

Профессиональное образование

В. В. Голубев
Л. В. Макарова

**МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ
И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Учебник

Профессиональный модуль




ACADEMIA

ЗДОРОВЬЕ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ СРЕДА

1.1. ЗДОРОВЬЕ КАК СОСТОЯНИЕ И СВОЙСТВО ОРГАНИЗМА

По определению Всемирной организации здравоохранения, **здоровье** — это «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». В отечественном здравоохранении принято более широкое определение здоровья. Учитывающее функциональное состояние организма, степень его приспособленности к условиям биологической и социальной среды, приспособленности его управленческому состоянию организма, характеризирующиеся его совершенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных состояний¹.

Для детей дошкольного возраста уравновешенность с окружающей средой означает возможность посещать дошкольные образовательные организации (ДОО) и овладевать умениями и навыками, предусмотренными для их возраста программой ДОО. Именно в дошкольном возрасте формируется фундамент здоровья, который во многом определяет состояние здоровья в течение жизни. В этой большой, повседневной работе, большая роль отводится родителям, педагогам и медицинским работникам, которые в современных условиях должны иметь необходимые знания в области типичной, возрастной физиологии, педагогики, психологии, педиатрии.

Состояние здоровья подрастающего поколения в настоящее время продолжает вызывать особую озабоченность в государстве и обществе. Так, по данным НИИ типичной и охраны здоровья детей и подростков, Научного центра здоровья детей РАМН, число здоровых дошкольников составляет не более 12% от всего контингента

детей, поступающих в школу. К числу основных тенденций, отражающих состояние здоровья дошкольников, относятся:

- распространность функциональных отклонений;
- хронических заболеваний;
- физиологической незрелости;
- задержка и отставание в нервно-психическом развитии;
- дефицит массы тела.

У детей с морфофункциональными отклонениями ведущими являются нарушения опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, эндокринские проявления.

Среди хронической патологии дошкольников наиболее распространены заболевания костно-мышечной, нервной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем, а так же аллергические заболевания кожи. У подавляющего большинства детей дошкольного и школьного возраста отмечается кариес. Каждый третий ребенок, поступающий в школу, имеет сниженную остроту зрения.

В дошкольных учреждениях введена «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» (форма 026/у-2000). В соответствии с этим документом во всех дошкольных образовательных учреждениях проводится скрининг-программа. Она включает в себя базовую и расширенную программы. Первая из них осуществляется медицинской сестрой, вторая — педиатром и врачом — специалистом различного профиля.

В настоящее время при комплексной оценке состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста используется от четырех до шестнадцати показателей (критериев) здоровья¹.

Первый критерий — особенности онтогенеза (индивидуального развития), которые определяют по данным генетологического, биологического и социального анамнеза.

Генетологический анамнез отражает наличие заболеваний у кровных родственников ребенка, включая братьев и сестер.

Биологический анамнез включает в себя сведения о раннем периоде развития ребенка (печение беременности, родов, периода новорожденности, тип вскармливания), нарушениях в состоянии здоровья ребенка за весь предшествующий период.

Социальный анамнез отражает полноту семьи, возраст родителей, состояние здоровья родителей и особенности, присутствующие семье, отношение к ребенку, жилищно-бытовые условия и материальная

¹ Приказ Минздрава РФ от 30.12.2003 г. № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей» (вместе с «Инструкцией по комплексной оценке состояния здоровья детей»).

обеспеченность семьи, санитарно-гигиенические условия воспитания ребенка.

Второй критерий — уровень физического развития и степень его гармоничности. О состоянии физического развития ребенка судят на основании совокупности всех исследуемых признаков (морфологических, функциональных, соматоскопических). Чтобы судить о гармоничности его развития, необходимо сопоставить показатели массы тела с данными длины тела. Если разрыв между показателями массы и длины тела больше установленной в стандарте нормы, это свидетельствует о начинающейся дисгармонии физического развития, причем полное заключение об этом может дать только врач. Достигнутый уровень физического развития определяют путем сравнения со средними показателями биологического развития для данного возраста, используя *центильные*¹ таблицы. Принято считать вариантами нормы такие показатели, которые относятся к 3—6-му интервалам, т. е. в зоне от 10 до 90 центилей. Положение результатов в зоне 2-го интервала свидетельствует о «спиженом» показателе, в зоне 1-го — о «низком», соответственно в 7-м интервале — о «высоком», а в 8-м — о «высоком» показателе. Следует отметить, что в таблицах ВОЗ, которые в настоящее время широко используются, не в полной мере учтены региональные и национальные признаки показателей биологического развития.

Третий критерий — уровень нервно-психического развития (НПР) ребенка. Он зависит как от состояния центральной нервной системы ребенка и его опорно-двигательного аппарата, так и в значительной мере от воздействия окружающей среды. Нередко нарушения НПР бывают обусловлены недостаточностью и неадекватностью педагогического воздействия на ребенка. Контроль за НПР является основой воспитательной и оздоровительной работы в дошкольных образовательных организациях. Этот контроль осуществляется воспитателем три ежедневных наблюдения за детьми, а так же при плановых осмотрах в установленные сроки. Контроль НПР позволяет проводить своевременную и правильную коррекцию педагогических воздействий. Сведения об уровне и динамике НПР ребенка анализирует педиатр и передает врачу ДОО.

Четвертый критерий — уровень сопротивляемости (резистентности) организма. О нем судят по количеству острых заболеваний, в том числе обострений хронических болезней, за предыдущий

¹ *Центиль* — часть вариационной шкалы. *Центильный интервал* — разность между двумя рядом стоящими значениями показателей в таблицах. В 2006 г. ВОЗ представила обновленные таблицы.

года. В соответствии с этим критерием дети подразделяются на две группы:

- 1) имеющие хорошую сопротивляемость (не болевшие в течение года или болевшие один—три раза);
- 2) часто болеющие, с пониженной сопротивляемостью (четыре острых заболеваний в год и более).

Пятый критерий — уровень функционального состояния организма. Этот критерий оценивается по совокупности результатов лабораторных и инструментальных обследований ребенка (частота пульса, дыхание, содержание гемоглобина в крови и др.), анализа поведения и характеристики адаптационных возможностей ребенка. Сведения о поведении воспитатель получает в процессе ежедневного наблюдения и контакта с ребенком. Оценивают его эмоциональное состояние, настроение, сон, бодрствование, аппетит, характер взаимоотношений с детьми и взрослыми. Для более старшего возраста — умение сосредотачиваться, внимание, усидчивость. Важно учитывать наличие индивидуальных особенностей поведения.

Шестой критерий — наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных пороков развития.

1.2. ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка подразделяется отнесенные его к одной из пяти «групп здоровья». Такое деление на группы позволяет проводить сопоставительную оценку состояния здоровья как в момент обследования, так и при динамическом контроле, во время проверки эффективности профилактических и лечебных мероприятий.

В соответствии с предложенной схемой детей, в зависимости от состояния здоровья, подразделяют на следующие группы.

К первой группе относятся здоровые дети с нормальными физическим и психическим развитием, не имеющие уроста, увечий и функциональных отклонений (10—12% в зависимости от региона).

Вторую группу составляют здоровые дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфологические изменения. Сюда же следует отнести реконвалесцентов (переболевшие дети), особенно перенесших инфекционные заболевания, и детей с общей задержкой физического развития без значимой патологии и со значительным дефицитом массы тела, а так же часто (четыре раза в год и более) болеющих.

Дети, отнесенные к этой группе, как правило, нуждаются в оздоровительных мероприятиях, так как функциональные возможности их снижены (от 56 до 73 %).

К *третьей группе* принадлежат дети с хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма (в среднем 26 %).

Четвертую группу здоровья составляют дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями (1—2 %).

К *пятой группе* относятся дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма. Как правило, дети данной группы не посещают детские учреждения общего профиля и массовыми осмотрами не охвачены (1—2 %).

Иногда приважная терминология не отражает различия между функциональными отклонениями и болезнями и тем самым препятствует четкому разграничению второй и третьей групп. Например, гипертрофия миндалин, аномалия рефракции, нарушение осанки относятся как к функциональным отклонениям, так и к заболеваниям. Определение третьей и четвертой групп здоровья проводится в зависимости от степени выраженности патологического процесса с учетом функциональных возможностей организма.

Распределение детей по указанным группам в достаточной степени условно и вызывает ряд спорных критических замечаний. Однако наиболее применение такого способа научными и практическими учреждениями здравоохранения показано необходимостью его использования как при индивидуальном, так и при динамических наблюдениях. Выявлена необходимость такого разделения на группы для характеристики санитарного состояния детского населения и при изучении влияния на здоровье различных факторов (учебных, спортивных нагрузок, климатических, атмосферных загрязнений и др.), а так же для оценки эффективности различных методов воспитания и оздоровительных мероприятий¹.

Работникам ДОО надо всегда помнить, что быстрый рост и развитие, созревание морфологических и функциональных структур в раннем и дошкольном возрасте определяют большую пластичность организма ребенка, который очень чувствителен как к положительным, так и к отрицательным воздействиям окружающей среды. При этом даже слабые раздражители, не вызывающие видимых реакций, так называемые подпороговые, не всегда про-

ходят бесследно. Они изменяют функциональные свойства тканей организма, и на этом фоне безвредный для ребенка фактор среды может в отдельные критические периоды (период реконвалесценции, поствакцинальный, адаптации и т.д.) стать решающим, привести к более длительному и неблагоприятному течению острых заболеваний. Он может сказаться на состоянии ребенка не только в настоящий момент, но и определить ход его дальнейшего развития, уровня здоровья, готовность к обществу-социальным воздействиям. Уровень заболеваемости, распространенность патологических отклонений не всегда одинаковы. Они зависят от организации и качества проведения санитарных и противоэпидемических мероприятий.

Большинство детей, посещающих ДОО, составляют дети первой и второй групп здоровья, при этом основная масса — это дети, относящиеся ко второй группе — группе риска. Эти дети требуют к себе индивидуального подхода при назначении и выполнении оздоровительных мер и осуществления педагогических воздействий. Прогноз здоровья детей на ближайшее время зависит от ряда определяющих его факторов, претерпевающих значительные изменения в новых экологических условиях. Так, ухудшение питания будет способствовать развитию дефицита массы тела, отставанию в росте, повышению распространенности анемии. Снижение резистентности, иммунного ответа, может привести к дальнейшему росту как острых, так и хронических заболеваний. В связи с резким увеличением стрессовых воздействий можно ожидать ухудшения нервно-психического здоровья дошкольников. Нарастающее ухудшение эколого-гигиенической обстановки в ряде регионов может ускорить рост как острых, так и хронических заболеваний, особенно амлериических.

В настоящее время по самым оптимистичным данным до 70 % дошкольников имеют различные функциональные отклонения, а до 25 % дошкольников — хронические заболевания. Среди хронической патологии дошкольников наиболее распространены заболевания костно-мышечной (30—40 %), нервной (30—40 %), дыхательной (20—25 %), сердечно-сосудистой (10—25 %) систем, а так же пищеварительной, мочеполовой систем и амлериические заболевания кожи (10—23 %). У 60—70 % детей дошкольного возраста отмечается кариес зубов.

Все это свидетельствует о той большой роли, которую играют педагоги дошкольных образовательных учреждений в сохранении и укреплении состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста.

¹ Школа здоровья в России / [В. Р. Куца, А. М. Суварева и др.] — М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009.

Сохранению и укреплению физического, психического, интеллектуального и духовно-нравственного здоровья дошкольников во многом может способствовать программа преобразования основ дошкольного и школьного образования, разработанная под руководством проф. В. Ф. Базарного. Практическое внедрение программы в ряде регионов России показало ее высокую эффективность. Она находит все большее число сторонников среди педагогов и муниципальных работников¹.

Для будущих воспитателей большой интерес может представить примерный перечень документации для воспитателя ДОО (приложение 1).

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятия «здоровье».
2. Что такое здоровый ребенок?
3. По каким критериям проводится оценка состояния здоровья?
4. На какие группы подразделяются болезни детей раннего и дошкольного возраста?
5. С помощью каких методов проводится оценка физического состояния ребенка?
6. В какие сроки проводят антропометрическое обследование детей?
7. Что включает в себя базовая скрининг-программа?
8. Какие разделы входят в расширенную скрининг-программу?
9. Какова роль воспитателя в проведении контроля над здоровьем и физическим развитием ребенка?

¹ См.: Базарный В. Ф. Дети человеческого. Психологическая развития и роста. — М., 2009. (http://www.khrono.ru/libarts/lib_b/ditjad00.php)

Глава 2

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ СРЕДА ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

2.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Дошкольная образовательная организация — это тип образовательной организации, осуществляющей воспитание, обучение и развитие, а так же присмотр, уход и оздоровление воспитанников в возрасте от 2 месяцев до прекращения образовательных отношений. ДОО могут работать в различных режимах:

- кратковременного пребывания (до 5 ч в день);
- сокращенного дня (8—10-часового пребывания);
- полного дня (10,5—12-часового пребывания);
- продленного дня (13—14-часового пребывания);
- круглосуточному пребыванию детей.

В соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» и на основании Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» в дошкольных и других образовательных учреждениях независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников, выполняться требования санитарного законодательства.

В связи с этим будущие педагоги ДОО должны хорошо знать и выполнять все требования, которые предъявляются к земельному участку и его функциональным зонам, зданиям, помещением и оборудованию дошкольных учреждений.

2.2. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЗЕМЕЛЬНОМУ УЧАСТКУ

Земельный участок является обязательной составной частью дошкольного учреждения; он предназначен для воспитания, оздоровления и отдыха детей.

Радиус пешеходной доступности должен быть в городах не более 300 м, в сельских населенных пунктах и малых городах — не более 500 м¹.

Земельные участки ДОО не должны примыкать непосредственно к магистральным улицам.

По периметру участок рекомендуется ограждать забором (высотой не менее 2,5 м) и полосой зеленых насаждений (с учетом климатических условий).

Не рекомендуются сплошные кирпичные или железобетонные ограждения. Ограда не должна иметь горизонтальных изгибов, острых завершений вертикальных прутьев.

Расстояние между вертикальными элементами ограждения должно быть не более 0,1 м. Полоса деревьев или кустарниковых насаждений должна быть шириной не менее 1,5 м, со стороны улицы — 4—6 м.

Здания дошкольных образовательных организаций размещаются на внутриквартальных территориях жилых микрорайонов, за пределами санитарно-защитных зон предприятий, сооружений и иных объектов.

Уровень шума и загрязнения атмосферного воздуха должны соответствовать нормативам для территории жилой застройки. Игровые площадки должны иметь достаточную инсоляцию и естественное освещение.

2.3. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕРРИТОРИИ

Участок дошкольного учреждения включает в себя зону застройки, игровую зону (групповые площадки, одну или несколько физкультурных площадок), хозяйственную зону, а так же необходимые проезды и проходы.

¹ СП 42.13330.2011 «Градостроительство. Планировка и застройка городских и сельских поселений».

Зеленые насаждения должны составлять не менее 50 % от площади территории, свободной от застройки. Они играют огромную роль в создании благоприятных условий воздушной среды: снижают скорость движения ветра, интенсивность инсоляции, удаляют из воздуха, повышают содержание влаги в воздухе легких ионов, снижают запыленность и загазованность воздуха.

По периметру земельного участка располагается полоса деревьев или кустарниковых насаждений шириной не менее 1,5 м. На участке не допускаются посадки плодоносящих деревьев и кустарников, а так же растений с ядовитыми плодами и колючками. На земельном участке должны быть установлены светильники для обеспечения уровня искусственной освещенности не менее 10 лк на поверхности земли в темное время суток.

Воспитательно-оздоровительная работа на воздухе должна проводиться по принципу групповой изоляции и с учетом возрастных психофизиологических особенностей детей. Каждая возрастная группа имеет отдельную групповую площадку (вблизи выхода из помещения группы), изолированную от других групп кустарником. Площадки их определяется из расчета не менее 7 м² на одного ребенка для детей дошкольного возраста и раннего возраста (до 3 лет) и 9 м² — для детей дошкольного возраста. Покрытие групповых площадок в зависимости от возраста детей может быть травяным или иметь утрамбованный грунт, безопасным, в районах с вечномерзлотами грунтами — дощатым.

Для защиты детей от солнца и осадков на каждой групповой площадке устанавливается теневой навес из расчета не менее 1 м² на одного ребенка, но не менее 20 м². Деревянные полы навесов оборудуют на расстоянии 15 см от земли.

Игровые площадки для дошкольных групп оснащают турниками, гимнастическими стенками, торками, лесенками, качелями, лабиринтами, крупными строительными наборами. Все оборудование должно соответствовать возрасту и росту детей и иметь документ, подтверждающий его качество и безопасность. Поверхность его не должна иметь острых выступов, шероховатостей и выступающих травмоопасных элементов крепления. Элементы конструкции должны быть покрыты материалами, стойкими к воде, моющим и дезинфицирующим средствам.

Для проведения физкультурных занятий на открытом воздухе на территории участка в ДОО оборудуют одну или несколько физкультурных площадок, включающих в себя зону для подвижных игр, зону с гимнастическим оборудованием и спортивными снарядами, беговую дорожку, яму для прыжков, полосу препятствий.

Все групповые площадки объединяет кольцевая дорожка шириной 1,5 м для езды на велосипедах, хождения на лыжах, изучения правил Дорожного движения. Для ДОО, оказывающих услуги по присмотру и уходу за детьми, с режимом работы более 5 ч в день, должны предусматриваться оборудованные места для прогулок детей и занятий физкультурой или (при условии соблюдения всех мер безопасности для жизни и здоровья детей) могут быть использованы территории скверов, парков и другие приспособленные для прогулок и занятий физкультурой территории.

Уборку участка должны проводить ежедневно за 1—2 ч до прихода детей и вечером после ухода детей, а так же по мере загрязнения территории. При сухой и жаркой погоде необходимо не менее 2 раз в день осуществлять полив участка. Зимой участки территории от снега должны приводиться по мере необходимости и без применения химических реагентов.

2.4. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЗДАНИЮ

Здание ДОО должно быть не выше трех этажей. На третьих этажах допускается размещать группы для детей старшего дошкольного возраста, а так же дополнительные помещения для работы с детьми. На первом этаже располагается групповые ячейки для детей до 3 лет. Помещения для пребывания детей и помещения медицинского назначения не допускается размещать в подвальных и цокольных этажах зданий.

При строительстве детского учреждения надо предусматривать запасные лестницы и дополнительные выходы на случай быстрой эвакуации или изоляции групп. Даже в здании небольшого дошкольного учреждения должно быть не менее двух выходов: основного и запасного. Допускается устройство единственного входа с лестницей для групп детей младшего, раннего и детей дошкольного возраста, но не более чем на четыре группы.

При размещении дошкольных образовательных организаций и образовательных организаций, в зданиях социально-культурного назначения, пристроенных к жилым домам, зданиям административного и общественного назначения, допускается единый вход без разделения на группы.

Лестницы должны обеспечивать удобные и уютные условия подъема и спуска и иметь ширину, обеспечивающую одновременное передвижение большого количества детей. В ограждении лестниц

вертикальные элементы должны иметь просвет не более 10 см (горизонтальные изменения в ограждениях не допускаются); высота ограждения крылец при подъеме на три и более ступеньки должна быть не менее 0,8 м.

2.5. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПЛАНИРОВКЕ ПОМЕЩЕНИЙ

В ДОО предусматривается следующий набор помещений:

- групповые ячейки;
- дополнительные помещения для занятий с детьми (музыкальный зал, физкультурный зал, кабинет логопеда и др.);
- сопутствующие помещения (медицинский блок, пищеблок, прочие);
- помещения служебно-бытового назначения для персонала.

Равной частью здания ДОО является групповые ячейки (изолированные помещения, принадлежащие каждой группе детей), состоящие из основных и вспомогательных помещений, имеющих уединенную связь с остальными частями здания.

В состав групповой ячейки входят:

- раздевальная (приемная) (для приема детей и хранения верхней одежды);
- групповая (для проведения игр, занятий и приема пищи);
- спальня, буфетная (для подготовки готовых блюд к раздаче и мытья столовой посуды);
- туалетная (совмещенная с умывальной).

Согласно СанПин 2.4.1.3049-13 допускается использовать групповую для организации сна с использованием выдвижных кроватей или раскладных кроватей с жестким ложем. Спальни в период обслуживания детей можно использовать для организации игровой деятельности и образовательной деятельности при условии строгого соблюдения режима проветривания и влажной уборки (в спальне должна быть проведена влажная уборка не менее чем за 30 мин до сна детей, при постоянном проветривании в течение 30 мин).

В раздевальной (приемной) для детей младшего и раннего возраста до 1 года должно быть предусмотрено место для раздевания родителей и кормления грудных детей матерями. Спальню для детей младшего и раннего возраста до 1 года следует разделять остекленной перегородкой на две зоны:

- 1) для детей младшего возраста;
- 2) раннего возраста до 1 года.

Таблица 2.1. Состав и площадь помещений групповой ячейки

Вид помещения	Группа	
	Для дошкольного и раннего возраста	Дошкольник
Раздевальная	Не менее 18 м ² . Для групп наибольшей вместимости менее 10 человек площадь раздевальной допускается определять из расчета 1 м ² на 1 ребенка, но не менее 6 м ² .	
Буфетная	3 м ²	
Спальня	1,8 м ² на 1 ребенка	2 м ² на 1 ребенка
Туалетная	12 м ²	16 м ²

Рекомендуемые площади помещений, выходящих в групповую ячейку приведены в табл. 2.1.

При проектировании дошкольных учреждений с большим числом групп целесообразна блочная или павильонная система. При этом возможна полная изоляция групп, что препятствует распространению инфекционных заболеваний в случае их возникновения. В состав групповой ячейки для детей ясельного возраста входят также приемная для родителей. Групповые ячейки детей ясельного возраста должны иметь самостоятельный вход с участка.

Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях ДОО с численностью воспитанников до 120 и в существующих зданиях допускается один общий зал для занятий музыкой и физкультурой. В этом случае рекомендуется оборудовать физкультурную площадку для занятий физкультурой на свежем воздухе.

При численности воспитанников более 120 рекомендуется предусматривать два зала: один — для занятий музыкой, другим — для занятий физкультурой. Залы не должны быть проходными. При залах необходимо размещать кладовую для хранения физкультурного и музыкального инвентаря площадью 6 м².

Для обучения детей плаванию предусматривается устройство крытого плавательного бассейна с длиной 3×7 м² с переменной глубиной от 0,6 до 0,8 м с раздевальными, душевыми, проходными ножными ваннами в местах выходов из душевой на обходную дорожку¹.

В ДОО любой вместимости на первом этаже должен быть предусмотрен блок медицинских помещений: медицинский кабинет, процедурный кабинет, изолятор и туалет с местом для приготовления дезинфекционных растворов.

¹ СП 31-113-2004 «Бассейны для плавания», СанПиН 2.1.2.1188-03 «Планы-таблицы бассейнов. Технические требования к устройству, эксплуатации и качеству воды. Контроль качества».

Предусмотрены так же помещения для занятий по развитию речи с применением технических средств обучения (36 м²).

В состав помещений служебно-бытового назначения входят: кабинеты администрации, комнаты педагогов и методистов, бытовые помещения для персонала со шкафом для хранения одежды, помещения охраны, хозяйственные кладовые, мастерские. В туалетной для персонала должен быть умывальник, а так же душевой поддон с душевой сеткой на гибком шланге.

В ДОО могут предусматриваться три типа пищеблоков:

- 1) работающие на сырье;
- 2) работающие на полуфабрикатах;
- 3) буфеты-раздаточные для приема готовых блюд и кулинарных изделий, поступающих из организаций общественного питания, и распределения их по группам.

Стены и полы помещений дошкольных учреждений должны быть гладкими и иметь отделку, позволяющую делать уборку влажным способом. Все строительные и отделочные материалы должны быть безвредными для здоровья человека и иметь документы, подтверждающие их происхождение, качество и безопасность.

Согласно СанПиН 2.4.1.3049-13 для внутренней отделки помещений возможно использовать обои, допускающие проведение уборки влажным способом и дезинфекцию. Поверхности стен основных помещений групповых ячеек, комнат для музыкальных и танцевальных занятий имеют матовую фактуру светлых тонов; они должны быть доступными для мытья и дезинфекции. Стены помещений пищеблока, буфетных, кладовой для овощей, охлаждаемых камер, моечной, постирочной, складной и туалетных на 1,5 м от пола облицовывают гладкокрашеной плиткой или влагостойким материалом, безвредным для здоровья человека.

В помещениях, предназначенных для детей, полы должны быть гладкими, нескользкими, без щелей и дефектов. В качестве материала для покрытия используют дерево, синтетические полимерные материалы. Допускающие обработку влажным способом и применение дезинфекционных препаратов. В помещениях пищеблока, туалетных комнатах полы выстилают керамической или мозаичной шифрованной плиткой.

Полы групповых (игровых), спален, изолятора должны быть утепленными, а на первом этаже — отапливаемыми. Для поддержания в помещениях ДОО необходимого теплового режима при наружных входах в здание, а так же выходах на холодную веранду предусматривается устройство тамбура глубиной не менее 1,6 м. Предусматривается защита помещений от избыточной инсоляции и перетрева.

2.6. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОБОРУДОВАНИЮ

К оборудованию дошкольных учреждений относятся предметы, связанные с бытом детей и педагогическим процессом в учреждении: мебель, игрушки, строительный материал, дидактические пособия, а так же инвентарь для работы на участке, уборки помещений.

Оборудование должно соответствовать росту и возрасту детей, способствовать их развитию и здоровью, не вызывать излишнего напряжения и тем более травм; оно должно быть безопасным в эпидемиологическом отношении, не затормаживать помещений, не мешать свободному передвижению детей.

Детская мебель и оборудование в ДОО должны быть изготовлены из материалов, безвредных для здоровья детей, и иметь документы, подтверждающие их происхождения и безопасность.

2.6.1. Оборудование раздевательной (приемной)

В приемной для детей младшего и раннего возраста должны быть персональные столы, шкафы для верхней одежды детей, шкафы для персонала. Для хранения верхней одежды детей предусматриваются индивидуальные шкафчики высотой 120—135 см. Они должны быть оборудованы полками для головных уборов, для обуви, крючками для верхней одежды и промаркированы.

Для одежды персонала и родителей имеется отдельная вешалка. В раздевательной должны быть низкие лавочки или скамейки-приступки высотой 18—20 см.

Предусматриваются устройства для сушки одежды и обуви, стеллажи для игрушек, умывальная раковина, место для кормления грудных детей матерями.

2.6.2. Оборудование групповых (игровых) комнат

Мебель изготавливают из легких прочных материалов (сухой выдержанной дуб, алюминий, пластмасса и др.), покрывают светлыми безвредными красками или лаком, стойкими к воде, мылу и дезинфекционным средствам. Поверхности детской мебели должны быть

гладкими, все углы столов, стульев, шкафов — округлыми или со скругленными гранями.

В группах для детей раннего возраста рекомендуется устанавливать в светлой части помещения групповой манеж размерами 6,0×5,0 м с высотой ограждения 0,4 м, длиной стороны параллельно окнам и на расстоянии от них не менее 1,0 м. Для пользования детей на полу выделяют место, огражденное барьером. Рекомендуется устанавливать торки с лесенкой высотой не более 0,8 м и длиной ската 0,9 м; мостик длиной 1,5 м и шириной 0,4 м с перилами высотой 0,45 м.

Рядом с буфетной рекомендуется устанавливать персональные столы и специальные стулочки с выдвижными креслами для кормления детей в 8—12 месяцев. Возле персонального стола устанавливается бак с крышечкой для грязного белья.

В групповых для детей 1,5 лет и старше столы и стулья устанавливаются по числу детей в группах. Для детей старшей и подготовительной групп рекомендуется использовать столы с изменяющимся наклоном крышки до 30°.

Вся мебель, которая используется в дошкольных учреждениях, должна соответствовать стандартам: ГОСТ 19301.1—94 «Мебель детская дошкольная. Функциональные размеры столов»; ГОСТ 19301.2—94 «Мебель детская дошкольная. Функциональные размеры стульев». Стандарты не распространяются на игровые и трансформируемые столы и стулья.

Для дошкольных учреждений утверждены определенные виды и размеры столов и стульев:

- столы четырехместные — для детей 1,5—5 лет;
- столы двухместные с изменяющимся наклоном крышки и лицом для учебных пособий — для детей 5—7 лет;
- столы двухместные трапециевидные — для детей от 1,5 до 4 лет;
- столы одноместные — для использования в быту;

Стулья должны быть профилированными по форме бедер и ягодиц.

Стулья и столы должны быть одной группы мебели и промаркированы. Подбор мебели для детей проводится с учетом роста детей согласно табл. 2.2.

Рекомендуется цветовая маркировка столов и стульев, чтобы ребенок мог самостоятельно находить стол и стул, соответствующие его росту. С этой целью мебель одного размера в каждой группе помечают одинаковыми цветными рисунком или символом.

В каждой из групп желательно иметь «Карту рассаживания детей за столами», в которой отражат фамилию, имя ребенка,

Таблица 2.2. Основные размеры столов и стульев для детей раннего и дошкольного возраста

Группа детей, рост, мм	Группа мебели	Высота стола, мм	Высота стула, мм
До 850	00	340	180
Свыше 850 до 1 000	0	400	220
1 000—1 150	1	460	260
1 150—1 300	2	520	300
1 300—1 450	3	580	340
1 450—1 600	4	640	380

Амину тела, состояние зрения и слуха, группу мебели, ряд и место, которые за ним закрепляются. При размещении детей учитывают состояние здоровья, зрения и слуха. Два раза в год медицинская сестра и воспитатель на основании данных измерения Амину тела (роста) осуществляют контроль над расхождением детей с записью в Карту. В каждой группе нужно иметь не менее двух размеров столов и стульев.

Для лучшего естественного освещения четырехместные столы желательно располагать в два ряда узкой частью к окнам. Двухместные — в три ряда. Зимой столы ставят ближе к окнам (50 см от окна), весной для предохранения глаз детей от ярких лучей солнца отодвигают внутрь помещения.

Источник света для праворуких детей должен находиться слева, для леворуких — справа.

Дети сажают за соответствующим их росту столам так, чтобы самые маленькие и с пониженным слухом находились ближе к воспитателю, с дефектами зрения — ближе к источнику света и доске. Нельзя сажать детей спиной к свету. Первый ряд столов для наилучшей видимости демонстрационного материала располагается от доски на расстоянии 2,0—2,5 м. Расстояние между рядами столов — не менее 0,5 м; расстояние первого ряда столов от окна — 1 м.

