



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного Образовательного Учреждения



**Как правильно организовать
питание детей во время поста
и в праздничные дни**

**Организация предшкольной
подготовки**

**Склеродермия
у детей**

**Профилактика и коррекция
гипокинезии в ДОУ**

**Универсальная методика
оценки физического
развития детей**

№ 5/2010

Содержание

2010, № 5

Колонка редактора	3
Гость номера И.К. Рапопорт	4

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

Факторы окружающей среды и здоровье населения	12
---	----

Режим дня

<i>Ямщикова Н.Л.</i> Организация дошкольной подготовки детей	16
---	----

Рациональное питание

<i>Мосов А.В., Ямщикова Н.Л.</i> Как правильно организовать питание детей во время поста и в праздничные дни	28
<i>Горелова Ж.Ю.</i> Рациональное питание детей в домашних условиях	48

Физическое воспитание

<i>Степанова М.И.</i> Проведение прогулки и занятий физической культурой на воздухе в зимнее время	55
<i>Макарова А.Ю.</i> Эффективность физического воспитания детей 6-летнего возраста в ДОУ	62

Гигиеническое воспитание

<i>Бобрищева-Пушкина Н.Д. и др.</i> Профилактика и коррекция гипокинезии в ДОУ	67
--	----

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

Скоблина Н.А., Кучма В.Р.

Универсальная методика оценки физического развития детей 74

Неинфекционные заболевания

Осминина М.К.

Склеродермия у детей 80

Хасанова А.В.

Диагностика и лечение энтеробиоза у детей 92

АКТУАЛЬНО

Нормативные и руководящие документы

Письмо от 15.01.2010 № 01/285-10-23

Руководителям Управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам Российской Федерации 96

Гигиенические рекомендации по организации воспитания и обучения детей дошкольного (старшего дошкольного) возраста в образовательных учреждениях 100

Горжусь профессией своей

День воспитателя и работника дошкольного образования 115

Самообразование

Ямщикова Н.Л.

Гигиена чтения 117

Маркелова С.В.

Предметы для детского творчества — важный элемент развития дошкольника 122

Как подписаться 127

Анонс 128

Подписные индексы журнала «Медработник ДОУ» по каталогам

Роспечать — 80553, 36804 (в комплекте)

Пресса России — 42120, 39757 (в комплекте)

Почта России — 10399 (в комплекте)

Уважаемые коллеги!

Перед вами очередной номер нашего журнала. Он подготовлен совместно с учеными двух ведущих научных учреждений России — Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова и НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН. У нас в гостях доктор медицинских наук, профессор И.К. Рапопорт. В своей статье она затрагивает очень актуальную на сегодняшний день проблему организации коррекционно-оздоровительной работы в специализированных дошкольных образовательных учреждениях.

На страницах нашего журнала мы стараемся освещать вопросы рациональной организации питания детей. Сегодняшний номер — не исключение. Статья А.В. Мосова и Н.Л. Ямшиковой посвящена организации питания детей во время поста и в праздничные дни. Вы получите конкретные рекомендации и познакомитесь с особенностями подготовки праздничного стола в детском саду, узнаете об альтернативном варианте здорового питания для дошкольников, так называемом вегетарианском рационе питания, являющемся полноценным, сбалансированным по всем пищевым веществам. Дополнит рубрику статья о разных аспектах организации рационального питания детей в домашних условиях.

Кроме этого, в материалах журнала — универсальная методика оценки физического развития детей; основные принципы и способы профилактики и коррекции гипокинезии в ДОУ; возрастные особенности физиологии чтения и гигиенические требования к оформлению изданий для дошкольников; гигиенические рекомендации по организации воспитания и обучения детей дошкольного (старшего дошкольного) возраста в образовательных учреждениях; физиолого-гигиеническая оценка эффективности организации занятий физической культурой по экспериментальной программе физического воспитания в ДОУ и много другой полезной и актуальной информации.

Надеемся, что содержание журнала будет для вас, дорогие читатели, интересным, познавательным и полезным. В свою очередь мы обращаемся к вам с призывом поделиться опытом своей работы и присылать материалы для публикаций.

С уважением, редакция

Гость номера

Рапорт Ирина Калмановна

д-р мед. наук, заведующий лабораторией научно-методических основ школ здоровья НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков ММА им. И. М. Сеченова, Москва

Состояние здоровья детей с нарушениями зрения и их оздоровление в специализированных дошкольных образовательных учреждениях

Распространенность функциональных нарушений и заболеваний зрительного анализатора занимает одно из ведущих мест среди функциональных отклонений и хронических болезней, выявляемых у детей всех возрастных групп. В настоящее время заболеваемость болезнями глаз и их придаточных аппаратов у детей превышает таковую у взрослого населения. По данным Федеральной службы государственной статистики, в структуре заболеваемости (по обращаемости) детей в возрасте до 14 лет болезни глаз занимают 5-е ранговое место (удельный вес 3,14%); распространенность составляет 5581,1 на 100 тыс. детского населения и имеет тенденцию к росту, что связано с увеличением частоты врожденных заболеваний и аномалий развития, различных воспалительных заболеваний, а также близорукости, составляющей, в зависимости от возраста, от 25 до 80% всех случаев патологии органа зрения.

По данным медицинских осмотров дошкольников, проводимых перед поступлением в школу, близорукость выявляется у 4,5—8,2% детей, причем в каждом 13—15-м случае диагностируется миопия высокой степени, ведущая к выраженному нарушению зрения и резко ограничивающая возможности ребенка. Число детей с понижением остроты зрения за время обучения в школе увеличивается почти в 3 раза. Нарушения зрения оказывают негативное влияние на состояние здоровья, работоспособность и развитие ведущих физиологических систем организма ребенка. Распространенность и высокая социальная значимость нарушений зрения у детей определяют необходимость поиска эффективных путей их профилактики и коррекции, особенно на этапе подготовки к школе, сопровождающейся психоэмоциональным напряжением и повышением нагрузки на зрительный анализатор.

Педиатрами, офтальмологами, гигиенистами детства доказана взаимосвязь патологии органа зрения с соматическими и психосоматическими заболеваниями, что приводит к нарушениям роста и развития ребенка, проблемам в получении общего и профессионального образования, последующей трудовой деятельности. Вместе с тем известно, что функциональные нарушения зрения и многие хронические болезни глаза и его придаточного аппарата достаточно хорошо поддаются лечению и коррекции в дошкольном и младшем школьном возрасте.

В настоящее время в России создана сеть специализированных ДОУ: 1677 компенсирующего и 7403 комбинированного видов, в которых воспитываются 148,9 и 1143,8 тыс. детей соответственно. Коррекция нарушений зрения осуществляется в ДОУ комбинированного вида и специализированных ДОУ компенсирующего вида (607 детских садов), последние посещают 35,1 тыс. дошкольников с патологией зрительного анализатора.

Дети с нарушениями зрения, не относящиеся к числу слепых и слабовидящих, посещают специализированные ДОУ двух видов: компенсирующего и комбинированного. В соответствии с Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации

от 12 сентября 2008 г. № 666, «ДОУ (детский сад) компенсирующего вида реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах компенсирующей направленности с приоритетным осуществлением деятельности по квалифицированной коррекции нарушений зрения, а также недостатков в физическом и (или) психическом развитии детей, обусловленных указанными нарушениями. Детский сад комбинированного вида реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей, компенсирующей, оздоровительной и комбинированной направленности». ДОУ комбинированного вида реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей, компенсирующей, оздоровительной и комбинированной направленности». ДОУ комбинированного вида посещают дети, имеющие различные, в основном функциональные отклонения в состоянии здоровья.

Программы воспитания детей в ДОУ компенсирующего и комбинированного видов разрабатываются ими самостоятельно на основе «Примерной общеобразовательной программы», а также «Методических указаний по организации воспитания и обучения дошкольников с нарушениями зрения», подготовленных в начале 80-х гг. прошлого века. Однако за прошедшие десятилетия, с одной стороны, существенно ухудшилось состояние здоровья детей, с другой — созданы новые аппаратные методы коррекции нарушений

зрения, успешно развиваются тифлопедагогика и тифлопсихология, что расширяет возможности улучшения здоровья дошкольников в специализированных ДОУ.

В настоящее время в научной литературе имеется незначительное количество публикаций, отражающих состояние здоровья, а также современные условия воспитания и оздоровления детей с нарушениями зрения в специализированных ДОУ. Поэтому кафедрой гигиены детей и подростков ММА им. И.М. Сеченова в 2005—2008 гг. проводилось изучение условий воспитания и оздоровления детей в двух ДОУ компенсирующего и двух ДОУ комбинированного видов Москвы и наблюдение за состоянием здоровья 137 дошкольников с нарушениями зрения в динамике их четырехлетнего пребывания в детских садах. Показатели состояния здоровья детей, воспитывающихся в специализированных ДОУ, сопоставлялись с показателями состояния здоровья дошкольников (383 чел.), посещающих детские сады общеразвивающего вида, расположенные на близлежащих территориях. Установлено, что особенностями специализированных ДОУ являются:

— достоверно **большая численность детей с хронической патологией**, отнесенных к III группе здоровья (66,4% против 52,8%);

— значительно **более низкая распространенность функциональных отклонений**: 467,2% против 1276,4% (без учета функциональных нарушений зрения у воспитанников ДОУ рассмотренных видов);

— **более высокая распространенность хронических заболеваний**: 696,7% против 522,2% (без учета хронической патологии органа зрения), что обусловлено поступлением детей с множественной полисистемной хронической патологией в ДОУ компенсирующего вида.

Психологический статус дошкольников с нарушениями зрения характеризуется наличием высокой тревожности, свойственной 23,1% воспитанников, и специфическими особенностями (12%) детей, переживающих ограниченность своей зрительной функции.

Анкетирование родителей дошкольников с нарушениями зрения, посещающих специализированное ДОУ, позволило установить, что:

— почти в каждой пятой семье (18,6%) родители не обращают внимание на повышенный уровень тревожности своих детей;

— в 35,7% семей имеют место нарушения режима дня и питания ребенка; в 24,3% семей дети получают дополнительное образование, продолжительностью от 2 до 5 ч в неделю, что значительно превышает объем допустимой для

здоровых дошкольников дополнительной учебной нагрузки. Выявлены слабые, но достоверные корреляции ($r = 0,23$, $p < 0,05$) между повышенными уровнями тревожности и невротизации детей и нарушениями режима дня, питания и учебной нагрузки ребенка дома.

Для разработки рекомендаций по оптимизации оздоровительной и коррекционной работы был проведен хронометраж режима дня развивающих и коррекционных занятий и оздоровительных процедур (см. таблицу).

Изучена организация коррекционно-оздоровительной работы в ДОУ компенсирующего вида. Комплекс оздоровительных мероприятий включает:

- рациональное питание с использованием витаминизированных напитков;
- закаливающие процедуры после дневного сна (воздушные ванны, сухое и влажное обтирание, хождение босиком по массажным коврикам, обливание ног с контрастным изменением температуры воды, полоскание горла прохладной водой и др.);
- физические упражнения в зале, бассейне и во время прогулок.

По показаниям используются лечебные гимнастика и массаж, некоторые физиотерапевтические процедуры; 63,3% детей получают лечение по индивидуальным схемам с применением оптико-физи-

ологических аппаратных методов коррекции зрения.

Установлено, что групповые развивающие занятия и игровая деятельность дошкольников проводятся параллельно с коррекционными занятиями, лечебными и оздоровительными процедурами с 9.00 до 11.00 и с 15.00 до 17.00. Дети посещают коррекционные занятия, лечебные и оздоровительные процедуры по индивидуальным планам. Предупредить переутомление дошкольников воспитатели и дефектологи стремятся за счет интеграции коррекционных и развивающих программ и составления последних с учетом требований тифлопедагогики и тифлопсихологии. Однако недостаточное количество дефектологов (тифлопедагогов, психологов, логопедов) и в особенности среднего медицинского персонала (медсестер-ортоптисток, массажистов, инструкторов ЛФК и др.), а также недостаточное количество помещений и оборудования вынуждают сотрудников ДОУ проводить лечебные процедуры и коррекционные занятия с детьми индивидуально или группами по 2—3 чел., в течение времени, отведенного для прогулок, в начале и конце времени, предусмотренного для дневного сна.

Контроль за организацией лечебно-оздоровительной работы в ДОУ компенсирующего вида осуществляют педиатр и офтальмолог, посещающие образо-

Таблица

**Структура и продолжительность основных
компонентов режима дня дошкольников в ДОУ
компенсирующего и комбинированного видов**

Основные компоненты режима дня в специализи- рованных ДОУ	Время*	ДОУ компенсирую- щего вида		ДОУ комбиниро- ванного вида	
		млад- шие и средние группы, мин	старшие и подгото- вительные к школе группы, мин	млад- шие и средние группы, мин	старшие и подго- товитель- ные к школе группы, мин
1	2	3	4	5	6
Прием детей	с 7.00 до 8.20	80	80	80	80
Утренняя гим- настика	с 8.20 до 8.30	10	10	10	10
Завтрак	с 8.30 до 9.00	30	20—30	25—30	20—30
Развивающие занятия и ле- чебно-коррек- ционные меро- приятия**	с 9.00 до 10.10—11.00	от 70— 80 до 110	110—130	90—110	120—135
Дневная про- гулка	с 10.10— 11.00 до 12.20—12.35	90—130	90	90—100	80—90
Обед	с 12.20— 12.40 до 12.50—13.10	30	20—30	30	30—40
Дневной сон	с 13.00— 13.10 до 15.00—15.10	120	120	110—120	120
Гимнастика после сна, за- каливающие процедуры	с 15.00— 15.10 до 15.30	30	20—30	25—30	25—30
Полдник	с 15.30 до 15.45—16.00	20—30	20—30	15—25	15—20
Развивающие занятия, игры и лечебно-кор- рекционные мероприятия**	с 16.00 до 16.20—17.00	40—70	55—75	40—50	40—70

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6
Вечерняя прогулка	с 16.20— 17.00 до 18.00—19.00	110—120	120	100—110	90—120
Передача детей родителям	с 18.00— 18.40 до 19.00	20—30	20	30—60	0—60

* Колебания сроков начала и окончания основных компонентов режима дня дошкольников зависит от ДОУ и возрастных групп.

** Развивающие занятия, включая музыкальные, физкультурные, занятия в бассейне; коррекционные занятия с тифлопедагогом, психологом, логопедом; лечение с использованием оптико-физиологических аппаратных методов; лечебная физкультура, массаж, закаливающие и физиотерапевтические процедуры.

вательное учреждение 1 раз в 2 недели. В ДОУ комбинированного вида врачи-специалисты обследуют детей только 1 раз в год при профилактических осмотрах, что не обеспечивает систематического наблюдения за здоровьем детей и эффективности проводимого лечения.

Таким образом, установлено, что в России современные дошкольные учреждения компенсирующего и комбинированного видов для детей с нарушениями зрения в целом соответствуют гигиеническим требованиям. В то же время в ДОУ имеют место превышение наполняемости групп и нарушения норм искусственного освещения для ДОУ, предназначенных для детей с нарушениями зрения (500 лк в игровых комнатах).

Отсутствие достаточного количества медицинского персо-

нала, специалистов-дефектологов, необходимых помещений и оборудования приводит к нарушениям режима дня детей и проведению оздоровительных и лечебно-коррекционных процедур за счет времени, отведенного для прогулок и дневного сна.

Система оздоровления детей в ДОУ компенсирующего вида по сравнению с ДОУ комбинированного вида в большей степени отвечает потребностям дошкольников с патологией органа зрения и сопутствующими заболеваниями, поскольку позволяет целенаправленно проводить широкий спектр лечебно-коррекционных мероприятий в отношении данной категории воспитанников. Лечебно-коррекционные и оздоровительные мероприятия в ДОУ компенсирующего вида обеспечивают улучшение состояния

здоровья воспитанников. К концу пребывания в ДОУ достигнуто улучшение состояния зрительного анализатора у 81,5% наблюдаемых дошкольников; трехкратно уменьшилась численность детей с функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата — с 59,3 до 18,5% ($t = 3,4$; $p < 0,01$); снизилась средняя длительность острых респираторных заболеваний; достоверно увеличилось число детей, относимых к II группе здоровья — с 14,8 до 48,15% ($t = 2,83$, $p < 0,01$), при уменьшении наполняемости III группы здоровья — с 81,5 до 48,15% ($t = 2,74$, $p < 0,05$).

Совершенствование оздоровительной работы в специализированных ДОУ для детей с нарушениями зрения должно включать:

- строгое соблюдение физиолого-гигиенических регламентов, направленных на обеспечение оптимального режима дня и условий воспитания и оздоровления;
- увеличение количества медицинского персонала и специалистов-дефектологов, помещений и оборудования, необходимого для коррекционной и оздоровительной работы;
- создание в каждом специализированном ДОУ Коррекционно-методического совета, включающего педиатра, офтальмолога, специалистов-дефектологов и возглавляемого заместителем заведующего по методической работе;

— интеграцию общеразвивающих программ со специальными тифлопедагогическими и психологическими программами;

— индивидуальную психологическую коррекцию отклонений в психофизиологическом статусе детей с нарушениями зрения;

— обеспечение систематического медицинского наблюдения за состоянием здоровья и эффективностью лечебно-оздоровительной работы;

— проведение гигиенического обучения родителей детей с нарушениями зрения для повышения эффективности оздоровительной работы.

Задачи Коррекционно-методического совета в специализированных ДОУ:

— оценка состояния здоровья, физического и психологического развития каждого воспитанника специализированного ДОУ;

— составление индивидуальных программ оздоровления и коррекция нарушений здоровья и психофизиологического статуса каждого ребенка, посещающего ДОУ, с последующей оценкой эффективности проводимых мероприятий;

— разработка содержания занятий, интегрирующих общеразвивающие, лечебно-коррекционные и оздоровительные мероприятия в целях уменьшения психологического напряжения и утомления дошкольников;

- согласование содержания программ и времени проведения общеразвивающих и лечебно-коррекционных занятий, оздоровительных и лечебных процедур;
- анализ и обобщение опыта всей коррекционной и оздоровительной работы, проводимой в ДОУ;
- разработка и реализация программ просвещения родителей по различным аспектам (гигиеническим, психологическим, медицинским и др.) воспитания детей, страдающих нарушениями зрения.

На основании выполненных исследований разработаны «Гигиенические рекомендации по организации воспитания и оздоровления детей с нарушениями зрения в специализированных дошкольных образовательных учреждениях г. Москвы», утвержденные 30.04.2009 Главным государственным санитарным врачом по г. Москве Н.Н. Филатовым. Практические рекомендации предназначены для руководителей органов управления и учреждений дошкольного образования, администрации детских поликлиник. Использование методических рекомендаций позволит повысить эффективность образовательной и оздоровительной деятельности специализированных ДОУ для детей с нарушениями зрения.

Улучшение состояния здоровья ребенка в период его пребывания в специализированном

ДОУ при последующем систематическом наблюдении и лечении у врачей-специалистов позволит ему успешно справиться с учебной нагрузкой при поступлении в школу.

Нормативно-методические документы

1. «Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении», утвержденное постановлением Правительства РФ от 12.09.2008 № 666.

2. «Методические указания по организации воспитания и обучения дошкольников с нарушением зрения (гигиенические аспекты)», утвержденные заместителем начальника Главного санитарно-эпидемиологического управления МЗ СССР А.И. Заиченко от 14.05.1984 № 3029-84.

3. «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.1249-03», утвержденные Главным государственным санитарным врачом РФ 25.03.2003.

4. «Гигиенические рекомендации по организации воспитания и оздоровления детей с нарушениями зрения в специализированных дошкольных образовательных учреждениях г. Москвы», утвержденные Главным государственным санитарным врачом по г. Москве, руководителем управления Роспотребнадзора по г. Москве Н.Н. Филатовым 30.04.2009.

Факторы окружающей среды и здоровье населения

В 2010 году по инициативе Всемирной организации здравоохранения Всемирный день здоровья проходил под девизом «Урбанизация и здоровье».

Сохранение здоровья нации, снижение уровня смертности и увеличение продолжительности жизни — важнейшие условия решения проблемы обеспечения национальной безопасности. К числу определяющих факторов охраны здоровья населения относятся **снабжение населения доброкачественной питьевой водой**.

Международными водными форумами в гг. Киото и Душанбе принято решение о провозглашении десятилетия 2005—2015 гг. международной декадой «Вода для жизни». Российская Федерация всемерно поддерживает усилия мирового сообщества, направленные на охрану водных объектов и предупреждение распространения заболеваний, связанных с водой.

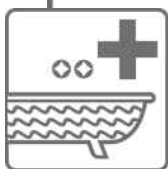
Россия — крупнейшая водная держава, располагающая $\frac{1}{5}$ общемировых ресурсов питьевой воды, но положение в этой сфере вызывает серьезную озабоченность. Около 70% населения России обеспечивается питьевой водой из поверхностных источников, при этом 40% из них не соответствуют санитарным нормам. Положение усугубляется еще и тем, что более 29,3% водопроводов из поверхностных источников не имеют необходимого комплекса очистных сооружений, более 16% — обеззараживающих установок.

Низкий уровень внедрения современных технологий водоочистки, высокая изношенность разводящих сетей, территориальные особенности источников водоснабжения — факторы, оказывающие негативное влияние на здоровье населения.

Высокой остается также доля водопроводов (свыше 18,5%) из подземных источников, не соответствующих санитарным нормам из-за отсутствия очистных сооружений и обеззараживающих установок.

Серьезные недостатки в обеспечении населения доброкачественной питьевой водой приводят к возник-

ГИГИЕНА



новению вспышек острых кишечных инфекций и вирусного гепатита А.

Взаимосвязь влияния химического состава питьевой воды на состояние здоровья и заболеваемость населения установлена в исследованиях, проводимых на протяжении ряда лет специалистами Роспотребнадзора совместно со специалистами НИИ гигиенического профиля. Подтверждены полученные ранее данные об увеличении риска заболеваний органов кровообращения, пищеварения, эндокринной системы, мочевыводящих путей в результате длительного воздействия питьевой воды с нарушением гигиенических нормативов, регламентирующих содержание химических веществ.

Около 28% населения страны потребляет воду с уровнем общей минерализации питьевой воды от 1,6 до 10 г/л, что увеличивает риск заболевания населения сердечно-сосудистой патологией и мочекаменной болезнью.

С повышенным содержанием железа потребляют воду около 50 млн чел. ($1/3$ населения страны), что повышает риск аллергии населения.

Потребление питьевой воды со значительным недостатком фтор-иона (в 2—5 раз ниже гигиенического норматива) приводит к пораженности детей и взрослых кариесом зубов.

Проблема обеспечения населения доброкачественной питьевой водой требует комплексно-

го решения в рамках реализации целевых программ, принимаемых на федеральном и региональном уровнях. Так, Роспотребнадзор принимает активное участие в разработке федеральной целевой программы «Чистая вода».

По оценкам экспертов ВОЗ, 24% болезней и 23% всех случаев смерти — следствие воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды. Среди детей в возрасте до 14 лет доля смертей, отнесенных за счет окружающей среды, составляет 36%. При этом установлено, что из 102 важнейших заболеваний, групп болезней и травм факторы экологического риска вносят свой вклад в общую заболеваемость по 85 нозологическим формам.

В последние годы в качестве самостоятельного направления эпидемиологии выделилась *экологическая эпидемиология*, исследующая количественные зависимости между неблагоприятными факторами окружающей среды и состоянием здоровья населения.

Загрязнение атмосферного воздуха играет важную роль в формировании здоровья населения. Ведущими загрязнителями атмосферного воздуха в РФ являются свинец и его неорганические соединения.

К отраслям промышленности, загрязняющим атмосферный воздух в 5 и более раз выше предельно допустимых концентраций (ПДК) на жилых территориях всех федеральных округов, относятся прежде всего пред-

приятия электроэнергетики и автомобильный транспорт. Вклад автотранспорта в загрязнение атмосферного воздуха возрастает из года в год и превышает 40%.

В стране остается нерешенной проблема организации и благоустройства санитарно-защитных зон (СЗЗ) предприятий, являющихся источниками негативного воздействия на здоровье населения и среду обитания.

Одним из важнейших программных документов, определяющих политику государства в области химической и биологической безопасности на ближайшие пять лет, стала Федеральная целевая программа «Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации», которая позволит последовательно снизить до приемлемого уровня риск воздействия опасных химических и биологических факторов на население и окружающую среду.

Определены 4 стратегии обеспечения химической и биологической безопасности:

- уменьшение объема опасных веществ;
- замена менее опасными веществами;
- использование веществ в менее опасном состоянии;
- проектирование объектов с наименьшим уровнем сложности, менее чувствительных к ошибкам или несанкционированным воздействиям.

Проблемы экологически обусловленного здоровья населения

остаются крайне актуальными для всего мирового сообщества, особенно для индустриально развитых городов и мегаполисов, в которых состояние окружающей среды характеризуется многочисленными источниками негативного воздействия.

В последние годы остроту приобрела проблема *загрязнения почвы* химическими веществами и отходами. Загрязненная почва может стать источником вторичного загрязнения атмосферного воздуха и водоемов, а самое главное — продуктов питания.

В стране ежегодно образуется от около 4,5 млрд т отходов. В настоящее время общий объем накопленных неутилизованных отходов составляет около 82 млрд т. Наибольшие объемы отходов накопились в топливной промышленности (51,92%), черной (19,58%) и цветной металлургии (12,33%). Средний уровень вторичного использования отходов составляет около 26%, в том числе промышленные отходы перерабатываются на 35, твердые бытовые (ТБО) — на 3—4%. В хранилищах, накопителях, могильниках, полигонах и объектах, принадлежащих предприятиям, накоплено свыше 45 млрд т отходов. В связи с недостаточным количеством полигонов для складирования и захоронения промышленных отходов широко распространена практика их размещения на неорганизованных свалках.

В РФ функционирует 7 мусоросжигательных и 5 мусоропере-

рабатывающих заводов, 39 мусоросортировочных комплексов.

По данным управлений Роспотребнадзора, на территории РФ размещено 11 699 полигонов ТБО. Причем продолжается рост эксплуатации полигонов ТБО с коэффициентом заполнения 90%.

В стране практически не развита индустрия вторичной переработки и использования отходов.

В бытовых отходах пищевые составляют около 32% от общего количества, что при имеющемся снижении в стране работ по дератизации, особенно в крупных городах, приводит к увеличению заселенности синантропными грызунами — крысами и мышами, являющимися переносчиками зоонозов (лептоспироз, иерсиниоз, псевдотуберкулез, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом), растет число пострадавших от укусов крыс.

Развитие науки и технологий ставит перед нами новые задачи. Большое значение приобрело обеспечение безопасности нанотехнологий с учетом ускоренных темпов создания и использования наноматериалов. Наноматериалы могут обладать совершенно иными физико-химическими свойствами и оказывать иное токсическое воздействие, чем вещества в обычном физико-химическом состоянии, что требует обязательного изучения их потенциального риска.

Закон № 89-ФЗ «Об отходах производства и потребления» был

принят в 1998 г. и в настоящее время требует доработки. В законе должны предусматриваться:

- обеспечение приоритета утилизации отходов над их размещением;
- принцип ответственности производителей за утилизацию и уничтожение продукции в конце жизненного цикла;
- запрещение ввоза на территорию государства продукции, которая в конце своего жизненного цикла не может быть использована в качестве вторичных ресурсов;
- применение доступных технологий в области обращения с отходами;
- использование новейших научно-технических достижений в целях реализации мало- и безотходных технологий.

Комплекс мероприятий, организованных в ходе проведения Всемирного дня здоровья в субъектах РФ, должен стать основой осуществления приоритетных задач, связанных с формированием мотивации к здоровому образу жизни, вовлечением населения в активные виды отдыха, проектированием и строительством мест для занятий физическими упражнениями, регулированием употребления алкоголя и табака, обеспечением безопасности и качества пищевых продуктов.

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

Организация предшкольной подготовки детей

Ямщикова Н.Л.,

канд. мед. наук, доцент, Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова, Москва

Одно из основных условий адаптации детей к школьной общеобразовательной программе — их дошкольная подготовка. Для выравнивания стартовых возможностей детей при поступлении в школу было принято постановление Правительства РФ «Стратегия Российской Федерации в области развития образования на период до 2010 г.», согласно которому в структуре общего образования была введена предшкольная ступень. В ее рамках обучение осуществляется с пяти (шести) лет. Минобрнауки России предложило несколько вариантов образовательных учреждений, на базе которых могло бы осуществляться предшкольное образование. Это детские сады и общеобразовательные учреждения с полным и неполным днем пребывания детей, коррекционные группы. Кроме того, для подготовки детей к школе предусмотрены учреждения дополнительного образования: Центры развития ребенка, Центры образования, учебно-воспитательные комплексы «начальная

школа — детский сад», при наличии соответствующей лицензии. Организация воспитания и обучения детей предшкольного (старшего дошкольного) возраста в образовательном учреждении должна осуществляться в соответствии с гигиеническими рекомендациями, утвержденными Главным государственным санитарным врачом по г. Москве Управления Роспотребнадзора проф. Н.Н. Филатовым и заведующим кафедрой гигиены детей и подростков проф. В.Р. Кучмой. Данные рекомендации введены в действие с 15 июня 2009 г.*

Образовательные учреждения для детей дошкольного возраста должны обеспечивать:

- охрану жизни и укрепление физического здоровья детей;
- познавательно-речевое, социально-личностное, художественно-эстетическое и физическое развитие;
- воспитание и обучение с учетом возраста;

* См. «Нормативные и руководящие документы», с. 100—114.

- необходимую коррекцию недостатков в физическом и (или) психическом развитии;
- взаимодействие с семьями детей для полноценного развития;
- консультативную и методическую помощь родителям по вопросам воспитания, обучения и развития детей.

Существующая в настоящее время система охраны здоровья в общеобразовательных учреждениях не учитывает в полной мере возрастные особенности функциональных возможностей и состояния здоровья детей 5—6 лет. Поэтому модель дошкольного образования детей старшего дошкольного возраста желательно реализовать в ДОУ.

Режим образовательного процесса

♦ Режим дня детей, посещающих группы дошкольной подготовки, должен основываться на учете морфофункциональных и психофизиологических особенностей и полностью соответствовать возрастным функциональным возможностям.

