, в старшей группе — 25—30 мин, в подготовительной группе — 25—30 мин.

13.8. При использовании сауны с целью закаливания и оздоровления детей необходимо соблюдать следующие требования:

- площадь термокамеры должна быть не менее 9,0 м²;
- в термокамере следует поддерживать температуру воздуха в пределах 60—70 °С, при относительной влажности — 15—20%;
- во время проведения процедур необходимо избегать прямого воздействия теплового потока от калорифера на детей;
- калориферы устанавливают в специальном углублении и обязательно используют деревянные загородки для частичного ограждения теплового потока;
- при размещении термокамеры в помещении бассейна необходимо предусмотреть тамбур площадью не менее 6 м², чтобы исключить влияние влажного режима бассейна на температурно-влажностный режим термокамеры;
- продолжительность первого посещения ребенком сауны не должна превышать более 3 мин;

— после пребывания в сауне ребенку следует обеспечить отдых в специальной комнате и питье (чай, соки, минеральная вода).

Присутствие медицинского персонала при проведении занятий в бассейне и при приеме детьми процедур в сауне обязательно.

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

13.10. Оздоровительная работа с детьми в летний период является составной частью системы профилактических мероприятий.

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

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

13.11. Работа по физическому воспитанию проводится с учетом состояния здоровья детей при регулярном контроле со стороны медицинских работников.

Приложение 1
к СанПиН 2.4.1.2660-10

Таблица 4

Состав и площади помещений
групповых для специальных ДО

Помещения	Площадь помещений ДО, м ² на 1 место, для детей с нарушениями			
	Слуха (глухих и слабо- слышащих)	Зрения		Интел- лекта
		слабо- видя- щих	с косоглазием и амблиопией	
Раздевальная	1,0	1,0	0,8	1,0
Помещение для личных вещей де- тей	0,41	0,41	0,33	0,41
Групповая	3,0	4,16	3,33	4,16
Класс для занятий	2,0	3,0		
Спальная	2,5	3,0	2,4	3,0
Буфетная	0,25	0,25	0,2	0,25
Туалетная	0,83	0,83	0,65	1,0
Плеопто-ортопти- ческая комната	—	2,0	1,6	—
Логопедическая комната	—	—	—	1,0

Таблица 5

Состав и площади помещений групповых
дошкольных организаций для детей
с нарушением опорно-двигательного аппарата

Помещения	Площадь помещений, м ² на 1 место	
	Групповые ячей- ки детей до 3 лет	Групповые ячейки детей от 3 до 7 лет
1	2	3
Приемная	1,0	—
Раздевальная		1,0

Окончание табл.

1	2	3
Помещение для личных вещей детей	0,41	0,41
Игральная-столовая	3,0	—
Спальня	—	4,16
Помещение для раздачи пищи и мойки посуды (буфетная)	3,0	3,0
Туалетная (горшочная)	0,25	0,25
Комната логопеда	0,83	0,83
Комната для групповых и индивидуальных занятий с детьми, страдающими расстройством речи (на каждые две группы)	—	1,5
Процедурная	1,5	—
Веранда неотапливаемая (для 50% детей)	3,0	3,0

Приложение 2
к СанПиН 2.4.1.2660-10

Требования к размещению источников искусственного освещения помещений дошкольных организаций

Помещения	Система освещения	Размещение светильников
1	2	3
Групповые (игровые), раздевальные	Общее равномерное	Вдоль преимущественного расположения рядов, столов, параллельно длинной стороне помещения
Спальные помещения, веранды	Общее равномерное + дежурное (ночное)	Вдоль преимущественного размещения оборудования
Зал для музыкальных и физкультурных занятий	Общее равномерное	Любое
Изолятор	Общее равномерное	Вдоль прохода и шкафов

Приложение 3
к СанПиН 2.4.1.2660-10**Температура воздуха и кратность воздухообмена
в основных помещениях дошкольных образовательных
учреждений в зависимости от климатических районов**