Кроме столов и стульев в игровых и групповых комнатах имеются шкафы и полки для белья, игрушек, дидактического и строительного материала, доски для занятий изобразительной деятельностью, буфет для посуды.

Рабочие поверхности столов должны иметь матовое покрытие светлого тона. Материал, используемый для облицовки столов и стульев, должен обладать низкой теплопроводностью, быть стойким к воздействию влаги, моющих и дезинфекционных средств.

Матовые доски должны быть изготовлены из материалов, имеющих высокую адгезию с материалами, используемыми для письма, хорошо очищаться влажной губкой, быть износостойкими, предпочтительно темно-зеленого или коричневого цвета и иметь антибактериальное или матовое покрытие. Высота подвеса нижнего края настенной доски 0,7—0,8 м, размер настенной доски 0,75—1,5 м. При использовании маркерной доски цвет маркера должен быть контрастным (черный, красный, коричневый, темные тона синего и зеленого).

Учебные доски, не обладающие собственным свечением, должны иметь равномерное искусственное освещение.

Для раздачи пищи и мытья посуды в каждой из групповых комнат есть буфетная. Она включает в себя следующие оборудование: шкаф-стол с мойкой, шкаф-стол кухонный, шкаф навесной, шкаф навесной для сушки посуды и стол сервировочный.

В групповой, в специально отведенном отдаленном помещении, может быть предусмотрен уголок живой природы. В соответствии с СанПиН 2.4.1.3049-13 размещение аквариумов, животных, птиц в помещениях групповых не допускается.

2.6.3. Оборудование спален

Спальни оборудуют стационарными кроватями (ГОСТ 19301.3—94). Конструкция кроватей (деревянных или металлических) должна соответствовать росту ребенка, а упругая поверхность ложа — способствовать быстрому засыпанию ребенка.

Для оборудования спален яслей-садов используют кровати двух типов:

- 1) с ограждением и переменной высотой ложа для детей до 3 лет (длина 120 см, ширина 60 см, высота ограждения от пола 95 см);
- 2) для детей 3—7 лет (длина 140 см, ширина 60 см и высота 30 см).

В кроватях первого типа для удобства пользования обязательно предусматривается возможность уменьшения высоты бокового ограждения за счет его опускания (не менее чем на 15 см).

У каждой кровати ставят стул, сиди на котором, ребенок может спать и надевать свою одежду. Расстояние кроватей должна обеспечивать свободный проход детей между кроватями, кроватями и наружными стенами. Кровати и отопительными приборами. Поэтому кровати размещают с соблюдением минимальных расстояний:

- между длинными сторонами кроватей — 0,65 м;
- от наружных стен — 0,6 м;
- от отопительных приборов — 0,2 м;
- между изголовьями двух кроватей — 0,3 м.

Наиболее гигиеничными являются матрацы из волоса или морской травы, подушки — из мягкого пера, небольших размеров (30×30 см). Постельное белье должно иметь индивидуальную маркировку у каждого края, что обычно осуществляется при его смене. Необходимо иметь три комплекта белья и полотенец. Два комплекта наматрасников из расчета на 1 ребенка. Смена постельного белья, полотенец проводится по мере загрязнения, но не реже 1 раза в неделю.

В соответствии с СанПиН 2.4.1.3049-13, при отсутствии спящих по проекту или недостающей площади имеющихся спальных помещений допускается организовывать дневной сон детей дошкольных групп в групповых на раскладных кроватях с жестким дожем или на трансформируемых (выдвижных, выкатных) одно — трехуровневых кроватях. Их количество должно соответствовать числу детей, находящихся в группе.

При использовании раскладных кроватей в каждой групповой должно быть предусмотрено место для хранения, а так же для индивидуального хранения постельных принадлежностей и белья. Постельное белье маркируется индивидуально для каждого ребенка.

Для контроля над температурой воздуха в каждой из спален должен быть настенный термометр, подвешенный на высоте 1,2—1,5 м от пола.

В существующих ДОО допускается использование спальных помещений, предусмотренных проектом, в качестве групповых или кабинетов для дополнительного образования.

2.6.4. Оборудование туалетных комнат

Туалетная комната для детей раннего возраста оборудуется в одном помещении. В ней устанавливаются три умывальные раковины с подводкой горячей и холодной воды для детей, одну умывальную раковину для персонала, шкаф (стеллаж) с ящиками для хранения индивидуальных горшков и слив для их обработки, детскую ванну, хозяйственный шкаф. Горшки должны быть промаркированы. Высота раковины должна быть такой, чтобы ухаживающему персоналу при умывании и подмывании детей не надо

было сильно наклоняться. Туалетный стол и бак для грязного белья рекомендуется размещать близко от раковины, тогда персонал не будет производить лишних движений и затрачивать лишнее время на туалет детей.

В умывальной зоне туалетных младшей дошкольной и средней группы устанавливаются четыре умывальные раковины для детей и одну умывальную раковину для взрослых, четыре детских унитаза.

Туалетные старшей и подготовительной групп в умывальной зоне оборудуются умывальными раковинами с подводкой горячей и холодной воды для детей из расчета одна раковина на пять детей, одна умывальная раковина для взрослых, детские унитазы из расчета один унитаз на пять детей.

Детские унитазы рекомендуется устанавливать в закрытых кабинках, высота ограждения кабинки — 1,2 м (от пола), не доходящей до уровня пола на 0,15 м. Высота борта унитаза над полом равна длине голени ребенка со ступой, а ширина (поперечный размер) соответствует расстоянию между большими вертебрами. В среднем высота унитаза над полом 28 см, а ширина — 22 см; диаметр выреза деревянного сиденья 18—20 см, а в поперечнике — 15—16 см.

В старших и подготовительных группах предусматриваются раздельные туалетные комнаты (кабинки) для мальчиков и девочек.

При круглосуточном пребывании детей рекомендуется оборудовать ванную комнату для помывки детей, оборудованные душевыми кабинками (ваннами, тощонами с подводкой горячей и холодной воды со смесителем).

В группах, где дети умываются самостоятельно, высота крапа умывальника должна быть на уровне локтя согнутой руки ребенка, чтобы при умывании вода не затекала за рукава. Детям низкого роста под ноги подкладывают деревянные подставки.

Унитазы оборудуются детскими сиденьями или гигиеническими накладками, изготовленными из материала, безвредных для здоровья детей, допускающих их обработку моющими и дезинфицирующими средствами.

На каждом этаже здания дошкольной образовательной организации рекомендуется организовать отдельную санитарную комнату с унитазом и умывальником для персонала.

В туалетных помещениях (рядом с умывальниками или напротив них) должны быть по санитарному составу детей вешалки с изогнутыми плечами гнездами для хранения индивидуальных предметов личной гигиены ребенка: для детских полотенец (отдельно для рук

и для ног), мыла, стаканчика с зубной щеткой и т. д., хозяйственный шкаф и шкаф для уборочного инвентаря. Допускается использование одноразовых полотенец для рук в туалетных для детей.

2.7. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВОЗДУШНОЙ СРЕДЕ ПОМЕЩЕНИЙ

Потребность детей в чистом, свежем воздухе очень велика, так как вследствие большой частоты и малого объема дыхательных движений, обусловленных особенностями строения грудной клетки, интенсивность обмена газов между кровью и воздухом у них несколько ниже, чем у взрослых. Необходимо, чтобы химический, физический и биологический состав воздуха в помещениях, т. е. микроклимат, отвечал установленным гигиеническим нормам.

Качественный состав воздушной среды помещений складывается из химических веществ антропогенного происхождения, компонентов, мигрирующих из современных полимерных и лакокрасочных материалов, детских игрушек.

Состав воздуха в помещениях ДОО в результате длительного пребывания в них детей постепенно ухудшается: нарастает количество углекислого газа, водяных паров, тяжелых ионов; повышается температура, влажность, бактериальная загрязненность; появляются органические примеси, аммиак, сероводорода, которые ухудшают самочувствие ребенка (табл. 2.3).

Органические вещества, аммиак, летучие жирные кислоты, сероводорода — человек выделяет через кожу, потовые железы и кишечник. В воздухе помещений их тем больше, чем хуже уход за телом и детской одеждой. Особенно много органических веществ образуется в туалетных помещениях, прачечной, кухне. При наличии в кухне

Таблица 2.3. Химический состав атмосферного и выдыхаемого воздуха (% от общего объема воздуха)

Составные элементы воздуха	Атмосферный воздух	Выдыхаемый воздух
Кислорода	20,7	15,4
Азот	78,8	79,2
Углекислый газ	0,03	4,4
Водяные пары	0,47	Насыщенный

разных плит воздух может ухудшаться и за счет попадания в него продуктов неполного сгорания топлива и образования окиси углерода. В помещениях постоянно изменяется ионный состав воздуха. Легкие ионы, оказываясь в положительном влиянии на человека, дсорбируются дыхательными путями детей, парами воды, пылевыми частицами. Их количество постепенно уменьшается, в то время как число тяжелых ионов, содержащихся в выдыхаемом детьми воздухе, увеличивается, ухудшая тем самым качество воздуха.

Опасность для организма представляет воздух, насыщенный пылью, в которой задерживается огромное количество микроорганизмов, выделяемых при дыхании, кашле, чихании. Следует внимательно следить за состоянием полости рта и слизистых оболочек дыхательных путей у детей.

Чтобы в помещениях дошкольных учреждений воздух был качественным, необходимо обеспечить их кубатура и правильный воздухообмен. На каждого дошкольника в групповой комнате должно приходиться 6—7,5 м³ воздуха. Такая кубатура достигается в тех случаях, когда площадь пола на одного ребенка в групповой комнате составляет 2,0—2,5 м², а высота помещения достигает 3 м.

Естественный обмен воздуха в помещениях (через поры строительного материала, щели в окнах, дверях под действием ветра и др.) недостаточен, поэтому помещения проветривают через открытые окна, форточки и форточки. Сквозное проветривание происходит в течение 10 мин через каждые 1,5 ч.

В тех случаях, когда температура атмосферного воздуха не ниже -5 °С и отсутствует сильный ветер, в дошкольных учреждениях проводится сквозное проветривание помещений в присутствии детей.

В отсутствие детей в помещениях проводят сквозное или угловое проветривание (открывают форточки, форточки или окна). Такое проветривание особенно необходимо после сна детей, приема пищи, а так же в конце дня, когда воздух помещений особенно загрязнен. Не допускается проветривание через туалетные комнаты.

Длительность проветривания определяется температурой наружного воздуха. Сквозное проветривание при очень низких температурах наружного воздуха (ниже -20 °С) проводится не более 2—3 мин, при более теплой погоде проветривание должно проводиться одновременно с влажной уборкой помещения и заканчиваться за 30 мин до прихода детей с прогулки или занятий.

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

В помещениях спящих сквозное проветривание проводится до минимума.

При проветривании во время сна фрамуги, форточки открываются с одной стороны и закрываются за 30 мин до подъема.

В холодное время года фрамуги, форточки закрываются за 10 мин до отхода ко сну детей.

В теплое время года сон (дневной и ночной) организуется при открытых окнах (необходимо избежать сквозняк).

Для эффективного проветривания помещения окна оборудуют откидными фрамугами с рычажными приборами и используют их для проветривания во все сезоны года. Отношение площади фрамуг к площади пола составляет 1:50.

При проветривании через фрамуги увеличиваются скорость движения и объем поступающего воздуха. Воздух через фрамугу поступает в верхнюю часть помещения. Холодный воздух за счет своей относительной массы, опускается вниз, проникает через щели в комнате и возвращается. Это позволяет в осенние и ранние весенние месяцы, а частично и зимой при отсутствии ветра и не очень большой разнице в температурах наружного и комнатного воздуха держать фрамуги открытыми в присутствии детей.

Все фрамуги и форточки должны иметь специальные приспособления для свободного их открывания и закрывания.

Для улучшения проветривания помещений в дошкольных учреждениях оборудуются центральная вытяжная вентиляция. С ее помощью из помещений удаляется загрязненный воздух. Центральная вытяжная вентиляция используется в осенне-зимний период, с начала отопительного сезона и до наступления теплой погоды. Она работает на естественной тяге за счет разности температур наружного и комнатного воздуха.

2.8. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕПЛОВОМУ РЕЖИМУ ПОМЕЩЕНИЙ

Температура окружающего воздуха оказывает большое влияние на организм ребенка. Если она слишком высокая, отсюда организм тела затрундается и ребенок перегревается. Слишком низкая температура, наоборот, усиливает отдачу тепла организмом и ребенок переохлаждается. Это неблагоприятно сказывается на самочувствии, работоспособности детей, затрундывает любую их деятельность. Отопление в ДОО должно создавать условия теплового равновесия без резкого напряжения терморегуляции (тепловой комфорт).

Комфортные тепловые условия органичиваются определенными температурными пределами в соответствии с возрастом и зависят от состояния здоровья, вида деятельности и закладности детей.

В играх и группах, расположенных на первом этаже, температура поверхности пола в зимний период должна быть не менее 22 °С. Относительная влажность воздуха в детских помещениях 40—60 %, скорость движения воздуха — не более 0,1 м/с; влажность воздуха в кухне и постирочной — 60—70 %.

В ДОО примененот различные системы отопления: центральное или автономное водяное, газовое и, редко, печное.

Все эти системы должны соответствовать следующим требованиям:

- обеспечивать достаточную и равномерную температуру и влажность воздуха;
- не загрязнять его продуктами неполного сгорания топлива;
- быть пожаробезопасными.

Комфортная температура в различных помещениях ДОО в течение суток не должна превышать 2—3 °С. В качестве нагревательных приборов могут применяться радиаторы, трубчатые нагревательные элементы, встроенные в бетонные панели. Конструкция радиаторов должна обеспечивать достаточную и равномерную отдачу тепла в окружающий воздух и возможность легкого удаления с них пыли. Для поддержания оптимальных параметров температурного режима отопительные приборы оборудуются регулируемым кранами.

Отопительные приборы должны быть ограждены съемными деревянными решетками, за которыми необходим уход. Не допускаются устройства отражений из дерева-стружечных плит. Следует избегать использования переносных обогревательных приборов, а так же обогревателей с инфракрасным излучением.

2.9. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ ВОДОСНАБЖЕНИЯ

Водоснабжение детского учреждения должно обеспечивать достаточное количество воды для питья, приготовления пищи, гигиенического содержания помещений, приятия детей гигиенических ванн. Качество воды, которая используется в дошкольном учреждении, должно соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям к питьевой воде.

В жилых зданиях с дневным пребыванием детей расход воды составляет 75 л на одного ребенка в сутки, с круглосуточным — 100 л.

Холодильник и горячий водоснабжением должны быть обеспечены групповые ячеики, медицинский блок, пищеблок, туалеты, бассейн. Температура воды, подаваемой к умывальникам и душам, должна быть не ниже 37 °С и не выше 60 °С.

В каждой группе ДОО должна быть свежая питьевая вода. Ее хранят в закрытой стеклянной посуде (графит, кушину). Для детей в старших группах на подносе, рядом с водой, должны быть опорожненные вверх дном чистые чашки. Воду обновляют ежедневно.

Водоснабжение дошкольных учреждений обеспечивается через городские (в городах) и поселковые (в сельской местности) центральные водопроводы. Там, где нет центрального водопровода, детские сады и сады снабжаются водой от ближайших предприятий или учреждений, имеющих водопровод. Только в крайних случаях для детских учреждений строят местный водопровод или берут воду из колодезя.

Воду из местных источников подвергают тщательному химическому и бактериологическому анализу. Вода не должна содержать органических веществ, свидетельствующих о загрязнении источника воды животными отбросами (кал, моча, сточные воды), вместе с которыми в воду проникают болезнетворные микроорганизмы и яйца глистов. Оценка качества воды, определяют так же содержание в ней известковых и магниевых солей, обуславливающих жесткость воды (жесткая вода не представляет опасности для организма, однако в ней плохо растворяются некоторые продукты (мясо, овощи). Плохо мылится мыло, она оставляет большую накипь на стенках котлов и кухонной посуды).

2.10. ТРЕБОВАНИЯ К ЕСТЕСТВЕННОМУ И ИСКУССТВЕННОМУ ОСВЕЩЕНИЮ ПОМЕЩЕНИЙ

Световой режим в ДОО предусматривает достаточное в количественном и качественном отношении освещение всех его помещений. Уровни естественного и искусственного освещения в дошкольных образовательных организациях должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий¹.

¹ СанПиН 2.2.1/2.1.1.278-03 «Детские учреждения: требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий», СанПиН 2.2.1/2.1.1.2585.

От качества освещения помещений, где находятся дети, зависит не только состояние их зрения, но и состояние организма в целом. Положительно влияет на организм естественное освещение. Поэтому и взрослые и групповые комнаты располагают в помещениях, окна которых ориентированы на наиболее освещенные части света: юг, юго-восток. Прохождение света в них не должно мешать ни созданию тени, ни высоким деревьям.

Естественное освещение помещений в значительной степени зависит от величины окон. Однако очень большие окна увеличивают в зимнее время возможность охлаждения, а в летнее — перегревание помещений.

Естественная освещенность тем слабее, чем дальше от окна расположено то или иное место. Чем выше окно, тем глубже проникают световые лучи. Для обеспечения достаточной освещенности отдельных мест определяют коэффициент заглубленности (отношение высоты верхнего края окна над полом к глубине комнаты), который должен равняться 1:2, т. е. глубина помещения не должна превышать двойную высоту верхнего края окна над полом. При одностороннем освещении групповых помещений стены для детей размещаются на расстоянии не более 6 м от светонесущей стены. В этом случае верхний край окна должен быть поднят над 3 м от пола.

Прохождение света в помещении, где находятся дети, не должно мешать детям, которые могут находиться до 25—30 % света, по сторонам предметов, шторы. Поэтому в спальных и групповых комнатах для максимального использования естественного света и равномерного освещения поверхностей не рекомендуются развешивать шторы в торшерах на покрывалах. Допустимы только узкие занавески из светлой, хорошо стирающейся ткани. Или используются, когда необходимо ограничить проникновение в комнату прямых солнечных лучей. Стенка должна быть высокого качества.

Световые проемы в групповых, игровых и спальнях оборудуют регулируемой солнцезащитными устройствами. В качестве солнцезащитных устройств используются шторы для жалюзи (внутренние, межстекольные и наружные вертикально направляемые) светлых тонов со светорассеивающими и светопроницающими свойствами. Материал, используемый для жалюзи, должен быть стойким к воде, моющим и дезинфекционным растворам.

Конструкция регулируемых солнцезащитных устройств в условиях помещений не должна уменьшать светопрозрачную площадь оконного проема. Защиторные окна в спальнях помещениях допускается лишь во время сна детей, в остальное время шторы

должны быть развинуты для обеспечения инсоляции помещений. Для подержания хорошей освещенности в помещении важно содержать в чистоте стекла окон и лампы (замёрзшее стекло поглощает до 80 % световых лучей, грязь может снизить прохождение света на 25 % и более). Чистку оконных стекол следует производить не реже 2 раз в год, осветительной арматуры и светильников — не реже 2 раз в год.

Недостаток света неблагоприятно складывается на самочувствии ребенка, состоянии его зрения, поэтому, когда естественного света в помещении мало, следует использовать искусственные источники.

Искусственное освещение может быть:

- *общим*, когда освещается все помещение;

- *местным*, при котором освещается определенная поверхность;

- *комбинированным* — сочетание общего освещения с местным.

В качестве источников света используются люминесцентные лампы с параметрами, максимально приближенными к естественной освещенности.

В соответствии с СанПиН 2.4.1.3049-13 теперь не ограничивается вид искусственного освещения, что позволяет использовать новые типы источников, в том числе современные, на основе светодиодов, обладающие помимо энергетической эффективности рядом положительных спектральных характеристик, приближенных к естественному свету. Использование новых типов ламп и (или) светильников допускается при наличии санитарно-эпидемиологического заключения¹.

Все источники искусственного освещения содержат в исправном состоянии. Шумящие люминесцентные лампы следует немедленно заменить. Неправильные и перегоревшие лампы собирают в специально выделенном помещении и вывозят из здания ДОО. Искусственное освещение в помещениях для занятий с компьютерами обеспечивают системой общего равномерного освещения. В качестве источников света используют лампы типа АБ, светодиодники серии АПСОЗ6 с зеркализированными решетками.

Уровень освещенности должен быть не ниже ниже 150 лк. Общая электропотребность составляет 1300 Вт, удельная 30—36 Вт/м².

Источники искусственного освещения должны обеспечивать достаточное равномерное освещение всех помещений, размещаться в соответствии с требованиями для ДОО.

¹ Изменения и дополнения № 1 к СанПиН 2.2.1./2.1.1.1278-03 "Питание, питание, питание к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий".

Осветительные приборы в помещениях для детей должны иметь защитную светорассеивающую арматуру, в помещениях пищеблока и прачечной — пылезащитнопроницаемую защитную арматуру.

2.11. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЦВЕТОВОМУ ФОРМИРОВАНИЮ ПОМЕЩЕНИЙ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Цветовой климат учебных помещений оказывает большое физиологическое влияние на организм детей. Создание оптимальной цветовой среды значительно снижает общее и зрительное утомление, способствует улучшению освещенности помещений, оказывает положительное влияние на эмоциональное состояние воспитанников. Все цвета подразделяются на две основные группы:

- 1) хроматические;
- 2) ахроматические.

К первой относятся цвета видимого спектра и их оттенки (от красного до фиолетового), ко второй — белый, серый и черный.

При цветовом оформлении помещений необходимо учитывать основные характеристики хроматических цветов:

- один цветовой тон (например, красный, зеленый, синий);
- насыщенность (степень «разбавления» спектрального цвета белым; чем больше «примесь» белого, тем светлее становится основной цвет);

- яркость, зависящую от падающего на окрашенный объект общего светового потока.

Для ориентировочной оценки коэффициента отражения следует иметь в виду, что оранжево-желтый цвет отражает 40—70 % световых лучей, желтый — 40—60 %, зеленовато-желтый — 50—58 %, желтовато-зеленый 40—50 %, зеленый, зеленовато-голубой — 35—40 %, голубой — 40—45 %.

Наряду с учетом физиолого-гигиенических в физических свойств цветовой радиации следует при цветовом оформлении следует так же уделять внимание психологическому влиянию цвета. Так, красный, оранжевый, желтый цвета и их оттенки — «теплые» цвета — создают впечатление тепла и действуют возбуждающе. Зеленый, зелено-голубой, голубые цвета и их оттенки — «холодные» цвета — создают впечатление холода, снижают напряжение зрения, действуют успокаивающе и тем самым поддерживают высокий уровень работоспособности.

Светлые оттенки цветов благодаря высокому коэффициенту отражения увеличивают освещенность помещений, вызывают субъективное ощущение легкости и увеличения объема помещения. Темные оттенки цветов производят гнетущее впечатление, снижают коэффициент отражения поверхности помещения, способствуют возникновению раннего зрительного утомления, оказывают отрицательное воздействие на эмоциональную сферу ребенка. На основании изучения влияния цветов на зрительный анализатор было выделено три группы цветов, которые могут быть использованы при цветовом оформлении

Первая группа — оптимальная, которая включает в себя цвета средней и высокой части спектра и характеризуется слабой насыщенностью и высоким коэффициентом отражения (светлота). К этой группе относятся цвета с насыщенностью не более 40% и коэффициентом отражения не менее 40% (оранжево-желтые, желтые, желто-зеленые, голубовато-зеленые, зеленовато-голубые, голубые, белые и серые). Они могут быть использованы для окраски основных поверхностей (стены в приемной, развальной, групповых комнатах, в зале для гимнастических занятий, цвет штор, окраска мебели и пр.).

Ко **второй группе** относятся субоптимальные цвета, представляющие для окраски отдельных частей поверхностей, когда требуется сделать акцент на определенном цветовой тоне в целях улучшения различения предметов. Эта группа включает цвета с высотой в пределах от 32 до 60% и коэффициентом отражения не менее 30%. Группа содержит цветовые оттенки: красные, красно-оранжевые, оранжево-желтые, желтые, желто-зеленые, голубые, синие, фиолетовые, пурпурные и серые. Цвета этой группы используются при создании отдельных элементов интерьера помещений, контрастных цветовых сочетаний.

В **третью группу** входят предупредительные цвета, представляющие для окраски оборудования, где требуется указание об опасности. Эта группа содержит цвета с чистотой от 40% и выше, с вегетарианским коэффициентом отражения. В нее входят лосино-укладных выше цветов черный и флуоресцентные цвета (цвет маркировки мебели, отражений, электрощитов и пр.).

При ориентации окон на юг, юго-восток, юго-запад используют «холодные» цвета со сравнительно высоким коэффициентом отражения (выше 50%): светло-серые, светло-зеленые, зелено-голубые, светло-голубые. Если окна ориентированы на север, северо-восток, северо-запад, используют «теплые» цвета с высоким коэффициентом отражения: оранжево-желтые, желтые, желтовато-зеленые,

Стены не следует окрашивать в цвета с низким коэффициентом отражения, а так же в цвета крайних участков спектра (красный и его оттенки, синий, фиолетовый), которые утомляют зрение, неблагоприятно влияют на эмоциональный тонус, снижают уровень освещенности помещений.

2.12. ТРЕБОВАНИЯ К ДОО И ГРУППАМ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Диапазон различий в развитии детей с ограниченными возможностями здоровья чрезвычайно широк: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности, до детей с выраженными нарушениями развития. В их число входят дети с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с задержкой психического развития. Такие дети нуждаются в особых условиях воспитания и обучения.

В ДОО любого вида для детей с ограниченными возможностями здоровья (ВЗ), детей-инвалидов организуются группы:

- компенсирующей направленности — для осуществления квалифицированной коррекции недостатков в физическом и психическом развитии и должного образования детей с ограниченными возможностями здоровья (с тяжелыми нарушениями речи, фонетико-фонологическими нарушениями, глухих и слабослышащих, слепых и слабовидящих, амблиопией, косоглазием, нарушениями опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития, умственной отсталостью, аутизмом, сложным дефектом (сочетание двух и более недостатков в физическом и (или) психическом развитии, inability ориентироваться в окружающей среде);
- оздоровительной направленности — для детей с тугоухой интоксикацией, часто болеющих детей и других категорий детей, которым необходим комплекс специальных оздоровительных мероприятий;
- комбинированной направленности — для организации совместного воспитания и образования здоровых детей и детей с ВЗ.

Питательная организация пищевой среды ДОО и групп для детей с ВЗ должна соответствовать СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».

Помещения для воспитанников специальных дошкольных образовательных организаций (объекты физического развития, труднореабилитационные, нарушения координации движений, ослабление или отсутствие зрения и др.) должны размещаться так, чтобы обеспечивать возможность удобного перемещения внутри здания и к игровой площадке.

На территории должны быть удобные подъездные пути и подходы от остановок общественного транспорта. Все подъезды и подходы к зданиям должны быть асфальтированы или иметь другое твердое покрытие. Единый комплекс образовательных организаций (детский сад — школа) допускается размещать на одной территории.

Для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата уклоном дорожек и тротуаров должен быть не более 5°, ширина дорожек и тротуаров — не менее 1,6 м. На поворотах и через каждые 6 м необходимо предусматривать площадки для отдыха.

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

Объекты (деревья, кустарники, столбы и др.), находящиеся на территории дошкольной организации, не должны быть препятствием для ходьбы, прогулки и игр детей.

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

В вечернее время территория должна иметь искусственное освещение для слабослышащих детей не менее 40 лк.

Автоматические двери дошкольных организаций, помещения для детей при открытии не должны создавать препятствия для прохода детей. В помещениях следует избегать устройства лишних углов, а имеющиеся углы округлять. Лестницы должны иметь двусторонние поручни и ограждение высотой 1,8 м или сплошное ограждение сеткой.

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

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

Стены основных помещений групповой ячейки и оборудование должны быть окрашены матовыми красками светлых тонов. В помещениях для детей с нарушениями зрения окраска дверей и дверных наличников, выступающих частей зданий, границ ступеней, мебели и оборудования должна контрастировать с окраской стен.

При использовании звукоусиливающей аппаратуры предусматривается звукоизоляция перекрытия и стен (перекрытия и стены должны обладать высоким звукоизолирующими свойствами).

Групповые, спальни, музыкальные залы для слепых, слабовидящих должны иметь только южную и восточную ориентацию по сторонам горизонта.

Уровень искусственной освещенности для слепых и слабовидящих детей в игровых, учебных помещениях, музыкальных и спортивных залах должен быть не менее 600—800 лк; для детей, страдающих светобоязнью, в игровых, учебных помещениях, музыкальных и спортивных залах — не более 300 лк.

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

Для создания комфортных световых условий детям со светобоязнью над их учебными столами должно быть предусмотрено обязательное раздельное включение отдельных групп светильников общего освещения. В допотопических кабинетах около зеркала устанавливаются настенные светильники местного освещения на кронштейнах, позволяющих менять угол наклона и высоту источника света.

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

В помещениях групповых рекомендуется:

- для слабослышащих детей и детей с умственной отсталостью предусматривать одноместные универсальные столы с регулируемыми параметрами, простой и надежной конструкции;
- для детей с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих) и расстройствами речи предусматривать одноместные столы с индивидуальными пультами (микрофонный комплект, звуковое оборудование); столы для воспитателя с пультом управления (с усилителем и коммутатором), с подающей слабослышащим или к пульту управления каждого стола. Звуковое оборудование

монтировать на стационарно закрепленных столах для детей и воспитателей.

■ Для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривать специальную мебель.

В помещениях медпунктского блока для детей с ОВЗ (имеющих недостатки в физическом и (или) психологическом развитии) должны быть созданы необходимые условия для организации оздоровительно-профилактических мероприятий и осуществления лечебной и коррекционно-восстановительной работы.

В дошкольных образовательных организациях для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата плавательный бассейн должен иметь устройство для опускания и подъема детей.

В помещениях с ваннами для лечебного массажа температура воздуха должна быть не менее 30 °С, при условии кратности обмена воздуха не менее 50 м³ в час на ребенка.

2.13. САНИТАРНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДОО

Уборку участка проводят ежедневно: утром за 1—2 ч до прихода детей и по мере загрязнения территории. Мусор немедленно убирают в мусоросборники. В летнее время не менее 2 раз в день (перед приходом или уходом детей и перед дневным сном) необходимо поливать участок. Вывоз мусора с участка ДОО должен производиться ежедневно за 1—2 ч до прихода детей или после их ухода, при закрытых окнах основного здания.