♦ Администрация образовательного учреждения с группами дошкольной подготовки несет ответственность за соответствие программ и технологий обучения и воспитания, методов и организации учебно-воспитательного процесса возрастным

и психофизиологическим возможностям детей.

♦ Если в образовательном учреждении предусмотрены коррекционные и оздоровительные мероприятия, возможно создание в них групп дошкольной подготовки компенсирующего и оздоровительного типа.

♦ В группах общеразвивающей направленности осуществляется дошкольная подготовка в соответствии с образовательной программой образовательного учреждения, имеющей санитарно-эпидемиологическое заключение.

♦ В группах компенсирующей направленности осуществляется квалифицированная коррекция недостатков в физическом и (или) психическом развитии и дошкольная подготовка детей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с образовательной программой образовательного учреждения, разрабатываемой им самостоятельно на основе примерной общеобразовательной программы дошкольной подготовки и федеральных государственных требований к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования и условиям ее реализации, а также с учетом особенностей психофизического развития и возможностей детей.

♦ Группы оздоровительной направленности создаются для де-

тей с туберкулезной интоксикацией, часто болеющих и других категорий детей, которым необходим комплекс специальных оздоровительных мероприятий. В этих группах осуществляются дошкольная подготовка и комплекс профилактических и оздоровительных мероприятий и процедур.

♦ Коррекционные и оздоровительные мероприятия не должны проводиться во время, предусмотренное на сон и питание.

♦ Рекомендуемая наполняемость для групп дошкольной подготовки — не более 15 чел.

♦ В группах компенсирующей направленности предельная наполняемость устанавливается в зависимости от категории детей и составляет:

- для детей с тяжелыми нарушениями речи — 6—10 чел.;
- фонетико-фонематическими нарушениями речи — 12;
- глухих детей — 6;
- слабослышащих и позднооглохших детей — 6—8;
- слепых — 6;
- слабовидящих и поздноослепших детей, а также с амблиопией, косоглазием — 6—10;
- с нарушениями опорно-двигательного аппарата — 6—8;
- задержкой психического развития — 6—10;
- умственной отсталостью легкой степени — 6—10;
- умственной отсталостью умеренной, тяжелой — 8;

— аутизмом — 5;

— сложным дефектом (имеющих сочетание двух или более недостатков в физическом и (или) психическом развитии) — 5;

— иными ограниченными возможностями здоровья — 10—12 чел.

♦ В группах оздоровительной направленности предельная наполняемость составляет:

— для детей с туберкулезной интоксикацией и часто болеющих — 10—12 чел.;

— других категорий детей, которым необходим комплекс специальных оздоровительных мероприятий, — 12—15 чел.

♦ Занятия физкультурно-оздоровительного и эстетического цикла должны занимать не менее 50% общего времени занятий.

♦ 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.д.

♦ Обучение детей в группах дошкольной подготовки должно обеспечиваться только в первую половину дня. Наилучшее время начала занятий —

в 8.30. Нецелесообразно переносить начало занятий на более позднее время. Учебный день необходимо начинать с утренней гимнастики, которая проводится в тщательно проветренном помещении, игровой комнате, рекреации.

Гимнастика перед учебными занятиями

♦ Для выполнения гимнастики дети выстраиваются в игровой комнате.

♦ Гимнастика начинается с ходьбы на месте.

♦ Построение комплекса предусматривает поочередное включение новых групп мышц в работу, отдых только что работавших мышц, чередование напряжения и расслабления мышц, чередование противоположных движений. Например: сгибание и разгибание, наклоны вперед и назад, вправо и влево, вращение вперед и назад, вправо и влево и т.д. Каждое упражнение следует повторять 5—10 раз.

♦ Завершается гимнастика до занятий прыжками или бегом на месте с переходом на ходьбу и упражнениями на внимание. Длительность комплекса рассчитана на 8—10 мин.

Рекомендуемые комплексы упражнений

Комплекс I

«Потягушки». И.п. — ноги на ширине плеч, ладони за голову, локти вперед.

1—2 — отвести локти назад, туловище выпрямить;

3—4 — вернуться в и.п.

«Бинтики». И.п. — ноги на ширине плеч, руки за спиной.

1 — повернуть туловище налево;

2 — то же направо, не останавливаясь; вернуться в и.п.

«Кукла». И.п. — о.с.

1—4 — повернуться на 360° через левое плечо, переступая прямыми ногами;

5—8 — то же через правое плечо.

«Ветер елочки качает». И.п. — ноги на ширине плеч, руки в стороны.

1—2 — наклоны влево;

3—4 — наклоны вправо; не останавливаясь, вернуться в и.п.

«Большие птицы летят». И.п. — о.с.

1 — руки вверх, подняться на носках;

2 — вернуться в и.п.

«Воробушки». И.п. — руки на поясе. Прыжки на месте на двух ногах с переходом на ходьбу.

Комплекс II

«Потягушки». И.п. — о.с.

1 — подняться на носки, руки вверх, прогнуться назад;

2 — вернуться в и.п.

«Наклоны». И.п. — ноги на ширине плеч, руки в стороны.

1 — наклониться вперед, сделать хлопок за правой ногой;

2 — вернуться в и.п.;

3 — наклониться вперед, сделать хлопок за левой ногой.

«Барыня». И.п. — ноги на ширине плеч, руки на поясе.

1 — сделать наклон назад, прогнувшись, руки в стороны;

2 — вернуться в и.п.

«Береза на ветру». И.п. — руки на поясе.

1 — наклониться вправо, левую руку поднять вверх;

2 — вернуться в и.п.; то же в другую сторону.

«Мельница». И.п. — ноги на ширине плеч, руки на поясе.

1 — наклониться вперед, руки в разные стороны;

2—3 — поочередно меняя вытянутые руки, одну опускать вниз, другую поднимать вверх;

4 — вернуться в и.п.

«Цапельки». И.п. — руки на поясе.

1—4 — прыжки на правой ноге;

5—8 — прыжки на левой ноге, с переходом на ходьбу.

Максимально допустимый объем недельной образовательной нагрузки, включая занятия по дополнительному образованию, для детей 5—6 лет составляет 15 занятий.

Максимально допустимое количество занятий в первой половине дня не превышает трех. Их продолжительность для детей 6—7-го года жизни — не более 20—25 мин. Перерывы между занятиями — не менее 10 мин. В середине занятия (на 10 мин) проводят физкультминутку.

Комплексы физкультминуток, сидя за столом

Данные комплексы упражнений продолжительностью 1—2 мин. Каждое упражнение следует повторять 4—6 раз.

Комплекс I

И.п. — руки на столе, вытянуты вперед; поднять руки вверх, потянуться; вернуться в и.п.

И.п. — руки на краю стола сжаты в кулаки; выпрямляя руки и разжимая пальцы, дотронуться до противоположного края стола; вернуться в и.п.

И.п. — руки за головой, локти вперед; локти развести в стороны, прогнуться; вернуться в и.п.

Комплекс II

И.п. — руки на краю стола; встать, сесть.

И.п. — руки скрестить на столе; поставить руки на локти, пальцы развести; положить руки на стол, скрестив их, пальцы развести.

И.п. — руки на поясе; отвести локти назад; вернуться в и.п. Поднять плечи вверх, вернуться в и.п.

Комплекс III

И.п. — руки на поясе, большими пальцами вперед; наклониться назад, прогнувшись; вернуться в и.п.

И.п. — руки на поясе; повернуть туловище направо, правой рукой дотронуться дозади стоящего стола, вернуться в и.п.; то же левой рукой.

И.п. — руки к плечам, локти вниз; локти поднять вперед, вернуться в и.п.; локти поднять в стороны, вернуться в и.п.; локти назад, вернуться в и.п.

Комплекс IV

И.п. — руки скрестить за спиной; подняться на носки; вернуться в и.п.

И.п. — руки на поясе; сделать два пружинистых наклона вправо; то же влево; вернуться в и.п.

И.п. — руки к плечам; повернуться налево, локти поднять в стороны; вернуться в и.п.; то же в другую сторону.

Учитывая, что для детей наиболее утомительно статическое напряжение, не следует требовать от них соблюдения в течение всего занятия неподвижной позы.

После второго занятия ежедневно следует организовывать динамическую паузу длительностью 40 мин, представляющую собой подвижные игры и спортивные развлечения, которую целесообразно проводить на воздухе в любое время года.

Методика проведения динамических занятий на свежем воздухе

В холодную погоду в начале занятия следует предлагать бег (в медленном темпе длительностью 2—3 мин), который усиливает кровообращение и согревает детей, однако при этом нагрузка и темп движений должны

быть умеренными, чтобы не вызывать сразу перегревания и потения детей.

Первая часть — построения, перестроения:

- строиться в колонну по одному, парами, в круг, шеренгу;
- равняться в колонне, шеренге, кругу;
- перестраиваться из одной колонны в несколько;
- рассчитываться на «первый-второй»;
- размыкаться и смыкаться приставным шагом;
- делать повороты на углах во время движения;
- останавливаться после ходьбы всем одновременно.

Вторая часть — общеразвивающие упражнения и упражнения на равновесие.

1. Для рук и плечевого пояса:

- поднимать руки вверх, вперед, в стороны;
- подниматься на носки в положении стоя, пятки вместе, носки врозь;
- поднимать руки вверх, в стороны из положения руки перед грудью, руки к плечам;
- поднимать и опускать плечи;
- делать круговые движения согнутыми в локтях руками;
- вращать обруч одной рукой вокруг вертикальной оси, как юлу;
- вращать кисти, разводить и сводить пальцы.

2. Для ног:

- выставлять ногу вперед на носок;

- приседать в положении руки за голову, к плечам;
- сгибать ноги поочередно;
- приседать в положении ноги врозь, переносить вес тела с одной ноги на другую (не подниматься);
- делать выпад вперед, в стороны;
- махом вперед достать носком выпрямленной ноги ладонь вытянутой руки;
- свободно размахивать ногой вперед и назад, держась рукой за рейку лестницы или спинку стула.

3. Для туловища:

- опускать, поднимать голову, поворачивать ее в стороны;
- поворачиваться в стороны, поднимая руки вверх, в стороны, из-за головы, из положения руки к плечам;
- наклоняться вперед, подняв руки вверх, медленно, подряд 2—3 раза; выпрямляться, держа руки в стороны;
- стоя, вращать верхнюю часть туловища;
- в упоре сидя сзади, поднять обе ноги, оттянуть носки;
- переносить прямые ноги через скамейку, сидя на ней;
- садиться из положения лежа на спине, закрепив ноги;
- лежа на спине, поднимать одновременно обе ноги;
- из упора присев переходить в упор на одной ноге, отводя другую назад;
- присесть и встать на одной ноге;

- подтягиваться на руках;
- сгибать и разгибать ноги на уровне груди;
- отрывать ноги от пола, стоя спиной к гимнастической стенке.

4. Упражнения на равновесие:

- проходить по дорожке (прямой, извилистой), шнуру (прямо, зигзагом, по кругу), доске, гимнастической скамейке, бревну;
- перешагивать через препятствие (высота 20—30 см), из обруча в обруч, с ящика на ящик;
- пройти по гимнастической скамейке боком, приставным шагом, приседая на одной ноге, с хлопками под ногой, с препятствием, приседанием, прыжками;
- стоя на носках, на одной ноге поворачиваться кругом;
- балансировать на большом набивном мяче;
- кружиться с закрытыми глазами.

Третья часть — подвижные игры.

Подвижные игры

1. Игры с ходьбой и бегом: «Быстро возьми, быстро положи», «Перемени предмет», «Ловишка, бери ленту», «Соловушка», «Чье звено скорее соберется?», «Кто скорее докатит обруч до флажка?», «Жмурки», «Догони свою пару», «Горелки», «Коршун и наседка», «Гуси-лебеди», «У медведя во бору», «Карусель»,

«Кот и мыши», «Лохматый пес», «Третий лишний», «День и ночь», «Птицы и клетка», «Мышеловка», «Хитрая лиса», «Белые медведи», «Два Мороза», «Космонавты», «Салки», «Хвостики», «Выше ножки от земли», «Перебежки», «Уголки».

2. Игры с прыжками: «Лягушки и цапля», «Не попадись», «Волк впереди», «Зайка беленький сидит», «Бездомный заяц», «Волк во рву», «С кочки на кочку», «Соревнование кузнечиков», «Из обруча в обруч», «Будь ловким», «Удочка», «Чехарда», «Кто лучше прыгнет?», «Перепрыгни через ручеек», «Классики», «Прыжки со скалкой», «Часики», «Резиночка».

3. Игры с метанием, бросанием и ловлей: «Кого назвали, тот ловит мяч», «Кто самый меткий?», «Охотники и звери», «Ловишки с мячом», «Попади в обруч», «Сбей кегли», «Сбей шишки», «Кольцеброс», «Мячи по кругу», «Летающие тарелки», «Снежки», «Шайбу-шайбу», «Мяч в ворота», «Школа мяча», «Штандер — стоп», «Закати в лунку».

4. Игры с ползанием и лазаньем: «Белки в лесу», «Пожарные на учениях», «Перелет птиц», «Ловля обезьян», «Котята и шенята», «Кто скорее добежит до флажка?», «Пролезай и убегай».

♦ В дни, когда расписанием предусмотрены занятия физкультурой, проведение последующей динамической паузы дол-

жно строиться следующим образом: в первые 25—30 мин двигательная деятельность осуществляется детьми самостоятельно в виде подвижных игр, спортивных упражнений, затем в течение 10—15 мин организуется игра средней подвижности.

♦ При проведении занятий с использованием компьютеров и занятий по иностранному языку группу рекомендуется делить на подгруппы.

♦ 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 6—7-го года жизни не чаще 2 раз в неделю, продолжительностью не более 25 мин.

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

компьютером должна быть сокращена до 7 мин.

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

♦ При составлении расписания занятий в течение недели рекомендуется:

- в понедельник, учитывая постепенность вхождения в умственную работу, начинать учебный день с занятий физкультурой;
- в четверг предусматривать «облегченный день». В этот день организуются экскурсии, подвижные игры и спортивные развлечения на воздухе, проводится один урок по предмету, требующему умственного напряжения, и два более легких урока по таким дисциплинам, как ознакомление с окружающим миром, труд, физкультура и т.д.

Во второй половине дня возможно проведение только занятий по дополнительному образованию.

Домашние задания воспитанникам групп дошкольной подготовки не задают.

♦ В середине учебного года (январь—февраль) для воспитанников групп дошкольной подготовки организуют недельные каникулы, во время которых проводят занятия только эстетически-оздоровительного цикла (музыкальные, спортивные, изобразительной деятельности). В дни каникул и в летний период учебных занятий нет. Рекомендуется проводить спортивные и подвижные игры, спортивные праздники, экскурсии и др., а также увеличивать продолжительность прогулок.

♦ Прогулки в группах дошкольной подготовки 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 -15°C и скорости ветра более 7 м/с продолжительность прогулки сокращается. Прогулка не проводится при температуре воздуха ниже -20°C и скорости ветра более 15 м/с.

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

♦ Общая продолжительность суточного сна для детей старшего дошкольного возраста — 12—12,5 ч, из которых 2—2,5 ч отводится дневному сну. Перед сном не рекомендуется проведение подвижных эмоциональных игр.

Детей с трудным засыпанием и чутким сном рекомендуется укладывать первыми и поднимать последними. Во время сна детей присутствие преподавателя (или его помощника) в спальне обязательно.

♦ Примерный распорядок пребывания детей 5—6 лет в группах дошкольной подготовки короткого дня.

8.30—9.00 — сбор детей, утренняя гимнастика.

9.00—9.20 — 1 занятие.

9.20—9.40 — первая перемена, горячий завтрак.

9.40—10.00 — 2 занятие.

10.00—10.20 — вторая перемена.

10.20—11.30 — динамическое занятие, прогулка.

11.30—11.50 — 3 занятие.

Примерный распорядок пребывания детей 5—6 лет в группах дошкольной подготовки полного дня:

8.30—9.00 — сбор детей, утренняя гимнастика.

9.00—9.20 — 1 занятие.

9.20—9.40 — первая перемена, горячий завтрак.

9.40—10.00 — 2 занятие.

10.00—10.20 — вторая перемена.

10.20—11.30 — динамическое занятие, прогулка.

11.30—11.50 — 3 занятие.

11.50—13.00 — третья перемена, обед.

13.00—15.00 — сон.

15.00—15.15 — уборка постели, туалет.

15.15—16.00 — занятия по интересам.

16.00—16.20 — полдник.

16.20—18.00 — прогулка, подвижные игры на воздухе.

Организация медицинского обеспечения

Требования к медицинскому обеспечению и оценке состояния здоровья детей групп дошкольной подготовки должны соответствовать СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений».

Врач образовательного учреждения 2 раза в год (осень, весна) проводит базовую скрининг-программу медицинского обследования детей групп дошкольной подготовки, которая включает:

- индивидуальную оценку физического развития детей, позволяющую выделить основные отклонения в развитии;
- измерение артериального давления для выявления гипер-

тонических и гипотонических состояний;

- выявление нарушений опорно-двигательного аппарата с помощью комбинированного визуально-инструментального исследования;
- предмиопии с помощью теста Малиновского;
- нарушений бинокулярного зрения с помощью теста Рейнеке;
- нарушений слуха с помощью шепотной речи;
- определение остроты зрения;
- оценку уровня физической подготовленности.

В конце учебного года в ЛПУ проводят профилактический осмотр ребенка следующие специалисты: педиатр, хирург, офтальмолог, отоларинголог, невролог, логопед, психолог.

В начале и конце учебно-воспитательного года проводится психофизиологическое обследование для определения уровня развития школьно-необходимых функций: моторики, аналитических и синтетических функций коры головного мозга (тест Керна—Ирасека) и речи (качество звукопроизношения). На основании результатов психофизиологического обследования ребенок считается неготовым к школьному обучению, если он получает в сумме 9 и более баллов за выполнение теста Керна—Ирасека и имеет дефект звукопроизношения.

Для детей, функционально неготовых к обучению, следует составить индивидуальный план медико-коррекционных мероприятий, включающих лечебно-оздоровительные процедуры, занятия с логопедом, развитие общей и мелкой моторики. Результаты первого и второго обследования, а также рекомендации в отношении начала школьного обучения заносятся в медицинскую карту.

Прием детей в группы предшкольной подготовки

♦ Перед поступлением ребенка в группу предшкольной подготовки в ЛПУ проводят профилактический осмотр ребенка (педиатр, хирург, офтальмолог, отоларинголог, невролог, логопед, психолог) в соответствии с действующими нормативными документами. Дается заключение о возможности ребенка к обучению в группах предшкольной подготовки.

♦ Детей с имеющимися недостатками в физическом и (или) психическом развитии следует направлять в группы компенсирующей или оздоровительной направленности только с согласия родителей. При отсутствии таких групп в образовательном учреждении или отказе родителей следует предусмотреть индивидуализацию предшкольной подготовки данных детей в виде организации коррекционной работы.

♦ Медико-психолого-педагогическое сопровождение детей групп дошкольной подготовки рекомендуется проводить в течение всего обучения врачом-психологом.

♦ При поступлении ребенка в группы дошкольной подготовки врач образовательного учреждения собирает у родителей дополнительные сведения об особенностях развития и поведения ребенка, дает оценку состояния здоровья, физического и нервно-психического развития, которые вносит в медицинскую карту ребенка, и доводит до сведения учителей классов.

Врач наблюдает за ребенком в период адаптации и дает индивидуальные рекомендации по режиму дня, питанию и оздоровительным мероприятиям.

♦ Ежедневный утренний прием дошкольников в учреждение проводят воспитатели, которые опрашивают родителей о состоянии здоровья детей. Медицинская сестра по показаниям осматривает зев, кожу и измеряет температуру тела ребенка.

После перенесенного заболевания, а также отсутствия более 3 дней детей принимают в образовательное учреждение 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 инди-

видуальному режиму ребенка — реконвалесцента на первые 10—14 дней.

♦ Медицинские показания к отсрочке поступления детей 5—6 лет в группы дошкольной подготовки:

— заболевания, перенесенные на протяжении последнего года: инфекционный гепатит, пиелонефрит, диффузный гломерулонефрит, миокардит неревматический, менингит эпидемический, менингоэнцефалит, туберкулез, ревматизм в активной фазе, болезни крови, острые респираторные вирусные заболевания 4 и более раз;

— хронические заболевания в стадии суб- и декомпенсации: вегетососудистая дистония по гипотоническому или гипертоническому типу, порок сердца ревматический или врожденный, хронический бронхит, бронхиальная астма, хроническая пневмония, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический гастрит, хронический гастродуоденит, анемия, аденоидные вегетации III степени, хронические аденоидит и тонзиллит, эндокринопатия, неврозы, задержка психического развития, ДЦП, эпилепсия, эпилептиформный синдром, энурез, экзема, нейродермит, миопия с склонностью к прогрессированию.

Как правильно организовать питание детей во время поста и в праздничные дни

Мосов А.В.,

врач высшей категории, зам. начальника отдела надзора за условиями воспитания и обучения Управления Роспотребнадзора по г. Москве;

Ямщикова Н.Л.,

канд. мед. наук, доцент, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва

Организация питания детей в дошкольном учреждении отличается от обычного в случае вегетарианского образа жизни ребенка и его семьи, особенностей этнокультурного воспитания и т.д. МФССЭБН и Управление Роспотребнадзора по г. Москве разработали альтернативный рацион здорового питания для дошкольников, так называемый вегетарианский рацион питания, являющийся полноценным, сбалансированным по всем пищевым веществам и отвечающим принципам лактоовоовегетарианства. В приложении мы приводим такое меню для детей 3—7 лет.

Актуальный вопрос питания детей в ДОУ — организация праздничного меню. Это обычно происходит накануне гражданских или церковных праздников, которые традиционно принято отмечать застольем и в дни рождения детей.

Естественно, родители и педа-

гоги хотят, чтобы питание детей в ДОУ в праздничные (предпраздничные) дни было особенным. При этом взрослые используют разные способы организации детского праздничного стола.

Первый способ можно назвать *неорганизованным*. По просьбе педагогов родители приносят для празднования Нового года или 8 Марта продукты или блюда, которые очень нравятся детям и являются необходимым элементом для создания приподнятого настроения. Однако с позиций безопасности детей такой вариант категорически недопустим, поскольку может привести к серьезным пищевым отравлениям. В питании детей в организованных коллективах не должны использоваться пищевые продукты неизвестного происхождения, без сопроводительных документов — это прописная истина. Следовательно, руководителю

ДОУ необходимо принимать меры, направленные на недопущение подобной инициативы педагогов.

Второй способ носит *организованный характер*, поэтому более предпочтителен. В меню включаются блюда, которые принято считать праздничными (или составитель меню считает их таковыми). Данный вариант оптимален, поскольку питание детей организуют специалисты. Но, к сожалению, не исключена вероятность несоответствия даже такого меню принципам здорового питания детей. Кроме того, в отсутствие каких-либо научно обоснованных рекомендаций по организации праздничного питания детей следствием подобной инициативы ДОУ может быть возникновение пищевых отравлений и кишечных инфекций у воспитанников. Поэтому для предупреждения нежелательных последствий при организации праздничного питания специалист (например, диетсестра) должен быть знаком с ассортиментом блюд для использования в праздничных меню.

**Ассортимент блюд
и кулинарных изделий,
рекомендуемых
для организации праздничного
питания воспитанников
дошкольного возраста**

Бутерброды с паштетом мясным промышленного производства для дошкольного и школьного питания.

Колбаса детская (для дошкольного и школьного питания), порционная.

Бутерброды с мясными гастрономическими изделиями (изделия деликатесные мясные для дошкольного и школьного питания).

Бутерброды с рыбными гастрономическими продуктами (рыба слабосоленая семейства лососевых).

Бутерброды с икрой зернистой, кетовой.

Сыр сычужный твердый, порциями.

Колбаса полукопченая для школьного питания, порциями.

Изделия деликатесные из мяса (ветчина, шейка, буженина, балык и др.) для школьного питания порциями.

Салат из капусты белокочанной с яблоками и сельдереем.

Салат из моркови с орехами и медом.

Салат овощной с яблоками и перцем сладким.

Салат-коктейль с курицей и фруктами.

Салат из сыра и яблок.

Салат из моркови или моркови с яблоками, или финиками, или черносливом.

Салат из моркови, яблок, чернослива.

Салат из моркови, яблок, апельсинов.

Салат из моркови с изюмом.

Салат из капусты белокочанной с кальмарами.

Салат из кальмаров с яблоками.

Салат из кальмаров с перцем сладким и луком.

Рассольник домашний.

Уха ростовская.

Суп из плодов свежих.

Суп из смеси сухофруктов.

Картофель, запеченный в соусе сметанном.

Картофель, запеченный с яйцами и помидорами.

Каша «Янтарная» (из пшена с яблоками).

Каша рисовая вязкая с черносливом.

Завтрак сухой крупяной витаминизированный (в индивидуальной упаковке) с молоком.

Запеканка с плодами свежими.

Пудинг рисовый, манный, пшеничный.

Плов из риса с черносливом и изюмом.

Плов из риса с курагой.

Кукуруза консервированная.

Макароны, запеченные с сыром.

Омлет, смешанный с продуктами мясными для дошкольного и школьного питания, запеченный.

Сырники по-киевски.

Рыба, запеченная с картофелем, по-русски.

Биточки, котлеты из кальмаров и рыбы.

Язык отварной.

Котлеты натуральные паровые.

Жаркое по-домашнему.

Говядина, тушенная с луком, орехами и чесноком.

Говядина, тушенная с черносливом.

Азу из мяса отварного.

Пудинг из говядины.

Пудинг из вермишели с мясом отварным.

Пудинг из риса с мясом отварным.

Суфле паровое из мяса отварного.

Пельмени отварные из полуфабрикатов промышленного производства для детей дошкольного и школьного возраста.

Голубцы с мясом и рисом тушенные.

Цыплята, тушенные с морковью и репой.

Котлеты рубленые из кур, запеченные с соусом молочным.

Картофель в молоке.

Пюре картофельное.

Гарниры сложные.

Огурцы соленные стерилизованные (консервированные, без уксуса и острых специй).

Соус польский, голландский, сухарный.

Соус земляничный, малиновый, вишневый, абрикосовый, клюквенный, яблочный.

Соус сладкий из кураги.

Соус салатный для дошкольного и школьного питания промышленного производства.

Сок плодовый, ягодный или овощной, напиток витаминизированный (промышленного производства).

Компот из плодов свежих (яблоки, айва, груши, черешня, вишня, слива, персики, абрикосы).

Компот из яблок и слив или из яблок и алычи.

Компот из апельсинов, мандаринов, крыжовника, смородины черной, алычи.

Кисель из плодов или ягод свежих.

Чай с лимоном.

Напиток молочный, коктейль промышленного производства в индивидуальной упаковке.

Желе из плодов или ягод свежих.

Желе из лимонов, апельсинов, мандаринов.

Желе с плодами свежими и консервированными.

Желе из экстракта плодового или ягодного, или из сока плодового или ягодного натурального.

Желе из сиропа плодового или ягодного.

Желе из молока.

Мусс клюквенный, лимонный, апельсиновый, мандариновый.

Мусс плодово-ягодный (на крупе манной).

Мусс яблочный (на крупе манной).

Яблоки в желе.

Яблоки печеные.

Яблоки, фаршированные морковью.

Яблоки, фаршированные рисом и орехами.

Яблоки, запеченные с творогом.

Фрукты свежие (яблоки, груши, киви, мандарины, апельсины, бананы, персики, абрикосы и др.).

Салат фруктовый.

Мороженое молочное, сливочное (без использования жи-

ров растительных) витаминизированное или (и) обогащенное пробиотическим фактором.

Пудинги, десерты молочные промышленного производства в индивидуальной упаковке.

Блины.

Блины с соусом сладким постароелецки.

Изделия кулинарные «Блинчики школьные» с фруктовыми начинками замороженные промышленного производства.

Вареники с начинкой творожной, фруктовой, овощной.

Оладьи.

Оладьи с изюмом, яблоками.

Пирожки печеные из теста дрожжевого.

Ватрушки.

Бутерброды горячие с колбасой или сосиской, или сарделькой («хот-доги»).

Пицца школьная (с говядиной, со свининой, мясом птицы, колбасой, ветчиной) из полуфабрикатов промышленного производства.

Хлеб пшеничный витаминизированный (обогащенный витаминно-минеральным комплексом).

Хлеб ржаной, ржано-пшеничный витаминизированный (обогащенный витаминно-минеральным комплексом).

Хлеб зерновой (из зерна цельного).

Изделия булочные витаминизированные (обогащенные витаминно-минеральным комплексом).

Изделия булочные сдобные витаминизированные (обогащенные витаминно-минеральным комплексом).

Булочки: «Октябренок», «Колобок», «Лада», «Звездная», «Аппетитная», «К завтраку», «Любительская», «Янтарная», «Полезная», «Деревенская», «Творожная», «Украинская», «К чаю», «Школьная», «Новинка», «Космическая», «Студенческая», «Любимая», «Городская»

Булочка с изюмом.

Булочка молочная.

Шоколад.

Конфеты (с корпусами между слоями вафель, со сбивными корпусами, желевыми корпусами) витаминизированные.

Ирис тираженный, обогащенный витаминно-минеральным премиксом.

Зефир, обогащенный витаминно-минеральным премиксом.

Вафли с молочно-жировой начинкой, обогащенные витаминно-минеральным премиксом.

Печенье типа «сэндвич», обогащенное витаминно-минеральным премиксом.

Пряники, обогащенные витаминно-минеральными премиксами.

Кексы, обогащенные витаминно-минеральным премиксом.

Хочется отметить, что для создания ощущения праздника достаточно предложить детям в

этот день 2—3 блюда, которые обычно отсутствуют в их рационе. Как правило, это более дорогостоящие и трудоемкие для ежедневного приготовления блюда и кулинарные изделия.

Очень важно оформление блюд. Необычная фигурная нарезка овощей и фруктов, макаронные изделия различной формы, несколько линий, кораблик или цветочек, нарисованные на горке пюре, смешная рожица или надпись из соуса (разрешенного для детского питания) — все это позволяет не только украсить блюда, но и подарить детям положительные эмоции радости, удивления.

