



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного образовательного учреждения

Подготовка детского сада к зиме

Профилактические медицинские
осмотры дошкольников

Медико-психолого-
педагогическое сопровождение
дошкольников

Шумное дыхание у дошкольников

Обеспечение безопасности
иммунизации детей в ДОУ

Организация проведения
массажных процедур в ДОУ

Прием детей в ДОУ

№ 3/2008



Содержание

2008, № 3

Колонка редактора	3
Гость номера <i>В.Р. Кучма</i>	4

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

<i>Степанова М.И.</i> Требования безопасности к играм, игрушкам, издательской продукции и игровому оборудованию для дошкольников	8
---	---

Режим дня

<i>Кузнецова Л.Ю., Попова О.Л.</i> Гигиенические основы организации режима дня в дошкольных учреждениях	13
<i>Степанова М.И.</i> Как подготовить детский сад к зиме	19

Рациональное питание

<i>Горелова Ж.Ю., Копытько М.В.</i> Особенности организации питания детей в ДОУ	23
--	----

Физическое воспитание

<i>Макарова А.Ю.</i> Эффективность физического воспитания детей 6-летнего возраста в дошкольных организованных коллективах	30
---	----

Гигиеническое воспитание

<i>Бобрищева-Пушкина Н.Д., Силаев А.А.</i> Гигиеническое обучение и воспитание детей, родителей и персонала ДОУ	35
---	----

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

<i>Салова М.Н., Бобошко И.Е., Жданова Л.А.</i> Новые формы медико-психолого-педагогического сопровождения детей с учетом их типа психосоматической конституции	42
---	----

Неинфекционные заболевания*Петруничев А.Ю., Цветков Э.А.*

Шумное дыхание у детей первых лет жизни: роль ларингомаляции в развитии врожденного стридора 53

Инфекционные заболевания*Ямщикова Н.Л.*

Обеспечение условий безопасности иммунизации детей в ДОО 61

ПЕДАГОГИКА**Оздоровительная работа***Ильина С.К.*

Организация проведения массажных процедур в ДОО 74

Экология и валеология*Мазур Н.В.*

Оздоровительная работа и валеологическое воспитание дошкольников 84

Педагогическая копилка*Цветкова О.В., Шиленок Т.А.*

На природу в любую погоду, или Почему мы проводим мини-походы 90

АКТУАЛЬНО**Медицинское обслуживание***Рапопорт И.К.*

Состояние здоровья современных детей дошкольного возраста: профилактические осмотры и пути их улучшения 98

Березина Н.О.

Прием детей в ДОО: медико-педагогические вопросы 110

Нормативные и руководящие документы

Официальные документы, опубликованные во II квартале 2008 года 115

Горжусь профессией своей*Меркушев И.А.*

Творим добро вместе 120

Самообразование*Цуциев С.А.*

Охрана труда: от аттестации рабочих мест к сертификату соответствия 123

Анонс 128

Уважаемые коллеги!

Пролетели летние месяцы как один день, начался новый учебный год, а вместе с ним мы снова погрузились в проблемы наших дошкольников.

Летняя кампания высветила основные проблемы, связанные с организацией детского отдыха и оздоровления. Это, в первую очередь, продолжающееся снижение количества загородных стационарных детских оздоровительных учреждений, чему причиной как нормативно-правовая неурегулированность статуса этих учреждений и функций органов, контролирующих их деятельность, так и перебои с финансированием, отсутствие налоговых послаблений, льгот на тарифы. Попытки увеличить численность отдыхающих детей за счет оздоровительных учреждений с дневным пребыванием по понятным причинам нельзя расценивать как адекватную замену отдыха и оздоровления на природе. Как всегда остро стоял вопрос комплектования оздоровительных учреждений квалифицированными руководителями, воспитателями, медработниками, поварами. Тому виной и низкий уровень оплаты их труда, и, зачастую, пассивное отношение органов власти к целевой подготовке кадров для летних оздоровительных учреждений, проведению медицинских осмотров их персонала, осуществлению контрольно-надзорных мероприятий.

Тем не менее, оздоровительная кампания в целом прошла успешно. Этот положительный итог вправе записать в свой актив те врачи, фельдшеры, медсестры, которые посвятили свое драгоценное летнее время не личному отдыху, а оказанию медицинской помощи нашим малышам. Такими энтузиастами богата отечественная медицина. Можно привести слова известного анатома В.Н. Тонкова, который советовал коллегам в трудное время произнести слово *“clavicula”*, и «тогда весь мир предстанет в розовом свете» (вот такие ассоциации вызывала маленькая ключица у увлеченного своим делом человека).

Именно для вас, уважаемые единомышленники, работает большой коллектив авторов и сотрудников издательства «ТЦ Сфера». Мы видим положительные результаты своей работы, востребованность нашего журнала. Об этом свидетельствует увеличение в 1,5 раза количества подписчиков во втором полугодии 2008 г., поэтому мы приняли решение перейти в 2009 г. на выпуск восьми номеров в год. Пишите нам, присылайте свои материалы, статьи, делитесь опытом, задавайте вопросы, обозначайте проблемы. Помните, что ваши знания и опыт могут пригодиться коллегам, которые также целью своей жизни поставили заботу о здоровье детей.

С уважением, редакция

Гость номера

Кучма Владислав Ремирович

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

Актуальные проблемы дошкольной медицины

Дети — наше будущее. Немаловажная роль в воспитании здоровых и гармонично развитых детей принадлежит дошкольным образовательным учреждениям (ДОУ).

В соответствии с «Типовым положением о дошкольном образовательном учреждении», утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.07.95 г. № 677, ДОУ обеспечивает воспитание, обучение, присмотр, уход и оздоровление детей. Основными задачами его являются: охрана жизни и укрепление здоровья детей; обеспечение интеллектуального, личностного и физического развития ребенка; осуществление необходимой коррекции отклонений в развитии; приобщение детей к общечеловеческим ценностям; взаимодействие с семьей для обеспечения полноценного развития ребенка.

Организация учебно-воспитательного процесса в современных ДОУ характеризуется увеличением умственной нагрузки воспитанников. Образовательный процесс многих детских садов даже коррекционной направленности

перегружен дополнительными занятиями (иностранный язык, чтение, элементы письма). Происходит подмена развивающих и оздоровительных задач дошкольного учреждения образовательными. Все большее распространение в ДОУ получает приобщение детей к компьютерам.

В процесс образования и воспитания дошкольников внедряется множество инновационных образовательных моделей, в которых акцент сделан прежде всего на раннее вовлечение детей в предметное обучение, расширение объема получаемых знаний, тесное слияние новых интеллектуальных технологий с обучающими программами. Однако далеко не все они безупречны как с педагогической, так и с гигиенической точки зрения. Подобные воспитательные подходы могут приводить к нарушениям процессов адаптации к условиям ДОУ, выражающимся в значительном нервно-эмоциональном и сенсомоторном напряжении. Неадекватные нагрузки на фоне прогрессирующего накопления утомления в последующем приводят к функциональным рас-

стройствам и способствуют развитию заболеваний.

При увеличивающейся образовательной нагрузке воспитанников двигательный компонент физической активности либо остается неизменным, либо ущемляется за счет увеличения статического компонента в режиме дня ребенка. По данным ряда исследований, около 50% дошкольников страдают от гиподинамии. Среди детей 5—7 лет с нарушениями опорно-двигательного аппарата только 33% имеют оптимальный уровень двигательной активности. Физическая активность — один из важнейших элементов воспитания дошкольников. Главная ее функция — полноценное развитие и формирование здоровья ребенка; большую роль также играют характер привычной двигательной активности и постановка физического воспитания в дошкольном учреждении.

Архитектурно-планировочные решения учреждений для детей дошкольного возраста, современные требования к организации методической и учебно-воспитательной работы и медицинскому обеспечению способствуют гармоничному интеллектуальному, духовному и физическому развитию личности и закладывают основы здорового образа жизни.

Подмена в современных дошкольных учреждениях воспитательно-оздоровительных задач образовательными проявляется недостаточным физическим воспитанием дошкольников, а также

увеличением среди них числа детей, функционально не готовых к школьному обучению. Как было установлено в ходе последних исследований, среди выпускников подготовительных к школе групп ДОУ 20% имеют низкую физическую подготовленность, до 40% детей функционально не готовы к школьному обучению, что в 3 раза больше количества таких детей в 70-е гг. и в 2 раза больше, чем в 80-е гг. XX века.

Дети, имеющие хроническую патологию, аллергические заболевания, нарушения опорно-двигательного аппарата, речи, слуха, зрения, с задержкой психического развития, а также часто болеющие, нуждаются в создании благоприятных условий для роста, развития и коррекции отклонений. Отсутствие в ДОУ общего профиля необходимых условий способствует прогрессированию отклонений в состоянии здоровья и физическом развитии у таких детей. В то же время нахождение вне коллектива негативно сказывается на нервно-психическом развитии детей, включая недостаточность коммуникативных навыков, отсутствие профессиональной педагогической помощи в подготовке к школе. В настоящее время с этой целью организуются ДОУ компенсирующего вида с приоритетным осуществлением квалифицированной коррекции отклонений в физическом и психическом развитии воспитанников и ДОУ комбинирован-

ного вида, в состав которых входят общеразвивающие, компенсирующие и оздоровительные группы. Количество таких учреждений с каждым годом увеличивается.

Основные направления оздоровительной работы в ДОУ компенсирующего вида включают:

- создание благоприятных условий среды (микроклимат, освещенность, мебель и др.);
- гигиенически рациональную организацию режима дня и учебно-воспитательного процесса;
- оптимальный двигательный режим, физическое воспитание и закаливание;
- сбалансированное питание;
- эффективное медицинское обеспечение;
- обучение основам здорового образа жизни и формирование позитивных установок на здоровье.

В ходе масштабных исследований, проведенных в НЦЗД РАМН и Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, была показана возможность эффективной профилактики ОРВИ и гриппа у эпизодически болеющих и реабилитации часто и длительно болеющих детей в ДОУ. В частности, отмечено, что выраженный эффект оздоровления наблюдается при применении иммуномодулятора ИРС-19 на фоне интенсивного закаливания и ухода за носоглоткой, с одновременной коррекцией дисбактериоза кишечника. При использовании

данного комплекса оздоровительных мероприятий отмечалось уменьшение общей заболеваемости ОРВИ, снижение числа осложнений, повышение активности факторов неспецифической защиты и местного иммунитета слизистых оболочек верхних дыхательных путей.

Для решения задач комплексного оздоровления детей проводится специальная подготовка педагогических кадров. В соответствии с нашими рекомендациями в штат ДОУ введены дополнительно врач-ортопед, медсестры по массажу и физиотерапии, психолог, дефектолог, инструктор ЛФК.

Сохранение и укрепление здоровья детей на дошкольном этапе их воспитания и обучения требует совместных усилий врачей, педагогов и воспитателей при самом активном участии родителей. Выявленные неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья дошкольников свидетельствуют о необходимости систематической профилактической и оздоровительной работы в дошкольных учреждениях, внедрения современных технологий оздоровления и профилактики заболеваний. Именно эта позиция реализуется кафедрой гигиены детей и подростков ММА им. И.М. Сеченова, которая проводит обучение специалистов отделений организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях, в том числе в ДОУ.



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

*Если вы хотите получать наши журналы
с приложениями, не забудьте подписаться!*

2008

Индекс в каталоге

«Роспечать» «Пресса
России»

«Управление ДОУ» + Комплект: Приложение к журналу, «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»	36804	
«Управление ДОУ»	80818	
«Управление ДОУ» + Приложение «Медработник ДОУ»	82687	39757
«Воспитатель ДОУ» + Приложение «Воспитатель ДОУ»	80553	
«Воспитатель ДОУ»	80899	39755
«Логопед» + «Конфетка» + Библиотека журнала «Логопед»	58035	
«Логопед»	18036	39756
«Логопед»	82686	
Комплект рабочих журналов	Редакционная подписка	

Чтобы подписаться на **все издания** для вашего учреждения,
вам потребуется **всего три индекса:**

36804, 80899, 18036

Подписаться на наши издания можно по каталогам

«РОСПЕЧАТЬ» и «Пресса России»

с любого месяца в любом почтовом отделении.

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их по почте наложенным платежом **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

Тел: (495) 656-75-05, 656-72-05, 181-34-52;

по E-mail: sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

Требования безопасности к играм, игрушкам, издательской продукции и игровому оборудованию для дошкольников

Степанова М.И.,

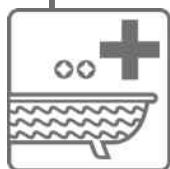
д-р мед. наук, НИИ гигиены и охраны здоровья
детей и подростков Научного центра
здоровья детей РАМН, Москва

Ребенок должен расти и развиваться в условиях, безопасных для его жизни и здоровья. В соответствии с современным санитарным законодательством производство и реализация любого игрового оборудования допускается только при наличии санитарно-эпидемиологического заключения (сертификата), которое подтверждает его безопасность. Сегодня это требование особенно актуально, поскольку отечественный рынок наполнен товарами для детей из многих стран и, к сожалению, не всегда качественными. Для производства любого игрового оборудования разрешается использовать только те материалы, которые согласованы с органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Санитарные правила, касающиеся производства и реализации игр и игрушек, запрещают использование для изготовления игрушек таких материалов, как утиль, древесная кора, а для детей до 3 лет — натурального меха и кожи. Специальными исследованиями установлено, что вес игрушки для детей до 3 лет не должен быть больше 100 г, игрушки или детали игры (за исключением крупногабаритных и механизированных игрушек) для детей в возрасте до 7 — не более 400 г и для детей до 10 лет — 800 г. Детали музыкальных духовых инструментов, предназначенные для соприкосновения с губами детей, и погремушки должны быть изготовлены из легкодезинфицируемых и не впитывающих влагу материалов.

В процессе гигиенической экспертизы проверяют стойкость декоративного или защитного покрытия игрушки

ГИГИЕНА



к действию слюны, пота, влажной обработки, а для звуковых игрушек существуют ограничения по уровню звука. Еще одно важное требование — игровое оборудование не должно быть травмоопасным — иметь острые и выступающие углы, колющие части или детали, щели. Все приобретенные игрушки, изготовленные из материалов, стойких к влажной обработке, перед тем как дать ребенку, необходимо вымыть с мылом, хорошо ополоснуть водой. В дальнейшем их моют по мере загрязнения. Игрушки, с которых в процессе мытья сходит краска, необходимо изъять, так как если ребенок возьмет такую игрушку в рот, краска будет растворяться в слюне. Мягкие игрушки грязнятся быстрее всех остальных, их сложнее чистить, поэтому для детей до 2 лет они не рекомендуются. Не стоит использовать во время прогулки те игрушки, с которыми ребенок играет дома.

Любая деятельность детей, связанная с использованием инструментов, допустима лишь с ведома взрослых, и должна проходить под их непосредственным контролем и наблюдением. Для профилактики травм во время работы ребенку прежде всего необходимо показать, как правильно пользоваться инструментом. Инструменты должны соответствовать возрасту детей, быть исправными и безопасными (ножницы с тупыми концами, молоток с закругленной ударной частью). Места хранения всех колющих и режущих инструментов должны быть закрытыми.

При отборе материала для поделок следует помнить о его безопасности. Нельзя использовать битое стекло, спички с неудаленной серной головкой, ядовитые ягоды, острые сучки, твердую проволоку. Запрещено применять для изготовления поделок стекловату, стекловолокно, свинец, нитро- и эмалевые краски и лаки, эпоксидную смолу и органические растворители, клеи на основе спирта и стекловолокна (например, «Момент», ПВА и их аналоги). Приобретая краски, пластилин, настольные игры, следует убедиться, что их безопасность для детей подтверждена санитарно-эпидемиологическим заключением.

При выполнении детьми на земельном участке таких работ, как полив растений, перенос песка, расчистка снега, используется исправный инвентарь с прочным креплением рукояток и соответствующий росту детей. Не следует использовать инвентарь, предназначенный для взрослых. Переноска тяжестей не более 2—2,5 кг допускается только для дошкольников старшего возраста.

Большинство родителей стремятся как можно раньше научить читать своего ребенка. Особенно усердно с детьми занимаются перед поступлением в школу. Как выбрать книгу для малыша? Книга должна быть не только интересной, познавательной и красиво оформленной, но и ее оформление должно соответствовать возрастным возможностям ребенка. Облегчить малышу восприятие прочитанного и пре-

одолеть трудности может книга, в которой соблюдены следующие основные требования:

- бумага должна быть белой, хорошего качества, на фоне которой четко выделяются черные буквы;
- шрифт разборчивый, с ясно выраженными внутрибуквенными просветами, элементы букв должны иметь одинаковую толщину, без декоративных излишеств;
- оптимальная величина строчных букв — 3,5 мм;
- оптимальная длина строки — 125 мм;
- строки не должны набегать друг на друга, межстрочный пробел (интерлиньяж) — 2,8 мм;
- площадь иллюстраций на полосе издания должна быть не менее 50%, а общая площадь иллюстраций в книге — не менее 75%.

Прежде чем попасть на прилавки магазина, книга должна пройти гигиеническую экспертизу на соответствие требованиям санитарных правил, особенно жестких, если издание предназначено для детей и подростков. Убедиться в том, что книга издана с соблюдением всех требований безопасности, также поможет наличие санитарно-эпидемиологического заключения, в котором указано и возрастное соответствие издания. Книги для самых маленьких проходят еще и экспертизу на безопасность материалов, из которых они изготовлены (краски, клей, лак и др.), поскольку очень часто знакомство с книгой ма-

ленького ребенка начинается с пробы ее на вкус.

Маленького читателя нельзя заставлять читать долго, какой бы идеально изданной не была книга. Возможности напряженной зрительной работы, а чтение для маленьких детей — большая нагрузка — весьма ограничены. Продолжительность одного сеанса чтения для старшего дошкольника не должна превышать 8—10 мин. Если у ребенка имеются те или иные нарушения зрения (близорукость, косоглазие и др.), с этими занятиями следует повременить.

Во время беседы с родителями важно обратить особое внимание на просмотр телевизионных передач. Это очень важный вопрос, так как нередко длительный бесконтрольный просмотр телепередач становится причиной расстройств не только зрения, но и ухудшения нервно-психического здоровья детей, нарушений сна. Не лишая детей просмотра телепередач, необходимо регулировать их частоту, длительность и создать условия для просмотра.

Дети должны смотреть только специальные детские передачи или видеофильмы. Длительность непрерывного просмотра не должна превышать 20 мин для детей 4—5 лет и 30 мин для детей 6—7 лет. Эти регламенты необходимо соблюдать и при просмотре диафильмов. Дети любят размещаться вблизи экрана, что приносит большой вред их зрению. Оптимальное расстояние от экрана должно быть 2—5,5 м (чем больше экран,

тем дальше), и сидеть при этом ребенку надо не сбоку, а прямо перед телевизором. В комнате обязательно должно быть освещение — естественное или искусственное. Важно только, чтобы свет не попадал в глаза, а на экране не было бы бликов и отражений окружающих предметов.

С каждым годом растет число семей, в домашнем пользовании которых появляется компьютер. Такая суперсовременная «игрушка» очень притягательна для детей. Нередко они быстрее взрослых осваивают компьютерную грамоту. Однако компьютер таит в себе определенные опасности, о которых необходимо помнить. Приобщение детей к компьютеру предполагает наличие не только качественной, безопасной для здоровья техники (ее безопасность также подтверждается обязательным санитарно-эпидемиологическим заключением), но и использование развивающих и обучающих игровых программ, адекватных психическим и психофизиологическим возможностям ребенка, при этом темп занятий должен определяться им самим.

Совершенно недопустима такая практика, которая, к сожалению, нередко имеет место, когда ребенок часами остается наедине с компьютером. Эти занятия должны быть только в присутствии взрослых, а непрерывная продолжительность компьютерных занятий детей 5–6 лет должна быть не более 10–15 мин. Для детей более раннего возраста эти занятия не рекомендуются.

Для профилактики близорукости и других нарушений зрения после занятий за компьютером необходимо приучить ребенка выполнять зрительную гимнастику. Она станет более привлекательной, если ее проводить в игровой форме. Доказано, что наиболее утомительны для детей игры, рассчитанные на скорость реакции, — «стрелялки», «догонялки», «бродилки». Не рекомендуется проводить занятия с компьютером перед сном.

Для создания комфортных для зрительной работы условий компьютер необходимо разместить так, чтобы свет на экран падал слева. Несмотря на то, что экран светится, занятия должны проходить не в темной, а в хорошо освещенной комнате. Рабочее место с компьютером по отношению к окну должно располагаться так, чтобы естественный свет падал сбоку, преимущественно слева. Удачным является расположение рабочего места, когда у пользователя компьютера есть возможность перевести взгляд на дальнейшее расстояние — это один из самых эффективных способов разгрузки зрительной системы во время работы. Следует избегать расположения рабочего места в углах комнаты или лицом к стене — расстояние от компьютера до стены должно быть не менее 1 м, экраном к окну, а также лицом к окну — свет из окна является нежелательной нагрузкой на глаза во время занятий на компьютере.

Самые общие правила организации освещения заключаются в следующем:

- необходимо избегать большого контраста между яркостью экрана и окружающего пространства, оптимальным считается их выравнивание;
- освещение в комнате должно быть смешанным: естественным — за счет солнечного света и искусственным;
- не рекомендуется работать с компьютером в темном помещении.

В качестве источников общего искусственного освещения лучше всего использовать осветительные приборы, которые создают равномерную освещенность путем рассеянного или отраженного света (свет падает на потолок), и исключает блики на экране монитора и клавиатуре. Необходимо позаботиться о том, чтобы изображение на экране было четким, контрастным, не имело бликов и отражений рядом стоящих предметов.

Расстояние от глаз ребенка до экрана компьютера должно быть не менее 50 см. Одновременно за компьютером должен заниматься один ребенок, так как для сидящего сбоку условия рассматривания изображения на экране резко ухудшаются. Стол и стул должны соответствовать росту, убедиться в этом можно следующим образом: ноги и спина (а еще лучше и предплечья) имеют опору, а линия зрения приходится примерно на центр экрана или немного выше. Необходимо следить, чтобы ребенок не сутулился, не сидел на краешке стула, положив ногу на ногу или скрещивая ступни ног.

Поза работающего за компьютером должна быть следующей: корпус выпрямлен, сохранены естественные изгибы позвоночника и угол наклона таза. Правильная поза обеспечивает не только максимальный приток крови ко всем частям тела, но является важным средством предупреждения утомления, нарушений осанки и зрительных расстройств.

С осторожностью следует решать вопрос о компьютерных занятиях, если у ребенка имеются невротические расстройства, судорожные реакции, нарушения зрения, поскольку компьютер может усилить эти отклонения. По мнению офтальмологов, детям с начальной (до 2,0 дптр) близорукостью очки для занятий, как правило, не нужны.

Нормативные документы

Гигиенические требования к изданиям книжным и журнальным для детей и подростков. Санитарные правила и нормы. СанПиН 2.4.7.960-00.

Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работы. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03.

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы. СанПиН 2.4.1.1249-03.

Гигиенические основы организации режима дня в дошкольных учреждениях

Кузнецова Л. Ю.,
канд. мед. наук, доцент;

Попова О. Л.,
канд. мед. наук,
Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

В соответствии с СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений» администрация ДОУ несет ответственность за соответствие методов и организации учебно-воспитательного процесса возрастным и психофизиологическим возможностям детей. Программы воспитания и обучения в части гигиенических требований должны соответствовать санитарным правилам. Одно из обязательных условий — четкое выполнение оптимального режима дня.

В понятие «суточный режим» входят длительность, организация и распределение в течение суток всех видов деятельности, отдыха и приемов пищи. Рационально построенный и организованный режим является, несомненно, важным фактором, обеспечивающим своевременное и гармоничное физическое

и психическое развитие дошкольников, оптимальный уровень работоспособности, а также предупреждает развитие утомления, повышает общую сопротивляемость организма и в целом способствует сохранению их здоровья.

В связи с началом раннего обучения и его интенсификацией в режиме дня современных дошкольников, по данным многочисленных исследований [2], отмечаются следующие нарушения: снижение продолжительности ночного сна, недостаточное пребывание на свежем воздухе (до 1 ч), низкая двигательная активность и значительное увеличение продолжительности времени работы с компьютером и просмотра телепередач, что приводит к формированию функциональных отклонений и других нарушений в состоянии здоровья.

Выработка динамического стереотипа, а также и его смена происходит постепенно, в течение определенного периода вре-

мени, при многократно повторяемых условиях. Отмечено, что чем младше ребенок, тем труднее формируется динамический стереотип, а, значит, дошкольник очень чувствителен к любым изменениям в режиме дня. Основной гигиенический принцип построения рационального режима дня — строгое выполнение, недопустимость частых изменений, постепенность перехода к новому режиму воспитания и обучения. Физиологической основой, определяющей характер и продолжительность деятельности, является уровень работоспособности клеток коры головного мозга, поэтому так важно не превышать предел работоспособности ЦНС, а также обеспечить полное функциональное восстановление ее после различных видов деятельности. Возраст ребенка и состояние его здоровья определяют содержание режима дня и длительность основных его элементов, среди которых выделяют следующие:

- сон;
- пребывание на открытом воздухе (прогулки);
- воспитательная и образовательная деятельность;
- игровая деятельность и занятия по собственному выбору (чтение, занятие музыкой, рисованием и другой творческой деятельностью, физическая культура);
- самообслуживание, помощь семье;

— приемы пищи.

Содержание и длительность каждого из этих компонентов, а также их роль в определенные возрастные периоды закономерно изменяются.

Сон — это отдых, обеспечивающий полное функциональное восстановление всех физиологических систем. Физиологическая потребность в сне детей разного возраста зависит от особенностей их нервной системы и состояния здоровья. Недосыпание оказывает неблагоприятное влияние на высшую нервную деятельность детей, приводя к переутомлению и невротическим расстройствам, значительно снижая работоспособность. Полноценный ночной сон особенно важен, так как именно в этот период происходит перевод информации из оперативной памяти в долговременную, что является необходимым условием для осуществления познавательной деятельности и гармоничного психического развития. Общая продолжительность суточного сна для детей дошкольного возраста 12—12,5 ч, из которых 2,0—2,5 ч отводится дневному сну. В дошкольном периоде обязателен как ночной, так и дневной сон, независимо от того, посещает ребенок ДОУ или группу кратковременного пребывания (до 4 ч).

Организация дневного сна проводится в зависимости от возраста детей:

- для детей от 1 до 1,5 лет дневной сон — дважды в первую и вторую половину дня общей продолжительностью до 3,5 ч;
- для детей от 1,5 до 3 лет дневной сон — однократно продолжительностью не менее 3 ч.

Перед сном не рекомендует-ся проведение подвижных эмоциональных игр. Оптимальна организация дневного сна на воздухе (на веранде). Детей с трудным засыпанием и чутким сном рекомендуется укладывать первыми и поднимать последними. В разновозрастных группах старших детей после сна поднимают раньше. Во время сна детей присутствие воспитателя (или его помощника) в спальне обязательно.

Пребывание на открытом воздухе (прогулки) — наиболее эффективный вид отдыха, обусловленный повышенной оксигенацией крови, восполнением ультрафиолетовой недостаточности и позволяющий обеспечить закаливание организма, увеличение двигательной активности. Ежедневная продолжительность прогулки детей составляет не менее 4—4,5 ч. Прогулку организуют 2 раза в день: в первую половину — до обеда и во вторую половину дня — после дневного сна или перед уходом детей домой. При температуре воздуха ниже -15°C и скорости ветра более 7 м/с продолжительность прогулки сокращается.

Прогулка не проводится при температуре воздуха ниже -15°C и скорости ветра более 15 м/с для детей до 4 лет, а для детей 5—7 лет — при температуре воздуха ниже -20°C и скорости ветра более 15 м/с (для средней полосы). Во время прогулки с детьми необходимо проводить игры и физические упражнения. Подвижные игры проводят в конце прогулки перед возвращением детей в помещение ДОУ.

Воспитательная и учебная деятельность с возрастом ребенка постепенно занимает все более значительную часть времени. При построении рационального режима занятий следует учитывать биоритмы функционирования организма ребенка. У большинства здоровых детей наибольшая возбудимость коры головного мозга и работоспособность определяются в утренний период с 8 до 12 ч и в вечерний с 16 до 18 ч. Программами обучения и воспитания в ДОУ предусматриваются развивающие занятия. Гигиеническими исследованиями показано, что занятия по развитию речи, обучению грамоте, математике, ознакомлению с окружающим миром более утомительны, чем лепка, рисование, конструирование. Физкультура и музыка (динамические занятия) уменьшают или снимают утомление.

Для детей ясельного возраста от 1,5 до 3 лет планируют не более 10 занятий в неделю (раз-

витие речи, дидактические игры, развитие движений, музыкальные и др.) продолжительностью не более 8—10 мин. Допускается проводить одно занятие в первую и одно занятие во вторую половину дня. В теплое время года максимальное число занятий проводят на участке во время прогулки. Нецелесообразно одновременно проводить занятия с группой более 5—6 детей. Самостоятельная деятельность детей 3—7 лет (игры, подготовка к занятиям, личная гигиена) занимает в режиме дня не менее 3—4 ч.

Максимально допустимый объем недельной образовательной нагрузки, включая занятия по дополнительному образованию, для детей дошкольного возраста составляет: в младшей группе (дети четвертого года жизни) — 11 занятий, в средней группе (дети пятого года жизни) — 12, в старшей группе (дети шестого года жизни) — 15, в подготовительной (дети седьмого года жизни) — 17 занятий. При 6-дневной учебной неделе в субботу рекомендуется проводить только занятия эстетически-оздоровительного цикла, спортивные праздники, соревнования или увеличить продолжительность прогулки.