Помещения	Темпе- ратура воздуха, °С	Кратность обмена воздуха в 1 час			
		В I А, Б, Г климатических районах		В других кли- матических районах	
		при- ток	вы- тяжка	при- ток	вы- тяжка
1	2	3	4	5	6
Приемные, игровые ясельных групп:					
— младшей	22—24	2,5	1,5	—	1,5
— средней и старшей	22—24	2,5	1,5	—	1,5
Приемные, игровые младшей дошкольной группы	21—23	2,5	1,5	—	1,5
Групповые, раздевалные:				—	
— младшей, средней	21—23	2,5	1,5	—	1,5
— старшей, подготовительной	21—23	2,5	1,5	—	1,5
Спальни ясельных групп	19—20	2,5	1,5	—	1,5
Спальни дошкольных групп	19—20	2,5	1,5	—	1,5
Туалетные ясельных групп	22—24	—	1,5	—	1,5
Туалетные дошкольных групп	21—23	—	1,5	—	1,5
Залы для музыкальных и гимна- стических занятий	19—20	2,5	1,5	—	1,5
Прогулочные веранды	Не менее 12	По расчету, но не менее 20 м ³ на 1 ребенка			
Зал с ванной бассейна	Не менее 29	По расчету, но не менее 20 м ³ на 1 ребенка			
Раздевалка с душевой бассейна	25—26	По расчету			
Медицинские помещения	22—24	2,5	1,5	—	1,5
Отапливаемые переходы	Не менее 15	По расчету, но не менее 20 м ³ на 1 ребенка			

Продолжение следует.

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ

от 22.11.2010 № 152

«Об утверждении 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”»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 15.12.2010. Регистрационный № 19184.

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

государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства РФ, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; 2004, № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить СП 2.5.2775-10 «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам СП 2.5.1277-03* Санитарно-эпидемиологические требования к перевозке железнодорожным транспортом организованных детских коллективов» (приложение).

2. Ввести в действие указанные санитарные правила с 1 марта 2011 года.

Г. Онищенко

* Зарегистрированы Минюстом России 9 апреля 2003 г., регистрационный номер 4397.

Приложение

Изменения и дополнения № 1
к СП 2.5.1277-03

**Санитарно-эпидемиологические
требования к перевозке
железнодорожным транспортом
организованных
детских коллективов**

Санитарно-эпидемиологические правила СП 2.5.2775-10

Внести изменения и дополнения в СП 2.5.1277-03:

1. Пункт 1.1 исключить.

2. Пункт 1.2 изложить в новой редакции:

«1.2. Настоящие санитарные правила устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к условиям перевозки железнодорожным транспортом организованных детских коллективов (групп детей) и направлены на охрану здоровья детей и подростков при нахождении их в пути следования и в стационарных условиях зон обслуживания пассажиров на станциях отправления и станциях прибытия».

3. Пункт 1.3 изложить в новой редакции:

«1.3. Соблюдение санитарно-эпидемиологических правил является обязательным для всех юридических и физических лиц, участвующих в перевозке железнодорожным транспортом организованных детских коллективов (групп детей) в возрасте до 18 лет в количестве от 8 детей и более».

4. Пункты 2.1 и 2.1.1 изложить в новой редакции:

«2.1. Организаторы детских коллективных поездок (на отдых и оздоровление, соревнования, фестивали, слеты, экскурсии и другие):

2.1.1. Формируют группы детей с сопровождающими лицами из расчета 1 сопровождающий на 8—12 детей».

Сопровождающие лица должны иметь справку о состоянии здоровья или медицинскую книжку установленного образца с результатами медицинских обследований и лабораторных исследований, отметкой о прохождении гигиенической подготовки.

5. Пункт 2.1.2 исключить.

6. В пункте 2.1.4 «Приложение № 1» заменить на «Приложение 2».

7. В пункте 2.1.5 слова «организаторы коллективного отдыха» заменить на «организаторы детских коллективных поездок».

8. В пункте 2.1.6:

— слова «Организаторы коллективного отдыха детей» заменить на «Организаторы детских коллективных поездок»;

— «Приложение № 2» заменить на «Приложение № 1».

9. В пункте 2.1.7 слова «Организаторы коллективного отдыха детей» заменить на «Организаторы детских коллективных поездок».

10. Пункт 2.1.8 изложить в следующей редакции:

«2.1.8. Организаторам детских коллективных поездок необходимо заранее решить вопрос доставки детских групп от вокзала к месту назначения».

11. Пункт 2.1.9 дополнить абзацем в следующей редакции:

«Рекомендуется размещать организованные группы детей в пассажирском вагоне рядом с вагоном-рестораном. В вагоне-ресторане прием пищи детьми должен осуществляться отдельно от других пассажиров. Количество вагонов-ресторанов, предназначенных для организации питания детских коллективов в пути следования, должно определяться в зависимости от их производственной мощности и числа посадочных мест.

Организация питания детских коллективов в вагонах-ресторанах должна соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям по организации перевозок на железнодорожном транспорте. При организации питания детских коллективов рекомендуется использование полуфабрикатов высокой степени готовности.