Варианты праздничного меню подлежат согласованию с территориальным органом Роспотребнадзора в установленном порядке. Питание детей по праздничному меню разрешается организовывать не чаще чем 2 раз в течение четырех недель. Продукты для этих целей закупаются централизованно и учитываются на общих основаниях. Приведем пример праздничного меню (табл. 1).

Проведение в ДОУ дня рождения ребенка — вопрос сложный и спорный. Празднование детских именин в группах ДОУ давно стало традицией. Это способствует лучшей адаптации ребенка к среде сверстников, повышению самооценки каждого воспитанника и, в конечном счете, возникновению более тесных психологических связей в коллективе.

Таблица 1

Примерный вариант праздничного меню для дошкольников

Выход	Масса, г
<i>Завтрак 1</i>	
Бутерброд с икрой лососевых рыб	40
Омлет с горошком зеленым запеченный	80
Салат фруктовый	60
Какао на молоке	180
<i>Завтрак 2</i>	
Сок фруктовый или овощной	100
<i>Обед</i>	
Салат из помидоров свежих с перцем сладким и растительным маслом	60
Уха ростовская	250
Пирожки печеные с капустой	110
Котлеты натуральные рубленые	90
Пюре картофельное	160
Компот из плодов свежих (яблоки, вишня, слива, персики или абрикосы)	180
<i>Полдник</i>	
Блинчики с фруктовой начинкой промышленного производства	140
Кисломолочный напиток	180
Зефир витаминизированный	20
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день	75
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	40
Вода питьевая детская на весь день	100
<i>Ужин</i>	
Морковь тертая, с изюмом, сахаром и растительным маслом	60
Изделие творожное с фруктовым наполнителем промышленного производства	100
Чай с сахаром	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный)	30

Примечание. Наименования блюд и кулинарных изделий приведены в соответствии с изданиями: Методические указания г. Москвы «Организация питания в дошкольных образовательных учреждениях» (утв. Департаментом образования города

Москвы). М., 2007; Технологическая инструкция по производству кулинарной продукции для питания детей и подростков школьного возраста в организованных коллективах (к ГОСТ 3039095/ГОСТ Р 5076395). М., 2006.

По традиции такой праздник не обходится без угощения, приготовленного для всех родителями именинника. Это могут быть всевозможные сладости, конфеты, кондитерские изделия, выпечка, в том числе домашнего производства. Выбор вкусного десерта зависит от предпочтений виновника торжества и финансовой свободы взрослых, организующих для него этот праздник.

В настоящее время, в условиях роста благосостояния населения, развития кондитерской промышленности и малого бизнеса, актуальными становятся вопросы:

- ♦ Что именно дети получают в качестве угощения и в каких количествах?

- ♦ Кем, в каких условиях и из чего изготовлены предлагаемые лакомства?

- ♦ Где и как долго они хранились, прежде чем попали на стол?

- ♦ Не противоречит ли их употребление принципам здорового питания? Не представляют ли они эпидемиологической угрозы?

Не стоит забывать и о повышении количества случаев патологии аллергической природы, пищевой непереносимости среди детского населения городов. Ведь отдельные продукты могут вызывать очень тяжелые аллергические реакции, вплоть до летального исхода.

И конечно, учитывая, что го-
стинцами обычно являются сла-

дости, а дни рождения в группе бывают несколько раз в месяц, вполне реально перспектива развития у детей пищевого дисбаланса и различных аллергических заболеваний.

К тому же никто не может гарантировать, что продукты, приносимые именинником из дома, не навредят здоровью детей. Как сделать праздник не только приятным, но и безопасным мероприятием?

Мы далеки от мысли, что кто-то из родителей умышленно может причинить вред детям. Наоборот, часто из лучших побуждений взрослые стараются устроить пышный праздник, побаловать детей изысканными яствами. Сомневающиеся в качестве кондитерской продукции готовят домашнюю выпечку. В конечном счете, лишь фантазия и убеждения родителей определяют, что в день рождения их ребенка получит вся группа. Приведем примерный перечень пищевых продуктов, которые можно принести из дома (табл. 2).

Составляя вышеназванный перечень, мы основывались на пищевой ценности, эпидемиологической безопасности и гипоаллергенности продуктов, что определяет их пригодность для использования в питании детей. Применение продуктов только из этого перечня позволит уменьшить риск возникновения заболеваний и отравлений среди детей, связанных с приносимы-

Таблица 2

Примерный перечень пищевых продуктов промышленного производства, которые допускается приносить из дома для празднования дней рождения в ДОУ

№ п/п	Наименование пищевых продуктов	Максимальная масса (объем) на одного ребенка
1	2	3
1	Фрукты (яблоки, груши, бананы, киви, виноград, абрикосы, персики, цитрусовые*), ягоды* и свежие овощи (помидоры, перец сладкий и т.п.), которые обязательно моются в буфетной ДОУ	Не ограничена
2	Соки* фруктовые 100%-ные, соки овощные, нектары* фруктовые — в индивидуальной, герметичной асептической упаковке объемом до 0,2 л	200 мл
3	Батончики из злаков и сухофруктов и (или) орехов типа «Мюсли»	25 г
4	Шоколад молочный, в том числе шоколадные яйца с игрушкой внутри (киндер-сюрприз)	10 г
5	Конфеты шоколадные с корпусами между слоями вафель («Красная шапочка», «Мишка косолапый» и т.п.), без содержания кофе и алкоголя	15 г
6	Конфеты шоколадные со сбивными корпусами («Птичье молоко», «Стратосфера» и т.п.), без содержания кофе и алкоголя	15 г
7	Конфеты шоколадные с желевыми корпусами («Желейные», «Лукум в шоколаде» и т.п.), без содержания кофе и алкоголя	25 г
8	Зефир, пастила	20 г
9	Ирис тираженный («Школьный», «Здоровяк», «Сливочный» и т.п.)	20 г
10	Вафли с молочно-жировой начинкой («Детские», «Артек» и т.п.)	20 г
11	Печенье (без содержания маргарина в составе), в том числе печенье типа «сэндвич»	20 г
12	Пасты молочно-шоколадные детские (бутерброды готовятся непосредственно перед раздачей)	20 г
13	Халва подсолнечная или тахинная (кроме тахинно-арахисовой)	20 г

Окончание табл.

1	2	3
14	Сухари «Детские», баранки, сушки и т.п. (без содержания маргарина)	20 г
15	Молочные коктейли, пудинги, десерты сладкие стерилизованные («Чудо-пудинг» и т.п.), с жирностью не более 4% — в индивидуальной, герметичной асептической упаковке объемом до 0,2 л	200 мл
16	Орехи* сушеные (не жареные, не соленые, без глазурь) и их смеси с сухофруктами	20 г
17	Изделия фигурные (звездочки, колечки, шарики, подушечки) и хлопья из кукурузы и других круп (злаков) фасованные	20 г

* С учетом индивидуальной переносимости.

ми лакомствами. Необходимо отметить, что ассортимент допустимых домашних гостинцев сводится практически только к кондитерским изделиям, что еще раз заставляет задуматься о пользе для детей таких праздников.

Обсуждая эту проблему на городском совете заведующих ДОУ Москвы, мы пришли к выводу, что руководители ДОУ понимают значимость проблемы и разделяют нашу тревогу по поводу безопасности детей. Намечены пути ее решения.

Нужно постараться отойти от традиционной, ориентированной, в первую очередь, на застолье, концепции праздника.

Собственно, почему именно угощение должно быть ведущим атрибутом торжества? Атмосферу праздника можно создать с помощью особого убранства по-

мещения. Для этого пригодятся воздушные шары, бумажные гирлянды, цветы. Предложите гостям и ребятам надеть яркие колпачки, маски, смешные носы, карнавальные костюмы. Чтобы дети могли весело провести время, подготовьте для них забавные конкурсы и викторины, соответствующие их уровню развития. Наполните программу музыкой, танцами, пением.

А завершающим аккордом шумного праздника пусть будет легкий десерт.

Необходимо стремиться к централизованной организации праздничного питания в данной отдельно взятой группе детей.

За счет каких средств — бюджетных или родительских — будут приобретены продукты — не важно. Главное, чтобы их закупка производилась централизованно (у снабжающей данное ДОУ

пищевыми продуктами организации), а составлением меню на праздничный день занимался специалист. Мы уже упоминали о том, что достаточно включить в меню несколько праздничных блюд в красочной упаковке или, может быть, чуть более дорогостоящих. Специалист сможет правильно подобрать продукты, чтобы общая пищевая ценность рациона питания не изменилась.

Правда, в этом случае придется смириться с тем, что такой подход не отражает индивидуальности виновника торжества и его семьи, и далеко не всем он покажется приемлемым.

Будем смотреть на вещи реально: в некоторых ДОУ, не смотря на все усилия администрации, отказаться от угощений, приносимых из дома, не удастся.

Необходимо отметить, что в случае возникновения массовых пищевых отравлений или заболеваний среди детей вся тяжесть ответственности, включая уголовную, ложится на педагогов, в первую очередь — заведующего ДОУ.

Если заведующий ДОУ готов взять на себя всю ответственность за предлагаемые родителями именинника продукты, в этом случае можно дать следующие рекомендации по их выбору:

— категорически исключить использование любых продуктов, блюд и кулинарных изде-

лий домашнего (не промышленного) приготовления;

— не допускать применения в питании детей кремовых кондитерских изделий — тортов, пирожных и других запрещенных продуктов (например, кофе, копченостей и продуктов с острыми специями в составе);

— включать в меню только нескоропортящиеся продукты (температура хранения, указанная изготовителем на упаковке, должна быть не выше 18 °С), с достаточным резервом остаточного срока годности, фасованные в индивидуальные упаковки (не требующие порционирования);

— контролировать массу кондитерских изделий, приходящихся на одного ребенка, которая не должна превышать 25 г с учетом изделий, включенных в основной рацион питания (в день, когда в той или иной группе проводится празднование дня рождения, необходимо исключить из основного рациона питания детей кондитерские изделия или, например, выдать их вечером родителям «сухим пайком»);

— составить и довести до сведения всех педагогов и родителей перечень продуктов, которые могут использоваться при праздновании дней рождения (с указанием допустимой массы продукта, приходящегося на одного ребенка).

Приложение

Вегетарианское меню для детей 3—7 лет (24 ч)

Наименование пищевых продуктов	Масса, г
1	2
День 1	
<i>Завтрак</i>	
Пудинг творожный запеченный.	150
Апельсин.	75
Чай с сахаром	180
<i>Обед</i>	
Салат из свеклы с морской капустой.	60
Щи из свежей капусты вегетерианские.	250
Запеканка картофельная с добавлением соевого белка.	195
Компот из кураги, изюма, чернослива	180
<i>Полдник</i>	
Ватрушка с творогом.	130
Чай с сахаром	180
<i>Ужин</i>	
Запеканка творожная с морковью без сахара.	180
Кисель клюквенный.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 2	
<i>Завтрак</i>	
Каша пшеничная молочная рассыпчатая.	200
Яблоко.	100
Чай с сахаром	180
<i>Обед</i>	
Салат из белокочанной капусты, зеленого лука, клюквы с растительным маслом.	60
Суп-пюре из картофеля и моркови с гренками.	250
Фрикадели мясные паровые.	70
Макароны отварные с томатом.	165
Компот из смеси сухофруктов	180
<i>Полдник</i>	
Булочка (на растительном масле).	90
Кофейный напиток суррогатный из цикория на молоке	180
<i>Ужин</i>	
Творог полужирный с молоком.	200
Булочка (на сливочном масле).	90
Кисель из яблочного сока	180

Продолжение табл.

1	2
День 3	
Завтрак	
Пшенинная запеканка с творогом и изюмом.	140
Курага (порциями).	50
Кофейный напиток суррогатный из цикория на молоке	180
Обед	
Винегрет с растительным маслом.	120
Суп рисовый с мелкошинкованными овощами вегетерианский.	250
Зразы картофельные, фаршированные овощами.	180
Компот из чернослива	180
Полдник	
Пирожки с капустой печеные.	65
Кисель молочный	180
Ужин	
Крупеник из гречневой крупы с творогом.	180
Чай с сахаром.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 4	
Завтрак	
Сырники, запеченные из творога полужирного.	140
Яблоко.	100
Чай с сахаром	180
Обед	
Салат из свеклы с морской капустой.	60
Суп-пюре из цветной капусты.	250
Пюре картофельное.	60
Рыба припущенная, запеченная в тесте.	60
Компот из свежих яблок	150
Полдник	
Булочка соевая.	90
Кефир нежирный	150
Ужин	
Макароны, запеченные с яйцом.	225
Ряженка.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30

Продолжение табл.

1	2
День 5	
Завтрак	
Котлета картофельная с добавлением соевого белка запеченная.	195
Пюре из чернослива.	60
Чай с сахаром	180
Обед	
Салат овощной с морской капустой.	70
Борщ вегетерианский с мелкошинкованными овощами.	250
Плов из риса с курагой.	180
Напиток апельсиновый	180
Полдник	
Булочка (на растительном масле).	90
Чай с сахаром	180
Ужин	
Каша гречневая рассыпчатая.	200
Кисель клюквенный.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 6	
Завтрак	
Пудинг творожный запеченный.	120
Апельсин.	75
Кофейный напиток суррогатный из цикория на молоке	180
Обед	
Икра свекольная.	50
Суп-пюре из картофеля и моркови с гренками.	200
Запеканка капустная с добавлением соевого белка.	150
Компот из свежих яблок	150
Полдник	
Пирожки с повидлом.	60
Кефир нежирный	150
Ужин	
Каша пшеничная молочная рассыпчатая.	210
Чай с сахаром.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30

Продолжение табл.

1	2
День 7	
Завтрак	
Вареники из творога полужирного.	120
Яблоко.	80
Чай с сахаром	180
Обед	
Салат из белокочанной капусты и моркови с растительным маслом.	60
Борщ вегетерианский с мелкошинкованными овощами.	250
Пюре картофельное.	100
Котлеты мясные паровые.	100
Компот из смеси сухофруктов	180
Полдник	
Бутерброд с сыром.	50
Кофейный напиток суррогатный из цикория на молоке	180
Ужин	
Пшениная запеканка с творогом и изюмом.	180
Простокваша.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 8	
Завтрак	
Суфле творожное паровое.	150
Апельсин.	75
Чай с сахаром	180
Обед	
Винегрет с растительным маслом.	120
Суп рисовый с мелкошинкованными овощами вегетерианский.	250
Макароны, запеченные с яйцом.	130
Компот из кураги, изюма, чернослива	180
Полдник	
Булочка (на сливочном масле).	90
Кофейный напиток суррогатный из цикория на молоке	180
Ужин	
Крупеник из гречневой крупы с творогом.	180
Кисель из яблочного сока.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30

Продолжение табл.

1	2
День 9	
<i>Завтрак</i>	
Каша овсяная молочная вязкая.	210
Яблоко.	80
Кофейный напиток суррогатный из цикория на молоке	180
<i>Обед</i>	
Салат из белокочанной капусты и моркови с растительным маслом.	60
Суп-пюре из картофеля и моркови с гренками.	250
Суфле из отварной рыбы паровое с растительным маслом.	70
Компот из чернослива	180
<i>Полдник</i>	
Бутерброд с сыром.	50
Ряженка	180
<i>Ужин</i>	
Каша гречневая рассыпчатая с молоком.	200
Чай с сахаром.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 10	
<i>Завтрак</i>	
Котлета картофельная с добавлением соевого белка запеченная.	180
Апельсин.	75
Чай с сахаром	180
<i>Обед</i>	
Икра свекольная.	50
Щи из свежей капусты вегетарианские.	250
Плов из риса с курагой.	180
Компот из свежих яблок	180
<i>Полдник</i>	
Булочка соевая.	90
Кисель клюквенный	180
<i>Ужин</i>	
Голубцы, фаршированные овощами и рисом, запеченные.	180
Чай с сахаром.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30

Продолжение табл.

1	2
День 11	
Завтрак	
Омлет с сыром запеченный.	120
Банан.	100
Чай с сахаром	180
Обед	
Салат из свеклы с морской капустой.	60
Суп-пюре из кабачков.	250
Баклажаны, тушенные с помидорами.	180
Компот из сливы	180
Полдник	
Пирожки с рисом и яйцом печеные.	65
Кефир нежирный	180
Ужин	
Запеканка творожная с морковью.	150
Кисель молочный.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 12	
Завтрак	
Суфле творожное паровое.	150
Курага (порциями).	50
Чай с сахаром	180
Обед	
Салат из помидоров и сладкого перца с растительным маслом.	45
Суп-пюре из цветной капусты.	250
Фрикадели мясные паровые.	70
Макароны отварные с томатом.	100
Напиток апельсиновый	180
Полдник	
Бутерброд с сыром.	50
Кисель яз яблочного сока	180
Ужин	
Крупеник из гречневой крупы с творогом.	180
Кефир нежирный.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30

Продолжение табл.

1	2
День 13	
<i>Завтрак</i>	
Каша овсяная молочная вязкая.	210
Банан.	100
Кофейный напиток суррогатный из цикория на молоке	180
<i>Обед</i>	
Салат из помидоров и огурцов.	45
Борщ летний вегетерианский с мелкошинкованными овощами.	250
Баклажаны, тушенные в сметанном соусе.	180
Компот из чернослива	180
<i>Полдник</i>	
Пирожки с капустой печеные.	65
Чай с сахаром	180
<i>Ужин</i>	
Зразы картофельные, фаршированные овощами.	180
Кефир нежирный.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 14	
<i>Завтрак</i>	
Сырники, запеченные из творога полужирного.	150
Апельсин.	75
Чай с сахаром	180
<i>Обед</i>	
Салат из помидоров с растительным маслом.	45
Суп из сборных мелкошинкованных овощей вегетерианский.	250
Пюре картофельное.	100
Хек припущенный (филе).	70
Компот из кураги протертый	180
<i>Полдник</i>	
Пирожки с повидлом.	65
Простокваша	180
<i>Ужин</i>	
Пудинг творожный запеченный.	120
Ряженка.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30

Продолжение табл.

1	2
День 15	
Завтрак	
Голубцы, фаршированные овощами и рисом, запеченные.	150
Яблоко.	80
Чай с сахаром	180
Обед	
Салат овощной с морской капустой.	60
Щи из свежей капусты вегетарианские.	250
Плов из риса с курагой.	180
Компот из смеси сухофруктов	180
Полдник	
Булочка соевая.	90
Чай с сахаром	180
Ужин	
Каша гречневая рассыпчатая.	180
Кисель из яблочного сока.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 16	
Завтрак	
Запеканка рисовая с яблоками.	180
Апельсин.	75
Чай с сахаром	180
Обед	
Салат из помидоров и зеленого лука со сметаной.	45
Суп-пюре из кабачков.	250
Макароны, запеченные с сыром.	150
Компот из яблок и слив	180
Полдник	
Булочка (на растительном масле).	90
Кефир нежирный	180
Ужин	
Суфле творожное паровое.	150
Простокваша.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30

Продолжение табл.

1	2
День 17	
Завтрак	
Пшенинная запеканка с творогом и изюмом.	180
Груша.	100
Кофейный напиток суррогатный из цикория на молоке	180
Обед	
Салат из помидоров и огурцов.	45
Суп из сборных мелкошинкованных овощей вегетерианский.	250
Пюре картофельное.	100
Биточки паровые из трески с творогом и растительным маслом.	70
Компот из смеси сухофруктов	180
Полдник	
Булочка (на сливочном масле).	90
Ряженка	180
Ужин	
Каша гречневая рассыпчатая с молоком.	200
Чай с сахаром.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 18	
Завтрак	
Пудинг творожный запеченный.	150
Яблоко.	100
Чай с сахаром	180
Обед	
Салат из помидоров и зеленого лука со сметаной.	45
Суп-пюре из цветной капусты.	250
Баклажаны, тушенные в сметанном соусе.	180
Компот из кураги протертый	180
Полдник	
Пирожки с повидлом.	60
Кефир нежирный	180
Ужин	
Макароны, запеченные с сыром.	150
Кисель молочный.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30

Окончание табл.

1	2
День 19	
Завтрак	
Запеканка рисовая с яблоками.	180
Апельсин.	75
Кофейный напиток суррогатный из цикория на молоке	180
Обед	
Салат овощной с морской капустой.	60
Борщ летний вегетерианский с мелкошинкованными овощами.	250
Пюре картофельное.	100
Компот из кураги, изюма, чернослива	180
Полдник	
Бутерброд с сыром.	50
Ряженка	180
Ужин	
Вареники из творога полужирного.	90
Кисель из яблочного сока.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30
День 20	
Завтрак	
Голубцы, фаршированные овощами и рисом, запеченные.	180
Груша.	100
Чай с сахаром	180
Обед	
Винегрет с растительным маслом.	120
Щи из свежей капусты вегетерианские.	250
Плов из риса с курагой.	200
Компот из яблок и слив	180
Полдник	
Булочка соевая.	90
Кисель клюквенный	180
Ужин	
Каша гречневая рассыпчатая.	130
Чай с сахаром.	180
Хлеб пшеничный (витаминизированный или зерновой) на весь день.	40
Хлеб ржаной (ржано-пшеничный) на весь день	30

Рациональное питание детей в домашних условиях

Горелова Ж. Ю.,

*д-р мед. наук, заведующий отделом НИИ гигиены и охраны
здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, Москва*

Организация рационального питания детей с отклонениями в состоянии здоровья во многом зависит от родителей, так как в современных условиях немногие ДОУ обладают возможностями создания оптимальных условий для улучшения адаптационных и иммунобиологических возможностей детей, стабилизации и коррекции хронической патологии и функциональных расстройств.

В питании детей с нарушениями здоровья родителям целесообразно использовать продукты с повышенной биологической ценностью, а также обладающие свойствами, благотворно влияющими на здоровье, рост и развитие детей (эубиотики, продукты, содержащие биологически активные добавки из группы нутрицевтиков или обогащенные незаменимыми пищевыми веществами, и др.).

Для приготовления блюд и кулинарных изделий должна использоваться только йодированная поваренная соль, соответствующая требованиям государственных стандартов или имеющая гигиеническое заклю-

чение (сертификат), выданное органами Роспотребнадзора. Регулярное потребление пищевой йодированной соли в количестве до 3—5 г (1 чайная ложка) в сутки полностью обеспечивает потребность организма в йоде.

Среди продуктов промышленного производства с повышенной биологической ценностью, обогащенных биологически активными веществами, способных восполнить недостаток йода, железа, кальция, витаминов такие продукты, как витаминизированный хлеб (с бета-каротином), хлебобулочные изделия (с витаминно-минеральными премиксами), кондитерские изделия (с железом), витаминизированное печенье, сухие завтраки с бета-каротином, дольки апельсиновые с витамином С и бета-каротином, карамель леденцовая с витамином С, витаминизированное молоко, молочные десерты, йогурты, детские молочные смеси.

Для выпечки целесообразно использовать витаминизированную муку, йодированную соль и

дрожжи. В качестве полдника можно рекомендовать кисломолочные напитки — бифилакт, напитки из криопорошка «Яблоко», «Брусника», поливитаминные инстантные напитки «Золотой шар», «Цедевита», концентрат киселя «Золотой шар» и др., способные при нормальном суточном потреблении восполнять на 30—50% суточную физиологическую потребность детей в незаменимых веществах.

Дефицит микронутриентов, выявляемый практически во всех возрастных группах детей, особенно витаминов С, группы В, каротина, фолиевой кислоты, а также кальция, магния, железа, йода может быть частично восстановлен путем правильного составленного продуктового набора и использования продуктов лечебно-профилактического назначения (витаминные препараты, витаминно-минеральные комплексы, биологически активные добавки).

В настоящее время многие дети 5—6 лет ходят на занятия в группы дошкольной подготовки, спортивные секции и т.д. Такие занятия сопровождаются значительным умственным напряжением и стрессом. Для уменьшения отрицательного воздействия на состояние здоровья ребенка необходимо особенно строгое соблюдение режима питания детей. В этот период энергозатраты организма увеличиваются и усиливается потребность в биологически

активных веществах — витаминах, минеральных солях, микроэлементах. Ассортимент используемых продуктов должен быть особенно разнообразным. В суточном рационе необходимы овощи, фрукты, молочные продукты, мясо, рыба, соки, орехи, сухофрукты, мед, растительное масло. Дополнительное введение фруктов в промежутке между основными приемами пищи и поливитаминные препараты позволят предотвратить возможный дефицит и нарастающие потребности в незаменимых веществах в период повышенной интеллектуальной нагрузки.

Рациональное питание детей с дефицитом массы тела

В настоящее время общее состояние питания детей характеризуется изменением его структуры в связи с тем, что большая часть населения стала значительно хуже питаться. Отмечается уменьшение потребления продуктов животного происхождения (мяса, молока, рыбы), овощей, фруктов при одновременном увеличении потребления хлеба, крупы, макаронных изделий. В рационе порой резко снижен уровень потребления полноценных белков, растительных жиров, витаминов и минеральных веществ на фоне избыточного потребления углеводов. Поэтому особое внимание должно уделяться своевремен-

ной коррекции рационов питания при алиментарно-зависимых состояниях, которые могут характеризоваться как избытком тех или иных нутриентов, так и их недостатком.

При выявлении дефицита массы тела у ребенка необходимо проведение активной нутритивной поддержки.

При дефицитных состояниях пища должна быть более калорийной и высокобелковой, а энергетическая ценность рациона питания — увеличена на 10—15%, а в некоторых случаях — на 20%, и в рационе должно содержаться достаточное количество белков, жиров, углеводов. В белковую часть рациона следует включать продукты, содержащие белки животного происхождения (мясо, птицу, рыбу, яйца, творог, сыр, молоко, кефир и др.), так как они обладают более высокой усвояемостью, содержат незаменимые аминокислоты, не синтезирующиеся в организме человека. Животные белки в рационе детей и подростков должны составлять не менее 55—60% от общего количества белков.

В питание детей с дефицитом массы тела необходимо также включать продукты, обогащенные недостающими микронутриентами (витаминами и минералами). В настоящее время при оздоровлении учащихся с дефицитом массы тела и детей, часто и длительно болеющих, рекомендуется широко использовать

продукты с повышенной биологической ценностью.

Рациональное питание детей с избыточной массой тела

Оптимизация питания — одно из основных компонентов оздоровительных программ для детей с избыточной массой тела. Осуществление диетических мероприятий возможно только при активном участии родителей и соблюдении ими соответствующих правил и рекомендаций врачей.

Основные правила, связанные с ограничением питания, заключаются в том, что новый диетический рацион следует внедрять не резко — на адаптацию организма к новым условиям питания требуется не менее месяца; внедренный режим следует неукоснительно соблюдать — даже незначительное отклонение от него (например, в праздничные дни) может свести на нет усилия многих месяцев.

Режим питания детей с избыточной массой тела должен отличаться следующими особенностями: калорийность пищи в течение дня распределяется так, чтобы завтрак включал 25—30% калорийности всего суточного рациона, обед — 35—40, полдник — 10—15, ужин — 20—25%; частота приема пищи — не менее 4 раз в день и 75—90% всего количества пищи должно приходиться на время до 17—18 ч; после 18.00 употребляются только кисломолочные про-

дукты (кефир, простокваша, ряженка) и овощи, исключая картофель. Ребенка следует приучать есть медленно, тщательно пережевывая пищу, не отвлекаться на игры, телефон, компьютер.

В рацион питания включают в основном молочные продукты, а также овощи и фрукты, которые при относительно большом объеме обладают малой калорийностью. Значительно ограничивается потребление хлеба (особенно белого), сахара, конфет, кондитерских и макаронных изделий, крупы (за исключением гречневой), картофеля; несколько уменьшается количество жиров (особенно животного происхождения). Употребление мяса, рыбы, молока, яиц, творога должно соответствовать нормальным возрастным потребностям.

Пища не должна содержать острых приправ, усиливающих секреторную деятельность желудка и повышающих аппетит.

Нормализации массы тела у детей с угрозой ожирения можно достичь уже при организации питания, соответствующего его физиологической норме, т.е. если исключить переизбыток, снизив потребление жиров и углеводов (см. приложение).

В борьбе с избыточной массой тела и ожирением большое значение имеют меры, направленные на повышение энергетического обмена и утилизацию жиров в организме. Особая роль

при этом принадлежит закаливанию. Родителям следует рекомендовать организацию для детей воздушных ванн, обтирания и обливания водой при температуре от $+20^{\circ}\text{C}$ до $+23^{\circ}\text{C}$, для подростков — контрастные души с перепадом температур от $+35^{\circ}\text{C}$ до $+20^{\circ}\text{C}$. Непременное условие, обеспечивающее положительный эффект при проведении процедур закаливания, — постепенность их внедрения в режим дня учащегося.

Фитотерапия — действенное средство в нормализации обмена веществ, повышении иммунобиологических возможностей организма ребенка, улучшении функций нервной, сердечно-сосудистой систем, органов пищеварения, дыхания, кроветворения, восполнении недостающих микронутриентов.

Полезные компоненты фитотерапии — фруктовые и овощные соки, приготовление которых наиболее рационально в домашних условиях.

Морковный сок — «король» овощных соков. Он комбинируется практически со всеми другими соками. Богатство каротином (провитамина А) способствует стимуляции синтеза белка и ускорению роста. Морковный сок рекомендуют учащимся, отстающим в физическом и умственном развитии. Сок содержит витамины РР, В₂, В₆, С, Е, большое количество железа, кобальта, меди. Все это способствует нормализации обмена

веществ, улучшению образования элементов крови и транспорта кислорода.

Свекольный сок воздействует на работоспособность многогранно. Он стимулирует образование эритроцитов и улучшает транспорт кислорода к тканям, что обусловлено содержащимися в свекле железом и фолиевой кислотой. Довольно высокое содержание витаминов С, Р, В₁, РР способно компенсировать их дефицит после физических нагрузок, особенно в весенний период. Свекольный сок — один из самых богатых йодом. Высокое содержание магния способствует нормализации нервной деятельности при нервных перегрузках и стрессах. При этом хорошо расширяются кровеносные сосуды. Принимать сок лучше вечером. Он оказывает благоприятное действие на нервную систему при неврозах, помогает при бессоннице. Целесообразно назначать свекольный сок в смеси с морковным в соотношении 1:4. В качестве сырья можно использовать не только корнеплоды, но и молодую ботву.