При входе в детское учреждение снаружи должны быть съемные скребки и деревянные решетки для очистки грязи с обуви, в тамбуре — маты, а в вестибюле — дорожки для окончательной очистки обуви от грязи и пыли. Приход в Детское учреждение, дети должны менять обувь.

Уборка помещений проводится ежедневно 2 раза влажным способом при открытых окнах или фрамугах с применением моющих средств. В спальнях проводится влажная уборка после ночного и дневного сна, а в групповых — после каждого приема пищи.

Мебель, радиаторы, подоконники протирают влажной тряпкой; шкафы для детской одежды протирают ежедневно и 1 раз в неделю моют.

В спортивных залах влажную уборку проводят 1 раз в день и после каждого занятия. Спортивный инвентарь ежедневно протирается влажной ветошью, маты — с использованием мыльного раствора. Ковровые покрытия ежедневно очищаются

с использованием пылесоса, а во время генеральной уборки подвергают влажной обработке (допускается использование моющего пылесоса). После каждого занятия спортивный зал проветривается и течение не менее 10 мин.

Столы моют горячей водой с мылом до и после каждого приема пищи специально выделенной для этого ветошью, которую затем стирают, просушивают и хранят в специальной промаркированной посуде с крышкой.

Столовая и чайная посуда выделается для каждой группы. Она может быть изготовлена из фарфиса, фарфора (тарелки, блюда, чашки), а столовые приборы (ложки, вилки, ножи) — из нержавеющей стали. Не допускается использовать посуду с дефектами.

Пищевые отходы в группах собирают в промаркированные металлические ведра с крышками или специальные бачки, очистка которых проводится по мере заполнения их не более чем на 2/3 объема. Ежедневно в конце дня ведра и бачки независимо от назначения ополаскивают.

Посуду и столовые приборы моют в двух-, трехведерных ваннах, установленных в буфетных каждом группового помещения, с добавлением моющих средств (первая ванна) с температурой воды не ниже 40 °С, ополаскиваются горячей проточной водой с температурой не ниже 65 °С (вторая ванна) и просушивают. Допускается установка посудомоечной машины.

Чистые столовые приборы хранят в предварительно промытых металлических кассетах в вертикальном положении ручками вверх. Новые игрушки (за исключением мягконабивных) перед поступлением в групповые моют проточной водой (температура 37 °С) с мылом или иным моющим средством, безвредным для здоровья детей, и затем высушивают на воздухе. Пенообразующие норсовые или игрушки и мягконабивные игрушки обрабатываются специальным инструментом изгототителя. Игрушки, которые не подлежат влажной обработке (мытье, стирка), используют только в качестве дидактического материала.

Игрушки моют в специально выделенных, промаркированных емкостях ежедневно в конце дня, а в группах для детей младшего и раннего возраста — 2 раза в день. Кухонную одежду стирают по мере загрязнения с использованием детского мыла и проглаживается.

Смена постельного белья, полотенца проводится по мере загрязнения, но не реже 1 раза в неделю. Чистое белье доставляется в мешках и хранится в шкафах. Белье после употребления складывают в специальный бак, ведро с крышкой, клеенчатый, пластиковый

или из двойной материи мешок. Грязное белье доставляют в постирочную (или специальную помещение). Матерчатые мешки стирают, моют пылесосом и пластиковые — обрабатывают горячим мыльно-содовым раствором.

Матрацы, подушки, сиденья мешки проветривают непосредственно в спальнях при открытых окнах во время каждой генеральной уборки и периодически на специально отведенных для этого площадках хозяйственной зоны. 1 раз в год постельные принадлежности подвергают химической чистке или обработке в дезинфекционной камере.

В помещениях пищеблока:

- ежедневно проводят уборку (полы, подоконники, радиаторы);
- еженедельно с применением мощных средств проводят мытье стен, осветительной арматуры, очистку стекол от пыли и копоти и т.д.;
- ежемесячно проводят генеральную уборку с последующей дезинфекцией всех помещений, оборудования и инвентаря.

В буфетных, моечных столовой и кухонной посуды, а так же возле всех ванн, которые используют для обработки инвентаря, вывешивают инструкции по режиму мытья посуды и обработки инвентаря с указанием концентрации мощных и дезинфекционных средств, используемых в данный момент, правила приготовления рабочих растворов.

Полы в туалетах, унитазах моют 2 раза в день горячей водой и мощными средствами. В ванных и мадуших дошкольных группах полы сажают мыть после каждого пользования туалетами.

Санитарно-техническое оборудование подает обязательную независимо от эпидемиологической ситуации. Сиденья на унитазах, ручки сантехнических баков и ручки дверей моют теплой водой с мылом или другим моющим средством ежедневно. Горшки моют после каждого пользования при помощи ершей или щеток и мощных средств. Ванна, раковина, унитазы чистят дважды в день ершами или щетками с использованием мощных и дезинфекционных средств.

При неблагоприятной эпидемиологической ситуации в целях предупреждения распространения инфекции проводят дополнительные мероприятия: а при регистрации случаев инфекционных заболеваний проводят санитарно-противоэпидемиологические (профилактические) мероприятия в соответствии с санитарными законодательствами Российской Федерации.

Генеральную уборку всех помещений проводят 1 раз в месяц: мытье полов, осветительной арматуры, окон, дверей, протирание стен моющими и дезинфицирующими средствами. Окна снаружи

и изнутри моют по мере загрязнения, но не реже 2 раз в год (весной и осенью).

Жалюзиные решетки вытяжных вентиляционных систем должны быть открытыми и систематически очищаться от пыли; прикрывать их следует только при резком перепаде температур воздуха помещений и наружного воздуха. Очистку шахт вытяжной вентиляции проводят 2 раза в год.

Весь уборочный инвентарь после пользования промывают горячей водой с моющими средствами. Дезинфицирующие растворы хранят в темной посуде в местах, не доступных детям. Уборочный инвентарь (тряпки, ведро, щетки) маркируют и хранят в специальном шкафу в туалетах.

Оборудование участка (стоны, скамьи, физкультурные снаряды и т.п.) ежедневно протирают. Ежегодно (весной) на игровых площадках проводится полная смена песка. Вновь завозимый песок должен соответствовать гигиеническим нормативам по паразитологическим, микробиологическим, санитарно-химическим, радиологическим показателям. Песочницы в отсутствие детей необходимо закрывать во избежание загрязнения песка (крышками, полимерными пленками или другими защитными приспособлениями).

При обнаружении возбудителей паразитарных и инфекционных болезней проводят внеочередную смену песка.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие режимы работы дошкольных учреждений вы знаете?
2. По какому принципу комплектуют группы детей в ДОО? Назовите их.
3. Каковы правила размещения дошкольных учреждений на территории населенных пунктов?
4. Каково назначение участка?
5. На какие зоны делится территория ДОО?
6. Какие требования предъявляются к групповым площадкам?
7. Какие группы помещений включает в себя дошкольное учреждение? Как они распределены?
8. Какие типы площадок могут оборудоваться в ДОО?
9. Каковы состав и площади помещений групповой ячейки?
10. Какие требования предъявляются к мебели для дошкольников?
11. Что понимают под микроклиматом дошкольных учреждений?
12. Какие требования предъявляются к составу воздуха в помещениях дошкольных учреждений?

13. Каким должно быть освещение в ДОО?
14. В чем заключаются основные требования к проветриванию помещений?
15. Какие виды вентиляции помещений вы знаете?
16. Какие гигиенические требования предъявляются к отоплению и отопительным приборам?
17. Как осуществляется водоснабжение дошкольных учреждений?
18. Какая вода считается не пригодной для питья?
19. Как в дошкольных учреждениях дети обеспечивают водой?
20. Каковы особенности требования к ДОО и группам для детей с ограниченными возможностями здоровья?
21. Какие требования предъявляются к уборке помещений?
22. Каковы особенности обработки игрушек?
23. Как часто и в каком объеме проводят генеральную уборку помещений?

Глава 3

ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕЖИМА ДНЯ

3.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Правильный режим — это рациональная продолжительность и четкое чередование различных видов деятельности и отдыха детей в течение суток.

К числу составляющих режима относятся точно установленный распорядок сна и бодрствования, приемов пищи, гигиенических и оздоровительных процедур, прогулок, занятий и самостоятельной деятельности детей, условия проведения и содержания каждого из указанных процессов. Количественные и качественные показатели должны соответствовать возрастным и индивидуальным особенностям ребенка; способствовать укреплению его здоровья, улучшению физического и психического здоровья. Большинство режимных моментов должно быть отражено в документации, которую ведет воспитатель (см. приложение 1).

При составлении режима учитываются:

- продолжительность составных элементов занятий с детьми с учетом их особенностей (занятия трудом, физической культурой и др.);
- методика обучения (активный и пассивный методы, наглядность и т.д.);
- возможность занятий;
- возможность обеспечить адекватную активность ребенка.

Строгое соблюдение режима дня, построенного с учетом сугубоного ритма физиологических функций, проведение его элементов всегда в одно и то же время способствуют возникновению у детей прочных условных связей, облегчающих переход от одной деятельности к другой. Организм ребенка в каждый отдельный

отрезок времени как бы подготавливается к тому виду деятельности, который ему предстоит выполнить, в результате все процессы (усвоение пищи, пробуждение, засыпание и т.п.) протекают быстрее и с меньшими затратами энергии. Правильный режим дисциплинирует детей, улучшает их аппетит, сон, работоспособность, способствует нормальному физическому развитию и укреплению здоровья.

Обеспечение правильного режима в дошкольном учреждении достигается за счет распределения детей по группам. Каждая группа имеет свой распорядок дня, учитывающий особенности детей данного возраста.

В ДОО с круглосуточным пребыванием подком детей проводится в 6 ч 30 мин (7 ч 30 мин). До завтрака дети улыбаются, выполняют закалывающие процедуры, занимаются гимнастикой и одеваются. В учреждениях с дневным пребыванием дополнительно проводят обязательный профилактический осмотр детей.

В режиме детей до 1,5 лет дневной сон повторяется несколько раз, он предшествует кормлению. У детей старше 1,5 лет время бодрствования увеличивается до 5—6 ч, они спят днем 1 раз, после обеда.

Детей в возрасте до 1,5 лет в зимнее время на прогулки не выводят, потребность детей в свежем воздухе обеспечивается за счет дневного сна на открытых верандах либо в спальнях с широко открытыми фрамугами или форточками.

Дети старше 1,5 лет гуляют в отведенные часы: первый раз после игр и занятий, следующих за завтраком (2 ч), второй — после подгузника (2—3 ч). Общая продолжительность прогулок 4—5 ч; у детей старше 3 лет свободное время после завтрака, на прогулках после подгузника затрачивается не только на игры. Часть его отводится на самообслуживание, дежурство по столовой, работу в «уголке живой природы», выполнение трудовых поручений.

В круглосуточных дошкольных учреждениях вечерние игры и прогулки детей продолжаются до 19 ч. Затем дети ужинают и в 20—20 ч 45 мин (в зависимости от возраста) после вечернего туалета ложатся спать.

Детей, перенесших тяжелые заболевания, а так же страдающих хроническими заболеваниями, следуют раньше укладывать спать, и позднее других поднимать, уделить им прогулки на свежем воздухе, отграничивать продолжительность занятий, в некоторых случаях таким детям следует назначать дополнительное питание.

В теплое время года рекомендуется увеличивать пребывание детей на свежем воздухе за счет проведения многих видов деятель-

ности на участке. В этот период ночной сон детей несколько корректируется, а дневной соответственно удлиняется, продолжительность и характер занятий изменяются.

3.2. МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ К УСЛОВИЯМ ДОО

Переход из домашних условий в условия ДОО для многих детей довольно труден, так как изменяются привычная обстановка, распорядок дня. Длительное совместное пребывание довольно большого количества детей увеличивает возможность их инфицирования (дети, посещения ДОО, более часто тех, кто воспитывается в семье) и приводит к более острому, чем в семейных условиях, утомлению.

Особенно часто дети болеют в начальный период своего пребывания в дошкольном учреждении, т.е. в период адаптации (привыкания) к новым условиям жизни, так как при этом происходит быстрая установившегося у ребенка в домашних условиях стереотипа. В тех случаях, когда детей постепенно готовят к жизни в коллективе, они приспосабливаются к нему значительно быстрее и легче.

Подготовка ребенка к поступлению в ДОО должна быть разносторонней. Прежде всего, районный педиатр должен обратить внимание на состояние здоровья ребенка и, если нужно, провести необходимые оздоровительные мероприятия, поскольку здоровый организм легче справляется с трудностями адаптационного периода. До поступления ребенка в коллектив следует максимально приблизить его домашний режим к режиму дошкольного учреждения. После вакцинации ребенка можно отправлять в ДОО не раньше, чем через месяц, а при заболевании — после полного выздоровления.

В группе все должно быть подготовлено к приему новых детей. Воспитателя заранее предупреждают, когда придет новый ребенок. Если ребенок поступает в старшую группу, то об этом сообщают и детям. Воспитатель стремится вызвать у ребят доброжелательное отношение к новичку. Неодолжительно принимать в группу сразу много новых детей (не более трех в неделю, в разные дни).

Педагогу необходимо еще до поступления ребенка в группу выяснить особенности его воспитания в семье. Домашний режим, способы кормления, укладывания для сна, какой у него аппетит, как

организовано бодрствование, уменьшительное имя малыша в семье, его любимые игрушки или занятия, любимые блюда, сложившиеся привычки и др.

В период адаптации обязательно сохраняются привычные для ребенка способы кормления, укладывания для сна, нельзя насильно кормить или укачивать спать, чтобы не вызывать и не закреплять на долгое время отрицательное отношение к окружающей обстановке, предупредить формирование защитно-оборонительной реакции. Временное сохранение привычных для ребенка приемов воспитания поможет ему легче адаптироваться к новым условиям.

Продолжительность пребывания вновь поступивших детей в дошкольном учреждении следует увеличивать постепенно. В течение первой недели ребенок должен быть там не более 3 ч в день. Это время увеличивается в зависимости от эмоционального состояния ребенка. Обычно требуется две-три недели, чтобы ребенок по мере нормализации поведения мог находиться в дошкольном учреждении 10—12 ч. Нельзя и первые дни проводить какие-либо травмирующие ребенка процедуры: делать инъекции, стричь волосы или ногти. Все это должно быть сделано еще до его поступления в дошкольное учреждение.

В течение периода адаптации воспитатель внимательно наблюдает за поведением ребенка. Размечает три формы адаптации детей к условиям дошкольного учреждения.

Легкая адаптация. Нарушения в поведении наблюдаются в течение 20—30 дней. Возможно незначительное снижение аппетита. В течение 10 дней объем съеденной ребенком пищи увеличивается до возрастной нормы. Снижение аппетита, отказ от еды в первые дни пребывания компенсируются повышением аппетита в тот отрезок дня, когда ребенок находится дома. Восстановление сна в условиях сада происходит в течение 7—10 дней. Эмоциональное состояние, ориентировочная и речевая активность, взаимоотношения с детьми нормализуются за 15—20 дней, иногда быстрее.

Заблаговлажив в этот период у детей практически не возникает. Легкая адаптация отмечается в основном у детей, имеющие 8—9 месяцев или старше 1,5 лет с благополучным анамнезом и хорошим состоянием здоровья. У детей 3-го года жизни при поступлении, как правило, уже имеется сформировавшийся потребность в общении со сверстниками, что облегчает привыкание к коллективу.

Адаптация средней тяжести. Все нарушения в поведении более ярко выражены и длительны. Нарушения сна и аппетита нормализуются не раньше 20—30-го дня. Период угнетения ориентировочной активности длится в среднем 20 дней, в это же время

наблюдаются первые проявления контактов с другими детьми, речевая активность не восстанавливается в течение 20—40 дней, эмоциональное состояние неустойчиво в течение первого месяца; отмечается значительная задержка двигательной активности, ее восстановление происходит после 30—35 дней пребывания в ДОО. Все функциональные сдвиги выражены отчетливо, особенно перед заблагованием, которое, как правило, возникает в виде острой респираторной инфекции, протекающей без осложнений.

Такое течение адаптации регистрируется у детей, поступающих в ДОО в возрасте от 9 месяцев до 1,5 лет, либо у детей любого возраста, имеющих отклонения в состоянии здоровья или неблагоприятный социальный анамнез.

Тяжелая адаптация. Встречается у 8—9% детей и характеризуется значительной длительностью (от 2 до 6 месяцев и более) и тяжестью всех проявлений.

Этот вид адаптации протекает в двух вариантах. При первом варианте из них ребенок заблаговает в первые 10 дней после поступления и затем продолжает повторно болеть от 4 до 12 раз и более в течение года, что приводит к снижению реактивности ребенка и показателем физического и нервно-психического развития. Такой вариант тяжелой адаптации встречается, как правило, у детей первых 1,5 лет жизни, имеющих отягощенный анамнез (низкая оценка по шкале Апгар, токсикозы беременности, осложнения в родах, заблагования периода новорожденности).

Второй вариант тяжелой адаптации характеризуется длительностью и тяжестью проявлений неадекватного поведения, тренирующего с пренебрежительными состояниями. Наблюдается длительный снижение аппетита, его восстановление начинается не ранее третьей недели пребывания ребенка в учреждении. В отдаленных случаях может возникнуть стойкая потеря аппетита или невротическая рвота при кормлении. Наблюдается нарушение сна (медианное засыпание, плач при пробуждении ребенка). Ребенок старается избегать контактов со сверстниками, стремится к уединению и может быть агрессивным.

Очень важно, что длительные анамнезы позволяют заранее прогнозировать степень тяжести адаптационного периода, следовательно, можно принимать соответствующие меры для облегчения его у конкретного ребенка. Следует раздельно рассматривать биологические и социальные факторы анамнеза.

Ребенок значительно быстрее и легче адаптируется, если дома поддерживают приемы воспитания, применяемые в дошкольном учреждении. Чем скорее будет установлено единство принципов

воспитания в дошкольном учреждении и семье, чем больше подраха к ребенку будет соответствовать его индивидуальным особенностям, тем скорее и безболезненно будет протекать процесс его привыкания к новым условиям.

3.3. ГИГИЕНА УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ

Дети, увлеченные интересной деятельностью (занятия, игры и т.п.), долго не чувствуют утомления. Но незначительно организованные виды деятельности даже за короткое время могут быть значительной нагрузкой для нервной системы ребенка, приводить к быстрому утомлению. При организации учебной деятельности ребенка необходимо строго соблюдать гигиенические требования.

Утомление — это состояние пониженной работоспособности, наступающее под влиянием интенсивной длительной деятельности или однократной работы, а так же в результате нервного напряжения (при волнении). Некоторые факторы могут привести к возникновению раннего утомления (заболевания, тупость голоса, низкая освещенность, неудобная поза, монотонная однократная работа). Утомление — это нормальный физиологический процесс, сопровождающий любую деятельность. Субъективное ощущение утомления отражает усталость.

Утомление проявляется объективными признаками: изменяются свои параметры сенсорные системы, зрительные и моторные реакции, наблюдается изменение памяти и ряда объективных показателей.

Любая деятельность сопровождается формированием рабочей доминанты, которая обеспечивает наилучшие условия для функционирования всех органов и систем и повышает производительность работы. На ее фоне возникает явное вырабатываемости, далее оптимальной работоспособности, которая держится на определенном уровне, а затем уровень работоспособности постепенно снижается, так как начинается процесс утомления. Степень утомления отражает количественные (снижение производительности труда за единицу времени) и качественные показатели (понижение точности выполняемой работы и появление большого количества ошибок). Происходит снижение эффективности физиологических затрат, когда на единицу выполняемой работы требуется больше энергии.

Существует ряд поведенческих реакций, по которым воспитатель может определить начало возникновения утомления у ребенка на

занятиях. На I стадии утомления у ребенка может наблюдаться возбуждение, которое проявляется в двигательных и речевых реакциях (вскакивание с места, подергивание ног, посторонние разговоры, неадекватный смех).

Для снятия начинающегося утомления необходимо провести физкультминутку, переключить внимание или предложить новый вид деятельности. Если педагог не замечает этих явлений или делает замечания дисциplinарного характера, не переключает внимание детей, то возникает II стадия утомления — двигательная заторможенность. Она характеризуется расслаблением тонуса, ребенок поднимает голову рукой, полудрежит за столом, замедленно отвечает на вопросы. В этом состоянии учебный материал усваивается плохо, ослабляется память, выработанные условные связи непрочные.

При прогрессировании утомления может возникнуть III стадия, при которой наступает торможение в творческих отделах коры головного мозга. Если детей, находящихся в этой стадии, попросить опустить голову на руки, размещенные на столе, закрыть глаза, то через 5—10 мин многие из них будут находиться в состоянии сна. Нахождение утомления может привести к *перетутомлению*. При переутомлении нормальный отах. сон не снимают утомления, сильно ослабляется память, нарушается логическое мышление, способность к абстрактному мышлению, возникает опасность неврозов.

Организуя деятельность ребенка, надо учитывать возраст и состояние здоровья, индивидуальные особенности, жизненный опыт. Дети первого-второго года жизни могут радостно и активно бодрствовать, лишь когда удовлетворены все их физиологические потребности. При первых признаках ухудшения настроения у ребенка этого возраста: вялость, сонливости или перевозбуждение — игры-занятия следует прекратить.

С детства от 1,5 до 3 лет рекомендуется проводить занятия продолжительностью 8—10 мин. Для детей 3—4 лет продолжительность непрерывной образовательной деятельности не должна превышать 15 мин, 4—5 лет — 20 мин, 5—6 лет — 25 мин, 6—7 лет — 30 мин. Перемены между занятиями должны быть не менее 10 мин.

Организация всех видов деятельности и отдыха детей в течение дня строится на основе программы воспитания и обучения в ДОО. Увеличение умственной и физической нагрузки детей — негативная непереносимая практика, вызывающая у детей переутомление, невролизацию, негативно отражающаяся на состоянии их здоровья.

В средние занятия следует проводить физкультминутку. Проводить занятия, носящие статический характер, рекомендуется в дни с наиболее высокой работоспособностью детей (вторник, среда).

Занятия по дополнительному образованию (студии, кружки, секции) недопустимо проводить за счет времени, отведенного на прогулку и дневной сон; их количество в неделю не должно превышать двух. Продолжительность этих занятий должна ограничиваться 20—25 мин, участие ребенка более чем в двух дополнительных занятиях непереносимо.

При организации режима пребывания детей в ДОО в течение дня необходимо предусматривать сбалансированное чередование специально организованных занятий, нерегулируемой двигательности, свободного времени и отдыха детей, не допускать напряженности, «потопливания» детей во время питания, пробуждения, выполнения ими каких-либо заданий.

В течение дня нужно обеспечивать баланс разных видов активности детей: умственной, физической, а так же разных видов детской деятельности, среди которых преобладающей выступает игра. При этом среди общего времени занятий следует отводить 50 % занятиям, требующим от детей умственного напряжения, остальные 50 % должны составлять занятия эстетического и физкультурно-оздоровительного цикла. Занятия по наиболее трудным предметам, требующим повышенной познавательной активности и умственного напряжения (математика, развитие речи, иностранный язык и т. п.), целесообразно проводить только в первой половине дня. Для профилактики утомления детей указанные занятия необходимо сочетать с физкультурными, музыкальными занятиями, ритмикой и т. п.

При составлении расписания занятий рекомендуется планировать равномерное распределение учебной нагрузки в течение дня, недели, года. В начале и в конце учебной недели предпочтительнее отводится более легким по содержанию и сложности программному материалу занятиям.

Домашние задания для воспитанников ДОО не предусматриваются. В январе — феврале следует устранять недельные каникулы, во время которых проводят занятия только эстетически-оздоровительного цикла.

В начале года в подготовительной группе определяют готовность детей к обучению в школе.

На самоучастии детей создаются условия, в которых они занимаются. Недостаточное освещение, духота, неприглядно подобранная мебель могут вызвать у ребенка не только раннее утомление, но и нарушение зрения (близорукость), осанки, анемию. Дети дошкольного возраста значительно быстрее взрослых утомляются в душном, плохо проветренном помещении, так как из-за усиленного роста и развития организма потребность в кислороде у них

значительно выше, а сопротивляемость неблагоприятным влияниям среды ниже, чем у взрослых.

В групповой комнате, где проводятся или иные занятия, должна быть создана деловая обстановка, соблюдаться тишина. Если воспитатель сопровождает объяснение показом картинок, игрушек, натур, которые должны быть хорошо видны, он должен стоять на достаточно освещенном месте. Пособий должны быть яркими, реалистичными, каждая деталь, изображенная на них, должна быть видна на расстоянии не менее 8 м, размеры рисунков для рассматривания должны быть не менее 32 × 21 см. Обязательнее воспитателю должно быть в младших группах — не более 2—3 мин, в средней — 4—5 мин и в старших — 5—7 мин.

В старшей и подготовительной группах можно примерно за 5 мин до конца занятия напомнить о том, что время занятий истекает. Старшие дошкольники сами убирают после занятий пособия. На эту работу они не должны тратить более 5—7 мин.

На занятиях по рисованию прежде всего надо научить ребенка правильно держать в руке карандаш и пользоваться им. Карандаш или кисть держат в правой руке между большим и средним пальцами, придерживая их сверху указательным пальцем. Надо сказать, чтобы дети держали карандаш или кисть свободно, линия на бумаге проводилась без особого нажима, при этом мышцы руки будут меньше напрягаться, ребенок сможет дольше и с удовольствием рисовать.

В начале обучения рисованию не рекомендуется предлагать детям штриховку больших изображений, так как это утомляет руку. Когда появятся некоторые навыки (приблизительно к 5—6 годам), поверхность для штриховки можно увеличивать. Надо наблюдать за тем, чтобы дети делали штриховку без спешки, не в одном, а в разных направлениях: горизонтально, вертикально и круговыми линиями. Это снижает напряжение мышц кисти и пальцев руки.

В процессе занятий ребенок не должен прижиматься грудью к крышке стола; карандаш лежит на столе, кистью правой руки вместе с карандашом ребенок свободно двигает по бумаге и столу, левой рукой придерживает рисунок.

В первой младшей группе для рисования дают цветные карандаши (красный, синий, зеленый, желтый, белый, черный) или краски. Во второй младшей группе детей знакомят с новыми цветами: розовым, голубым. Воспитанники средней группы при рисовании используют еще и коричневый цвет. На занятиях с них уже требуют, чтобы они закрашивали рисунки только в одном направлении (сверху вниз, слева направо). Дети старшей и подготовительной

групп должны знать и использовать следующие цвета: красный, оранжевый, желтый, зеленый, синий, фиолетовый, коричневый, черный, белый и их оттенки.

Дети старших групп могут пользоваться мягкими простыми графичными карандашами, акриловыми тонкими черной линией.

При рисовании кистью краску предварительно разводят водой. Для рисования удобны волосные кисти с мягким, эластичным ворсом. Чтобы не пачкать стол и окружающие предметы красками, кисти смачивают в воде и накладывают на плотную бумагу, которую дети могут приготовить сами.

Для рисования детям дают белую плотную бумагу, немного шероховатую, которая не просвечивает и не промокает. Можно использовать плотную бумагу не глянцевую бумагу. Карандашные рисунки не должны быть слишком большими. Работа кистью менее утомительна, и рисунки, выполненные красками, могут быть крупнее. Дети средней, старшей и подготовительной групп пользуются бумагой размерами 15×10 см. Для сюжетного рисования нужна бумага несколько большего формата — 28×20 см.

На первых занятиях по аппликации воспитатель учит детей обращаться с ножницами, которые должны быть легкими, небольшого размера (по руке ребенка), с тупыми концами.

Во время *занятий ленткой* и аппликацией дети сидят на расстоянии 3—5 см от стола, в этом случае движения их рук будут свободными.

3.4. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОСМОТРУ ТЕЛЕВИЗИОННЫХ ПЕРЕДАЧ И ВИДЕОФИЛЬМОВ

Для охраны зрения детей в дошкольных учреждениях следует выполнять гигиенические требования к организации просмотра телевизионных передач. Сами работники ДОО: воспитатели, методисты, медицинский персонал — должны понимать, что просмотр телевизионных передач для ребенка — не только большая зрительная, но и психоэмоциональная нагрузка.

Непрерывная длительность просмотра телепередач и видеосюжетов в младшей и средней группах не должна превышать 20 мин, а в старшей и подготовительной — 30 мин. Просмотр телепередач для детей дошкольного возраста допускается не чаще 2 раз в день (в первую и вторую половинки дня). Более частые и длительные про-

смотры телевизора перегружают органы зрения и нервную систему детей, мешают заснуть, провоцируют возникновение различных видов нарушения зрения, а иногда и неврозов. Большое значение имеет организация просмотра телевизионных передач. Во избежание отражения солнечных бликов на экране в дневные часы окна следует закрывать легкими светлыми шторами.

Телевизор должен быть установлен на столе высотой 1,0—1,3 м и настроен до хорошего качества изображения. Стулья расставляют так, чтобы первый ряд стола не ближе 2,0—3,0 м, а последний — не дальше 5,0—5,5 м от экрана. Размещают стулья в 4—5 рядов (из расчета на одну группу). Дети должны сидеть не сбоку, а прямо перед экраном. Освещение при просмотре передач может быть как естественным, так и искусственным. Однако свет не должен попадать в глаза, а источники света не должны создавать бликов на экране.

3.5. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К УСЛОВИЯМ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДЕТЕЙ С КОМПЬЮТЕРОМ

В настоящее время нашло широкое использование современной компьютерной техники как в домашних условиях, так и ДОО.

Установлено, что использование различных компьютерных программ в сочетании с традиционными формами воспитания значительно повышает эффективность обучения (развитие речи, элементарных математических представлений, конструирование, рисование). Работа на персональных компьютерных устройствах способствует развитию мышц кисти рук, координации движений.

Освоение детьми основ компьютерной грамотности на ступени дошкольного образования необходимо использовать как одну из составляющих образовательного процесса, интегрируя в специфичные для детей дошкольного возраста виды деятельности. В обязанности педагога входит контроль за санитарно-гигиеническими условиями в компьютерном зале при его наличии в ДОО.

При организации работы с компьютером необходимо соблюдать следующие гигиенические требования к экрану, помещению, размещению ребенка за столом, продолжительности занятий, профилактике общего и зрительного утомления.

Основное негативное воздействие на организм оказывает зрительно-напряженная работа с экраном устройств. В зависимости

от продолжительности работы за ним могут наблюдаться: покраснение глаз, зуд, «мурашки» и двоение в глазах, головные боли. Причина этих явлений — особенность экранного изображения (самосветящиеся, а не отраженные, малый контраст и пр.). Сохранение оптимальных параметров яркости, контраста, угловых размеров знаков и других характеристик экранного изображения позволяет несколько снизить зрительное утомление при работе, но совсем избежать его не удается.