Максимально допустимое количество занятий в первой половине дня в младшей и средней группах не превышает двух, а в старшей и подготовительной — трех. Их продолжитель-

ность для детей четвертого года жизни — не более 15 мин, для детей пятого года жизни — не более 20 мин, для детей шестого года жизни — не более 25 мин, а для детей седьмого года жизни — не более 30 мин. В середине занятия необходимо проводить физкультминутку. Перерывы между занятиями — не менее 10 мин. Занятия для детей старшего дошкольного возраста могут проводиться во второй половине дня после дневного сна, но не чаще 2—3 раз в неделю. Длительность этих мероприятий — не более 25—30 мин. При проведении занятий с использованием компьютеров, занятий по иностранному языку группу рекомендуется делить на подгруппы. Мероприятия 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:

- четвертого года жизни — не чаще 1 раза в неделю продолжительностью не более 15 мин;
 - пятого года жизни — не чаще 2 раз в неделю продолжительностью не более 20 мин;
 - шестого года жизни — не чаще 2 раз в неделю продолжительностью не более 25 мин;
 - седьмого года жизни — не чаще 2 раз в неделю продолжительностью не более 30 мин.
- Занятия физкультурно-оздо-

ровительного и эстетического цикла должны занимать не менее 50% общего времени занятий. Занятия, требующие повышенной познавательной активности и умственного напряжения, следует проводить в первую половину дня и в дни наиболее высокой работоспособности детей (вторник, среда). Для профилактики утомления рекомендуется сочетать их с физкультурными, музыкальными занятиями, ритмикой и т.п. Домашние задания воспитанникам ДОУ не задают.

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

В разновозрастных группах продолжительность учебных занятий следует дифференцировать

в зависимости от возраста ребенка. С целью соблюдения возрастных регламентов продолжительности занятий их следует начинать со старшими детьми, постепенно подключая к занятию детей младшего возраста.

В середине учебного года (январь—февраль) для воспитанников дошкольных групп организуют недельные каникулы, во время которых проводят занятия только эстетически-оздоровительного цикла (музыкальные, спортивные, изобразительного искусства). В дни каникул и в летний период учебные занятия не проводятся. Рекомендуется проводить подвижные игры, спортивные праздники, экскурсии, а также увеличивать продолжительность прогулок.

Непрерывная длительность просмотра телепередач и диафильмов в младшей и средней группах — не более 20 мин, в старшей и подготовительной — не более 30 мин.

Игровая деятельность и отдых по собственному выбору способствуют формированию у детей положительных эмоций, индивидуальных склонностей и развитию творческих способностей, облегчая процессы социальной адаптации. Необходимо обязательно давать ребенку время для свободных занятий по собственному выбору (чтение литературы, занятие музыкой, рисованием, физической культурой). Игровой деятельности дошкольников от-

водится время в утренние часы до завтрака, во время прогулок в первой и второй половине дня, после дневного сна и вечером перед сном. Игры должны быть разнообразными, индивидуальными и групповыми, ролевыми, дидактическими, подвижными. Дидактические игры аналогичны учебным занятиям, характеризуются малой подвижностью, обеспечивают эмоциональную окраску бодрствования. Подвижные игры, особенно на открытом воздухе, способствуют укреплению организма, повышают его выносливость, совершенствуют движения. Ежедневно свободное время дошкольники могут проводить разнообразно своим интересам, заниматься любимым делом. Отдых проводится на фоне положительных эмоций, доставляет удовольствие, создает психологическую разгрузку для организма.

Время на самообслуживание, помощь семье также должно выделяться в режиме дня. Труд в дошкольном возрасте, особенно у малышей, связан с игрой. Но уже в 5—6 лет дети различают труд и игру и начинают понимать важность выполнения даже неинтересной, но необходимой работы. Трудовое воспитание детей в младших группах направлено на привитие навыков самообслуживания (умение самостоятельно одеваться, раздеваться, умываться, аккуратно есть). Общественно-по-

лезный труд детей старшей и подготовительной групп проводится также в форме самообслуживания (дежурства по столовой, сервировка столов, помощь в подготовке к занятиям, уход за комнатными растениями). Его продолжительность не должна быть более 20 мин в день.

Приемы пищи и личная гигиена являются обязательными компонентами режима детей любого возраста. В понятие «режим питания» входит строгое соблюдение времени приемов пищи и интервалов между ними, рациональная в физиологическом отношении кратность приемов пищи, правильное распределение количества и качества пищи по приемам. При несоблюдении интервалов между приемами пищи нарушается нормальная желудочная секреция, снижается аппетит. Дошкольники без отклонений в состоянии здоровья должны принимать пищу 5 раз в день с интервалом в 3,5—4 ч. Для детей дошкольного возраста прием пищи является и воспитательным моментом, в процессе которого прививаются гигиенические навыки: привычки обязательно мыть перед едой руки, пользоваться индивидуальными салфетками, столовыми приборами, самостоятельно и аккуратно есть, тщательно прожевывать пищу, полоскать рот после еды.

В режиме дня для приемов

пищи отводится от 2 ч в младшей до 1 ч 25 мин в подготовительной группах. Лишнее пребывание за столом во время приема пищи вызывает утомительное статическое состояние, способствуя формированию негативного отношения к еде и развитию анорексии нейрогенного характера [1].

Для облегчения адаптации ребенка к условиям ДОУ при поступлении или после перенесенного заболевания рекомендуется организация для него щадящего режима. Его продолжительность зависит от возраста ребенка, тяжести перенесенного заболевания. Щадящий режим включает ограничение продолжительности обязательных занятий, сокращение пребывания в ДОУ, что должно быть рекомендовано родителям

ребенка [3].

Соблюдение рационального режима дня дошкольниками способствует укреплению и улучшению состояния здоровья и повышению эффективности познавательной и воспитательной деятельности.

Литература

1. *Доскин В.А.* и др. Морфофункциональные константы детского организма. М., 1997.
2. *Кучма В.Р.* Гигиена детей и подростков. М., 2008.
3. Перечень профилактических и оздоровительных технологий, реализуемых в образовательных учреждениях: Пособие для врачей. М., 2004.

Как подготовить детский сад к зиме

Степанова М.И.,

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

Зимняя пора во многих регионах России продолжается гораздо дольше, чем это указано в календаре. Холодная, нередко с ветрами, перепадами температуры воздуха и снегопадами погода требует от администрации дошкольных учреждений до-

полнительных усилий для создания безопасных условий пребывания детей, организации мероприятий, направленных на профилактику сезонных заболеваний.

Среди основных мероприятий, которые необходимо про-

вести заранее, до наступления холодов, — проверка исправности системы отопления. В качестве нагревательных приборов в дошкольных учреждениях могут быть использованы радиаторы, трубчатые нагревательные элементы, встроенные в бетонные панели. Согласно требованиям санитарных правил, температура поверхности обогревательных приборов должна быть не более 80 °С. Для профилактики ожогов и травм у детей отопительные приборы оборудуют регуляторами температуры и ограждают съемными деревянными решетками.

В связи с возможным загрязнением воздуха при их нагревании древесно-стружечные плиты и полимерные материалы для этой цели не используют. Печное отопление в ДОУ возможно только в порядке исключения по согласованию с органами Роспотребнадзора и пожарной инспекции. Топка в этом случае должна размещаться за пределами группового помещения. Железные печи использовать запрещено. Во избежание загрязнения воздуха помещений окисью углерода печные трубы закрывают не ранее полного сгорания топлива и не позднее чем за два часа до прихода детей.

До наступления холодов следует позаботиться и об утеплении здания ДОУ. Следует помнить, что, утепляя окна, необходимо оставить возможность

проветривания групповых помещений и спален с помощью фрамуг и форточек. Заодно нужно убедиться в том, что ничего не мешает их полноценному открытию. Важной мерой в сохранении оптимального теплового режима в период холодов является такое оборудование входа в здание детского сада, которое предполагает наличие двойного, а в северных регионах — тройного тамбура. Глубина его составляет не менее 1,6 м.

Для комфортного пребывания детей в ДОУ температура воздуха в угловых помещениях рекомендуется на 2°С выше, чем это нормируется санитарными правилами для помещений с постоянным пребыванием детей с учетом климатической зоны (21—24 °С). В зимний период температура пола в групповых помещениях, расположенных на первом этаже, должна быть не менее 22 °С. Проветривание групповых помещений проводят в отсутствие детей и заканчивают за 30 мин до их возвращения с прогулки или занятия. Самое эффективное проветривание — сквозное или угловое. В спальнях помещений в холодное время года проветривание заканчивают за 10 мин до отхода детей ко сну. Длительность проветривания в зимний период зависит от температуры наружного воздуха, направления ветра, эффективности отопительной системы. При проветривании

допускается кратковременное снижение температуры воздуха в помещении, но не более чем на 2—4 °С. Контроль за температурой воздуха во всех основных помещениях пребывания детей осуществляют с помощью бытового термометра, прикрепленного на высоте 0,8—1,0 м на внутренней стене.

Участок детского сада зимой должен быть пригоден для прогулок и физкультурных занятий дошкольников. Необходимо регулярно очищать его от снега, в первую очередь, дорожки, групповые площадки, навесы. Это важная мера, направленная на профилактику травматизма детей и взрослых. В наличии должен быть соответствующий уборочный инвентарь. По мере необходимости следует использовать противогололедные средства, выбор которых должен быть сделан в пользу самых безопасных для здоровья детей. Они также не должны приводить к загрязнению почвы участка, вредить зеленым насаждениям. Очень важно своевременное удаление наледи, а также сосулек на крыше здания детского сада. У входа в детский сад необходимо разместить скребки, коврики, решетки — все то, что поможет удалить снег с обуви детей.

Известно, что самые продуктивные, способствующие укреплению здоровья детей занятия — физическая культура на

открытом воздухе. Их рекомендуют проводить круглогодично, хотя бы один раз в неделю. В зимний период такая возможность для детей 5—7 лет сохраняется в случае безветренной погоды и если температура воздуха не ниже -15 °С. Что же касается прогулки, то при указанных выше погодных условиях для детей до 4 лет ее не проводят, а для детей старше — сокращают ее продолжительность. А если температура воздуха опускается ниже -20 °С и скорость ветра превышает 15 м/с, то в этом случае прогулки отменяют и для детей 5—7 лет, проживающих в средней полосе. И еще одна особенность: в холодное время года занятия в бассейне рекомендуются проводить после прогулки. Если это не удастся, то для предупреждения переохлаждения детей следует выдерживать перерыв перед их выходом на улицу не менее 50 мин.

Чтобы зимняя прогулка детей была интересной и полноценной, необходимо позаботиться о спортивном инвентаре и подходящих для этой поры игрушках. Напомним, что, по мнению специалистов, дошкольный возраст — самый благодатный для обучения детей ходьбе на лыжах и катанию на коньках. Подвижные игры позволят избежать переохлаждения детей.

В северных климатических районах в условиях суровой

зимы для проведения прогулок необходимо предусматривать отапливаемые веранды с принудительной вентиляцией из расчета не менее 2 м² на одного ребенка. Температура воздуха на этих верандах составляет 12 °С.

Зимой темнеет рано, поэтому в целях безопасности особенно важно обеспечить на участке детского сада искусственное освещение. Мощность его должна быть такой, чтобы уровень освещенности составлял не менее 10 лк на земле. Короткий световой день и суровая зима на северных территориях нашей страны требуют от администрации ДОУ дополнительных мер по профилактике у детей ультрафиолетового голодания, гиподинамии и гиповитаминозов. Снизить недостаток ультрафиолетового излучения поможет использование специальных ультрафиолетовых ламп в системе общего освещения. В групповых, спальнях, палатах изолятора или фотариях устанавливают одну лампу из расчета на 5 м² при экспозиции 240 мин или 10 м² площади при экспозиции 480 мин в течение дня. Высота подвеса лампы — 2,5 м. Важное требование — лампы должны иметь санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности их использования в дошкольных учреждениях.

Для обеспечения условий для благоприятного развития детей следует руководствоваться принципами функционального пита-

ния, которое предполагает в зимнее время включение в рацион продуктов с повышенной биологической ценностью, способных благотворно влиять на здоровье. Это продукты, содержащие биологически активные добавки, обогащенные незаменимыми пищевыми веществами, пробиотики и др. В целях профилактики гиповитаминоза можно использовать в рационе детей специальные витаминизированные продукты или следует проводить искусственную витаминизацию. Примером ее может служить добавление в холодные напитки аскорбиновой кислоты (для детей 1—3 лет — 35 мг, 3—6 — 50 мг на одну порцию). Возможно использование поливитаминного напитка «Золотой шар» (15 г на 1 стакан воды) или поливитаминных препаратов (1 драже в день во время или после еды). Ответственность за организацию и контроль витаминизации продуктов, а также приема витаминных препаратов несет медицинский работник ДОУ.

На зимнее время, как правило, приходится подъем заболеваемости гриппом. Основной мишенью этой эпидемии чаще всего являются дети. Чтобы уберечь их от этого, необходима своевременная противогриппозная вакцинация. Ее организация предполагает подготовительную работу, в том числе с родителями воспитанников.

Особенности организации питания детей в ДОУ

Горелова Ж.Ю.,

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

Копытько М.В.,

канд. мед. наук, НИИ питания РАМН, Москва

Детский организм отличается от взрослого бурным ростом и развитием, активными процессами формирования органов и систем. Высокие потребности детей и подростков в пищевых веществах и энергии на единицу массы тела вызывают необходимость особенно тщательного подбора пищевых продуктов и их соотношения, адекватных способов кулинарной обработки и других компонентов организации питания.

Безусловно, характер питания, принятый в семье, и организация питания в детском учреждении, в котором воспитывается ребенок, во многом определяют формирование рациона питания ребенка, а в дальнейшем и взрослого человека.

К основным принципам рационального сбалансированного питания детей, сформулированным ведущими учеными в области детской диетологии (В.А. Тутельян, И.Я. Конь, 2004), относятся:

— адекватная энергетическая ценность рациона;

— сбалансированность его по всем пищевым факторам, включая белки и аминокислоты, жиры и жирные кислоты, углеводы, витамины, минеральные соли и микроэлементы, а также минорные, условно незаменимые нутриенты, необходимые для обеспечения оптимального питания (биофлавоноиды и др.);

— максимальное разнообразие рациона, являющееся основным условием обеспечения его сбалансированности;

— оптимальный режим дня и питания;

— адекватная технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, обеспечивающая их высокие вкусовые достоинства и сохранность исходной пищевой ценности;

— учет индивидуальных особенностей детей (переносимость отдельных продуктов и блюд);

— обеспечение безопасности питания, включая соблюдение всех санитарных требований к состоянию пищеблока, про-

дуктам питания, их транспортировке, хранению, приготовлению и раздаче блюд.

Рационы питания детей и подростков различаются по качественному и количественному составу в зависимости от возраста детей, и формируются отдельно для детей дошкольного, младшего, среднего и старшего школьного возраста («Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения СССР», утвержденные Минздравом СССР в 1991 г.).

При построении рациона питания для детей необходимо учитывать несколько важных рекомендаций. Так, в частности, рекомендуемое соотношение в рационе питания детей количества основных пищевых веществ — белков, жиров и углеводов, должно быть по массе 1:1:4. Удельный вес животного белка должен составлять не менее 60% от общего количества белка. Жиры растительного происхождения должны занимать в рационе не менее 30% от общего количества жиров. В рацион включается молочный жир в виде сливочного масла (около 30 г/сут), сметаны. Легкоусвояемые углеводы (сахара) должны составлять около 20—30% от общего количества углеводов. Рацион должен содержать достаточное количество пищевых волокон — не менее 15—20 г/сут. Оптимальное соот-

ношение в рационе питания детей солей кальция и фосфора не ниже 1,2:1.

В рационе питания детей должны быть все основные группы продуктов. Как известно, к ним относятся: мясо и мясопродукты, рыба и рыбопродукты, молоко и молочные продукты, яйца, пищевые жиры, овощи, фрукты, крупы, макаронные изделия и бобовые, хлеб и хлебобулочные изделия, сахар и кондитерские изделия. Как указывает руководитель отдела детского питания Института питания РАМН профессор И.Я. Конь, только при использовании всех этих групп в рационе достигается обеспечение детей всеми пищевыми веществами.

Мясо, рыба, творог, яйца, молоко, кисломолочные продукты являются основными источниками высококачественных животных белков, которые необходимы для нормального роста и развития детского организма и их устойчивости к действию инфекций и других неблагоприятных факторов. Железо, содержащееся в мясе, усваивается организмом в 3 раза лучше, чем железо из растительных продуктов. Предпочтительнее использовать нежирную говядину или телятину, курицу, индейку. Субпродукты (печень, язык) служат источником не только полноценного белка, но и железа, витаминов B_6 и B_{12} , и поэтому должны использоваться в питании детей и подростков примерно с частотой

1 раз в 10 дней. Вареные и копченые колбасы, сосиски, сардельки значительно менее полезны.

Рыба и рыбные продукты — источники полноценных белков и жиров, в них имеются все необходимые аминокислоты, фосфор, калий, железо, а в морских — йод и фтор, а также витамины А, D, B₁, B₂, PP. Среди рекомендуемых видов — треска, минтай, хек, навага, судак. Рыбные деликатесы (икра, консервы, соленая рыба), по мнению ведущих ученых — нутрициологов, по своей пищевой ценности не имеют никаких преимуществ перед свежей рыбой, но содержат значительное количество соли и оказывают раздражающее действие на недостаточно зрелую слизистую желудка и кишечника детей, особенно дошкольников и младших школьников. Поэтому их можно включать в рацион питания дошкольников и школьников лишь изредка и в небольших количествах.

По данным ряда авторов, в молоке содержится около 100 различных веществ. Это высокопитательный продукт, который, вместе с полноценным белком, является источником легкоусвояемого кальция, необходимого для образования костной ткани, а также витамина B₂. Кисломолочные продукты — кефир, простокваша, йогурт, ряженка и другие имеют такую же питательную ценность, как молоко. Кро-

ме того, они содержат микроорганизмы, препятствующие развитию гнилостных бактерий в кишечнике. Есть данные, которые говорят о том, что молоко через час усваивается на 32%, а кисломолочные — на 91%. Детям требуются также другие молочные продукты — сыр, творог, сметана. Сметана — очень сытный продукт, обладающий высокой калорийностью. Сыры содержат много высокоценных белков и жиров, большое количество кальция и фосфора, ряд витаминов.

В питании детей необходимо широко использовать овощи и фрукты. Дошкольники должны ежедневно получать 150—200 г картофеля и 200—250 г овощей (капуста, огурцы, помидоры, морковь, свекла и др.) в виде салатов, винегретов, овощных супов, запеканок; 200—300 г фруктов и ягод в виде свежих плодов (яблоки, груши, мандарины, апельсины, бананы, киви, сливы, черешня, виноград, клубника) и различных плодовоовощных соков. Плоды и овощи, особенно свежие, являются важнейшими источниками аскорбиновой кислоты, биофлавоноидов, β-каротина. Также они содержат калий, необходимый для нормальной работы сердечной мышцы.

Картофель — хороший источник витамина С (аскорбиновой кислоты), однако к весне его содержание в картофеле уменьшается в 3—4 раза. Бо-

лее устойчив витамин РР, который содержится в картофеле в сравнительно больших количествах. Высока ценность картофеля и как поставщика калия, вместе с ним организм получает и значительное количество фосфора.

Капуста — вкусный и полезный продукт. Имеется много видов капусты, но самая распространенная — белокочанная. Этот овощ — хороший источник витамина С, и что особенно важно, она меньше, чем другие овощи и фрукты, теряет его при хранении.

Лидерами по содержанию аскорбиновой кислоты являются черная смородина, зеленый перец, шиповник. Высоко ее содержание в цитрусовых, зеленом луке, цветной капусте. Однако благодаря широкому использованию в питании детей картофеля и белокочанной капусты, именно они являются основными источниками этого витамина.

Провитамин А — β -каротин (который в организме превращается в витамин А) содержится в моркови. Немало его в томатах, абрикосах, зеленом луке, сладком перце, облепихе, зелени.

Важным достоинством этой группы продуктов является высокий уровень в них пищевых волокон, содержащих целлюлозу (клетчатку) и пектиновые вещества. Хотя растительные волокна не перевариваются в ки-

шечнике и не усваиваются организмом, их значение в питании весьма существенно. Именно они в значительной мере регулируют двигательную активность кишечника. Вместе с тем, они способны связывать на своей поверхности экзо- и эндогенные токсины и выводить их из кишечника. Растительными волокнами особенно богаты свекла, морковь, абрикосы, слива. Очень богаты ими сухофрукты, которые к тому же содержат много калия.

В питание детей дошкольного возраста должны быть обязательно включены: хлеб — ржаной и пшеничный, макароны и вермишель, крупы. Эти группы продуктов обеспечивают детей углеводами, растительными жирами и волокнами, витаминами Е, В₁, В₂, РР и т.д.

Рационы питания должны ежедневно включать жиры в виде сливочного масла (20—50 г), сметаны (5—15 г), растительного масла (от 8 до 18 г в зависимости от возраста). Растительное масло следует использовать как приправу к салатам, винегретам и т.п., а сливочное — для приготовления бутербродов. Жарка продуктов для детей запрещена, допускается обжаривание продуктов (в течение 1—2 мин) на топленом или сливочном масле, а при отсутствии такой возможности — на смеси сливочного маргарина и растительного масла.

Завтрак дошкольников должен обеспечивать 25%, обед — 35—40, полдник — 15, ужин — 20—25% от суточной потребности детей в пищевых веществах и энергии (в соответствии с «Нормами физиологических потребностей...»). При этом допускается организация пятикратного приема пищи в течение дня с учетом следующего распределения приемов пищи по калорийности: завтрак — 15%, второй завтрак — 20, обед — 35, полдник — 10, ужин — 20%. Распределение суточного рациона на 4—5 приемов пищи положительно сказывается на работе всего организма в целом. Количество питательных веществ и энергии, поступающих с пищей, при этом не меняется, но нагрузка на ферментные системы уменьшается, так как пища поступает в желудочно-кишечный тракт меньшими порциями.

Хороший завтрак помогает детям поддерживать работоспособность до самого обеда. Несмотря на то, что многие дети не любят завтракать, завтрак необходим. В течение ночи ребенок, естественно, не получает пищи, и поэтому с утра для хорошего начала дня организму требуются новые силы, а значит — питание.

Завтрак состоит из закуски, горячего блюда, горячего напитка. В качестве закуски можно использовать сыр, салаты из свежих овощей и фруктов, порционные овощи и фрукты и т.п.

Обязательно должно быть горячее блюдо — крупяное (молочно-крупяное), яичное, творожное, мясное, рыбное. Традиционно широко используются молочные каши, причем более полезны для детей окажутся каши с добавлением овощей или фруктов (сухофруктов). Также широко предлагаются пудинги и запеканки. Их можно чередовать с овощными блюдами (овощным рагу, тушеной капустой, свеклой, морковью в молочном соусе и т.д.). Можно также предложить детям смешанные крупяно-овощные блюда (овощные голубцы с рисом, морковные котлеты с соусом). В качестве основного горячего блюда может быть использована рыба (припущенная, отварная, запеченная с овощами), отварная детская вареная колбаса и сосиски (колбаски детские), мясные, мясоовощные и мясокрупные кулинарные изделия.

При приготовлении крупяных гарниров рекомендуется использовать разнообразные крупы, в том числе овсяную, гречневую, пшеничную, ячневую, перловую, рисовую — важные источники многих пищевых веществ. Наряду с крупяными гарнирами в питании используются овощные, в том числе сложные гарниры. Не рекомендуется давать детям более одного крупяного блюда в день.

В качестве горячих напитков наиболее распространены чай и

чай с молоком. Однако детям также рекомендуется предлагать кофейные напитки (без содержания кофе и кофеина), горячие витаминизированные кисели, горячие компоты из свежих или сухих плодов, какао-напиток с молоком, напиток из шиповника и т.д. Также можно использовать соки (не часто), витаминизированные напитки промышленного производства — готовые, в упаковке или instantные (быстрорастворимые), приготовленные непосредственно перед употреблением на пищевом блоке.

Обед состоит из закуски, первого, второго и третьего блюда (напитка). Обязательно горячее первое блюдо (суп), мясное или рыбное блюдо с гарниром (крупным, овощным, картофелем). На третье нужно давать напиток (соки, кисели, компоты из свежих или сухих фруктов). Рекомендуются детям также свежие фрукты.

В обед в качестве первых блюд используются самые разнообразные супы, кроме острых. Рекомендуется чередовать супы, приготовленные на мясном и рыбном бульоне, с вегетарианскими и молочными. В качестве вторых блюд используют припущенную или отварную рыбу, тушеное или отварное мясо, гуляш, мясо по-строгановски, тушеные овощи с мясом, запеканки. Широко используются мясные, мясоовощные и мясокрупяные рубленые

кулинарные изделия. Как гарнир дают тушеные овощи, рагу, а также крупяные гарниры.

Полдник состоит, как правило, из двух блюд — молочного напитка и хлебобулочного или мучного кондитерского изделия (выпечки), а также, желательно, третьего блюда — свежих фруктов или ягод.

В ужин рекомендуются молочные, крупяные, яичные, творожные или крупяные блюда.

Непосредственно перед сном ребенку можно дать стакан кисломолочного напитка (кефира, простокваши, йогурта и т.д.) или молока, а также предложить яблоко, хлеб или булочку.

В зависимости от возраста детей следует придерживаться массы (объема) порций (см. таблицу.).

Возможность обеспечения детей всеми витаминами исключительно за счет естественных источников (продуктов питания) выглядит весьма привлекательно, на практике она мало достижима, даже в летний и осенний сезоны. Поэтому для профилактики гиповитаминозов у детей рекомендуется использовать специализированные обогащенные витаминами и минералами продукты промышленного производства повышенной пищевой и биологической ценности или специальные детские поливитаминные препараты в течение всего года.

Таблица

**Рекомендуемые объемы порций
для детей дошкольного возраста (г, мл)**

Наименование блюд	Возраст детей, лет			
	1—1,5	1,5—3	3—5	5—7
Каша, овощное блюдо	130	150	180	200
Яичное, творожное, мясное, рыбное блюдо	50	60	70	80
Салат овощной	20	30	40	50
Кофе, чай, молоко	100	150	180	200
Салат, закуска	30	40	50	60
Первое блюдо	100	150	180	200
Блюдо из мяса, рыбы, птицы	50	60	70	80
Гарнир	100	120	130	150
Третье блюдо (напиток)	100	150	180	200
Кефир, молоко	150	150	200	200
Булочка, выпечка (печенье, вафли)	40	60	70	90
Блюдо из творога, круп, овощей	50	60	70	100
Свежие фрукты	100	100	150	200
Овощное, творожное блюдо, каша	150	180	200	250
Молоко, кефир	150	150	200	200
Свежие фрукты	50	70	100	120

Эффективность физического воспитания детей 6-летнего возраста в дошкольных организованных коллективах

Макарова А.Ю.,

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

Актуальной проблемой профилактической медицины является обеспечение оптимальной физической активности детей и подростков как необходимого условия их полноценного роста и развития. Профилактическая направленность регулярной физической активности в отношении хронической заболеваемости заключается в снижении массы тела и повышении физической работоспособности и подготовленности у тучных детей, профилактике болезней сердца, остеопороза и сохранении на оптимальном уровне минерализации позвоночника и скелета конечностей, предотвращении хронических заболеваний позвоночника, снижении травматизма, создании мышечного корсета, формировании осанки. Регулярная физическая активность рассматривается как основной патогномичный фактор профилактики и лечения нейроциркуляторной дистонии, как средство повышения уровня умственной и физической работоспособности, увеличения

сопротивляемости развитию утомления, поддержания положительного психоэмоционального статуса.

В настоящее время до 70% детей и подростков страдают от гипокинезии. Недостаточный уровень физической активности детей в значительной степени снижает сопротивляемость организма 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, 30% 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 показывают, что в системе физического воспита-

ния детей дошкольного возраста функциональные возможности организма ребенка учитываются недостаточно. Действующая типовая программа физического воспитания опирается на 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 является неудовлетворительной 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.

Всего было обследовано 257 детей 6-летнего возраста: 134 дошкольника, занимающихся физической культурой по типовой

программе, и 123 — посещающих ДОУ, в котором занятия физической культурой проводятся 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 «ALTI-SYSTEM» с обязательным психолого-педагогическим сопровождением. Физические упражнения выполнялись по ходу сюжетно-ролевой игры, носили имитационный характер и состояли 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 соответствует 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 месяца 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.

Практика 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 и 63%). Реже встречались дошкольники с замедленными темпами биологического созревания, соответственно 14 и 23%. Аналогичная тенденция выявлена при оценке морфофункционального статуса: развивались дисгармонично, соответственно 9 и 20%.

Распределение детей по группам риска развития заболеваний на основании результатов оценки физического развития по комплексной методике показало, что 66% обследованных, 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 соматометрических и физиометрических показателях (см. таблицу). У детей экспериментальной группы средняя прибавка антропометрических показателей достоверно выше: массы тела — в 4 раза, экскурсии грудной клетки — в 12, жизненной емкости легких — в 2, мышечной силы кистей рук — в 7 раз. Таким образом, положительные сдвиги антропометрических показателей спустя 6 месяцев после начала занятий у детей в экспериментальной группе были более выражены, чем у детей 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 место показатели физической работоспособности в пределах средних и выше средних 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 резкого увеличения уровня физической работоспособности при ускоренном созревании. Среди обследованных с гармоничным морфофункциональным состоянием 86% детей имели показатели физической работоспособности в пределах средних и выше

Таблица

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

Антропометрические показатели	Экспериментальная программа		Типовая программа	
	$\bar{X} \pm \sigma$	m_x	$\bar{X} \pm \sigma$	m_x
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

средних величин. В группе детей, развивающихся дисгармонично, 2/3 имели среднюю работоспособность, а 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 уровню физической подготовленности ниже среднего. Слабое раз-

витие 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, выраженном в положительном влиянии на физическое развитие и становление основных двигательных качеств.