Допускается возможность доставки горячего питания в пути следования к месту размещения организованных групп детей в вагоне железнодорожного транспорта силами работников вагона-ресторана».

12. Пункт 2.1.10 изложить в виде пунктов 2.1.10 и 2.1.11 в следующей редакции:

«2.1.10. Направляющиеся железнодорожным транспортом организованные коллективные поездки дети должны иметь медицинские справки о состоянии здоровья и отсутствии контакта с инфекционными больными.

2.1.11. Посадка в пассажирский состав больных детей не допускается. При выявлении до выезда, во время посадки в поезд или в пути следования ребенка с признаками заболевания в острой форме данный ребенок должен быть госпитализирован. Факт выздоровления подтверждается справкой, выданной медицинскими работниками лечебно-профилактического учреждения».

13. Пункты 2.3 и 2.4 исключить.

14. Пункт 3.2 исключить.

15. В пункте 4.1 исключить слова «а также представителями организаций, отправляющих детей».

16. Пункт 4.2 дополнить абзацем:

«Пассажирские вагоны, в которых перевозятся организованные группы детей, должны быть оборудованы кондиционерами и биотуалетами. Туалетные помещения должны быть обеспечены мылом, туалетной бумагой и бумажными салфетками».

Санитарно-эпидемиологический надзор за производством и реализацией детских игр и игрушек

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

В 2010 г. 15 декабря в Государственной Думе Федерального собрания РФ состоялись парламентские слушания на тему «Законодательное регулирование в сфере игровой и цифровой продукции для детей: проблемы и решения».

В парламентских слушаниях приняли участие специалисты Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

В ходе обсуждения было отмечено, что государственный санитарно-эпидемиологический надзор за производством и реализацией детских игр и игрушек, в том числе импортируемых, планомерно осуществляется во всех регионах РФ. Однако, несмотря на принимаемые меры, качество и безопасность значительной части игрушек, реализуемых на потребительском рынке страны, не соответствует требованиям санитарного законодательства.

Учреждениями Роспотребнадзора за 10 месяцев 2010 г. были проведены мероприятия по надзору в отношении 3008 юридических лиц и индивидуальных

предпринимателей, реализующих детские игры и игрушки, и 37 предприятий, осуществляющих их производство.

Из проверенных 109 926 детских игр и игрушек было изъято из оборота 15,9 тыс. игрушек (14,5%) на сумму более 1,3 млн рублей, приостановлена реализация более 19,7 тыс. игрушек (18%) на сумму более 2,3 млн рублей, при этом 31,5 тыс. (88,4%) — игрушки иностранного производства, преимущественно КНР.

Основными причинами изъятия игрушек из оборота явились: отсутствие документов, подтверждающих качество и безопасность игрушек; нарушение требований по маркировке товаров и несоответствие игрушек требованиям безопасности по санитарно-химическим, токсикологическим показателям и по превышению уровня звука.

Лабораторные исследования игрушек, отобранных из торговой сети, показали несоответствие их нормативам в 13,3% исследованных образцов по органолептическим, санитарно-химическим, ток-

психологическим показателям, стойкости защитно-декоративного покрытия к действию слюны, пота и влажной обработке, уровню звука.

Большинство игрушек, не соответствующих требованиям безопасности, выявлено у мелкооптовых фирм и индивидуальных предпринимателей, реализующих свою продукцию на рынках крупных городов.

Санитарно-эпидемиологическая оценка игрушек показала высокую степень их химического загрязнения, что свидетельствует об использовании низкокачественного сырья и нарушении технологии при производстве детских игр и игрушек.

При проведении контрольно-надзорных мероприятий специалистами Роспотребнадзора в 2010 г. по выявленным нарушениям были назначены административные наказания в виде наложения административного штрафа на сумму более 2,2 млн рублей. В суд было направлено 48 дел.

Специалисты управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ продолжают проведение контрольно-надзорных мероприятий за реализацией детских игр и игрушек.

Источник: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека / [www.rosпотребнадzor.ru](http://www.rosпотребнадзор.ru)

Об итогах проведения заседания Коллегии по вопросу «О ходе реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации»

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

Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ЕРБ ВОЗ) с 2002 г. реализуется «Стратегическая программа элиминации кори, краснухи и профилактики врожденной краснушной инфекции», которая предусматривает достижение указанных целей к 2010 г.

В связи с эпиднеблагополучием по кори в ряде стран Европы и СНГ, отмечаемом в последние годы, 60-я сессия ЕРБ ВОЗ сочла необходимым перенести достижение региональных целей элиминации кори и краснухи с 2010 на 2015 г.