Сок петрушки содержит много витаминов А и С. Поэтому его применение показано в сочетании с морковным соком (1:3) при зрительных нагрузках. Сок улучшает функции дыхания, сердечную деятельность, его можно использовать на фоне циклических нагрузок (бег трусцой, ходьба, плавание и др.). Количество

сока на прием должно быть не более одной столовой ложки. Сок петрушки можно комбинировать и с соками шпината, салата, сельдерея.

Сок сельдерея издавна применяли как «источник силы». После его употребления отмечается повышение общего тонуса, улучшение аппетита, довольно выраженный антитоксический, мочегонный и слабительный эффект. Поэтому его лучше всего назначать учащимся с избыточной массой тела, нарушениями обмена веществ и быстрой утомляемостью. Сок содержит витамины С, В₁, В₂, РР и богат органическими соединениями натрия, лишенными побочных эффектов поваренной соли. Сок сельдерея содержит большое количество органического калия, кальция, фосфора, поэтому достаточно хорошо поддерживает минеральный состав крови при высоких физических нагрузках. Особенно рекомендуется сок в жаркую погоду. Он хорошо сочетается с другими овощными и фруктовыми соками. Возможны сочетания: морковь, свекла, сельдерей (8:3:5); морковь, капуста, сельдерей (1:4:5); морковь, сельдерей, редька (8:5:30).

Сок салата повышает общий тонус за счет улучшения сна, снижает перевозбуждение нервной системы и неблагоприятное действие стрессов. В нем содержится почти 30% калия, 15 — кальция, 6 — магния, бо-

лее 9% — фосфора. Такой набор минеральных веществ оказывает благоприятное действие не только на нервную, но и на мышечную систему. Сок рекомендуется детям, занимающимся оздоровительными, общеукрепляющими физическими упражнениями.

Сок салата без примесей можно рекомендовать до 100 мл в день. Удачны комбинации с соком моркови (1:2), моркови и огурца (5:7:4), моркови и граната (5:7:4). Эффективны сочетания сока салата с яблочным соком (1:1) или с соком томата.

Томатный сок — излюбленный укрепляющий, освежающий и утоляющий жажду напиток. Сырой томатный сок значительно полезнее, чем сок в консервированном виде. В нем сохраняются сильнодействующие фитонциды, подавляющие процессы брожения и гниения в кишечнике. Сок хорошо стимулирует образование желудочного сока, а также улучшает деятельность сердца, так как в нем содержится значительное количество калия. Высокое содержание органических кислот (молочной, яблочной) активизирует обмен веществ, повышает щелочной резерв крови. По содержанию аскорбиновой кислоты томатный сок не уступает цитрусовым. стакан сока обеспечивает половину суточной потребности в витаминах А и С. Этот сок часто используют в смеси с соком яблок, тыквы и лимона (2:4:1),

особенно при необходимости снижения массы тела.

Огуречный сок — хорошее мочегонное и послабляющее средство. Он оказывает благоприятное действие на функции сердца, укрепляет стенки сосудов, поскольку содержит калий (до 40%). Известна способность огуречного сока повышать аппетит, сохранять свежесть и тонус кожи. Сок обладает успокаивающим действием, благоприятно воздействует на нервную систему. В сутки можно применять до 100 мл чистого огуречного сока. Его действие усиливается при комбинации с другими соками, например, черносмородиновым, яблочным, грейпфрутовым (2:2:1) или томатным и чесночным (20:20:1).

Яблочный сок способствует нормализации обмена веществ, восстановлению организма после физических нагрузок. В соке содержится довольно много минеральных веществ, существенных для кроветворения: железо и марганец. Яблочный сок богат калием, натрием и кальцием в оптимальных соотношениях, что способствует нормализации функций сердечно-сосудистой системы.

Сок виноградный обладает общеукрепляющим действием, бактерицидным, мочегонным, слабительным, потогонным, отхаркивающим действием. Он снижает содержание холестерина в крови, нормализует артериальное давление. Употреблять сок рекомендуется за 1 ч до еды 1—2 раза в день.

Приложение

Диета для детей и подростков с ожирением
(стол № 8)

1. Показания: ожирение.

2. Целевое назначение: предупреждение и устранение избыточного отложения жира в организме, снижение аппетита.

3. Общая характеристика: редуцированная диета с низкой энергетической ценностью за счет ограниченного введения легкоусвояемых углеводов и жиров животного происхождения. Исключены сильные раздражители пищеварительного тракта с целью уменьшения секреции. Создание чувства сытости путем назначения малокалорийной, но значительной по объему пищи. Содержание белка соответствует возрастной физиологической потребности ребенка. Соотношение белков, жиров и углеводов — 1:0,8:3.

4. Набор рекомендуемых продуктов и блюд:

- свежие овощи, фрукты и ягоды;
- супы овощные вегетарианские;
- нежирные сорта мяса (тощая говядина, свинина, кролик, птица) и рыба в отварном или тушеном виде;
- гарниры овощные или крупяные;
- молоко и молочные продукты со сниженным содержанием жира (молоко и кефир 2,5% жирности; творог и творожная масса с жирностью 4—5%);

- растительные масла;
 - нежирные сорта сыра (типа пошехонского);
 - сахарозаменители: аспартам.
- Набор исключаемых продуктов и блюд:
- бульоны (мясные, рыбные, грибные);
 - острые и соленые закуски, приправы, копчености;
 - тугоплавкие жиры (свиной, бараний, гусиный, утиный), топленое масло;
 - жирные сорта мяса и рыбы, икра;
 - колбасы вареные и копченые, сосиски, сардельки;
 - кондитерские изделия (торты, пирожные, пироги, булочки, шоколад и шоколадные конфеты, мармелад, зефир, пастила и др.);
 - мороженое, газированные напитки, компоты и фруктовые соки промышленного и домашнего приготовления, какао, натуральный кофе;
 - сыры с высоким содержанием жира;
 - макаронные изделия, пшеничный хлеб, манная крупа;
 - ксилит, сорбит.

5. Кулинарная обработка: пища дается в сыром, вареном, тушеном, запеченном виде без специй. Степень измельчения разнообразная.

6. Режим питания: дробный, 5—6 раз в сутки.

Проведение прогулки и занятий физической культурой на воздухе в зимнее время

Степанова М.И.,

д-р мед. наук, НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, Москва

Согласно последним концептуальным документам в области дошкольного образования* образовательные программы должны быть направлены на охрану и укрепление здоровья ребенка. Очень важно, чтобы это требование не осталось просто декларацией, так как оно весьма актуально, по крайней мере, по нескольким причинам. Во-первых, до сих пор еще не преодолены негативные тенденции в состоянии здоровья детской популяции. Лишь 5—7% дошкольников здоровы, до 25 — страдают хроническими заболеваниями, свыше 60% имеют функциональные отклонения. Во-вторых, с уходом от единообразия и унифицированности образования, созданием условий для вариативной и личностно-ориентированной педагогики принципиально важно обеспечить возможность реализации только таких образовательных программ,

которые удовлетворяют требованиям укрепления физического и психического здоровья детей. В-третьих, в условиях вариативности дошкольного образования весьма актуальна проблема защиты ребенка от перегрузки. Причем перегрузка касается не только содержательной его части, но и организационной, т.е. происходит не только увеличение информационного объема, предлагаемого дошкольникам, но и числа занятий, сокращение перерывов между ними, нарушение возрастных регламентов режима дня дошкольников не только воспитателями, но и родителями.

Среди мер, способствующих гармоничному развитию, поддерживающих и повышающих уровень здоровья детей, пожалуй, самые эффективные — занятия физической культурой. Они выполняют учебно-воспитательную, разгрузочную роль, ослабляя негативное влияние интенсивной интеллектуальной и статической нагрузок, способствуют их чередованию и поддержанию у детей уровня рабо-

* «Концепция дошкольного воспитания» (1989), «Национальная доктрина образования» (2000), «Концепция модернизации российского образования на период до 2010 года» (2002).

тоспособности, достаточного для освоения общеразвивающих программ.

Общими принципами рационального построения занятий физической культурой являются следующие:

- учет возрастных закономерностей физического и психического развития детей;
- личностно-ориентированный подход, учитывающий возрастные и индивидуальные особенности состояния здоровья и развития детей;
- корригирование функциональных расстройств здоровья у нуждающихся в этом воспитанников;
- создание условий для оптимальной двигательной активности детей;
- комплексность использования профилактических, оздоровительных и коррекционных технологий с учетом возраста и состояния здоровья детей;
- преемственность в организации занятий на каждом этапе их пребывания в ДОУ;
- содержание занятий с учетом региональных, климатических и сезонных особенностей;
- формирование у детей положительной мотивации к занятиям физической культурой.

Реализация этих принципов будет способствовать достижению ребенком максимально возможного уровня гармоничного физического развития.

Доказано, что оптимально для сохранения работоспособности

детей такое сочетание статического и динамического компонента, когда в учебном процессе они представлены поровну. Физкультурные занятия для всех возрастных групп необходимо проводить не менее 3 раз в неделю. Их продолжительность в младшей группе составляет не менее 15 мин, в средней — не менее 20, в старшей — не менее 25, подготовительной к школе — 30 мин. Оздоровительный эффект физкультурных занятий намного выше, если они организуются на открытом воздухе. Проводить их нужно не только в теплое время года, но и в зимний период. Прогулка и занятия физкультурой на свежем воздухе хорошее закаливающее средство.

Остановимся подробнее на требованиях к организации этих занятий и прогулки в зимний период.

Для регионов средней полосы в зимнее время года физкультурные занятия на участке, так же как и прогулку детей 5—7 лет, не проводят при температуре воздуха ниже -20°C и скорости ветра более 15 м/с. Продолжительность прогулки следует сократить или отменить, если на улице сильный снегопад или ветер и т.п. В районах Сибири и Заполярья прогулки проводят и при более низких температурах. Так, старших дошкольников можно выводить на прогулку в безветренную погоду и при -30°C . Прогулка — обязательный элемент режима дня ребенка. Если

она хорошо и правильно организована, достаточна по длительности, дети реализуют в ней до 50% суточной потребности в активных движениях. Сокращение времени пребывания на воздухе создает дефицит движений. Даже в холодное время года суммарное пребывание ребенка на улице не должно быть менее 3 ч.

Важное условие для полноценной организации прогулки и физкультурных занятий на воздухе — соответствующие погоде одежда и обувь. Продолжительность прогулки во многом зависит от ее организации. В холодное время года одевание и раздевание детей нередко очень затягиваются, за счет чего сокращается время пребывания детей на улице. Важно своевременно формировать навыки самообслуживания, привычку аккуратно и рационально складывать одежду. Одеваться, выходить на участок и возвращаться с прогулки дети должны подгруппами. Это избавит от толчеи в раздевальной комнате и перегрева детей. Разумное чередование и сочетание различных занятий делает прогулку интересной и привлекательной. Перед выходом детей на улицу необходимо проконтролировать, как они одеты. В процессе занятий и прогулки воспитатели должны осуществлять контроль за состоянием детей, не допуская их переохлаждения, обращая внимание на состояние часто болеющих детей, страдающих хроническими за-

болеваниями, обостряющимися при охлаждении.

В холодную погоду важна организация деятельности, способствующая оптимизации их двигательной активности, препятствующая их переохлаждению. Если ребенок не занят интересной игрой, не бегает, не катается на санках, то весьма вероятно, что скоро он начнет замерзать. Поэтому в арсенале воспитателя должны быть разнообразные коллективные или групповые игры, которые необходимо чередовать с непродолжительными спокойными занятиями, оставляя время и для самостоятельной деятельности детей. Нельзя допускать, чтобы дети бросали снежки в голову друг другу — это может стать причиной ранения глаз и др. Если перед прогулкой занятия носили статический характер — ее лучше начать подвижной игрой; если предшествовали динамические занятия — игру целесообразнее организовать в середине прогулки. Не рекомендуется завершать прогулку подвижными играми.

Зимние экскурсии детей должны быть педагогически оправданы, а передвижение детей — безопасным.

Учащенное дыхание и пульс, покраснение лица, усиленное потоотделение свидетельствуют об избыточной нагрузке и нарушении теплового состояния ребенка. В этом случае следует уменьшить интенсивность игры, переключить детей на спокойные занятия. Малоподвижных

детей, во время прогулки предпочитающих спокойные игры, необходимо побуждать активно двигаться. При жалобах детей на холод необходимо вовлечь их в подвижную игру.

Физкультурные занятия организуют на специальной площадке, которая должна быть приспособлена для круглогодичного проведения обязательных и дополнительных физкультурных занятий, подвижных игр, спортивных развлечений и праздников. Большое разнообразие движений и их вариантов, выполняемых на спортивных площадках, позволяет развивать и совершенствовать такие важные физические качества детей, как быстрота, ловкость, сила, гибкость, выносливость.

Чтобы занятия физкультурой обеспечивали адекватную возрастную физическую подготовленность детей, необходима их правильная организация. Это значит, что структура занятий физкультурой должна состоять из трех частей: вводной, основной и заключительной. Задача такого построения занятий состоит в том, чтобы обеспечить постепенный переход дошкольников к повышенной мышечной деятельности (вторая половина основной части) и столь же постепенное уменьшение нагрузки к концу занятий (заключительная часть).

Эффективность физического занятия определяют по показателям общей и моторной

плотности. *Общая плотность* отражает время, затраченное на обучение (объяснение, показ упражнений, выполнение упражнений детьми). Фактически это полезная часть занятий, выражаемая в процентах по отношению к общей его продолжительности, принятой за 100%. При определении общей плотности исключают время, затраченное на подготовку площадки к занятию, расстановку оборудования, вынужденное ожидание очереди и др. Этот показатель на занятиях, проводимых на воздухе, должен составлять не менее 90—95%. *Моторная плотность* — время, в течение которого дети выполняют различные движения. На занятиях, проводимых в холодное время на воздухе, моторная плотность должна быть выше тех показателей, которые рекомендуются для занятий в зале (60—80%), и достигать 90%.

Важным требованием, предъявляемым к занятиям физической культурой, является индивидуализация нагрузки. Она должна учитывать уровень двигательной подготовленности ребенка, его здоровье, физическое развитие, тип высшей нервной деятельности.

Нередкой является практика временного освобождения детей от прогулок и занятий физической культурой после перенесенных острых респираторных заболеваний. В результате у ребенка резко снижается двигательная активность и не восполняется дефицит движений, возникший во

время болезни. Все это приводит к понижению функциональных возможностей, снижению эмоционального тонуса и тем самым замедляет полноценное выздоровление. Между тем правильно дозированная физическая нагрузка способствует развитию компенсаторных реакций, а процессы восстановления после перенесенного заболевания идут быстрее. Поэтому после перенесенных острых заболеваний с учетом рекомендаций врача дети должны заниматься физической культурой с первых дней возвращения в детский сад. Однако нагрузку для них следует дозировать, исключать упражнения, требующие большого напряжения. Нежелательны упражнения и с резким изменением положения тела.

Участок детского сада круглогодично нуждается в уходе. В зимний период необходима регулярная очистка его от снега, в первую очередь, дорожек, групповых и физкультурных площадок, навесов. В случае необходимости следует проводить обработку участка, особенно дорожек, ступенек противогололедными средствами, безопасными для детей, не загрязняющими почву и не вредящими зеленым насаждениям. В районах Крайнего Севера для создания благоприятных условий организации прогулки на свежем воздухе необходимо позаботиться о ветро- и снегозащите территории детского сада.

Для игрового и спортивного инвентаря, используемых на уча-

стке, необходимо предусмотреть специальное хранилище или кладовую. Важно следить за исправностью этого инвентаря и игрушек, вовремя устраняя поломки, которые могут послужить причинами травматизации детей.

Размеры и конструкции спортивно-игрового оборудования:

- должны отвечать анатомо-физиологическим особенностям детей разных возрастных групп;
- иметь доступную высоту снарядов;
- диаметр перекладин должен быть удобен для обхвата детской рукой, а оборудование отвечать эстетическим требованиям, привлекать детей формой и окраской.

Спортивно-игровое оборудование:

- должно быть надежно закреплено;
- его поверхность не должна иметь острых углов и выступов, шероховатостей и выступающих болтов;
- не должно быть постоянным, по возможности его надо обновлять.

Состояние спортивно-игрового оборудования необходимо регулярно контролировать, следить за его исправностью, вовремя ремонтировать, восстанавливать утраченные детали, а в случае невозможности их восстановления — демонтировать.

Содержание зимних прогулок очень разнообразят лыжи, санки, коньки, различные сооруже-

ния из снега, веселые зимние праздники.

Дошкольный возраст — самое подходящее время для освоения «лыжной грамоты». По доступности и оздоровительному эффекту катание на лыжах не имеет себе равных. Приобщать детей к лыжам можно, по мнению врачей и педагогов, с 3—4 лет.

Перед катанием детей на лыжах следует проверить прочность крепления лыж, длину палок, обучить детей правильно держать палки, не задевая ими товарища, идти или ехать на расстоянии, не наталкиваясь друг на друга.

Напоминаем, как правильно подобрать лыжи. Чтобы они были по росту, ребенок должен доставать до конца их вытянутой рукой, а высота палок — уровня подмышечных впадин. Если лыжи длинные, ими трудно управлять, а короткие хуже скользят и проваливаются в снег. Для начала можно использовать валенки или сапожки, крепления у лыж при этом должны быть мягкие, а через год-другой можно уже использовать специальные лыжные ботинки. Очень важно, чтобы ребенок был одет тепло и легко: свитер, теплые колготки, куртка, брюки теплые, трикотажные, а еще лучше комбинезон из непромокаемой ткани. На ноги обязательно надеть толстые шерстяные носки, на руки — толстые варежки или кожаные рукавички. На голове — вязаная шапочка, в меховой будет жарко. Но ша-

почка должна быть на подкладке, чтобы не продувало уши, можно поддеть тонкую шерстяную шапочку. Очень удобен шлем, он надежно защищает и избавляет от необходимости укутывать ребенка шарфом. Чем более тренирован ребенок, чем выше темп его передвижения, тем легче должна быть его экипировка.

Прежде всего ребенка следует научить самостоятельно надевать лыжи и без посторонней помощи подниматься после падения. Самое трудное — первые шаги. Их лучше начинать в погожий зимний день, когда температура воздуха не ниже -10°C .

Главное — помочь выработать скользящий шаг. Этим удобнее заниматься на накатанной лыжне. Известно, что дети очень любят подражать. И если вы не просто даете указания, а показываете, как надо скользить то на одной, то на другой лыже, поочередно энергично отталкиваясь палками, дети быстрее почувствуют и поймут ваши требования. Тот, кому уже приходилось обучать детей, наверное, знает, что главные ошибки новичков — недостаточное сгибание ног и слабое отталкивание. Следите за этим особенно внимательно. Специалисты советуют, разбежавшись, скользить то на одной, то на другой сильно согнутой ногой, приседая перед толчком. Лучше проделывать это на лыжне, которая идет под уклон. Малышам, как правило, трудно сразу овладеть попеременным скольжением. Обычно разбегутся — и

скользят на обеих лыжах сразу. Для разучивания скользящего шага можно порекомендовать такое упражнение: передвигаться по лыжне без палок, заложив руки за спину, слегка наклонившись вперед и перенося вес тела с ноги на ногу. Не торопитесь давать палки и при освоении простейших поворотов, спусков, подъемов «елочкой» или «лесенкой». И дело тут не только в большей безопасности, хотя и это очень важно. Вы, наверно, обращали внимание, как неопытный лыжник буквально «висит» на палках, перенося чуть ли не основную нагрузку на руки. Поэтому, чтобы заставить работать ноги, лучше освоить скольжение и научиться сохранять равновесие. Первое время советуем обойтись без палок.

Важно научить детей и простейшим способам торможения. Один из них называется «плугом»: пятки лыж раздвигаются, носки сводятся вместе, лыжи ставятся на внутренние ребра. Другой способ — «полуплуг» («упор»), когда одна лыжа скользит, другая отставляется пяткой в сторону и ставится на ребро. При этом коленки сближаются, носки лыж сведены. Первые лыжные «уроки» не должны быть слишком продолжительны: не более 15—20 мин. Между этими занятиями не должно быть больших перерывов, иначе дети могут утратить едва освоенные навыки. А ваши похвалы — пусть маленьким успехам — прибавят желание вновь встать на лыжи.

Зачастую территория детского сада не позволяет создать условия для лыжных занятий. Для этой цели можно использовать близко расположенный парк или другую подходящую для этих целей территорию, защищенную от ветра, которую необходимо заранее подготовить для этих занятий. Дорога к ней должна быть безопасна и занимать не более 5—7 мин ходьбы.

Возраст 4—5 лет — очень подходящий период для освоения катания на коньках.

Катание на коньках полезно всем, но особенно оно благотворно для формирования организма девочек. Пожалуй, еще только занятия гимнастикой в такой же степени способствуют красивой осанке, вырабатывают плавность движений, грациозность и музыкальность.

Малышам, как правило, предлагают фигурные коньки с зубчиками спереди. Коньки должны быть хорошо наточены. Ботинки надевают обязательно на шерстяной носок. Очень важно их правильно зашнуровать — пальцы ног свободны, а вот подъем туго стянут. Если ботинки великоваты, можно положить в них толстые стельки или надеть еще одну пару носков. Лучшая одежда для этих целей — комбинезон или курточка и утепленные или непромокаемые брючки.

Не следует пугаться, если после лыжной прогулки или катания на коньках дети жалуются на боли в ногах. Это мо-

жет быть результатом непривычной мышечной нагрузки, чрезмерной продолжительности занятий. Но если эти жало-

бы регулярно повторяются, необходимо проконсультироваться с врачом: нет ли у ребенка плоскостопия.

Эффективность физического воспитания детей 6-летнего возраста в ДОУ

Макарова А.Ю.,

канд. мед. наук, кафедра гигиены детей и подростков ФППО
педиатров, Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальная проблема школьной гигиены — обеспечение оптимальной физической активности детей и подростков как необходимое условие их полноценного роста и развития.

Известна профилактическая направленность регулярной физической активности в отношении хронической заболеваемости:

- профилактика болезней сердца;
- снижение массы тела и повышение физической работоспособности и подготовленности у тучных детей;
- профилактика остеопороза и сохранение на оптимальном уровне минерализации позвоночника и скелета конечностей;
- предотвращение хронических заболеваний позвоночника, снижение травматизма;
- создание мышечного корсета, формирование осанки;
- профилактика и основной патогномоничный фактор лече-

ния нейроциркуляторной дистонии.

В настоящее время до 70% детей и подростков страдают гипокинезией. Недостаточный уровень физической активности детей в значительной степени снижает сопротивляемость организма развитию утомления и понижает его работоспособность, препятствует оптимальному становлению и развитию психомоторной функции, отрицательно сказывается на показателях физического развития и состоянии здоровья. У 30% детей дошкольного возраста отмечаются отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата, столько же детей имеют нарушения в сердечно-сосудистой и дыхательной системах.

Дефицит двигательной активности в значительной мере является результатом особенностей постановки физического воспитания в организованных детских

коллективах. Динамические исследования многих специалистов в области организации физического воспитания показывают, что в системе физического воспитания детей дошкольного возраста функциональные возможности организма ребенка учитываются недостаточно. Действующая типовая программа физического воспитания учитывает среднестатистические возрастно-половые возможности детей в «сенситивные периоды развития», когда становление тех или иных двигательных качеств происходит наиболее интенсивно. Однако при этом игнорируются возрастные особенности на всем протяжении периода роста и развития, а также индивидуальные темпы созревания каждого ребенка. Для организации занятий физической культурой материально-техническая база большинства воспитательно-образовательных учреждений неудовлетворительна и часто сочетается с формальным педагогическим подходом.

В то же время изменение двигательного компонента физического воспитания должно базироваться на строгом нормировании нагрузок в соответствии с возрастными анатомо-физиологическими особенностями детского организма.

Цель настоящей работы — физиолого-гигиеническая оценка эффективности организации занятий физической культурой по экспериментальной программе физического воспитания в ДОУ.

Обследовано 257 детей 6-летнего возраста: 134 дошкольника, занимающихся физической культурой по типовой программе, и 123 — посещающих ДОУ, осуществляющее занятия физической культурой по экспериментальной программе, предложенной Российской государственной академией физической культуры.

В основе экспериментальной методики лежит *сюжетно-ролевая игра*, включающая:

- комплексы упражнений, направленных на укрепление связочно-мышечного аппарата туловища и верхних конечностей;
- формирование правильной осанки и сводов стопы;
- оздоровительную гимнастику на специальных мячах для детей, самомассаж с массажным мячом, а также развивающие и корригирующие упражнения с использованием специального детского сертифицированного модульного оборудования «ALTISYSTEM» с обязательным психолого-педагогическим сопровождением.

Физические упражнения выполняются по ходу сюжетно-ролевой игры, носят имитационный характер и состоят из взаимосвязанных игровых ситуаций, заданий, упражнений, подобранных таким образом, чтобы содействовать решению конкретных оздоровительных и развивающих задач. В программе использовались различные физические упражнения, последовательность которых соответству-

ет общепринятой четырехчастной структуре. При этом упражнения, используемые в подготовительной и заключительной частях занятий, а также этюды психогимнастики, танцы и игры менялись через 2—3 занятия, варьируясь в соответствии с сюжетом. Комплексы общеразвивающих упражнений (ОРУ), используемые в основной части, выполнялись на протяжении 15—16 занятий, с постепенным усложнением упражнений и увеличением нагрузки. Всего использовались три комплекса сюжетных занятий продолжительностью по 2 мес. каждый, что способствовало оптимальному развитию двигательных качеств в течение коротких тренирующих программ.

Нами проведено сравнительное динамическое изучение физического развития детей 6-летнего возраста по комплексной методике с учетом биологического уровня развития и гармоничности морфофункционального состояния, а также их физической работоспособности и подготовленности.

Оценка физического развития показала, что при организации физического воспитания по экспериментальной программе, в сравнении с типовой, достоверно чаще дети развивались в соответствии со своим календарным возрастом (соответственно: 71—63%). Реже встречались дошкольники с замедленными темпами биологического созревания, соответственно: 14 и 23%). Аналогич-

ная тенденция выявлена при оценке морфофункционального статуса: развивались дисгармонично соответственно: 9 и 20%.

Распределение детей по группам риска возможности развития заболеваний показало, что 66% обследованных детей, занимающихся физической культурой по экспериментальной программе, не имеют риска развития заболеваний. В учреждениях, работающих по типовой программе, таких детей менее половины — 48%.

Результаты изучения функциональных показателей свидетельствуют, что средние и выше средних показатели мышечной силы кистей рук имели 60% дошкольников, физическое воспитание которых осуществлялось по экспериментальной программе, и только 43% — по типовой.

Динамическое изучение физического развития детей выявило положительные сдвиги в сомато- и физиометрических показателях (см. таблицу). Однако у детей экспериментальной группы средняя прибавка антропометрических показателей достоверно выше:

- массы тела почти в 4 раза (в сравнении: 3,3 и 0,9 кг);
- экскурсии грудной клетки в 12 раз (в сравнении: 1,7 и 0,14 см);
- жизненной емкости легких в 2 раза (в сравнении: 289 и 124 мл);
- мышечной силы кистей рук в 7 раз (в сравнении: 2,4 и 0,34 кг).

Таблица

**Величина прибавок антропометрических показателей
через 6 месяцев после начала занятий физической
культурой по разным программам**

Антропометрические показатели	Программы			
	Экспериментальная		Типовая	
	$M \pm y$	$M(m)$	$M \pm y$	$M(m)$
Длина тела, см	$1,96 \pm 1,0$	0,14	$3,04 \pm 0,67$	0,14
Масса тела, кг	$3,3 \pm 1,2$	0,17	$0,92 \pm 0,08$	0,05
Окружность грудной клетки, см	$2,2 \pm 1,14$	0,17	$1,92 \pm 1,15$	0,13
Экскурсия грудной клетки, см	$1,7 \pm 1,02$	0,15	$0,14 \pm 0,15$	0,03
Жизненная емкость легких, мл	$289,4 \pm 89,4$	13,1	$124,4 \pm 25,7$	13,8
Мышечная сила кистей рук, кг	$2,4 \pm 0,9$	0,13	$0,34 \pm 0,35$	0,01

Таким образом, положительные сдвиги в антропометрических показателях спустя 6 мес. от начала занятий у детей в экспериментальной группе были более выражены, чем при занятиях по типовой программе.

С целью комплексной характеристики индивидуальных особенностей реакции функциональных систем организма на стандартную нагрузку было проведено изучение физической работоспособности у детей экспериментальной группы с разным уровнем физического развития (см. рисунок).

Среди дошкольников, биологический уровень развития которых опережал календарный возраст, имели показатели физической работоспособности в пределах средних и выше сред-

них величин 71%, в группе детей со средними темпами биологического созревания — 64, а при задержке биологического развития — 34%.

При этом дети с задержкой процессов биологического созревания, в сравнении с развивающимися средними темпами, в 2 раза чаще демонстрировали высокие показатели физической работоспособности (соответственно: 26 и 14%).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что экспериментальная программа физического воспитания оказывает значительное стимулирующее воздействие при задержке биологического развития, положительно влияет на детей, биологический возраст которых соответствует календарному, и не вызывает

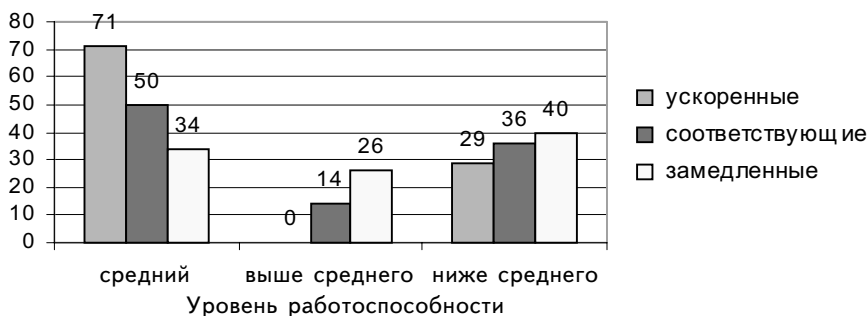


Рис. Физическая работоспособность детей с разными темпами биологического созревания, занимающихся по экспериментальной программе

резкого увеличения уровня физической работоспособности при ускоренном созревании.