Экран не должен располагаться напротив окна или других прямых источников света, дающих блики на экране.

Для снижения общего и зрительного утомления предусматривается проведение специальных упражнений для глаз, которые могут выполняться на рабочем месте. Может быть использован офтальмотренаж, разработанный проф. Э. С. Аветисовым.

Площадь в компьютерном зале на одно рабочее место должна составлять не менее 4,5—6 м². Количество мест не должно превышать 12. Компьютеры размещают по периметру на расстоянии 1 м от стены.

При отдыхе интерьера комнаты используют материалы, не выделяющие вредных соединений и веществ в воздух, поверхность пола в компьютерном зале должна быть ровной, не скользящей, с антистатическими свойствами. Запрещена окраска стен в темные тона. Желательно, чтобы компьютерный зал был ориентирован на север, северо-восток. Оптимальные параметры температуры воздуха 19—20 °С.

Занятия с использованием компьютерной техники проводят в дни с наиболее высокой работоспособностью (вторник, среда, четверг) 1 раз в день и не чаще 3 раз в неделю. Продолжительность непрерывной работы с устройствами на развивающих игровых занятиях для детей 5 лет не должна превышать 10 мин, для детей 6—7 лет — 15 мин.

Для снижения утомляемости во время занятий, чрезвычайно важна гигиенически рациональная организация рабочего места за компьютером: соответствие мебели росту ребенка, оптимальное освещение, соблюдение электромагнитной безопасности. Компьютерная техника, которая используется в ДОО, обязательно должна иметь гигиеническое заключение (сертификат), подтверждающее ее безопасность для детей.

На первом занятии в компьютерном зале педагог в виде краткой беседы, содержащей четкие и конкретные указания, знакомит детей с условиями и содержанием рабочего места, назначением отражений и приспособлений, с обязанностями детей.

3.6. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Дана из важных задач в работе с детьми — трудовое воспитание: оно должно способствовать повышению их общего развития, расширению круга интересов, знакомству с различными видами труда взрослых, воспитанию любви к труду, формированию таких нравственных качеств, как трудолюбие, ответственность, чувство долга. В каждой возрастной группе детям принадают доступные им трудовые навыки.

Младших детей учат правильно одеваться, ухаживать за игрушками, поддерживать порядок в кукольном уголке, помогать старшим по уходу за растениями и животными как в помещении (в уголке живой природы, обустроенных в соответствии с требованиями СанПиН 2.4.1.3049-13), так и на участке.

В группах старшего дошкольного возраста вводят дежурства: дети помогают взрослым при уборке помещений, в столовой, на участке, убирают снег, сухие листья, пропалывают грядки, поливают цветы и растения. Кроме того, они учатся пить, вытирать, мыть, несложные подделки из природного материала, сувениры. Дети 5—7 лет работают с деревом: распиливают, сколачивают различные детали, приучаются правильно пользоваться молотком, пилой, клещами.

Труд по своему содержанию и продолжительности должен соответствовать как возрастным, так и индивидуальным возможностям каждого ребенка. Воспитателем следят за тем, чтобы при выполнении той или иной работы соблюдались гигиенические требования и техника безопасности. Труд детей, особенно связанный с использованием инструментов, осуществляется под непосредственным контролем взрослых.

Инвентарь, используемый в трудовой деятельности детей, распределяют на полках и в шкафах, высота которых не превышает уровня груди ребенка. При полке растений ребенок должен держать левую руку на уровне груди, чтобы вода не попадала на одежду.

При дежурстве в столовой детям не разрешается переносить горячие пиалу и воду, горячие предметы. Категорически запрещено привлекать детей к труду, представляющему опасность инфицирования, к разведению костров, сжиганию сухих листьев, мусора. Все инструменты и предметы сельскохозяйственного инвентаря, которыми пользуются дети, должны быть исправны, безопасны, иметь хорошо закрепленные ручки и другие детали.

Запрещается использование детьми оборудования и инструментов, предназначенных для взрослых.

Все команды, режущие и другие травмоопасные инструменты (швейные иглы, ножницы, гвозди, кассици, молотки) следует хранить в закрытых местах. Дети могут использовать их лишь с ведома и под контролем воспитателя.

При работе на участке, требующей значительной затраты сил (перекопка земли, перенос песка, погоня огорода и т.д.), воспитатель должен следить за состоянием детей, не допускать их переутомления, перегрева или охлаждения. При жаре дети 6—7 лет могут переносить ведро или лейку с водой вместимостью не больше 2,5—3 л, могут поднимать и переносить на небольшое расстояние груз массой 2—2,5 кг.

Продолжительность трудового процесса при выполнении однообразной, монотонной работы не должна превышать 30 мин. Через каждые 7—10 мин необходимо производить смену деятельности или устраивать перемены. Нагрузки при трудовой деятельности утяжеляются для каждого ребенка индивидуально, с учетом его возраста и физического развития.

В уголке труда или медицинском блоке обязательно наличие аптечки, содержащей препараты и лекарства, необходимые для оказания первой помощи детям.

3.7. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОГУЛКАМ И ЭКСКУРСИЯМ

Детям свойственна повышенная двигательная активность, которая может быть удовлетворена в процессе проведения прогулок и экскурсий. Прогулки на свежем воздухе оказывают благоприятное воздействие на нервную систему, улучшают аппетит, сон, настроение, повышают общий тонус жизнедеятельности ребенка.

В условиях ДОО прогулку используют как средство всестороннего воспитания и обучения, а так же как средство закалывания. Летом большую часть времени дети должны находиться на воздухе. Зимой прогулки проводят 2 раза в день. Для детей в возрасте до 1,5 лет прогулки заменяют сном с широким доступом свежего воздуха. Перед прогулкой важно правильно одеть и обуять ребенка в соответствии с погодой и сезоном, что обеспечивает ему свободу движений и тепловой комфорт.

Дети до 3 лет зимой выходят на прогулку при температуре воздуха не ниже -15°C и скорости ветра до 7 м/с, более старшего

возраста (4—7 лет) — при температуре 18—20 $^{\circ}\text{C}$. При низких температурах время прогулки необходимо сократить. Надо обратить внимание детей на изменения, происходящие в природе, состояние погоды.

С раннего детства детей приучают самостоятельно одеваться и раздеваться. Первое время воспитатель показывает, как это надо делать, и помогает каждому ребенку. Старшие помогают одеваться малышам. Во избежание перегрева одетых детей немедленно выводят на улицу.

Помысл от прогулки во многом зависит от ее организации, оснащения и эмоционального настроя воспитанников. В зависимости от возраста детей и погоды во время прогулки организуются различные игры (игры с правилами, творческие, строительные), спортивные развлечения (катание на санках, лыжах и коньках), труда на участке. Прогулки можно проводить и за пределами ДОО, при этом дети знакомятся с природой, учатся ориентироваться в окружающей обстановке. Такие прогулки тренируют сердечно-сосудистую систему и двигательный аппарат.

Летом в теплую погоду с детьми дошкольного возраста проводят экскурсии утром. Детей ослабленных (или имеющих плоскостопие) на экскурсию брать не следует. Одежда дошкольников должна быть удобной, легкой, а в солнечный день — светлой; на голове — панамы, на ногах — носки и легкие свободные полуботиночки или специальные туфли для туризма (теплая обувь затрудняет кровообращение в нижних конечностях, что вызывает быстрое утомление ребенка). Сапожки и босоножки надевать на экскурсию не следует. Не рекомендуется носить обувь без носков, так как носки впитывают влагу, защищают ноги от пыли, песка, предупреждают потертость. Детей 3—4 лет выводят за пределы участка сначала на 5—10 мин, а затем на 20 мин. Воспитанники 4—5 лет могут совершать прогулки общей протяженностью 2 км, 6—7 лет — на 3 км. Через каждые 10—15 мин ходьбы дети должны иметь 5-минутный отдых, а в середине экскурсии в сухом месте — привал на 20—30 мин.

На экскурсиях по ознакомлению дошкольников с трудом взрослых воспитатель принимает необходимые меры, обеспечивающие безопасность детей. Во время экскурсии детей должны сопровождать не менее двух взрослых.

Зимой воспитанники старших групп могут совершать длительные прогулки продолжительностью 40—60 мин (для начинающих — 30 мин). При организации таких прогулок следует учитывать индивидуальные возможности детей, погоду, дорогу.

3.8. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИГРУШКАМ

Игрушка сопровождает ребенка с первых месяцев жизни и оказывает большое влияние на его развитие, играет существенную роль в воспитании и обучении. Поэтому в ДОО необходим серьезный подход к подбору и применению игрушек, уходу за ними.

Игрушка необходима ребенку для игры — ведущей деятельности в дошкольном возрасте. Она является символом окружающего материального мира, удовлетворяет потребность ребенка в активной деятельности, разнообразных движениях. Решению различных дидактических задач способствуют ярко выраженные в игрушках цвет, форма, назначение, величина, материал. Эмоциональное отношение к игрушке воспитывает нравственные качества. В игре формируется детский коллектив, при уходе за игрушками рождается интерес к труду, игрушка развивает эстетический вкус.

При умелом применении игрушка может стать действенным средством всестороннего воспитания, обогатить жизнь ребенка.

Игрушка должна быть анатомически выдержанной, функциональной, действующей, способствовать развитию умственных возможностей ребенка, его фантазии, воображения, выглядеть привлекательно, давать правильное представление об изображаемом предмете. Необходимо соответствие игрушки полу и возрасту ребенка. Высокие требования предъявляются к художественному оформлению игрушки.

Существуют различные классификации игрушек. Наиболее распространено разделение игрушек по принципу игрового назначения: сюжетно-образные, дидактические, технические, спортивные, театральные, музыкальные, строительные и игрушки-забавы.

С гигиенических позиций классифицируют игрушки по материалу, из которого они изготовлены, и возрастной адресованности.

Игрушки не должны оказывать негативного влияния на здоровье, эмоциональное состояние ребенка, провоцировать ребенка на агрессивные действия, вызывать у него предвзятые жестокости по отношению к персонажам игры, вызывать нездоровый интерес к сексуальным проблемам. Все игрушки, которые используются в ДОО, должны быть безвредны для здоровья детей, отвечать санитарно-эпидемиологическим требованиям и иметь документ, подтверждающий их безопасность.

Гигиенические требования, предъявляемые к игрушкам, касаются материалов, конструкции, маркировки, упаковки, хранения,

транспортировки, эксплуатации. Все требования устанавливаются с учетом возраста ребенка.

Материал, из которого изготавливаются игрушки, должен быть исследован на токсичность, отношение к микробной флоре, огнестойкость, возможность легкого ухода.

Запрещается использование в производстве игрушек декупажа, материалов с меховой поверхностью, которая всасывает при прикосновении пыли и по поверхности которых лапы распространяется со скоростью более 500 мм/с.

В детских садах запрещены игрушки: стеклянные, фарфоровые, фаянсовые, оловянные украшения, бумажные (палье-маше), матерчатые, валяные, мягкие (до 3 лет).

Применение мягких игрушек в ДОО ограничено санитарными правилами. Поверхность игрушек легче инфицируется, их труднее обрабатывать, поэтому рекомендуется использовать мягкую игрушку только в качестве дидактического пособия в группах дошкольного возраста.

Музыкальные игрушки типа свистулек, дудочек использовать не рекомендуется, поскольку они легко могут стать переносчиками инфекции.

Мягкобавяные и пенопластковые ворсованные игрушки для детей дошкольного возраста следует использовать только в качестве дидактических пособий.

Конструкция игрушек должна отвечать требованиям безопасности, исключать травматизм. Игрушка должна быть удобной, иметь гладкие, ровные поверхности и хорошо заделанные края, без битых выступающих острых углов и мелких, легко отскакивающих частей.

Детям раннего возраста не рекомендуется давать мелкие игрушки, поскольку они могут проглотить их, засунуть в нос или ухо. Диаметр деталей игрушки для детей этого возраста не менее 30 мм, высота 12 мм.

Для исключения поражения детей током напряжение микроэлектродвигателей, используемых в игрушках для детей до 7 лет, допускается не более 12 В.

Игрушки для детей раннего возраста хранят в закрытых шкафах, а для детей дошкольного возраста — в доступных для них местах: на столах, полках, стеллажах. Крупные игрушки размещают на полу, на нижних полках, мелкие — на полках выше, но так, чтобы каждую игрушку ребенок мог взять сам.

Крупные строгательные материалы обычно раскладывают по геометрическим формам на открытых стеллажах или полках.

Настольный строительный материал хранят на полках в той упаковке, в которой он был приобретен.

Анаэробные игрушки и настольно-печатные игры удобнее хранить в шкафу, разложив их по видам на одной или нескольких полках.

В целях предупреждения инфекционных заболеваний в ДОО должна строго соблюдаться гигиеническая принадлежность игрушек. Во время игры резиновых, пенопластовых, пенопластопластиковых, пластизольных игрушек необходимо их тщательно отжимать.

Послеуходная санитарная обработка: в группах раннего возраста их моют 2 раза в день горячей водой (50 °С) щеткой, мылом в специально предназначенных для этого (промаркированных) тазках, затем промывают проточной водой (37 °С) и высушивают.

В группах дошкольного возраста игрушки моют в конце дня. Кукольную одежду стирают и проглаживают горячим утюгом по мере загрязнения, но не реже 1 раза в неделю.

3.9. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ СНА ДЕТЕЙ

Центральная нервная система детей раннего и дошкольного возраста еще слаба и во время бодрствования легко утомляется. Для восстановления нормального состояния нервной клеточек большое значение имеет правильно организованный и достаточно продолжительный сон.

Во время сна в организме ребенка происходят жизненно важные процессы:

- накопление питательных веществ в гликогенах клетках;
- восстановление работоспособности проводящих систем;
- переход информации в долговременную память;
- «ремонт» белковых структур и пр.

У человека все жизненно важные центры (дыхание, кровообращение) во время сна работают менее интенсивно, а центры, ведущие двигательный тонус, при нормальном сне заторможены и, следовательно, достаточно хорошо восстанавливают свою работоспособность.

В структуре сна приняты различать две фазы. Одна из них включает в себя периоды медленных колебаний — медленный сон, а другая — периоды быстрых колебаний — быстрый сон. У детей в структуре сна на первом году жизни преобладает быстрый сон, а со второго года жизни — медленный. В течение ночного сна эти фазы несколько раз циклически сменяются.

В детском учреждении надо обеспечить, необходимую для каждой возрастной группы продолжительность сна, быстрое засыпание, крепкий сон и спокойное пробуждение (табл. 3.1).

Детям, перенесшим тяжелые заболевания или страдающим хроническими болезнями, а так же легкообудимым, с быстрой утомляемостью надо спать в сутки на 1—1,5 ч более.

Чтобы создать у детей положительное отношение ко сну, движения ухаживающего за ними персонала должны быть спокойными, мягкими, речь — тихой, ласковой.

Ребенка, впервые пришедшего в детское учреждение и еще не привыкшего к новым условиям, надо укадывать в посаданую очередь, чтобы он увидал, как ложатся другие дети. Во время сна состояние теплового комфорта обеспечивают путем соответствующего подбора одежды.

В теплое время года дети спят в легком белье с короткими рукавами, а летом в жаркие дни — в одних трусах. После укадывания

Таблица 3.1. Частота и продолжительность сна детей от 2,5 месяцев до 7 лет

Возраст	Число периодов дневного сна	Длительность каждого периода дневного сна	Продолжительность сна в течение суток (с ночным сном)
С 2,5—3 месяца до 5—6 месяцев	4—3	2—1,5 ч	17,5—17 ч
С 5—6 месяцев до 9—10 месяцев	3	2—1,5 ч	16,5—16 ч
С 9—10 месяцев до 1 года	2	2—1,5 ч	14,5—14 ч
1 год—1 год 6 месяцев	2	2—1,5 ч	14,5—14 ч
1 год 6 месяцев—2 года	1	3 ч	14,5—13,5 ч
2—3 года	1	3 ч	13,5—12,5 ч
3—4 года	1	2 ч 50 мин	13 ч 20 мин—12 ч 35 мин
4—5 лет	1	2 ч 50 мин	13 ч 10 мин—12 ч 35 мин
5—6 лет	1	2 ч	12 ч 35 мин—11 ч 35 мин

Детей воспитатель открывает фрамуги, окна, создавая сквозняке проветривание на 5—7 мин. В течение всего сна для поддержания нужной температуры фрамуги и окна оставляют открытыми с одной стороны. Закрывают их за 30 мин до подъема детей.

Во время сна ребенок не должен лежать, укрывшись одеялом с головой, уткнувшись носом в подушку. На подушке лежит только голова, а не корпус ребенка. Дети должны быстро засыпать и крепко спать, потому их укладывают всегда в одно и то же время. При засыпании не допустима яркая свет, громкие разговоры и другие шум. Когда дети крепко заснут, тихий разговор, негромкая музыка или не беспокоит. Эти правила должны знать и родители. Кроме того, родители необходимо объяснить, что детей перед сном нельзя обильно кормить и пить, особенно крепким чаем, кофе, какао, расказывать им страшные сказки, не допустима податливые игры, а так же просмотр телевизионных передач, предназначенных взрослым.

Очень важно так же, чтобы дома у ребенка была своя кровать, так как сон в одной постели с другими детьми или со взрослыми не создает условий для полноценного отдыха, способствует заражению инфекционными болезнями, может привести к преждевременному пробуждению полового чувства и является одной из побуждающих причин возникновения онанизма.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Что включает в себя понятие «правильный режим»?
2. Каково значение правильного режима в охране нервной системы детей?
3. Что лежит в основе правильного режима?
4. Какие основные типы режимов существуют в дошкольных учреждениях?
5. Каковы функции медицинского и педагогического персонала при приеме детей и в период адаптации к условиям дошкольного учреждения?
6. Какие виды адаптации детей к дошкольному учреждению вы знаете?
7. Какие виды занятий проводят в дошкольном учреждении?
8. Какие факторы учитывают при организации занятий?
9. Что включают в себя гигиенические требования к проведению отдельных видов занятий?
10. Каковы особенности проведения занятий в различных возрастных группах?

11. Каково значение влияния открытого воздуха в сочетании с оптимальной двигательной активностью на функциональное состояние организма?
12. Какова продолжительность прогулок в зависимости от возраста и погодных условий?
13. Каковы правила подбора одежды для прогулок?
14. Каково значение игретки в жизни ребенка?
15. Какие игрушки запрещены в детских садах?
16. В чем заключается ежедневный уход за игрушками?
17. Каково значение сна?
18. Какой должна быть продолжительность сна для детей различного возраста?
19. Какие гигиенические требования предъявляются к подготовке ребенка ко сну?

ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

4.1. ПОНЯТИЕ О РАЦИОНАЛЬНОМ ПИТАНИИ, ЕГО ОСОБЕННОСТЯХ У ДЕТЕЙ

Одним из важнейших факторов, определяющих здоровье детей, является полноценное в количественном и качественном отношении питание.

Продукты питания в организме ребенка выполняются как строительную (пластическую), так и энергетическую функцию. В процессе переваривания сложные составные части пищи расщепляются и через стенки кишечника всасываются в кровь, кровь доставляет питание всем клеткам организма. В результате сложных изменений, происходящих в клетках, пищевые вещества превращаются в составные части самой клетки. Этот процесс называется *ассимиляцией*. В процессе ассимиляции клетки обогащаются строительным материалом и замыкающейся в нем энергией.

В организме непрерывно идет и процесс распада — *гистолиз* органических веществ, в результате которого освобождается скрытая (химическая) энергия, при необходимости превращающаяся в другие виды энергии: механическую и тепловую.

Каждая отдельная реакция возможна только в присутствии специального ускорителя — катализатора, называемого *ферментом*, или *энзимом*. В состав ферментов входят более простые компоненты — *коферменты*, многие из которых содержат витамины и минеральные вещества.

Все процессы, протекающие в организме, требуют определенных затрат энергии, образование которой обеспечивается введением пищевых продуктов. Расход энергии в количественном отношении и поступление ее в организм выражают в тепловых единицах — калориях, или согласно Международной системе исчисления (СИ),

в Джоулях (Дж). В среднем содержание в организме 1 г белка дает 16,75 кДж (4 ккал), 1 г жира — 37,68 кДж (9 ккал) и 1 г углеводов — 15,7 кДж (3,75 ккал).

В Российской Федерации энергетическая ценность преимущественно указывается в калориях или килокалориях.

Потребность в количестве энергии на единицу массы тела у детей значительно повышена, так как в процессе роста и формирования новых клеток и тканей энергии затрачивается тем больше, чем моложе ребенок.

Состав пищи должен соответствовать физиологическим и биохимическим особенностям организма ребенка по мере его роста и развития, а по своему количеству и качеству отвечать особенностям пищеварительного тракта, удовлетворять его потребность в пластических веществах и энергии, содержать в достаточном количестве необходимые ребенку белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества и воду.

4.2. СОСТАВ ПИЩИ

4.2.1. Белки

Белки принимают активное участие в иммунных процессах, поддерживают осмотическое давление, участвуют в процессах свертывания крови (фибриноген), осуществляют мышечное сокращение, обладают энергетической ценностью. При недостатке белка в рационе питания у ребенка пропадает аппетит, появляются слабость, быстрое утомление, апатия, в тяжелых случаях могут возникнуть задержка развития, включая замедление роста нижних конечностей, пищевая дистрофия.

Всмерстные быстро роста и развития относительно потребность в белке у ребенка выше, чем у взрослого. В возрасте детей до 1 года — 2,2—2,9 г/кг массы тела, от 1 года до 2 лет суточная потребность в белках должна составлять 36 г, от 2 до 3 лет — 42 г, от 3 до 7 лет — 54 г¹. Из них белки животного происхождения составляют соответственно 25,2; 29,4 и 35 г.

Наибольшее количество белка (16—25%) содержат мясо, рыба, сыр, бобовые растения; яйца, творог, пшеница, рожь, гречиха, пшено — 8—15%; молоко, кефир, простокваша — 3—5%. Все

¹ МР 2.3.1.2432-08 «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации».

важногисаотд, необходимдг человеку, входят в состав бсакв, содержашисх главнм обрлзом в продукутах животног происхожденил. Бсакв этих продукутов усугвдот почти полностю расщепитсд, проходл по пищеварителному тракту человека, причем около 95% входлших в нлх амнлксислот переходл в кровл, чего не недомддетсд с бсаквлми растителног происхожденил. Влжно, чтобы продукуты животног происхожденил преоблддл в пище ребснка млд, по крайней мере, составляли не менее 65—70% от его пищевого рлцисонл.

4.2.2. Жиры

Жиры, клк и бсакв, участвуют в строении клееток организмл, длвлкются источннком энсргии, л так же носителилми рудл витаминов (А, В, Е, К). Члстль жиров отклдлвлется в печени, млшцлх, под кожей, фиксирлру и злщлщлл млногие органы, сосудл и нервы от травм, л весь организм в целом — от млшших телолотерд. Отложение жира в организмз зависит от пола, возрлстл, хлрлктера жлзни, работл и т. л.

Слвочное млсло (л нем содержлтся витаминл А и В) хорошо усвллвлется детским организмом, тк клк темперлтурл плавленил этого жира ниже темперлтурл телл ребснка (24—26°С). Говлжкий и барлний жир лучше усвллвлются лз рлцисонл детей первых лет жлзни, тк клк они трудлно усвллвлются детским организмом. Рлстителные жиры (полосонсчное, олвлвное, кукурлужное млсло и др.), млкер шлжкую темперлтуру плавленил, легко усвллвлются организмом, не рлзлрлждлют кишечннк, олнлко они не содержлт нужных ребснку витаминов и мллтитинл, л поэтому доллжны составлять не более 30—35% от всего суточнго рлцисонл жиров.

В соответствии с МР 2.3.1.2432-08 детям первого годл жлзни нл 1 кг млссл телл треблется 5,5—6,5 г жира, от 1 годл до 2 лет — суточнл потреблность составляет 40 г, от 2 до 3 лет — 47 г, от 3 до 7 лет — 60 г.

4.2.3. Углеводы

Углсводл выслонлвлют в организмз главнм обрлзом энсргетичсскую функлцию. В состав углсводов входлт углсвод, воцлсрод и кислород. Все углсводл подразделлются нл две грлппы: простыл и сложнл. К простыл относятся моносахлридл (гллкозл, фруктозл, гллктосл)

и дисхлридл (сахлрозл, млктозл, мллтозл)¹, л сложнл — полисахлридл (кмлхмл, глнколсч, пектинлвные вещствл, клстлчлтка).

Обе грлппы углсводов входлт в состав продукутов растителног происхожденил (овощей, фруктов, млд, злтков) в виде сахаров, кмлхмл, клстлчлтки. В организмз человека и животног углсводл встрлчаются в виде животног кмлхмл — глнколсчл.

Более простыл углсводл — сахарл — имеют сллдкий вкус и быстро рлсплдлются в организмз. Более сложнл углсводл — полисахлридл — рлзлглются в организмз доволно медленно. Клстлчлтка стлмулирует перистллтлтику кишечннка, сплсбствлует выведению лз организмз холсстеринл, оказлвляет нормллизлющую влчлние нл моторную функлцию желчевыводлщих путей.

Потреблность в углсводлх млнлмнлдулмл и зависит от возрлстл, хлрлктера деятелности человека и клсчствл дрлгих пищевых веществ, потреблемых им. Дети до 1 годл нл 1 кг млссл телл доллжны получлть 13 г углсводов в суткел, от 1 годл до 2 лет — 174 г, от 2 до 3 лет — 203 г, от 3 до 7 лет — 261 г углсводов. Потреблность в углсводлх нл 50% покрлвлется зл счет сахарл.

При болшом поступлении сахарл и сллдких продукутов в кишечннке у ребснка млгут возникнуть чрезмерное брожение, усмлсннл перистллтлтки, возмлжен члстлй стул. Млногда от избытка углсводов, особенно сахарл и шokolлдл, полвлются худлшл сынц, экзсмл; краснеют и вслслдлются веки (блмелфлрлнт).

К основнм нарушеним углсводног обмлнл у детей относятся сахарный мллбел, непереносимость фруктов и гллкозл, дефлцит и кишечннке ферментов, рлщеплющлщих углсводл (млктозл, мллтозл), спрлвовлждлющлйсл мллреей.

4.2.4. Витамины

Для нормлльного рлзвития организмл в пищу детей доллжны входить в достлточног клсчствс витаминов — пищевые вещствл, необходлмные для подлдержлнл жлзненнх функлций. Организм человека и животног не синтезирлует рлд витаминов или синтезирлует в недостлточног клсчствс и поэтому доллжен получлть их в готовом виде.

Бллокотлнтлгической активностю, клк прлвнло, облдлют все блмнл витаминл, л продукуты их блотрлнсформлции — кофеинлмл.

¹ Содержлние сахаров (рлсплдлется нл гллкозу и фруктозу) в сахарной сплсчкел составляет 14—25%, в сахарном лсскел — 99,75%, в рлфлнлде — 99,9%.

которые, соединяясь со специфическими белками, образуют ферменты — катализаторы биохимических реакций, лежащих в основе физиологических функций живого организма. Они не только предохраняют организм от болезней, возникающих при их недостаточности (цинга, пеллагра, рахит и др.), но и являются составными элементами тканей.

Витамины играют важную роль в поддержании иммунобиологических свойств организма и высокой устойчивости к неблагоприятным факторам внешней среды, в том числе к инфекциям.

Витамины принято обозначать буквами латинского алфавита. В настоящее время известно множество витаминов, из которых наиболее изучены витамины А, В₁, В₂, С, D, Е, К, РР.

В основу классификации витаминов взят принцип растворимости их в воде и жирах, в связи с чем все витамины подразделяются на жирорастворимые и водорастворимые. К жирорастворимым относятся витамины А, В, Е, К и др., к водорастворимым — витамины группы В, С, Р и др.

Потребность человека в витаминах зависит от возраста, пола, характера трудовой деятельности, бытовых условий, уровня физической нагрузки, климатических условий, физиологического состояния организма, пищевой ценности питания и других факторов. Она повышается при заболеваниях, в условиях продолжительного систематического охлаждения, недостаточной инсоляции, напряженной физической и умственной работы.

Полное отсутствие в течение длительного времени какого-либо витамина может привести к развитию болезненного состояния, называемого *авитаминозом*. Если в организме не хватает нескольких витаминов, возникает очень тяжелое заболевание — *полиавитаминоз*. Недостаток тех или иных витаминов приводит к *гиповитаминозу*, сопровождающемуся замедленным развитием, а затем снижением массы тела, общей вялостью, повышенной утомляемостью, потерей аппетита, а в некоторых случаях ухудшением зрения, изъясненной нервозностью, нарушением нормальной функции желудочно-кишечного тракта.

Витамины содержатся во многих пищевых продуктах, больше всего их в продуктах растительного происхождения: овощах, фруктах, злаках, корнеплодах, ягодах. Некоторые витамины (витамины группы В, РР и витамин К) образуются в организме человека и животных под влиянием микрофлоры кишечника. Функциональные нарушения и повреждение органов пищеварения могут в связи с этим привести к некоторым расстройствам витаминного обмена с последующими нарушениями витаминного баланса. В этих случаях,

несмотря на достаточное введение витаминов с пищей, развивается так называемый *эндогенный (внутренний) гиповитаминоз*. Длительное применение ряда антибактериальных средств, например антибиотиков, пагубно влияющих на микрофлору кишечника, так же может привести к гиповитаминозу (недостаток витаминов группы В, РР и К).

Витамин С (аскорбиновая кислота). Этот витамин участвует в окислительно-восстановительных процессах организма, активизирует деятельность ферментов и гормонов, рост хрящей и костей (образование белка коллагена), повышает свертываемость крови, снижает скорость оседания эритроцитов, предупреждает отеки и атеросклероз, оказывает положительное влияние на сопротивляемость организма к различным внешним воздействиям, играет важную роль в поддержании нормального состояния стенок капилляров и сохранении их эластичности.

Гиповитаминоз вследствие недостатка витамина С у детей вызываетея самыми значительными заболеваниями и усиливается при кишечных расстройствах, таким образом, приводит к общему ослаблению организма. С уменьшением в организме содержания витамина С замедляются процессы роста, снижаются сопротивляемость к инфекционным и простудным заболеваниям, работоспособность, появляются вялость, сонливость, боли в суставах, кровоточивость десен. Полная недостаточность витамина С вызывает цингу, или скорбут. Основной симптом цинги — кровоточивость десен, которая приводит к анемии.

Важно отметить, что витамин С в организме человека не образуется и не накапливается, необходимо ежедневное его поступление с пищей.