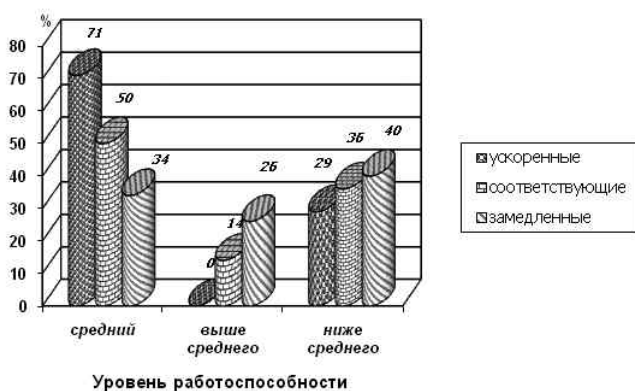


Рис. Физическая работоспособность детей с разными темпами биологического созревания, занимающихся по экспериментальной программе

Гигиеническое обучение и воспитание детей, родителей и персонала ДОУ

Бобрищева-Пушкина Н.Д.,

канд. мед. наук, доцент;

Силаев А.А.,

канд. мед. наук, доцент,

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Санитарно-гигиеническая грамотность населения — одна из составных частей здорового образа жизни. Необходимость гигиенического обучения и воспитания граждан закреплена законодательством Российской Федерации. В ст. 36 «Гигиеническое воспитание и обучение» Федерального закона РФ от 30.03.99 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» определено, что в целях повышения санитарной культуры населения, профилактики заболеваний, распространения знаний о здоровом образе жизни должны проводиться гигиеническое воспитание и обучение граждан. Эта задача решается совместными усилиями учреждений здравоохранения, науки, культуры, образования и общественных организаций.

Гигиеническое воспитание и обучение граждан должно осуществляться в процессе:

- воспитания, обучения во всех типах образовательных учреждений, в том числе дошкольных (для детей, подростков и их родителей);
- профессиональной гигиенической подготовки и аттестации руководителей, специалистов и других работников предприятий и организаций, характер деятельности которых связан с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей.

В ст. 10 «Обязанности граждан» названного закона также говорится об обязанности родителей заботиться о сохранении здоровья и гигиеническом обучении и воспитании своих детей.

Ответственность за организацию работы по гигиеническому воспитанию и обучению в ДОУ возлагается на руководителя учреждения, координирует ее

медицинский персонал ДОО (врач и средний медицинский работник), к участию в работе привлекаются психологи, методисты, воспитатели.

Основная задача такой работы с детьми — выработка навыков личной гигиены. Понятие «личная гигиена» включает заботу о чистоте тела, постели, одежды и обуви, соблюдение режима дня, а также гигиену сна, отдыха, приема пищи. В конечном счете, от знания и выполнения детьми необходимых гигиенических правил и норм поведения зависит не только их здоровье, но и здоровье других детей и взрослых.

В процессе повседневной работы с детьми необходимо стремиться к тому, чтобы выполнение правил личной гигиены стало для них естественным, а гигиенические навыки с возрастом постоянно совершенствовались. Сначала детей приучают к выполнению элементарных правил: мыть руки перед едой, после пользования туалетом, игры, прогулки. Ребенку старше 2 лет прививают привычку полоскать рот питьевой водой после приема пищи, предварительно научив его этому. Стоматологи рекомендуют с двухлетнего возраста приучать детей чистить зубы зубной щеткой без пасты, а с 3 лет — с пастой.

Дети среднего и старшего дошкольного возраста более

осознанно должны относиться к выполнению правил личной гигиены: самостоятельно мыть руки с мылом, намыливая их до образования пены, и насухо их вытирать, пользоваться индивидуальным полотенцем, расческой, зубной щеткой, стаканом для полоскания рта; следить, чтобы все личные вещи содержались в чистоте. Формирование навыков личной гигиены предполагает и умение детей быть всегда опрятными, воспитание культурного поведения. С самого младшего возраста детей приучают правильно сидеть за столом во время еды, аккуратно есть, тщательно, бесшумно пережевывать пищу, уметь пользоваться столовыми приборами, салфеткой.

Детям, которые дежурят по столовой, нужно не только уметь правильно сервировать стол, но и твердо усвоить, что, перед тем как приступить к выполнению своих обязанностей, необходимо тщательно помыть руки с мылом, привести себя в порядок, причесаться. Только с положительной стороны можно оценить введение во многих учреждениях специальной формы (фартук или халат и косынка или шапочка) для дежурных по столовой.

Воспитание культурно-гигиенических навыков включает широкий круг задач, и для их успешного решения рекоменду-

ется использовать целый ряд педагогических приемов с учетом возраста детей: прямое обучение, показ, упражнения с выполнением действий в процессе дидактических игр, систематическое напоминание детям о необходимости соблюдать правила гигиены и постепенное повышение требований к ним [6, 7]. Нужно добиваться от дошкольников точного и четкого выполнения действий, их правильной последовательности. Помогает улучшить запоминание и сделать его более осмысленным использование сказок, стихов, рассказов, просмотр фрагментов мультипликационных и художественных фильмов, рекламных роликов о предметах личной гигиены.

В младшем возрасте необходимые навыки лучше всего усваиваются детьми в играх специально направленного содержания. Важно, чтобы эти игры были интересны, могли увлечь детей, активизировать их инициативу и творчество. Однако для более успешного формирования и закрепления навыков гигиены на протяжении периода дошкольного детства целесообразно сочетать словесный и наглядный способы, используя специальные наборы материалов по гигиеническому воспитанию в детском саду, разнообразные сюжетные картинки. В процессе гигиенического воспитания и обучения детей пе-

дагог сообщает им сведения о значении гигиенических навыков для здоровья, о последовательности гигиенических процедур в режиме дня, формирует у детей представление о пользе физкультурных упражнений и закаливающих процедур. Гигиенические знания целесообразны и на занятиях по физической культуре, труду, ознакомлению с окружающим, природой. Для этого используются дидактические и сюжетно-ролевые игры. Интересны детям и литературные сюжеты «Мойдодыр», «Федорино горе», возможно использование и специальных дидактических сказок [5]. На их основе можно разыгрывать маленькие сценки, распределив роли между детьми. Одной из новых форм обучения, расширяющих кругозор детей, являются экскурсии (в медицинский и стоматологический кабинеты, на пищеблок) [2].

В старших группах, где появляется стремление детей к лидерству, следует шире использовать викторины, конкурсы на гигиенические темы. Все сведения по гигиене прививаются детям в повседневной жизни, т.е. в каждом компоненте режима можно найти благоприятный момент для гигиенического воспитания. Во время приема пищи или в ходе специально организованных занятий — де-

густаций, детям сообщают простейшие сведения о пользе употребляемых ими блюд. Для закрепления знаний и навыков личной гигиены желательно давать детям различные поручения, например, назначить санитаров для систематической проверки у сверстников состояния ногтей, рук, одежды, содержания личных вещей в шкафу. Навыки у детей быстро становятся прочными, если они закрепляются постоянно в разных ситуациях. Главное, чтобы детям было интересно, и чтобы они могли видеть результаты своих действий (кто-то стал значительно опрятнее и т.д.).

Обязательным условием формирования гигиенических навыков у детей, воспитания привычки к здоровому образу жизни является высокая санитарная культура персонала ДОУ. Нужно постоянно помнить о том, что дети в этом возрасте очень наблюдательны и склонны к подражанию, поэтому персонал учреждения должен быть для них образцом. Следующее условие, необходимое для успешного гигиенического воспитания, — единообразие требований со стороны взрослых. Ребенок приобретает гигиенические навыки в общении с воспитателем, медицинским работником, няней и, конечно, в семье.

Обязанность родителей — постоянно закреплять гигиени-

ческие навыки, воспитываемые у ребенка в детском саду. Важно, чтобы взрослые подавали ребенку пример, сами всегда их соблюдали. Понятно, что главную роль в гигиеническом обучении и воспитании детей в ДОУ выполняют воспитатели и их помощники. Медицинский персонал в основном оказывает методическую помощь, готовит наглядные материалы, однако также может проводить беседы, викторины, игры на гигиенические темы. Контроль эффективности гигиенического воспитания и обучения детей проводится с помощью наблюдений за детьми и бесед, викторин в старших группах.

Гигиеническое обучение родителей в ДОУ в основном ведется с помощью бесед, индивидуальных консультаций, а также наглядных материалов — плакатов, бюллетеней, информационных листков. Большое значение имеет наличие у воспитателей и медицинских работников научно-популярной литературы, памяток для родителей. Наиболее актуальными темами для работы с родителями являются: «Адаптация ребенка в детском саду и охрана нервно-психического здоровья дошкольника», «Профилактические прививки», «Режим и питание ребенка в выходные дни», «Закаливание в дошкольном возрасте», «Воспитание

личной гигиены дошкольника», «Готовность к обучению и подготовка к школе». Для каждой из этих тем следует использовать различные формы и методы работы. Так, для облегчения адаптации ребенка к ДОУ наиболее целесообразны памятки для родителей детей, поступающих в детское учреждение, возможно также и оформление постоянного стенда «Для родителей детей, поступающих в детский сад» [4].

В период адаптации необходимо проводить индивидуальные беседы и консультации с родителями. Для профилактики необоснованных отказов от прививок, нарушений правил поведения после прививок могут быть рекомендованы следующие формы работы: создание информационного стенда о необходимости прививок, низкой реактогенности используемых препаратов, календаре прививок в дошкольном возрасте, относительных противопоказаниях к проведению прививок и правильном поведении после них (чаще всего такой стенд располагается возле медицинского кабинета); использование информационных листков о предстоящей прививке в группе (вывешивается в раздевальной), а при возможности и индивидуальных памяток для родителей, которые раздают воспитатели за день до прививки.

Информационные листки, вывешиваемые в раздевальных, целесообразно использовать и при объявлении карантина по какой-либо инфекции. В таком листке сообщается о первых признаках заболевания, правилах профилактики его распространения, возможных осложнениях, длительности карантина. Темы «Режим и питание ребенка в выходные дни», «Закаливание в дошкольном возрасте», «Воспитание личной гигиены дошкольника» могут быть освещены в беседах психолога и медицинского работника на родительских собраниях, с последующими индивидуальными консультациями, однако целесообразно иметь и памятки для родителей. Наиболее эффективная форма работы с родителями по теме «Готовность к обучению и подготовка к школе» — родительское собрание по итогам медицинских осмотров и определения школьной зрелости детей с выступлениями психолога, медицинского работника и педагога [1].

Для активизации индивидуальной работы медико-психологической службы с родителями рекомендуются периодические дежурства медицинского персонала и психологов в группах в то время, когда родители приходят за детьми. О предстоящем дежурстве и возмож-

ности консультации они должны быть извещены заранее. Целесообразно создание библиотечки научно-популярной литературы для родителей или хотя бы наличие библиографических данных о такой литературе и ссылок на сайты, где можно получить необходимые сведения.

Все виды работы по гигиеническому обучению и воспитанию должны фиксироваться в журнале по учету санитарно-просветительной работы с обязательным указанием даты, формы, темы, фамилии, имени, отчества проводившего, числа слушателей.

Обязательным является гигиеническое обучение руководителей учреждений для детей и подростков и персонала, поскольку в соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (ст. 11 «Обязанности индивидуальных предпринимателей и юридических лиц») в их обязанности входит разработка и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, осуществление производственного контроля за соблюдением санитарных правил [3].

При организации работы по гигиеническому обучению персонала наиболее рационально поэтапное обучение с соблюдением преемственности.

Первый этап — прохождение перед поступлением на работу обучения и аттестации в учреждениях Роспотребнадзора (ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии») с внесением сведений об этом в личные медицинские книжки.

Второй этап — практическая подготовка персонала и инструктаж на рабочих местах, проводимые силами администрации и медицинских работников детских учреждений, а также специалистами управлений Роспотребнадзора при плановых и внеплановых проверках.

Третий этап — переподготовка и аттестация по программе гигиенического обучения не реже 1 раза в 2 года в учреждениях Роспотребнадзора (ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии») с обязательной отметкой об этом в личных медицинских книжках. В случае необходимости по распоряжению главного государственного санитарного врача региона может быть организовано внеплановое обучение персонала учреждений, направление в учреждения информационных писем, методических указаний.

Обязательным следует считать наличие у руководителей и медицинского персонала ДОУ официально изданных действующих санитарных норм и правил, в том числе СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпи-

демиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений», методических рекомендаций и указаний, инструкций.

Основные темы занятий для персонала ДОУ: «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству и организации работы в ДОУ», «Личная гигиена дошкольников», «Организация питания и режима дня детей», «Профилактика и борьба с инфекционными заболеваниями», «Организация оздоровительных мероприятий для детей с отклонениями в состоянии здоровья», «Личная гигиена персонала», «Санитарно-гигиенические требования к устройству и содержанию пищеблока, продуктам питания и их кулинарной обработке» (для работников пищеблока).

Эффективность обучения и уровень гигиенической культуры персонала можно проверить при помощи собеседований, тестов, письменных контрольных. Однако более объективным показателем следует считать наличие или отсутствие санитарных нарушений, связанных с недостаточным уровнем знаний по гигиене.

Правильно организованная работа по гигиеническому обучению и воспитанию в ДОУ

способствует сохранению и укреплению здоровья детей, находящихся в нем, улучшению санитарно-эпидемиологического благополучия учреждения в целом.

Литература

1. *Безруких М.М.* и др. Как подготовить ребенка к школе. М., 2006.
2. *Гарифуллина А.Ж.* Развитие мотивации к гигиене полости рта у детей дошкольного возраста // Актуальные вопросы современного образования. Вып. 3: Методология, педагогика, психология, методика. Омск, 2006.
3. Гигиеническое обучение руководителей, специалистов и работников предприятий, характер деятельности которых связан с воспитанием и обучением детей и подростков / Под ред. В.Р. Кучмы. М., 1998. Ч. 1—3.
4. *Жданова Л.А.* и др. Профилактика и коррекция нарушений адаптации детей к образовательным учреждениям. Иваново, 2000.
5. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Практикум по сказкотерапии. СПб., 2000.
6. *Петерина С.В.* Воспитание культуры поведения у детей дошкольного возраста. М., 1986.
7. *Теплюк С.А.* Об опрятности и аккуратности // Дошкольное воспитание. 1988. № 9.

Новые формы медико-психолого-педагогического сопровождения детей с учетом их типа психосоматической конституции

Салова М.Н.,
аспирант;

Бобошко И.Е.,
канд. мед. наук;

Жданова Л.А.,
д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель
науки РФ, Ивановская государственная
медицинская академия, г. Иваново

Современный подход к формированию здоровья ребенка предполагает оценку его психических особенностей и морфологических показателей. Правильное медико-психолого-педагогическое сопровождение позволяет ребенку развиваться достаточно свободно в русле его конституционального потенциала, лишь приучая его контролировать слабые черты своего характера и компенсировать их за счет сильных.

Знание типа психосоматической конституции ребенка значительно расширяет возможности педагога и медработника ДОУ в следующих видах профессиональной деятельности:

- 1) организация дифференцированного подхода на занятиях;
- 2) реализация индивидуального подхода при проведении оздоровительных мероприятий;
- 3) консультирование родителей по вопросам оптимальных родительско-детских отношений.



Для определения психологического компонента конституции проводится анкетирование родителей по специальной анкете «Шкала оценки направленности психической активности» (табл. 1). Родителям предлагается в каждом разделе анкеты выбрать балл, соответствующий описанию поведения ребенка. Медсестра ДОУ суммирует баллы, поставленные родителями по всем шести разделам анкеты, делит их на 6 и вносит полученную цифру в «Историю развития ребенка» (ф. № 112/у). Педиатр по данному показателю относит ребенка к одному из следующих типов психической конституции: 1—3 балла — ребенок относится к подгруппе «интровертов», 7—9 — к подгруппе «экстравертов», 4—6 баллов — к подгруппе «центровертов».

Характеристика интровертов

Интроверты обычно астенического микросоматического типа телосложения, имеют тонкие мягкие волосы, «жаворонки», ранимые, замкнутые, неуверенные в себе, но одарены мелко-моторно. В стрессовых ситуациях для них характерны аутизация и замирание. Они предрасположены к аллергии, гипотиреозу, обморокам, артериальной гипотонии, гиперацидным гастритам. У них преобладает ваготония, на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) — низкоамплитудный высокочастотный монотонный альфа-ритм.

Интроверты, образно выражаясь, — мыслители, которые хотят алгеброй проверить гармонию и описать весь мир одной формулой. Для них нет авторитетов, кроме логики, способность сопереживать (синтонность) у

Таблица 1

Шкала оценки направленности психики ребенка (Бобошко И.Е., 2001)

Баллы	Поведенческие характеристики
1	2
Игровая деятельность	
9	Всегда бурно ведет себя в игровой деятельности, предпочитает исключительно шумные игры с бегом
8	По преимуществу бурно ведет себя в игровой деятельности, с удовольствием участвует в шумных играх
7	Зачастую бурно ведет себя в игровой деятельности
6	Предпочитает в игровой деятельности активные игры

Продолжение табл.

1	2
5	В равной степени проявляет интерес к шумным и тихим (интеллектуальным) играм
4	Предпочитает в игровой деятельности спокойные игры
3	Периодически участвует в коллективных играх, основную часть времени играет в одиночестве
2	Иногда участвует в коллективных играх по просьбе воспитателя
1	Никогда не участвует в коллективных играх
Телесные контакты	
9	Всегда с удовольствием реализует возможность телесных контактов (обнимается, целуется, при общении чрезмерно сокращает дистанцию с собеседником, охотно дотрагивается, прикасается к себе и собеседнику)
8	В большинстве случаев легко контактирует, с удовольствием участвует в групповых играх, предусматривающих телесные контакты (куча мала, догонялки)
7	Часто демонстрирует телесную близость, обнимается при встрече с родителями, участвует в играх, предусматривающих телесные контакты (парикмахер, врач)
6	Некоторое предпочтение игр, содержащих телесные контакты (дочки-матери), где при общении для него важно касаться собеседника
5	В равной степени принимает формы общения, требующие и не требующие телесных контактов
4	Предпочитает соблюдать дистанцию при общении, редко участвует в играх, предусматривающих телесные контакты
3	Периодически допускает телесные контакты с родителями, детьми, воспитателями
2	Иногда допускает телесные контакты с родителями, детьми
1	Никогда не допускает телесные контакты с воспитателями, детьми
Направленность интересов	
9	Полностью преобладает организаторская активность, борется за роль лидера, командира
8	В большинстве случаев претендует на ведущие роли, активно выбирает партнеров
7	Часто претендует на ведущие роли, отказывается от лидерства под напором более агрессивных детей
6	Преобладает стремление демонстрировать себя, находиться под опекой лидера

Продолжение табл.

1	2
5	Конформный стиль поведения, ориентируется на предлагаемые воспитателем и активными детьми игры
4	Преобладает стремление преодолеть неуверенность в своих возможностях, приблизиться в поведении к стилю лидера
3	Старается преодолеть стеснение, приблизиться к стилю поведения ведомых
2	Собственный стиль общения с узким кругом контактов
1	Не принимает авторитетов, интересы направлены на себя
Эмоциональная экспрессия	
9	Всегда поступает импульсивно, чрезмерно эмоционален как в положительных, так и отрицательных реакциях, говорит громко, много жестикулирует, демонстрирует эмоциональное лидерство («заражает» смехом или слезами окружающих)
8	Преимущественно поступает импульсивно, в поступках руководствуется эмоциями
7	Относительно часто демонстрирует импульсивные формы поведения
6	Предпочитает поступать импульсивно, в некоторых случаях способен сдерживать эмоции
5	В равной степени способен руководствоваться в поступках логикой и эмоциями
4	Предпочитает поступать логически
3	Редко действует под влиянием эмоций
2	Иногда совершает поступки, обусловленные сильным эмоциональным напряжением
1	Никогда не совершает поступков, обусловленных влиянием эмоций, эмоционально «холоден»
Социальная адаптация	
9	Всегда легко активно вступает в социальные контакты (даже с незнакомыми взрослыми на улице)
8	По преимуществу активен в социальных контактах (даже с незнакомыми детьми на улице)
7	Часто без затруднений вступает в социальные контакты
6	Предпочитает вступать в социальные контакты активно
5	В равной степени демонстрирует готовность принимать активные и пассивные формы социальных контактов

Продолжение табл.

1	2
4	Предпочитает пассивное участие в социальных контактах
3	Периодически самостоятельно устанавливает социальные контакты при условии высокой заинтересованности в партнере (необычные игрушки, вознаграждение)
2	Иногда вступает в социальный контакт без помощи взрослых
1	Никогда не вступает в социальный контакт без помощи взрослых
Агрессия	
9	Всегда демонстрирует проявления агрессии (дерется, ругается, ломает игрушки, рвет одежду)
8	Преимущественно агрессивен (скандалит, угрожает, замахивается)
7	Часто демонстрирует проявления агрессии (обзывается, толкается, гримасничает)
6	Предпочитает добиваться своего агрессивным поведением (топает ногами, повышает голос)
5	В равной степени использует агрессивное и неагрессивное поведение (убеждение, уговоры)
4	Предпочитает использовать неагрессивные формы поведения (сотрудничество, уступки)
3	Периодически проявляет признаки агрессивности (словесной)
2	Иногда проявляет признаки агрессивности (словесной)
1	Никогда не демонстрирует проявления агрессии
Сумма баллов:	
Средний балл:	

них низкая, а в отношении самих себя они очень ранимы, очень чувствительны. Добиваются того, чтобы доказать себе и окружающим, что «я не хуже других», а сами постоянно в этом сомневаются (вдруг я хуже других, а вдруг я меньше знаю, а вдруг я плохо одет, а вдруг я говорю глупости, а вдруг надо мной смеются). И эта тревожность — одно из главных свойств интроверта. И поскольку

они ранимые, то очень чувствительны к агрессии со стороны, и стремятся ее предотвратить в основном старанием, продумыванием, подготовкой, сверхтщательным обдумыванием каждого пустякового шага. Быть в центре внимания для них сложно, потому что большая ответственность для них кажется непосильной. Это так называемые «лестничные умники», которым удачный ответ на кол-

кость приходит на лестнице: на занятии он ответить зачастую не может. Этих детей воспитывают поощрением, к ним нужно подходить мягко, ни в коем случае не наказывая, чтобы не вызвать в них реакцию замирания. Замирает сердце, замирает мышление. Они бывают смелые только со страху. Мучительно думают: закрыл дверь — не закрыл дверь, выключил свет — не выключил свет. И только тогда, когда они под надежной защитой, когда их поддерживают, тогда они могут свои таланты реализовать. Стиль поведения таких детей базируется на неуверенности в себе и избыточной ориентированности на общепринятые нормы поведения. Повышенная тревожность часто сочетается с компромиссностью (одновременное стремление к самоутверждению и к избеганию конфликта с группой). Эти тенденции создают почву для поведения, направленного на избегание конфликта и поиск шадящей социальной ниши. В то же время следует подчеркнуть, что социальная пассивность сочетается с напряженной внутриличностной работой по самосовершенствованию, склонностью к мечтам и фантазированию. У ребенка преобладают такие черты характера, как нерешительность, повышенное чувство ответственности, внутренняя потребность в соответствии требованиям окружения (педагогов, родителей, других детей), мнительность, бояз-

ливость, склонность к необоснованным страхам. У них есть свои сильные качества — это прежде всего замечательное логичное, эрудированное мышление. Им свойственны высокие показатели вербального интеллекта, высокая дисциплинированность, это маленькие «знайки».

Характеристика экстравертов

Экстраверты обычно коренастые, мезо- или макросоматического типа телосложения, имеют жесткие, густые волосы, «совы», решительные, вспыльчивые, в стрессовых ситуациях проявляют агрессивность. Они предрасположены к гипертиреозу, нейродермиту, язвенной болезни, артериальной гипертензии. У них преобладает симпатикотония, на ЭЭГ — высокоамплитудный низкочастотный альфа-ритм.

Лидерство как свойство, проявляющееся самостоятельностью в принятии решений, предприимчивостью и стремлением быть ведущим, а не ведомым, формируется сочетанием умеренно выраженной спонтанности и агрессивности (как продолжение высокой активности); однако часто отражает самоуверенность и неумение соблюдать субординацию по отношению к старшим по должности или по возрасту лицам или даже самовлюбленность. Социальная активность как склонность к широким контактам, разговорчивость и двигательная раскрепощенность в сочетании со сниженной склонностью

к самосовершенствованию и тенденцией к самонаблюдению является слабым конституциональным свойством. Наличие выраженной уверенности в себе, стремление к самоутверждению, двигательной активности и самостоятельности при низкой подчиняемости приводят к тому, что при избыточном количестве друзей и знакомых контакты остаются поверхностными, неглубокими.

Экстраверты действуют по принципу «Сила есть — ума не надо», обычно строят отношения с другими людьми по вертикальному типу — равных нет. Если для интровертов характерны отношения горизонтальные (я признаю автономию каждого и требую прежде всего автономии для себя), то для экстравертов важно, у кого больше силы, тому и нужно подчиняться. Они с раннего детства знают, что имеют право на лидерство, и доказывают это и кулаком и голосом. Это прирожденные руководители, очень волевые, но обычно стандартно мыслящие, им нужны подсказки интровертов для оригинальных решений. Их достоинством является аккуратность, ответственность и способность к деятельности.

Еще одно свойство этого характера — богатая фантазия, которая почти не отличается от реальности: «Над вымыслом слезами обольюсь». Этот ребенок капризами добивается удовлетворения. Он закатывает истерики, причем на людях, требует: «Дайте

мне». Эмоциональные реакции бурные, демонстративные, часто истерические. Их характеризует преобладание образного мышления, ярко выраженная лидерская позиция, тип поведения — активно-социальный, высокая агрессивность, низкая дисциплинированность («вождь краснокожих»).

Характеристика центровертов

Центроверты обычно дигестивного или макросоматического типа телосложения, с кудрявыми волнистыми волосами, «голуби», добродушные, общительные, конформисты, не склонны доводить начатое дело до конца. Они предрасположены к ожирению, диабету, надпочечниковой недостаточности. У них преобладают эйтония, средние показатели амплитуды и частоты на ЭЭГ.

Добрые, жизнерадостные, не завистливые, бывают сезонные и суточные колебания настроения: с утра плохое настроение, разбитость, к вечеру — разгуливается. Их недостаток — они конформисты, «нормальны», пока рядом нет отрицательного лидера. Появился хулиган, и они тут же становятся хулиганами. Они настроены на то, чтобы подстроиться к сильному человеку, они очень внушаемы, малоинициативны. Для них характерна разносторонняя одаренность, средние показатели агрессивности и социальной активности. Они «годятся на все руки», но требуют от них, чтобы они

«хватали звезды с неба», нельзя, они все делают хорошо, доброту, но им нужен интроверт, чтобы найти нестандартный подход к проблеме, и нужен экстраверт, волевой человек, чтобы сделать трудное дело в ситуации дефицита времени и ресурсов. Это дети, у которых легко меняется настроение: от избыточной веселости, болтливости, смешливо-

сти до резко пониженного настроения со слезами.

У каждого типа можно выделить определенный конституциональный потенциал: сильные и слабые свойства личности (табл. 2).

С учетом выявленного типа конституции ребенка строится программа его сопровождения в условиях ДОУ (табл. 3).

Таблица 2

Сильные и слабые свойства детей различных конституциональных типов

Тип	Сильные свойства	Слабые свойства
Интроверт	Ровность в отношениях, исполнительность (в привычной обстановке), нестандартность решений, упорство, самокритичность, эвристичность, умение проводить всесторонний анализ, объективность, оригинальность, сердечность	Активность только при условии интересного занятия, инертность, малоподвижность, ранимость и застенчивость, мнительность и замкнутость, пониженная активность, неуверенность движений, низкая работоспособность (в неблагоприятных условиях)
Экстраверт	Высокая активность и работоспособность, энергичность, способность быстро уяснять обстановку, инициативность, настойчивость, решительность, возбужденная убедительная речь, способность к большому напряжению в работе, выразительность мимики и пантомимики, тонкая восприимчивость	Замедленное сосредоточение внимания, резкость в действиях, переживаниях, настроениях, вспыльчивость, резкость в отношениях, неустойчивость в поведении
Центроверт	Высокая подвижность и адаптивность, доброжелательность, жизнерадостность, общительность, несклонность обижаться, высокая чувствительность	Неприятие однообразия, монотонности, несклонность к самоуглублению, недостаточная усидчивость, недостаточная настойчивость и медлительность в принятии решений

Таблица 3

**Программа медико-психолого-педагогического
сопровождения детей с разными типами
направленности психической активности**

Направления сопровождения	Интроверт	Экстраверт	Центроверт
1	2	3	4
<i>Педиатр</i>			
Прогноз состояний	Склонность к аллергии, спастическим запорам, кожные расстройства по типу псориазического дерматоза, артериальной гипотонии, обморокам, гиперацидным гастритам, гипериммунным состояниям, гипотиреозу, бронхоспазму, низкой массе, частым ОРВИ, неврозу навязчивых состояний	Склонность к энурезу, психогенной гипертермии, гипоацидным состояниям, гипертиреозу, атоническим запорам, судорожным реакциям, артериальной гипертензии, язвенной болезни, эписиндрому, гипертензионно-гидроцефальному синдрому, дерматозам по типу нейродермита и экземы, истерии	Склонность к избыточному весу, редкая заболеваемость, склонность к диабету, надпочечниковой недостаточности
Режим сна	«Жаворонок», желательное время начала ночного сна не позднее 20 ч 30 мин	«Сова», из-за трудностей засыпания нужен период подготовки ко сну	Потребность в продолжительном сне
Режим питания и пищевой рацион	Пища, обогащенная веществами, стимулирующими аппетит, без ограничения жиров, углеводов и жидкости	Ограничение питьевого режима, соли, экстрактивных, острых веществ, особенно во второй половине дня	Ограничение жирового и углеводного компонентов в рационе питания

Продолжение табл.