Среди обследованных детей с гармоничным морфофункциональным состоянием — 86% имели показатели физической работоспособности в пределах средних и выше средних величин. В группе детей, развивающихся дисгармонично, $\frac{2}{3}$ имели среднюю работоспособность, но 33% — сниженную.

Таким образом, экспериментальная программа физического воспитания оказывает выраженное положительное влияние на морфофункциональный статус обследованных дошкольников, способствуя гармоничному развитию морфологических и функциональных показателей.

Изучение физической подготовленности показало, что средний и выше среднего уровни выявлены у подавляющего большинства детей, занимающихся по экспериментальной программе физического воспитания: по тесту «подъем в сед» — 71%, по

тесту «прыжок в длину» — 95%. При занятиях по типовой программе у 62% дошкольников количество подъемов в сед соответствовало ниже среднего уровня физической подготовленности. Слабое развитие двигательного акта «прыжок в длину с места» демонстрировали 40% обследованных данной группы.

Следовательно, экспериментальная программа физического воспитания, в отличие от типовой, способствует своевременному гармоничному развитию не только двигательных качеств, но и выносливости.

Представленные результаты научных исследований подтверждают высокую эффективность программы физического воспитания детей дошкольного возраста, в основу которой положены возрастные особенности развития организма, его адаптивные возможности и биологическая потребность в активных движениях, и свидетельствуют о снижении риска развития заболеваний и отклонений в состоянии здоровья.

Профилактика и коррекция гипокинезии в ДОУ

Бобрищева-Пушкина Н.Д., Силаев А.А., Кузнецова Л.Ю.,
канд. мед. наук, доценты, врачи высшей категории;

Попова О.Л.,

канд. мед. наук, ассистент, кафедра экологии человека и гигиены окружающей среды ГОУ ВПО, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва

Необходимость движения — биологическая потребность любого живого организма, ее удовлетворение способствует гармоничному развитию, сохранению и укреплению здоровья ребенка. Потребность в движениях получила название *кинезофилии*. Она возникает одновременно с рождением ребенка, качественный и количественный состав движений формируются под влиянием генетически обусловленных конституциональных особенностей, состояния здоровья, климатогеографических условий, системы обучения и воспитания и сложившегося образа жизни. Между реакцией организма и количественной величиной суточной двигательной активности обнаружена следующая зависимость: наибольший оздоровительный эффект наблюдается при средних (оптимальных) уровнях двигательной активности, он снижается по мере того, как величина этого показателя выходит за пределы оптимального диапазона, как в сторону его превышения, так и снижения.

Дефицит движений обозначается термином *гипокинезия*, а избыток — *гиперкинезия*. В России, как и в большинстве цивилизованных стран, среди детей и подростков преобладает гипокинезия. По данным Научного центра здоровья детей, в нашей стране испытывают гипокинезию до 60% детей, причем дефицит движений порой составляет до 50%. Отсутствие достаточной двигательной активности способствует развитию предпатологического дезадаптационного состояния. Характерные его признаки — учащение ОРЗ, быстрая утомляемость при выполнении физических нагрузок, низкие функциональные возможности организма, отставание в развитии двигательных качеств, задержка физического развития и его дисгармоничность за счет избытка массы тела. В дальнейшем при продолжающейся гипокинезии развивается астеноневротический синдром (ухудшение памяти, внимания, повышенная утомляемость на обязательных занятиях), ухудшение характера и поведения ребенка, нарушение

Таблица 1

Возрастные нормы двигательной активности

Возрастно-половая группа	Число локомоций (шагов), тыс.	Продолжительность двигательного компонента, ч
3—4 года (оба пола)	9—13	5,5—6
5—6 лет (оба пола)	11—15	5—5,5
7 лет (оба пола)	14—18	4,5—5

регуляции артериального давления (чаще по гипотоническому типу), жирового обмена с гиперхолестеринемией и обмена кальция со снижением его количества в костях, задержкой окостенения хрящевой ткани.

Гиперкинезия у детей и подростков в основном связана с ранней спортивной специализацией и форсированным режимом тренировок и у детей дошкольного возраста практически не наблюдается.

С целью рациональной организации двигательной активности детей и предупреждения гипо- и гиперкинезии в результате научных исследований были установлены нормы суточной двигательной активности для детей [2, 3]. Для нормирования ее чаще всего используют локомоции (шаги) и продолжительность двигательного компонента в часах. Для измерения суточного объема локомоций (числа шагов) в научных исследованиях используется шагомер, закрепляемый на поясе ребенка и в течение суток фиксирующий количество шагов. Определение продолжительности

двигательного компонента может быть произведено путем непосредственного хронометража деятельности ребенка, анкетированием родителей, воспитателей или анализом режима дня учреждения для детей и подростков. Нормы суточной двигательной активности для детей приведены в табл. 1.

Профилактика гипокинезии должна начинаться с рождения ребенка. Недопустимо ограничение движений — тугое пеленание, отсутствие пребывания ребенка на руках, в вертикальном положении, положении на животе, боку. Уже в грудном возрасте необходимо регулярное применение таких элементов физического воспитания детей, как гимнастика и массаж. Это способствует укреплению здоровья, положительно влияет на общее развитие детей, сроки появления и качество двигательных навыков, эмоциональное состояние и функциональные возможности отдельных органов и систем. Медицинским работникам необходимо обучать родителей ребенка простейшим приемам такого воздействия.

Физическое воспитание детей первого года жизни в ДОУ организуется в форме индивидуальных занятий, включающих комплексы массажа и гимнастики. Врач назначает комплексы строго индивидуально с учетом возраста ребенка, его состояния здоровья, физического и нервно-психического развития.

Врачебные назначения обязательно фиксируют в медицинской карте ребенка.

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

Длительность занятия с каждым ребенком составляет 6—10 мин.

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

Эффективный способ развития двигательной сферы — купание ребенка, занятия с ним в бассейне, так как вода оказывает термическое и механическое воздействие на опорно-двигательный аппарат, способствует снижению гипертонуса, улучшает основной обмен. Окружающая ребенка среда должна способствовать развитию у него произвольных движений (наличие ярких, озвученных, удобных для захвата игрушек, твердой

опоры для формирования навыков сидения и вставания, удобная одежда и гибкая, не стесняющая движений стопы обувь). При освоении навыка самостоятельной ходьбы следует помнить, что использование ходунков, страховочных приспособлений тормозит у ребенка выработку чувства равновесия и задерживает формирование этого навыка. В то же время медицинским работникам следует предостеречь родителей и воспитателей от форсирования освоения навыков сидения и ходьбы, принудительного сажания и вождения за ручки, поскольку это может приводить к формированию деформаций опорно-двигательного аппарата.

При организации деятельности детей дошкольного возраста следует помнить, что реализация двигательной активности у них происходит в основном во время игр и прогулок. Большое значение здесь имеет наличие игрушек и несложного спортивного инвентаря (мячей, движущихся игрушек, самокатов, трехколесного велосипеда), ограничение использования прогулочных колясок, удобные, не стесняющие движений и не вызывающие перегревания одежда и обувь. Оптимальная одежда для прогулок в осенне-зимний период — комбинезон и кожаные сапожки; использование валенок с калошами, шуб и пальто значительно затрудняют двигательную ак-

тивность ребенка, что может привести к более быстрому охлаждению. Родители, педагоги-воспитатели должны способствовать увеличению качественного разнообразия движений, побуждая ребенка к прыжкам, вставанию на четвереньки, перекатыванию, приседанию, выполнению точных и мелких движений, вовлекая детей в подвижные игры и развлечения на прогулках.

Большое значение имеет оборудование игровых площадок на участке. Для обеспечения качественного разнообразия движений и развития двигательных качеств на площадке для детей ясельного возраста необходимо иметь: горку-манеж, секции с гимнастической лестницей и набором элементов для игр с мячом (разновысокие кольца для попадания мячом) и пролезания, качели-балансир и качалку. Постепенно в ДОУ детей дошкольного возраста воспитатели начинают привлекать к организованным занятиям фи-

зическими упражнениями. Для этого организуется спортивный уголок, оборудованный лестницей-стремянкой, гимнастической стенкой, снарядами для пролезания, матами.

Занятия с детьми второго года жизни проводят в групповом помещении, с детьми третьего года жизни — в групповом помещении или физкультурном зале 2—3 раза в неделю. Строятся такие занятия в виде несложных игр, подражаний движениям животных.

Рекомендуемая наполняемость групп на занятиях физкультурой и их длительность, в зависимости от возраста детей, представлена в табл. 2.

В дошкольном возрасте большая часть двигательной активности реализуется ребенком во время игр и прогулок. Подвижные игры должны составлять не менее 30 мин во время каждой прогулки и проводиться в конце ее. Однако ребенок начинает участвовать и в различных формах физического воспита-

Таблица 2

Организация физического воспитания в ясельных группах и их длительность в зависимости от возраста детей

Возраст детей	1 год 3 мес. — 1 год 6 мес.	1 год 7 мес. — 2 года	2 года 1 мес. — 2 года 11 мес.	3 года (вторая половина учебного года)
Количество детей	2—4	4—6	8—12	Вся группа
Длительность занятия, мин	6—8	8—10	10—15	15

ния. Согласно санитарным правилам для ДОУ [4], организованные формы двигательной деятельности должны включать: утреннюю гимнастику, физкультурные занятия в помещении и на воздухе, физкультминутки на занятиях, подвижные игры на прогулках, физкультурные праздники и соревнования. Каждая из этих форм решает различные задачи.

Утренняя гимнастика способствует снятию сонного торможения у детей, повышению работоспособности. Проводят ее воспитатели до завтрака в течение 8—10 мин, используя простейшие упражнения (потягивания, наклоны, хлопки руками, махи ногами, прыжки на месте, упражнения на внимание). Для предупреждения потери интереса детей комплексы упражнений необходимо менять каждые две недели [1]. Физкультминутки на занятиях позволяют предупредить дальнейшее развитие утомления и появление патологических изменений в состоянии опорно-двигательного аппарата, зрительного анализатора. Их необходимо проводить на всех занятиях статического характера, в момент начального утомления, проявляющегося двигательным беспокойством, ростом отвлечений (как правило, в середине занятия). Они должны длиться 1—1,5 мин и включать упражнения для мелких мышц кисти, мышц туловища, шеи и глазных мышц (моргание, движения глазных яб-

лок, чередование взгляда вблизи и вдаль).

Физкультурные праздники и простейшие соревнования формируют положительную мотивацию к занятиям физической культурой. Целесообразно использовать на них веселые эстафеты с награждением победителей [5]. На *физкультурных занятиях* развиваются и совершенствуются основные двигательные навыки (ходьба бег, прыжки) и физические качества (гибкость, ловкость, быстрота). Физкультурные занятия для дошкольников проводят не менее 3 раз в неделю в зале для гимнастических занятий в облегченной спортивной одежде и обуви. Длительность зависит от возраста детей и составляет: в младшей группе — 15 мин, средней — 20, старшей — 25, подготовительной к школе — 30 мин.

Одно из трех физкультурных занятий для детей 5—7 лет следует круглогодично проводить на открытом воздухе. В средней полосе занятия проводят при температуре воздуха до -15°C в безветренную погоду.

Для организации занятий необходимо оборудование физической площадки на участке ДОУ разновысокими бумажными пеньками, перекладинами, рукоходами, гимнастическими стенками, щитами-мишенями, баскетбольными щитами. Размеры и количество оборудования приведены в действующих санитарных правилах для ДОУ [4].

Медицинский персонал учреждения должен осуществлять медико-педагогический контроль за организацией занятий, проводя выборочный хронометраж и пульсометрию. Моторная плотность занятия в зале (отношение времени занятия, затраченного ребенком на движения, к общей продолжительности занятия, выраженное в процентах) должна составлять не менее 70%, на воздухе — не менее 80%. Обязательная часть занятия — подвижная игра.

Для обеспечения тренировочного эффекта на занятиях в зале средний уровень ЧСС (определяемый как среднее арифметическое от частоты пульса ребенка в начале, середине и конце занятия) у детей 3—4 лет должен составлять 130—140 уд./мин, на воздухе — 140—160; у детей 5—7 лет — в зале 140—150, на воздухе — 150—160 уд./мин.

Высокоэффективное средство профилактики гипокинезии в дошкольном возрасте — плавание в бассейне. В холодный период года занятия в бассейне предпочтительно проводить после прогулки. При организации занятий в бассейне перед прогулкой для предупреждения переохлаждения детей необходимо предусмотреть промежутки времени между ними не менее 50 мин.

В целом объем двигательной активности воспитанников ДОУ за счет организованных форм физического воспитания дол-

жен составлять не менее 6 ч в неделю.

Выраженная гипокинезия может наблюдаться у детей с серьезными отклонениями в состоянии здоровья, что способствует ухудшению течения основного заболевания, снижению функциональных резервов и иммунной резистентности организма. Педиатр должен назначить для такого ребенка занятия в специальной медицинской группе в образовательном учреждении или группе лечебной физической культуры в поликлинике, а среднему медицинскому персоналу контролировать выполнение назначений. Полного освобождения от занятий физической культурой для детей не должно быть.

В последнее время в ДОУ увеличилось число гиперактивных, моторно расторможенных детей. Следует помнить, что лечебно-коррекционные мероприятия для них — обязательное выполнение норм двигательной активности, увеличение доли бега средней интенсивности, плавания и сокращения эмоционально окрашенных занятий физической культурой (единоборств, командных игр).

Увеличение двигательной активности детей вне ДОУ медицинские работники и воспитатели должны рекомендовать для родителей детей, только что поступивших в ДОУ и проходящих период адаптации к нему, и в период выраженного психоло-

гического кризиса третьего года жизни.

К задачам медицинского персонала относится также и образовательная работа среди детей и родителей по этим вопросам. Не умаляя достоинств традиционных форм такой работы (беседы, лекции, памятки, стенды), следует подчеркнуть более высокую эффективность организации соревнований и спортивных праздников (особенно с участием родителей) для воспитания мотивации к занятиям физкультурой и спортом.

Комплексная работа администрации ДООУ медицинских работников, педагогов и воспитателей, родителей, по профилактике гипокинезии у детей будет

способствовать сохранению и укреплению здоровья подрастающего поколения.

Литература

1. Вареник Е.Н. Утренняя гимнастика в детском саду. М., 2008.
2. Гигиеническая норма двигательной активности детей и подростков 5—18 лет: Метод. рек. М., 1984.
3. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: Учебник для вузов. М., 2008.
4. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных образовательных учреждениях. СанПиН 2.4.1.1249-03.
5. Харченко Т.Е. Физкультурные праздники в детском саду. Сценарии спортивных праздников и развлечений. М., 2009.

Роспотребнадзор сообщает

Проведение профилактических медицинских осмотров детей и подростков на различных этапах обучения в образовательных учреждениях позволяют обнаружить и начать своевременную коррекцию нарушений осанки, сколиозов, снижения остроты зрения, дефектов речи, нарушений слуха. Однако продолжает отмечаться тенденция к росту данных патологических состояний при переходе на каждый следующий этап обучения. Так, в Красноярском крае у детей при поступлении в детское дошкольное учреждение выявлено нарушение осанки в 12,5 случаях (на тысячу осмотренных детей), при поступлении в школу — 42,3, при переходе к предметному обучению (4—5 классы) — 56,9 случаев.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году»

Универсальная методика оценки физического развития детей

Скоблина Н.А.,

д-р мед. наук, доцент;

Кучма В.Р.,

*д-р мед. наук, профессор, НИИ гигиены и охраны
здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, Москва*

ПЕДИАТРИЯ



Физическое развитие растущего организма — один из основных показателей состояния здоровья ребенка. Чем значительнее отклонения в физическом развитии ребенка, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний.

По мнению С.М. Громбаха, оценка физического развития детей и подростков должна быть комплексной и состоять из двух баллов; первый должен отражать степень соответствия биологического и паспортного возраста, второй — содержать морфофункциональную характеристику «физической дееспособности». Тем самым будут отражены и получают оценку обе сущности физического развития — процесс и состояние.

Оценка физического развития как этап предусмотрена при проведении базовой скрининг-программы доврачебного медицинского обследования в условиях ДОО.

Последние научные данные свидетельствуют, что в системе медицинской профилактики методика оценки физического развития должна максимально учитывать влияние на процессы роста и развития детей комплекса социальных и биологических факторов. Информативная методика оценки физического развития необходима для мониторинга состояния здоровья детского населения, динамического медицинского наблюдения за ростом и развитием ребенка, для проведения профилактических осмотров, при выполнении профилак-

тической и оздоровительной работы в образовательных учреждениях. Для решения этих задач предложена универсальная методика оценки физического развития.

Универсальная методика оценки физического развития основана на использовании региональных модифицированных шкал регрессии, которая использует региональные возрастно-половые нормативы и является комплексной методикой оценки физического развития. Антропометрические и соматоскопические данные, применяемые для универсальной методики, входят в состав обязательных при проведении профилактических осмотров дошкольников. Противопоказаний не зафиксировано. Однако необходимо отметить, что использование данных нормативов физического развития для оценки физического развития мигрантного детского населения, проживающего в московском регионе, может давать не вполне корректные результаты.

При проведении антропометрических исследований необходимо соблюдать следующие требования:

- измерения проводятся на раздетом ребенке;
- медицинский работник находится справа или спереди от него;
- все измерения проводят между антропометрическими точками, в первую половину

дня, в теплом, светлом помещении;

- антропометрический инструментальный должен быть стандартизованным, метрологически поверенным, легко подвергаться обработке дезсредствами. Используются ростомер и медицинские весы.

Обследование каждого ребенка начинается с установления его календарного возраста на момент обследования, так как это принято в медицинской практике, когда, например, к 7-летним относят детей в возрасте от 6 лет 6 мес. до 7 лет 5 мес. 29 дней и т.д.

Длина тела измеряется при помощи ростомера: голова ребенка находится в положении, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха расположены в одной горизонтальной плоскости, горизонтальная линейка подводится к наиболее высокой точке головы; точность измерения до 0,5 см.

Масса тела измеряется при помощи взвешивания на медицинских весах: ребенок стоит на середине весовой площадки, лицом к медицинскому работнику; точность измерения до 100 г.

Окружность грудной клетки измеряется при помощи прорезиненной сантиметровой ленты, которую заменяли через каждые 100 измерений: измерение проводится при спокойном дыхании, лента накладывается строго горизонтально на уровне околососковых кружков спереди, под

углами лопаток сзади, мягкие ткани следует слегка прижать; точность измерения до 0,5 см.

Для дошкольников проводится осмотр зубов и составление зубной формулы. Прорезывание молочных зубов начинается во втором полугодии жизни и к 2,5—3 годам заканчивается, общее количество молочных зубов 20. К 12—13 годам все молочные зубы выпадают, в прикусе остаются постоянные зубы. Прорезывание постоянных зубов начинается в 5—6 лет и заканчивается к 15—18 годам, 8-е зубы могут прорезываться в более старшем возрасте или отсутствовать вообще. Первыми прорезываются первые моляры, затем резцы, первые премоляры, клыки, вторые премоляры, вторые моляры, а затем 8-е зубы «мудрости», общее количество постоянных зубов 32. На верхней

и нижней челюстях справа и слева соответственно по 2 резца, 1 клыку, 2 малых коренных, 2 больших коренных и 1 большой коренной зуб «мудрости». Соответствующие молочные и постоянные зубы по форме не отличаются друг от друга, но молочные зубы меньше по размерам и к моменту завершения рассасывания их корней имеют стертые режцовые края и жевательные поверхности. Прорезавшиеся постоянные зубы характеризуются наличием зубчиков по краю режцов и выраженными бугорками на поверхности малых и больших коренных зубов. При осмотре определяется количество зубов, молочные или постоянные, цвет, форма, положение в зубной дуге, состояние твердых тканей; результаты осмотра зубов заносятся в зубную формулу.

Результаты, полученные пос-

Универсальная методика оценки физического развития		
Уровень биологического развития		Гармоничность физического развития
Соответствует возрасту		Гармоничное физическое развитие
		Нормальное физическое развитие
Отстает от возраста		Дисгармоничное физическое развитие
		Дефицит массы тела и его степень
		Избыток массы тела и его степень
Опережает возраст		Низкая длина тела
		Высокая длина тела

Рис. Схема оценки физического развития детей по универсальной методике

ле выполнения программы измерений, фиксируют.

Оценка физического развития детей по универсальной методике проводится согласно схеме (см. рисунок).

Оценка начинается с определения уровня биологического развития ребенка. У дошкольников она основывается на длине тела и количестве постоянных зубов. Показатели оцениваются в комплексе.

Далее оценивается гармоничность физического развития ребенка. Методика предусматривает следующие варианты оценки:

нормальное физическое развитие — масса тела в пределах от $M-1,0\sigma_R$ до $M+2,0\sigma_R$ относительно длины тела;

дефицит массы тела I степени — масса тела в пределах от $M-1,1\sigma_R$ до $M-2,0\sigma_R$ относительно длины тела;

избыток массы тела — масса тела от $M+2,1\sigma_R$ до $M+3,0\sigma_R$ относительно длины тела;

дефицит массы тела II степени — масса тела от $M-2,1\sigma_R$ и ниже относительно длины тела;

ожирение — масса тела от $M+3,1\sigma_R$ и выше относительно длины тела;

низкая длина тела — длина тела меньше минимальных значений, указанных в таблице (меньше $M-2\sigma$);

высокая длина тела — длина тела больше максимальных значений, указанных в таблице (больше $M\pm 2\sigma$).

Общее заключение о физическом развитии ребенка складывается из оценок уровня и гармоничности физического развития. В случае нормального физического развития, дефицита I и II степени, избытка массы тела и ожирения также указывается оценка длины тела — «средняя», «ниже средней», «выше средней».

При наличии таких отклонений в физическом развитии, как «низкая длина тела», «высокая длина тела», «избыток массы тела», «ожирение», необходима консультация эндокринолога. Данные отклонения должны учитываться врачами-специалистами, участвующими в профилактических осмотрах: кардиологом, гастроэнтерологом, хирургом/ортопедом, детским неврологом, офтальмологом, детским гинекологом, урологом/андрологом (табл. 1, 2).

Таблица 1

Показатели уровня биологического развития

Возраст, лет	Длина тела, см ($M \pm \sigma$)	Погодовая прибавка, см	Количество постоянных зубов, шт.	Показатели полового созревания, баллы
7	123,3 — 134,5	□	10—13	Ax_0 , P_0 , Ma_0 , Me -

Таблица 2

Региональные модифицированные шкалы регрессии массы тела по длине тела

78

Здоровый ребенок

МЕДРАБОТНИК
2010, № 5

Оценка длины тела	Длина тела, см	Оценка массы тела				
		Дефицит массы тела II степени, кг	Дефицит массы тела I степени, кг	Нормальное физическое развитие	Избыток массы тела, кг	Ожирение, кг
1	2	3	4	5	6	7
Низкая М — 2,1у	118	Масса тела, кг				
Ниже сред- ней от М — 1,1у до М — 2у	119	10,0 и менее	10,1 — 15,2	15,3 — 26,4	26,5 — 30,1	30,2 и более
	120	10,7 и менее	10,8 — 15,8	15,9 — 27	27,1 — 30,7	30,8 и более
	121	11,5 и менее	11,6 — 16,4	16,5 — 27,6	27,7 — 31,3	31,4 и более
	122	12,2 и менее	12,3 — 17,1	17,2 — 28,3	28,4 — 32	32,1 и более
Средняя М ± 1у	123	13 и менее	13,1 — 17,7	17,8 — 28,9	28 — 32,6	32,7 и более
	124	13,8 и менее	13,9 — 18,3	18,4 — 29,5	29,6 — 33,2	33,3 и более
	125	14,6 и менее	14,7 — 18,9	19,0 — 30,1	30,2 — 33,8	33,9 и более
	126	15,4 и менее	15,5 — 19,5	19,6 — 30,7	30,8 — 34,4	34,5 и более
	127	16,1 и менее	16,2 — 20,2	20,3 — 31,4	31,5 — 35,1	35,2 и более
	128	16,9 и менее	17 — 20,8	20,9 — 31	32,1 — 35,7	35,8 и более
	129	17,7 и менее	17,8 — 21,4	21,5 — 32,6	32,7 — 36,3	36,4 и более
	130	18,5 и менее	18,6 — 22	22,1 — 33,2	33,3 — 36,9	37 и более

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6	7
	131	19,3 и менее	19,4 — 22,6	22,7 — 33,8	33,9 — 37,5	37,6 и более
	132	20 и менее	20,1 — 23,3	23,4 — 34,5	34,6 — 38,2	38,3 и более
	133	20,8 и менее	20,9 — 23,9	24 — 35,1	35,2 — 38,8	38,9 и более
	134	21,6 и менее	21,7 — 24,5	24,6 — 35,7	35,8 — 39,4	39,5 и более
	135	22,4 и менее	22,5 — 25,1	25,2 — 36,3	36,6 — 40	40,1 и более
Выше сред- ней от М + 1,1у до М + 2у	136	23,2 и менее	23,3 — 25,7	25,8 — 36,9	37,2 — 40,6	40,7 и более
	137	23,9 и менее	24 — 26,4	26,5 — 37,6	37,8 — 41,3	41,4 и более
	138	24,7 и менее	24,8 — 27	27,1 — 38,2	38,5 — 41,9	42 и более
	139	25,5 и менее	25,6 — 27,6	27,7 — 38,8	39,1 — 42,5	42,6 и более
Высокая М + 2,1у	140					
М	128,9	—		25,2	—	
у	5,6	—		—	—	
R _{x/y}		—		0,62	—	
У _R		—		3,7	—	

Склеродермия у детей

Осминина М.К.,

канд. мед. наук, врач высшей категории, доцент кафедры
детских болезней, Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова, Москва

Склеродермия — редкое хроническое заболевание, относящееся к группе ревматических (коллагеновых) болезней, с характерным поражением кожи, давшим название болезни.

Склеродермия, начавшись в детском возрасте, сопровождает пациента всю жизнь, служит причиной ранней инвалидизации, представляет определенную медико-социальную проблему. Нередко начальные проявления болезни в виде поражения кожи, суставов, внутренних органов, нервной системы, глаз, половых органов протекают под видом других заболеваний, поздно приводя пациента к специалисту-ревматологу.

Расширение знаний специалистов различного профиля, знакомство педиатров первичного звена с данной нозологией, поможет диагностировать заболевание на ранних стадиях, своевременно назначить лечение для предотвращения прогрессирования склеродермии и формирования инвалидизации ребенка.

Склеродермия у детей (ювенильная склеродермия ЮСД) —

достаточно редкое заболевание из группы системных заболеваний соединительной ткани, проявляющееся характерным фиброзом кожи и началом заболевания до 16-летнего возраста. Различают ювенильную системную склеродермию (ЮССД), протекающую с поражением внутренних органов, и ювенильную ограниченную склеродермию (ЮОСД), при которой поражаются кожа и подлежащие ткани.

ЮСД не является самостоятельной нозологической единицей по МКБ, ее выделяют в отдельную форму только клинически. Согласно МКБ-10, системная склеродермия (ССД) относится к системным поражениям соединительной ткани, ограниченная склеродермия (ОС) — к рубрике «Другие локализованные изменения соединительной ткани». Исходя из этого, дети с ЮОСД часто наблюдаются детскими дерматологами.

Вместе с тем, патоморфологические исследования кожи и подлежащих тканей при ограниченной склеродермии у детей

указывают на сходство морфологических изменений при системной и ограниченной склеродермии.

Первичная заболеваемость ЮССД составляет 0,05 случаев на 100 тыс. населения. Распространенность системной склеродермии у взрослых колеблется в пределах 19—75 случаев на 100 тыс. населения, заболеваемость — 0,45—1,4 на 100 тыс. населения в год, при этом доля детей в возрасте до 16 лет среди больных ССД составляет менее 3%, а в возрасте до 10 лет — менее 2%. Заболеваемость ограниченной склеродермией у взрослых составляет 2,7 случаев на 100 тыс. населения, у детей — 1 случай на 100 тыс. населения. Вместе с тем, в структуре хронических ревматических заболеваний у детей склеродермия занимает третье место.

Изучение склеродермии имеет многолетнюю историю. О склеродермии уже вполне определенно писали Diemerbroeck (1660), Zacutus Lusitanus (1643) и др.

Первое подробное описание заболевания принадлежит Alibert (1817). Полагают, что термин «склеродермия» (твердокожие) впервые применил Gintrac в 1847 г. Впоследствии Raynaud (1862) изучал «отверждение кожи конечностей». В отечественной литературе одним из первых описал склеродермию А.Д. Павловский (1880), а в книге «Введение в курс дерматологии»

А.Г. Полотебнов рассматривал склеродермию как болезнь всего организма.

«Дерматологический» этап изучения склеродермии закончился только в 40-х гг. XX столетия, когда американский патолог Пауль Клемперер с сотрудниками сформулировали концепцию о коллагеновых болезнях. Стало очевидным, что существуют две разные формы болезни — заболевание, ограниченное кожей и подлежащими тканями, а также системная склеродермия, при которой поражаются кожа и внутренние органы в силу универсального процесса дезорганизации соединительной ткани. В середине XX в. начинается «прорыв» склеродермии в область внутренних болезней, так называемый «терапевтический» этап изучения болезни, что повлекло подробное изучение заболевания с общеинтернистских позиций.

СД у детей чаще начинается в дошкольном и младшем школьном возрасте. В возрасте до 8 лет ССД встречается одинаково часто у мальчиков и девочек, а среди детей более старшего возраста преобладают девочки (Д : М = 3 : 1).

Начало болезни чаще приходится на пятый-восьмой годы жизни ребенка; период активности заболевания составляет в среднем 3—5 лет. Этот период детского возраста характеризуется интенсивным ростом и становлением опорно-двигательно-

го аппарата, поэтому воспалительный процесс в коже, сухожилиях, мышцах, изменение васкуляризации подлежащих костных структур при ЮОСД приводят к нарушению их развития. Калечащие дефекты конечностей и лица развиваются у 44% детей с глубокой формой склеродермией и 25% больных с линейной склеродермией.