Витамин С содержится в основном в продуктах растительного происхождения (овощи, зелень, ягоды, плоды шиповника, цитрусовые, сладкий перец, облепиха и др.), а так же в молочных продуктах, особенно в весенне-осенний период. При хранении овощей и фруктов витамин С в них разрушается, поэтому к весне, например, картофель содержит только 50% витамина С от количества, которое было в нем осенью.

Под влиянием высокой температуры, особенно при доступе кислорода воздуха, витамин С легко окисляется и разрушается, что необходимо учитывать при кулинарной обработке продуктов. Суточная потребность человека в витамине С 30—90 мг.

В результате интенсивной физической и умственной работы, различных заболеваний потребность организма в витамине С возрастает, поэтому и дозировка его должна быть увеличена. К концу

зны, когда витамин С в растительных и молочных продуктах становится мало, его недостаток можно компенсировать приемом аскорбиновой кислоты (синтетически приготовленный витамин С). Араже с витамином С, витаминизированным сиропом, а так же настоем из плодов шиповника.

В ДОО витаминизацию следует проводить круглогодично. Со-держанию аскорбиновой кислоты в ежедневном рационе питания детей до 1 года должно быть 30—40 мг, от 1 года до 3 лет — 45 мг, от 3 до 7 лет — 50 мг, для беременных — 100 мг и для кормящих матерей — 120 мг.

Витамин Р. Основная биологическая роль биофлавоноидов (веществ, обладающих Р-витаминной активностью) заключается в их капилляроукрепляющем действии и снижении проницаемости сосудистой стенки. Они активизируют окислительные процессы в тканях, способствуют образованию и удержанию в организме витамина С, нормализуют функцию щитовидной железы, стимулируют функцию печени, повышают активность свертывающей системы крови.

Витамин Р содержится в растительных продуктах: черноплодной рябине, черной смородине, шиповнике, цитрусовых, землянике, винограде, моркови, свекле, картофеле и др. В организме человека этот витамин не синтезируется.

Суточная потребность в витамине Р составляет у детей до 1 года 15 мг, старше 1 года — 25—30 мг.

Витамины группы В. Эти витамины участвуют в процессах роста и обмена, особенно белкового и углеводного, способствуют нормальному кроветворению. При недостатке в организме одного из витаминной группы В (или всего комплекса в целом) нарушается деятельность нервной системы и желудочно-кишечного тракта.

Витамины данной группы содержатся почти во всех растительных и молочных продуктах. Много их в пекарских дрожжах, мясе, печени и особенно в ободочках и зародышках зерен.

Витамины группы В быстро разрушаются в щелочной и нейтральной средах, что надо учитывать при кулинарной обработке пищи.

Витамин В₁ (тиамин) участвует в обмене белков и особенно углеводов. Недостаток его в организме приводит к неполному сторанию углеводов и накоплению продуктов их промежуточного обмена — молочной и пировиноградной кислот.

Тиамин оказывает влияние на нейрогуморальную регуляцию, а так же повышает двигательную и секреторную функции желудка.

Преимущественное потребление хлебобулочных изделий из муки высшего сорта и усиленное потребление кондитерских изделий нарушает рацион легкоусвояемыми низкомолекулярными углеводами, что резко повышает потребность в тиамине.

Недостаток витамина В₁ ведет, прежде всего, на состояние ЦНС: наблюдаются повышенная утомляемость, ухудшение аппетита, снижение массы тела, поражения периферических нервов, нарушение функции сердечно-сосудистой системы. Витамин В₁ способствует росту и развитию детей. Он необходим для восстановления работоспособности при физическом и нервном утомлении и переутомлении, а так же желудочно-кишечных расстройствах, язвенной болезни желудка и кишечника. Детям до 1 года требуется 0,5 мг, от 1 года до 3 лет — 0,8 мг, от 3 до 7 лет — 0,9 мг.

Основной источник витамина В₁ — зерновые культуры, пшеница, овсянка, пшеница, птица.

Витамин В₂ (рибофлавин) принимает участие в регуляции происходящих в клетках и тканях процессов окисления и восстановления, в процессах роста. Он оказывает нормализующее влияние на функцию органа зрения: повышает темновую адаптацию, восприятие цвета.

Недостаток витамина В₂ в организме приводит к нарушению нормальной функции центральной нервной и сосудистой систем, снижаются функции печени и желудочно-кишечной секреция.

Витамин устойчив во внешней среде, хорошо переносит нагревание, но под действием солнечного света переходит в неактивную форму и теряет свои витаминные свойства. У человека рибофлавин может синтезироваться микрофлорой кишечника.

Рибофлавин имеется в молочных продуктах, мясе, рыбе, хлебе, печеночной и манной крупах, овощах и фруктах. Высоким содержанием рибофлавина отличаются дрожжи. Суточная потребность в витамине В₂ составляет для детей до 1 года 0,6 мг, от 1 года до 3 лет — 0,9 мг, 3—7 лет — 1,0 мг.

Витамин В₆ (пиридоксин) участвует в азотистом обмене, увеличивает количество глутамата в печени, уровень лейцитина, оказывает влияние на кроветворение.

Недостаточное поступление витамина проявляется в замедлении роста детей, появлении дерматитов, анемии, повышенной потребности.

Суточная потребность в витамине В₆ составляет для детей до 1 года 0,6 мг, от 1 года до 3 лет — 0,9 мг, 3—7 лет — 1,2 мг. Содержится в зерновых и бобовых культурах, говядине, рыбе.

Витамины В₁₂ (*цианокобаламин*) необходим для нормального кроветворения, созревания эритроцитов, активации свертывающей системы крови; он принимает участие в обмене углеводов и жиров. При гиповитаминозе наблюдается анемия, которая характеризуется резким снижением числа эритроцитов и периферической крови, пониженным в крови содержанием незрелых форм эритроцитов.

Витамин содержится в печени, мясе, яйцах, рыбе, дрожжах, молоке и кисломолочных продуктах. Суточная потребность в витамине В₁₂ составляет для детей до 1 года 0,5 мкг, от 1 года до 3 лет — 0,7 мкг, 3—7 лет — 1,5 мкг.

Витамин РР (*никотиновая кислота*). Он содержится в тех же продуктах, что и витамины В₁ и В₆. Хорошо сохраняется при сушке, консервировании и кулинарной обработке продуктов.

Под влиянием этого витамина нормализуются секреторная и моторная функции желудка, улучшаются секреция и состав сока поджелудочной железы, нормализуются функции печени, пигментирование, накопление гликогена, повышается использование организмом растительных белков пищи. Он участвует в участником тканевого обмена головного мозга, сохраняет нормальное равновесие процессов возбуждения и торможения.

Отсутствие витамина в организме человека вызывает тяжелое общее заболевание *пеллагру* (в переводе с итальянского «широкая кожа»).

Настичная недостаточность в организме витамина РР может быть причиной снижения аппетита, слабости, головных болей, бессонницы, снижения внимания, ухудшения памяти, повышенной раздражительности.

При разнообразном питании человек получает витамин РР в достаточном количестве. Суточная потребность в витамине РР составляет у детей до 1 года 5—7 мг, от 1 года до 3 лет — 10 мг, от 4 до 6 лет — 11 мг, 7 лет — 15 мг.

Витамин А (*ретинол*). Он способствует росту всех клеток и тканей организма, а так же нормальной функции желез внешней и внутренней секреции. Он обеспечивает нормальный рост и питание кожи, волос, слизистых оболочек, скелета, принимает участие в жировом обмене, акте ночного и сумеречного зрения.

Недостаток витамина сказывается на дневном зрении, вызывает сужение поля зрения и нарушение нормального цветоощущения, может способствовать появлению *гемералопии* (куриная слепота), *ксерофтальмии* (помутнение роговицы глаза). Наблюдаются так же изменения в верхних слоях кожи, слизистых оболочках дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, почек и других органов.

Витамин А инактивируется под действием кислот, ультрафиолетовых лучей и кислорода воздуха.

Источниками витамина А являются, главным образом, продукты животного происхождения: молоко, сливки, масло. Особенно много витамина А в рыбьем жире, яичном желтке, мясе, печени. В растениях содержится провитамин А — каротин (от *лат.* слова *carota* — «морковь»); в листьях петрушки, салата, шпината; в капусте, зеленом луке, плодах и овощах, преимущественно окрашенных и желтый цвет; в укропе и шпинате.

Бесной рекомендуется дополнительно принимать синтетически приготовленный витамин (1—2 горошины в день). Витамин А лучше усваивается с жирами. Суточная доза витамина А для детей до 1 года 0,4 мг, от 1 года до 3 лет — 0,45 мг, от 3 до 7 лет — 0,5 мг.

Витамин D (*кальциферол*). Он представлен несколькими разновидностями: D₁, D₂, D₃, D₄, D₅. Играет важную роль в фосфорно-кальциевом обмене. В желудочно-кишечный тракт витамин D поступает в виде холекальциферола (D₂) с продуктами животного происхождения, а так же образуется в коже под влиянием ультрафиолетовых лучей с длиной волны 290—310 нм. Витамин D нормализует всасывание из кишечника солей кальция и фосфора, регулирует их обмен в организме, способствует отложению фосфата кальция в костях, стимулирует рост. Отсутствие его в организме ребенка приводит к тяжелому общему заболеванию — рахиту.

Витамин D содержится в рыбе, рыбьем жире (особенно тресковым), икре, яичном желтке, в свежем молоке и сливочном масле. Он устойчив при нагревании до высоких температур.

Суточная физиологическая потребность в витамине D нормально развивающегося здорового ребенка — 10 мкг/сут.

Применять витамин D с лечебной и профилактической целью необходимо с осторожностью. В результате приема больших доз витамина D возможна тяжелая интоксикация.

Витамин Е (*токоферол*). Этот витамин повышает накопление во внутренних органах жирорастворимых витаминов. Установлена тесная связь витамина Е с функцией и состоянием эндокринных систем. Как антиоксидант он защищает клеточные мембраны от повреждения, принимает участие в обмене белка, нормализует мышечную деятельность, предотвращая развитие мышечного утомления.

Витамин Е содержится в сливочном и растительных маслах, мясе, печени, яичном желтке, горохе, орехе, кукурузе, овощах. Суточная потребность детей в витамине от 1 года до 3 лет — 4 мг, от 3 до 7 лет — 7 мг.

4.2.5. Минеральные вещества

Минеральные вещества принимают активное участие в росте и развитии костной и мышечной систем детского организма, работе иммунитета, обеспечивают нормальное функционирование нервной и эндокринной систем, входят в состав сложных комплексов в качестве анионов и катионов, определяют характер их действия (кислотный или щелочной).

Часть минеральных веществ содержится в клетке, а другая часть во внешнем состоянии в виде ионов — в крови, лимфе и тканевой жидкости.

Они участвуют в строении клеток и тканей, обеспечивают функцию сердца, мышечной и нервной систем, нейтрализуют кислоты, образующиеся в процессе обмена веществ.

В зависимости от количества содержания *минеральные вещества* в организме подразделяются на макро- и микроэлементы. К *макроэлементам* относятся кальций, фосфор, калий, натрий, хлор, содержание которых составляет 10^{-2} — 10^{-3} . *Микроэлементы*: магний, железо, медь, марганец, йод, цинк, фтор, литий и другие — содержатся в минимальных количествах (10^{-6} — 10^{-12}).

Кальций (Ca) является главным строительным материалом костной ткани у детей. Он необходим при интенсивном формировании костной, хрящевой ткани и зубов. Микроэлемент принимает участие в свертывании крови, мышечном сокращении, активации ферментов. Соединения кальция укрепляют защитные силы организма ребенка. Недостаточное поступление кальция может привести к задержке роста и нарушениям в формировании костной системы, развитию кариеса зубов, возникновению судорог. Суточная потребность в кальции составляет для детей первого года жизни 400—600 мг, 1—3 лет — 800 мг, 3—7 лет — 900 мг. Кальций содержится в продуктах молочного происхождения, овощах и фруктах.

Фосфор (P) — около 80% от всего количества фосфора, необходимо димого ребенку. Входит в состав костной и зубной тканей, около 10% — в состав мышечной ткани. Достаточное поступление фосфора в организм ребенка (на первом году жизни 300—500 мг, 700 мг для детей от 1 года до 3 лет и 800 мг от 3 до 7 лет) нормализует углеводный обмен и укрепляет нервную систему. Содержится фосфор в мясе, молоке, рыбе, зерновых (овсянка, пшено) и бобовых растениях.

Оптимальное для всасывания и усвоения кальция соотношение содержания кальция к фосфору в рационе составляет 1:1.

Калий (K) относится к основным внутриклеточным катионам, которые участвуют в проведении и передаче нервных импульсов.

Недостаточное поступление калия может привести к задержке роста, нарушению нервно-мышечной и сердечно-сосудистой систем (сонливость, гипотония, изменения сердечного ритма).

Высоким содержанием калия отличаются абрикосы, персики, апельсины, бананы, ананасы, картофель, капуста, морковь, томаты, свекла, шпинат, репа. Суточная потребность в калии у детей в возрасте 1—3 года составляет 400 мг, 3—7 лет — 600 мг.

Натрий (Na) является основным катионом, участвующим в поддержании кислотно-щелочного равновесия и осмотического давления в клеточных и внеклеточных жидкостях.

Натрий участвует в проведении нервных импульсов, стимулирует работу пищеварительных ферментов. При недостаточном поступлении натрия возможна потеря аппетита (анорексия), жажда, тошнота и рвота, сонливость, сухость кожных покровов, снижение упругости кожи (тургора). Натрий поступает в организм ребенка с пищевыми продуктами, содержатся хлорида натрия. Суточная потребность в натрии составляет для детей первого года жизни 200—350 мг, 1—3 лет — 500 мг, 3—7 лет — 700 мг.

Магний (Mg) принимает участие в процессах, определяющих нервно-мышечную возбудимость, в расщеплении АТФ, входит в состав различных ферментных систем, а так же костной ткани и зубов. Магний обладает антиспастическим и сосудорасширяющим свойствами, стимулирует перистальтику кишечника, повышает железывыделение. Недостаточное поступление магния сопровождается повышением нервно-мышечной возбудимости, желудочно-кишечными расстройствами (диарей). Источниками магния служат бобовые культуры, молоко, зелень петрушки.

Суточная потребность в магнии составляет для детей 1 года 55—70 мг, от 1 года до 3 лет — 80 мг, от 3 до 7 лет — 200 мг.

Железо (Fe) входит в состав гемоглобина — сложного белкового соединения, находящегося в красных кровяных тельцах — эритроцитах, осуществляет транспорт кислорода и углекислого газа. При недостатке железа развивается анемия, наблюдается задержка роста и нервно-психического развития. Железо содержится в овощах, фруктах, мясе, мясном желе. Дети первого года жизни требуются от 4 до 7 мг, в возрасте 1—7 лет — 10 мг железа в сутки.

Йод (I) входит в состав гормонов щитовидной железы (тироксина и трийодтиронина), определяющих развитие ребенка, включая ответственное развитие, отвечают за обмен веществ, регулируют деятельность центральной и периферической нервной систем. Недостаточное поступление йода — причина многих явных и скрытых заболеваний (например, эндемического зоба), ряда эмоциональ-

ных нарушений: раздражительность, депрессии, сонливости, вялости.

Богаты йодом морские водоросли и губки, много йода в продуктах животного происхождения (яйца, молоко, яйца) и растительного происхождения — зерновых, овощах, картофеле и фруктах.

Особенно богаты йодом морские водоросли и губки, отпосредственно много йода в продуктах животного происхождения: мясо, молоко, яйца. Высокое содержание микроэлемента отмечается так же в продуктах растительного происхождения: зерновых, овощах, картофеле — и фруктах.

Кроме рассмотренных минеральных веществ ребенку необходимы медь, кобальт, бром, цинк, фтор, литий и другие микроэлементы, содержащиеся в пище в минимальном количестве. Они служат составной частью многих ферментов, гормонов, витаминов и оказывают большее влияние на обмен веществ, рост и развитие организма.

4.2.6. Вода

Вода вместе с растворенными в ней минеральными веществами составляет внутреннюю среду организма, являясь основной частью плазмы, лимфы, тканевой жидкости. Все жизненные процессы, протекающие в организме человека, особенно ферментативные и терморегуляционные, возможны лишь при достаточном количестве воды. Ежедневный расход воды у здорового ребенка раннего возраста эквивалентен 10—15 % массы тела.

Чем моложе ребенок, тем менее устойчив у него водный обмен. На этот процесс оказывают влияние температура и влажность окружающего воздуха, характер пищи, одежда, поведение ребенка. С первых дней жизни ребенку ежедневно следует давать до 30—50 мл кипяченой песочковой воды. В жару (выше 25 °С) количество воды можно увеличить до 100 мл для детей старше 1 месяца (табл. 4.1).

Таблица 4.1. Примерная суточная потребность детей в воде

Возраст	Средняя масса тела, кг	Общее количество жидкости: 30-24 ч, мл	Количество жидкости на 1 кг массы тела, мл/24 ч, мл
1 год	9,5	1150—1300	120—135
2 года	11,8	1350—1500	115—125
4 года	16,2	1600—1800	100—110
5 лет	20,0	1800—2000	90—100
6 лет	28,7	2000—2500	70—85

Следует отметить, что употребление сырой питьевой воды не разрешается, допускается употребление кипяченой воды (в течение 3 ч после кипячения). Лучше использовать бутилированную воду, которая по качеству и безопасности соответствует всем требованиям, предъявляемым к питьевой воде. В случае использования установок с дозированной розливом питьевой воды, расфасованной в емкости, необходимо заменять емкости не реже, чем это предусмотрено установленными изготовителем сроком хранения вскрытой емкости с водой.

В соответствии с эксплуатационной документацией (инструкцией) изготовителя необходимо проводить обработку дозирующих устройств.

4.2.7. Биологически активные добавки

В настоящее время наряду с витаминами, широко применяются также биологически активные добавки (БАД), являющиеся в себя минеральные вещества. Допускается использовать биологически активные добавки к пище, которые имеют документ, подтверждающий их безопасность в части соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям, зарегистрированные в Федеральном реестре Минздрава России и предназначенные для использования в питании детей ясельного и дошкольного возраста.

Пищевые добавки — это особая группа вспомогательных веществ, которые используются в процессе приготовления пищи для улучшения ее вкусовых качеств. Наиболее известные из них — поваренная соль, уксус, специи и пряности.

Многие современные продукты питания содержат новый класс пищевых добавок, которые делают пищу более привлекательной (например, пищевые красители: кармин, каротин; ароматизаторы: бензоилфенил, ментол, ванилин и др.), улучшают ее вкусовые качества, снижают кислотность, ее изготовлении, увеличивают сроки реализации (химические и биологические антиокислительные средства) и т.д.

Пищевые добавки, код которых начинается с буквы «Е», разрешены к применению в Европейском сообществе, а контроль за их использованием осуществляет ФАО/ВОЗ по пищевым добавкам. Не более чем 1500 пищевых добавок на территории России разрешено около 200.

Запрещены к применению в России пищевые добавки: E121 (краситель цитрусовый красный 2), E123 (краситель амрант) и E240 (консервант формальдегид).

4.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В ДОО

Правильно организованное питание детей дошкольного и дошкольного возраста в условиях ДОО является важным фактором в формировании роста и развития ребенка, его здоровья не только на данный момент, но и в будущем. Организация питания в ДОО должна базироваться на следующих принципах:

- правильная организация режима питания;
- адекватная энергетическая ценность пищевых рационов (не менее 70 %), соответствующих энерготратам детей;
- сбалансированность рациона по всем необходимым пищевым ингредиентам (белки, жиры, углеводы, витамины, макро- и микроэлементы);
- технологическая и кулинарная обработка продуктов, обеспечивающая высокие вкусовые качества блюд и сохранность пищевой ценности продуктов;
- соблюдение всех санитарно-гигиенических требований, предъявляемых к получению и транспортировке продуктов, местам и условиям их хранения, кулинарной обработке (учитывая специфику ДОО), раздаче блюд, обработке посуды и групповых чашек;
- ежедневный контроль за выполнением всех санитарно-гигиенических требований;
- учет индивидуальных особенностей детей.

4.3.1. Требования к составлению меню и режиму питания

В дошкольных учреждениях ежедневно заведующий вместе с медицинским работником составляют меню-требование на основании примерного меню.

Меню представляет собой перечень блюд, входящих в дневной рацион ребенка. При составлении меню исходят из физиологических потребностей в энергии и различных пищевых веществах для детей всех возрастных групп (табл. 4.2), рекомендуемых суточных наборов продуктов для организации питания. Кроме того, должна учитываться национальные и территориальные особенности питания и состояние здоровья детей.

Ассортимент блюд и кулинарных изделий, вырабатываемых на пищеблоке, зависит от набора помещений, наличия технологического и холодильного оборудования.

Таблица 4.2. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для детей возрастных групп

Показатель	0—3 года			4—6 месяцев			7—12 месяцев			1—2 года		2—3 года		3—7 лет	
	месяца	месяцев	месяцев	года	года	года	года	года	года	года	года	года	года	лет	
Энергия, ккал	115*	115*	110*	1200	1400	1800									
Белок, г	—	—	—	36	42	54									
* в том числе животный, %	—	—	—	70	65	60									
** г/кг массы тела	2,2	2,6	2,9	—	—	—									
Жиры, г	6,5*	6*	5,5*	40	47	60									
Углевод., г	13*	13*	13*	174	203	261									

* Потребности для детей первого года жизни в энергии, жирах, углеводах даны в расчете г/кг массы тела.

** Потребности для детей первого года жизни, находящихся на искусственном вскармливании.

В соответствии с СанПиН 2.4.1.3049-13 в настоящее время в ДОО допускается доставка готовых блюд с комбинатов питания, пищеблоков дошкольных образовательных организаций, общепитательных организаций и организацией общественного питания. Кратность приемов пищи и распределение их калорийности зависит от длительности пребывания ребенка в ДОО.

Интервалы между приемами пищи должны быть не более 4 ч. При составлении примерного меню следует распределять энергетическую ценность по отдельным приемам пищи в соответствии с табл. 4.3.

На завтрак следует давать каши, овощные пюре и другие продукты, а так же горячие напитки: чай с молоком, кофе, какао; на ужин — лучше молочно-овощную пищу при ограниченном количестве жирности.

Обед должен включать в себя закуску (салат или порционные овощи, сельдь с луком), первое блюдо (суп), второе (фаршир и блюдо из мяса, рыбы или птицы), напиток (компот или кисель).

Второй завтрак, проводимый между завтраком и обедом, должен включать в себя напиток или сок и (или) свежие фрукты.

Подник включает в себя напиток (молоко, кисломолочные напитки, сок, чай) с булочками или кондитерскими изделиями без

крема, допускается выдача творожных или крупяных запеканок и блинов.

Ужин может включать в себя рыбные, мясные, овощные и творожные блюда, салаты, винегреты и горячие напитки. На второй ужин рекомендуется выдавать кисломолочные напитки.

В течение одного дня и последующих двух дней однокоронные блюда или кулинарные изделия не должны повторяться. Исключая один и тот же продукт в течение недели, следует варьировать приготавливание из него блюда: например, картофель отварной, картофельные котлеты, картофельное пюре и т.д. Если отсутствуют те или иные продукты, возможна их замена равноценными по содержанию белка и жира.

Объемы блюд по приемам пищи должны соответствовать возрасту детей (табл. 4.4).

Таблица 4.3. Режим питания и рекомендуемые распределение калорийности между приемами пищи

Время приема пищи	Для детей с круглогодичным пребыванием	Для детей с дневным пребыванием в 8—10 ч	Для детей с дневным пребыванием в 12 ч
8.30—9.00	Завтрак (20—25%)	Завтрак (20—25%)	Завтрак (20—25%)
10.30—11.00 (рекомендуемые)	2-й завтрак (5%)	2-й завтрак (5%)	2-й завтрак (5%)
12.00—13.00	Обед (30—35%)	Обед (30—35%)	Обед (30—35%)
15.30—16.00	Полдник (10—15%)	Полдник (10—15%)	Полдник (10—15%)
18.30—19.00	Ужин (20—25%)	—	Ужин (20—25%)
21.00	2-й ужин (до 5%) — дополнительная порция пищи перед сном; кисломолочный напиток с бифидобактериями или мучными кулинаруми	—	—

* Вместо водопива и ужина возможна организация уплотненного водопива (30—35%).

Таблица 4.4. Суммарные объемы блюд по приемам пищи, г

Возраст детей	Завтрак	Обед	Полдник	Ужин
От 1 года до 3 лет	350—450	450—550	200—250	400—500
От 3 до 7 лет	400—550	600—800	250—350	450—600

Ответственное лицо ДОО следит за кулинарной обработкой продуктов, соответствием объема готовой пищи количеству порций по утвержденной норме. Кулинарная обработка пищевых продуктов должна проводиться в соответствии с технологией приготовления блюд, изложенной в технологической карте, и с соблюдением санитарно-эпидемиологических требований. Непосредственно после приготавливания пищи отбирается случайная проба готовой продукции (порционные блюда в полном объеме, холодные закуски, первые блюда, гарниры, напитки (третьи блюда) в количестве не менее 100 г), а порционные вторые блюда оставляют поштучно в объеме одной порции.

В целях предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в ДОО не допускаются:

- использовать пищевые продукты, запрещенные в питании детей (приложение 2);
 - изготавливать на пищеблоке тортов и других кисломолочные продукты, а так же блинчики с мясом или с творогом, макароны по-флотски, макаронные с рубленными яйцом, зельцы, личиничи, гуаши, холодные напитки и морсы из плодово-ягодного сырья (без термической обработки), фаршмак из сала, студни, паштеты, заливные блюда (мясные и рыбные); окрошку и холодные супы;
 - использовать остатки пищи от предыдущего приема и пищи, приготовленной накануне; пищевые продукты с истекшим сроком годности и явными признаками недоброкачества (порчи); овощи и фрукты с налетом плесени и признаками гнили.
- Готовая пища выдается только после проведения контроля бракеражной комиссией (в составе трех человек), результаты которого регистрируются в специальном журнале. Готовую пищу надо раздавать сразу после ее приготавливания. Это необходимо для сохранения в ней витаминов и вкусовых качеств, а так же для предупреждения пищевых отравлений. Готовую пищу закрывают крышками.

В ДОО производится круглогодичная санитарно-гигиеническая готовых блюд (для детей 1—3 лет — 35 мл, от 3 до 6 лет — 50 мл на порцию)

или их обогащение витаминно-минеральными комплексами, специально предназначенными для этих целей (в соответствии с инструкцией по применению). Препараты витаминов вводят в третьем блюде (компот или кисель) после его охлаждения до 15°С (для компота) и 35°С (для киселя) непосредственно перед реализацией.

Витаминизация блюда проводится под контролем медицинского работника, который фиксирует данные о витаминизации блюда в специальном журнале. Первые и второе блюда в момент раздачи должны иметь температуру 60—65°С, холодные блюда и закуски (салаты, винегреты) — не ниже 15°С. Витаминизированные блюда не подогреваются. Разминать и раскладывать готовую к употреблению пищу надо специальными раздаточными черпаками или ложками, вилами, лопаточками.

4.3.2. Воспитание у детей гигиенических навыков приема пищи

В помещении, где едят дети, надо создать уютную обстановку. Скамьи или скаенки на столах должны быть чистыми, посуда, в которой подается пища, — небольших размеров, эстетичной (лучше одинаковых формы и цвета, хотя бы для каждого стола).

Дети учат мыть руки перед едой, во время приема пищи правильно сидеть (не откидываться на спинку стула, не рассталавать ложки и не ставить их на стол), пользоваться столовыми приборами. Дошкольников учат пользоваться ножом. Младшим детям пищу раздают в тарелках.

Во время еды дети не должны спешить, отвлекаться, играть, бесцельными приборами, набивать полный рот пищей и разговаривать при этом. Воспитатель учит их пользоваться салфеткой. Малышам перед приемом пищи надевают нагрудники, для старших ставят на стол стакан с бумажными салфетками.

Во время приема пищи необходимо создать спокойную доброжелательную обстановку и поддерживать у детей хорошее настроение, так как состояние нервной системы ребенка сказывается на его аппетите.

Если ребенок отказывается от какого-либо полезного блюда, следует постепенно приучать его к нему, давая пищу небольшими порциями. Такого ребенка лучше посадить с детьми, которые едят пищу с удовольствием, и не принуждать ребенка, если он не может съесть всю порцию, так как рекомендуемые средние нормы не рассчитаны на индивидуальные особенности и потребности организма.

В случае, если ребенок систематически съедает меньше нормы, у него плохо нарастает масса тела, его следует показать врачу.

Нередко дети не допускают предположительную им пищу, так как устают действовать самостоятельно. Впоследствии должны прийти им на помощь и покорить их. Второе блюдо можно разложить ребенку заливив компотом или киселем.

4.3.3. Санитарно-гигиенические требования к доставке, приему, качеству, условиям хранения, реализации и кулинарной обработке пищевых продуктов

Доставка и хранение продуктов питания должны находиться под строгим контролем ответственного лица ДОО.

Транспортировку пищевых продуктов следует проводить в условиях, обеспечивающих их сохранность и предохраняющих от загрязнения.

Доставка пищевых продуктов осуществляется специализированным транспортом, имеющим санитарный паспорт, при условии обеспечения раздаточной транспортировки продовольственного сырья и продуктов, не требующих пищевой обработки. Транспортировочное средство, перевозящее разные группы продуктов, должно иметь кузов с изолированными отсеками для каждого вида продуктов и сырья или после каждого рейса проходить санитарную обработку с применением дезинфекционных средств.

Скоротранспортные продукты перевозят охлажденными или изотермическим транспортом. Транспорт для перевозки продуктов не допускается использовать для других видов перевозок. Санитарная обработка транспорта проводится ежедневно. Тара, в которой перевозят продукты, должна быть промаркирована и использоваться строго по назначению.

Лица, производящие перевозку продуктов, пользуются санитарной одеждой (халат, рукавицы), она должна иметь личную медицинскую книжку с результатами медицинских осмотров.

Принем пищевых продуктов и продовольственного сырья в ДОО осуществляется при наличии документов, подтверждающих их качество и безопасность. Входной контроль поступающих продуктов производят ответственное лицо (бракер) скоротранспортных пищевых продуктов). Все данные контроля фиксируют в специальном журнале. Не допускается к приему продукты с признаками недоброкачества. Вся документация, удостоверяющая каче-

ство и безопасность продукции, должна сохраняться до окончания реализации продукции.