По оценке ЕРБ ВОЗ, осуществимость достижения целей эли-

минации кори признана только для 23 из 53 стран Европейского региона, в том числе для РФ.

Принятая в РФ в 2002 г. «Программа ликвидации кори к 2010 г. (далее — Программа) реализуется в три этапа. Завершающий, третий этап (2008—2010 гг.) Программы имеет своей целью документированное подтверждение статуса субъектов страны как территорий, свободных от местных случаев кори.

24.12.2010 состоялось заседание Коллегии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, на которой были рассмотрены вопросы о ходе реализации Программы, готовности субъектов РФ к процедуре сертификации и задачах, стоящих перед органами исполнительной власти, практическим здравоохранением, научно-исследовательскими учреждениями и органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор по успешному завершению сертификации страны, как территории свободной от эндемичной кори.

В заседании Коллегии приняли участие представители органов исполнительной власти субъектов РФ, управлений здравоохранением субъектов РФ, руководители управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ, директора и сотрудники ряда научно-исследовательских институтов.

Коллегия рассмотрела представленные материалы и установи-

ла, что в настоящее время достигнуты высокие уровни охвата детского и взрослого населения прививками против кори, показатель заболеваемости корью в целом по стране соответствует критерию элиминации кори; ВОЗ (менее 1 случая на 1 млн населения), на протяжении последних 3 лет в стране не циркулируют эндемичные штаммы вируса кори, что подтверждается результатами молекулярно-генетических исследований. В стране действует эффективная система эпиднадзора, предусматривающая обследование каждого случая кори и активное выявление кори среди больных с экзантемными заболеваниями.

В ходе обсуждения рассматриваемых на Коллегии вопросов выявлен ряд недостатков в организации мероприятий по реализации 3-го этапа Программы и намечены пути решения проблемных вопросов.

Коллегия констатировала, что в целом эндемичная корь элиминирована в РФ, и большинство регионов готовы к подтверждению статуса территорий, свободных от эндемичной кори. В 2010 г. в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 12.04.2010 № 23 «О реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 г. в рамках стратегического плана Европейского региона ВОЗ 2005—2010» начата процедура сертификации.

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

Итоги конкурса Союза педиатров России «Детская медицинская сестра 2010 года»

Во время торжественного открытия XV Конгресса педиатров России были объявлены результаты ежегодного **конкурса Союза педиатров России «Детская медицинская сестра 2010 года»**. В этом году премия в рамках этого конкурса впервые вручалась в нескольких номинациях: «Палатная медицинская сестра», «Операционная медицинская сестра», «Медицинская сестра образовательного учреждения», «Старшая медицинская сестра», «За верность профессии».

Лауреатом премии в номинации «Палатная медицинская сестра» стала Екатерина Викторовна Воробец, палатная медсестра отделения онкологии детской городской больницы № 1, Санкт-Петербург. Она владеет всеми новыми медицинскими технологиями и необходимыми манипуляциями в совершенстве, работает преподавателем производственной практики учащихся средних медицинских учебных заведений по специальности «Сестринское дело в педиатрии».

В номинации «Операционная медицинская сестра» победителем конкурса стала Татьяна Юрьевна Бородина, операционная медсестра Областной детской клинической больницы, г. Иркутск. Она принимает непосредственное участие в ортопедических и травматологических операциях, сложнейших операциях на головном и спинном мозге, операциях по реконструкции дефектов черепа. Непосредственно Татьяной Юрьевной были разработаны и внедрены в практику инновации с целью оптимизации деятельности операционных медицинских сестер.

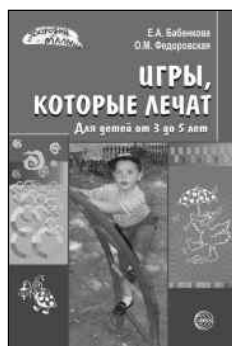
Победителем конкурса в номинации «Медицинская сестра образовательного учреждения» стала Елена Анатольевна Ломакова, медсестра детского сада № 824, Москва. Огромный опыт в работе с детьми и ведении медицинской документации позволяет ей проводить консультации для медицинских сестер детских садов своего района.

Премия в номинации «Старшая медицинская сестра» была вручена Динаре Хуснулловне Сабитовой, старшей медицинской сестре детской поликлиники № 7, г. Казань. Она является одним из самых авторитетных наставников молодежи, членом ассоциации медицинских сестер Республики Татарстан.