Этиология заболевания не установлена. Основными звеньями патогенеза СД являются процессы усиленного коллагено- и фиброзообразования, нарушение микроциркуляции в результате воспалительных изменений и спазма мелких артерий, артериол и капилляров, изменения гуморального иммунитета с выработкой аутоантител к компонентам соединительной ткани.

Склеродермия развивается исподволь, медленно, чаще с кожных поражений, которые не сопровождаются болевыми ощущениями в большинстве случаев. Как правило, родители обращают внимание на изменение цвета кожи, появление участков уплотнения ткани. Характерно отсутствие жалоб. Редко больных могут беспокоить чувство «стянутости» кожи, ограничение подвижности суставов. Общие симптомы в виде слабости, утомляемости, лихорадки встречаются главным образом у больных ЮОСД. На поздних сроках болезни у пациентов ЮОСД развивается характер-

ный внешний вид, а именно — отставание в физическом развитии, дистрофия, гипомимия и маскообразность лица, «кисетный рот», истончение кончика носа, ушных раковин, блеск кожи лица и конечностей, вынужденная поза при ходьбе, обусловленная множественными контрактурами суставов.

Поражение кожи при склеродермии — проявление, определяющее лицо болезни. Кожный патологический процесс при склеродермии проходит в своем развитии три стадии, постепенно переходящие одна в другую. Различают стадии плотного отека, индурации (уплотнения, отвердения) и атрофии. *Стадия отека* — первая, иногда протекающая клинически незаметно. На коже появляются участки сосудистого стаза, отечность, разнообразные пятна с характерным лиловым венчиком по периферии. Кожа такого участка может принимать различную окраску, от белой до синюшно-розовой.

Стадия индурации характеризуется тем, что кожа делается утолщенной, тестовидной консистенции, неподвижной, приобретает восковидную, бело-желтую окраску. Стадия атрофии клинически характеризуется истончением кожи, которая делается пергаментной, блестящей, спаивается с подлежащими тканями, в местах костных выступов может атрофироваться и изъязвляться. На пораженных

участках кожи прекращается рост волос, работа сальных и потовых желез. Возникает гиперпигментация кожи, просвечивает подчеркнутый сосудистый рисунок.

Поражение суставов — второй по частоте симптом после поражения кожи, характерно развитие периартикулярных контрактур, наряду с суставами поражаются мышцы и подлежащие костные структуры.

При ЮССД с *диффузным* поражением кожи отмечается генерализованное поражение кожных покровов. Процесс начинается с поражения кожи дистальных отделов конечностей, лица и имеет центробежный характер распространения с последующим вовлечением проксимальных отделов конечностей и туловища.

При *акросклеротическом* варианте в первую очередь поражаются дистальные отделы конечностей (кисти рук, реже стопы). Пальцы, вследствие отека и индурации, становятся плотными, их трудно сжать в кулак (склеродактилия), формируются контрактуры, кисти приобретают вид «когтистой лапы». Характерен синдром Рейно, с нарушением трофики концевых фаланг пальцев рук и ног, развитием дигитальных рубчиков и пренекрозов у $1/3$ больных. При *проксимальной форме* ССД отмечается поражение кожи туловища и проксимальных отделов конечностей выше метакар-

пальных и метатарзальных суставов.

Одним из частых у детей вариантов поражения кожи является *гемисклеродермия*, при которой отмечается поражение одной конечности и одностороннее поражение туловища и одноименных конечностей, иногда с распространением области поражения на кожу шеи и половины лица. Глубокие трофические нарушения, отмечающиеся в области поражения, нередко становятся причиной уменьшения объема пораженной конечности и нарушения ее роста, приводя к инвалидизации ребенка.

Телеангиэктазии (локальные расширения капилляров и мелких сосудов, нередко напоминающие звездочки) характерны для ССД с ограниченным поражением кожи, их обнаруживают у 80% больных на поздних стадиях развития заболевания.

Акросклеротическому варианту ССД свойственно образование мелких кальцинатов в мягких тканях, особенно часто — в периартикулярных областях (на пальцах, в области локтей и коленей и др.), подвергающихся травматизации. Подкожный кальциноз получил название синдрома Тибьерже-Вайссенбаха. Кальциноз (С) в сочетании с синдромом Рейно (R), нарушением моторики пищевода (Е), склеродактилией (S) и телеангиэктазиями (Т) свойствен особой форме ССД — CREST-синдрому.

Синдром Рейно наблюдается у 75% больных ЮССД и представляет собой феномен трехфазного изменения цвета кожи пальцев рук, реже — рук и ног (в отдельных случаях кончиков носа, языка, губ, ушных раковин). Данный синдром обусловлен симметричным пароксизмальным вазоспазмом. В первой фазе отмечается побеление кожи, возникает чувство похолодания или онемения; во второй — развивается цианоз, в третьей — происходит покраснение пальцев с ощущением жара, «ползания мурашек», болезненности. Синдром Рейно, вызванный спазмом артерий внутренних органов (сердца, легких, почек, ЖКТ), головного мозга, органа зрения и др., при ЮССД наблюдается редко.

Поражение внутренних органов при ЮССД чаще характеризуется изменениями со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (40—80% случаев), в виде затруднения проглатывания пищи, диспептическими расстройствами, потерей массы тела. Вовлекаются в процесс все отделы ЖКТ, вместе с тем, уже на ранних стадиях болезни можно выявить нарушения моторики пищевода посредством ЭГДС.

Изменения в легких наблюдаются у 28—40% больных ЮССД в форме интерстициального поражения легких. Фиброз сначала развивается в базальных отделах, затем становится диффуз-

ным, формируется «сотовое легкое». У детей легочная гипертензия встречается редко, лишь у 7% больных, и рассматривается в качестве прогностически неблагоприятного признака.

Клинически поражение легких проявляется наличием сухого кашля, одышки при физической нагрузке. При рентгенографии легких отмечаются симметричное усиление и деформация легочного рисунка, двусторонние сетчатые или линейно-нодулярные тени, наиболее выраженные в базальных участках легких, иногда общий «мутный» фон. Нарушения функции внешнего дыхания выявляются раньше рентгенологических. Значение для оценки состояния легких имеет КТ с высоким разрешением, которая позволяет обнаружить начальные изменения в легких (симптом «матового стекла»).

Поражение сердца развивается у детей редко, на начальных стадиях заболевания у 8% больных, возрастая при увеличении длительности болезни. Изменения связаны с фиброзированием миокарда, эндокарда и перикарда, развивается склеродермический кардиосклероз в виде прогрессирующих нарушений ритма и проводимости, снижается сократительная способность миокарда. Иногда формируется сердечная недостаточность.

Поражение почек наблюдается при ССД у детей в редких случаях. Хроническая склеродерми-

ческая нефропатия выявляется у 5% больных, характеризуется следовой протеинурией или минимальным мочевым синдромом. Истинная «склеродермическая почка» (склеродермический почечный криз) встречается менее чем у 1% детей.

Также возможно *поражение нервной системы* как в форме периферического полиневритического синдрома и тригминальной невропатии, так и в виде судорожного синдрома, гемиплегической мигрени, очаговых изменений в ткани головного мозга при локализации очага склеродермии на голове.

Диагностика ЮСД основана, главным образом, на оценке имеющихся клинических данных (специфическое поражение кожи, физикально-инструментальное выявление возможных висцеритов), однако в качестве «малых» диагностических критериев ЮССД используются и серологические показатели — положительные антинуклеарные факторы (АНФ) и специфические антитела (АТ), антицентромерные, антитопоизомеразные, антитела к рибонуклеопротеиду.

Клинический (общий) анализ крови входит в обязательный стандарт как амбулаторного, так и стационарного обследования ребенка с ЮСД. Возможно выявить у больных повышение СОЭ (30%), лейкоцитоз (20%), эозинофилию (25%). Значительные изменения в клиническом анализе крови

характерны для высокой активности процесса при ЮССД, смешанного заболевания соединительной ткани.

Патологические отклонения в общем анализе мочи при ЮСД выявляются у небольшого количества пациентов. Проявление склеродермического поражения почек — умеренная протеинурия до 1,5 г/сут., минимальный мочево́й синдром. При биохимическом исследовании крови гиперпротеинемия и диспротеинемия отмечаются в среднем у 10% пациентов за счет повышения фракции гамма-глобулинов. Повышение уровня фибриногена встречается у 25% пациентов, увеличение уровня С-реактивного белка выявляют у 10—15% больных ЮСД, что коррелирует с клинической активностью заболевания. Повышенный уровень криоглобулинов и появление циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), в среднем у 30—40% пациентов, указывает на появление патологических иммуноглобулинов и их замедленную элиминацию.

В сыворотке крови больных ССД часто определяются антитела к центромерам, топоизомеразе, антиядерные. У некоторых пациентов выявляют антитела к гладкомышечным клеткам. Значение этих антител еще не полностью определено. Не существует прямой корреляционной зависимости между концентрацией аутоантител в сыворотке крови и выраженностью клини-

ческой симптоматики при ССД. Более того, при ССД обнаруживают аутоантитела к молекулам коллагена I и IV типов. Изучение иммунологических нарушений у обследованных нами детей со склеродермией показывает большую частоту повышения уровня иммуноглобулинов (чаще IgG до 50% пациентов), ревматоидного фактора. Антитела к ДНК обнаруживаются в 5—10%, а антинуклеарный фактор (чаще крапчатый тип свечения) — у подавляющего большинства пациентов системной формой, реже при ограниченных формах болезни.

Лабораторные показатели чаще изменены при ЮССД, однако при различных вариантах ЮОСД возможны изменения показателей общего, биохимического анализа крови, иммунологических показателей.

Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ помогают в диагностике склеродермических висцеритов и сопутствующих поражений печени, почек, что важно для оценки необходимости и возможности назначения базисной терапии.

Лечение ЮСД представляет собой длительное использование медикаментозных средств базисной терапии, органоспецифическую и местную терапии, немедикаментозное лечение, специальный уход за кожей.

Немедикаментозное лечение. Больным показаны массаж и

лечебная физкультура, иглорефлексотерапия, способствующие поддержанию функциональных возможностей опорно-двигательного аппарата, улучшению мышечной силы, расширению амплитуды движений в суставах, препятствующие нарастанию выраженности сгибательных контрактур.

Используют физиотерапевтическое лечение в виде электрофореза со спазмолитиками на шейный и поясничный отделы позвоночника при линейной и геми-формах ЮСД, фонофорез с гормональными мазями. В неактивный период заболевания показано санаторно-курортное лечение с использованием грязей, бальнео- и механотерапии. Больным показана физиотерапия, которую применяют в комплексе с медикаментозной терапией.

Местная терапия. Наружно применяются аппликации раствора диметилсульфоксида (димексид) с добавлением сосудорасширяющих, противовоспалительных средств на пораженные участки кожи. Димексид выпускается во флаконах по 100 мл; перед употреблением его следует развести водой в соотношении 1:1. У некоторых больных димексид вызывает сильный зуд и покраснение кожи, при появлении такой реакции лечение следует прервать. Для введения препаратов используют фоно- и электрофорез. В стадии отека и индурации кожи

применяют мази, содержащие кортикостероиды (адвантан, элоком), цитостатики (элидел) и препараты, обладающие вазотропным действием (гепариновая мазь, троксевазин, радевит и др.). В стадии атрофии и склероза используют средства, направленные на улучшение трофики тканей (хондроксид, актовегин, солкосерил, контрактубекс и др.). Кремы, мази, гели используют 2—3 раза в день, в зависимости от фазы болезни.

Поскольку этиология заболевания не установлена, терапия болезни носит главным образом патогенетический характер, осуществляя воздействие на следующие звенья патогенеза склеродермии: усиленное collageno- и фиброзообразование, нарушение микроциркуляции, выработка аутоантител к компонентам соединительной ткани. Препараты, подавляющие collagenoобразование и иммунное воспаление, принято называть базисными или болезнь-модифицирующими. Наиболее часто в настоящее время [2] используют следующие препараты: кортикостероиды, пеницилламин, метотрексат, циклофосфамид внутривенно.

Препараты базисной терапии (БТ) находят широкое применение при всех формах ЮОСД. По данным международных многоцентровых исследований [2, 3], частота применения препаратов БТ при ЮОСД составляет 96%, ЮОСД — 83% обследо-

ванных. В клинике детских болезней ММА им. И.М. Сеченова за последние 5 лет БТ при ЮОСД была использована у всех пациентов с данной формой болезни и у 93% детей с ЮОСД, что отражает тяжесть контингента больных, поступающих под наблюдение в наше специализированное отделение. В неконтролируемых исследованиях [4, 5] была показана эффективность различных видов БТ у детей.

Верификация диагноза и решение о выборе программы БТ должно осуществляться в условиях специализированного детского ревматологического стационара. Показаниями для проведения базисной терапии являются:

- системные формы ЮОСД;
- смешанное заболевание соединительной ткани и перекрестные синдромы;
- линейная склеродермия, в том числе с локализацией на лице и голове;
- глубокая и пансклеротическая формы ЮОСД;
- смешанная форма ограниченной склеродермии (поражение по гемитипу);
- прогрессирующая бляшечная склеродермия.

Один из факторов, влияющих на выбор варианта БТ, — наличие у пациента сопутствующих хронических инфекционных заболеваний, чаще хронического тонзиллита, хронического пиелонефрита, раннего периода туберкулезной инфекции. Продол-

жение терапии сопутствующих заболеваний после выписки из стационара — залог успешного проведения БТ склеродермии.

Констатация ремиссии осуществляется при стационарном динамическом обследовании ребенка, что влечет за собой принятие решения об отмене препарата. Отменять препараты БТ не следует в период становления менструальной функции у девочек, в весенне-летний сезон, когда высок риск рецидива болезни.

Пеницилламин (ПА). Использование ПА основано на его многостороннем воздействии на метаболизм соединительной ткани: способность вмешиваться в синтез коллагена на стадии формирования внутримолекулярных связей между молекулами тропоколлагена, препятствовать формированию плотных структур коллагеновых нитей, поддерживая коллаген в растворимой форме, находясь в которой он может быть разрушен и выведен из организма с мочой.

Монотерапию ПА используют при бляшечной форме ОСД, в случае, когда бляшки малочисленны (не более 3 очагов), имеют малую площадь (до 10 см²), характер изменений в них — преимущественно индуративно-фиброзный. ПА назначают через рот, из расчета 8—12 мг/кг массы в сутки, ежедневно, в один прием, во второй половине дня. Лечение начинают с $\frac{1}{4}$ лечебной дозы, повышая ее до тера-

певтической в течение 2—3 недель, под контролем общего анализа крови и мочи. С целью уменьшения риска развития нежелательных реакций назначают пиридоксин гидрохлорид (витамин В₆) в таблетках, возрастную дозу, по 2 недели каждого месяца. Эффект лечения развивается в среднем через 12 мес. от начала приема ПА. Продолжительность лечения составляет в среднем 3 года, на протяжении которых в амбулаторных условиях необходимо проводить мониторинг безопасности лечения путем ежемесячного контроля общего анализа крови и мочи, ежеквартального биохимического исследования крови, с обязательной оценкой маркеров функции печени.

Глюкокортикоиды (ГК). ГК при ЮСД используют только в комбинации с антифиброзными средствами (ПА) или цитостатиками. Применение ГК при ЮСД оправдано, поскольку препарат способен подавлять иммунное воспаление, замедлять синтез коллагена, матриксных металлопротеиназ, угнетать клеточную пролиферацию и синтез внеклеточного матрикса. Известно, что ГК быстро вмешиваются в патологический процесс, однако при длительном применении могут усугублять склеротические процессы в рамках естественного течения склеродермии. В связи с этим дозы и длительность применения ГК зависят от фазы воспаления.

Комбинация ПА и ГК показана при ЮОСД, как с диффузным, так и ограниченным поражением кожи, а также при ОСД с поражением туловища по гемитипу, линейной склеродермии (в том числе гемисклеродермии лица, при наличии сопутствующего поражения нервной системы), распространенной бляшечной склеродермии. ГК назначают в дозе 0,3—0,5 мг/кг/сут. на 4—6 недель, далее дозу постепенно уменьшают до 0,1—0,25 мг/кг/сут., используют 12—24 мес., с постепенно полной отменой. ПА используют дозы 8—12 мг/кг/сут., применяют 3—5 лет. Для уменьшения побочного действия препаратов используют возрастные дозы витамина В₆, гастропротекторы, препараты кальция, калия.

Терапевтическое влияние названной комбинации ГК и ПА начинает развиваться через 1—4 недели от начала приема, достигает выраженного действия через 6 мес. применения. Общая продолжительность лечения составляет 3—5 лет, полная отмена препаратов осуществляется медленно. Нежелательные реакции лекарственных препаратов встречаются редко и обусловлены побочным действием каждого из них. Возможно развитие медикаментозного синдрома Иценко-Кушинга, анемии, изменений мочевого осадка, аллергических реакций.

Метотрексат (МТХ). МТХ — цитостатический препарат из

группы антиметаболитов. В лечении ЮОСД он был впервые применен в 1998 г. Механизм действия препарата связан с его высокой антипролиферативной активностью, способностью угнетать иммунное воспаление, а также возможностью оказывать иммуномодулирующее действие.

Комбинацию МТХ и ГК используют при нескольких клинических вариантах ЮОСД. В первую очередь, при смешанном заболевании соединительной ткани и перекрестных синдромах, а также при гемисклеродермии лица, осложненной увеитом; глубокой склеродермией с фиброзирующим миозитом, развитием контрактур; в случае торпидности заболевания к лечению ПА и ГК. ГК назначают через рот, в дозе 0,5—1 мг/кг/сут. на 4—6 недель, с последующим снижением до 0,3—0,5 мг/кг/сут.; данную дозировку применяют на протяжении 12—18 мес., после чего препарат постепенно отменяют. МТХ используют в дозе 10—12 мг/м² поверхности тела ребенка, 1 раз в неделю, в строго фиксированный день, длительно. Еженедельный прием МТХ основан на способности препарата и его активных метаболитов находиться внутриклеточно в течение 7 и более дней после однократного приема. Учитывая, что МТХ — антагонист фолиевой кислоты, необходимо проводить заместительную терапию возрастной дозой

фолиевой кислоты во время лечения МТХ, ежедневно, кроме дня приема МТХ.

Терапевтическое влияние препаратов развивается через 4 недели, максимальный эффект — спустя 4 мес. лечения. Длительность лечения — от 3 до 5 лет.

Поскольку МТХ способен усиливать фиброзирующий альвеолит и другие интерстициальные процессы в легких, а также самостоятельно вызвать интерстициальный пульмонит, необходимо регулярное рентгенологическое обследование легких. Побочные эффекты лечения определяются нежелательными реакциями ГК, а также способностью МТХ угнетать гемопоэз, оказывать гепатотоксическое действие, вызывать обострение интеркурентных инфекционных заболеваний.

Монотерапия метотрексатом применяется при ограниченной склеродермии в случае преобладания склероза и атрофии кожи и подлежащих тканей, когда ПА может вызывать лизис кожи с образованием язв. Наряду с этим, МТХ используют при быстром распространении кожного процесса в стадии эритемы, поверхностной атрофии, а также в случаях ограниченной склеродермии, торпидных к ГК и ПА. МТХ назначают через рот, в дозе 10—12 мг/м² поверхности тела, 1 раз в неделю, вне приема пищи, дополнительно назначают возрастные дозы фолиевой кислоты.

Эффект лечения начинает реализовываться через 4—6 недель, достигая максимума к 4 мес. лечения. Длительность терапии составляет 2—5 лет. Побочные действия развиваются реже, чем у взрослых, в виде тошноты, рвоты после приема препарата, анемии, лейкопении, нарушения функции печени, интеркурентных инфекций. В случае возникновения острых инфекционных заболеваний (ОРВИ, кишечные инфекции, детские инфекции и др.), а также при обострении хронических инфекционных заболеваний МТХ должен быть временно отменен до выздоровления ребенка.

Циклофосфамид (ЦФ). ЦФ — цитостатик из группы алкилирующих агентов. Препарат обладает цитостатическим и иммунодепрессивным действием, которое осуществляется путем подавления пролиферации преимущественно В-лимфоцитарных клонов. Пульс-терапия ЦФ в сочетании с пероральным приемом глюкокортикоидов является терапией выбора для лечения фиброзирующего альвеолита.

ЦФ назначают в дозе 15—20 мг/кг, внутривенно, капельно, в режиме 1 раз в месяц на протяжении, как минимум, 6 мес., в случае положительной динамики легочного синдрома пульс-терапию ЦФ проводят 1 раз в 2—3 мес. в последующие 18—24 мес. ГК используют в дозе 0,5—0,8 мг/кг массы в сутки, через

рот — 8 недель. Затем дозу постепенно уменьшают до 0,3 мг/кг, используют в течение 12—18 мес. Длительность терапии составляет не менее 2 лет. Побочные действия — медикаментозный синдром Иценко-Кушинга, лейкопения, геморрагический цистит, новообразования, рецидивирующие инфекционные заболевания.

Заключение

Склеродерия у детей — редкое, хроническое заболевание. Диагноз склеродермии ставится главным образом клинически. Изменения в анализах крови, мочи, биохимических, иммунологических анализах отражают воспалительную и иммунопатологическую активность заболевания и являются неспецифическими для данной нозологии. Наличие антиядерных антител (АНФ) и ССД-селективных аутоантител входит в малые критерии диагностики заболевания. ССД-селективные аутоантитела — патогномоничны для ЮСД, подтверждают диагноз, основанный на других критериях.

Проведение базисной терапии ЮСД — кропотливый, длительный процесс, который требует тщательного динамического наблюдения за ребенком, в условиях совместной работы с пациентом специалиста по детской ревматологии, педиатра первичного звена медицинской помощи, специалистов-консультантов раз-

личного профиля. Базисная терапия показана в большинстве клинических вариантов ЮСД, лечение осуществляется длительно, не менее 2 лет, требует регулярно лабораторно-инструментального мониторинга переносимости. Эффект лечения развивается медленно, своевременное назначение адекватной терапии позволяет избежать калечащих дефектов лица, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов, предотвратить инвалидизацию ребенка.

Литература

1. *Zulian F.* Systemic sclerosis and localized scleroderma in childhood // *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 2008, v. 34, p. 239—255.
2. *F. Zulian, T. Avcin, I. Foeidvari, G. Martini, F. Vittadello, C. Wouters.* The juvenile scleroderma international database: an instrument for improving research and standard of care in rare disease of childhood / *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2007, v. 66, suppl. 11, p. 230.
3. *Zulian F., Athreya B., Laxer R., Nelson A. et al* / Juvenile localized scleroderma: clinical and epidemiological features in 750 children. An international study. *J. Rheumatology*, 2006, v. 45, p. 614—620.
4. *Fitch PG, Rettig P, Burnham JM, Finkel TH, Yan AC, Akin E, Cron RQ.* Treatment of pediatric localized scleroderma with methotrexate / *J. Rheumat*, 2006 Mar; 33 (3): 609—14.
5. *Athreya B.H.* Juvenile scleroderma / *Current Opinion Rheumatology*, 2002, v. 14, p. 553—561.

Диагностика и лечение энтеробиоза у детей

Хасанова А.В.,

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

Глистные инвазии — актуальная проблема для детских коллективов. В настоящее время многие семьи держат домашних и экзотических животных и птиц, не всегда имеют представления о гигиене взаимоотношений ребенка и животных. Детей вывозят на отдых в тропические страны, где питьевая вода не подвергается обработке. По возвращении в детский коллектив такие дети становятся источником инвазии для остальных детей.

Гельминтозы — группа болезней, вызываемых паразитическими червями — гельминтами (глистами). Известно более 100 тыс. видов глистов, которые подразделяются на четыре типа: — Nematelminthes — круглые черви; — Plathelminthes — плоские черви; — Acanthocephales — колючеголовые черви, или скребни; — Annelides — аннелиды, или кольчатые черви.

У человека описано более 250 видов глистов, главным образом двух типов: Plathelminthes (преимущественно классов Trematoda — сосальщиков и Cesto-

da — ленточных червей) и Nematelminthes; в редких случаях обнаруживаются инвазии скребнями и кольчатыми червями. В процессе взаимодействия гельминта и макроорганизма (инвазия, инвазионный процесс) различают ряд последовательных фаз, характеризующихся определенной симптоматикой. Острая (или ранняя) фаза инвазии определяется аллергической реакцией организма немедленного или замедленного типов на личинки паразитов, совершающих сложную и продолжительную миграцию в человеческом организме (кровь, печень, легкие, серозные оболочки). Продолжительность этой фазы инвазии 2—4 недели.

Латентная фаза формируется вслед за острой и определяется постепенным созреванием юного гельминта в тропной ткани или органе. Хроническая фаза гельминтозов развивается после созревания паразита, с момента образования первой генерации пропативных стадий. При этом в раннем периоде этой фазы, в связи с высокой репродуктивной способностью

глистов, наблюдаются наиболее выраженные патологические проявления, постепенно стихающие по мере снижения репродуктивной способности паразитов в позднем периоде данной фазы инвазии. Исходами ее (после изгнания или естественной гибели глиста) могут быть как полное выздоровление, так и разнообразные резидуальные явления (резидуальная фаза инвазии), иногда инвалидизирующие пораженного человека. Диагноз инвазии гельминтами основывается на анализе комплекса эпидемиологических и клинико-лабораторных данных и требует подтверждения методами специфической диагностики — паразитологическими (метод нативного мазка, методы обогащения по Като, Калянтарян) и иммунологическими (РСК, РЛА, РНГА, ИФА, кожные аллергические пробы).

Сегодня мы поговорим об **энтеробиозе**. Это — гельминтоз, характеризующийся в основном перианальным зудом и кишечными расстройствами; известен со времен глубокой древности, распространен повсеместно.

Возбудитель энтеробиоза — острица *Enterobius vermicularis seu Oxyuris vermicularis*. Острицы паразитируют в нижней половине тонких кишок, слепой кишке и в начальной части ободочной кишки. Самки остриц спускаются в прямую кишку, активно выходят из заднего прохода, откладывают яйца в его окрестности и погиба-

ют. Общая продолжительность жизни остриц в организме человека не выше 3—4 недель.

Источником инвазии является только больной энтеробиозом. Яйца, отложенные самками остриц на коже больного, уже через 4—6 ч созревают и становятся инвазионными. Они попадают на носильное и постельное белье больного, предметы домашнего и служебных помещений, рассеиваются мухами.

Острицы наносят механические повреждения слизистой, присасываясь к ней и иногда внедряясь в нее; в отдельных случаях их находили замурованными в толще стенки кишечника вплоть до мышечного слоя. В результате возникают точечные кровоизлияния и эрозии. Описаны гранулемы из эпителиоидных и гигантских клеток и эозинофилов на брюшине и слизистой матки; они содержали яйца, личинки и взрослых остриц. Продукты обмена веществ гельминтов вызывают сенсibilизацию организма с развитием аллергии. Самки остриц, проникающие в женские половые органы, заносят бактерии из кишечника.

Симптомы и течение. У части лиц, инвазированных небольшим количеством остриц, заметные проявления болезни могут отсутствовать. В большинстве случаев развиваются те или иные симптомы болезни. При легкой форме энтеробиоза вечером при отходе ко сну у боль-

ного возникает легкий зуд в перианальной области. Он держится 1—3 дня и затем самопроизвольно исчезает, но через 2—3 недели часто появляется вновь. Такая периодичность в появлении зуда связана со сменой поколений остриц — в результате реинвазии. Расчесывание больным окружности заднего прохода приводит к ссадинам, вторичной бактериальной инфекции кожи, возникновению дерматитов, что отягощает течение болезни. У некоторых больных на передний план выступают кишечные расстройства — учащенный кашицеобразный стул, иногда с примесью слизи, тенезмы, при ректороманоскопии нередко обнаруживаются на слизистой точечные кровоизлияния, мелкие эрозии, усиление сосудистого рисунка, раздражение слизистой наружного и внутреннего сфинктеров. Описаны энтеробиозные аппендициты, обусловленные сочетанием инвазии острицами со вторичной бактериальной инфекцией.

При тяжелом энтеробиозе часто возникают головные боли, головокружения, бессонница, повышенная умственная и физическая утомляемость, иногда выраженные симптомы психастении и неврастения.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Диагноз может быть поставлен с полной достоверностью лишь при обнаружении у больного яиц остриц или самих гельминтов. Острицы

откладывают яйца преимущественно в перианальной области и очень редко в кишечнике. Поэтому в кале обнаружить их обычно не удастся. Значительно легче найти яйца остриц при микроскопии соскоба с перианальной области, который производится небольшим шпателем, смоченным в 1%-ном растворе едкого натрия или в 50%-ном растворе глицерина. Для упрощения выявления энтеробиоза применяется трехкратное обследование по методу Грэхема, с использованием прозрачной липкой ленты. Яйца остриц нередко удастся обнаружить и в соскобах из подногтевых пространств. Взрослых подвижных самок остриц часто можно видеть на поверхности свежесвыделенных фекалий больного.

Лечение. При легких формах от этого неприятного заболевания можно избавиться путем проведения мероприятий, предупреждающих повторное заражение. Для этого на ночь ставят клизму: детям 1—3 стакана воды, прибавляя на каждый стакан половину чайной ложки соды.

При этом из нижнего отдела толстого кишечника вымываются самки остриц, что предупреждает возникновение зуда вокруг анального отверстия, расчесы и загрязнение тела, одежды и постельного белья больного яйцами паразитов. Следует отметить, что больной должен спать в плотно прилегающих к телу трусах. Его нательное и постель-

ное белье следует ежедневно проглаживать горячим утюгом. Убирать помещение необходимо влажной тряпкой.

При более тяжелых формах врач назначает лекарственное лечение. Но больные должны помнить о том, что при приеме препаратов соблюдение гигиенического режима строго обязательно. Наиболее эффективны при энтеробиозе такие лекарства, как вермокс, пирантел и пиперазина адипинат. Пирантел, например, назначают однократно из расчета 10 мг/кг. Принимают препарат внутрь (без со-

четания со слабительным!) один раз в день (после завтрака) в виде таблеток или сиропа. При тяжелых формах энтеробиоза противопаразитарное лечение следует сочетать с применением лекарственных средств, действие которых направлено на устранение осложнений. Против зуда больным рекомендуется принимать внутрь антигистаминные препараты (фенкарол, супрастин, тавегил) в возрастных дозировках и смазывать область вокруг анального отверстия мазью, содержащей 5%-ный раствор анестезина.