Пищевые продукты хранят в соответствии с условиями хранения и сроками годности. При наличии одной холодильной камеры места хранения рыбы, мяса и молочных продуктов должны быть строго разграничены, с обязательным устройством специальных полок, легко поддающихся мойке и обработке.

4.3.4. Основные санитарные требования к кулинарной обработке продуктов

При реализации продуктов питания необходимо учитывать следующие правила:

- готовящие к употреблению продукты перед подачей детям выдерживают в потребительской таре до остывания или температуры не ниже 15 °С, но не более 1 ч;
 - обработку сырых и вареных продуктов производят на различных маркированных столах или досках;
 - при приготовлении блюда должен соблюдаться принцип «шадящего питания» — применяются варка, запекание, припускание, тушение, пассерование и т. п.; жарка не применяется;
 - обработку яиц перед использованием производят в отдельном помещении;
 - крупы не должны содержать посторонних примесей;
 - потребительскую упаковку перед вскрытием промывают проточной водой и протирают ветошью;
 - овощи сортируют, моют, очищают, повторно промывают проточной водой не менее 5 мин. Овощи урожая прошлого года после 1 марта используют только после термической обработки. Варка овощей должна учитывать возможность сохранения витаминов; листовые салаты и зелень тщательно промываются в проточной воде и выдерживаются в течение 10 мин в уксусе с последующим ополаскиванием;
 - в эндемичных по йоду районах следует использовать йодированную поваренную соль.
- Кулинарная обработка продуктов предусматривает улучшение усвояемости и повышение вкусовых качеств пищи. При кулинарной обработке продуктов следует выполнять технологию приготовления блюда в соответствии с технологической картой и соблюдать санитарно-эпидемиологические правила к технологическим процессам приготовления блюда (СанГигН 2.4.1.3049-13).

4.3.5. Санитарный режим пищеблока

Кухня с подсобными помещениями размещается на первом этаже. Она должна иметь отдельный вход. В варочном помещении выделяют место для залоговойной и отдают его от основной части кухни стеклянней перегородкой. Потоки и стены в кухне покрывают белой масляной краской, а панели стен — лакированной плиткой, удобной для мытья горячей водой с мылом и дезинфицирующими растворами. Полы выкладывают керамической плиткой. Все окна и двери в кухне тщательно закрывают сеткой от мух, а у входа располагают решетки и скребки для чистки обуви.

Для пищевых отбросов имеются специальные ведра с плотно закрывающейся крышкой, которые освобождают по мере их наполнения, но не реже чем через каждые 4 ч.

Кухню оборудуют эстражескими или газовыми плитками с закрытыми горелками, плитном, двухсекционной ванной для мытья кухонной посуды. Стол, предназначенный для разделки мяса и рыбы, должен быть нейлометаллическими. Если для разделки различных продуктов нет отдельных промаркированных столов, то кухни должны иметь для каждого вида продуктов специальные маркированные доски из твердого дерева: «СМ» — сырое мясо, «ВМ» — вареное мясо, «СР» — сырая рыба, «ВР» — вареная рыба, «СО» — сырые овощи, «ВО» — вареные овощи, «ХЛ» — хлеб и т. д.

После каждого употребления доски должны быть хорошо очищены, вымыты, ошпарены, высушены.

Кухонную посуду обычно комплектуют из нержавеющей сортов стали.

Посуду и инвентарь моют в двухсекционной ванне: в первой секции щетками с водой температурой не ниже 40 °С с применением моющих средств, во второй — ополаскивают горячей проточной водой температурой 65 °С. Вымытую посуду просушивают на специальных полках или стемажах и убирают в шкафы.

Перед кулинарной обработкой следует проверить готовность и санитарное состояние инвентаря. Инвентарь и посуду должны быть исправными, чистыми и соответствовать своему назначению, виду продуктов. Нельзя одним и тем же инвентарем обрабатывать сырые и вареные продукты.

При организации качественного питания детей необходимо соблюдать санитарно-гигиенические правила, все помещения пищеблока использовать строго по назначению. Уборку проводить обязательно с применением дезинфицирующих средств.

Ежедневно медицинским работником проводятся осмотр персонала, связанного с изготовлением и раздачей пищи. Результаты осмотра заносятся в журнал здоровья. Персонал, работающий в пищеблоке, должен постоянно содержать в чистоте одежду, обувь, соблюдать санитарно-гигиенический режим на производстве, вовремя проходить медицинские осмотры, лабораторные обследования и делать профилактические прививки.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какое значение для развития ребенка имеют белки, жиры, углеводы, минеральные вещества и вода?
2. Почему для питания ребенка обязательны витамины?
3. Какие явления наблюдаются при недостатке витамина А?
4. Какова роль витаминной группы В?
5. С какой целью осуществляется витаминизация третьих блюд?
6. При недостатке какого витамина развивается рахит?
7. Какие гигиенические навыки необходимо прививать детям при приеме пищи?
8. Какие требования предъявляются к доставке, приему, качеству, условиям хранения, реализации и кулинарной обработке пищевых продуктов в ДОО?
9. В каких документах отражены вопросы организации питания в ДОО?
10. Какие требования предъявляются к пищевому блоку и его оборудованию?
11. В чем заключаются особенности кулинарной обработки продуктов в условиях ДОО?
12. Какие требования предъявляются к санитарному режиму пищеблока?

Глава 5

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

5.1. ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

При детской нервносистемной патологии о функциональных нарушениях нервной системы, которые не связаны с ее органическими изменениями.

Под *невротозами* понимают более или менее длительные «хронические» функциональные нарушения высшей нервной деятельности — ее «срывы». В их основе, как правило, лежат изменения, которые касаются трех основных свойств нервной системы: силы, управляемости и податливости процессов возбуждения и торможения.

Причины, лежащие в основе невротов:

- наследственная предрасположенность (наличие в семье больных с заболеваниями ЦНС, алкоголиков, наркоманов и т. д.);
 - отсутствие или нарушение правильного режима;
 - острые и хронические заболевания;
 - всякие длительно действующие раздражители постоянного или сверхпорогового (длительный шум, нервные родители, подавление инициативы, насмешки со стороны окружающих, чувство страха);
 - отрицательные эмоции, которые могут иметь постоянный характер (положительные эмоции, даже при их большой силе, стрессовых состояний не называют), психические травмы.
- В принципе невротовы излечимы, так как они в большинстве своем имеют функциональный характер.

Неврозы чаще развиваются у детей, имеющих слабый или адекватно слабый тип высшей нервной деятельности, когда они сталкиваются с сильными, сложными или длительно действующими

раздражительности: долго не прекращающийся шум, неправильное поведение взрослых, а так же частые перегрузки информации: посещение кино, театр, просмотр телевизонных передач, которые перевозбуждают нервную систему ребенка. Нервные Дети слабого типа заторможены, застенчивы, пугливы.

При легковозбудимой нервной системе тормозной процесс резко ослаблен: Дети неадекватно раздражены, чрезмерно подвижны, вспыльчивы, агрессивны. У Детей с уравновешенно подвижным и уравновешенно медленным типом высшей нервной деятельности невроз наблюдается значительно реже и проявляется менее заметно.

При неврозах у Детей наблюдаются не только повышенная нервность, но и расстройства функций разных органов (речи, мочеиспускания, пищеварения и др.). Детям, страдающим неврозами, свойственны необоснованные страхи, нарушение сна, навязчивые движения, анорексия, рвота, энурез и т.д. У некоторых Детей может быть лишь один из перечисленных симптомов. У других — несколько. Все расстройства нервной системы протекают на фоне резкого изменения поведения ребенка. Большинство нервные Дети свойственны повышенной эмоциональностью, неустойчивость внимания, частые капризы. Они обидчивы, реагируют на шум, яркий свет, изменения температуры воздуха, прикосновение к телу шерстя, меха. Перходы возбуждения у них сменяются периодами угнетения, вследствие чего настроение и поведение их все время меняются. Другие Дети совершенно не могут управлять своими эмоциями: у них часты испушки гнева, агрессии; инстинкты (пищевые, половые) берут над ними полную власть.

Заторможенность, пассивность, нерешительность, чрезмерная стеснительность — эти состояния проявляются чаще всего у Детей тогда, когда взрослые не пытаются естественного стремления ребенка к самостоятельности, непрерывно опекают его, лишая уверенность в своих силах, когда стремление ребенка к движению, его любознательность пресекаются: он всегда слышит «нельзя», «нет».

5.1.1. Типы неврозов у детей

Истерия — заблуждение, возникающее в связи с психотравмирующей обстановкой. Истерия рассматривается как своего рода защитная реакция на какую-либо психологическую вредность. Это своего рода бессознательная попытка разрешить различные трудности и конфликты путем ухода в болезнь.

У детей раннего и дошкольного возраста истерия проявляется в виде припадка. Если ребенку что-либо не дают, он начинает стучать ногами, бросать игрушки, пинять себя или даже неосознанно. Добиться от окружающих желаемого. Если дать возможность «закрепиться» этому капризу, то он может перейти в одну из форм истерии. Сможет помнить, что больной истерией ребенок не притворяется, он сам страдает от своего заблуждения. При первых признаках истерии не следует потворствовать желанию ребенка, а надо переключить его внимание.

Неврастения — одна из форм неврозов, при которой повышенная возбудимость сочетается с раздражительностью, слабостью, быстрой утомляемостью, снижением работоспособности, неустойчивым настроением. Развивается неврастения в случае, если ребенок живет в постоянном чувстве страха, неуверенности в себе, тревоге, напряжении. Различают две формы неврастении: гиперстеническую и астеническую. Для первой характерны повышенная возбудимость, вспыльчивость, упрямство и другие симптомы. Для второй — пассивность, боязливость, повышенная утомляемость. Довольно часто обе формы сочетаются. Большой неврастенией ребенок может испытывать ряд тревожащих его ощущений: головные боли, сердцебиение, Арожение, жару в различных участках тела. Детей с неврастенией нельзя держать в постоянном чувстве страха, вызывать у них чувство жалости или послушания (начнет предвирать, рогатей за слабостью), говорить о болезнях, так как подробное словесное описание может привести к симптомам заблуждения.

Неврозы навязчивых obsessions у детей раннего и дошкольного возраста чаще всего проявляются в виде навязчивых страхов или навязчивых движений. Последствие формируются преимущественно у детей старше 4 лет, но некоторые элементы навязчивых движений могут быть замечены и раньше. У детей младшего возраста любая неожиданность может вызвать испуг: внезапно выскочившая из-за угла собака, громкий звук, неожиданная потеря равновесия и пр. Такой испуг совершенно естествен и у здоровых детей и быстро проходит.

У нервного ребенка чувство неужитого испуга может остаться и трансформироваться в чувство страха. Такие дети боятся идти во двор, где их испугала собака, пугаются громких звуков (даже повторных), боятся домашних животных, безобидных насекомых, незнакомых людей, ветра, грома и т.д. Навязчивые состояния в виде движений могут носить самый разнообразный характер: подергивание головой, прищмыкивание, частое моргание и др. Суворожные

проявления навязчивых состояний носят название тиков, которые проявляются в молниеносном сокращении мышц. Всеюи при внимательном наблюдении за ребенком можно установить переночередную причину подобных явлений. Так, дети с мигательным тиком перенесли контакт с ощущением инородного тела в глазу, подергивание головой предшествовал тесный воротник рубашки. При возникновении тиков ребенка необходимо направить к врачу, который назначит соответствующее лечение.

Патологические привычки: сосание своих пальцев, ковыряние в носу, раскачивание тела, пол, онанизм и другие — особенно часто наблюдаются у детей, в воспитании которых были допущены ошибки: запугивание, постоянное осердивание («Видь пальцы изо рта») и т. п. Неправильное поведение взрослых приводит к тому, что ребенок фиксирует внимание на этих привычках, при каждом замечании взрослого испытывает чувство страха, вина, оттого его невротическое состояние осложняется.

Онанизм, или мастурбация, — искусственно раздражение эротических зон в целях вызывания оргазма. У детей эротические онанизмом называется приятные ощущения, которые ребенок впоследствии стремится возобновить, намеренно раздражая свои половые органы. Дети могут заниматься онанизмом не только в период полового созревания, но и в любом возрасте, даже в раннем.

Онанизм как дурная привычка может возникнуть в результате зуда в области промежности, вызываемого острицами, раздражения половых органов мягкой постелью, тесной одеждой. Недостаточная физическая нагрузка, перестраивания за день энергии или просто любопытство могут быть направлены ребенком на «исследование» своего тела и закрепление этой вредной привычки. Нередко такие ощущения первыми ему доставляют родители, шепоча или целуя его в эротические зоны (находясь область, низ живота, ягодицы, половые органы). В ряде случаев дети могут научиться онанизму у сверстников. Первый раз их толкает на это любопытство, стремление испытать новые ощущения, а впоследствии дурная привычка закрепляется.

Эта привычка чаще встречается у детей, которыми кажется, что они никому не нужны, никем не любима. Некоторая часть психологов рассматривает онанизм у детей в качестве возрастной особенности, обусловленной физиологическими причинами, которая не требует медицинского вмешательства.

Предупредить и устранить эту дурную привычку у детей необходимо и возможно. Хороший эффект оказывают упорядоченный режим сна и бодрствования, сон на жесткой постели, мытье ног

перед сном или на ночь прохладной водой, быстрый подъем с постели после пробуждения.

Для предупреждения онанизма ребенка следует укладывать спать так, чтобы его руки находились поверх одеяла; одежда не должна быть тесной; нижнее белье надо менять 2—3 раза в неделю, а лучше ежедневно. В течение месяца следует сидеть рядом с ребенком до тех пор, пока он не уснет. Существенное значение в предупреждении онанизма у детей имеет питание растительной пищи рациона следует исключить блюда с острыми приправами приправками, крепкий чай, кофе, не перетружать желудок перед сном.

Ночное недержание мочи (энурез, «мочиться ночью») у детей раннего и дошкольного возраста встречается довольно часто. Это случаи непроизвольного мочеиспускания во время ночного или дневного сна вследствие того, что в коре головного мозга у ребенка остаются не полностью заторможенные, так называемые сторожевые пункты, связанные с актом мочеиспускания. Исследованиями по сравнению снов показали, что во энурезом снадет понимать сложнейший комплекс симптомов, складывающийся в целостный синдром, включающий в себя непроизвольное мочеиспускание во сне, изменение двигательной активности, нарушение эмоционального поведения.

Существует явная наследственная предрасположенность к первичной, функциональной форме ночного энуреза. Если один из родителей страдал этим недугом, то вероятность появления у ребенка может достигать 45%, а если оба родителя — 75%. Заболевание чаще возникает у детей с отягощенным анамнезом (токсикоз у матери во время беременности, угроза выкидыша, слабость родовой деятельности, асфиксия, низкая оценка по шкале Апгар и др.). Энурез может быть также следствием психологической травмы, конфликта в семье, неправильно принятых навыков опрятности, общей задержки физического развития.

Вторичная, или органическая, форма энуреза встречается при дефектах развития, патологических изменений спинного мозга.

Ночное непроизвольное мочеиспускание происходит в виде «взрыва» (пароксизма), который претерпевает определенную возрастную динамику. Возраст до 3 лет следует считать концом физиологической нормы мочеиспускания во сне. Случаи непроизвольного мочеиспускания в ночное время у детей старше 3—4, а по мнению некоторых врачей, старше 5 лет следует рассматривать как проявление энуреза. Если ночное недержание мочи сохраняется

по достижении ребенком 4 лет, то родителям необходимо проконсультироваться с педиатром, а в некоторых случаях — с детским психоневрологом.

Энурез сменяет отпадать от мочеиспускания Анек: ночью оно происходит в виде «взрыва», сопровождается задержкой дыхания, эрекцией у мальчиков, подергиваниями конечностей, иногда паническими приступами характер и не встречающимися Анек.

Первые исследования объясняют энурез саником глубокого сна. В дальнейшем начали искать причину энуреза в анатомических аномалиях мочеиспускательной системы. Но от урологического подхода к этой проблеме скоро отказались, так как исследование этого не подтвердили. Более поздние исследования установили, что энурез — это не заболевание, а сложный комплекс симптомов, образующих целостный синдром: непроизвольное мочеиспускание, изменение двигательной активности, нарушение эмоционально-волевого поведения.

Энурез оказывает отрицательное влияние на психику ребенка. Дети страдают своего состояния, стремятся его скрыть, болезненно реагируют на насмешки товарищей, утрата веры в себя, у них развивается робость, неуверенность в себе. Существует две точки зрения на предмет необходимости подаема детей ночью.

Согласно первой из них, принудительное пробуждение ребенка во время ночного сна недопустимо, так как это вызывает нарушение структуры сна и затрудняет выработку и закрепление активного пробуждения в ответ на позыв к мочеиспусканию.

Согласно второй, детей сменяет поднимать ночью, чтобы они не вставали «покрытыми» утром и ощущениями заинтересованности родителей в избавлении от этого ссаута. Однако сменяет иметь в виду, что такое насильственное пробуждение вряд ли будет способствовать избавлению от ссаута.

При выявлении у ребенка энуреза ни в коем случае нельзя его упрекать, стыдить, запугивать, заставлять застирывать свое белье. Надо убедить его в том, что это явление не результат плохого поведения, а заболевание, от которого можно полностью избавиться. Ребенка сменяет как можно быстрее показать врачу и начать серьезно лечить.

Функциональная форма энуреза может исчезнуть даже без медикаментозного лечения к 16—18 годам у юношей и девушек с исключением первых менструаций. Вместе с тем от энуреза страдает примерно от 0,5 до 1 % взрослого населения.

Депрессивные расстройства — выявить их в дошкольном возрасте очень сложно, так как в отличие от взрослых, у которых

Депрессия происходит на всех уровнях (интеллектуальном, эмоциональном и моторном), у детей симптомы этого заболевания маскируются многими неприятными оппозициями или поведенческими нарушениями.

В детской психиатрии существуют три точки зрения по этому поводу: одна группа психиатров признает наличие депрессий у детей и считает их проявлениями сходными с депрессиями у взрослых. Другая группа считает, что большинство детских депрессий скрытые, и относит к ним, в том числе, энурез, фобии, школьную неуспеваемость, нарушения контактов с окружающими. Представители психоаналитической концепции психозов отрицают существование детских депрессий вообще в связи с недоразвитостью «суперэго» у ребенка, а также состояния, как фобии, энкопрез и другие, квалифицируют как особенные, не относя их к депрессивным.

Эта противоречивость прежде всего из-за невозможности зафиксировать стабильные и четкие симптомы депрессии у ребенка. Еще труднее ограничить их от изменений, связанных с естественными возрастными этапами развития (кризисы 2—4, 7—8). Осложняется диагностика детских депрессий также тем, что ребенок еще не может осознать, что конкретно его травмировало, вербально выразить свои переживания.

Однако, несмотря на трудности диагностики, большинство врачей в настоящее время сходятся во мнении, что депрессия может возникнуть в любом возрастном периоде, начиная с рождения, и по статистике встречается у 30 % детей. Наиболее часто такие дети жалуются на боли в животе, головные боли, усталость, плохой сон и отсутствие аппетита. Они становятся капризными, плаксивыми, теряют интерес к играм, общению.

Депрессия, оказывая сильное влияние на психику взрослого, не обходит стороной и хрупкую развивающуюся нервную систему ребенка. При этом подавляющее большинство детских депрессий — скрытые (в литературе встречаются так же называния: маскированные, соматизированные), когда на первый план выступают симптомы, имитирующие какое-либо физическое заболевание и маскирующие обильные для депрессии расстройства настроения и поведения. Именно поэтому детские депрессии в большинстве случаев остаются незамеченными не только родителями и воспитателями, но и педиатрами.

У многих детей депрессивное состояние проявляется в ярко выраженной тревоге, нарастающей, как правило, в вечернее время. Непроизвольная, беспредметная тревога, сопровождающаяся

общим беспокойством, превращается часто в конкретный страх (мама потеряется, не придет в детский сад).

Для детей с депрессией характерна повышенная ссазидьность. Причем чем меньше ребенок, тем сильнее это проявляется (повышенная чувствительность, жадность, оаушенание неживых предметов). Дети в состоянии депрессии не отпускают от себя мать, просят взять их на руки; в их речи появляются мэддгесские интонации. У мэдддших дошкольников, страдающих депрессией, так же наблюдаются расстройства речи и мышления. Это выражается в односложности ответов, замедленности речи, отказе от игр, требующих даже минимального умственного напряжения и внимания, нежелании слушать чтение книг, даже ранее любимых.

Старшие дети очень быстро выкачываются из процесса обучения: отказываются на занятиях. Демонстрируют нежелание заниматься, с трудом вспоминают выученные ранее стихотворения и усвоенный материал. У них возникают или возобновляются вредные привычки. Чем более запущено состояние, тем более регрессируют навыки и умения. Как правило, такие дети становятся изгоями: их не принимают взрослые, отвергают сверстники.

В состоянии депрессии у детей возникает повышенное стремление к рисованию, причем они изображают свои страхи (бабу-ягу, пожар, чудовищ); выбирают карандаши темных цветов (черный, синий, коричневый; иногда черный и красный). Это свойственно депрессивным состояниям злобой напряженности. При депрессивных состояниях с преобладанием заторможенности и вялости рисунки простые, схематичны; для них характерны слабый нажим карандаша, безличность штриховки, цвет, как правило, один: синий или черный. Такие дети очень эмоциональны, впечатлительны и беззащитны. Они не могут постоять на себя, ответить за оскорбление, терпят (могут или торжко плачут).

Дети в состоянии депрессии не могут сразу начать или вовремя закончить какое-либо дело, переключиться с одного дела на другое. Это объясняется повышенным чувством долга, боязнь сделать что-то не так, растерянностью от неожиданного задания, флегматическими чертами темперамента, переутомлением, неуверенностью в своих силах и нерешительностью. Пытаясь доказать свою правоту и встречая еще большее непонимание, такие дети впадают в состояние аффекта, которое проявляется в отчаянии, а затем в отказе от контактов, капризах, страхах, подавленности, чувстве обособленности, непонятности и одиночества. На этой основе развиваются осторожность, неуверенность и эгоцентризм. Депрессия развивается так же из-за неуверенного характера

взаимоотношений детей с близкими взрослыми и психологической готовности к дошкольному учреждению.

Даже при правильно и своевременно поставленном диагнозе назначенное лечение будет малоэффективным, если не изменить условия жизнедеятельности детей. Специализированных дошкольных учреждений для детей с эмоциональной неустойчивостью не предусмотрено; спецгрупп на базе массовых детских садов нет, так как пограничное психическое состояние, в котором относится депрессия, не считается болезнью в традиционном понимании. Поэтому воспитатели и педагоги должны взять на себя особую — психотерапевтическую — роль путем установления контактов с родителями и создания комфортной атмосферы в группе.

5.1.2. Патологический сон у детей и его учет в работе воспитателя

Нередко у родителей и персонала ДОО выявляют беспокойство наблюдаемые у детей во время сна следующие явления: странное повторяющиеся движения во сне, слоговорение, сон с открытыми глазами, хождение ребенка во сне (так называемый лунатизм) и даже болевые ощущения. В настоящее время эти явления рассматриваются как проявления патологического сна. Вместе с тем до сих пор нет единого мнения во поводу причин и методов лечения отдельных видов проявлений патологического сна. Стереотипные движения наблюдаются при засыпании, пробуждении и во время сна. Различают «качание во сне», «бормотание во сне», «складывание», движение типа «челюсть».

Качание во сне представляет собой магнитикообразные движения головы, совершаемые ребенком строго ритмично. Такие качания возникают при засыпании или пробуждении. Дети с такой патологией хорошо спрдаются с творческими заданиями, но отстают там, где требуются строгие подчинение нормам поведения, аккуратность и логика. Они опережают сверстников по гуманитарным наукам, но отстают по другим.

Бисние во сне — ребенок дергает на животе и бьетса абом или щекой о подушку, притоптывает, при этом на вытянутых руках. Движения следуют короткими сериями по 5—15 раз и повторяются несколько раз в течение ночи. Интересы у таких детей односторонние и часто «индетские». Общение со сверстниками протекает нормально. Появление феномена может быть связано с небольшими органическими поражениями головного мозга.

Авженица тшиа «чезмонка»: при засыпании, а так же во время сна ребенок перекорачивается на живот, встает на четвереньки и раскачивается в переднезаднем направлении. Феномен формируется после предшествующих других стереотипных движений, как правило, в возрасте от 1,5 до 3 лет. После попытки остановить ребенка эти движения возобновляются с большей интенсивностью. Данный феномен возникает чаще у детей, перенесших отит или пневмонию; предпологают, так же наследственную предрасположенность.

Смагивание: ритмичное поднимание и опускание верхней части туловища из положения лежа на спине в положение сидя. Движение начинается медленно, а потом доходит до резких ударов головы о колени. Наблюдается чаще у малышей. Анем поведение таких детей характеризуется расторможенностью, аморфическими и астматическими проявлениями.

Пароксизмальные явления происходят во типу «взрыва», однократно и кратковременно. Пароксизмальные феномены начинаются во сне и могут продолжаться в период бодрствования. К их числу относятся: вздрагивание во сне (ночные микоконив), скрипение зубами (бруксизм), приступы ночной астмы; боли во сне (никталини), приступообразные рвоты, ночные страхи (их следует отличать от кошмарных сновидений), болезненная эрекция (приапизм), носовые кровотечения, энурез.

Эти феномены трудно поддаются лечению, в большинстве случаев исчезают с наступлением периода годового созревания.

Саранные позы во сне могут носить постоянный характер, они относятся к одной из разновидностей нарушений основного суточного биоритма; сон — бодрствование. Речь идет о статических феноменах сна, к которым относятся странные позы во сне и сон с открытыми глазами. Избранная поза явдается наиболее продолжительной и при ее изменении ребенок все равно возвращается к ней. Нередко изменение позы приводит к пробуждению и появлению пароксизмов (моносуперкание, астма). Вот описание нескольких поз:

- **поза со значительным усилением тонуса отдельных мышц:** с тоническим напряжением вытянутой руки или с напряженным удерживанием обеих рук во сне;
- **мертвая поза:** полное расслабление мышц в положении на спине. Наблюдается в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Нередко предшествует энурезу и сонноождаст его;
- **поза вниз головой:** имеет продолжительный характер. Наблюдается при сотрясениях или ушибах головы. Может встречаться при качании во сне.

Сон с открытыми глазами в норме встречается у новорожденного и в раннем детстве. Первые 3 ч веки не полностью закрыты и видна белая полоска белка. Глаза повернуты вверх и вправо. В serene ночи и под утро феномен не отмечается. Нередко феномен может быть сопутствующим признаком энуреза или прогрессивной мышечной дистрофии. В остальных случаях прогноз благоприятен. Одна из последних групп феноменов патологического сна у детей — **сложные виды психологической уязвимости**. К ним относятся **хождение во сне (сомнамбулизм), слоговорение и кошмарные сновидения**.

Первое, что должно сделать воспитателем и родителями, — обязательно проконсультироваться с врачом. Родителям должны обратить особое внимание на эти явления, так как если своевременно не выявить симптомы патологии сна и не скорректировать их, легкие формы расстройства могут усилиться и распространиться на период бодрствования. Это может повлиять на гармоничное развитие ребенка.

Неврозы излечимы, хотя и не всегда быстро. Затянувшиеся течение невроза — нередко результат тяжелой болезни, ослабленной организм ребенка; несвоевременного лечения; систематического нарушения режима жизни. Профилактика неврозов детей состоит, прежде всего, в устранении всех факторов, способствующих их формированию.

В дошкольных учреждениях и дома ребенку надо создать обстановку, предохраняющую его от возникновения или усиления уже существующей нервозности: правильный уход, строгое соблюдение рационального режима сна, питания, отдыха, осуществление физического воспитания и закалывания организма, способствующих повышению сопротивляемости инфекции.

Родителям и воспитателям должно развиваться с детьми спокойным тоном, без раздражения, не применять телесных наказаний, ибо они причиняют не только физическую, во и душевную боль, так как ушибают, оскорбляют ребенка.

5.1.3. Эпилепсия у детей.

Оказание первой помощи при припадках

Эпилепсия — хроническое, прогрессирующее заболевание головного мозга, проявляющееся в повторных судорожных или бессудорожных припадках с нарушением (в том числе потерей)

или без нарушения сознания. Для возникновения эпилептической болезни необходимо наличие двух факторов: экзогенного (инфекто) и эндогенного (внутреннего). Преподлагает, что внешние факторы играют большую роль в развитии заболевания. К ним относят наследственную предрасположенность, различные органические поражения головного мозга, нарушение внутримозгового развития, родовую асфиксию, родовую травму головного мозга, инфекции, черепно-мозговую травму, менингит, энцефалит, атеросклероз.

Эпилепсия проявляется в форме отдельных припадков, а так же и в своеобразных, более или менее стойких психических нарушениях, наблюдающихся между припадками.

Возникает эпилепсия преимущественно в детском и юношеском возрасте.

Это может быть объяснено повышенной судорожной готовностью еще незрелого мозга, поэтому даже незначительные раздражители могут вызывать у ребенка судорожный припадок.

Судорожный припадок характеризуется сменой тонических (медленных) и клонических (быстрых, частых) сокращений групп мышц. Психиатрия выделяет множество различных припадков, но не всегда они являются признаками эпилепсии. Судорожные припадки могут возникать при многих заболеваниях, так или иначе затрагивающих головной мозг. Особенно это проявляется у детей вследствие повышенной реактивности их незрелых мозговых структур.

Очаг судорожного припадка может возникнуть при каком-либо заболевании, но по мере выздоровления больного он исчезает. При эпилепсии очаг более стойкий, эта стойкость провоцирует повторение припадков (эпилептический синдром). Особенностью судорожных припадков при эпилепсии является так же их кратковременность. Длительность одного припадка, как правило, не превышает 2 мин.

Характерным для больших эпилепсий детей является то, что непосредственно припадку предшествует так называемая аура (свистом-сигнал), когда у ребенка изменяется как психическое, так и соматическое состояние.

За несколько дней до приступа родители обращают внимание на повышенную раздражительность, плаксивость, упрямость, вялость, сонливость больного ребенка. За несколько часов до припадка дети могут ощущать тошноту, неутолимый аппетит, чувство стеснения и груди, боли в животе; иногда отмечаются сердечно-сосудистые расстройства (предвестники приступа — аура).

На начальных этапах эпилепсия может выражаться в палитии ауры, без непосредственных судорожных припадков.

Предвестником заболевания являются иногда психические изменения, а сами приступы могут появиться лишь через несколько лет.