1	2	3	4
Занятия физкультурой	«Стайеры». Темп выполнения упражнений низкий и средний. Медленное разучивание всех упражнений и движений. Упражнения для крупных мышц должны сочетаться с осмыслением двигательных актов. Индивидуальные спортивные занятия	«Спринтеры». Темп выполнения упражнений — высокий. Быстрое разучивание движений. В комплекс вводить асинхронные, сложные в координационном плане упражнения. Групповые спортивные занятия	Сочетание подходов
Закаливание	Щадящая схема, предпочтительнее местные, лучше воздушные виды закаливания	Общие и многофакторные виды	Стандартная схема закаливания
Ожидаемые реакции на стресс	Пассивный тип. Снижение настроения, нарушения сна, моторики	Активный тип. Агрессия, гнев, нарушения дисциплины	Смешанный характер, но меньшие по силе реакции
Психолог			
Тренинг качеств	Эмоциональность, лидерство, уверенность, решительность, спонтанность	Нестандартность мышления, деликатность, скромность, логичность, терпение, коллективизм, доброта	Самостоятельность, упорство, скромность, самоорганизация, дисциплина
Снижение проявления слабых сторон конституции	Пассивности, приглушенной эмоциональности	Эмоциональной возбудимости, конфликтности, обидчивости, взрывчатости, агрессивности, капризности	Соглашательства, эмоциональной неустойчивости

Окончание табл.

1	2	3	4
Семейное консультирование	Оптимальный вариант родительно-детских отношений — демократичный	Оптимальный вариант родительно-детских отношений — авторитарный	Сочетание подходов
<i>Педагог</i>			
Игровая деятельность	Стимуляции яркими познавательными стимулами. Индивидуальный стиль в игре	Предпочтительнее роль сильного, но доброго героя, командные игры	Необходимо переводить привычные события в сюрпризную интерпретацию
Тип педагогического воздействия	Поддерживающий	Сдерживающий	Сочетание подходов
Поощрение проявлений в поведении	Активности, энергичности, настойчивости, решительности, выразительности мимики, восприимчивости	Доброжелательности, жизнерадостности, несклонности обижаться	Исполнительности, нестандартности решений, упорства, оригинальности
Тактика в стрессовых ситуациях	Предоставить возможность уединения в тяжелую минуту	Предоставить возможность активных действий	Предоставить возможность разделить переживание с людьми
Проявление переживаний	Скрытость реакций	Эмоциональная несдержанность	Эмоциональная выразительность и открытость
Сдерживание проявлений	Инертности, мнительности и замкнутости, пониженной активности	Резкости в действиях и отношениях, вспыльчивости, неустойчивости в поведении	Однообразия, низкой усидчивости, медлительности

Таким образом, ни один из типов не имеет абсолютных преимуществ перед другими. Он всего лишь прогнозирует успешность ребенка в той или

иной деятельности, позволяя значительно эффективней решать задачи охраны здоровья и социальной адаптации, ранней профориентации.

Шумное дыхание у детей первых лет жизни: роль ларингомалации в развитии врожденного стридора

Петруничев А. Ю.,

канд. мед. наук,

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования;

Цветков Э. А.,

д-р мед. наук, профессор,

Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Стридором называют шум при дыхании, который можно услышать невооруженным ухом. О его врожденном характере говорят, когда он впервые появляется сразу при рождении или вскоре после него. Термин «вскоре» является достаточно расплывчатым, однако четких границ не определено. Различные авторы называют сроки от первых двух недель до трех месяцев.

Шум при дыхании издает любой материал, вибрирующий в просвете дыхательных путей в потоке воздуха со звуковой частотой. На определенном участке дыхательных путей это может быть отек, врожденная деформация, аномальная подвижность (слишком слабая и наоборот), дополнительная ткань и

даже густые выделения. Сам этот участок может находиться где угодно — от полости носа до трахеи. У детей чаще всего поражается гортань, и в таком случае стридор обозначают как «гортанный».

Принято выделять следующие виды врожденного гортанного стридора: транзиторный (временный), устойчивый и постоянный. Продолжительность транзиторного — до нескольких недель и вызван он воспалительными заболеваниями. Длительность устойчивого — до нескольких месяцев или лет в случае ларингомалации и различных неврологических расстройств. Постоянный стридор вызван состояниями, которые не корригируются самостоятельно в процессе роста и раз-

вития ребенка. Сюда относятся различные тканевые дисплазии, мембраны, пороки развития надгортанника, полипы и т.д.

Для педиатра по целому ряду причин ларингомалация имеет первостепенное значение. Во-первых, обозначение «врожденный стридор» продолжает использоваться в качестве диагноза только в России, подменяя термин «ларингомалация», введенный в конце 40-х гг. прошлого века и используемый ныне во всех странах. Во-вторых, в отечественной педиатрической практике «врожденный стридор» означает скорее «стридор неясной этиологии», не требующий дообследования. В-третьих, детям с врожденным стридором дается благоприятный для жизни и здоровья прогноз.

В международной литературе ларингомалация указывается как причина 70—80% случаев врожденного стридора. Среди оставшихся причин преобладает транзиторный стридор, который не имеет серьезного диагностического значения. Прочие симптомы заболевания (лихорадка, кашель и т.д.) достаточно очевидны, а с их исчезновением пропадает и стридор. Еще более редки анатомические пороки развития гортани, которые, как правило, сопровождаются хотя и тяжелыми, но также очевидными клиническими симптомами (нарушение дыхания, затруднение глотания, изменение голоса и пр.). В таком

случае для лечения ребенка уже в первые дни жизни приглашается оториноларинголог, выполняется эндоскопическое исследование, устанавливается точный диагноз и проблема решается, обычно хирургически.

При ларингомалации тяжелые формы редки (не более 10% случаев) и требуют как минимум трахеотомии. При легких формах все симптомы, кроме стридора, либо выявляются специальными методами, либо описываются как отдельные заболевания. Наконец, при подозрении на порок развития гортани в роддоме рутинно выполняется прямая ларингоскопия, которая не чувствительна к ларингомалации и дает в ее случае ложноотрицательный результат.

В итоге практически каждый ребенок с устойчивым врожденным стридором без точного диагноза к возрасту 5—7 дней, поступающий на попечение педиатра в достаточно компенсированном состоянии, имеет в качестве причины стридора ларингомалацию.

Определение и патогенез. Ларингомалация представляет собой избыточную податливость верхнего этажа гортани — его преддверия — из-за нарушения формирования его тканей или отдельных элементов, либо нервно-мышечного расстройства.

Гортаноглотка, особенно узкая и мягкая у детей младшего возраста, удерживается за счет относительно плотной хряще-

вой ткани и усилий растягивающих его мышц. При нарушении данных механизмов преддверие гортани превращается в клапан, препятствующий вдоху и не мешающий выдоху.

Колебания измененных стенок гортаноглотки вызывают стридор. Частота эндоскопических проявлений ларингомалации достигает 5% в популяции. Это очень высокая встречаемость для заболевания, тем более для врожденного порока развития.

Даже без лечения данное состояние значительно компенсируется уже за первые год-два жизни. Как и все хрящевые структуры, преддверие гортани у ребенка становится более плотным. Совершенствуются работа ЦНС и нервно-мышечное взаимодействие. Гортань ребенка при расчете на массу тела становится шире. Все это в совокупности приводит к значительному стиханию, а в большинстве случаев и исчезновению стридора. Это хорошо для пациента, так как сохранение стридора (что также случается) может привести к социальной дезадаптации. Другой стороной медали является низкая настороженность врачей, знающих из опыта о скором исчезновении стридора и избегающих полноценного обследования пациента.

На деле стридор при ларингомалации — лишь верхушка айсберга. Положение преддверия гортани на пересечении дыха-

тельных и пищеварительных путей, а также комплексные соотношения органов грудной клетки и изменения в ней давления на вдохе и выдохе, приводят к существованию дополнительных точек приложения ларингомалации в пределах и вне гортани. Патогенез ларингомалации можно условно разделить на пять основных взаимосвязанных шагов.

Шаг 1: *клапанный механизм работы гортани*. Сам по себе он приводит к затруднению вдоха. Ребенок тратит дополнительные усилия (а следовательно, и ресурсы организма) на преодоление сопротивления. При недостаточной компенсации концентрация кислорода в крови постоянно снижена (состояние хронической гипоксии), что нарушает развитие ребенка. Во время сна, когда состояние ЦНС способствует расслаблению мускулатуры, тотальное спадание структур преддверия гортани может привести к полному прекращению прохождения воздуха (так называемое обструктивное апноэ) на протяжении 5—15 дыхательных движений и более. Последствием может стать гипоксическая патология ЦНС, а в исключительных случаях и летальный исход (синдром внезапной смерти детей). Усиленное расправление грудной клетки резко снижает давление внутри нее.

Шаг 2: *сниженное давление в грудной клетке на вдохе*. Имеет три побочных эффекта.

1. Подсасывается более эластичная нижняя часть грудины, что в дальнейшем закрепляется как воронкообразная грудная клетка, вызывая рефлекторные поражения различных систем органов.

2. Застаивается кровь в венах малого круга кровообращения с развитием легочной гипертензии, приводящей к фиброзу различной степени в легких. В дальнейшем это ухудшает течение бронхолегочных заболеваний.

3. Из-за несовершенства нижнего сфинктера пищевода пища из желудка забрасывается в пищевод и выше, что обозначается как гастроэзофагеальный рефлюкс. В клинической практике это обозначается также как срыгивание.

Шаг 3: гастроэзофагеальный рефлюкс. Сам по себе нарушает питание ребенка, усугубляя нарушение его развития. В более старшем возрасте, когда кислотность желудочного содержимого повышается, начинается постоянное раздражение слизистой оболочки пищевода, глотки и гортани. Это приводит к развитию воспалительных заболеваний в данной области. Гастроэзофагеальный рефлюкс также преодолевает возможности разделительной функции гортани, и пища может оказаться в дыхательных путях.

Шаг 4: поперхивание. Является клиническим проявлением попадания пищи из гортаноглотки в гортань (так называемый фаринголарингеальный реф-

люкс). Основная причина — особая форма преддверия гортани при ларингомаляции и гастроэзофагеальный рефлюкс. Следствием этого может стать развитие пневмонии, если пищевые массы оказываются глубоко в нижних дыхательных путях (так называемая аспирационная пневмония). Аспирационные пневмонии весьма опасны, тем более в младшем возрасте и у детей с изначальной гипоксией. Незначительный же, но регулярный фаринголарингеальный рефлюкс может привести к перерождению слизистой оболочки гортани.

Шаг 5: моделирование анатомической и тканевой структуры с возрастом. Изменения соотношения размеров и формы элементов преддверия гортани при ларингомаляции хорошо изучены и классифицированы. В последнее время удалось описать и их возрастную динамику. В возрасте 12—25 лет гортань вновь становится неадекватной потоку воздуха на вдохе, но в данный период лишь при физической нагрузке. Про гистологические особенности пока можно говорить с уверенностью лишь о том, что они имеются. На формировании тканей сказывается хроническое раздражение при гастроэзофагеальном и фаринголарингеальном рефлюксах. В итоге гортань у взрослого оказывается предрасположенной к хроническому, особенно гипертрофическому, воспалению. Это

позволяет подозревать предрасположенность и к опухолевому росту в гортани.

Стоит подчеркнуть, что стридор не входит в патогенез ларингомаляции. Он является скорее чрезвычайно полезным признаком, на который врачу необходимо обратить внимание.

Клиническая картина. Клиническая картина ларингомаляции у ребенка первых лет жизни при полном представлении о патогенезе становится весьма развернутой. Следует, однако, учитывать различную степень тяжести заболевания у детей и индивидуальные особенности течения.

В течение заболевания целесообразно выделить период клинических проявлений (манифестный период). Он может полностью отсутствовать (бессимптомная форма), быть сокращенным (от рождения до 5—6 мес. жизни) или затяжным (от рождения до 10—12 лет). В типичном случае он продолжается от рождения до 18—24 мес. Особенностью ларингомаляции является вариабельность выраженности или даже периодичность проявления симптомов на протяжении манифестного периода. В редких случаях начало заболевания приходится на второй или третий месяцы жизни, при этом триггером являются, как правило, ОРВИ или аллергическая реакция.

Важной представляется также классификация на легкую и тяжелую формы. При легкой фор-

ме заболевание вне тяжелой физической нагрузки и ОРВИ проявляется лишь стридором и срыгиванием. Прочие клинические симптомы говорят в пользу тяжелой формы ларингомаляции. Определение формы заболевания — особенно важно для разработки тактики ведения пациента.

Частые симптомы:

1) стридор — критерий манифестного периода, так что его частота составляет 100% случаев. Он больше различим на вдохе (инспираторный стридор). Начало выдоха также может быть шумным. Его тональность чаще высокая, реже низкая. Он чаще похож на скрип, мяуканье, свист или крыканье, чем на хрюканье или карканье. Интенсивность стридора индивидуальная. Тихий стридор можно различить, находясь рядом с ребенком и внимательно прислушиваясь. Самый громкий стридор бывает слышен из соседней комнаты. Стридор почти всегда усиливается при ОРВИ, часто на фоне физической нагрузки или эмоционального возбуждения, в ряде случаев преобладает либо во время сна, либо при бодрствовании. В отдельных случаях укладывание на живот приводит к ослаблению стридора. Индивидуальный характер стридора обусловлен, по-видимому, разной этиологией ларингомаляции;

2) гастроэзофагеальный реф-

люкс по данным рН-метрии пищевода встречается с частотой более 70% манифестных случаев. Критерии оценки срыгивания весьма условны и включают частоту, объем, интенсивность и положение ребенка на начало срыгивания;

3) западение нижней части грудины на вдохе отмечаются у 40% больных. Фиксация воронкообразной грудной клетки при этом не обязательна. Этот симптом также не является критерием наличия инспираторной одышки.

Симптомы с частотой 15—20% манифестных случаев:

1) *задержка физического развития*. Как правило, приходится на первые месяцы жизни, а в дальнейшем компенсируется. Предполагается возможность задержки психомоторного развития;

2) *ноперхивание*. Тяжесть его оценивается по тяжести кашля и по соотношению числа приступов к числу актов глотания. В данном случае необходима дифференциальная диагностика с задней расщелиной гортани и свищами задней стенки гортани и трахеи;

3) *апноэ во сне*. Клинически заметно при наличии стридора во время сна ребенка. Внезапное прекращение шума и столь же внезапное возобновление через 10—25 с (редко дольше) у ребенка старше двух недель жизни при отсутствии заболеваний ЦНС позволяет с высокой

долей уверенности говорить об обструктивном апноэ. Тяжесть определяется частотой эпизодов за 1 ч сна, их средней и наибольшей продолжительностью. Получение этих данных требует высокой заинтересованности и усидчивости родственников больного.

Симптомы с частотой менее 10% манифестных случаев:

1) *одышка*. Носит инспираторный характер. Появляется или усиливается на фоне ОРВИ, а также при беспокойстве ребенка или физической нагрузке. Определяется по втяжению на вдохе межреберных промежутков, над-и подключичной ямок, яремной вырезки. При тяжелой одышке отмечается участие в дыхании вспомогательной мускулатуры (шеи и живота);

2) *цианоз или бледность кожных покровов*. Особенность заболевания — крайне редкое появление цианоза или бледности, несмотря на наличие лабораторного подтверждения гипоксии той или иной степени в подавляющем большинстве случаев ларингомаляции. Как правило, цианоз или бледность появляются на фоне уже явной одышки или затяжного эпизода апноэ во сне.

Дополнительными данными в пользу ларингомаляции является наличие в анамнезе более одного случая аспирационной пневмонии или несколько случаев острого стеноза гортани за

первые 3 года жизни. Роль заболевания в нарушении психомоторного развития ребенка изучается.

Абсолютно точно ларингомаляция не влияет на голосообразование (фонацию). Охриплость (дисфония) указывает на наличие сопутствующего воспалительного заболевания или врожденного порока развития гортани. Последняя ситуация является достаточно распространенной ввиду высокой частоты ларингомаляции. Особенно часто встречается сочетание с гемангиомами гортани и шеи.

Ларингомаляция характеризуется слабым клиническим проявлением патологических изменений в организме, поэтому заключение о тяжести заболевания можно и нужно делать на основании только инструментального, функционального и лабораторного исследований.

План обследования ребенка. При наличии клинических признаков ларингомаляции диагноз подтверждается фиброларингоскопией под местной анестезией при спонтанном дыхании. Эндоскопические признаки являются решающими в постановке диагноза. Этот метод также позволяет исключить или подтвердить наличие воспалительных или врожденных изменений верхних дыхательных путей от полости носа до нижнего этажа гортани. Такие изменения могут быть как альтернативной причиной стридора,

так и сопутствующим заболеванием.

Метод пригоден даже для новорожденных, однако имеет осложнения у детей до 1–2 мес. ввиду несовершенства дыхательного центра. Использование лидокаина и давление трубки эндоскопа может привести к рефлекторной остановке дыхания. В более старшем возрасте метод не опасен и не травматичен.

Рентгенография шеи в боковой проекции и мягкотканом режиме позволяет подтвердить спадание верхнего отдела гортани, а также выявить возможные сопутствующие пороки развития трахеи.

Степень затруднения вдоха определяется при графической записи его потоковой скорости в ходе оценки функции внешнего дыхания.

Обструктивное апноэ во сне подтверждается полисомнографией.

Степень компенсации по функции дыхания в целом можно определить исследованием кислотно-щелочного равновесия крови. В данном исследовании особенно чувствительные параметры парциальное давление кислорода и углекислого газа крови.

Степень гастроэзофагеального рефлюкса можно установить введением зонда в пищевод с 24-часовым мониторингом кислотности.

Для подтверждения нарушения

разделительной функции гортани используют рентгенографию шеи в боковой проекции с проглатыванием контраста. Этот же метод выявляет наличие трахеопищеводного свища. Реже используется фиброэндоларингоскопия после проглатывания красителя.

Характеристику состояния сердечно-сосудистой системы дают на основании ЭКГ и УЗИ сердца. В более редких случаях необходимы доплерография и зондирование камер сердца с определением в них давления.

Дополнительными методами дифференциальной диагностики могут служить компьютерная томография шеи, прямая ларинго- и бронхоскопия, УЗИ шеи и вилочковой железы, биопсия тканей гортани и другие методы.

Лечение. Легкая форма ларингомаляции не требует специального лечения. Предупреждение острых осложнений достигается профилактикой ОРВИ. Развитие острого стеноза гортани с последующей интубацией при ларингомаляции несет высокий риск развития рубцового стеноза гортани. Полноценная диагностика у дошкольников необходима для своевременного распознавания отсроченных осложнений в школьном, подростковом и взрослом возрасте.

При тяжелой форме ребенок нуждается в хирургическом лечении. Современным методом является супраглоттопластика, модификации которой исчисля-

ются сотнями. Преимущества метода — эндоскопический подход, малая инвазивность и легкая переносимость операции, короткий послеоперационный период, отсутствие необходимости в трахеотомии, низкий риск осложнений (в среднем около 1%), высокая эффективность (до 95%). Негативные стороны — необходимость интубации и наркоза, а также техническая сложность операции в возрасте до 6—8 мес. жизни (что может приводить к ее неполной эффективности).

В экстренном или срочном порядке операция выполняется в любом возрасте при наличии:

- хронического стеноза гортани II степени и более тяжелого;
- выраженной гипоксии (парциальное давление кислорода крови 40—60 мм рт. ст.);
- частых и длительных эпизодах апноэ во сне (особенно потребовавших реанимационных мероприятий);
- тяжелом гастроэзофагеальном рефлюксе;
- выраженной задержке физического развития ребенка;
- тяжелой легочной гипертензии.

При прочих вариантах тяжелого течения ларингомаляции операция выполняется в плановом порядке, начиная с возраста 6—8 мес.

Обеспечение условий безопасности иммунизации детей в ДОУ

Ямщикова Н. Л.,

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

Иммунизацию детей, посещающих ДОУ, проводят в медицинских кабинетах этих учреждений при наличии лицензии на медицинскую деятельность и строгом соблюдении установленных требований.

Иммунизацию против туберкулеза и туберкулинодиагностику осуществляют в отдельных помещениях, а при их отсутствии — на специально выделенном столе, отдельным инструментарием, который используют только для этих целей. Для проведения профилактической прививки БЦЖ и туберкулиновых проб выделяют определенный день. Набор помещений для проведения иммунизации, их площади, расположение, санитарно-техническое состояние должны соответствовать требованиям санитарных правил, контроль за выполнением которых проводится органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Прививочный кабинет должен иметь площадь не менее 10 м². Совмещение процедурного и

прививочного кабинетов не допускается.

Отбор пациентов для иммунизации осуществляется с целью:

- проведения профилактической прививки всем нуждающимся в ней лицам;
- выявления лиц с медицинскими противопоказаниями;
- выявления лиц с повышенным риском развития сильных реакций на профилактическую прививку или поствакцинальных осложнений.

При отборе пациентов для иммунизации необходимо руководствоваться требованиями действующих нормативных и методических документов, которые направлены на обеспечение эффективности и безопасности иммунизации.

Использование для массовой иммунизации современных высокоэффективных, малореактогенных вакцин привело к резкому сокращению частоты тяжелых реакций и осложнений, возникающих в поствакцинальном периоде. Основная их часть носит характер индивидуальных реакций, которые невозможно

предвидеть, т.е. связать с предшествующим состоянием прививаемого. В поствакцинальном периоде могут наблюдаться не тяжелые местные и, реже, общие реакции, а также патологические состояния, не связанные с вакцинацией. Противопоказаниями к прививкам являются лишь немногие виды патологии, повышающие риск развития поствакцинальных осложнений. Подобные состояния должны непременно учитываться как важнейший фактор снижения частоты неблагоприятных событий в поствакцинальном периоде. Поскольку введение некоторых вакцин в активном периоде заболевания может обострить или утяжелить его течение, это также

учтено в списке противопоказаний (табл. 1). Приведенный перечень обеспечивает и защиту проводящего иммунизацию медицинского работника, в вину которому может быть поставлено развитие осложнения или обострения заболевания, не связанного с иммунизацией, а лишь совпадающего с ней по времени. Несоблюдение противопоказаний, необоснованные медицинские отводы от прививок часто приводят к тому, что дети с соматической патологией, аллергическими заболеваниями, неврологическими дефектами оказываются беззащитными перед инфекционными болезнями, которые у них протекают особенно тяжело.

Таблица 1

**Перечень медицинских противопоказаний
к проведению профилактических прививок**

№ п/п	Вакцина	Противопоказания
1	2	3
1	Все вакцины	Сильная реакция или поствакцинальное осложнение на предыдущее введение
2	Все живые вакцины, в т.ч. оральная живая полиомиелитная вакцина (ОВП)	Иммунодефицитное состояние (первичное), иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность
3	БЦЖ	Вес ребенка при рождении менее 2000 г, келоидный рубец, в т.ч. после предыдущей дозы
4	АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе

Окончание табл.

1	2	3
5	Живая коревая вакцина (ЖКВ), живая паротитная вакцина, краснушная, а также комбинированные ди- и тривакцины (корь—паротит, корь—краснуха—паротит)	Тяжелые формы аллергических реакций на аминогликозиды, анафилактические реакции на яичный белок (кроме краснушной вакцины)
6	Вакцина против вирусного гепатита В	Аллергическая реакция на пекарские дрожжи
7	Анатоксины АДС, АДС-М, АД-М	Постоянных противопоказаний, кроме упомянутых в п.п. 1 и 2, не имеют

Примечание. Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые профилактические прививки проводятся через 2—4 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. профилактические прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

Все лица, которым должны проводиться профилактические прививки, предварительно подвергаются медицинскому осмотру врача (в сельской местности — фельдшера). Врач (фельдшер) должен тщательно собрать анамнез пациента: предшествующие заболевания, в том числе хронические, наличие реакций или осложнений на ранее проведенные профилактические прививки, наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, продукты, наличие судорог, индивидуальные особенности (недоношенность, родовая травма, терапия кортикостероидами и т.п.), контакт с инфекционными больными в семье, в т.ч. тубинфици-

рование, сроки предшествующих прививок, для женщин — наличие беременности. Лица с хроническими заболеваниями, аллергическими состояниями и др. при необходимости подвергаются медицинскому обследованию с использованием лабораторных и инструментальных методов. При необходимости врачом проводится индивидуальная подготовка пациента к иммунизации, в т.ч. с применением лекарственных препаратов. Непосредственно перед проведением профилактической прививки должна быть проведена термометрия. Результаты осмотра врача, термометрии, лабораторных и инструментальных исследований и

разрешение на введение конкретной вакцины должны быть зафиксированы в соответствующей медицинской документации.

Следует учесть, что наличие противопоказания не означает, что в случае проведения профилактической прививки у вакцинированного обязательно возникнет осложнение, речь идет лишь о повышении риска неблагоприятной реакции. Это, однако, должно рассматриваться как препятствие к проведению иммунизации в большинстве случаев. Противопоказаниями к проведению профилактических прививок являются сильные реакции и поствакцинальные осложнения на введение предыдущей дозы той же вакцины. Сильной реакцией считается наличие температуры выше 40 °С, в месте введения вакцины — отек и гиперемия свыше 8 см в диаметре.

Существуют ложные противопоказания для иммунизации, которые встречаются у менее 1% детей. Например, опыт прививок детей с ДЦП, болезнью Дауна и другими подобными заболеваниями говорит о том, что стабильные неврологические состояния не несут в себе риска осложнений иммунизации.

Анемия — нетяжелая, алиментарного генеза, также не должна быть причиной отвода от профилактической прививки,

после которой ребенку назначают соответствующее лечение. Тяжелая анемия требует выяснения причины с последующим решением вопроса о времени иммунизации.

Дисбактериоз как диагноз оправдан только у больного с расстройством стула на фоне массивной антибиотикотерапии, когда вопрос о прививке не возникает до выздоровления. У ребенка с нормальным стулом диагноз «дисбактериоз» не имеет под собой каких-либо оснований, при неустойчивом стуле речь обычно идет о непереносимости молочного сахара или синдроме раздражимой кишки. В этих случаях факт количественных или качественных отклонений микробной флоры кала от нормы не может являться поводом для отвода от профилактической прививки или ее отсрочки.

Увеличение тени тимуса на рентгенограмме выявляется обычно случайно при обследовании по поводу ОРЗ — это анатомический вариант либо результат послестрессовой гиперплазии. Такие дети хорошо переносят профилактические прививки, дают нормальный иммунный ответ, а частота поствакцинальных реакций у них не больше, чем у детей без видимой тени вилочковой железы. Срок иммунизации определяется течением заболевания, по поводу которого был сделан снимок.

Аллергические заболевания являются скорее показанием к иммунизации, чем противопоказанием, поскольку у этих детей инфекции протекают особенно тяжело (например, коклюш у больного астмой). Педиатр, консультируя такого ребенка с аллергологом, должен ставить вопрос не о допустимости прививок, а о выборе оптимального времени их проведения и необходимости лекарственной защиты (противогистаминные препараты при кожных формах атопии, ингаляции стероидов и бета-агонистов при астме).

Врожденные пороки развития, в т.ч. пороки сердца, не являются поводом для отвода от прививок в отсутствие других причин, они проводятся по достижении компенсации имеющихся расстройств.

Поддерживающее лечение хронического заболевания антибиотиками, эндокринными препаратами, сердечными, противоаллергическими, гомеопатическими средствами и т.д. само по себе не должно служить поводом для отвода от прививок. Местное применение стероидов в виде мазей, капель в глаза, спреев или ингаляций не сопровождается иммуносупрессией и не препятствует иммунизации.

Обоснованием отсрочки от прививок не должны служить анамнестические данные о тяжелых заболеваниях: дети пер-

вых месяцев жизни, перенесшие тяжелые заболевания (сепсис, гемолитическую анемию, пневмонию, болезнь гиалиновых мембран и др.) и поправившиеся от них, вакцинируются в обычном порядке. Неблагоприятный семейный анамнез, в т.ч. внезапная смерть в семье в поствакцинальном периоде, — также не повод для отвода от прививок. Лишь наличие в семье больного с симптомами иммунодефицита требует обследования новорожденного до введения ему БЦЖ и использования инактивированных вакцин вместо живых.

Обеспечение безопасного введения пациентам медицинских иммунобиологических препаратов. Детям, посещающим ДОУ и школы, учреждения с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка, школы-интернаты), профилактические прививки проводят в указанных учреждениях в специально отведенных для этих целей, оснащенных в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями необходимым оборудованием и материалами помещениях. Все манипуляции с вакцинами проводятся только на специально отведенном столе.

Необходимо организовать поток пациентов таким образом, чтобы одновременно в прививочном кабинете находился только один пациент, а при проведении прививок малень-

ким детям — один ребенок и один его сопровождающий.

При проведении профилактической прививки медицинский работник должен находиться между пациентом и столом с острыми инструментами. При проведении прививок маленьким детям взрослый, сопровождающий ребенка, должен усадить его безопасным образом, удерживая так, чтобы исключить неожиданные движения ребенка. Медицинский работник, осуществляющий профилактическую прививку, не должен удерживать ребенка.

Профилактические прививки осуществляют медицинские работники, обученные правилам организации и технике их проведения, а также приемам неотложной помощи в случае возникновения поствакцинальных осложнений, и имеющие документальное подтверждение прохождения обучения. Медицинские работники, проводящие иммунизацию, должны проходить последипломное обучение на базе лечебно-профилактических учреждений и службы, осуществляющей государственной санитарно-эпидемиологический надзор, а также учреждений последиplomного медицинского образования, не реже 1 раза в год со сдачей зачетов и получением соответствующего документа (справки, свидетельства, сертификата). Вновь поступающие на работу в прививочные кабинеты медицинские

сестры (фельдшеры) получают допуск к проведению прививок после обучения непосредственно на рабочем месте под контролем руководителя, ответственного за проведение прививок в данном учреждении.