Лауреатом премии в номинации «За верность профессии» стала Татьяна Анатольевна Сипягина, старшая медицинская сестра педиатрического лор-отделения Областной клинической больницы, г. Иваново. Ее общий медицинский стаж в педиатрии составляет 35 лет. Татьяну Анатольевну отличают доброта, любовь к детям, целеустремленность и отличные организаторские способности. Она проводит регулярные конференции с медсестрами и младшим медперсоналом, является председателем комиссии процедуры медсестер, проводит активную воспитательную работу.

От всей души поздравляем победителей. Желаем им здоровья, счастья и дальнейших успехов в профессиональной деятельности.

Редакция

**ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ
КНИГИ СЕРИИ «ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ»****ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ
Для детей от 3 до 5 лет**

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

В пособии представлены различные виды игр и физических упражнений, направленные на профилактику заболеваний и проведение оздоровительной работы с детьми 3—5 лет. Особое внимание уделено организации подвижных игр на свежем воздухе, а также занятиям с детьми, имеющими отклонения в развитии психики, дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата. Материал можно использовать как в обычных ДОУ, так и в детских садах компенсирующего вида.

Адресовано воспитателям, психологам, педагогам ДОУ, родителям.

**ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ
Для детей от 5 до 7 лет**

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

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

**КАК СДЕЛАТЬ ОСАНКУ КРАСИВОЙ,
А ПОХОДКУ ЛЕГКОЙ**

Автор — Бабенкова Е.А.



Книга посвящена воспитанию навыков правильной осанки и походки у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Представлены рекомендации по определению нарушений опорно-двигательного аппарата, комплексы упражнений корригирующей гимнастики, лечебной физической культуры, вопросы и ответы для проверки знаний и деятельности обучающихся по формированию правильной осанки и походки.

Адресована преподавателям физической культуры образовательных учреждений, воспитателям ДОУ, учителям, студентам педагогических вузов и институтов физической культуры, воспитателям, а также родителям.

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».



**Издательство «ТЦ Сфера»
представляет обновленный вариант
примерной основной общеобразовательной
программы дошкольного образования
«ИСТОКИ»**

Создана авторским коллективом НИИ дошкольного образования им. А.В. Запорожца под редакцией доктора педагогических наук, академика РАЕН Л.А. Парамоновой

Почему издательство «ТЦ Сфера» издало данную программу? *Во-первых*, на сегодняшний день НИИ дошкольного образования им. А.В. Запорожца — единственная в стране команда профессионалов, сохранившая серьезную научную школу, заложенную Л.С. Выготским и его последователями, и продолжающая развитие их основных идей на теоретическом и экспериментальном уровнях.

Во-вторых, в основу программы заложены идеи личностно-ориентированной модели воспитания, лучших психологических и педагогических исследований, достижения отечественной и мировой педагогики и психологии, которые на протяжении многих лет пропагандирует издательство «ТЦ Сфера».

В-третьих, программа переработана в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования. Причем, на наш взгляд, именно программа «Истоки» стала методологической основой новых требований, т.е. всегда отвечала по содержанию, а сегодня и по структуре современным требованиям к дошкольному образованию.

И *последнее*, пожалуй, основное. Это сущностный смысл программы. Ребенок, его надежды, стремления, его трепетная открытая душа — вот эпицентр программы. Личностное развитие ребенка, являющееся «фундаментом зрелой личности взрослого человека» (А.В. Запорожец) — стержень, на который «нанизывается» все остальное. Именно это необходимо сегодня понять и реализовать в детских садах, в миллионах детских судеб.

**ПРОГРАММА ДЛЯ ДЕТЕЙ создана, детям России она НУЖНА.
ПОРА ПРИНИМАТЬ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ РЕШЕНИЯ!
ПОРА ВЫБИРАТЬ ЛУЧШЕЕ!**

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 во втором полугодии 2011 г.
наши журналы с приложениями, **не забудьте подписаться!**

2011 2-е полугодие

Комплект	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
«Управление ДОУ» с приложением; журналы «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»	36804	39757	10399
«Управление ДОУ» с приложением	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой и приложением «Конфетка»	18036	39756	10396
«Логопед»	82686		
Комплект «Предшкольная подготовка» (комплект из 19 книг)	20572	42121	

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания Вашего учреждения,
вам потребуется **четыре индекса:**

36804, 80899, 18036, 20572 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

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

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

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

В следующем номере!

Изменения № 1 к СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях»

Дифференциальный диагноз болевого абдоминального синдрома у дошкольника

О новых санитарных правилах для дошкольных организаций

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, № 4 (24)

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 06.04.11. 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 607091 440263



0 0022