А знаете ли вы?

В 2010 г. 20–23 апреля в ЭЦ «Сокольники» состоялся очередной **Международный медицинский форум**. Он был основан в 2000 г. и традиционно включает в себя три выставки:

«RENATECH» — Международная специализированная выставка оборудования и новых технологий комплексной реабилитации;

«Rehamed» — Международная специализированная выставка современных технологий восстановительного лечения;

«Medproject» — Международная специализированная выставка комплексного проектирования, строительства и оснащения объектов здравоохранения.

В этом году на медицинском форуме были представлены более 100 российских и зарубежных компаний-производителей и дилеров современных средств реабилитации, протезирования и методов восстановительного лечения. В рамках деловой программы проводились научно-практическая конференция «Неврология, реабилитация, физиотерапия — практическое применение в современной медицине», круглые столы «Медклиника XXI века», «Здоровое детство» и другие важные мероприятия.

Международный медицинский форум дает уникальную возможность для специалистов, руководителей, представителей российских и зарубежных компаний ознакомиться с новейшими техническими средствами реабилитации и программами восстановительной реабилитации. Сочетание усилий всех структур и организаций, разработчиков, производителей медицинских изделий и средств, протезирования, реабилитации, восстановительного лечения послужат решению целого ряда проблем, существующих в этой области.

Письмо

от 15.01.2010 № 01/285-10-23

Руководителям Управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам Российской Федерации

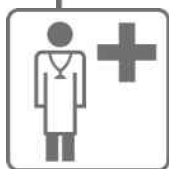
**О результатах надзора за оборотом
ламповой продукции и задачах, связанных
с реализацией Федерального закона
от 23.11.2009 № 261-ФЗ
(извлечения из документа)**

По результатам проведенных проверок хозяйствующих субъектов, осуществляющих реализацию ламповой продукции (люминесцентных ламп и энергосберегающих ламп бытового потребления), а также контроля за состоянием и проведением на различных объектах, включая промышленные предприятия, лечебно-профилактические и образовательные учреждения, работ по сбору, транспортировке и переработке отработанных люминесцентных ламп, относящихся к отходам первого класса опасности и требующих специальной централизованной их утилизации, были выявлены нарушения в области санитарно-эпидемиологического законодательства и законодательства о защите прав потребителей.

Всего по состоянию на 30.12.2009 в производстве должностных лиц территориальных органов Роспотребнадзора находилось 299 дел об административных правонарушениях, было вынесено 195 постановлений о привлечении виновных лиц к административной ответственности на общую сумму 945,5 тыс. рублей. При этом протоколы об административных правонарушениях составлялись в основном по ст. 6.3, ст. 8.2, ч. 2 ст. 14.4, ч. 1 ст. 14.8, ст. 14.15 КоАП РФ.

Около 90% всех нарушений, выявленных в торговой сети, были связаны с реализацией соответствующей им-

АКТУАЛЬНО



портной продукции, наиболее типичными из которых являлись:

- полное отсутствие информации о товаре и изготовителе;
- отсутствие информации о товаре и изготовителе на русском языке;
- частичное отсутствие информации о наименовании товара и/или месте нахождения изготовителя, о подтверждении соответствия товара установленным требованиям, сроке службы, о необходимых действиях потребителя по истечении срока службы и возможных последствиях при невыполнении таких действий.

На российском рынке представлено множество моделей компактных люминесцентных ламп (далее — КЛЛ) более чем 40 производителей, которые различаются по мощности, световым характеристикам, формам, срокам службы, размеру, цене. Каждые 2—3 месяца появляются новые модели ламп.

Основными производителями ламп накаливания являются европейские концерны Siemens, Osram (Германия), Philips Lighting (Польша), General Electric (США). Значимая доля рынка освоена китайскими производителями под известными брендами осветительной техники: BLV, Camelion, Comtech Duralamp, Ecola, EMS, ERA, Favor, Feron, Kanlux, Legrand, Lezard, Megaman, Muller-Licht, Nakai, Narva, Navigator, Paulmann, Phoenix Light, Pila, Polux, SunErgy ESL, Sylvania, Tungsram, Wolta.

В России основными производителями компактных люминесцентных ламп являются фирмы: Старт, Калашниково (Калашниковский электроламповый завод, Тверская обл.), Космос, Лисма (г. Саранск, Республика Мордовия), завод Osram (Смоленская обл.).

В 2008 г. было продано около 50 млн компактных люминесцентных ламп. По предварительным оценкам в 2009 г. продажи увеличились на 20% и составили около 60 млн штук.

Наиболее острый вопрос в использовании КЛЛ — проблема их утилизации и безопасности использования. Каждая такая лампа содержит 3—5 мг ртути, находящейся в агрегатном состоянии в виде паров. Поэтому опасность представляет не только процесс утилизации отработанных ламп, но и частое неаккуратное обращение с ними. Разрушенная или поврежденная колба лампы высвобождает пары ртути, которые могут вызвать тяжелое отравление. Проникновение ртути в организм чаще происходит именно при вдыхании ее паров, не имеющих запаха, с дальнейшим поражением нервной системы, печени, почек, желудочно-кишечного тракта. По гигиенической классификации ртуть относится к первому классу опасности (чрезвычайно опасное химическое вещество). Предельно допустимая концентрация ртути в атмосферном воздухе и воздухе

жилых, общественных помещений составляет $0,0003 \text{ мг/м}^3$. В условиях стандартного закрытого помещения без проветривания (например, в зимнее время) в результате повреждения одной лампы кратковременно, в течение нескольких часов, возможно достижение концентрации ртути в воздухе до $0,05 \text{ мг/м}^3$ и более, что превышает предельно допустимую концентрацию более чем в 160 раз.

Кроме того, опасны выбросы и осаждения ртути с осадками в воду, поскольку в результате деятельности микроорганизмов образуется растворимая в воде и токсичная метилртуть. Органические соединения ртути (метилртуть, диэтилртуть и др.) в целом намного более токсичны, чем неорганические, прежде всего из-за их липофильности и способности более эффективно взаимодействовать с элементами ферментативных систем организма.

В настоящее время, из-за отсутствия централизованной сети сбора и переработки, плохой информированности и безответственности граждан, отработанные лампы выбрасываются вместе с обычным мусором с последующим размещением на полигонах твердых бытовых отходов, что недопустимо.

Общее количество ртути, загрязняющее объекты окружающей среды в пределах населенных территорий, составляет более 1,5 т в год.

В результате проведенных мероприятий по контролю выявлено полное отсутствие необходимой инфраструктуры по централизованному сбору и переработке (утилизации) компактных люминесцентных ламп, особенно в отношении потребительского (бытового) сектора их использования.

В соответствии с п. 2 ст. 13 Федерального закона от 24.06.1998 № 89-ФЗ «Об отходах производства и потребления» на территориях муниципальных образований организацию деятельности в области обращения с отходами (деятельность по сбору, накоплению, использованию, обезвреживанию, транспортированию, размещению отходов) осуществляют органы местного самоуправления.

В связи с запланированным поэтапным отказом от использования ламп накаливания вплоть до возможного запрета их оборота (см. ч. 8 ст. 10 Федерального закона от 23.11.2009 № 261-ФЗ, далее — Закон № 261-ФЗ) и последующим развитием рынка КЛЛ, территориальным органам Роспотребнадзора необходимо в кратчайшие сроки инициировать в органах государственной власти субъектов РФ и местного самоуправления решение следующих вопросов:

— создание действенных механизмов и систем сбора отработанных компактных люминесцентных ламп от населения и хозяйствующих субъектов;

— оценка эффективности существующих систем утилизации (переработки) собранных ламп и необходимости их модернизации или увеличения мощности.

Еще одним значимым направлением работы управлений Роспотребнадзора является участие в процессе разработки и реализации региональных и муниципальных программ в области энергосбережения и повышения энергетической эффективности, которые согласно требованиям ч. 3 ст. 48 Закона № 261-ФЗ должны быть утверждены до 01.08.2010 г.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека уже заявила о готовности принять участие в разработке «Правил обращения с отходами производства и потребления в части осветительных устройств, электрических ламп, ненадлежащие сбор, накопление, использование, обезвреживание, транспортировка или размещение которых может повлечь за собой причинение вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде», предусмотренных ч. 9 ст. 10 Закона № 261-ФЗ и подлежащих утверждению Правительством РФ.

Кроме того, с учетом наделяния Роспотребнадзора (его территориальных органов) дополнительными полномочиями, связанными с возможностью

пресечения в административном порядке соответствующих нарушений законодательства об энергосбережении и о повышении энергетической эффективности, и в связи с внесением на этот счет изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях и Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (см. ст. 30 и ст. 37 Закона № 261-ФЗ) соответствующим должностным лицам территориальных органов Роспотребнадзора необходимо принять названные положения к неукоснительному руководству. При этом, принимая во внимание срок вступления в силу ст. 37 Закона № 261-ФЗ, а также сроки разработки и принятия соответствующих нормативных правовых актов, призванных обеспечить практическую реализацию требований Закона № 261-ФЗ об указании в числе обязательной информации о товарах сведений об их энергетической эффективности (см. ст. 10 и ст. 50 Закона № 261-ФЗ), Роспотребнадзором будут даны дополнительные указания и разъяснения по вопросу организации и осуществления функций по контролю и надзору на рассматриваемом сегменте потребительского рынка.

Руководитель Г.Г. Онищенко

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

Гигиенические рекомендации по организации воспитания и обучения детей дошкольного (старшего дошкольного) возраста в образовательных учреждениях

Методические рекомендации

Разработаны Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве (Синякова Д.В., Мамчур Н.Н.) и кафедрой гигиены детей и подростков ФППО педиатров ММА им. И.М. Сеченова (Кучма В.Р., Ямщикова Н.Л., Степанова М.И., Макарова А.Ю., Кавалерская Э.К.).

Утверждены Руководителем Управления Роспотребнадзора по г. Москве, главным государственным санитарным врачом по г. Москве Филатовым Н.Н. и заведующим кафедрой гигиены детей и подростков ФППО педиатров ММА им. И.М. Сеченова Кучмой В.Р.

Введены в действие с 15.06.2009.

Введены впервые.

(Извлечения из документа)

Область применения

Настоящие рекомендации устанавливают гигиенические требования к условиям воспитания и обучения детей дошкольного (старшего дошкольного) возраста в образовательных учреждениях и предназначены для использования при осуществлении санитарно-эпидемиологического надзора за этими учреждениями, для педагогов и медицинских работников образовательных учреждений.

Нормативные ссылки

1. СанПиН 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях».
2. СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений».
3. СП 2.4.4.1251-03 «Гигиенические требования к учреждениям дополнительного образования детей».

4. Типовое положение № 288 «О специальном (коррекционном) образовательном учреждении для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии», с изменениями от 23.12.2002.

5. Типовое положение № 666 «О дошкольном образовательном учреждении» от 24.09.2008.

6. МР «Определение функциональной готовности детей 6-летнего возраста к поступлению в школу и организация учебных занятий и режима продленного дня в первых классах общеобразовательной школы».

7. Концепция Федеральной целевой программы развития образования на 2006—2010 годы, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 03.09.2005 № 1340-р.

8. МП «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы».

9. МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».

Участок

Требования к участку общеобразовательного учреждения с группами дошкольной подготовки должны соответствовать СанПиН 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях»; учреждений дополнительного образования детей СП 2.4.4.1251-03 «Гигиенические требования к учреждениям дополнительного образования детей».

На участке образовательного учреждения следует предусмотреть место для игровой площадки групп дошкольной подготовки, на которой устанавливается специальное оборудование для детей старшего дошкольного возраста, соответствующее их возрасту и показателям согласно СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений» (приложение 1).

Здание

В планировочной структуре зданий образовательных учреждений с группами дошкольной подготовки необходимо выделить помещения для детей этих групп в обособленных учебных секциях, не более чем на 2—3 класса. Эти секции должны размещаться в отдельном отсеке или блоке на первом или не выше второго этажа, имеющие удобную связь с участком образовательного учреж-

дения. Желательно иметь отдельный выход на участок для этой группы детей. Для правильной организации режима дня в образовательных учреждениях с 9-часовым пребыванием детей рекомендуется следующий набор помещений для групп дошкольной подготовки: помещение для занятий, спальня, игровая, рекреация, гардероб, буфетная, туалетная. Рекомендуемые площади помещений:

- помещение для занятий — не менее 2,4 м² на одного ребенка;
- игровая — не менее 2 м² на одного ребенка;
- спальня — не менее 2 м² на одного ребенка;
- рекреация — не менее 1 м² на одного ребенка;
- гардероб для верхней одежды — не менее 18 м².

На первом этаже образовательного учреждения следует предусмотреть отдельное помещение для гардероба детей, посещающих группы дошкольной подготовки;

- столовая может быть отдельным помещением, оборудованным под обеденный зал; допускаются отдельные столы в общем обеденном зале.

Целесообразно смежное размещение учебной и игровой комнат, что дает возможность использовать игровую для проведения физкультурных и отдыха детей, свободных от занятий. При невозможности обеспечения полного набора помещений рекомендуется комбинированное их использование. Допускается сочетание спального помещения с игровой или игрового помещения с рекреацией, при этом рекомендуемая площадь комбинированного помещения не менее 3,5 м² на 1 ребенка.

Все помещения должны иметь удобную связь как между собой, так и с общешкольными помещениями, используемыми группами дошкольной подготовки (физкультурный, музыкальный и обеденные залы, кабинет врача и т.д.);

- туалетные — не менее 16 м², делятся на умывальную зону и зону санитарных узлов. В умывальной зоне размещают детские умывальники. В зоне санитарных узлов размещают унитазы. Высота установки умывальников от пола до борта прибора составляет 0,5 м. В туалетной устанавливают 4 детские раковины, 4 детских унитаза. Необходимо предусмотреть отдельные туалетные для мальчиков и девочек.

Целесообразно предусмотреть отдельное помещение для организации физкультурных и музыкальных занятий детей групп дошкольной подготовки площадью не менее 75 м².

Для образовательных учреждений с 3-х часовым пребыванием детей исключается спальное помещение.

Откидные фрамуги с рычажными приборами на окнах (не менее чем на 50% окон) или форточки необходимо иметь в каждом

групповом помещении для групп дошкольной подготовки и использовать их во все сезоны года. Отношение площади фрамуг к площади пола составляет 1:50. Наружная часть фрамуг должна открываться снизу, а внутренняя — сверху.

Высота ограждения лестниц в зоне передвижения детей из групп дошкольной подготовки составляет 1,5 м при сплошном ограждении сеткой, высота поручней для детей — 0,5 м, поручни для взрослых устанавливают на высоте 0,85 м. Расстояние между вертикальными элементами в ограждении лестниц — не более 0,1 м, горизонтальные членения в ограждениях не допускаются.

Водоснабжение и канализация

Здания общеобразовательных учреждений с группами дошкольной подготовки и учреждений дополнительного образования детей должны оборудоваться системами хозяйственно-питьевого, противопожарного и горячего водоснабжения, канализацией и водостоками в соответствии с СанПиН 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях» и СП 2.4.4.1251-03 «Гигиенические требования к учреждениям дополнительного образования детей».

Помещения и оборудование

Оборудование основных помещений образовательных учреждений с группами дошкольной подготовки должно соответствовать росту и возрасту детей, учитывать гигиенические и педагогические требования. Оборудование и мебель при наличии неисправностей или дефектов не используются.

Гардероб для верхней одежды детей групп дошкольной подготовки оборудуют шкафами для верхней одежды и банкетками. Шкафы для одежды и обуви следует закреплять и оборудовать индивидуальными ячейками-полками для головных уборов и крючками для верхней одежды. Каждый индивидуальный шкаф маркируется. При отсутствии изолированного гардероба допустимо оборудование шкафчиков для хранения верхней одежды и обуви в рекреации.

Учебные помещения для детей групп дошкольной подготовки оборудуют учебной мебелью в соответствии с СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений». Стулья должны быть в комплекте со столом — одной группы мебели, которая должна быть промаркирована. Подбор мебели для детей следует проводить с учетом антропометрических показателей (табл. 1).

Таблица 1

**Основные размеры столов и стульев
для детей дошкольного возраста**

Группа роста детей (мм)	Группа мебели	Высота стола (мм)	Высота стула (мм)
1150—1300	2	520	300
1300—1450	3	580	340

При оборудовании помещения для занятий следует соблюдать следующие требования:

- столы для занятий устанавливают вблизи светонесущей стены при обязательном левостороннем освещении рабочего места, для леворуких детей — правостороннее освещение рабочего места;
- двухместные столы — не более чем в 3 ряда;
- расстояние между рядами столов — не менее 0,5 м;
- расстояние первого ряда столов от светонесущей стены — 1 м;
- расстояние от первых столов до доски — 2,5—3 м (угол рассматривания должен составлять не менее 45°).

Высота нижнего края настенной доски над полом — 0,7—0,8 м; размер настенной доски — 0,75—1,5 м. На занятиях детей рассаживают с учетом состояния здоровья, зрения и слуха. Детей, страдающих частыми простудными заболеваниями, следует сажать подальше от окон и дверей, детей с пониженным слухом и близорукостью — за первые столы, соответствующие их росту.

Для просмотра телевизионных передач и видеофильмов используют телевизоры с размером экрана по диагонали 59—69 см. Высота их установки — 1—1,3 м. При просмотре телепередач детей располагают на расстоянии не ближе 2—3 м и не дальше 5—5,5 м от экрана. Стулья устанавливают в 4—5 рядов (из расчета на одну группу); расстояние между рядами стульев — 0,5—0,6 м; рассаживают детей с учетом роста.

Игровые помещения оборудуют двухместными столами, стульями и шкафами для хранения игрушек, книг и настольных игр. Мебель в игровых должна соответствовать росту детей. Мебель предпочтительно расставлять по периметру комнаты, тем самым освобождается максимальная площадь для подвижных игр. Использование встроенной мебели в игровом помещении групп дошкольной подготовки допускается при наличии санитарно-эпидемиологического заключения. В игровой рекомендуется организовывать спортивный уголок со шведской стенкой и канатами. Не следует использовать в игровой игрушки индивидуального пользования (губные гармошки, флейты, свистульки,

надувные мячи и т.д.), а также игрушки, плохо поддающиеся очистке и дезинфекции.

Физкультурные залы следует оборудовать инвентарем для детей 5—6 лет (приложение 2).

Спальни в группах дошкольной подготовки оборудуют стационарными кроватями. Возможность использования новых типов облегченных трансформируемых одноуровневых кроватей допускается при наличии санитарно-эпидемиологического заключения. Длина кровати для детей составляет — 140 см, ширина — 60 см и высота — 30 см. Во избежание травматизма детей стационарные двухъярусные кровати не используют. При отсутствии спален допускается организовывать дневной сон для детей в игровых помещениях на раскладных кроватях с жестким ложем. Кровати расставляют с соблюдением минимальных разрывов: между длинными сторонами кроватей — 0,65 м, от наружных стен — 0,6 м, от отопительных приборов — 0,2 м, между изголовьями двух кроватей — 0,3 м.

В спальне размещаются пять секционных вешалок для полотенец (по 5 мест в каждой секции) и шкафчики для хранения домашнего платья. Детей групп дошкольной подготовки следует обеспечивать индивидуальными постельными принадлежностями, полотенцами, предметами личной гигиены. Рекомендуется смена постельного белья по мере загрязнения, но не реже одного раза в 10 дней.

В общей столовой или в отдельном помещении, оборудованном под прием пищи детьми групп дошкольной подготовки, должны быть отдельные столы и стулья, соответствующие по своим размерам длине тела ребенка.

Оборудование и эксплуатация компьютерного класса должна соответствовать действующему СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений».

Санитарное состояние и содержание помещений

В общеобразовательных учреждениях с группами дошкольной подготовки и учреждениях дополнительного образования детей должны регулярно проводиться санитарно-гигиенические мероприятия и профилактическая дезинфекция в соответствии с СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений» и СП 2.4.4.1251-03 «Гигиенические требования к учреждениям дополнительного образования детей».

Естественное и искусственное освещение помещений

Основные помещения групп дошкольной подготовки должны иметь естественное освещение. Неравномерность естественного освещения основных помещений не должна превышать 3:1. Величина коэффициента естественной освещенности (КЕО) в классных комнатах, спальнях, медицинской комнате — не менее 1,5%.

Светопроемы в учебных комнатах, игровых и спальнях групп дошкольной подготовки оборудуют регулируемыми солнцезащитными устройствами. В качестве солнцезащитных устройств (СЗУ) используются жалюзи внутренние, межстекольные и наружные только вертикально направленные. Конструкция регулируемых СЗУ в исходном положении не должна уменьшать светоактивную площадь оконного проема и снижать нормируемую величину КЕО. Материал, используемый для жалюзи, должен быть стойким к воде, моющим и дезинфицирующим средствам. В качестве СЗУ используют и тканевые шторы светлых тонов, сочетающихся с цветом стен. Допускается использовать шторы из хлопчатобумажных тканей (поплин, штапельное полотно, репс и полотно), обладающих достаточной степенью светопропускания и хорошими светорассеивающими свойствами. Шторы из поливинилхлоридной пленки не используются.

Шторы на окнах в учебных комнатах групп дошкольной подготовки не должны снижать уровень естественного освещения. В нерабочем состоянии шторы необходимо размещать в пространствах между окнами. Зашторивание окон в спальнях помещений допускается лишь во время сна детей, в остальное время шторы раздвигают, обеспечивая инсоляцию помещения.

На подоконниках не следует размещать широколистные цветы, снижающие уровень естественного освещения. Высота цветов не должна превышать 15 см (от подоконника). Цветы рекомендуются размещать в подвесных (на стене) или напольных цветочницах высотой 65—70 см от пола и в уголках природы.

При проведении занятий в условиях недостаточного естественного освещения необходимо дополнительное искусственное. Источники искусственного люминесцентного освещения должны обеспечивать достаточное и равномерное освещение всех помещений. Не следует использовать в одном помещении люминесцентные лампы и лампы накаливания одновременно. Использование новых типов ламп и/или светильников допускается при наличии санитарно-эпидемиологического заключения. Уровни искусственной освещенности в основных помещениях представлены в табл. 2.

Таблица 2

Нормативы искусственной освещенности в основных помещениях (при использовании люминесцентных ламп)

№ п/п	Наименование помещений	Освещенность не менее (в лк)	Поверхности, к которым относятся нормы освещенности
1	Учебная комната, игровая, компьютерный класс	300 500	Горизонтальные поверхности на уровне 0,5 м от пола.
2	Спальня	75	На поверхности классной доски.
3	Зал для музыкальных и физкультурных занятий	200	— // —
4	Туалетная	75	На полу.
5	Буфетная	200	Горизонтальные поверхности на уровне 0,8 м от пола

Осветительная арматура должна обеспечивать равномерный рассеянный свет. Выбор ламп и размещение светильников осуществляется в соответствии с табл. 3.

Таблица 3

Требования к искусственному освещению основных помещений (при использовании люминесцентных ламп)

Помещения	Система освещения	Размещение светильников
Классные комнаты, игровые, гардероб	Общее равномерное	Вдоль преимущественного расположения рядов столов, параллельно длинной стороне помещения
Спальные помещения	— // —	Вдоль преимущественного размещения оборудования
Зал для музыкальных и физкультурных занятий	— // —	Любое

В помещениях с постоянным пребыванием детей предусматриваются закрывающиеся штепсельные розетки и выключатели, установленные на высоте 1,8 м от пола.

Все источники искусственного освещения содержат в исправном состоянии.

Чистку оконных стекол следует производить не реже 2 раз в год, осветительной арматуры и светильников — не реже 2 раз в год.

Отопление и вентиляция

Отопление, вентиляцию, кондиционирование воздуха в образовательных учреждениях с группами дошкольной подготовки следует предусматривать в соответствии с гигиеническими требованиями к общественным зданиям и сооружениям.

Рекомендуемые уровни температуры воздуха в основных помещениях должны соответствовать: учебная комната — 20 °С, игровая — 20 °С, спальня — 19 °С. При совмещении двух помещений температура воздуха должна соответствовать более высокому значению.

Контроль за температурой воздуха во всех основных помещениях пребывания детей осуществляют с помощью бытового термометра, прикрепленного на внутренней стене, на высоте 0,8—1,2 м.

При умеренной двигательной активности детей их следует одевать в зависимости от температуры воздуха в помещении (табл. 4).

Таблица 4

Требования к одежде детей 5—6 лет в помещении групп дошкольной подготовки

Температура воздуха, °С	Одежда	Допустимое число слоев одежды
18—20	Хлопчатобумажное белье, платье из полшерстяной или толстой хлопчатобумажной ткани, колготы, на ногах туфли	2—3
21—22	Хлопчатобумажное белье, платье (рубашка) из тонкой хлопчатобумажной ткани с коротким рукавом, гольфы, на ногах легкие туфли или босоножки	2
23 и выше	Тонкое хлопчатобумажное белье или без него, легкое платье, летняя рубашка без рукавов, носки, на ногах босоножки	1—2

При несоответствии температуры воздуха в помещении рекомендуемым уровням одежда детей должна либо дополнительно утепляться (при снижении температуры воздуха), либо облегчаться (при более высокой температуре воздуха). Чистота воздуха в помещениях достигается правильной организацией проветривания классных помещений во время перемен и прогулок, продолжительность которых определяется наружной температурой воздуха. До начала занятий рекомендуется сквозное проветривание (табл. 5).

Таблица 5

**Длительность проветривания помещений
в зависимости от наружной температуры воздуха**

Наружная температура воздуха, °С	Длительность проветривание помещения, мин	
	малые перемены	большие перемены
от +10 до +6	4—10	25—35
от +5 до 0	3—7	20—30
от 0 до -5	2—5	15—25
от -5 до -10	1—3	10—15
Ниже -10	1—1,5	5—10

Продолжительность проветривания спальных и игровых комнат перед приходом детей устанавливается в соответствии с рекомендациями для проветривания классных помещений в перемены.

Приложение 1

**Перечень рекомендуемого оборудования
и инвентаря для игр и физкультурных занятий
на открытом воздухе детей дошкольного возраста**

№ п/п	Наименование	Размеры, масса	Количество
1	2	3	4
1	Башня для влезания	Нижнее основание — длина 2000 мм, ширина 2000 мм Верхнее основание — длина 1000 мм, ширина 1000 мм Высота корпуса башни — 1500—2500 мм	2
2	Бум разновысокий (из 3 брусов)	Длина бруса — 2000 мм Ширина рабочей поверхности — 100—150 мм Высота брусьев — 150, 250, 300 мм	1
3	Ворота для подлезания	Ширина створа — 500 мм Высота — 500—600 мм	5

Окончание табл.

1	2	3	4
4	Заборчик с вертикальными перекладинами	Длина — 2500—3000 мм Высота — 600 мм Диаметр перекладины 30—35 мм Расстояние между перекладинами — 250—300 мм	2
5	Пеньки	Диаметр — 120, 150, 200 мм Высота — 150, 250, 300 мм	10—12
6	Перекладина низкая	Высота — 1000—800 мм	1
7	Перекладина средняя	Высота — 1200—1000 мм	1
8	Перекладина высокая	Высота 1500 мм	1
9	Рукоходы	Длина — 2000—2500 мм Ширина — 400—500 мм Диаметр перекладин — 25—30 мм Расстояние между перекладинами — 250—300 мм Высота над поверхностью земли — 1500—1800 мм	2
10	Стенка гимнастическая	Высота — 1800—2300 мм Ширина пролета — 800 мм Диаметр перекладин — 27—30 мм	4—5 секций
11	Стенка сплошная для лазания	Высота — 2300 мм Длина — 1500—1800 мм	1
12	Стойки для натягивания сеток, веревки	Высота — 2000 мм	1
13	Устройство для подвески спортивных снарядов	Длина перекладин — 3500 мм Высота над поверхностью площадки — 3000 мм	1
14	Фишки, конусы для разметки площадки		4—6
15	Щит-мишень (навесной) Щит баскетбольный	Длина — 1000 мм Ширина — 1000 мм	2 2

Приложение 2

**Перечень рекомендуемого оборудования
для физкультурных залов детей
групп дошкольной подготовки**

№ п/п	Наименование	Размеры, масса	Коли- чество
1	2	3	4
1	Батут детский	Диаметр — 1000—1200 мм	2
2	Беговая дорожка (детский тренажер)		2
3	Бревно гимнастическое на- польное	Длина — 2400 мм Ширина верхней поверхности — 100 мм Высота — 150 мм	1
4	Велотренажер детский		2
5	Гантели детские	Вес — 250 г, 500 г	20
6	Гиря полая детская	Вес — 500 г	4
7	Диск «Здоровье» детский		10
8	Диск плоский	Диаметр — 230 мм Высота — 30 мм	12
9	Доска гладкая с зацепами	Длина — 2500 мм Ширина — 200 мм Высота — 30 мм	2
10	Доска с ребристой поверх- ностью	Длина — 1500 мм Ширина — 200 мм Высота — 30 мм	2
11	Дорожка-балансир (лестница веревочная напольная)	Длина — 2350 мм Ширина — 330 мм Диаметр реек — 5—6 мм	1
12	Дорожка-змейка (канат)	Длина — 2000 мм Диаметр — 60 мм	2
13	Дорожка-мат	Длина — 1800 мм	1
14	Дуга большая	Высота — 500 мм Ширина — 500 мм	3
15	Дуга малая	Высота — 300 мм Ширина — 500 мм	2
16	Канат гладкий	Длина — 2700—3000 мм	2

Продолжение табл.