Лица, проводящие иммунизацию, должны быть здоровы. Контроль за состоянием их здоровья осуществляет врач прививочного кабинета или руководитель, ответственный за проведение профилактических прививок в данном учреждении. Больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых независимо от их локализации, отстраняются от проведения иммунизации.

Перед использованием любой вакцины или растворителя к вакцине следует проверить наличие этикетки (на русском языке) на флаконе или ампуле: соответствует ли выбранная вакцина назначению врача; соответствует ли выбранный растворитель данной вакцине; не истек ли срок годности вакцины или растворителя; нет ли видимых признаков повреждения флакона или ампулы; нет ли видимых признаков загрязнения содержимого флакона или ампулы (наличие плавающих частиц, изменение окраски, мутности и т.п.); показания термоиндикатора на флаконе с вакциной (при наличии индикатора на

флаконе); для вакцин АКДС, АДС, АДС-М, АС, АД и против гепатита В — нет ли видимых признаков того, что вакцина подверглась замораживанию. Если по какому-либо из перечисленных признаков качество вакцины или растворителя вызывает сомнение, данный препарат использовать нельзя. В отношении вакцины из многодозовых флаконов применяют правила использования «открытых флаконов». В контексте определения ВОЗ, «открытый флакон» означает флакон, содержащий несколько доз вакцины, из которого, в соответствии со стандартными процедурами асептики, извлечена одна или более доз. Открытые многодозовые флаконы могут использоваться в последующих иммунизационных сессиях в течение срока, указанного в инструкции по применению вакцины, если соблюдено каждое из следующих условий: срок годности не истек, забор каждой дозы из флакона осуществляется с соблюдением правил асептики, вакцины хранятся при соответствующих условиях холодовой цепи ($+2^{\circ}\text{C}$ — $+8^{\circ}\text{C}$), вакцина из данных открытых флаконов не применялась для иммунизации вне учреждения здравоохранения, например, прививочными бригадами на выезде (открытые флаконы с вакциной, взятые для проведения иммунизации вне учреждения здра-

воохранения, в конце рабочего дня уничтожают); флаконы не погружались в воду. Не допускается смешивание вакцин и растворителей из неполных открытых флаконов. Для забора каждой дозы вакцины из открытого флакона используется стерильный шприц со стерильной иглой. Оставлять иглу в крышке флакона для взятия последующих доз вакцины запрещается. Для забора вакцины из флакона используется тот же шприц, который будет использован для инъекции. Открытые многодозовые флаконы с вакциной, предназначенные для последующего использования, должны храниться в холодильнике при температуре $+2^{\circ}\text{C}$ — $+8^{\circ}\text{C}$ в коробке, маркированной надписью «Использовать в первую очередь». Растворитель при восстановлении лиофильно высушенных вакцин должен иметь температуру $+2^{\circ}\text{C}$ — $+8^{\circ}\text{C}$, что обеспечивается хранением растворителя вместе с вакциной в холодильнике прививочного кабинета.

Восстановленные вакцины необходимо защищать от воздействия света путем размещения флаконов с вакциной в специальных гнездах в крышке сумки-холодильника или использования специальных футляров из светонепроницаемой бумаги. Восстановленные вакцины, не содержащие консервантов, не подлежат хранению. Для восстановления

вакцины в каждом флаконе используется отдельный стерильный шприц со стерильной иглой. Повторное применение шприца и иглы, использованных для смешивания растворителя и вакцины, не допускается. Не разрешается заблаговременный набор вакцины в шприцы и хранение вакцины в шприцах.

Все профилактические прививки при парентеральном введении препаратов проводят стерильными одноразовыми шприцами и иглами. Оборудованием для безопасных инъекций должны быть обеспечены все медицинские учреждения, проводящие иммунизацию. Медицинский работник должен просто отказаться от выполнения инъекции в случаях, когда он даже в малейшей степени сомневается в стерильности шприца или иглы. В случае одновременного проведения нескольких профилактических прививок (кроме БЦЖ) каждую вакцину вводят отдельными одноразовыми шприцем и иглой в разные участки тела. Вскрытие ампул, растворение лиофилизированных вакцин, парентеральное введение осуществляются в соответствии с инструкцией при строгом соблюдении правил асептики.

Место введения вакцины обрабатывается стерильным тампоном, смоченным 70%-ным спиртом, если нет иных указаний в инструкции (например, эфиром — при постановке реакции Манту или введении БЦЖ).

Вакцину вводят в положении пациента лежа или сидя во избежание падения при обморочном состоянии. Для введения вакцины используется только тот метод, который указан в инструкции по ее применению. Используемые в рамках «Национального календаря профилактических прививок» и «Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» вакцины вводятся орально, подкожно, внутрикожно, подкожно и внутримышечно.

Плановая иммунизация детей предусматривает необходимый порядок введения вакцин в определенной последовательности, в установленные сроки. Совокупность этих сведений составляет Национальный календарь профилактических прививок. При нарушениях сроков начала прививок последние проводят по схемам, предусмотренным Национальным календарем и инструкциями по применению препаратов. Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся в сроки, предусмотренные Календарем прививок по эпидемическим показаниям и действующими нормативными документами. Вакцину вводят в дозе, строго соответствующей инструкции по применению препарата. Для растворения (восстановления) лиофилизированных вакцин применяют растворители, предназначенные только для данной вакцины и произведенные на том же пред-

приятии, где произведена вакцина. Срок годности растворителя должен соответствовать сроку годности вакцины.

Перед проведением иммунизации пациента медицинский работник должен предупредить родителей (или опекуна) ребенка о возможности возникновения и клинических проявлениях поствакцинальных реакций и осложнений, а также о необходимости обращения за медицинской помощью при появлении подобных симптомов. Непосредственно после иммунизации в течение 30 мин за привитым осуществляется медицинское наблюдение с отражением результатов в медицинской документации. В дальнейшем наблюдение за вакцинированным осуществляется в сроки, установленные инструкцией по применению вакцины.

Вакцинопрофилактика — наиболее безопасное и эффективное средство предупреждения инфекционных заболеваний. Однако медицинские иммунобиологические препараты могут вызывать вакцинальные реакции, а в редких случаях тяжелые осложнения. Частота «побочных неблагоприятных эффектов» вакцины намного меньше, чем риск от болезни и осложнений при самом заболевании. По мере увеличения количества привитых лиц соответственно может возрастать абсолютное число подобных реакций, что требует совершенствования системы их выявления и регистрации. Тщательное рассле-

дование каждого случая заболевания, с подозрением на поствакцинальное осложнение (ПВО), с целью выяснения причины его развития и связи с введенной вакциной позволит усилить позитивное отношение общества к иммунизации, а также решать вопросы улучшения качества вакцин. К ПВО относят тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок. Вакцинальный процесс обычно протекает бессимптомно, но у привитых лиц возможны проявления нормальной вакцинальной реакции (или нормального вакцинального процесса), под которой понимают клинические и лабораторные изменения, связанные со специфическим действием той или иной вакцины (клинические проявления и частота их развития описаны в инструкции к каждому медицинскому иммунобиологическому препарату). Клинические расстройства, возникающие вследствие проведения профилактической прививки и не свойственные обычному течению вакцинального процесса, имеющие с прививкой очевидную или доказанную связь, рассценивают как патологические вакцинальные реакции и расследуют таким же образом, как ПВО (табл. 2).

Перечень ПВО, вызванных профилактическими прививками, включенными в Национальный календарь профилактических прививок и Календарь

Таблица 2

**Перечень основных заболеваний в поствакцинальном
периоде, подлежащих регистрации и расследованию**

Клинические формы	Вакцины	Сроки появления
Анафилактический шок, анафилактоидная реакция, коллапс	Все, кроме БЦЖ и ОПВ	Первые 12 ч
Тяжелые, генерализованные аллергические реакции (синдром Стивенса-Джонсона, Лайела, рецидивирующие отеки Квинке, сыпи и др.)	Все, кроме БЦЖ и ОПВ	До 3 сут
Синдром сывороточной болезни	Все, кроме БЦЖ и ОПВ	До 15 сут
Энцефалит, энцефалопатия, энцефаломиелит, миелит, неврит, полирадикулоневрит, синдром Гийена-Барре	Инаktivированные	До 10 сут
	Живые	5—30 сут
Серозный менингит	Живые	10—30 сут
Афебрильные судороги	Инаktivированные	До 7 сут
	Живые	До 15 сут
Острый миокардит, нефрит, агранулоцитоз, тромбоцитопеническая пурпура, анемия гипопластическая, коллагенозы	Все	До 30 сут
Хронический артрит	Краснушная	До 30 сут
Вакциноассоциированный полиомиелит	У привитых	До 30 сут
	У контактных	До 60 сут
Осложнения после БЦЖ прививки: холодный абсцесс, лимфаденит, келоидный рубец, остеоит и др. Генерализованная БЦЖ-инфекция		В течение 1,5 лет после профилактической прививки
Абсцесс в месте введения	Все	До 7 сут
Внезапная смерть, другие случаи летальных исходов, имеющие временную связь с прививкой	Все	До 30 сут

профилактических прививок по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единов-

временных пособий, и порядок их выплат утверждены постановлениями Правительства РФ от 02.08.99 г. № 885 и от 27.12.2000 г.

№ 1013. Диагностика ПВО основана на комплексном анализе клинических, лабораторных, эпидемиологических и статистических данных с учетом патогенетических механизмов развития вакцинальных реакций. При выявлении больного с ПВО необходимо уточнить причины последнего, было ли обусловлено оно: качеством введенной вакцины; техническими ошибками; особенностями реакции организма привитого.

Для диагностики ПВО используют следующие методы: клинический, лабораторный, эпидемиологический. Клинический метод является основным при постановке диагноза, он позволяет дифференцировать вакцинальный процесс от ПВО и заболеваний в поствакцинальном периоде, не связанных с вакцинацией. Единичные случаи сильных местных (в т.ч. отек, гиперемия более 8 см в диаметре) и сильных общих (в т.ч. температура более 40°C, фебрильные судороги) реакций на вакцинацию, а также легкие проявления кожной и респираторной аллергии подлежат регистрации в установленном порядке без информирования вышестоящих органов здравоохранения.

ПВО чаще всего развиваются либо в первые 24 ч после введения вакцины (реакции немедленного типа), либо в период разгара вакцинального процесса — в первые 1—2 дня после введения инактивированных вакцин и с

5-го по 14-й дни при введении живых препаратов (за исключением анафилактического шока). Аллергические осложнения развиваются чаще при повторном введении вакцины (курс вакцинации или ревакцинация) и обусловлены формированием повышенной чувствительности организма привитого к компонентам вакцины. Осложнения со стороны нервной системы проявляются в виде неспецифических энцефалических реакций, а также в виде специфических вакциноассоциированных заболеваний (вакциноассоциированный полиомиелит, коревой или краснушный поствакцинальный энцефалит, паротитный менингит). Случаи миокардита, нефрита, агранулоцитоза, гипопластической анемии, зарегистрированные в поствакцинальном периоде у привитых любой вакциной, расследуют как ПВО.

Профилактикой поствакцинальных осложнений является использование противорецидивной терапии при иммунизации детей с хроническими заболеваниями для профилактики развития обострений основного заболевания. Обычно медикаментозные препараты назначают за 3—4 дня до проведения профилактической прививки и на весь период разгара вакцинального процесса (3—5 дней при введении инактивированных, рекомбинантных, химических вакцин и анатоксинов и 14 дней при использовании живых вакцин).

Различают разные подходы в назначении детям медикаментозных препаратов:

- детям с токсическими, аллергическими или энцефалическими реакциями на предшествующие введения вакцин или их компонентов назначают жаропонижающие, противоаллергические или противосудорожные средства в возрастной дозе;
- с очень частыми респираторными инфекциями, хроническими заболеваниями ЛОР-органов, хроническим бронхитом, повторными или хроническими пневмониями для профилактики осложненного течения иммунизации показаны различные общеукрепляющие, противовирусные, иммуномодулирующие средства;
- с гидроцефалией, дегенеративными, наследственными, прогрессирующими заболеваниями нервной системы, эпилепсией, афебрильными судорогами противопоказано введение коклюшной вакцины, остальные препараты вводят не ранее 1 мес. после компенсации процесса (последнего приступа судорог). Вопрос о назначении дополнительной терапии решают индивидуально с участием невропатолога.

При некупируемом течении эпилепсии профилактические прививки проводят по эпидемическим показаниям; детям с

бронхиальной астмой, атопическим дерматитом, острыми аллергическими реакциями, токсико-аллергическими дерматитами в анамнезе профилактические прививки проводят не ранее 1 мес. после обострения, в период полной илистойкой частичной ремиссии. Адекватная базисная терапия обеспечивает профилактику осложненного течения иммунизации; детям с незлокачественными болезнями крови и кроветворных органов, с нефрологическими заболеваниями (острый и хронический гломерулонефрит, липоидный нефроз) профилактические прививки проводят не ранее 1 мес. клинико-лабораторной ремиссии. Для профилактики обострений применяют симптоматические, мембраностабилизирующие средства.

Дети, получающие гормональную терапию, могут быть иммунизированы, если доза препарата постоянная и не более 2 мг/кг в сутки. Дети со стабильными органическими поражениями нервной системы (хромосомные, генетические заболевания, врожденные аномалии развития, ДЦП и т.п.), с компенсированными последствиями воспалительных заболеваний нервной системы, психическими заболеваниями вне острого периода, с умственной отсталостью, стабильным поражением органов чувств не имеют противопоказаний к прививкам. Медикаментозные симптоматические, по-

синдромные средства при иммунизации или не назначаются, или профилактические прививки проводят одномоментно с плановой терапией этих детей. Дети с болезнями эндокринной системы (гипо- и гипертериоз, сахарный диабет, врожденная недостаточность надпочечников) могут быть привиты всеми вакцинными препаратами на фоне стабилизации состояния и адекватной дозы базисной гормональной терапии. В тяжелых случаях детям с недостаточностью надпочечников до и после иммунизации может быть увеличена доза кортизона (на 1/3 суточной), что следует решить совместно с эндокринологом.

Дети с первичными иммунодефицитами, злокачественными новообразованиями, лимфомами, больные лейкемией, получавшие лучевую, цитостатическую (большими дозами, длительное время) или химиотерапию (после ее окончания), со спленэктомией и тимэктомией в анамнезе, а также больные ВИЧ-инфекцией могут вакцинироваться всеми инактивированными, химическими, рекомбинантными вакцинами, анатоксинами. Первичный иммунодефицит является противопоказанием для введения живых вакцин. Детей с иммунодефицитом, связанным со злокачественными заболеваниями лимфоидной системы и (или) иммуносупрессией, прививают живыми вакцинами после на-

ступления ремиссии, не ранее чем через 3 мес. по окончании иммунодепрессивной терапии. Детям инфицированных ВИЧ-матерей оральную полиоувацину следует заменить на инактивированную и воздержаться от введения БЦЖ до возраста 18 мес., когда будет уточнен его ВИЧ-статус. Коревую, паротитную и краснушную вакцину ВИЧ-инфицированным детям вводят. Этим больным требуется контроль специфического иммунитета для решения вопроса о дополнительных введениях препаратов, а также дополнительно рекомендуется иммунизация против гемофильной, пневмококковой, менингококковой инфекций, гриппа (инактивированными вакцинами).

Детей с системными заболеваниями соединительной ткани прививают любыми вакцинами при ремиссии более 1 мес. Им рекомендуется назначение, например, бруфена 5–10 мг/кг или индометацина 3–4 мкг/кг в сутки за 10–15 дней до и 30–40 дней после профилактической прививки или других препаратов, разрешенных к применению для этих целей в установленном порядке. Если ребенок получает поддерживающую базисную цитостатическую терапию, назначение других препаратов не требуется. При длительности ремиссии более 1 года противовоспалительную терапию не назначают.

Организация проведения массажных процедур в ДОУ

Ильина С.К.,
почетный работник общего образования РФ,
Москва

ПЕДАГОГИКА



Во многих ДОУ сегодня происходит поиск современных подходов к профилактике и оздоровлению детей, в стране строятся современные детские сады, в которых предусмотрены физкультурный зал, бассейн, спортивная площадка. Все это позволяет создать условия для целенаправленной профилактической и реабилитационной работы с детьми, чему способствует целевое финансирование ряда региональных программ за счет бюджетных средств.

В практику многих ДОУ прочно вошли такие мероприятия, направленные на укрепление и сохранение здоровья ребенка, как массаж и гидромассаж, позволяющие укрепить опорно-двигательный аппарат, улучшить функциональное состояние сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем. Массаж активно применяется в ДОУ как профилактическая оздоравливающая процедура.

К профессиональной деятельности в качестве специалистов в области медицинского массажа в соответствии с приказом Минздрава РФ от 19.08.97 г. № 249 «О номенклатуре специальностей среднего медицинского и фармацевтического персонала» допускаются лица, получившие высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело», среднее медицинское образование по специальностям «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и сертификат по специальности «Медицинский массаж». Этим же приказом определяется объем общих и специальных знаний и умений, а также обязанности и права этих специалистов.

Основные требования к организации лечебного массажа изложены в советском отраслевом стандарте

ОСТ 42-21-16-86 ССБТ «Отделения, кабинеты физиотерапии. Общие требования безопасности», утвержденном приказом Минздрава СССР от 04.11.86 г. № 1453. Конкретизация и уточнение требований с учетом региональной специфики осуществляется путем внедрения региональных нормативных документов. В их числе, в частности, СП 2.1.2-008-98 «Санитарные правила устройства, оборудования и содержания парикмахерских, соляриев, косметических, массажных, маникюрных и педикюрных кабинетов», утвержденные постановлением главного государственного санитарного врача по Санкт-Петербургу от 23.12.98 г. № 20.

В соответствии с требованиями ОСТ 42-21-16-86 для проведения массажа выделяется отдельный кабинет из расчета 8 м² на рабочее место. Однако минимальная площадь для кабинета при одной массажистке (что типично для ДОУ) — 12 м². Помещение для массажа обязательно должно быть сухим и светлым с естественным освещением (120—130 лк), оборудовано приточно-вытяжной вентиляцией с пятикратным обменом воздуха в час. Пол в массажной должен быть деревянный, покрытый линолеумом. Стены до высоты 2 м окрашивают масляной краской светлых тонов, остальная часть должна быть побелена (клеевая побелка).

В современных условиях основное требование к отделке кабинетов — возможность мытья стен и полов с применением моющих и дезинфицирующих средств при условии использования для отделки материалов, рекомендуемых органами Роспотребнадзора. Кабинет массажа должен быть оборудован умывальником с холодной и горячей водой, а также специальной мебелью для массажа, специальными шкафами для одежды массажиста и одежды детей, зеркалами, ширмой и стульями. Желательно наличие в массажном кабинете медицинского шкафчика для хранения массажных кремов и мазей, а также холодильника для хранения термолабильных парфюмерно-косметических средств.

Массажный стол должен быть стандартных размеров: высота — 0,8 м, длина — 2 м, ширина — 0,65 м с клеенчатыми валиками разных размеров для подкладывания под голову, спину и колени. Покрытие массажных столов должно быть из материалов, подвергающихся очистке и дезинфекции (медицинская клеенка, пластик, дерматин и др.). Поверхность массажного стола покрывается простыней, сменяющейся после каждого пациента. Допускается прием детей со своим бельем, при этом белье ребенка укладывается поверх простыни, закрывающей кушетку. В этом

случае покрытие стола и кушетки меняется по окончании рабочей смены. Массажный стул должен иметь такую высоту, чтобы у массажистки была хорошая опора на стопы во время сидения на нем. Для массажа рук должен быть столик с полумягким покрытием, высотой 70—80 см, желательно на регулируемых ножках до высоты 60—50 см, длиной 55 см и шириной 35 см. В расчете на одно массажное место должны быть предусмотрены: одна перовая подушка (70×70 см), две простыни, резиновая клеенка, два полотенца, песочные или электрические часы. Для массажа также необходимы тальк, вазелин и специальные массажные кремы. В аптечке первой помощи в массажном кабинете должны быть один-два термометра, перевязочный материал, йод, нашатырный спирт, лейкопластырь.

Санитарно-гигиенические требования к массажным кабинетам весьма полно представлены в СП 2.1.2-008-98. В этом документе указано, что побелка и окраска помещений массажных кабинетов осуществляются не реже 1 раза в год. Ежедневно до начала работы и по окончании должна производиться текущая уборка помещений с применением моющих средств и дезрастворов. Генеральная уборка проводится не реже 1 раза в неделю с обязательным протиранием рабо-

чих и массажных столов, мытьем осветительных приборов, протиранием подоконников, внутренней поверхности окон, а также раковин, умывальников и смывных бачков. Один раз в месяц массажные кабинеты должны закрываться на санитарный день. При необходимости в санитарный день проводится мелкий косметический ремонт внутренней части помещения, проверка и ремонт сантехоборудования, отопительных приборов, электроарматуры и инженерных сетей. Информация о санитарном дне должна быть вывешена в месте, доступном для персонала ДОУ.

Рабочая одежда массажистки должна быть светлых тонов, из хлопчатобумажной, льняной или синтетической ткани. Рукава спецодежды должны полностью закрывать личную одежду.

В массажном кабинете необходимо иметь 15% запас белья, рассчитанный исходя из его суточной потребности. Стирка белья и халатов на дому *запрещается*, она производится централизованно. Детям с изменениями кожного покрова (сыпь, пятна, шелушение и др.), ногтей, волос массаж проводится при предъявлении врачебной справки о незаразности заболевания. Обслуживание детей, зараженных педикулезом, не допускается.

Все работники массажных кабинетов *обязаны*:

- постоянно следить за чистотой тела, рук, коротко стричь ногти;
 - приходить на работу в чистой одежде и обуви, личные вещи оставлять в гардеробной;
 - перед началом работы тщательно мыть руки с мылом, надеть чистую рабочую одежду;
 - снимать рабочую одежду массажистки при выходе из кабинета на территорию и перед посещением туалета.
- Работникам массажных кабинетов *запрещается*:
- хранить совместно домашнюю и рабочую одежду;
 - работать в кольцах и браслетах;
 - находиться на рабочем месте в нетрезвом состоянии;
 - курить и принимать пищу на рабочем месте;
 - допускать посторонних лиц в подсобные помещения и на рабочие места.
- Рациональная организация труда массажисток достигается путем использования условных массажных единиц, утвержденных приказом Минздрава СССР от 18.06.87 г. № 817 «О нормах загрузки медицинских сестер по массажу». Приведенные в табл. 1 условные массажные единицы

Таблица 1

Условные единицы на выполнение массажных процедур

№ п/п	Наименование массажной процедуры	Количество условных массажных единиц при выполнении процедуры
1	2	3
1	Массаж головы (лобно-височной и затылочно-теменной области)	1,0
2	Массаж лица (лобной, окологлазничной, верхне- и нижнечелюстной области)	1,0
3	Массаж шеи	1,0
4	Массаж воротниковой зоны (задней поверхности шеи, спины до уровня IV грудного позвонка, передней поверхности грудной клетки до II ребра)	1,5
5	Массаж верхней конечности	1,5
6	Массаж верхней конечности, надплечья и области лопатки	2,0
7	Массаж плечевого сустава (верхней трети плеча, области плечевого сустава и надплечья одноименной стороны)	1,0

Продолжение табл.

1	2	3
8	Массаж локтевого сустава (верхней трети предплечья, области локтевого сустава и нижней трети плеча)	1,0
9	Массаж лучезапястного сустава (проксимального отдела кисти, области лучезапястного сустава и предплечья)	1,0
10	Массаж кисти и предплечья	1,0
11	Массаж области грудной клетки (области передней поверхности грудной клетки от передних границ надплечий до реберных дуг и области спины от VII шейного до I поясничного позвонка)	2,5
12	Массаж спины (от VII шейного до I поясничного позвонка и от левой до правой средней аксиллярной линии; у детей — включая пояснично-крестцовую область)	1,5
13	Массаж мышц передней брюшной стенки	1,0
14	Массаж пояснично-крестцовой области (от I поясничного позвонка до нижних ягодичных складок)	1,0
15	Сегментарный массаж пояснично-крестцовой области	1,5
16	Массаж спины и поясницы (от VII шейного позвонка до крестца и от левой до правой средней аксиллярной линии)	2,0
17	Массаж шейно-грудного отдела позвоночника (области задней поверхности шеи и области спины до I поясничного позвонка от левой до правой задней аксиллярной линии)	2,0
18	Сегментарный массаж шейно-грудного отдела позвоночника	3,0
19	Массаж области позвоночника (области задней поверхности шеи, спины и пояснично-крестцовой области от левой до правой задней аксиллярной линии)	2,5
20	Массаж нижней конечности	1,5

Окончание табл.

1	2	3
21	Массаж нижней конечности и поясницы (области стопы, голени, бедра, ягодичной и пояснично-крестцовой области)	2,0
22	Массаж тазобедренного сустава (верхней трети бедра, области тазобедренного сустава и ягодичной области одноименной стороны)	1,0
23	Массаж коленного сустава (верхней трети голени, области коленного сустава и нижней трети бедра)	1,0
24	Массаж голеностопного сустава (проксимального отдела стопы, области голеностопного сустава и нижней трети голени)	1,0
25	Массаж стопы и голени	1,0
26	Общий массаж (у детей грудного и младшего дошкольного возраста)	3,0

соответствуют массажной процедуре (непосредственному проведению массажа), на выполнение которой требуется 10 мин.

«Положение о медицинской сестре по массажу» утверждено приказом Минздрава СССР от 21.12.84 г. № 1440 «Об утверждении условных единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале». В адаптированном для ДОУ виде это положение может быть изложено в виде следующих пунктов.

1. На должность медицинской сестры по массажу назначается медицинская сестра с закончен-

ным средним медицинским образованием, прошедшая специальную подготовку по лечебному массажу.

2. Медицинская сестра по массажу работает под руководством врача и старшей медицинской сестры ДОУ.

3. Медицинская сестра по массажу обязана:

- владеть методами лечебного массажа, знать основные теоретические положения о механизме лечебного действия массажа на организм человека, совместимости и последовательности проведения его с другими лечебными процедурами;
- выполнять процедуры лечебного массажа в строгом соот-

ветствии с предписанием врача, наблюдать за состоянием больного в период проведения процедур массажа, а в случаях ухудшения состояния немедленно прекратить процедуру и вызвать врача;

- при повторных процедурах проверять состояние кожи массируемой области и при наличии раздражения или гнойничковых элементов воздерживаться от проведения процедуры, поставив в известность врача;
- следить за выполнением правил приема процедур, рациональным положением тела ребенка, соблюдением режима после процедуры;
- следить за обеспеченностью и сохранностью необходимых для работы медицинского оборудования и хозяйственного инвентаря;
- знать правила по технике безопасности и правила оказания неотложной медицинской помощи пациентам, в случае необходимости оказывать ее до прихода врача;
- постоянно поддерживать порядок и чистоту в кабинете и на рабочем месте;
- вести установленную учетно-отчетную документацию;
- периодически повышать свою квалификацию, проходя усовершенствование по специальности.

В практику работы ДОУ вошла такая лечебно-оздоровительная процедура, как гидро-

массаж, в том числе с ароматерапией. Необходимый оздоровительный эффект этой процедуры может быть достигнут только при совместной работе медицинских и педагогических работников ДОУ. Перед процедурами должна быть проведена предварительная работа, которая начинается после того, как врач ДОУ и физиотерапевт, специалист по ароматерапии, назначают проведение данной процедуры для каждого ребенка с отметкой в «Листке здоровья», где указывается интенсивность проведения гидромассажа, количество процедур, время проведения процедур в минутах.

Воспитатели и младшие воспитатели должны знать инструкцию по проведению гидромассажной процедуры и методику ее проведения. Необходимо провести предварительную беседу с родителями с участием медицинских и педагогических работников ДОУ (например, на тему «Значение гидромассажных процедур для здоровья ребенка и методика его проведения в сочетании с ароматерапией»). Для создания условий успешного проведения данной процедуры необходимо совместно с родителями приобрести для каждого ребенка:

- индивидуальные губки;
- детский гель;
- полотенце с маркировкой;
- купальник;
- тапочки для бассейна;
- шапочку для бассейна;

- маленькую пачку сока, не вызывающего аллергии у ребенка, с трубочкой;
- игрушки, которые можно использовать в воде.

Каждый сотрудник ДОУ должен знать время проведения процедуры для детей вверенной ему группы. За 30 мин до проведения процедуры младший воспитатель должен произвести обработку гидромассажной ванны для своей группы. Обработка душевой кабины, пола в помещении гидромассажа и медицинском кабинете проводится 0,5%-ным раствором хлорамина или другими дезинфицирующими препаратами.

Воспитатель приводит детей в точно назначенное время в гидромассажный кабинет, имея при себе «Листки здоровья», сообщив медицинской сестре по гидромассажу о детях, вновь пришедших в детский сад после болезни. Медицинская сестра осматривает детей перед принятием процедуры. При неудовлетворительном самочувствии ребенка процедура отменяется.

Младший воспитатель сопровождает в гидромассажный кабинет ребенка в соответствующей форме одежде, раздевает для принятия душа, помогает выйти из душевой кабины, надевает купальный костюм, помогает погрузиться в воду, открывает коробочку с соком для ребенка, осуществляет помощь медицинской сестре во время проведения процедуры.

Процедуру гидроаэромассажа проводит медицинская сестра. После процедуры ребенка насухо вытирают полотенцем, во время отдыха ему предлагается сок, затем младший воспитатель провожает ребенка в группу и приводит следующего. После каждого проведения процедуры младший воспитатель делает санитарную обработку ванны и наполняет ее для следующего ребенка.

В качестве примера информирования персонала ДОУ о методике проведения процедур можно привести таблицу с указанием порядка и длительности различных манипуляций (табл. 2).