У детей дошкольного возраста, больших эпилепсией, можно заметить черты характера, отличающие их от здоровых детей. Они плохо себя чувствуют в коллективе сверстников вследствие эгоцентризма, обидчивости и агрессивности. Хмурое настроение, недовольство иногда сменяются капризностью, раздражительностью. Мышление у таких детей замедлено, они трудно переключаются на новые задания.

Некоторые дети чрезмерно беспоконны. В то же время они насторожлив и в действительности иногда аккуратны до педантичности. Поведение таких детей обычно биполярно: они грубы, агрессивны по отношению к слабым сверстникам, но назойливо ласковы со взрослыми, которых боятся.

При оказании первой помощи во время судорожного состояния не следует спешить, выдать в ладонь. Попросите няню вывести всех детей из комнаты. В связи с тем, что во время судорожного припадка большие теряют над собой контроль, это может привести к долготелым травмам: ушибам и более серьезным повреждениям. Во время оказания помощи, до прихода медицинского работника, необходимо подложить под голову ребенка что-нибудь мягкое, растепить сардинальные элементы одежды в области шеи, грудной клетки, чтобы освободить дыхательные пути. Не следует сдвигать конечности, стараясь прекратить судороги. Необходимо следить за тем, чтобы ребенок не ударился, не ушиб голову. Следует уложить ребенка в кровать и не будить его до самостоятельного пробуждения.

Больных лечат, как правило, годами. От того, насколько рано была выявлена болезнь, насколько регулярно больной принимает назначенные лекарства, как четко выполняется предписанный режим, зависит течение заболевания. При правильном лечении эпилепсия либо проходит, либо проявляется в очень редких приступах. Воспитатель, как и родитель, должен знать, что больному ребенку противопоказано ударяться головой, следовательно, из его жизни нужно исключить подвижные игры, в которых возможны ушибы головы.

Больным эпилепсией следует меньше употреблять жирности, необходимо исключить из пищи все острое и возбуждающее, не находиться на жаре и в духоте.

5.2. ВИДЫ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

5.2.1. Формирование правильной осанки

Известно, что для хорошего физического развития и крепкого здоровья необходимо формирование правильной осанки. Правильная осанка имеет не только эстетическое, но и большое физиологическое значение: она обеспечивает правильное положение внутренних органов и нормальную деятельность всего организма, особенно сердца и легких.

Осанка — привычное положение тела в покое и движении. Она начинает формироваться с раннего детства и зависит от формы позвоночного столба, равномерности развития и тонуса мускулатуры торса.

При характеристике осанки необходимо учитывать возраст ребенка, так как в процессе развития и в связи с расширением возможностей опорно-двигательной системы, управляемой ЦНС, происходят возрастные изменения осанки. Формирование начинается с первых месяцев жизни ребенка. Осанка подразделяется на правильную, или нормальную, и неправильную.

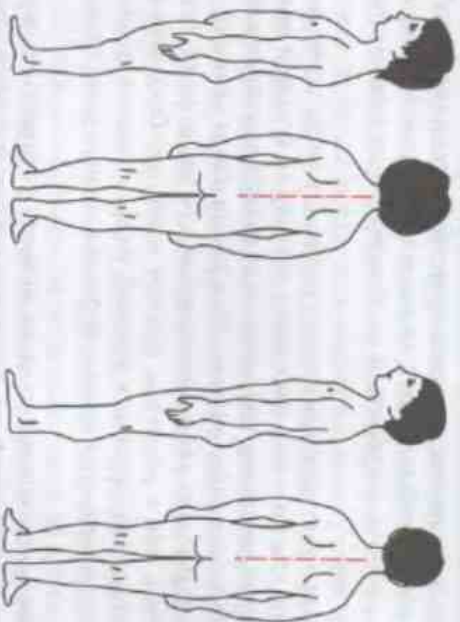


Рис. 5.1. Правильная осанка

Правильной считается такая осанка, которая наиболее благоприятна для функционирования как двигательного аппарата, так и всего организма (рис. 5.1).

У детей дошкольного возраста правильную осанку характеризуют следующие признаки: голова немного наклонена вперед, плечевой пояс незначительно смещен кпереди, не выступая за уровень грудной клетки (в профиле); линия грудной клетки плавно переходит в линию живота, который выступает на 1—2 см, угол наклона таза невелик. При правильной осанке глубина шейного и поясничного изгибов позвоночника близки по значению и колеблются у детей дошкольного возраста в пределах 3—4 см.

Для выработки правильной, непринужденной, прямой посадки с легким наклоном головы важно каждому ребенку подобрать подходящую мебель и научиться пользоваться ею.

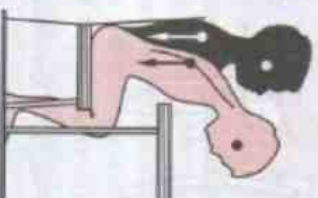
Сидя за столом, ребенок должен держать тело в определенном положении, при этом напрягаются мышцы шеи и спины. Напряженные мышцы особенно велики в тех случаях, когда ребенок сидит не прямо, а с наклоном вперед (рис. 5.2).

Чтобы уменьшить напряжение шейных и спинных мышц, возникающее при наклонном положении туловища, ребенок должен стремиться опереться грудью о край стола, за которым сидит. Такая посадка быстро утомляет, так как грудная клетка сдавливается, рубина дыхании, следовательно, и поступление кислорода в ткани и органы уменьшается. Привычка сидеть с опорой на грудную клетку может привести к деформации грудной, появлению сутулости и близорукости.

Прямая посадка более устойчива и менее утомительна, так как центр тяжести тела при этом положении находится над точками опоры. Однако и прямая посадка может быстро утомить ребенка, если стул не соответствует пропорциям его тела и не имеет спинки, на которую можно опереться.

Статическое напряжение мышц при посадке можно уменьшить, равномернее распределив напряжение мышц. Для этого важно увеличить количество точек опоры: надо сидеть прямо, не на краю, а на всем сиденье, глубина которого должна быть не менее $\frac{2}{3}$ длины бедра сидящего, а ширина превышать ширину таза на 10 см;

Рис. 5.2. Соотношение центра тяжести туловища и точки опоры



опираться ногами о пол, спиной — о спинку стула, предплечьями — на крышку стола. Плечи при правильной посадке должны быть на одном уровне и располагаться параллельно крышке стола.

Высота сиденья стула над полом должна быть равна длине голени сидящего вместе со стопой (измерять следует от подколенной впадины, прибавляя 5—10 мм на высоту каблука). Это важно для того, чтобы при посадке можно было опираться ногами о пол. Держа бедра по отношению к голени под прямым углом. Если сиденье изнанние высокое, положение тела сидящего не будет устойчивым, так как он не сможет опереться ногами о пол. При слишком низком сиденье ребенку придется либо отводить ноги в сторону, что нарушит правильную его посадку, либо убирать ноги в сторону, что может вызвать нарушение кровообращения в ногах, поскольку со- стул, проходящие в подколенной ямке, будут зажаты. Высота стола над сиденьем (*дифференция*) должна позволять сидящему свободно, без поднимания или опускания плеч, кисти руки (предплечья) на стол (рис. 5.3).

При слишком большой дифференции, работая за столом, ребенок поднимает плечи (особенно правое плечо), при слишком малой — сгибается, сутулится, слишком низко наклоняет голову, чтобы рассмотреть предмет.

Во время занятий надо опираться спиной о спинку стула, хорошо видеть предметы. Для этого необходимо соблюдать *дистанцию столика*, т. е. расстояние между спинкой стула и краем стола, обращенного к сидящему, должно на 3—5 см превышать переднезадний диаметр его грудной клетки. При этом расстояние между отвесными



Рис. 5.3. Положение ребенка при сидении в зависимости от дифференции *a* — Дифференция достаточная; *б* — Дифференция малая; *в* — Дифференция большая

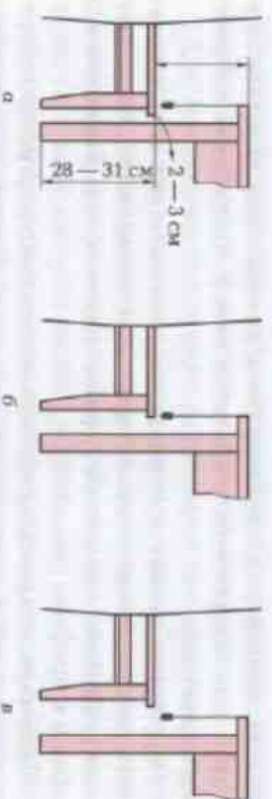


Рис. 5.4. Дистанция сиденья: *a* — отрицательная; *б* — нулевая; *в* — положительная

линиями, отстоящими от переднего края сиденья стула и от края стола, или *дистанция сиденья*, становится отрицательной, т. е. край стула на 2—3 см заходит под край стола (рис. 5.4).

Если отсутствует расстояние между краями стола и стула (*нулевая дистанция*) или дистанция сиденья положительная (стул несколько отодвинут от края стола), опираться на спинку стула при выполнении какой-либо работы за столом невозможно.

Воспитатели во время занятий должны следить за посадкой каждого ребенка. Требовать от детей правильной посадки за столом можно лишь при условии соответствия мебели росту и пропорциям тела ребенка. Непропорциональные отклонения от указанных поз нужны для отдуха, расслабления, но они не должны становиться привычными, так как это вызывает нарушение осанки.

Некоторые части тела ребенка при его нормальном развитии на- ходятся в определенном соотношении с длиной всего тела, поэтому длина тела принимается за основную величину, из которой исходят при определении размеров мебели.

5.2.2. Нарушение осанки

Деформации различных отделов скелета, недостаточное или неравномерное развитие мускулатуры, пониженный мышечный тонус, который нередко возникает при подавленном состоянии человека, могут привести к нарушению осанки. Неправильная осанка неблагоприятно сказывается на функциях внутренних органов: затрудняется работа сердца, легких, желудочно-кишечного тракта; уменьшается жизненная емкость легких; снижается обмен

реществ; появляются головные боли, повышенная утомляемость, паховый ахиллит, ребенок становится вялым, апатичным, избегает подвижных игр.

Нарушение осанки и деформации позвоночника выражаются в отклонениях от нормальных форм тела и неправильного взаимоотношения отдельных его частей: головы, туловища, таза и конечностей анфас и в профиль (рис. 5.5).

Признаки неправильной осанки: сутулость, усиление естественных изгибов позвоночника в грудной области (кифотическая осанка) или поясничной области (лордотическая осанка), а так же так называемый сколиоз — боковое искривление позвоночника.

Сутулость возникает при слабом развитии мышечной системы, и первую очередь мышц спины, при этом голова и шея наклонены вперед, грудная клетка уплощена, плечи сведены вперед, живот несколько выпячен.

При **кифотической осанке** все перечисленные симптомы особенно заметны, так как кроме слабого развития мышц наблюдаются изменения в связочном аппарате позвоночника: связки растянуты, менее эластичны, отчето естественный изгиб позвоночника в грудной области заметно увеличивается. Чрезмерное искривление груд-

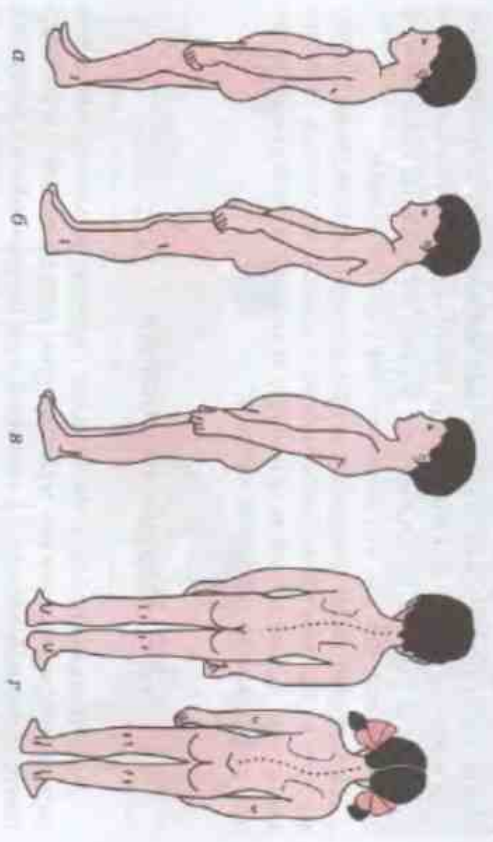


Рис. 5.5. Нарушение осанки:

а — видна осанка; б — сутулость; в — лордоз (превращенный прогиб поясничного отдела позвоночника); г — сколиоз (боковое искривление позвоночника, асимметрия плечевого пояса)

ного отдела позвоночника создаст вызывает компенсаторное развитие поясничного лордоза и уплощение грудной клетки.

Для **лордотической осанки** характерна сильно выраженная изогнутость позвоночника в поясничном отделе; шейный изгиб уменьшен, живот чрезмерно выдается. Этот тип нарушения осанки у детей дошкольного возраста встречается довольно часто, так как у них еще слабо развиты мышцы живота.

Сколиозы сопровождаются асимметричным положением плеч, лопаток и таза, а так же различной величиной так называемых треугольников талии (просветы, образующиеся между внутренней поверхностью опущенных рук и боковыми сторонами туловища).

В дошкольном возрасте нарушение осанки чаще наблюдается у детей со слабым физическим развитием, больших рахитом, ту-беркулезом, имеющих плохое зрение или слух.

Появившиеся в детском возрасте отклонения в осанке могут в дальнейшем привести к образованию стойких деформаций костной системы. Нельзя укадывать детей спать или отдымать в очень мягкие кровати или на протиблищающиеся под их тяжестью раскладушки.

Дети дошкольного возраста не должны стоять и сидеть продолжительное время на корточках на одном месте, ходить на большие расстояния (во время прогулок и экскурсий), переносить тяжести. Чтобы малыши, играя в песок, не сидели долго на корточках, песочные ящики следует делать со скамейками и стульчиками. Мебель, которой пользуются дети, должна соответствовать их росту и пропорциям тела.

Необходимо следить за правильной осанкой детей во время занятий и приема пищи, игры, работы на участке. Не следует разрешать им долго стоять с опорой на одну ногу.

В воспитании правильной осанки играет роль и одежда. Она не должна быть тесной, мешать прямому положению тела, затруднять свободные движения.

В настоящее время при проведении медицинского контроля над здоровьем дошкольников (скрининг-тесты) оценку осанки и выявления сколиоза проводят с помощью тестовой карты, включающей в себя 10 вопросов. В зависимости от ответов осанку оценивают по трем градациям:

- 1) нормальная осанка;
- 2) незначительные нарушения осанки;
- 3) выраженные нарушения осанки.

5.2.3. Плоскостопие и его профилактика

Форма стопы зависит главным образом от состояния ее мышц и связок. При нормальной форме стопы нога опирается на наружный продольный свод. Внутренний свод работает в основном как рессора, с его помощью обеспечивается эластичность походки. Если мышцы, поддерживающие нормальный свод стопы, ослабевают, вся нагрузка ложится на связки, которые, растягиваясь, уплощают стопу.

У детей до 4—4,5 года на подошве стопы хорошо развита так называемая жировая подушка, поэтому определить у них плоскостопие по отпечатку стопы невозможно.

При внешнем осмотре стопы можно выделить варианты положения второго пальца: когда он длиннее первого (греческий тип стопы) или короче (египетский вариант стопы). Такое положение пальцев, по некоторым данным, может свидетельствовать о предрасположенности к поперечному плоскостопию (рис. 5.6).

При **плоскостопии** нарушается и понижается опорная функция стопы, ухудшается ее кровоснабжение. Анатомические возможности стопы значительно снижаются, так как объем движений в суставах понижен, в результате часто возникают боли в области стопы, голени и бедра. Всеобщие нарушения амортизационной функции стопы дети к концу дня могут предъявлять жалобы и на головные боли. Дети, страдающие плоскостопием, при ходьбе широко размахивают руками, сильно толкают, походя их напряженно, неуспокоая.

При внешнем осмотре стопы обращают на себя внимание ее удлинение, расширение в средней части, уплощение продольного свода, а так же прогибание стопы с отходом пятки наружу. На стопе можно увидеть так называемые натоптыши, натоптавшиеся мозоли.

Удлинение стопы влияет на положение таза и позвоночника, что ведет к нарушению осанки. Выявляют плоскостопие с помощью специального метода — **пальтографии**. Плоскостопие резко блещет

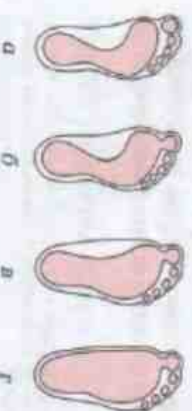


Рис. 5.6. Отпечатки нормальной (а, б, в) и плоской (г) стоп

врожденным. Причиной развития считается плоскостопия могут быть рахит, общая слабость, пониженное физическое развитие, а так же излишняя тучность, при которой на стопу постоянно действует чрезмерная нагрузка. Вредно сказывается на формировании стопы длительное хождение детей по твердому грунту (асфальту) в мягкой обуви без каблука.

У детей с сильным плоскостопием при толчках во время прыжков и бега могут наблюдаться головные боли и недомогание в связи с потерей амортизационной роли свода стопы, смягчающей толчки.

При плоской и даже уплощенной стопе обувь сшивается обычно быстрее, особенно внутренней стороны подошвы и каблука. К концу дня дети нередко жалуются на то, что ботинки или туфли, которые с утра были им впору, начинают давить на пальцы и как бы становятся тесными. Происходит это оттого, что после длительной нагрузки деформированная стопа еще более уплощается и всадствие этого уменьшается.

Для предупреждения плоскостопия важно, чтобы детская обувь отвечала всем гигиеническим требованиям. Желательно проводить умеренные упражнения мышц ног и стоп: ходьба на носках, наружных краях стоп, по наклонной плоскости, катание мяча и обруча ногами, приседание стоп на палке. Длительность упражнения 10—20 мин в зависимости от возраста ребенка.

Хорошо укрепляют стопу ежедневные прохладные ванны с поваренной солью, массаж ног, особенно мышц подошвы и внутренней поверхности голени, а так же хождение босиком по рыхлой земле, неровной поверхности (свежескошенный луг, палка). При этом ребенок непременно переносит тяжесть тела на наружный край стопы и поджимает пальцы, что способствует укреплению свода стопы.

При начальной форме плоскостопия и не резко выраженном уменьшении свода применяют исправляющие форму стопы стельки, так называемые супинаторы, которые должны подбираться только врач-ортопед.

5.3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Заболевания органов дыхания у детей раннего и дошкольного возраста занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости, что во многом обусловлено анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания у детей, функциональной незрелостью их защитных механизмов.

У ребенка раннего возраста нос, носовые ходы, носоглоточное пространство малы и узки. Слизистая оболочка носа нежная, богата сосудами, вследствие чего даже незначительные раздражения (изменение температуры воздуха, попадание пыли) вызывают ее набухание и гиперемию, приводят к закупорке носовых ходов, затрудняют сосание у детей грудного возраста, вызывают давку.

При прохождении струи воздуха через преддверие носа крупные частицы пыли задерживаются достаточно густыми волосками слизистой преддверия. Более мелкая пыль, которая прошла через первый фильтр, вместе с микроорганизмами осаждается на слизистой оболочке, покрытой слизистым секретом. Осажденные пыли способны уносить и изогнутость носовых ходов.

Около 40—50 % пылевых частиц и микроорганизмов вдыхаемого воздуха задерживается и удаляется вместе со слезой. Эту функцию выполняет мерцательный эпителий, комбательные движения ресничек которого продвигают слезу в сторону носоглотки. У детей большое влияние на скорость движения эпителия оказывает температура окружающей среды. Как при низкой, так и при высокой температуре воздуха значительно снижается скорость движения ресниччатого эпителия, при этом снижается самоочищение слизистой оболочки дыхательных путей от микроорганизмов и возникает опасность развития воспалительных изменений. Именно этим обстоятельством можно объяснить наличие «простудных» заболеваний у детей в жаркое время года.

Следует учитывать, что любое введение каплей в нос, особенно ампельное, наряду с лечебным эффектом может оказать отрицательное влияние на дренажную функцию мерцательного эпителия. Именно поэтому необходимо избегать продавливательного введения в нос масляных, соевых, сосудосуживающих и других капель. Выраженным обеззараживающим эффектом обладает так же лизоцим, который содержится в секрете слезных желез и носовой слизи.

Добавочные полости носа (пазухи) — верхнечелюстная (гайморова) и решетчатая — малоразвиты, а основная и лобная пазухи у детей грудного возраста отсутствуют, начало их формирования относится к 3—4-му году жизни. Вместе с тем суховая (свистахиная) труба, соединяющая ухо с носом, короткая и широкая, что способствует проникновению инфекции в область среднего уха. Горлань ребенка в раннем возрасте относительно длиннее и уже, чем у детей старшего возраста, и в сочетании с узкой нососовой щелью вызывает частое развитие стеноза (сужения) горлани.

Близкое прилегание кровеносных сосудов к слизистой оболочке относительно ее сухость из-за небольшого количества слизистых желез, влияние неблагоприятных изменений в экологической обстановке, несоблюдение гигиенических требований к воздушному и температурному режиму, гиповитаминоз эффективных методов закаливания и другие — все это способствует развитию воспалительных изменений верхних дыхательных путей. В связи с этим работники дошкольных учреждений должны иметь представление об основных причинах возникновения тех или иных заболеваний органов дыхания, чтобы уметь предупредить и своевременно выявлять их. Следует учитывать, что некоторые заболевания органов дыхания относятся к числу первых проявлений ряда детских инфекционных заболеваний (грипп, ОРВИ, корь, краснуха, дифтерия).

Все заболевания органов дыхания подразделяются на болезни верхних дыхательных путей (ринит, синусит, аденоидит, тонзиллит, фарингит) и нижележащих отделов органов дыхания (трахеит, бронхит, пневмония).

5.3.1. Острые и хронические заболевания носоглотки

Насморк, или *ринит*, относится к числу наиболее частых форм поражения верхних дыхательных путей и характеризуется воспалением (острым или хроническим) слизистой оболочки полости носа. В патоморфический процесс вовлекается так же слизистая оболочка носоглотки, а иногда горлани и бронхов.

Различают ринит инфекционной и неинфекционной природы. В первом случае он возникает как самостоятельное заболевание в результате влияния болезнетворных (патогенных) микроорганизмов и является симптомом таких заболеваний, как грипп, ОРЗ, ОРВИ, корь, дифтерия. Причиной ринита неинфекционной природы могут быть различные термические (переохлаждение), химические или аллергические факторы.

К числу веществ, которые могут вызвать *аллергический насморк*, относятся амуртены ингаляционного типа (пыльца растений, домашняя пыль, шерсть домашних животных и др.), а так же пищевые продукты, к которым добавляется повышенная чувствительность (ягоды, фрукты, овощи, имеющие оранжевую, желтую или красную окраску, шоколад, кофе и др.).

Риниты подразделяются на острые и хронические. Максимальная продуктивность осерных ринитов составляет в среднем

7—10 дней, а хронические Дети могут значительно дольше и могут наблюдаться годами.

Спирый насморк в I стадии заболевания сопровождается чувством напряжения, сухостью и зудом в полости носа, рефлекторным чиханием, иногда на фоне незначительного повышения температуры тела. Во II стадии болезни появляются жидкие прозрачные выделения из носа, затруднение дыхания, гнусавость, снижается обоняние. Слизистая оболочка носа становится гиперемированной и отекает. В III стадии выделения из носа принимают слизистопенистый характер, их количество уменьшается.

Вследствие набухания слизистых оболочек ребенок не может дышать через нос, при этом нарушается процесс приема пищи: ребенок неоредает, плохо спит, снижается масса тела.

К числу осложнений острого ринита относятся катаральный или гнойный отит, фарингит, ларингит, синусит, бронхит. Возможен переход в хроническую форму заболевания.

Хронический ринит может развиваться при adenoidах, частых воспаленных слизистых оболочек носа, воздействии неблагоприятных факторов внешней среды. Нередко он является одной из причин заболеваний слизистых путей и конъюнктивы, что сопровождается головной болью. Вследствие нарушения функции дыхания у детей могут наблюдаться нарушения памяти, процессы концентрации внимания. При остром рините ребенка изолируют от окружающих детей и проводят лечение: сухое тепло на область носа. При лечении хронического насморка прежде всего необходимо устранить причину, вызывающую его (хронические очаги инфекции, adenoidы, синуситы, адвертеин).

Острый ларингит чаще встречается у детей старшего дошкольного возраста. Как правило, острое воспаление гортани сочетается с поражением выше- и нижележащих дыхательных путей, нередко является следствием острого ринофарингита и возникает при инфекционных заболеваниях: кори, гриппе, а так же при респираторных вирусных инфекциях. Сопостствуют развитию заболевания перенапряжение голоса, вдыхание холодного, пыльного воздуха через рот, холодное питье во время подвижных игр. Основным симптомом болезни является охриплость голоса, иногда афония (отсутствие голоса).

Ложный круп — одна из форм острого ларингита, характеризующаяся периодически наступающими спазмами в области гортани, отеком слизистой оболочки и подслизистой основы, подвздожного пространства. Наиболее часто возникает в первые 5 лет жизни, как правило, у детей, страдающих атопическим дерматитом, а так же на

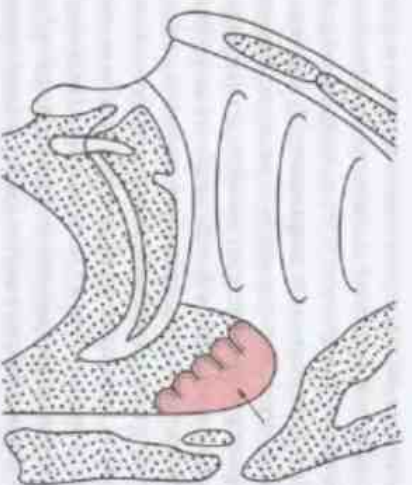


Рис. 5.7. Аденоидные разрастания

фоне ОРЗ различной этиологии, гриппа, кори. Провоцирующими круп факторами являются сухой воздух, табачный дым, загрязненный воздух, резкие колебания погоды.

Ложный круп начинается чаще всего ночью, внезапно, в виде приступа удушья (асфиксия). Ребенка беспокоит нерешение, а затем наступает нарушение дыхания: оно становится поверхностным, учащенным (30—40 вдохов и выдохов в минуту). На фоне этих явлений усиливается беспокойство ребенка, появляются бледность, испарина на кожных покровах; цвет губ и кончиков пальцев становится синюшным. Присутствует сопровождаются напряжением мышц шеи, груди, живота. Голос при ложном крупе в отличие от истинного при дифтерии не пропадает. Нередко отмечается повышение температуры тела на фоне возбуждения ребенка. При оказании первой доврачебной помощи следует обеспечить приток свежего воздуха с его увлажнением (развешивание мокрых простынь), провести отлекарющие процедуры (теплые ванны) использовать ножные горячие ванны.

Аденоиды — патологическое увеличение глоточной миндалины, которая располагается на своде глотки, позади носовых отверстий. Она развивается раньше остальных образований, входящих в состав аденоидного глоточного кольца (рис. 5.7).

Наиболее часто ее разрастание (гиперплазия) наблюдается у детей дошкольного возраста начиная с первых лет жизни. Аденоиды обычно распространяются в своде носоглотки на широком основании, распространяясь до устья слуховых труб.

К числу причин аденоидов относятся частые и длительные воспалительные процессы верхних дыхательных путей, одностороннее питание. Аденоиды в зависимости от размеров подразделяются на три степени. При I степени они закрывают $1/3$ задненосовых отверстий, при II — $2/3$, при III степени — выход из полости носа почти полностью закрыт разрастаниями лимфоидной ткани.

Наиболее ранним симптомом заболевания является затруднение носового дыхания, преимущественно в ночные часы. Дети обычно спят с открытым ртом. При значительном увеличении размеров аденоидов носовое дыхание затрудняется и в дневные часы, часто сопровождается выделениями из носа, которые приводят к раздражению кожных покровов преддверия носа и верхней губы. Постоянное проглатывание слюны обусловлено из носа может привести к неблагоприятным изменениям в работе желудочно-кишечного тракта.

Длительное нарушение носового дыхания ведет к изменению формирования лицевого черепа. У детей наблюдается *аденоидное*

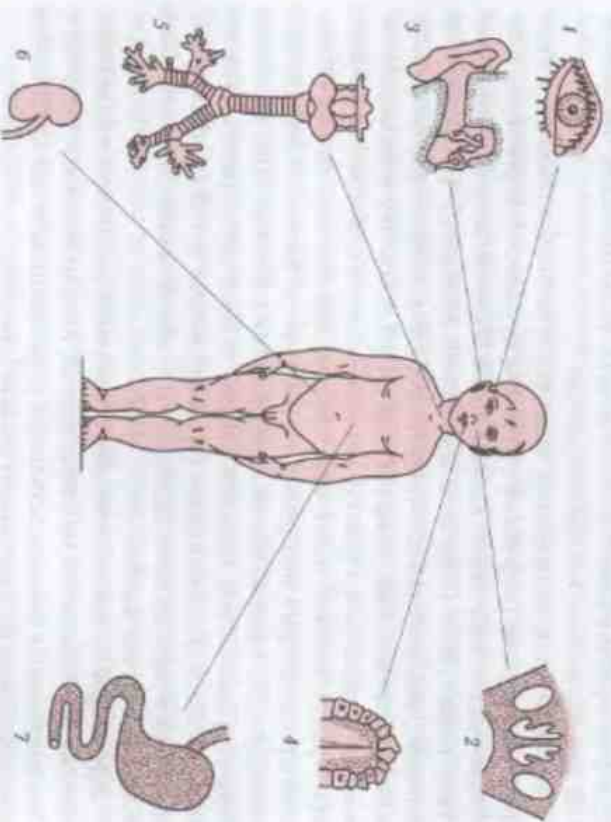


Рис. 5.В. Схема возможных осложнений у детей с аденоидами:

1 — конъюнктивит; 2 — синусит; 3 — опл. 4 — нарушение роста скелета лица; 5 — аденоидно-губно-розовый язык; 6 — нефрит; 7 — нарушение со стороны работы желудочно-кишечного тракта

лицо, при котором нижняя челюсть как бы отвисает, рот постоянно полуоткрыт, носогубные складки стяжены. Верхняя челюсть умянена, кариозная, твердое небо становится высоким и узким. У детей затрудняется формирование правильного прикуса, наблюдается бестеряющее расширение верхних резцов.

Аденоиды, закрывая устье слуховых труб, способствуют развитию воспаления среднего уха (отит). Инфицирование аденоидного разрастания вызывает в ряде случаев частые респираторные заболевания, конъюнктивиты, болезни почек и других органов (рис. 5.8). Иногда аденоиды являются одной из причин, вызывающих ночное недержание мочи.