1	2	3	4
17	Канат с узлами	Длина — 2300 мм Диаметр — 26 мм Расстояние между узлами — 380 мм	1
18	Качалка-мостик	Длина — 2000 мм Ширина — 400 мм Высота — 630 мм Диаметр реек — 26 мм Расстояние между рейками — 50—60 мм	1
19	Кегли (набор)		2
20	Кольцеброс (набор)		2
21	Кольцо плоское	Диаметр — 180 мм	10
22	Кольцо мягкое	Диаметр — 130 мм	10
23	Контейнер для хранения мячей передвижной		1
24	Куб деревянный малый	Ребро — 200 мм	10
25	Куб деревянный большой	Ребро — 400 мм	4
26	Лента короткая	Длина — 500—600 мм	40
27	Лента длинная	Длина — 1150—1200 мм	20
28	Лестница веревочная	Длина — 2700—3000 мм Ширина — 400 мм Диаметр перекладин — 30 мм	2
29	Лестница деревянная с зацепами	Длина — 2400 мм Ширина — 400 мм Диаметр перекладины — 30 мм Расстояние между перекладинами — 220—250 мм	1
30	Массажеры разные: «Колибри», мяч-массажер и др.		4—6 20
31	Мат большой	Длина — 2000 мм Ширина — 1380 мм Высота — 70 мм	1

Продолжение табл.

1	2	3	4
32	Мат малый	Длина — 1000 мм Ширина — 1000 мм Высота — 70 мм	2
33	Мат складывающийся	Длина — 2000 мм Ширина — 1000 мм Высота — 70 мм	1
34	Мат с разметками	Длина — 1900 мм Ширина — 1380 мм Высота — 100 мм	2
35	Мешочек с грузом малый	Масса — 150—200 г	20
36	Мешочек с грузом большой	Масса — 400 г	20
37	Мишень навесная	Длина — 600 мм Ширина — 600 мм Толщина — 15 мм	2
38	Мячи большие	Диаметр — 200—250 мм	10
39	Мячи средние	— 100—120 мм	20
40	Мячи малые	— 60—80 мм	20
41	Мячи для мини-баскетбола	— 180—200 мм	4
42	Мячи утяжеленные (надувные)	Масса — 0,5 — 1 кг	20 10
43	Обруч малый	Диаметр — 550—600 мм	20
44	Обруч большой	— 1000 мм	4—6
45	Обруч плоский	— 320 мм — 450 мм — 550 мм	12 12 12
46	Палка гимнастическая короткая	Длина — 750 мм	20
47	Палка гимнастическая длинная	— 2500—3000 мм	4
48	Ролик гимнастический		12
49	Скакалка короткая	Длина — 1200—1500 мм	20

Окончание табл.

1	2	3	4
50	Скакалка длинная	— 3000 мм	2
51	Скамейка	Длина — 3000 мм Ширина — 240 мм Высота — 300 мм	6
52	Стенка гимнастическая деревянная	Высота — 2700 мм Ширина пролета — 800 мм Диаметр рейки — 30 мм Расстояние между рейками — 220 мм	4—6 проле- тов
53	Стойки переносные (для прыжков)	Высота — 1300 мм Диаметр — 25—30 мм Диаметр основания — 240 мм	1 ком- плект
54	Уголок передвижной с набором мелких пособий		1 ком- плект
55	Фишки, конусы для разметки игрового поля, площадки		6
56	Шары-мячи фибропластиковые	Диаметр — 350—400 мм — 200—250 мм — 100—125 мм — 60—80 мм	10 20 20 20
57	Шары-мячи прозрачные, с наполнителями	— 500—550 мм	4
58	Шест гимнастический	Высота — 2700—3000 мм Диаметр — 40 мм	2
59	Шнур короткий плетеный, длинный	Длина — 750 мм — 15000—20000 мм	20 2
60	Щит баскетбольный навесной с корзиной	Длина — 590 мм Ширина — 450 мм Внутренний диаметр корзины — 450 мм Длина сетки — 400 мм	2
61	Эспандер детский		10

Примечание. Продолжение будет опубликовано в следующем номере журнала.

День воспитателя и работника дошкольного образования

В 2004 г. 27 сентября по инициативе ряда общероссийских педагогических изданий был учрежден День воспитателя и работника дошкольного образования. Он является профессиональным праздником для полутора миллионов человек, в том числе для 700 тысяч педагогов и воспитателей. Прекрасно, что появился такой день, когда педагоги и вспомогательный персонал детских садов будут окружены особой любовью детей, уважением родителей и всеобщим вниманием.

Красивое, хотя и странное название — «детский сад» — придумал почти 200 лет назад немецкий педагог Фридрих Фребель. В 1837 г. он открыл в Благенбурге учреждение «для детей младшего возраста». Фребель был хорошим педагогом и очень любил малышей. Для своего предприятия он придумал очень поэтичное название «детский сад», по-немецки — Kindergarten. Совершенно естественно было называть тех, кто растит эти «цветы жизни», «садовницами». Так официально и звались воспитательницы первых детских садов. Не мешать ребенку становиться человеком, но помогать, развивая все луч-

шее, что дала ему природа, — вот главный принцип «детского сада». И, разумеется, главным средством должно быть то, чему дети готовы посвящать все свое время — игры.

В 1866 г. 27 сентября Аделаида Семеновна Симонович открыла первый в России детский сад. Он находился в Санкт-Петербурге. Заведение принимало детей 3—8 лет. Симонович была большой фантазеркой, в программе «сада» имелись придуманные ею подвижные игры, конструирование и даже курс родоноведения. Кроме того, она начала издавать специальный журнал «Детский сад». Это заведение просуществовало больше двух лет.

Дошкольный возраст — особенно важный и ответственный период в жизни каждого ребенка. В эти годы не только закладываются основы здоровья, но и формируется его личность. Дети учатся общаться и осваивают нормы социального поведения. От того, насколько счастливым и полноценным будет это время, зависит становление будущих граждан нашей страны. Большинство склонностей и способностей ребенка, на основании которых он потом фор-

мирует свое будущее, — результат кропотливой и грамотной работы всего коллектива детского сада. Благополучное детство и дальнейшая судьба каждого ребенка зависят от мудрости воспитателя, его терпения, внимания к внутреннему миру ребенка.

По данным Минобрнауки России, в настоящее время программы дошкольного образования реализуют более 55,9 тыс. образовательных учреждений, в том числе 43 тыс. государственных и муниципальных, 1,8 тыс. учреждений для детей дошкольного и младшего школьного возраста и около 900 тыс. негосударственных образовательных учреждений. За последний год значительно возросло количество государственных и муниципальных общеобразовательных учреждений, в которых организованы группы для детей дошкольного

возраста — с 793 на начало 2007/08 уч. г. до 8573 на 01.09.2009 г.

Образовательные учреждения, реализующие основную общеобразовательную программу дошкольного образования, посещают около 5,15 млн маленьких россиян. Из них более миллиона — дети в возрасте от 1 до 3 лет, 2,07 млн — дети в возрасте от 3 до 5 лет; 2,06 млн — дети старшего дошкольного возраста — от 5 до 7 лет, информирует ИТАР-ТАСС.

Мы поздравляем с праздником всех работников дошкольных учреждений России, ежедневно отдающих тепло своих сердец детям! Ваши доброта и педагогическое мастерство способны творить чудеса! На ваших плечах лежит огромная ответственность за воспитание будущего гражданина нашей страны.

Спасибо вам за ваш труд!

С уважением, редакция.

Роспотребнадзор сообщает

Продолжены исследования по оценке профилактики ожирения у детей раннего, дошкольного и школьного возраста. Проведена оценка динамики показателей избыточной массы тела у детей, свидетельствующая об увеличении средних значений индекса массы тела для детей школьного возраста в 2005 г. по сравнению с 1994 г. Впервые выявлена прямая корреляционная связь между потреблением детьми с ожирением ω -6 ПНЖК и избыточной массой тела и обратная корреляционная связь между потреблением детьми ω -3 ПНЖК и избыточной массой тела. Эти данные указывают на целесообразность разработки рационов питания с увеличенным содержанием ω -3 ПНЖК и оптимальным отношением ω -6 ПНЖК/ ω -3 ПНЖК как возможного фактора снижения избыточной массы тела (ГУ НИИ питания РАМН).

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2008 году»

Гигиена чтения

Ямщикова Н.Л.,

канд. мед. наук, доцент, *Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва*

С давних пор основным средством передачи информации является чтение. С детского возраста ребенок сталкивается с необходимостью усвоения значительного объема информации. Несмотря на появление новых путей и средств передачи и усвоения знаний, чтение остается одним из основных способов восприятия информации и в настоящее время. Уже в дошкольном возрасте чтение — один из видов деятельности в предшкольной подготовке. Некоторые дети старшего дошкольного возраста и дома самостоятельно читают книги в свободное время.

Подготовку ребенка к самостоятельному чтению следует начинать в игровой форме. Для успешного освоения дошкольником навыка чтения необходимо с помощью специальных игр развивать память, внимание, мышление и мелкую моторику рук. Перед тем как малыш будет запоминать буквы, ему нужно научиться запоминать картинки, находить сходства и различия между предметами и звуками окружающего мира, что позволит ему в дальнейшем увидеть разницу между буквами или услышать особенности произношения разных звуков. Для этого имеется целый комплекс разви-

вающих игр, направленных на придумывание слов на слоги, развитие фантазии и речи, умение различать неречевые звуки, запоминать их, развивать память, слуховое внимание, мелкую моторику рук. Можно также использовать мозаики, пазлы, картинки, в которых нужно отыскивать спрятанные формы; вообще, любые игры побуждают ребенка тщательно рассматривать картинку, сравнивать форму деталей, развивают наблюдательность.

Именно старший дошкольный возраст для большинства детей наиболее эффективный для начала обучения чтению. Это не значит, что все дети в одинаковой степени освоят навыки чтения, но начинать заниматься с ними уже нужно. Приступать к обучению чтению можно только в том случае, если устная речь ребенка достаточно развита. Если ребенок плохо согласовывает слова, имеет дефекты звукопроизношения и т.д., необходимо сначала обратиться к логопеду.

Чтение влияет на величину общей умственной и статической нагрузки ребенка, а следовательно, нуждается в регламентации по длительности, режиму и организации условий по его проведению. Чтение должно

проходить в оптимальных условиях, необходимо: соответствие размеров мебели возрастно-ростовым показателям, использование пюпитра, поставленного под углом в 45° к горизонтали для размещения книги, освещение рабочей поверхности в 500 лк от люминесцентных ламп.

Гигиеническое нормирование многих факторов процесса чтения невозможно без знания возрастных особенностей физиологии чтения.

Основное условие работы над книгой — легкость зрительного восприятия, что возможно лишь в тех случаях, если:

- предмет резко выделяется на окружающем фоне и поэтому дает на сетчатке резко очерченное изображение;
- изображение предмета образуется на самой сетчатке, а не впереди или позади нее;
- изображение имеет достаточную величину, занимая на сетчатке дугу не менее одной минуты.

Резкость очертания предмета и его изображения на сетчатке, при прочих равных условиях, зависит:

- от хорошего освещения предмета;
- совпадения изображения с сетчаткой (от расстояния предмета до глаза и от силы преломления составных частей глаза);
- величины предмета и его удаления от глаза (чем дальше

предмет, тем он должен быть больше, чтобы давать изображение требуемой минимальной величины).

Минимальная работа глазных мышц бывает в том случае, если рассматриваемый предмет находится далеко от глаза. При таком положении предмета глазные оси стоят параллельно, глазное яблоко находится в состоянии равновесия, а весь глазодвигательный аппарат в состоянии покоя. Если предмет приближается к глазу, глазные оси должны пересечь друг друга под острым углом. Это достигается путем конвергенции, т.е. вращением глазных яблок внутрь (рис. 1).

Чем ближе предмет приближается к глазу, тем больше становится угол между осями и, следовательно, усиливается работа мышц, которые движут глазные яблоки при сведении и разведении зрительных осей во время фиксации предмета. При дальнейшем приближении предмета начинают усиленно работать мышцы радужной оболочки, влияя на величину зрачкового отверстия, и аккомодационная мышца, изменяющая кривизну хрусталика. Продолжительное

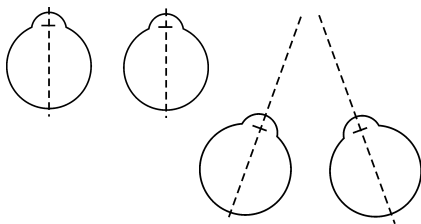


Рис. 1. Конвергенция

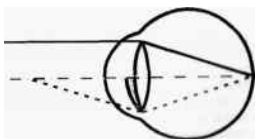


Рис. 2. Схема механизма аккомодации

рассматривание предметов на близком расстоянии ведет к переутомлению глазных мышц.

Кроме двигательного аппарата, утомление может возникать в светоощущающем аппарате глаза (сетчатка, светочувствительные волокна палочек и колбочек, а также оптические центры в головном мозге). Под влиянием световых раздражителей уже через короткое время чувствительность глаза к свету устанавливается на определенном уровне. Утомление мышечного аппарата нарастает в течение работы при длительном чрезмерном напряжении или при часто повторяющихся сменах напряжения и расслабления (рис. 2). Такие условия для глаза создаются при необходимости фиксирования очень близких объектов или рассматривания мелких деталей. При длительной работе в подобных условиях аккомодационная мышца от переутомления может потерять способность сокращаться или остается в состоянии напряжения, спазма (глаз находится в положении, приспособленном для рассматривания предметов вблизи) или приходит в состояние паралича.

Ввиду всего этого необходимо регламентировать расстояние от головы читающего школьника до текста.

Значительные возрастные различия установлены при изучении процесса чтения как физиологического акта. Чтение — сложный психофизиологический процесс, включающий как технику чтения, так и понимание текста. Понимание читаемого, как основная и конечная цель чтения, связано с начальным этапом зрительного восприятия печатных знаков. При чтении образуется условная связь видимого слова как со звуками речи и движением глаз, так и с артикуляцией собственно речедвигательного аппарата ребенка. Эта связь осуществляется с помощью слухового, зрительного и речедвигательного анализаторов в совокупности.

Чтение, особенно на начальных этапах зрительного восприятия, требует не только остроты зрения, аккомодации, движений глаз, но и участия таких психических функций, как быстрота зрительного различения, зрительное внимание и зрительная память.

Для изучения вопросов гигиены чтения детей применяется комплекс методов, характеризующих с разных сторон процесс чтения. Ведущее значение в исследовании особенностей процесса чтения имеет изучение движений глаз, вне зависимос-

ти от того, являются ли зрительные ощущения регулятором элементарных движений глаз, или же произвольные движения глаз при чтении являются не причиной, а следствием процессов, происходящих в центрах коры головного мозга, и изменяются в соответствии со степенью понимания текста.

Перемещение глаз при чтении вдоль строки прерывается остановками взора (фиксациями), в это время, а не в период движения, глаза воспринимают, обрабатывают и передают в зрительные центры мозга информацию, содержащуюся в данном фиксационном поле. Кроме поступательных движений глаз вдоль строки, могут быть и возвратные движения с повторной фиксацией элементов текста. Длительность фиксаций и количество движений глаз дают возможность характеризовать процесс чтения. С возрастом, по мере развития навыка чтения, совершенствуется организация движений глаз и чтение ускоряется, однако этот процесс идет неравномерно. Пути совершенствования процесса чтения являются:

- преимущественное увеличение числа фиксаций без существенного изменения их длительности, т.е. путем увеличения объема узнавания в период каждой фиксации;
- преимущественное уменьшение продолжительности фиксаций при определенном их числе, т.е. ускорением узнава-

ния при сохранении прежнего объема;

- одновременное изменение числа фиксаций и их продолжительности.

На начальном этапе чтение строк происходит с большим количеством фиксаций и движений глаз от одной фиксации к другой, со значительным разнообразием их длительности и смещением в область длительных фиксаций, 60% строк прочитывается без рефиксаций, но очень медленно.

Возрастные особенности движений глаз при чтении связаны с возрастными функциональными возможностями и различными требованиями к чтению на разных возрастных этапах. У дошкольников, по сравнению со школьниками, процесс чтения более развернут. Все элементы текста зрительно воспринимаются без пропусков, что ведет к прочтыванию строк без рефиксаций и способствует медленному чтению. Повторность чтения, ошибки в пересказе прочитанного говорят о затруднении понимания читаемого.

С возрастом формируется навык чтения, этот процесс совершенствуется, что выражается в его ускорении.

Для профилактики утомления детей в процессе чтения необходимы физкультминутки, пальчиковая гимнастика, подвижные игры и т.д.

Издания для детей старшего дошкольного возраста должны

соответствовать гигиеническим требованиям, которые направлены на обеспечение их удобочитаемости и дифференцированы в соответствии с гигиенической классификацией изданий. Образец каждой книги должен пройти гигиеническую экспертизу и иметь соответствующий сертификат.

При выборе книги для ребенка в первую очередь необходимо обращать внимание на шрифт, иллюстрации, количество текста на одной странице (легче читать книги с небольшим количеством текста на странице).

Шрифтовое оформление изданий для дошкольников, выпускаемых с использованием шрифтов русской графической

основы, должно соответствовать требованиям (см. таблицу). Длина строки не регламентируется при объеме текста на странице 200 знаков и менее.

Для текста в изданиях для дошкольников не рекомендуется применять:

- цветные краски (кроме выделений);
- многоколонный набор (кроме стихов);
- рисованные шрифты (кроме выделений).

Двухколонный набор допускается только для стихов при расстоянии между колонками не менее 12 мм, считая от конца самой длинной строки в первой колонке. Разрешается применение шрифтов следующих начертаний: **полу-**

Таблица

**Требования к шрифтовому оформлению текста
в изданиях для первой возрастной группы**

Кегель* шрифта, пункты не менее	Длина строки, мм		Характеристика шрифта по ГОСТ 3489.1-71	
	минимальная	максимальная	группа	начертание
20 и более	117	171	Рубленые, новые малококонтрастные	Нормальное или широкое, светлое, прямое
16, 18	117	167	Рубленые, новые малококонтрастные	Нормальное или широкое, светлое, прямое
14	108	153	Рубленые	Нормальное, широкое или сверхширокое светлое, прямое
12	90	153	Рубленые	Нормальное, широкое или сверхширокое светлое, прямое

Примечание: кегель — размер шрифта, измеряемый в пунктах в системе Дидо.

жирного — при использовании кегля не менее кегля шрифта основного текста; *курсивного* — при использовании кегля шрифта на 2 пункта больше кегля шрифта основного текста.

При использовании рисованных шрифтов их размер должен соответствовать шрифту кегля не менее 20 пунктов. При кегле шрифта основного текста менее 16 пунктов кегль шрифта выделений текста цветными красками должен быть на 2 пункта больше. Цветные иллюстрации лучше воспринимаются детьми дошкольного возраста, чем черно-белые. Площадь иллюстраций на полосе издания должна

быть не менее 50%. Общая площадь иллюстраций в издании рекомендуется не менее 75%.

Полиграфические материалы как отечественного, так и импортного производства, применяемые для изготовления издания, должны быть представлены санитарно-эпидемиологическим заключением об их безопасности для здоровья.

Для изготовления изданий применяется бумага, предназначенная только для печати книжных изданий (офсетная, типографская, книжно-журнальная и т.п.). Эти сведения обычно издатель помещает в конце книги на последней странице.

Предметы для детского творчества — важный элемент развития дошкольника

Маркелова С.В.,

канд. мед. наук, старший научный сотрудник,
НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков
НЦЗД РАМН, Москва

Изменение социально-экономической ситуации как в России, так и за рубежом сопровождается стремлением к развитию промышленности, технологических процессов, появлению новых достижений в науке и технике. Все это способствует увеличению ассортимента выпускаемых товаров для детей, в том числе

игрушек, появлению новых материалов, используемых для их изготовления.

На сегодняшний день игры и игрушки составляют второй по емкости сегмент рынка детских товаров (после одежды и обуви) — 23% общего объема. Рост рынка игрушек выражается не только в увеличении числа по-

купателей почти на 60% (в связи с ростом рождаемости), но и в увеличении затрат населения на игрушки на 67% [2].

Игрушки для ребенка это среда, позволяющая ему исследовать окружающий мир, формировать и реализовывать творческие способности, выражать свои чувства. Он также учит общаться и познавать себя. Главная функция игрушки заключается в активизации детской деятельности. Игрушка должна стимулировать осмысленную активность ребенка (как внешнюю, так и внутреннюю). Развивающий и образовательный ее эффект определяется прежде всего характером игрового действия.

Современные игрушки поражают своим многообразием, как по функциональному назначению, возрасту ребенка, для которого предназначена игрушка, так и количеству используемых для ее изготовления материалов (дерево, стекло, резина, различные виды пластмасс, бумага, картон, металл, ткань, мех, вата, кожа и ее заменители, фарфор, фаянс, керамика, папье-маше) [3].

Результаты исследования, проведенного в НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, показали, что наибольший удельный вес среди игрушек занимают игрушки для детей младше 3 лет, а также предметы для детского творчества (ПДТ). В свою очередь, основная группа ПДТ ори-

ентирована на детей младше 3 лет и предназначена для тренировки мелкой моторики мышц кисти, освоения навыков рисования, лепки, художественного восприятия внешнего мира, образного мышления и т.п.

Изучение ассортимента существующих ПДТ показало, что набор этих предметов очень велик. Вместе с тем, с каждым годом он продолжает расширяться. Перечень всем известных ПДТ (цветные карандаши, пластилин, краски акварельные, гуашь, клей, цветная бумага и т.п.) пополнился за счет новых их видов (пальчиковые краски, смальта, наборы для рисования песком, самоотвердевающие массы для моделирования, глина для лепки, наборы для изготовления и декорирования свечей и мыла, наборы для создания рисунков на ткани, самоклеющиеся аппликации и многое другое).

Расширение ассортимента ПДТ обусловлено в том числе появлением новых материалов, рецептур, придающих изделию неповторимые свойства. Так, созданы ингредиенты, способные придать пластилину, краскам, отпечатку фломастера флюоресцентное свечение.

В связи с увеличением ассортимента выпускаемых ПДТ, расширением числа материалов, используемых для их изготовления, увеличилось их разнообразие, в том числе по функциональному назначению, сокра-

тился возраст детей, впервые использующих ПДТ.

Первый контакт ребенка с ПДТ происходит уже на первом году жизни. Так, педиатры начинают использовать ПДТ в программе «Развитие сознательного материнства» в работе с детьми первого года жизни. Совместная деятельность матери и ребенка оказывает большое влияние на развитие контакта и взаимопонимания между ними, создает положительный эмоциональный фон, способствует развитию мелкой моторики, цветовосприятия, сенсорному, эмоциональному, речевому развитию ребенка. В качестве предмета для совместной деятельности используется краска для рисования. Малышу предлагается на листе бумаги потрогать краску пальчиками и размазать ее по листу бумаги. Ребенок рисует пальцами, ладонью. Зафиксирован случай, где ребенок 9,5 мес. за 20 мин «заполнил» весь лист ватмана «цветными лужицами» [1].

В результате проведенного сотрудниками нашего института исследования частоты и характера использования в организованных детских коллективах ПДТ было установлено, что занятия детей с ПДТ начинаются на 2—3-м годах жизни. Обязательные занятия по специальным программам, предусматривающим обучение детей правильной речи, счету, рисованию, лепке, аппликации, конструированию призваны способствовать

постепенной подготовке дошкольников к систематическому обучению в школе, освоению знаний и умений, которыми они не могут овладеть в процессе самопрактики.

Занятия с различными пособиями и материалами требуют от детей активной деятельности мышц кисти, что дается им с трудом. В этой связи необходимо облегчить детям усвоение этих навыков путем постепенного увеличения нагрузки на мелкие мышцы кисти по мере их развития, сокращения времени статического напряжения, правильного положения тела во время занятий и т.п.

Для реализации принципа «постепенности» при составлении программ обучения большое внимание уделяется правильному выбору материала, с которым придется работать ребенку. Величина физических усилий во многом определяется свойствами обрабатываемого материала, в частности, сопротивляемостью на сжатие и растяжение.

Возрастные особенности детей (малая подвижность нервных процессов, более длительная ответная реакция маленьких детей по сравнению со старшими возрастными) делают занятия более продолжительными. Индивидуальные занятия, в которых дети не имеют определенных умений, длятся кратковременно (5—7 мин). Занятия со знакомыми материалами, в которых ребенок является не пас-

сивным слушателем, а сам активно действует, более длительны (10—15 мин).

Занятия повторяются несколько раз в неделю до полного закрепления отрабатываемых навыков.

Анализ данных анкетирования педагогов показал, что занятия по рисованию начинались с детьми в возрасте 2—3 лет. Детей этого возраста обучали правильно держать карандаш, выполнять основные движения, располагать рисунок на листе бумаги. Для рисования использовались мягкие карандаши черного, красного, синего и зеленого цвета.

В возрасте 3—4 лет детям предлагали для работы 6-цветные, а с 5-летнего возраста 12-цветные наборы карандашей, восковых и меловых мелков, цветных фломастеров; также использовались графит, уголь, гелиевые ручки.

После закрепления навыков работы с карандашом детей обучали работе с кистью и красками (сначала гуашевыми, а затем акварельными, тушью). На занятиях также использовали шаблоны для раскрашивания, штампы для оставления следов, наборы для рисования песком. Рисование проводилось на бумаге и картоне разных цветов, тонированной бумаге.

Для лепки детям 2—3 лет давали хорошо промешанную глину или пластилин. По мере освоения основных приемов работы и развития мелких мышц кисти, позво-

ляющих воспроизводить задуманное из пластичного материала, перечень используемых материалов дополнялся пастами для моделирования, гипсом, стекой. Полученные поделки закреплялись на картоне, в том числе гофрированном, ватмане, пластичных и деревянных дощечках.

Занятия по аппликации начинались с детьми третьего года жизни. Им предлагалось наклеить на предложенную бумажную или картонную основу заготовленные педагогом детали, воплотив на ней задуманный предмет или образ.

Детям четвертого года жизни для работы предлагались бархатная бумага, кисти для клея; впервые в руки давали ножницы с тупыми концами. Используемый в работе клей, как правило, варился педагогами из крахмала.

Детям 6-летнего возраста предлагались клей-карандаш, фольга, гофра, самоклеющаяся бумага.

В этом возрасте педагогами активно использовалась интеграция видов изобразительной деятельности при создании конкретного образа. Так, рисунок мог дополнять аппликативное изображение — мазками украшались силуэты елок, домов, посуды. При этом у детей появлялось положительное отношение к различным видам изобразительной деятельности, в том числе ввиду повышения координации движения рук и развития мелких мышц кисти.

Это давало возможность свободно использовать технические приемы лепки, рисования, аппликации.

Искусство дизайна активно входит в жизнь. «Детский дизайн» связан с декоративной деятельностью ребенка по благоустройству окружающей его предметно-пространственной среды. Дети самостоятельно собирали и заготавливали природные материалы (травы, листья, кору деревьев, шишки, желуди, семена клена, фасоль, семечки, минералы), выбирали бумагу, ткани и другие синтетические материалы, создавая из них аранжировки (букеты, гербарии, гирлянды) и образные композиции для украшения своего быта, используя для соединения частей клей, пластилин.

Отдельное место в обучении занимает ручной труд. Впервые с ним начинали знакомить детей старшего дошкольного возраста (5–6 лет), принимая во внимание необходимость работы с острыми концами и режущими поверхностями. Ребятам предлагались наборы для вышивания, вязания, плетения, изготовления восковых свечей, создания мозаики, в том числе на гипсовой основе (смальта) и т.п.

Среди используемых в дошкольных учреждениях конструкторов были выделены конструкторы настольные и напольные, которые, в свою очередь, могли быть деревянные (типа «Элтик»), пластиковые (типа

«Лего», «Брик»), иметь металлические детали.

Практически во всех группах была отмечена обязательная работа с ПДТ дома. При этом, помимо обязательных занятий, анкетировемыми отмечалось использование в домашних условиях таких видов ПДТ, как наборы для моделирования, конструирования, плетения, вышивания бисером; плетение гобеленов.

Правильно и своевременно организованные занятия ручным трудом с ПДТ помогают детям развивать и тренировать моторику мелких мышц кисти, что способствует, в свою очередь, формированию и развитию навыков письма, опосредованно развивает речь ребенка. Кроме того, ПДТ знакомят детей с различными свойствами и качествами предметов, обогащают их знания и представления об окружающем мире, формируют образное мышление, цветовое восприятие, внимание, память и многое другое.

Литература

1. Гмошинская М.В., Воробьева И.Н., Чернова Н.Ф. Сохранение контакта матери и ребенка посредством современной творческой деятельности в период грудного вскармливания и после его прекращения // Педиатрия. 2005. № 1.
2. Захаров Д. Регионы и сети вырываются вперед. Основные тенденции развития рынка детских товаров // Игропром. 2008. № 2.
3. Общероссийский классификатор продукции ОКП 005-93.

**Творческий Центр СФЕРА****ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ**

*Подписаться на наши журналы
с приложениями можно с любого месяца!*

2010 2-е полугодие

Комплект	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
«Управление ДОУ» с приложением и журналами «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		
Предшкольная подготовка (комплект из 18 книг)		42121	

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания для Вашего учреждения,

вам потребуется **четыре индекса:**
39757, 39755, 39756, 42121 — Пресса России

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!

Поговорим о правильном питании

Кашель у детей: патогенетические механизмы его развития

Организация работы группы оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией

Актуальные проблемы дезинфекции, дезинсекции и дератизации в ДОУ

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

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2010, № 5

**Научно-практический
журнал**

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор
Н.Л. Ямщикова

Редколлегия:

И.М. Ахметзянов, А.Ф. Виноградов,
Г.Н. Дёгтева, Л.В. Макарова,
Н.А. Матвеева, Д.В. Сиякова,
Е.М. Старобина, М.И. Степанова,
Э.А. Цветков, Н.П. Шабалов,
А.В. Шишова, Н.Л. Ямщикова

Оформление, макет
Т.Н. Полозова

Художник обложки
О.В. Максимова

Корректоры

Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

При перепечатке материалов и использовании их в любой форме, в том числе в электронных СМИ, ссылка на журнал «Медработник ДОУ» обязательна.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия 13.07.07

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписной индекс в каталогах:

Роспечать **80553, 36804;**

Пресса России — **42120, 39757,**

Почта России — **10399.**

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 25.06.10. Формат 60×90¹/₁₆.

Усл. печ. л. 8. Тираж 8000 экз.

Заказ №

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 «Медработник ДОУ», 2010

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2010

© Т.В. Цветкова, 2010

Отпечатано с готовых диапозитивов

в ОАО ордена «Знак Почета»

«Смоленская областная типография

им. В.И. Смирнова».

214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, д. 2.



4 607091 440263



0 0015