Таблица 2

Методика проведения гидроаэромассажа

Младшие группы, 10—15 мин	Старшие группы, 10—30 мин
2 мин — спокойная вода	2 мин — спокойная вода
4 мин — струйный гидромассаж	5—7 мин — струйный гидромассаж
2 мин — отдых, спокойная вода	2 мин — отдых, спокойная вода
4 мин — аэромассаж	5—7 мин — аэромассаж
5 мин — отдых, спокойная вода	5 мин — общий аэрогидромассаж
	5 мин — отдых, спокойная вода

Кроме общих ванн в детской практике используются местные ванны. Гидромассаж ног проводят в специальных ванночках. Показаниями к этой процедуре являются плоскостопие, плосковальгусные или плосковарусные стопы, косолапость, гипертонус стоп и различные нарушения периферической нервной системы. Ванночка рассчитана на одного человека. Процедура проводится только в позе сидя. Действующие факторы такие же, как и при общем гидромассаже — температурный и механический.

Для большего эффекта в воде можно растворить ароматические соли, экстракты, лекарственные вещества. Эта процедура оказывает местное закаливающее действие, тренирует систему терморегуляции, способствует быстрой адаптации стоп к переменам температуры, улучшает кровоснабжение мышц свода стопы, повышает их тонус.

Очень важный момент в организации работы медицинских сестер по массажу в ДООУ — нормирование нагрузки, поскольку норма нагрузки в 30 условных массажных единиц на 6,5 ч ра-

Таблица 3

Анализ выполнения массажных процедур в ДООУ медицинской сестрой по массажу, 0,5 ставки (процедуры выполнялись каждому пациенту 2 раза в год)

Наименование процедур	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Количество детей	Количество условных массажных единиц	Количество детей	Количество условных массажных единиц	Количество детей	Количество условных массажных единиц
Массаж грудной клетки, 2,5 ед.	20	1000	24	1200	28	1400
Массаж стоп, 1 ед. × 2 стопы	5	200	5	200	7	280
Массаж мышц передней брюшной стенки, 1 ед.	3	60	2	40	2	40
Общий массаж, 3 ед.	35	2100	33	1980	33	1980
Итого	63	3360	64	3420	70	3700

Таблица 4

Выполнение процедур в массажном кабинете ДОУ в течение рабочего дня

Наименование процедур	Количество условных массажных единиц при выполнении процедуры	Количество детей	Всего условных массажных единиц
Массаж грудной клетки	2,5	3	7,5
Массаж стоп	1 × 2	3	6
Массаж мышц передней брюшной стенки	1	1	1
Общий массаж	3	3	9
Итого		10	23,5

боты, утвержденная названным выше приказом Минздрава СССР от 18.06.87 г. № 817, устанавливалась в свое время для учреждений здравоохранения. Между тем в ДОУ, как правило, продолжительность рабочего времени медсестры (одна ставка) составляет 8 ч, а количество пациентов зависит от состава детей, посещающих ДОУ.

В качестве примера можно привести анализ выполнения массажных процедур за трехлетний период в ДОУ № 2313 ЮВАО Москвы (табл. 3). В этом учреждении медицинские сестры по массажу работают в две смены: первая смена (0,5 ставки) — с 7.00 до 11.00, вторая смена (0,5 ставки) — с 15.00 до 19.00. Процедуры, выполненные массажисткой в течение обычного рабочего дня в этом ДОУ, представлены в табл. 4.

Из приведенных данных видно, что в течение рабочего времени медицинская сестра по массажу выполняет достаточно большой объем процедур, соизмеримый с нагрузкой в лечебных учреждениях и коммерческих массажных кабинетах. Между тем на ее плечи возлагается также обязанность проведения предварительной работы с педагогами, детьми и даже с их родителями, что не учитывается при расчете нормы занятости с использованием только условных массажных единиц. Более правильным, на наш взгляд, является регламентирование функциональных обязанностей медицинской сестры по массажу с учетом дополнительной нагрузки, обусловленной спецификой работы в дошкольном учреждении.

Оздоровительная работа и валеологическое воспитание дошкольников

Мазур Н. В.,

*воспитатель первой категории,
д/с комбинированного вида № 25 «Солнышко»,
п. Пойковский Нефтеюганского р-на, ХМАО–Югра*

Успех воспитания здорового ребенка в дошкольном возрасте обеспечивается следующими обязательными условиями:

- готовностью педагога к осуществлению валеологического образования детей;
- личностно-ориентированным взаимодействием взрослого и ребенка в процессе освоения программы;
- активным участием родителей в воспитательном процессе;
- установлением педагогом связей со школой.

Эффективной системой оздоровительной работы с детьми является комплексное решение как медико-оздоровительных, так и психолого-педагогических задач, что достигается сочетанием лечебно-профилактического, физкультурного и образовательного направлений в следующих организационных формах:

- регулирование двигательной активности;
- овладение основами гигиенической культуры;
- профилактика заболеваний и травматизма, соблюдение мер безопасности;

— формирование элементарных знаний о человеческом организме.

Учитывая возрастные особенности детей, работу по их оздоровлению целесообразно разделить на три этапа в соответствии с возрастными группами:

I этап — двигательная активность и физическое развитие детей (младший возраст);

II этап — основы безопасности жизни и здоровья детей (средний возраст);

III этап — валеология и здоровье детей (старший возраст).

На первом этапе оздоровительной работы с детьми четвертого года жизни решаются следующие задачи:

♦ *оздоровительные:*

- сохранять и укреплять здоровье детей;
- формировать правильную осанку и развивать все группы мышц;
- содействовать профилактике плоскостопия.

♦ *образовательные:*

- развивать двигательные способности детей и физические качества;

— формировать умения и навыки правильного выполнения движений.

♦ *воспитательные:*

— воспитывать эмоционально-положительное отношение и устойчивый интерес к занятиям физкультурой и самостоятельной двигательной деятельности;

— воспитывать чувство уверенности в себе.

О положительном эффекте работы по физическому развитию детей свидетельствуют результаты диагностики, проведенной в начале и в конце учебного года (табл. 1).

Второй этап оздоровительной работы с детьми посвящен профилактике заболеваний и травматизма, соблюдению мер безопасности, выработке навыков безопасного поведения. В целях повышения безопасности детей необходимо дать им знания и навыки поведения на дорогах, в транспорте, обучить их адекватным действиям при угрозе и воз-

никновении опасных и чрезвычайных ситуаций. Говоря о здоровье детей, его сохранении и укреплении, педагоги и медицинские работники часто забывают о том, как важно научить ребенка самому беречь свое здоровье.

Быть здоровым, в понимании детей среднего дошкольного возраста, значит «не болеть». Они рассказывают о том, как болели, и у большинства отчетливо проявляется негативное отношение к болезни (довольно разное) на основании своего опыта. Что значит чувствовать себя здоровым и быть здоровым, они объяснить еще не могут. Отсюда и отношение к здоровью, как к чему-то абстрактному. На вопрос, что нужно делать, чтобы не болеть, подавляющее большинство (78% из 26 опрошенных в группе детей) отвечают: нужно не простужаться, не есть мороженого, не мочить ноги и т.п. Из этих ответов следует, что дети начинают осознавать угрозы здоровью со стороны внешней среды (холод-

Таблица 1

**Результаты диагностики дошкольников
младшего возраста, %, n=19**

Время диагности- ческого обследова- ния	Здоровье детей			Уровень двигательной активности		Физическое развитие	
	Здоровые	Эпизодически болеющие	Часто болеющие	Высокий	Низкий	Гармоничное	С отклонениями
Начало года	38,0	52,5	9,5	42,8	57,2	61,9	76,2
Конец года	57,1	38	4,9	80,0	20,0	38,1	23,8

но, дождь, сквозняк, слякоть), а также и от своих собственных действий (есть холодное мороженое, мочить ноги и т.д.).

Возраст от 5 до 7 лет — наиболее благоприятный период формирования осознанного отношения детей к своему здоровью и физическим возможностям. Важнейшей предпосылкой выработки у ребенка позиции созидателя по отношению к своему здоровью, является наличие у него потребности в здоровом образе жизни.

К основным целям работы на втором этапе относятся:

- сохранение и восстановление здоровья детей;
- обучение основам безопасности жизнедеятельности;
- формирование здорового образа жизни.

Для реализации этих целей необходимо:

- дать детям систему знаний об общепринятых человеком нормах поведения;
- научить их адекватно, осознанно действовать в той или иной обстановке;

- помочь дошкольникам овладеть элементарными навыками поведения дома, на улице, в парке, транспорте;
- прививать культурно-гигиенические навыки, выработать разумное отношение детей и родителей к своему организму;
- развивать у детей самостоятельность и ответственность за свое поведение;
- оказать помощь родителям в обучении детей правилам безопасности;
- внедрить разработанную систему в практику работы с детьми и их родителями;
- развивать слуховое внимание, память, фонематический слух, обогащать словарь;
- проводить мониторинг результатов работы;
- научить детей нести ответственность за свое здоровье и здоровье окружающих.

Анализ результатов работы по обучению дошкольников средней возрастной группы основам безопасного поведения представлен в табл. 2.

Таблица 2

**Сравнительная характеристика уровня знаний
детей по основам безопасности жизнедеятельности
на начало и конец учебного года, %, n = 25**

Уровень знаний	Правила пожарной безопасности		Правила дорожного движения		Один дома		Опасные предметы	
	Начало	Конец	Начало	Конец	Начало	Конец	Начало	Конец
Высокий	20	48	24	48	28	56	16	40
Средний	52	44	44	48	36	40	52	52
Низкий	28	8	32	4	36	4	32	8

Следующим этапом работы по оздоровлению детей является валеологическое воспитание ребенка. В старшем дошкольном возрасте благодаря возрастанию опыта личности отношение к своему здоровью существенно меняется, но наблюдается смешение понятий «здоровый» как большой, хороший (вот здорово!) и «здоровый» как не больной. Дети по-прежнему соотносят здоровье с болезнью, но более отчетливо определяют угрозы здоровью: как от своих собственных действий (нельзя есть грязные фрукты, нельзя брать еду грязными руками и пр.), так и от внешней среды. При определенной воспитательной работе дети связывают понятие «здоровье» с выполнением правил гигиены. Они начинают воспринимать занятия физкультурой как укрепление здоровья, а в его определении (как, собственно, и взрослые) на первое место ставят физическую составляющую. В этом возрасте дети, хотя еще интуитивно, начинают выделять психическую и социальную стороны компонентов здоровья («там все так кричали, ругались, и у меня заболела голова»). Но, несмотря на имеющиеся представления о здоровье и способах его сохранения, в целом отношение к нему у детей старшего возраста остается достаточно пассивным. Причины такого отношения кроются в недостатке у детей необходимых знаний о нем, а также в неосознании опасностей нездорового поведения, которое в ряде случаев приносит удоволь-

ствие (как приятно съесть холодное мороженое, выпить бутылку охлажденного лимонада, пробежать по луже, поваляться подольше в постели и т.п.), а негативные последствия таких поступков кажутся ребенку далекими и маловероятными.

Значительная часть самоохранительного поведения детей старшего дошкольного возраста определяется их представлениями о здоровье. При целенаправленном воспитании, обучении, закреплении в повседневной жизни правил гигиены, занятий физкультурой отношение детей к своему здоровью существенно меняется.

Формирование отношения к здоровью как величайшей ценности жизни (на доступном пониманию детей уровне) становится основой формирования у детей потребности в здоровом образе жизни. Наличие этой потребности позволяет решать важнейшие психологическую и социальную задачи — становление у ребенка позиции созидателя в отношении своего здоровья и здоровья окружающих.

К важнейшим условиям воспитания у детей потребности в здоровом образе жизни относятся:

1. Гигиенически организованная социальная среда обитания — основное условие развития у него потребности в здоровом образе жизни.

Среда обитания в ДОУ должна соответствовать требованиям психологической безопасности, учитывать аспекты социальных

отношений. Например, важно не только то, что детей вовремя укладывают спать в соответствии с режимом, но и то, как это делают, обеспечиваются ли их здоровый сон, комфортность при пробуждении.

2. Наличие специальной обучающей программы, направленной на приобретение детьми комплекса необходимых навыков и привычек ухода за собой, своим телом, бережного отношения к окружающим людям. В нашей практике используются программа «Радуга», а также оригинальная программа «Здоровый дошкольник».

3. Овладение системой понятий о своем организме, здоровье и здоровом образе жизни. Такая потребность формирует у ребенка на основе представлений о самом себе, своих физических и личностных возможностях, о том, что для здоровья вредно, а что полезно. Например, вредно не чистить зубы, не стричь ногти. Эти знания дети приобретают на специальных занятиях.

Валеологическое воспитание детей основано на следующих принципах:

- системный подход, т.е. воспитание, осуществляется не изолированно, а в связи с нравственно-эстетическим, психофизическим формированием уровня развития ребенка, при объединении усилий детского сада и родителей;
- деятельностный подход — освоение валеологической культуры

детьми в процессе совместной деятельности со взрослыми;

- принцип «Не навреди», предусматривающий использование в валеологической работе только безопасных приемов оздоровления (избегать целителей, экстрасенсов);
- принцип гуманизации — признание самоценности личности ребенка. Нравственными ориентирами воспитания являются общечеловеческие ценности;
- принцип альтруизма — воспитание потребности делиться освоенными ценностями валеологической культуры: «Научился сам — научи другого»;
- принцип меры: «Для здоровья хорошо то, что в меру».

По сути, маленький ребенок должен стать для себя врачом, психологом, физиологом, психотерапевтом и тренером.

Реализация выдвинутых принципов позволяет решать следующие задачи:

- воспитывать валеологическое сознание детей, стремление заботиться о своем здоровье, вести здоровый образ жизни;
- развивать основы валеологического мышления, т.е. умение использовать валеологические знания для своего оздоровления, укрепления здоровья, вырабатывать собственный вариант здорового образа жизни, самостоятельно решать свои проблемы (по возможности);
- воспитывать валеологические взгляды, оценочные суждения о фактах и явлениях, ухудша-

ющих или улучшающих здоровье человека;

- формировать осознанную потребность в физическом здоровье, понимании сущности здорового образа жизни как стиля жизни, адекватного поведения в различных ситуациях.

В оздоровительную работу по валеологическому воспитанию включены направления:

- ознакомление детей с элементарными научными знаниями о внешних органах человека, доступных для изучения и наблюдения;
- ознакомление детей с основами первой помощи при травмах;
- закрепление знаний безопасности поведения в различных ситуациях;
- приобретение навыков ухода за органами тела;
- формирование навыков саморегуляции поведения (ауто-тренинг, массаж, гимнастика для глаз и т.п.);
- приобретение навыков сохранения и укрепления осанки;
- приобретение навыков здорового питания;
- работа с родителями с целью создания благоприятных ус-

ловий для оздоровления в семье, воспитание валеологической культуры родителей.

Работу с детьми по валеологическому воспитанию необходимо строить на основе перспективного планирования, что позволяет отслеживать системную и комплексную работу. Мероприятия по валеологической направленности органично вплетаются в режимные моменты и деятельность детей. Валеологические знания, благодаря их многократному практическому и наглядно-действенному воспроизведению в игре, обыденной жизни, опытно-экспериментальной деятельности приобретают прочный и осознанный характер (см. рисунок).

Проводимые оздоровительные мероприятия дают хорошие результаты, что отражает успешную работу педагогов, медицинских работников ДОУ и родителей, а также огромный учебно-воспитательный потенциал, который имеет валеологический подход к оздоровительно-профилактической работе с детьми дошкольного возраста.

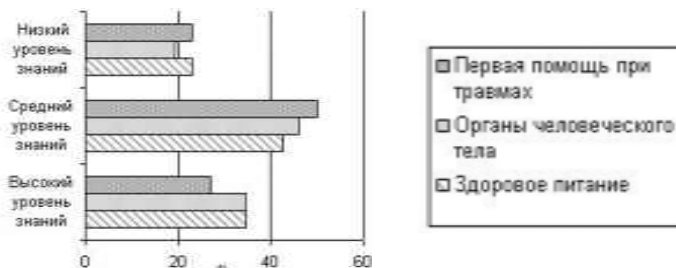


Рис. Характеристика валеологических знаний детей старшей группы, %, n=26

На природу в любую погоду, или Почему мы проводим мини-походы

Цветкова О.В.,

руководитель физического воспитания высшей категории,

Структурное подразделение № 3

д/с компенсирующего вида № 69 «Марина»

Красногвардейского р-на, Санкт-Петербург;

Шиленок Т.А.,

методист кафедры педагогики окружающей среды,

безопасности и здоровья человека,

Санкт-Петербургская академия последипломного

педагогического образования

Специфика оздоровительной деятельности ДОУ (большинство детей — аллергики) обуславливает необходимость использования в воспитательно-образовательной работе программы «Радуга», разработанной авторским коллективом под руководством Т.Н. Дороновой, направленной на создание психологического комфорта, так необходимого больным детям. В основе оздоровительной работы учреждения — экологическая оздоровительная программа С.В. Коваленко «К здоровой семье через детский сад».

Решение задачи укрепления здоровья детей невозможно без выбора наиболее оптимальной для каждого воспитанника модели двигательной активности, равномерного насыщения движением всего режима дня, в

том числе и времени пребывания детей на улице. Качественная система организации пребывания детей на свежем воздухе — один из основных путей повышения эффективности физкультурно-оздоровительной работы в ДОУ. Воспитательный процесс на улице способствует развитию ловкости, выносливости, навыков ориентирования в пространстве, самоконтроля и др. Это положительно влияет и на амплитуду движений, и на их интенсивность и скорость выполнения. Кроме того, деятельность на улице дает детям большие возможности не только для физического развития и оздоровления, но и для сенсорного, интеллектуального, эмоционального развития. Дети получают новые ощущения се-

бя, своего тела в пространстве, в природе, экспериментируют, наблюдают, взаимодействуют. Среди различных технологических приемов, методик и форм организации отдыха детей, которые могли бы обеспечить более качественное их пребывание на улице, в первую очередь следует активно использовать такие формы работы, как пешеходные прогулки за территорию детского сада (целевые, оздоровительные), мини-походы.

Такая двигательная деятельность предоставляет детям возможность накапливать познавательный потенциал, учиться практически ориентироваться в пространстве города.

Чтобы обеспечить полноценные выходы детей за территорию детского сада, необходимо определить наиболее удобные маршруты передвижения для пешеходных походов и прогулок. В нашем случае, в результате поисков интересных для детей объектов ближайшего окружения были выбраны: городской сквер, водоем, территория детской площадки, оборудованная современным игровым комплексом, школа и детская библиотека.

Следующие шаги:

- составление маршрутов прогулок и походов, расчет времени проведения прогулки;
- согласование и координация мероприятия внутри ДОУ с руководителем учреждения,

педагогами и специалистами: врачом (медицинской сестрой), музыкальным руководителем, логопедом, психологом, методистом;

- планирование совместной деятельности с другими социальными партнерами, участвующими в проекте: библиотекарями, учителями, сотрудниками паркового хозяйства;
- согласование с родителями воспитанников.

Приведем пример типовой прогулки на детскую игровую площадку:

- 1 часть (15 мин). Сбор детей около детского сада, построение и движение до детской площадки;
- 2 часть (25 мин). Подвижные игры большой интенсивности;
- 3 часть (35 мин). Самостоятельная двигательная активность детей. На площадке размещено разнообразное оборудование, и дети могут выбрать деятельность на свой вкус: катание на качелях, каруселях, игры на спортивном комплексе. По желанию детей мы берем с собой на прогулку легкий спортивный инвентарь (скакалки, мячи, обручи, теннисные ракетки, шнуры, бадминтон, кольцобросы), забавные игрушки, бумагу, мыльные пузыри. Обязательно проводим любимые детьми подвижные игры. Именно самостоятельная двигательная

активность детей и является основным содержанием прогулки и составляет около 40% времени пребывания их за пределами участка детского сада. При этом зимой, в холодное время года длительность подобных прогулок короче, но проводятся они чаще, чтобы избежать переохлаждения детей и при необходимости быстрее вернуться в детский сад;

— 4 часть (20 мин). Организационные вопросы. Построение. Возвращение в детский сад.

Поход в парк проходит иначе, он включает:

— 1 часть (20 мин). Сбор детей, организованное движение по улицам города до парка. Знакомство с социальным окружением;

— 2 часть (15 мин). Неторопливая прогулка по парку. Диалог воспитателя с детьми во время наблюдения за окружающей природой;

— 3 часть (10 мин). Подвижные игры. Игры-эстафеты. Соревнования;

— 4 часть (10 мин). Неторопливая прогулка по аллеям парка и у водоема. Наблюдение за его обитателями (кормим уток; делаем фотографии);

— 5 часть (25 мин). Возвращение в детский сад.

Общая продолжительность мини-похода около 1 ч 40 мин. Поскольку парк не оборудован спортивными снарядами и комплексами, но имеет разнооб-

разную растительность, водоем, живых обитателей, прогулочные дорожки, то в деятельности детей больший акцент делается на наблюдении, познавательной деятельности, оздоровительной ходьбе, на разных формах организации взаимодействия педагога и детей: группами, парами, командами, компаниями по интересам.

Целевые прогулки в школу, библиотеку также насыщены двигательной активностью. Но при организации подобных форм работы с детьми лидером становится воспитатель. Задача физкультурного руководителя — насытить движением это мероприятие: провести с детьми подвижные игры, дать возможность отдохнуть, интенсивно подвигаться, сменить деятельность, проявить себя в движении.

Чтобы прогулки и походы доставляли детям удовольствие, чтобы избежать травм, чрезвычайных ситуаций, с детьми проводится большая предварительная работа, суть которой отражена в табл. 1.

Практика работы показывает, что физкультурному руководителю в одиночку результативно осуществить работу по организации и проведению походов и прогулок за территорию невозможно. Необходимо эффективное взаимодействие с педагогами для:

— определения функционала педагогов дошкольного учреждения;

Таблица 1

**Подготовка детей к прогулкам и мини-походам
за территорию детского сада**

Составная часть	Содержание подготовительных мероприятий
А. Психологическая	Создание благоприятного дружеского климата в группе, атмосферы взаимопонимания между детьми и взрослыми. Работа по профилактике страхов и безопасности жизнедеятельности. Формирование позитивной установки на участие в походах и прогулках
Б. Физическая	Проведение утренней гимнастики, общеразвивающих занятий, подвижных игр в зале и на улице. Обучение правильному дыханию (особенно в холодное время года), упражнения на укрепление свода стопы, формирование качеств выносливости, силы (пробежки на участке ДОУ). Врачебный контроль за состоянием здоровья детей, медицинский допуск детей к длительным прогулкам
В. Познавательная	Ознакомление с природой, различными видами животных и растений, сезонными изменениями в неживой природе. Валеологический блок «Я и мое здоровье». Ознакомление детей со способами оказания первой помощи при проявлении усталости и утомления. Краеведение: ознакомление с ближайшим социальным окружением. Культурологический аспект — поведение жителей города, культура общения, движения, коммуникативная культура. Обучение способам ориентирования в пространстве, основам прочтения и понимания символов, карт, схем, условных знаков
Г. Организационная	Работа с родителями: подбор правильной одежды и обуви для прогулок и походов. Отбор информационных средств: рекламных буклетов, карт, моделей, атрибутов для самостоятельной двигательной деятельности детей и подвижных игр. Комплектование походной аптечки. Составление нормативных документов (приказа о выходе детей за территорию, назначение ответственных и сопровождающих лиц, утверждение маршрута движения). Составление инструкции для детей в виде мнемотаблицы, коллажа, рисунка, модели, алгоритма движения, схемы маршрута

- согласования календарных и перспективных планов работы;
- проведения консультаций, практикумов, семинаров, лекций для педагогов.

Наибольшего внимания требует сохранение жизни и здоровья детей в процессе прогулок

и походов, для чего необходимо взаимодействие с медицинским персоналом. Общая схема координации работы педагогов групп, руководителя физического воспитания, врача (медсестры) и администрации ДОУ представлена в табл. 2.

Таблица 2

**Модель взаимодействия персонала детского сада
по организации и проведению прогулок
и походов за территорию детского сада**

Воспитатели группы и психолог	Руководитель физического воспитания	Врач, медсестра	Заведующий, методист
1	2	3	4
1. Подготовка к походам и прогулкам за территорию детского сада			
1. Осуществляют психологическую и познавательную подготовку детей, мотивацию детской деятельности. 2. Проводят работу с родителями по подготовке необходимой одежды, обуви. 3. Продумывают рациональную упаковку игрового и познавательного оснащения	1. Осуществляет физическую подготовку детей. 2. Разрабатывает и согласовывает маршруты движения с учетом физической подготовленности детей. 3. В содружестве с другими специалистами составляет содержание, сценарии прогулок и походов. 4. Отбирает и комплектует игровое оборудование. 5. Вместе с педагогами группы изучает детские предпочтения и интересы в области знакомства с ближайшим	1. Контролируют физическую нагрузку, осуществляют мониторинг детского здоровья и уровня физической подготовленности. 2. Дают допуск к походам и рекомендации по индивидуальному сопровождению детей. 3. Комплектуют специальную походную аптечку. 4. Проводят беседы и тренинги с детьми и педагогами о контроле за собственным состоянием здоровья, об оказании первой медицинской	1. Создают условия для организации походов и прогулок за территорию детского сада. 2. Осуществляют работу по повышению квалификации кадров по этому вопросу. 3. Обеспечивают соблюдение нормативно-правовых основ данного вида деятельности. 4. Координируют работу специалистов социального окружения и родителей. 5. Способствуют обобщению методико-педагогического опыта

Продолжение табл.

1	2	3	4
	окружением, двигательной активности, игровой деятельности. 6. Способствует формированию мотива деятельности	(доврачебной) помощи	организации данного вида деятельности
2. Проведение прогулок и походов			
1. Контролируют качество снаряжения, обуви, одежды детей. 2. Сопровождают детей на протяжении всего похода. 3. Участвуют в организации наблюдений, игр и самостоятельной деятельности детей. 4. При необходимости оказывают первую медицинскую (доврачебную) помощь. 5. Собирают информацию об объектах, ходе похода или прогулки, детских проявлениях в виде фотографий, видеозаписи, заметок	1. Ведет группу по заранее намеченному и утвержденному маршруту. 2. Контролирует физическую и психологическую нагрузку детей в ходе похода и прогулки. 3. Организует двигательную активность. 4. Участвует в организации познавательной деятельности, наблюдений, игр и самостоятельной деятельности детей. 5. Собирает информацию об объектах, ходе похода или прогулки, детских проявлениях в виде фотографий, видеозаписи, заметок	1. Осуществляют медицинский контроль за состоянием детей до и после похода. 2. Сообщают педагогу об ограничениях, рисках и медицинских отклонениях, связанных с погодой, актуальным состоянием здоровья детей, индивидуальными особенностями здоровья. 3. При необходимости дают советы по подбору одежды детей, по уровню физической нагрузки в зависимости от погоды и актуального состояния здоровья детей	1. Обеспечивают участие достаточного числа взрослых в проведении прогулки, сопровождении детей на маршруте. 2. Готовят приказ о выходе детей за пределы ДОУ. Инструктируют взрослых сопровождающих. 3. При необходимости лично сопровождают детей на протяжении всего похода
3. Подведение итогов прогулок и походов			
1. Проводят итоговую беседу с детьми. 2. Организуют выставки рисунков, поделок,	1. Обсуждает с воспитателями и медработниками его итоги. 2. Информировывает родителей о походе.	1. Контролируют состояние здоровья детей после похода. 2. Обсуждают с воспитателями и	1. Организуют итоговые подсоветы по анализу проводимой работы, способствуют обобщению

Окончание табл.

1	2	3	4
записывают рассказы детей. 3. Создают условия для отражения впечатлений от похода в самостоятельной деятельности. 4. В различных формах информируют родителей о прошедшем и последующем походах	3. Изучает детские рисунки, поделки, рассказы, впечатления от похода. 4. Осуществляет диагностику двигательной подготовленности детей. 5. Корректирует программу последующих походов	руководителем физического воспитания его итоги. 3. Принимает на хранение походную аптечку, следит за ее последующим комплектованием (медсестра). 4. Определяет динамику заболеваемости и физического развития детей (врач). 5. Дает рекомендации по дозированию нагрузки в последующих походах и прогулках (врач)	накопленного опыта. 2. Поощряют педагогов, социальных партнеров, родителей за достижения в оздоровлении и воспитании детей

К основным направлениям дальнейшей работы по совершенствованию организации пребывания детей на свежем воздухе относятся:

- обучение детей ориентированию на местности, работа с картами, схемами, знаками-символами;
- обеспечение общения детей разного возраста (малышей и старших, средних и «подготовишек»);
- ведение дневников физического развития;
- развитие у детей творческого отношения к физической культуре (придумывание детьми подвижных игр, упражнений с предметами);

- создание тренажеров;
- выпуск пособий и книг по физкультуре для малышей;
- поиск вариантов индивидуальных маршрутов физического развития детей.

Что проделанная работа дает коллективу детского сада? Прежде всего, дети стали более спокойными, выносливыми, адаптивными. Их жизнь в ДОУ стала интересней, богаче. Общение взрослых и детей заиграло новыми гранями. Выпускники ДОУ успешно поступают в школы различного типа и с успехом там учатся, имеют много друзей, занимаются во всевозможных кружках и секциях, словом, живут полноценной, насыщенной жизнью.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ
ПО ОХРАНЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ**ПРОГРАММА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
В КОРРЕКЦИОННЫХ ГРУППАХ****Методическое пособие**Автор — *Игнатова О.И. и др.*

Обложка, 144 с. Формат 60х90/16

В пособии представлена программа для работы с детьми в ДОУ компенсирующего вида и коррекционных группах. Дано теоретическое обоснование, раскрыты основные разделы, пути реализации поставленных задач. Особое внимание уделяется организации режима дня, питания, прохождению адаптационного периода, содержанию и тематике «занятий здоровья».

В приложение включены тематическое планирование, варианты занятий, игр, упражнений, семинаров конкретной направленности в русле программы укрепления здоровья детей с ЗПР.

**СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ
С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ.****Диагностика, коррекция и практические
рекомендации родителям и педагогам**Автор — *Сиротюк А.Л.*

Обложка, 128 с. Формат 84х108/32

В книге рассматриваются причины и механизмы развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Описываются основные проявления этого состояния и его возрастная динамика, приводятся диагностические методики, практические рекомендации учителям и родителям гиперактивных детей.

**ШКОЛА ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА****Программа для ДОУ**Авторы — *Кулик Г.И., Сергиенко Н.Н.*

Обложка, 112 с. Формат 60х90/16

Программа направлена на воспитание основ культуры здоровья и безопасности, формирование представления дошкольника о себе и о здоровом образе жизни, о правилах гигиены, охране здоровья и основывается на физиологических, психолого-педагогических, валеологических исследованиях. Книга адресована руководителям и педагогам ДОУ, гувернерам, родителям.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.
Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, **по E-mail:** sfera@cnt.ru,
по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, 107-59-15
или заказать в **Интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru
Не забудьте разборчиво написать свой **индекс и обратный адрес.**

Состояние здоровья современных детей дошкольного возраста: профилактические осмотры и пути их улучшения

Рапопорт И. К.,

*д-р мед. наук, НИИ гигиены и охраны
здоровья детей и подростков*

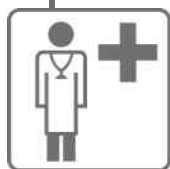
Научного центра здоровья детей РАМН, Москва

В настоящее время, независимо от вида ДОУ, режима его работы, формы организации образовательного процесса, коллективом сотрудников детского сада должны решаться следующие задачи: повышение качества дошкольного образования, обеспечение и защита прав ребенка, охрана и укрепление здоровья детей.

Вместе с тем, состояние здоровья современных детей дошкольного возраста оставляет желать лучшего: наблюдается многолетняя стойкая тенденция к ухудшению состояния здоровья всего подрастающего поколения, в том числе и детей 5—7 лет. По данным Минздравсоцразвития России, общая заболеваемость детей в возрасте до 14 лет увеличилась за семь лет (1999—2006) с 176 379 до 225 000 (в расчете на 100 тыс. детей соответствующего возраста), т.е. на 27,6%. Аналогичным образом возросла первичная заболеваемость. Среди детей всех возрастов наиболее заметно повысилась частота болезней крови и кроветворных органов, эндокринной системы, болезней мочеполовой системы, системы кровообращения и опорно-двигательного аппарата.

Ухудшение состояния здоровья детей подтверждается не только данными официальной статистики, но и результатами профилактических осмотров и данными выборочных углубленных научных исследований. С целью выявления особенностей состояния здоровья различных детских контингентов обобщаются результаты профилактических медицинских осмотров, проводимых детскими поликлиниками, а также информация научных институтов и кафедр медицинского профиля. Нами проведен анализ

АКТУАЛЬНО



результатов профилактических медицинских осмотров детей (383 ребенка, в т.ч. 200 мальчиков и 183 девочки), посещавших старшие и подготовительные группы шести ДОУ ЮАО Москвы.

Известно, что профилактические медицинские осмотры дают возможность выявить у детей функциональные нарушения и хронические заболевания, находящиеся вне обострения, что позволяет в дальнейшем обследовать ребенка, нуждающегося в уточнении диагноза, провести необходимую оздоровительную и профилактическую работу. Осмотры проводились бригадами врачей детских поликлиник, к которым прикреплены эти ДОУ. В осмотрах детей участвовали педиатр, детский невролог, отоларинголог, офтальмолог, хирург-ортопед, выполнялись антропометрические измерения, общий анализ крови и мочи.

Результаты осмотров анализировались в соответствии с методикой, утвержденной приказом Минздрава России от 30.12.2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей». Согласно этому документу, к I группе здоровья относятся дети с нор-

мальным развитием и уровнем функций, не имеющие ни функциональных и морфофункциональных отклонений, ни хронических заболеваний (абсолютно здоровые); ко II — дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения (дефицит и избыток массы тела), а также сниженную сопротивляемость к острым и хроническим заболеваниям (часто, т.е. 4 и более раз за год болеющие простудными заболеваниями); к III — дети, страдающие хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма; к IV — дети с хронической патологией в стадии субкомпенсации; к V — дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями.

В соответствии с этой классификацией на основании данных осмотров проведено определение группы здоровья каждого обследованного ребенка и их распределение на группы здоровья (см. рисунок). Установлено, что только 17,3% детей могут считаться абсолютно здоровыми, 29,4 — уже имеют функциональные отклонения, 52,8 —

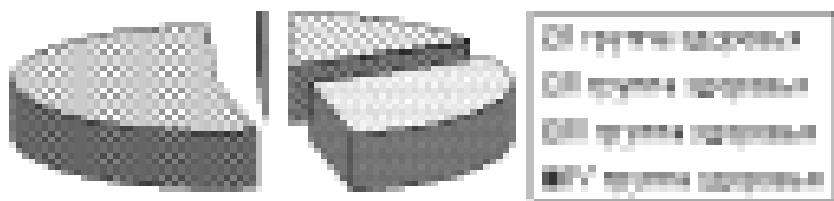


Рис. Распределение дошкольников Москвы на группы здоровья в 2006/07 уч. г.

страдают хроническими болезнями в стадии компенсации и 0,5% — хроническими болезнями в стадии субкомпенсации.

Все выявленные при осмотре отклонения в состоянии здоровья были квалифицированы как:

а) функциональные отклонения, т.е. те предболезненные состояния, которые можно отнести ко II группе здоровья;

б) хронические болезни, относимые к III—IV группам здоровья. Были рассчитаны показатели распространенности различных патологических состояний (в пересчете на 1000 детей, в ‰).

В табл. 1 показано, что выявленная при профилактическом осмотре распространенность функциональных отклонений среди детей дошкольного возраста Москвы составляет 1425,6‰, частота встречаемости хронических заболеваний — 527,4‰, общая патологическая пораженность (сумма этих показателей) — 1953,0‰. Указанные данные свидетельствуют о том, что на каждого дошкольника в Москве приходится в среднем 1,5 функциональных нарушений, и у каждого второго имеется хроническое заболевание. Общая патологическая пораженность мальчиков выше, чем девочек, причем как по распространенности функциональных нарушений, так и по частоте встречаемости хронических болезней.

В табл. 2 представлены данные о распространенности и структуре функциональных от-

клонений, выявленных у детей дошкольного возраста при профилактических осмотрах. В этой структуре I ранговое место принадлежит нарушениям костно-мышечной системы, в том числе нарушениям осанки, деформациям грудной клетки, уплощению стоп. Распространенность указанных отклонений составляет 598‰.

На II ранговом месте находятся нарушения со стороны ЛОР-органов, представленные преимущественно гипертрофией миндалин и аденоидов II степени, рецидивирующим носовым кровотечением, искривлением носовой перегородки без нарушения дыхания. Указанные расстройства имеют частоту встречаемости, равную 228‰. III ранговое место принадлежит функциональным психическим расстройствам и расстройствам поведения, в том числе неврозоподобным состояниям, астеническим и астено-невротическим реакциям, минимальной мозговой дисфункции, дислалии и др. — их распространенность составляет 164,5‰.

Функциональные расстройства зрения (миопия и гиперметропия слабой степени, спазм аккомодации, астигматизм слабой степени, косоглазие) встречаются у детей с частотой, равной 149‰ (IV место). Расстройства иммунитета, выявляемые у детей, часто болеющих острыми респираторными заболеваниями, находятся на V ранговом месте,

Таблица 1

**Общая патологическая пораженность
дошкольников Москвы, %**

Нарушения здоровья	Мальчики, n =200	Девочки, n =183	Оба пола вместе, n =383
Функциональные отклонения	1545,0	1295,1	1425,6
Хронические заболевания	600,0	448,1	527,4
Патологическая пораженность	2145,0	1743,2	1953,0

Таблица 2

**Распространенность отклонений в функциональном
состоянии органов и систем у дошкольников Москвы, %**

Функциональные отклонения органов и систем организма	Маль- чики, n=200	Девоч- ки, n=183	Оба пола вместе, n=383	Ранго- вое место
Системы кровообращения	80,0	103,8	91,4	VI
Системы пищеварения	55,0	65,6	60,1	VII
Почек и системы мочевого выделения	10,0	27,3	18,3	VIII
Хирургической сферы, в т.ч. костно-мышечной системы	680,0	508,2	597,9	I
	680,0	508,2	597,9	
Психической сферы и нервной системы	180,0	147,6	164,5	III
Уха, горла и носа	300,0	153,0	229,7	II
Органа зрения	135,0	163,9	148,8	IV
Эндокринно-обменные	—	—	—	—
Аллергические	5,0	10,9	7,8	IX
Нарушения иммунитета (часто болеющие дети)	90,0	109,3	99,2	V
Прочие	10,0	5,5	7,8	X
Итого	1545,0	1295,1	1425,5	

к часто болеющим детям, т.е. болевшим в течение учебного года 4 и более раз, отнесены 10% дошкольников.

Последующие ранговые места соответственно занимают функциональные нарушения системы кровообращения (функциональная кардиопатия, малые аномалии развития сердца, в т.ч. пролапс митрального клапана), расстройства пищеварения (функциональные нарушения желудка, кишечника, дискинезия желчевыводящих путей), расстройства функций почек и системы мочевого выделения (дисметаболическая нефропатия, нейрогенный мочевой пузырь и др.), аллергические нарушения (поллиноз, лекарственная, пищевая аллергия и др.). Распространенность функциональных нарушений костно-мышечной системы, психических функциональных расстройств и нарушений со стороны ЛОР-органов среди мальчиков выше, чем среди девочек. Функциональные расстройства зрения, сердечно-сосудистой системы и системы мочевого выделения чаще встречаются у девочек, чем у мальчиков.

Табл. 3 отражает данные о распространенности и структуре хронических заболеваний среди детей дошкольного возраста Москвы, по данным профилактических осмотров. В структуре хронической патологии I ранговое место принадлежит болезням хирургической сферы,

в основном нарушениям костно-мышечной системы, в том числе плоскостопию, плосковальгусной деформации стоп, сколиозам (112%). Кроме того, к числу собственно хирургических болезней отнесены грыжи, диагностированные у 1% дошкольников. На II месте (104%) находятся хронические болезни ЛОР-органов, представленные преимущественно гипертрофией миндалин и аденоидов II—III степени, хроническими ринитом, тонзиллитом, гайморитом, отитом. Следующее ранговое место принадлежит болезням нервной системы (эписиндрому, гипертензионно-гидроцефальному синдрому, последствиям ДЦП), их распространенность составляет у дошкольников 62,6%. Болезни кожных покровов, в основном атопический дерматит, занимают IV ранговое место. В структуре хронической патологии болезни желудочно-кишечного тракта (хронические гастродуоденит, гастрит и колит) находятся на V месте. Определена также частота синдромально очерченных психических расстройств и расстройств поведения, равная 39% (VI место).

Значительную распространенность среди детей, посещающих ДОУ Москвы, имеют хронические болезни бронхо-легочной системы, в основном бронхиальная астма и хронический обструктивный бронхит. Указанные заболевания диаг-

ностроированы у 3% дошкольников (VII место). Весьма широкую распространенность среди детей (почти у 3%) имеют хронические болезни почек, такие как хронический пиелонефрит (тубулоинтерстициальные болезни) и аномалии развития почек, а врожденные пороки сердца выявлены практически у каждого сотого обследованного ребенка.

Хронические болезни ЛОР-органов диагностируются среди мальчиков в 4 раза чаще, чем среди девочек (160,0% против 43,7%). Это же явление относится к патологии легких и бронхов и врожденным порокам развития системы кровообращения: частота встречаемости бронхиальной астмы и обструктивного бронхита у мальчиков 50,0%, у девочек — 10,9%, рас-

Таблица 3

**Распространенность хронических заболеваний
у дошкольников Москвы, %**

Хронические заболевания	Маль- чики, n=200	Девоч- ки, n=183	Оба пола вместе, n=383	Ранго- вое место
Системы кровообращения	20,0	5,5	13,1	IX
Системы пищеварения	40,0	54,6	47,0	V
Почек и системы мочевыделения	15,0	43,7	28,7	VIII
Бронхо-легочной системы	50,0	10,9	31,3	VII
Кожных покровов	70,0	43,7	57,4	IV
Хирургической сферы, в т.ч. костно-мышечной системы	110,0	142,2	125,3	I
	100,0	125,8	112,2	
Психические расстройства	50,0	27,3	39,2	VI
Нервной системы	65,0	60,2	62,6	III
Уха, горла и носа	160,0	43,7	104,4	II
Органа зрения	5,0	5,5	5,2	XI— XII
Эндокринно-обменные заболе- вания	5,0	5,5	5,2	XI— XII
Прочие	10,0	5,5	7,8	X
Итого	600,0	448,1	527,4	

пространенность врожденных пороков сердца у мальчиков 20,0%, у девочек — 5,5%. У мальчиков имеют большую распространенность болезни кожи и выраженные психические расстройства. В то же время частота встречаемости хронических болезней почек, а также сколиозов и плоскостопия выше у девочек.

Таким образом, установлена высокая распространенность функциональных отклонений у детей дошкольного возраста Москвы, у каждого ребенка отмечается 1—2 нарушения. Кроме того, у каждого второго дошкольника-москвича врачами поликлиник выявлено хроническое заболевание в компенсированной стадии.

Ведущие ранговые места в структуре заболеваемости занимают функциональные отклонения и хронические болезни костно-мышечной системы, расстройства нервной системы и психической сферы, функциональные нарушения и хронические заболевания ротоносоглотки. Распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний у мальчиков 5—7 лет выше, чем у их сверстниц — девочек.

Дополнительно нами проводились выборочные углубленные медицинские обследования дошкольников, в ходе которых, наряду с медицинским осмотром с привлечением всех необходимых специалистов, осуществлялось тщательное ан-

кетирование родителей с целью выявления жалоб ребенка и анамнеза заболеваний. Кроме того, при углубленном обследовании для оценки функционального состояния кардиореспираторной системы выполнялись: трехкратное, с интервалом в 5 мин, измерение артериального давления у каждого ребенка в покое с использованием детских манжеток, соответствующих возрасту; запись электрокардиограммы в 12-ти стандартных отведениях; проба Мартинэ-Кушелевского (20 приседаний за 30 с) с измерением частоты дыхательных движений, частоты сердечных сокращений, артериального давления до и после нагрузки.

По результатам углубленного обследования было установлено, что в Москве I группу здоровья имеют не более 5% детей, II — 42, III группу здоровья — 53% дошкольников. Данные углубленных обследований позволяют утверждать, что обычно в I группу здоровья попадают дети, имеющие функциональные отклонения, которые не выявляются при осмотрах врачами поликлиник.

Более половины воспитанников ДОУ Москвы имели 3 и более нозологические формы нарушения здоровья, включая функциональные отклонения и хронические заболевания. По данным НИИ ГиОЗДиП, распространенность функциональных отклонений среди до-

школьников Москвы составляет 2430%, а хронических заболеваний — 623%, т.е. фактическая частота функциональных отклонений на 1000%, а частота хронических заболеваний — на 100% выше показателей, выявляемых при осмотрах, проводимых поликлиниками.

Углубленные обследования позволили выявить значительно большую, чем при обычных осмотрах, распространенность функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, невротических и гиперкинетических расстройств, нарушений сна, аллергопатологии, нарушений физического развития.

По данным Н.О. Березиной и И.П. Лашневой, около 40% детей общеразвивающих групп страдают расстройствами речи и языка, в том числе фонетико-фонематическими нарушениями и общим недоразвитием речи, сложной дислалией. Все эти дети нуждаются в наблюдении невролога и логопедических занятиях.

Н.А.Скоблиной у 15—17% дошкольников диагностировались отклонения физического развития с преобладанием детей с дефицитом массы тела по сравнению с дошкольниками с избыточной массой (11% против 8%). Выявлены более низкие показатели жизненной емкости легких и динамометрии у современных детей, по сравнению с их сверстниками 90-х гг. прошлого столетия.

Согласно результатам обследования воспитанников ДОУ 5—7 лет, проведенных И.В. Звездиной, отклонения в уровнях артериального давления отмечались в 12% случаев без достоверных различий по полу. У каждого второго воспитанника ДОУ регистрируются отдельные пограничные изменения на ЭКГ. В дальнейшем, уже в процессе обучения в начальной школе распространенность ЭКГ-синдромов возрастает до 62,9%. Это отражает общую тенденцию, которая отмечается в настоящее время в различных регионах страны. Электрокардиографические исследования показали, что для дошкольников характерна высокая частота встречаемости «детского типа» ЭКГ, что свидетельствует об определенной морфофункциональной незрелости миокарда современных детей.

Неудовлетворительное состояние здоровья дошкольников не может не сказываться на состоянии здоровья учащихся младших классов. В результате сравнительного анализа показателей заболеваемости (по данным углубленных обследований) современных учащихся начальных классов (2005—2007), проживающих в Москве, с их сверстниками (1998—2000) установлено увеличение распространенности функциональных отклонений на 60,9% (у мальчиков на 77,6% и у девочек на 47,2%) и хронических болезней на 40,4% (у мальчиков на 47,4% и у девочек на 33,1%).

Наиболее значительно увеличилась частота встречаемости функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, нервно-психических и эндокринно-обменных расстройств, нарушений костно-мышечной системы и органов пищеварения.

Следовательно, особенно важно сохранение и укрепление здоровья детей на дошкольном этапе их воспитания и обучения, что требует совместных усилий врачей, педагогов и воспитателей при самом активном участии родителей. Выявленные неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья дошкольников свидетельствуют о необходимости проведения систематической профилактической и оздоровительной работы в ДОУ.

В первую очередь необходимо повышение качества профилактических медицинских осмотров за счет:

- предварительного, за 2—4 дня до осмотра, анкетирования родителей дошкольников с целью выявления жалоб ребенка и анамнеза заболеваний. В организации этой работы должны принимать активное участие администрация и медицинский персонал ДОУ;
- трехкратного, с интервалом в 5 мин, измерения артериального давления с использованием детских манжеток. При выявлении отклонений в уровнях артериального давления медицинская сестра должна сообщить об этом врачу-

педиатру, ежедневно контролировать артериальное давление у ребенка и вести записи проведенных измерений;

- выявления нарушений физического развития (дефицит и избыток массы тела, низкий рост) путем выполнения медицинской сестрой антропометрических измерений;
- тщательного выявления педиатром и врачами-специалистами не только хронических заболеваний, но и функциональных отклонений на основе внимательного отношения к жалобам ребенка, анамнезу и микросимптоматике;
- обязательной записи ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях всем детям, начиная с 6-летнего возраста, с последующей расшифровкой ЭКГ врачом-специалистом по функциональной диагностике.

Все это будет способствовать раннему выявлению нарушений здоровья у детей, своевременному проведению лечебно-коррекционных мероприятий и успешной адаптации детей к началу систематического обучения в школе.

Для повышения качества медицинских осмотров на этапе доврачебного скрининг-обследования, которое обязана выполнять медицинская сестра, целесообразно проводить анкетирование родителей, что позволит врачу получить больше информации о состоянии здоровья каждого ребенка и адекватно ее проанализировать.

Анкета

(для родителей детей, посещающих детский сад)

Ребенок (ученик): Фамилия _____ Имя _____
Детский сад № _____ Группа № _____

Уважаемые родители!

Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы — подчеркнуть «Да» или «Нет», а также отметить в тексте вопроса замеченные у Вашего ребенка признаки. Эти сведения необходимы врачу для оценки состояния здоровья Вашего ребенка и своевременного врачебного совета.

Раз-дел	№ п/п	Бывают ли: (нужное подчеркнуть)	Да	Нет
1	2	3	4	5
I	1	Головные боли беспричинные, при волнении, после физической нагрузки, после посещения детского сада, школы	Да	Нет
	2	Слезливость, частые колебания настроения, страхи	Да	Нет
	3	Слабость, утомляемость после занятий (в школе, детском саду, дома)	Да	Нет
	4	Нарушения сна (долгое незасыпание, чуткий сон, снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение по утрам)	Да	Нет
	5	Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении	Да	Нет
	6	Головокружения, неустойчивость при перемене положения тела	Да	Нет
	7	Обмороки	Да	Нет
	8	Двигательная расторможенность (не может долго усидеть на месте)	Да	Нет
	9	Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, сосет палец, часто мигает, заикается)	Да	Нет
II	10	Боли, неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, перебои	Да	Нет

Окончание табл.

1	2	3	4	5
	11	Повышение артериального давления	Да	Нет
III	12	Часто насморк (4 и более раз в году)	Да	Нет
	13	Часто кашель (4 и более раз в году)	Да	Нет
	14	Часто потеря голоса (4 и более раз в году)	Да	Нет
IV	15	Боли в животе	Да	Нет
	16	Боли в животе после приема пищи	Да	Нет
	17	Боли в животе до еды	Да	Нет
	18	Тошнота, отрыжка, изжога	Да	Нет
	19	Нарушение стула (запоры, поносы)	Да	Нет
	20	Заболевания желудка, печени, кишечника	Да	Нет
V	21	Боли в пояснице	Да	Нет
	22	Боли при мочеиспускании	Да	Нет
VI	23	Реакция на какую-то пищу, запахи, цветы, пыль, лекарства (отеки, затрудненное дыхание, сыпь)	Да	Нет
	24	Реакция на прививки (сыпь, отеки, затрудненное дыхание)	Да	Нет
	25	Появление экссудативного диатеза (покраснение кожи, шелушение, экзема)	Да	Нет

Уважаемые родители!

В связи с тем что в настоящее время ребенок может лечиться и наблюдаться не только в поликлинике по месту жительства, но и в других лечебно-профилактических учреждениях и консультативно-диагностических центрах, просим Вас ответить на следующие вопросы, подчеркнув перенесенные заболевания и вписав необходимое в нижеследующие строки.

Эти сведения также необходимы врачам для оценки состояния здоровья Вашего ребенка и своевременного врачебного совета и медицинской помощи.

Заболевания, выявленные у ребенка с момента рождения до настоящего времени (нужное подчеркнуть): корь; коклюш; скарлатина; ветряная оспа; эпидемический паротит (свинка); краснуха; болезнь Боткина (гепатит, желтуха); дизентерия; брюшной тиф; опухоль; диабет; ожирение; заболевание крови; сотрясение или ушиб моз-

га; ночное недержание мочи; менингит; приступы судорог; глазные заболевания; заболевания ушей; ревматизм; врожденные пороки сердца; повышенное артериальное давление; пониженное артериальное давление; хронический тонзиллит; острый бронхит; хронический бронхит; воспаление легких (пневмония); бронхиальная астма; хронический гастрит (гастродуоденит); хронический холецистит; аппендицит; грыжа; заболевания почек, мочевого пузыря (цистит); нарушение осанки; сколиоз; плоскостопие; косополость; кривошея; у мальчиков — крипторхизм, фимоз.

Прочие заболевания _____

Госпитализировался ли ребенок? Если «да», то когда и по какому поводу? _____

Оперировался ли ребенок? Если «да», то когда и по поводу какого заболевания? _____

Лечился ли ребенок в санатории? Если «да», то когда по поводу какого заболевания? _____

Находился ли ребенок на диспансерном наблюдении? Если «да», то до какого возраста _____, у какого специалиста и по поводу какого заболевания? _____

Находится ли на диспансерном наблюдении в настоящее время (у какого специалиста и по какому поводу)? _____

Сколько раз за последний год (12 месяцев) Ваш ребенок болел простудными заболеваниями (ОРВИ, грипп, ангина) _____

Какова средняя продолжительность этих заболеваний _____ дней

На что жалуется Ваш ребенок в настоящее время? _____

Благодарим вас за помощь!

Дата заполнения анкеты _____

Подпись заполнившего анкету _____

Литература

1. Баранов А.А. и др. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. М., 2008.

2. Исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге: Руководство для врачей / Под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. М., 1999.

3. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной

работоспособности, школьной адаптации и вегетативной лабильности, деятельности сердечно-сосудистой системы, адаптационного потенциала детей 8, 9, 10 лет: Пособие для врачей. М., 2006.

4. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы: Метод. пособие / Под ред. Г.Н.Сердюковской. М., 1993.

Прием детей в ДОУ: медико-педагогические вопросы

Березина Н.О.,

канд. мед. наук, НИИ гигиены и охраны здоровья детей
и подростков Научного центра здоровья детей РАМН, Москва

В ДОУ любого уровня должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья воспитанников, в том числе меры по организации их питания, при обязательном выполнении требований санитарного законодательства.

В ДОУ принимаются дети в возрасте от 2 мес. до 7 лет на основании медицинского заключения. Дети с отклонениями в развитии принимаются в ДОУ любого вида при наличии условий для коррекционной работы только с согласия родителей (законных представителей) по заключению психолого-педагогической и медико-педагогической комиссий. При подборе контингента разновозрастной (смешанной) группы необходимо учитывать возможность организации в ней режима дня, максимально соответствующего анатомо-физиологическим особенностям каждой возрастной группы.

При приеме ребенка в детский сад администрация обязана ознакомить родителей (законных представителей) с уставом и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса в учреждении.

Перед поступлением ребенка в ДОУ, в том числе и в группу кратковременного пребывания, в лечебно-профилактических учреждениях (поликлиника, фельдшерский пункт) проводится профилактический осмотр ребенка в соответствии с действующими нормативными документами; данные о результатах осмотра вносятся в медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (Форма № 026/у-2000). Состояние здоровья ребенка оценивается комплексно с учетом уровня достигнутого физического и нервно-психического развития, острой заболеваемости за год, предшествующий осмотру, наличия или отсутствия в момент обследования хронических заболеваний и частоты их обострения, уровня функционального состояния основных систем организма. В заключение врач определяет группу здоровья ребенка, дает свои рекомендации по режиму дня, оздоровительным мероприятиям. Дети, нуждающиеся в ограничении физических нагрузок, должны иметь четкие развернутые рекомендации от врачей-специалистов. Очень важно выяснить аллергоanamnez ребенка, т.е. наличие аллергических реакций на

медикаменты, пищевые продукты, запахи, комнатные растения и др. Медработник ДОУ обязан расспросить родителей об аллергических проявлениях у ребенка, как они протекают, какое лечение назначено врачом. Эти данные заносят в медицинскую карту ребенка, «Листок здоровья», их целесообразно выделять красным цветом на первой странице медицинской карты. Необходимую информацию об особенностях развития, поведения и состояния здоровья ребенка с врачебными рекомендациями медработник доводит до сведения воспитателей группы, воспитателя по физической культуре, музыкального руководителя.

Нередко вновь поступившие в детский сад дети отказываются от еды, так как некоторые блюда им никогда не давали дома, и они не хотят их пробовать. Поэтому перед поступлением ребенка в ДОУ необходимо ознакомить родителей с меню учреждения для того, чтобы в домашних условиях ребенка постепенно приучить есть блюда, которые будут ему предложены в детском саду. Целесообразно рекомендовать маме заранее организовать дома режим питания и приготовления блюд так же, как это делают в ДОУ.

Адаптация к детскому саду не всегда протекает гладко. Если ребенок тяжело переносит разлуку с мамой, не следует его сразу оставлять в детском саду на целый день, так как возникающий

в этом случае стресс может привести к серьезным нарушениям нервной системы, а также стать причиной соматической патологии и частой заболеваемости. Ребенка необходимо постепенно вводить в режим ДОУ: сначала совершить «экскурсию» по учреждению, заинтересовав его игрушками, физкультурным инвентарем; познакомиться с воспитателями, с детьми из его группы во время совместной прогулки. В первые дни пребывания в детском саду родителям следует рекомендовать забирать ребенка после обеда, потом — после дневного сна, полдника, постепенно увеличивая время нахождения в детском саду. Как правило, в течение месяца большинство детей привыкают к воспитателям, режиму ДОУ и могут оставаться на целый день в учреждении. Если ребенок из-за особенностей развития и состояния здоровья тяжело адаптируется к детскому саду, то вопрос надо решать индивидуально: рекомендовать группу кратковременного пребывания, отсрочку к поступлению в ДОУ на год (особенно для детей раннего возраста), консультацию психолога, психоневролога и др.

Дети, в том числе дети-инвалиды, нуждающиеся в проведении коррекционных (реабилитационных) мероприятий, не могут быть приняты в ДОУ при отсутствии в нем необходимых условий для их оздоровления и присмотра. Если ребенку требу-

ется индивидуальное постоянное наблюдение, индивидуальный уход и неотложная медицинская помощь (дети с агрессивным поведением, опасным для окружающих, с эпилепсией, тяжелыми аллергическими реакциями и т.д.), то отказ в приеме в ДОУ детей с подобными отклонениями считается обоснованным. Спорные и конфликтные вопросы по поводу приема ребенка в ДОУ решаются психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК). В ПМПК могут обращаться специалисты психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения при отсутствии в данном учреждении условий, адекватных индивидуально особенностям ребенка, а также при необходимости углубленной его диагностики. В детском саду обследование ребенка специалистами психолого-медико-педагогического консилиума осуществляется по инициативе родителей или сотрудников ДОУ с согласия родителей на основании договора между образовательным учреждением и родителями. Обследование проводится каждым специалистом индивидуально с учетом реальной возрастной психофизической нагрузки на ребенка, затем составляется заключение и разрабатываются рекомендации по коррекционной и оздоровительной работе с ним. При наличии показаний медицинский работник направляет ребенка в детскую поликлинику.

В настоящее время в ДОУ различного вида открываются группы кратковременного пребывания (ГКП). У родителей появилась возможность выбрать группу, наиболее подходящую для ребенка с учетом его состояния здоровья и особенностей развития.

Согласно «Положению о группах развития (кратковременного пребывания)» группы развития могут создаваться в ДОУ любого вида при наличии необходимых санитарно-гигиенических, материально-технических условий и кадрового обеспечения, в пределах выделяемых средств.

Наиболее распространены следующие виды ГКП:

- «Адаптационная группа» для детей от 2 мес. до 3 лет;
- «Группа развития» — 3—7 лет;
- «Будущий первоклассник» — 5—6 лет;
- «Группа для детей, у которых русский язык не является родным» — 3—7 лет;
- «Группа для детей с отклонениями в развитии» — 2—7 лет.
- «Играя, обучаюсь» — 1,5—7 лет;
- «Группа вечернего пребывания, выходного и праздничного дня» — 2—7 лет;
- «Особый ребенок» для детей инвалидов 2—7 лет.

Группы для детей с отклонениями в развитии и «особый ребенок» предназначены для детей, остро нуждающихся в систематической коррекции и пси-

холого-медико-педагогической помощи специалистов, социальной адаптации. Для их родителей организуют консультирование по вопросам воспитания «проблемного» ребенка в семье. В зависимости от степени выраженности и сложности структуры дефекта, продвижения в развитии ребенка в процессе воспитания, а также желания родителей, пребывание в группе может продолжаться 1—2 года или до поступления ребенка в школу. Для определения тактики дальнейшей коррекционно-педагогической работы в ДОУ воспитанников, имеющих сложные (комбинированные) отклонения в развитии, с согласия родителей, рекомендуется направлять в середине года на психолого-педагогическую и медико-педагогическую комиссии.

Анализ острой заболеваемости детей, посещающих ДОУ различного вида, кроме групп для часто болеющих детей (ЧБД), показывает, что в среднем число ЧБД составляет 12—15% в дошкольном возрасте, в ясельных группах — 25% и выше. Эти дети нуждаются в оздоровительных мероприятиях, желательно в специальных группах для ЧБД в ДОУ.

При приеме в группу часто болеющих детей следует руководствоваться следующими критериями: кратность заболеваний за год, предшествующий осмотру; наличие осложнений после острых респираторных заболе-

ваний (ОРЗ); инфекционный индекс.

Согласно классификации В.Ю. Альбицкого и А.А. Баранова (1986), частота эпизодов ОРЗ за год у часто болеющих детей в зависимости от возраста составляет:

- до 1 года — 4 и более раз;
- 1—3 года — 6 и более раз;
- 4—5 лет — 5 и более раз;
- старше 5 лет — 4 и более раз.

Необходимо учитывать:

- тяжесть каждого ОРЗ;
- наличие осложнений ОРЗ;
- необходимость применения антибактериальных препаратов при лечении ОРЗ;
- продолжительность интервала между эпизодами ОРЗ.

У детей старше 3 лет вычисляется инфекционный индекс: отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка. У часто болеющих детей инфекционный индекс составляет 1,1 и выше.

В соответствии с «Положением о санаторном детском дошкольном учреждении (группе) для ослабленных и часто болеющих детей» в эти учреждения направляются:

- дети ослабленные, часто болеющие острыми респираторными заболеваниями;
- дети с рецидивирующими бронхитами, пневмонией в период реконвалесценции, бронхиальной астмой вне обострения.

В санаторном образовательном учреждении (группе) медицин-

ский и педагогический персонал проводит комплексное оздоровление детей с учетом состояния их здоровья, включающее: щадящий режим, рациональное питание, лечебную физкультуру, массаж, санацию хронических очагов инфекции, физиотерапевтическую и медикаментозную терапию и контроль за проведением специальных закаливающих процедур и прогулок.

При анализе заболеваемости в этих группах необходимо учитывать особенности контингента детей, посещающих данное учреждение (группы).

Нормативные документы

1. Закон РФ от 10.07.92 г. № 3266-1 «Об образовании».

2. Федеральный закон от 30.03.99 г. № 53-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

3. СанПиН 2.4.1.1249-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений».

4. Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении / Утв. Постановлением Правительства РФ от 01.07.95 г. № 677.

5. Типовое положение об оздоровительном образовательном учреждении санаторного типа для детей, нуждающихся в длительном лечении / Утв. Постановлением Правительства РФ от 28.08.97 г. № 1117.

6. Приказ Госкомобразования СССР № 306, Минздрава СССР № 185, Госкомтруда № 33 от 04.05.90 г. «Об утверждении положения о санаторном детском дошкольном учреждении (группе) для ослабленных и часто болеющих детей и типовых штатов санаторных детских дошкольных учреждений для ослабленных и часто болеющих детей».

7. Приказ Минздравмедпрома РФ от 14.03.95 г. № 60 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».

8. Приказ Минздрава России от 03.07.2000 г. № 241 «Об утверждении “Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений”».

9. Письмо Минобразования России от 29.06.99 г. № 129/23-16 «Об организации в дошкольных образовательных учреждениях групп кратковременного пребывания для детей с отклонениями в развитии».

10. Письмо Минобразования России от 27.03.2000 г. № 27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПППк) образовательного учреждения».

11. Распоряжение Правительства Москвы от 11.01.99 г. № 6-РЗП «Об утверждении положения о группах развития (кратковременного пребывания) для детей, не посещающих дошкольные образовательные учреждения».

Официальные документы, опубликованные во II квартале 2008 года

Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3.2352-08

(Постановление Главного государственного
санитарного врача Российской Федерации
№ 19 от 07.03.2008 г.)

Введенные в действие с 1 июля 2008 г. санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3.2352-08 «Профилактика клещевого энцефалита» устанавливают основные требования в области профилактики и борьбы с клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ). Правила разработаны взамен СП 3.1.098-96 «Клещевой энцефалит».

Для медработников и персонала ДОУ особый интерес представляют разделы VII и VIII.

VII. Экстренная профилактика клещевого вирусного энцефалита

7.1. Для экстренной профилактики используют человеческий иммуноглобулин против КВЭ. Препарат вводят лицам: непривитым против КВЭ, получившим неполный курс прививок, имеющим дефекты в вакцинальном курсе, не имеющим документального подтверждения о профилактических прививках.

7.2. Иммуноглобулинопрофилактика проводится в лечебно-

профилактических организациях, определяемых органами управления здравоохранением муниципальных образований.

7.3. Введение человеческого иммуноглобулина против КВЭ рекомендуется не позднее 4 дня после присасывания клеща. Возможно повторное применение препарата по истечении месяца после предыдущего введения иммуноглобулина.

7.4. Для решения вопроса о необходимости назначения экстренной профилактики необходимо проведение исследований клещей, снятых с пациентов, на наличие в них антигена вируса клещевого энцефалита методом иммуноферментного анализа (ИФА) или полимеразной цепной реакции (ПЦР).

VIII. Неспецифическая профилактика клещевого вирусного энцефалита

8.1. Неспецифическая профилактика КВЭ направлена на предотвращение присасывания

клещей-переносчиков к людям.

8.2. Мероприятиями по специфической профилактике КВЭ являются:

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

8.3. Индивидуальная (личная) защита людей включает в себя:

8.3.1. Соблюдение правил поведения на опасной в отношении клещей территории (проводить само- и взаимосмотры каждые 10–15 минут для обнаружения клещей; не садиться и не ложиться на траву; стоянки и ночевки в лесу устраивать на участках, лишенных травяной растительности или в сухих сосновых лесах на песчаных почвах; после возвращения из леса или перед ночевкой снять одежду, тщательно осмотреть тело и одежду; не заносить в помещение свежесорванные растения, верхнюю одежду и другие предметы, на которых могут оказаться клещи; осматривать собак и других животных для обнаружения и удаления с них прицепившихся и присосавшихся клещей);

8.3.2. Ношение специальной одежды (при отсутствии специальной одежды одеваться таким образом, чтобы облегчить быстрый осмотр для обнаружения клещей: носить однотонную и светлую одежду; брюки заправлять в сапоги, гольфы или носки с плотной резинкой, верхнюю часть одежды — в брюки; манжеты рукавов должны плотно прилегать к руке; ворот рубашки и брюки должны не иметь застёжки или иметь плотную застёжку, под которую не может проползти клещ; на голову надевать капюшон, пришитый к рубашке, куртке или заправлять волосы под косынку, шапку).

8.3.3. Применение специальных химических средств индивидуальной защиты от клещей: акарицидных средств (предназначены для обработки верхней одежды, применение на кожу недопустимо) и репеллентных средств (предназначены для обработки верхней одежды, применение на кожу возможно для защиты от кровососущих двукрылых).

8.4. Уничтожение клещей в природных биотопах с помощью акарицидных средств проводят по эпидемиологическим показаниям на участках высокого риска заражения людей клещевым энцефалитом.

8.4.1. Акарицидом обрабатывают наиболее часто посещаемые населением участки территории (места массового отдыха, летние оздоровительные лагеря

и детские образовательные организации, прилегающие к ним территории не менее 50 м, базы отдыха, кладбища, садовые участки, и т.д.).

8.4.2. После проведения акарицидных обработок регулярно проводят контроль их эффективности. Эффективность обработки должна быть не менее 95%.

8.5. Экологически безопасное преобразование окружающей среды направлено на создание неблагоприятных условий для развития клещей, в том числе на снижение численности мелких и средних млекопитающих — прокормителей клещей.

8.5.1. Необходимо проводить благоустройство лесных массивов, в том числе санитарные рубки и удаление сухостоя, валежника и прошлогодней травы, разреживание кустарника, унич-

тожение свалок бытового и лесного мусора. Участки территории, наиболее часто посещаемые людьми, необходимо оградить от проникновения домашних и диких животных, которые могут занести клещей. Особое внимание необходимо уделять парковым дорожкам, детским площадкам, кладбищам и другим местам массового пребывания людей, где травяная растительность должна быть скошена.

8.5.2. Оздоровительные (особенно детские) организации следует размещать на участках, где зарегистрировано отсутствие или низкая численность клещей.

8.6. Дератизационные мероприятия направлены на уменьшение численности прокормителей клещей (диких грызунов) и проводятся на расчищенных территориях осенью и весной.

Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.2343-08

(Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 16 от 05.03.2008 г.)

Введенные в действие с 01.06.2008 г. санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2343-08 «Профилактика полиомиелита в постсертификационный период» разработаны взамен санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1.1118-02 «Профилактика полиомиелита».

Для медработников и персонала ДОО особый интерес представляют разделы IV—VI.

IV. Плановая иммунизация против полиомиелита детей

4.3. Иммунизацию против полиомиелита целесообразно проводить одновременно с

вакцинацией и ревакцинацией против коклюша, дифтерии, столбняка.

4.4. В целях профилактики вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (ВАПП) при приеме в лечебно-профилактические и другие организации детей, не имеющих сведений об иммунизации против полиомиелита, их необходимо изолировать от детей, привитых оральной полиовакциной (ОПВ) в течение последних 60 дней.

4.5. При возникновении случая ВАПП у реципиента в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека немедленно представляется внеочередное донесение о случае поствакцинального осложнения. Проводится эпидемиологическое расследование в установленном порядке. Копия акта расследования случая поствакцинального осложнения направляется в национальный орган контроля.

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

— не менее 95% от общего количества детей, подлежащих вакцинации в возрасте 12 мес.;

— не менее 95% от общего количества детей, подлежащих второй ревакцинации в возрасте 24 мес.

V. Дополнительная иммунизация против полиомиелита детей

5.1. Дополнительная иммунизация против полиомиелита детей с ОПВ в масштабах всей страны или в отдельных субъектах Российской Федерации проводится в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, в котором определяются возраст детей, подлежащих дополнительной иммунизации, сроки, порядок и кратность ее проведения.

5.2. Показаниями для проведения дополнительной иммунизации против полиомиелита детей ОПВ являются:

— низкий (менее 95%) уровень своевременности охвата вакцинацией против полиомиелита детей в возрасте 12 мес. и второй ревакцинацией против полиомиелита в возрасте 24 мес. в среднем по субъекту Российской Федерации;

— низкий (менее 95%) уровень своевременности охвата вакцинацией против полиомиелита детей в возрасте 12 мес. и второй ревакцинацией против полиомиелита в возрасте 24 мес. в городах, районах, населенных пунктах, лечебно-профилактических,

дошкольных образовательных организациях, на врачебных, фельдшерских участках субъекта Российской Федерации;

- низкий (менее 80%) уровень серопозитивных результатов серологического мониторинга отдельных возрастных групп детей;
- неудовлетворительные качественные показатели эпидемиологического надзора за полиомиелитом и острыми вялыми параличами (ПОЛИО/ОВП).

5.3. Дополнительной однократной иммунизации против полиомиелита ОПВ подлежат также дети в возрасте до 5 лет:

- из семей беженцев, вынужденных переселенцев;
- из семей кочующих групп населения;
- из семей, прибывших из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий);
- не имеющие сведений о профилактических прививках против полиомиелита;
- при отрицательных результатах серологического исследования уровня индивидуального иммунитета к полиомиелиту (серонегативные к одному или всем типам полиовируса).

5.4. Дополнительная иммунизация против полиомиелита детей ОПВ проводится независимо от срока прибытия, при выявлении, без проведения предварительного или дополни-

тельного серологического исследования.

5.5. Дополнительная иммунизация против полиомиелита детей ОПВ проводится вне зависимости от ранее проведенных профилактических прививок против этой инфекции, но не ранее 1 мес. после последней иммунизации против полиомиелита и других инфекционных заболеваний.

VI. Иммунизация против полиомиелита детей

по эпидемическим показаниям

6.1. Однократной иммунизации ОПВ по эпидемическим показаниям подлежат дети в возрасте до 5 лет, общавшиеся в эпидемических очагах с больным полиомиелитом, ОВП, при подозрении на эти заболевания в семье, квартире, доме, дошкольном образовательном учреждении, лечебно-профилактической организации (далее — в эпидемических очагах ПОЛИО/ОВП), а также общавшиеся с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий).

6.2. Показаниями для проведения иммунизации детей ОПВ по эпидемическим показаниям также являются:

— регистрация случая полиомиелита, вызванного диким полиовирусом;

— выделение дикого полиовируса в материалах от людей или из объектов окружающей среды.

Творим добро вместе

Меркушев И.А.,

д-р мед. наук, профессор,

Законодательное Собрание Санкт-Петербурга

В Санкт-Петербурге 4 мая 2008 г. в детском онкологическом отделении городской больницы № 31 член редакционной коллегии нашего журнала, председатель постоянной комиссии по здравоохранению и экологии Законодательного Собрания Санкт-Петербурга Сергеев Олег Елизарович торжественно вручил больным детям подарки от школьников Фрунзенского района Санкт-Петербурга. Завершился очередной этап благотворительной акции «ТВОРИМ ДОБРО ВМЕСТЕ», организованной нашим коллегой.

В этот день в игровой комнате собрались детишки со всего отделения. В глазах — едва сдерживаемое любопытство: «А что же там, в огромных коробках?» На стенах развешаны яркие рисунки с надписями, сделанными явно детскими руками: «Выздоровляйте быстрее!», «Скорейшего возвращения домой!», «Мы с вами! Мы вас не бросим!» Это посвящено им, детишкам 31-й больницы. Они — разных возрастов: совсем малыши 3—4 лет и уже подростки, но похожи друг на друга, словно родственники — постриженные налысо после химиотерапии, по-взрослому серьезные, у многих — следы операций. Их родители тоже похожи

на членов одной семьи: здесь запрещено плакать и сдаваться.

В Петербурге около 1000 детей, больных онкологическими заболеваниями. В этот тяжелый период их жизни в борьбу с недугом вовлечены не только родители, но и друзья, родные, и, конечно же, врачи, от которых очень многое зависит, ведь при многих этиологических формах онкологических заболеваний, особенно у детей, при правильном подходе можно достичь полного исцеления. Весьма важным звеном в цепочке лечения является психологический настрой маленького пациента на выздоровление. Поддержка нужна не только ребенку, но и его маме, папе, семье, которая постоянно находится рядом.

Депутат Законодательного Собрания Санкт-Петербурга О.Е. Сергеев — по профессии детский врач и не понаслышке знает об этой проблеме. При поддержке общественной организации «Дети и родители против рака» О.Е. Сергеевым организовано проведение уроков добра и милосердия, результатом которых стали тысячи рисунков с теплыми словами пожеланий. Всего в больницу было доставлено около 6 тысяч рисунков, подарков и открыток.

Выступая перед собравшимися в отделении, О.Е. Сергеев сказал: «Этим самоотверженно борющимся с заболеванием людям надо дать понять, что они не одни, сотни и тысячи людей готовы прийти на помощь, поддержать их. Мы ждем их выздоровления и радуемся вместе с ними их победам над этим недугом. Главное, чтобы они услышали нас! И очень важно научиться с детства испытывать чувство сострадания и человеколюбия, гуманности и милосердия к тем, кто нуждается сейчас в помощи или находится в беде. Частичка тепла от рисунков, поделок и пожеланий, как волшебная таблетка, окажет помощь в выздоровлении этих детей. Рисунки школьников станут для больных малышей огромной энергетической поддержкой, знаком внимания, сигналом, что они не одни наедине со своей болезнью. Осознание, что их поддерживают тысячи девочек и мальчиков, может стать для больных детишек той радостью, перед которой отступит тяжелое заболевание. Эта акция станет поддержкой и для медицинских работников.

Поэтому и название акции — «ТВОРИМ ДОБРО ВМЕСТЕ» — вместе с педагогами, с врачами, с родителями. Дети должны с самого раннего возраста учиться делать добро, чувствовать себя частью большого доброго дела. Только вместе мы сможем преодолеть любые невзгоды».

Маленькие пациенты распаковали подарки. Веселый ажиотаж воцарился в игровой комнате. Дети рассматривали рисунки, разбирали игрушки и весело смеялись, читая надписи. Это был настоящий праздник, поскольку детский ансамбль гимназии № 56 подготовил концертную программу «Мы вместе». Почти на час дети забыли про больницу, процедуры, болезнь, ощутили себя в центре внимания, добра и любви.

Подарков хватило всем, более того, их было гораздо больше, чем больных детей, лечащихся в онкологическом отделении больницы. Оставшиеся рисунки и открытки переданы в другие лечебные учреждения аналогичного профиля. Впоследствии жюри, состоящее из детей, родителей и медперсонала, выявило победителей. Их работы в преддверии Международного дня защиты детей выставлены в Законодательном Собрании Санкт-Петербурга и в администрации Фрунзенского района. Понравившиеся рисунки и поделки детишки, конечно, забрали себе на память. По завершении акции всем детям вручены сертификаты участников акции, а победителям конкурса — дипломы.

Цель акции, с одной стороны, оказать поддержку детям, находящимся сейчас на лечении в онкологических учреждениях Санкт-Петербурга, а с другой — воспитать человеколюбие, сопереживание ближнему и желание помочь ему.

Творим добро вместе!

ВАО "Восточная столица",
Министерство по развитию торговли, торговля стран СНГ
и ЮЗП Таджикистана
Государственный университет экономики и статистики Таджикистана,
научно-исследовательский институт

ИНДУСТРИЯ СПОРТА

15-17 октябрь, 2008

ТАДЖИКИСТАН, ДУШАНБЕ, ГОСТИНИЦА "ДУШАНБЕ"
www.vostochnaya-stolitsa.ru
www.sportbusiness.ru

www.sportbusiness.ru

Охрана труда: от аттестации рабочих мест к сертификату соответствия

Цуциев С. А.,

*д-р мед. наук, Академия безопасности труда
и социального развития, Санкт-Петербург*

В нашей стране уже давно создана и достаточно эффективно действует целостная система гарантий безопасных условий труда, которая не только обеспечивает каждому работнику возможность трудиться в безопасных условиях, но и получить достоверную информацию об условиях труда. В Конституции Российской Федерации (ст. 37, ч. 3) указано, что «Каждый имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены». Федеральный закон РФ от 30.03.99 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» конкретизирует: «Условия труда, рабочее место и трудовой процесс не должны оказывать вредное воздействие на человека...» (ст. 25, ч. 1). «Трудовой кодекс Российской Федерации» (Кодекс РФ от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ) еще в большей степени уточняет эти гарантии, декларируя, что каждый работник имеет право на рабочее место, соответствующее требованиям охраны труда; получение достоверной информации об услови-

ях и охране труда на рабочем месте, о существующем риске повреждения здоровья, а также мерах по защите от воздействия вредных и опасных производственных факторов. Эти права работника закреплены в двух статьях кодекса: ст. 21 «Основные права и обязанности работника» и ст. 219 «Право работника на труд в условиях, отвечающих требованиям охраны труда».

С целью реализации прав работников на безопасный труд, в соответствии с постановлением Минтруда России от 14.03.97 г. № 12 «О проведении аттестации рабочих мест по условиям труда», в нашей стране создана и активно внедряется система аттестации рабочих мест по условиям труда, цель которой — выявление вредных и (или) опасных производственных факторов и осуществление мероприятий по приведению условий труда в соответствие с государственными нормативными требованиями охраны труда. Приказом Минздравсоцразвития России от 31.08.2007 г. утвержден «Порядок проведения аттестации

рабочих мест по условиям труда», который вводится в действие с 1 сентября 2008 г.

Аттестация рабочих мест по условиям труда предполагает проведение в организации следующих мероприятий: гигиеническую оценку фактических условий и характера труда, оценку травмобезопасности рабочих мест и оценку обеспеченности работников средствами индивидуальной защиты. Важно то, что аттестации подлежат все имеющиеся в организации рабочие места. В настоящее время эта процедура уже ни у кого не вызывает никаких сомнений, так как, с одной стороны, создана сеть специализированных испытательных лабораторий, обладающих необходимыми материально-технической базой и персоналом, владеющим практическими навыками в проведении соответствующих видов исследований. С другой — выработан действенный механизм практической реализации этой процедуры не только на крупных, но и на средних и даже мелких предприятиях. И последнее, у руководителей организаций и должностных лиц разного уровня психологически сформировалась осознанная необходимость проведения аттестации рабочих мест по условиям труда.

Начиная с 2002 г., после введения в действие санитарных правил «Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитар-

ных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий» СП 1.1.1058-01, создается и начинает действовать система производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. Цель производственного контроля — обеспечение безопасности и (или) безвредности для человека и среды обитания вредного влияния объектов производственного контроля путем должного выполнения санитарных правил, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, организации и осуществления контроля за их соблюдением. Объектами производственного контроля являются производственные, общественные помещения, здания, сооружения, санитарно-защитные зоны, зоны санитарной охраны, оборудование, транспорт, технологическое оборудование, технологические процессы, рабочие места, используемые для выполнения работ, оказания услуг, а также сырье, полуфабрикаты, готовая продукция, отходы производства и потребления. Производственный контроль, в частности, включает следующие мероприятия:

— наличие в организации официально изданных санитарных правил, методов и методик контроля факторов среды обитания в соответствии с

- осуществляемой деятельностью;
- проведение необходимых лабораторных исследований и испытаний;
 - организацию медицинских осмотров, профессиональной гигиенической подготовки и аттестации должностных лиц и работников, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения;
 - контроль за наличием сертификатов, санитарно-эпидемиологических заключений, личных медицинских книжек, санитарных паспортов на транспорт, иных документов, подтверждающих качество, безопасность сырья, полуфабрикатов, готовой продукции и технологий их производства, хранения, транспортировки, реализации и утилизации;
 - ведение учета и отчетности, установленной действующим законодательством по вопросам, связанным с осуществлением производственного контроля;
 - визуальный контроль специально уполномоченными должностными лицами (работниками) организации за выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, соблю-

дением санитарных правил, разработку и реализацию мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

И, наконец, с 2002 г., в связи с принятием постановления Минтруда России от 24.12.2002 г. № 28 «О создании Системы сертификации работ по охране труда в организациях», в нашей стране официально создана система сертификации работ по охране труда в организациях (ССОТ), основной целью которой является содействие методами и средствами сертификации поэтапному решению проблемы создания здоровых и безопасных условий труда.

Отрадно отметить, что процесс сертификации работ по охране труда в последнее время получил ускоренное развитие, что выразилось в создании и регистрации в 2007 г. в Федеральном агентстве по техническому регулированию и метрологии «Системы добровольной сертификации работ и услуг в сфере охраны труда в организациях на территории Российской Федерации (СДС-ОТ)». Держателем Свидетельства СДС-ОТ является ООО «Академия безопасности труда и социального развития» (Санкт-Петербург). СДС-ОТ создана в развитие ССОТ с учетом положений Федерального закона от 27.12.2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании». В СДС-ОТ заложены новые концептуальные положения, делающие сертифи-

кацию доступной не только для крупных и современно оборудованных организаций, но и для основной массы организаций среднего и малого бизнеса, в целях быстрой реализации на территории России государственных гарантий по соблюдению в организациях всех видов и форм собственности безопасных условий труда.

Ответственность за своевременность, полноту и достоверность аттестации рабочих мест по условиям труда, производственного контроля и сертификации работ по охране труда несут юридические лица и индивидуальные предприниматели. В частности, в соответствии с «Трудовым кодексом Российской Федерации», работодатель обязан провести в организации аттестацию рабочих мест по условиям труда с последующей сертификацией организации работ по охране труда.

Практический опыт показал, что эти процедуры являются важнейшей и неотъемлемой частью системы управления охраной труда в организации, так как они позволяют, с одной стороны, комплексно решить ряд первостепенных вопросов сохранения и укрепления здоровья работников, а с другой — у работодателя повышается заинтересованность в улучшении условий труда и повышении его безопасности. Работодатель начинает понимать, что достойный труд — это безопасный труд, а безопасный

труд является, помимо всего прочего, и положительным фактором производительности и экономического роста: снижается количество несчастных случаев на производстве, сокращаются потери рабочего времени, связанные с производственным травматизмом, улучшаются экономические показатели.

Однако необходимо подчеркнуть, что «заставить» работодателя проводить аттестацию рабочих мест, производственный контроль и, тем более, сертификацию организации работ по охране труда какими-либо жесткими административными мерами невозможно. Это под силу только рыночным механизмам (требование потребителя продукции, условие для получения лицензии и др.), так как одним из главных инструментов, гарантирующих поддержание качества в бизнесе, является добровольная сертификация, требующая проведения ежегодных инспекционных проверок. Кроме того, одно из основных условий вхождения любого российского предприятия на мировой рынок — умение постоянно поддерживать свою профессиональную компетентность и качество выпускаемой (поставляемой) продукции для потенциальных зарубежных клиентов. Поэтому изготовители (продавцы, исполнители) в условиях жесткой конкуренции стараются документально подтвердить заявленное ими качество про-

дукции и услуг. Для этого необходима добровольная сертификация.

Следовательно, в условиях рыночной экономики добровольную сертификацию необходимо рассматривать не как инструмент жесткого давления со стороны контролирующих органов, препятствующий развитию того или иного вида деятельности и фактически ничего не дающий для развития, а как мощный инструмент продвижения на рынке предлагаемых товаров и услуг, включая услуги в сфере образования, в том числе дошкольного. Это касается ДООУ всех видов собственности, но в первую очередь — негосударственных. Наличие у работодателя сертификата соответствует значительно расширяет его возможности, в частности: — повышает имидж организации в регионе и отрасли;

- расширяет возможности для сотрудничества с иностранными организациями;
- является обязательным условием для получения государственного заказа, финансируемого из бюджета;
- дает преимущества перед конкурентами при участии в тендерных торгах;
- упрощает процесс получения лицензий или разрешений;
- способствует привлечению российских и иностранных инвесторов;
- способствует снижению непроизводительных затрат.

Итак, внедрение сертификации работ по охране труда в ДООУ позволит добиться реальных успехов не только в деле сохранения и укрепления здоровья персонала и воспитанников, но и в продвижении предлагаемых услуг в сфере дошкольного образования.

Уважаемые коллеги!

У вас есть возможность поделиться на страницах нашего журнала опытом своей работы, оригинальными идеями, рассмотреть актуальные проблемы современно-го ДООУ. Просим вас:

- 1. Представлять материалы статей в напечатанном виде, прилагая дискету с текстом.*
- 2. В статье четко указать фамилию, имя, отчество, ученую степень, должность, место работы.*

Статьи просим отправлять по адресу:

129626, Москва, а/я 40

e-mail: 123@tc-sfera.ru

В следующем номере!

Вопросы водопользования в ДОУ

Оценка эффективности физкультурно-оздоровительных занятий

Профилактика нарушений зубочелюстной системы дошкольников

Социальная адаптация детей с врожденной наследственной катарактой

Обеспечение безопасности медицинских работников при проведении иммунизации

Вопросы психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ

Обращение с медицинскими отходами в ДОУ

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2008, № 3

**Научно-практический
журнал**

Выходит 4 раза в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор И.М. Ахметзянов

Заместитель главного редактора
Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор
О.А. Адлова

Редколлегия:
Ахметзянов И.М., Ямщикова Н.Л.,
Виноградов А.Ф., Ивашикина Т.М.,
Ломов О.П., Матвеева Н.А., Сергеев О.Е.,
Старобина Е.М., Цветков Э.А.,
Шабалов Н.П., Щеглов Л.М.

Оформление, макет
Г.В. Калинина

Художник обложки
О.В. Максимова

Корректоры
Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

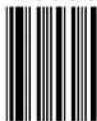
Фото на обложке
И.М. Ахметзянов

ISBN 4607091440263



4 607091 440263

3 0000



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

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписной индекс в каталоге
Роспечати **80553**

Адрес редакции:

Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18,
корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

Почтовый адрес: 129626, Москва, а/я 40.

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

E-mail: sfera.post@mail.ru; www:tc-sfera.ru

Номер подписан в печать 10.09.08. Формат 60×90¹/₁₆.

Усл. печ. л. 8. Тираж 8000 экз.

Заказ №

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

Точка зрения редакции может не совпадать с мнениями авторов. Ответственность за достоверность публикуемых материалов несут авторы.

Редакция не рецензирует присланные материалы и не возвращает.

© Журнал «Медработник ДОУ», 2008

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2008

© Т.В. Цветкова, 2008

Отпечатано с готовых диалитических в ОАО ордена «Знак Почета» «Смоленская областная типография им. В.И. Смирнова».

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