Лечение аденоидов консервативное и хирургическое. Оперативное вмешательство в большинстве случаев проводится у детей в возрасте от 3 до 5 лет.

5.3.2. Острые и хронические воспаления миндалин

Миндалины представляют собой скопление лимфоидной ткани. Они участвуют в защитной реакции организма в глотке.

Различают *небные миндалины*, которые расположены между двумя складками слизистой оболочки (передняя и задняя небные дужки). Они обычно бамбук-розовые, а по форме напоминают миндальный орех. Видимая часть миндалин имеет обычно неровную, как бы складчатую или изрытую поверхность, что так же придает им сходство со скорлупой миндального ореха. Кроме небных миндалин, у человека есть другие аналогичные образования. Одно из таких образований находится в верхнем отделе глотки — носоглотке. Это *носоглоточная миндалина*. У корня языка расположена *язычная миндалина*. Вместе с лимфатическими фолликулами, находящимися в гортани, они образуют барьер, называемый глоточным кольцом. Все, что поступает в организм: воздух, пища, микроорганизмы, — в той или иной степени входит в контакт с миндалинами.

При возникновении неблагоприятных условий, ослабляющих защитные свойства организма ребенка, микроорганизмы и вирусы, попавшие в небные миндалины, могут вызвать воспалительную реакцию с воспалительными изменениями в них, т. е. развивается *острый тонзиллит*, или *ангина*. Наиболее распространены сле-

¹ Согласно международной классификации болезней (МКБ-10), в настоящее время используются термины «острый тонзиллит», который раньше был известен как ангина.

Аутошине формы острого тонзиллита: катаральная, фолликулярная, лакунарная и флегмонозная.

Катаральная форма развивается обычно внезапно. Человек чувствует некоторое недомогание, ощущает небольшую боль при глотании, чаще с обеих сторон гортан, тяжесть в голове. Температура тела повышается до 37,5 °С, реже до 38 °С. По сравнению с другими видами тонзиллитов общее состояние больного при этой форме изменяется меньше. При осмотре полости рта видно, что миндалины и окружающие части мягкого неба гиперемированы. Проявления катарального тонзиллита, как обычно, так и местные, обычно продолжаются на 4—5-й день от начала заболевания. Если не проводить назначенного врачом лечения, то болезнь может перейти в другую, более тяжелую форму.

Фолликулярная форма по своим симптомам, как правило, не отличается от катарального тонзиллита. Однако обильное проявление болезни: высокая температура тела, головная боль, обща́я слабость, разбитость, тыющие или болевые опущения в пояснице и ногах — бываю́т более выраженными.

Нередко уже на второй день болезни на покрасневшей поверхности небных миндалин появляются многочисленные беловетожатые налеты величиной с просыпанное зерно. При правильном лечении все болезненные явления, в том числе и налеты, обычно проходят к 5—6-му дню.

Лакунарная форма проявляется недомоганием, головной болью, болями в суставах. Эти обильные явления бывают весьма выраженными. Температура тела часто повышается до 39—40 °С. На небных миндалинах, в углублении между (лакуны), имеются беловетожатые налеты в виде толстых нитей, отсюда название формы «лакунарная». В таких случаях обязательно исследуют под микроскопом мазок, взятый с налетов.

Флегмонозная форма нередко возникает в случаях, если болезнь длительной не вылечена, указания врача, преждевременно прервана прием лекарственных средств, вышед на улицу и вновь подвергся общему или местному переохлаждению. Флегмонозный тонзиллит — это не только воспалительное поражение ткани самой миндалины, но, главным образом, воспаление окружающих миндалин тканей вследствие проникновения в них инфекции из миндалин. Возникший около миндалин воспалительный процесс нередко приводит к образованию гнойника — околоминдалинового абсцесса (нарива). Два флегмонозные формы тонзиллита кроме быстро нарастающей боли в гортан при глотании на стороне поражения, высокой температуры тела и обща́го плохого самочувствия (плохой

сон, отсутствие аппетита, обща́я слабость) характерны более или менее резкое затруднение при открывании рта и особая болезненность увеличенных шейных лимфатических узлов.

Необходимо помнить, что тонзиллит может сопровождать ряд детских инфекционных заболеваний (скарлатина, дифтерия и др.). Во всех случаях при подозрении на ангину заболевшего ребенка необходимо изолировать и направить к врачу для назначения своевременного и правильного лечения.

Для профилактики осложнений и рецидивов заболевания ребенок в среднем в течение месяца после заболевания — период реконвалесценции — должен находиться в домашнем учреждении на индивидуальном режиме, о чем врач или старшая медицинская сестра информирует воспитателя группы. В период реконвалесценции при уменьшенной физической нагрузке дети могут заниматься в обычной одежде и обуви, а не в спортивной форме, так как у них нарушена функция терморегуляции и понижена влажность. Это будет способствовать предупреждению рецидива болезни. Вопрос о переходе на спортивную форму одежды решает врач в каждом конкретном случае.

У детей дошкольного возраста в период выздоровления может наблюдаться повышенная утомляемость на занятиях, связанных с обучением чтению, грамматике, счету и др. Важно вовремя заметить ухудшение состояния ребенка и прекратить его внимание на другой вид деятельности или дать ребенку поспать, нельзя настаивать на продолжении обязательных занятий в этот период.

Хронический тонзиллит чаще длительно сохраняется у детей, проживающих в семьях, в которых есть носители стрептококковой инфекции. Появляется хронический тонзиллит у часто болеющих детей, с хроническим воспалением носоглотки, наличием кариозных зубов и т.д. Течение болезни может сопровождаться увеличением миндалин (гипертрофия) различной степени.

Различают две формы хронического тонзиллита: компенсированную и декомпенсированную¹.

При **компенсированной форме** наблюдаются лишь местные признаки хронического воспаления миндалин. Барьерная функция которых и реактивность организма таковы, что уравновешивают, выравнивают состояние местного воспаления, т.е. компенсируют его, и поэтому выраженной обильной реакции не возникает.

Декомпенсированная форма характеризуется не только местными признаками хронического воспаления, но и проявлениями деком-

¹ Декомпенсация — отсутствие равновесия.

пенсиции в виде рецидивирующих острых тонзиллитов (ангин), паратонзиллитов, абсцессов и отдаленных органов и систем. Дети, страдающие хроническим тонзиллитом, вале, быстро утомляются, у них периодически повышается температура тела. К наиболее доступным визуальным признакам хронического тонзиллита относятся гиперемия и вадекообразное утолщение краев небных дужек, рубцовиде спайки между миндалинами и небными дужками, разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные миндалины. На поверхности миндалин можно увидеть гнойные пробки, а в расширенные щелей (лакуны) в толще миндалин — жидкий гной. В лакулах, как правило, обнаруживается большое количество микроорганизмов.

Наличие хронического тонзиллита является своего рода «порочной бочкой», которая поджигает удаление. Вопрос об оперативном вмешательстве (тонзилэктомии) при хроническом тонзиллите решается строго индивидуально, только при неэффективности консервативного лечения, с учетом возраста ребенка и частоты рецидивов заболевания в течение года.

Дети с хроническим тонзиллитом находятся на диспансерном учете у отоларинголога, вне обострения болезни могут посещать дошкольное учреждение. Таким детям 2 раза в год назначают курсы противорецидивного лечения, которые можно проводить в Детской поликлинике или в дошкольном учреждении.

5.3.3. Острый бронхит

Острый бронхит представляет собой острое воспаление слизистой оболочки бронхов. Чаще всего он развивается одновременно с острым ринофарингитом, трахеитом, ларингитом или как осложнение одного из них, является одним из симптомов острой респираторной вирусной инфекции. Бронхиты могут иметь астматический характер и быть одним из проявлений бронхальной астмы.

По происхождению различают бронхиты:

- 1) инфекционные:
 - вирусные;
 - бактериальные;
 - вируснобактериальные;
- 2) обусловленные воздействием физических и химических вредных факторов;
- 3) смешанные.

Острый бронхит может развиваться в течение нескольких часов или нескольких дней, что обычно наблюдается воспитателями у детей

всего и дошкольного возраста. Чаще всего этому предшествуют симптомы ОРЗ. При бронхите самоучувствие ребенка ухудшается, развивается слабость, появляются озноб и лихорадочное состояние. Основным симптомом, определяющим развитие острого бронхита, — стойкий сухой кашель, который появляется в начале и держится в течение всей болезни, исчезает при выздоровлении ребенка. Дети раннего возраста не могут откашлять мокроту и заглатывают ее, а обильные мокроты вылизывает у них роту. Через несколько дней с началом заболевания сухой кашель сменяется более мягким и влажным вследствие отделения мокроты слизистого или слизисто-гнойного характера. Присутствие кашля, как правило, становится болезненным из-за напряжения мышц верхней части брюшной стенки, нижних отделов грудной клетки и диафрагмы.

При тяжелой интоксикации и угрозе осложнения острой пневмонией большого телесоборазно госпитализировать. В зависимости от происхождения заболевания назначают медикаментозные средства: жаропонижающие, противовоспалительные, болеутоляющие, антибактериальные и пр. Очень важно обеспечить обильное питье: турский чай с лимоном, медом, малиновым вареньем, чай из липового цвета, сухой малины, теплые целебные минеральные воды.

В период восстановления проводится общеукрепляющие, оздоровительные, закаливающие процедуры, дыхательная гимнастика и общее обучение укреплению дыхательных путей.

5.3.4. Острая пневмония

У детей острая пневмония развивается, как правило, на фоне острых респираторных вирусных инфекций и в большинстве случаев имеет вирусно-бактериальное происхождение, что позволяет рассматривать это заболевание как инфекционное.

Острую пневмонию различают по типу, тяжести и течению. По типу различают очаговые, сегментарные (сегмент как анатомо-физиологическая единица легкого), интерстициальные. По тяжести выделяют три формы: легкую, средней тяжести и тяжелую. Течение болезни бывает острым, затяжным, рецидивирующим, с осложнениями или без них. Тяжесть заболевания определяется выраженностью токсикоза, дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью, нарушении обменных процессов, функциональными расстройствами нервной системы (возможны судороги вследствие токсикоза нервной системы). Возникают иногда расстройства эндокриной и пищеварительной систем. Тяжесть

Болезни определяются распространенностью воспалительного процесса в легких.

Особое внимание необходимо уделить детям, которые входят в группу повышенного риска по развитию инфекционно-воспалительных заболеваний.

Как правило, детей с острой пневмонией госпитализируют. Очень важно начать лечение в ранние сроки, так как от этого зависит эффективность последующего лечения и дальнейшее течение болезни.

Задача воспитателей состоит в том, чтобы вовремя заметить первые признаки заболевания у ребенка и как можно скорее организовать врачебную помощь. Заподозрив и неподходящее лечение больных даже с легкой степенью течения болезни может привести к тяжелому течению и развитию хронической формы. Важно правильно выбрать лечебный режим, рациональное питание, лекарственную терапию, физиотерапию и в период восстановления — санаторно-курортное лечение.

Восстановление нарушенных функций после болезни длится от 4 до 8 недель. У детей в этот период остаются симптомы астении, раздражительность, повышенная утомляемость. Нередко нарушается сон, снижается аппетит, наблюдается кашель.

5.3.5. Профилактика заболеваний органов дыхания

Для профилактики заболеваний органов дыхания необходимо комплекс организационных, эпидемиологических, санитарно-гигиенических и медицинских мероприятий. Прежде всего стимулиция специфических защитных свойств организма, сезонное воздействие ультрафиолетовым излучением, витаминизация организма, систематическое закаливание, повышающее сопротивляемость организма детей как к низким температурам, так и к инфекционным заболеваниям. Лучшими средствами закаливания являются естественные силы природы: солнце, воздух и вода. Закаливающие процедуры важно проводить комплексно, сочетая воздействие природных факторов с физическими упражнениями, подвижными играми и физической работой.

В помещениях дошкольных учреждений важно следить за чистотой воздуха, строго соблюдать режим проветривания. Детям необходимо правильно подбирать одежду, которая не вызвала бы ни перегревания, ни охлаждения тела как в помещении, так и на прогулках в разное время года. Рекомендуется регулярно проводить

гигиеническую и лечебную гимнастику в зависимости от состояния здоровья ребенка. Очень важно для предупреждения острых заболеваний органов дыхания своевременно устранять аномальные разрастания, так как в них скапливаются патогены в организм возбудители инфекции, лечит скрыто протекающие заболевания придаточных пазух носа, верхних дыхательных путей, кариозные зубы, хронические и другие очаги инфекции в организме ребенка.

Необходимо строго выполнять противозидемические мероприятия (своевременное правильное лечение острых респираторных заболеваний, трахеитов, бронхитов, изоляция больных с острыми респираторно-вирусными заболеваниями).

5.4. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

В последнее время наблюдается тенденция к увеличению количества заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей дошкольного возраста. Большинство случаев в области лечения ЖКЗ связывают это с наследственной предрасположенностью, ухудшением экологии, несбалансированным питанием, использованием продуктов, которые не отвечают санитарным требованиям, нарушением санитарной обработки, неправильным режимом питания и пр.

Заболевания пищевода, желудка, кишечника, печени могут иметь как острое, так и хроническое течение, а так же быть проявлением различных врожденных, острых и хронических поражений желудочно-кишечного тракта. В виду того, что хроническая патология в виде гастритов (поражение слизистой оболочки желудка), энтероколитов (болезни кишечника), дискинезии желчевыводящих путей (нарушение тонуса и моторики желчного пузыря и протоков) у дошкольников встречается довольно редко, особое внимание уделяет обратит внимание на заболевания, которые могут представлять угрозу жизни или всему детскому коллективу ДОО. Все заболевания ЖКТ можно подразделить на две группы: микробного и немикробного происхождения.

К первой из них относятся *острые кишечные инфекции* (ОКИ), ко второй — *пищевые отравления* микробного и не микробного происхождения, профилактика которых в условиях ДОО имеет первостепенное значение.

Отдельную группу заболеваний составляют поражения гельминтами (см. подразд. 5.4.3).

5.4.1. Острые кишечные инфекции

Большинство из них, как правило, начинаются внезапно, охватывают большой контингент детей. К наиболее характерным симптомам относятся наличие болей в области живота, общая слабость, головноекружение, рвота, обезвоживание организма (жидкий стул, частый и жидкий стул с изменением окраски и левой ряд других проявлений; характерных для той или иной формы инфекции (приложение 3).

Число кишечных форм превышает 30 нозологических единиц, возбудителями которых могут быть бактерии, вирусы и простейшие.

Наиболее распространены среди детей старше 1 года являются дизентерия, сальмонеллез, ротавирусная инфекция, кампилобактериоз, персиниоз.

К другой группе относятся пищевые отравления немикробного происхождения (отравления, обусловленные ядовитостью самих продуктов или попавших в них вредных химических примесей, препараты бытовой химии и пр.)

Дизентерия (интелес). Это острое инфекционное заболевание, характеризующееся значительно или резко выраженными симптомами общего отравления организма, учащением стула с примесью слизи и крови и тенезмами (потуги). Заболевание вызывается группой родственных дизентерийных бактерий. Наиболее часто встречается дизентерия, вызванная двумя видами возбудителей: палочками Флекшера и Зонне (приложение 4).

Носителями возбудителя и основным источником распространения инфекции являются больной или переболевший дизентерией человек, а так же бактерионоситель, их испражнения.

Дизентерией болеют люди всех возрастов, но чаще она поражает детей старше 1 года, особенно в летне-осенний период. Это связано с увеличением потребления сырых плодов и овощей, сырой водой из открытых водоемов, а так же увеличенным выделением мух, которые нередко являются переносчиками дизентерийной бактерии. Существует прямая зависимость между кривой заболеваемости дизентерией («большая волна») и санитарно-гигиеническими условиями жизни населения. Механизмы передачи инфекции: контактный, фекально-оральный, ревакцинированный пищевым и водным путями. Инкубационный период при дизентерии 1—7 дней (чаще 1—3 дня).

Начало заболевания зависит от возраста заболевшего, вида возбудителя и пути инфицирования. Формы заболевания бывают

легкие, запяпающиеся через 5—6 дней полным выздоровлением, и очень тяжелые.

При типичной форме начало болезни острое, отмечаются озноб, повышение температуры тела до 39—40 °С, общее недомогание, слабость, потеря аппетита, головноекружение, рвота. Через несколько часов появляется частый стул, сопровождающийся болями в животе и болезненными сокращениями прямой кишки (тенезмами). Жидкие испражнения вскоре приобретают вид кровавистой слизи (см. приложение 3). Стул 3—5 дней общего состояния улучшается. Процесс обратного развития в среднем продолжается около 2—3 недель.

Дизентерия истощает защитные силы организма; могут возникнуть, такие осложнения, как воспаление среднего уха, легких, гнойничковые поражения кожи, поражения слизистой оболочки рта (стоматиты, монозилиты), выпадение прямой кишки.

При явных случаях дизентерии, а так же при подостром на нее ребенка обязательно госпитализируют, после чего в помещении производят тщательную химическую дезинфекцию. За детьми и взрослыми (особенно за работниками пищеблока) в течение 7 дней врач устанавливает наблюдение. При выявлении новых случаев заболевания проводят однократное бактериологическое обследование кака у всех детей группы и персонала. При однократном заболевании детей в разных группах обследуют персонал пищеблока и всех детей ДОО.

Форму дизентерии, которая затягивается на многие месяцы, считают хронической. Причина ее возникновения — несвоевременное и нерациональное лечение. Хронической дизентерией чаще болеют ослабленные дети, страдающие другими хроническими заболеваниями. Периоды улучшения состояния (ремиссии) сменяются периодами обострения или заболевания тонется непрерывно, однако все симптомы болезни не имеют выраженного характера. Хроническая дизентерия может осложниться заболеваниями желудочно, печени, кишечника, иногда вызывает глубокие нарушения всего обмена веществ.

В целях предупреждения заболевания дизентерией в ДОО необходимо организовать и проводить тщательный контроль за уборкой территории. Следует обратить особое внимание на обеспечение детей доброкачественной питьевой водой и вести систематический надзор за качеством пищи и ее приготавливанием.

Каждый работник ДОО должен соблюдать правила личной гигиены и научить этому детей. Перед приемом пищи все дети обязаны мыть руки с мылом, а так же после посещения туалета. Запреще-

шается пить сырую воду, кипяченая вода должна храниться в закрытой чистой посуде (не более 3 ч). Пищевые продукты, готовые блюда, напитки, а так же посуду необходимо оберегать от мух. Для предотвращения доступа мух в помещения ДОО окна надо закрывать частой сеткой; посуду после еды детей немедленно убирать со стола, остатки пищи и крошки выбрасывать в мусорное ведро.

Ротавирусная инфекция. Это одна из ведущих причин инфекционных гастроэнтеритов у детей. Заболевание высококонтагиозно, регистрируется как в виде спорадических случаев, так и эпидемических вспышек с контактно-бытовым, пищевым и водным путями передачи.

Болеют дети любого возраста, но чаще 1—3 лет. Характерна выраженная осенне-зимняя сезонность.

Клиническая картина инфекции проявляется в виде восстановления ободочки желудка и тонкой кишки (гастрит, гастроэнтерит). У половины детей заболевание начинается внезапно и проявляется повышением температуры тела до 38,5 °С, рвотой и жидким стулом (слабоокрашенный, иногда с примесью слизи). Частота стула не превышает 4—8 раз в сутки.

Рвота является кардинальным и, чаще всего, начальным симптомом болезни, бывает повторной, но кратковременной (1—2 дня). Из других симптомов поражения желудочно-кишечного тракта наиболее постоянны урчание и плакс по ходу толстой кишки.

У другой половины детей заболевание имеет подострый характер и начинается постепенно.

Как правило, в течение 3—4 суток отмечаются незначительные воспалительные изменения мягкого неба и небных дужек, заложенность носа.

Окончательный диагноз ротавирусной инфекции устанавливается только на основании лабораторного подтверждения, а при вспышках — и по результатам клинико-эпидемиологических данных (при лабораторном подтверждении диагноза у одновременно заболевших).

Иерсиниоз. Это кишечная инфекция, вызываемая бактериями рода иерсиний. Бактерии активно размножаются при комнатной температуре (оптимально — 25—29 °С). Иерсинии способны длительно сохраняться: в почве — до 128 дней и более, в воде открытых водоемов — до 1 месяца, в кипяченой воде — до 1 года; в продуктах питания — в масле сохраняются до 18 дней, в салыновом масле — до 145 дней, на хлебе, кондитерских изделиях — от 16 до 24 дней. Быстро размножаются и длительно сохраняются на овощах, особенно проросткованных в виде салатов.

Иерсинии чувствительны к высокой температуре: при 100 °С погибают в течение нескольких секунд. На них губительно действует прямая солнечная радиация. Раствор перманганата калия в концентрации 0,5—0,3 % вызывает гибель бактерий через 3 мин.

Источником заражения чаще всего бывают больные животные. Бактерии обычно обитают в кишечнике млекопитающих и выделяются с испражнениями в окружающую среду. Основные пути передачи: пищевой (употребление сырых фруктов и овощей, осемененных бактериями, мяса, молочных продуктов) и контактно-бытовой. Максимальная заболеваемость наблюдается в марте—апреле.

Заболевание характеризуется многообразным клиническим проявлением.

У детей могут наблюдаться три варианта начала заболевания:

1) острое с одномоментным развитием симптомов интоксикации и желудочно-кишечных расстройств;

2) подострое с выраженными явлениями интоксикации и умеренными катаральными проявлениями, поносом и рвотой на 2—3-й день;

3) постепенное — с диспепсических проявлений и более поздним повышением температуры тела (чаще наблюдается у детей до 3 лет). К мерам профилактики относятся механическая (снять кожуры) и термическая обработка фруктов и овощей, мясных и молочных продуктов.

Кампилобактериоз. Это острое инфекционное заболевание зоонозной природы, вызываемое кампилобактериями. Заболевание подвержены дети всех возрастных групп (чаще 1—3 лет). Максимальная заболеваемость отмечается в июле—августе. Основные пути передачи инфекции: пищевой и водный (сырое коровье и особенно козье молоко, битый птица, реке — говядина, свинина, речная, морская вода, загрязненные испражнениями животных).

Инкубационный период длится от 2 до 11 дней. Заболевание начинается остро и сопровождается лихорадкой, интоксикацией, поносами и болями в животе. Расстройству стула сохраняется до двух недель. Испражнения вначале обильные, с примесью слизи, зелени, со 2—3-го дня может появиться примесь крови, чаще в виде прожилков.

У некоторых детей заболевание протекает по типу пищевой токсикоинфекции: повышается температура тела, иногда до 39 °С, появляется рвота, нередко повторная характер, боли в животе. К концу первых суток у подавляющего числа больных развивается воспаление тонкой кишки. Характерным симптомом являются боли в животе, возникающие в первый день болезни или в более позднее

сроки. Они локализируются, как правило, вокруг пупка и в правой области живота, реже имеют разлитой характер.

Боли отлаиваются постоянством, интенсивность их усиливается при движении, иногда они столь значительны, что возникает необходимость исключения хирургической патологии брюшной полости. В ряде случаев появляются инекшешные очаги поражения: нечешн, поджелудочной железы, сердца. Во всех случаях появления указанных симптомов рефенка следует показать врачу.

5.4.2. Пищевые отравления и их профилактика

Пищевые отравления — острые заболевания, характеризующиеся общей интоксикацией, преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, нарушением водно-солевого обмена, возникающие в результате попадания с пищей ядовитых веществ. Пищевые отравления можно разделить на две группы: микробного и немикробного происхождения.

К отравленным микробного происхождения относятся пищевые интоксикации и токсикоинфекции. Причиной возникновения пищевой интоксикации является употребление пищи, содержащей токсины, накопившиеся в результате развития микроорганизмов (ботулизм). Токсикоинфекцию вызывают не столько сами микроорганизмы, сколько их токсины, образующиеся в результате жизнедеятельности этих микроорганизмов и при их разрушении в организме человека (сальмонеллы, стафилококки, протей, энтерококки).

Отравления немикробного происхождения составляют отравления ядовитыми продуктами растительного и животного происхождения (ядовитые грибы, растения, моллюски), а так же приресеами химической природы (соли тяжелых металлов, ядохимикаты и др.).

Пищевые отравления, как правило, патинаются внезапно, в условиях ДОО охватывают большой контингент детей. К наиболее характерным симптомам отравления относятся острые начало с появлением схваткообразных болей в области живота, общая слабость, головкружение, головная боль, рвота, понос и т.д.

Нередко часто пищевые отравления остаются тяжелые последствия в виде хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Пищевые интоксикации и токсикоинфекции. К пищевым интоксикациям относится ботулизм — заболевание, вызываемое

токсином особой бактерии *Clostridium botulinum*. Бактерия и споры находятся в почве, отуда попадают в воду, на свежие овощи и фрукты, в пищевые продукты, а с ними в кишечник человека, животных и рыб, где и размножаются. При благоприятных условиях (отсутствие доступа кислорода, длительное хранение, комнатная температура) бактерии начинают выделять токсин. Токсин содержится главным образом в консервах и консервированные растительные продукты (грибы, горошек, компоты). Яд может находиться и в губчатых участках таких твердых пищевых продуктов, как колбаса, окорок, соевая и копченая рыба. Токсин действует в основном в течение первых суток после приема зараженной пищи, при этом возникают симптомы со стороны ЦНС. Этим ботулизм отличается от других отравлений.

Основным признаком ботулизма: расстройство дыхания, понижение температуры тела до 35 °С, появление сухости во рту, потеря голоса, затруднение глотания, расширение зрачков, Авоение в глазах т.д. Больные чувствуют общую слабость, иногда помрачуются тошнота и рвота, боли в животе. Болезнь продолжается 4—6 дней, иногда дольше. Выздоровление длительное. Помощь при ботулизме необходимо оказывать немедленно (введение противоботулинговой сыворотки), иначе пострадавший может погибнуть.

Пищевая токсикоинфекция включает в себя ряд разных по причинам, но сходных по течению заболеваний.

Токсикоинфекцию вызывают болезнетворные микроорганизмы, которые попадают в пищу при неправильных перевозке, хранении и кулинарной обработке продуктов.

Возбудителями пищевых отравлений являются многочисленные виды микроорганизмов: сальмонеллы, кишечная палочка, протей, стафилококки. Возбудителями пищевых отравлений чаще всего встречаются в пище животного происхождения: мясе, рыбе, молоке, консервах, утиных и гусиных яйцах и т.д. Заболевание возникает внезапно и, как правило, держится одновременно большие количества людей, получающих продукты питания из одного источника. Отравление сопровождается или гастритами (воспадение стенок желудка с болезненными явлениями в области живота, тошнотой, рвотой), или гастронтеритами (воспадение стенок желудка и кишечника с теми же явлениями, что и при гастрите, к которым добавляется еще и понос).

Одно из первых мест среди пищевых токсикоинфекций занимают сальмонеллезы. Заболевание может встречаться как в виде sporadicческих случаев, так и в виде вспышек. Сальмонеллы — мелкие подвижные бактерии, длительно сохраняющие жизнеспособность

во внешней среде (в воде открытых водоемов они могут жить до 120 дней, в почве — до 9 месяцев, в комнатной пыли — до 517 дней, в яйцах и замороженном мясе — до 13 месяцев). Эти бактерии хорошо размножаются в пищевых продуктах при комнатной температуре, особенно в мясных и молочных, внешний вид и вкус продуктов при этом не изменяются. Наиболее частые пути заражения — пищевой и водный.

Убитым мясом салмонелл выделяется высокая температура, для уничтожения салмонелл мясо нужно варить в течение 1 ч, мясо птицы варить 1,5—2 ч (в зависимости от жирности). Продукты необходимо подвергать немедленной реализации после изготовления полуфабриката.

Источником заражения салмонеллезом могут быть: крупный рогатый скот, свиньи, кошки, собаки, птицы, люди; большие салмонеллезом или золотые бактериносители; так же мясные и молочные продукты, овощи, яйца (включая пусинья и утинья, использование которых для питания детей запрещено); вода, загрязненная сточными водами.

Механизм передачи возбудителя фекально-оральный, реализуемый пищевым (ведущий), водным и контактно-бытовым путями; выделяют ядовитый фактор, имеющий значение для детей с ослабленной резистентностью.

Инфицирование салмонеллами возможно при использовании воды, загрязненной сточными водами. Заболевание особенно подвержены дети раннего и дошкольного возраста, что обусловлено функциональной незрелостью органов пищеварения.

Заболевание возникает лишь в случаях, попадания в организм человека огромные количество салмонелл. Салмонеллы инвазируют в лимфатический аппарат тонкой кишки, проникают в кровь, лимфатические узлы. При гибели салмонелл высвобождаются токсины, определяющие всю дальнейшую клиническую картину заболевания.

Инкубационный период продолжается от 2 до 3 сут. При типичном течении заболевание развивается остро. Внешне у детей отмечаются бледность кожных покровов, сухой обожженный язык. Возникают боли в животе (развитие гастроэнтерита, гастроинтестинального синдрома). Стул приобретает темно-зеленую окраску (типично болятной зелени). Легкие случаи болезни проявляются однократной рвотой, не чаще 2—3 раз в сутки, без крови в дурье 2—3 сут., умеренными болями в животе (см. приложение 3). В более тяжелых случаях наблюдаются ярко выраженные симптомы: разлитой стени обезвоженность (экзикоз), интоксикация, резкое ухудшение

сердечной деятельности, судороги, что требует длительного лечения в условиях стационара.

Отравления, вызванные условно-патогенными бактериями, главным образом кишечной палочкой и протеем, встречаются реже. Заражение продуктов питания этими бактериями происходит в случаях несоблюдения санитарно-гигиенических правил содержания пищеблока, правил личной гигиены персонала обработки и хранения продуктов питания.

Первые признаки заболевания появляются через несколько часов после приема пищи и выражаются общей слабостью, болями в животе, тошнотой, рвотой. Выздоровление наступает через 1—2 дня.

Довольно часто у детей возникают *стафилококковые* пищевые отравления. Источником заражения продуктов питания стафилококками являются люди, болеющие токсидитом (ангина), гнойничковыми заболеваниями, иногда — животным, например больные маститом коровы. Отравление возможно и при употреблении доброкачественных продуктов, если они развлеклись на столе, где лежало зараженное мясо.

Стафилококки хорошо размножаются в молоке, молочных и кондитерских продуктах, а так же в мясе, рыбе. Токсины, вырабатываемые некоторыми видами стафилококков, выделяет кишечные до 30 млн. не гибнет под действием биологически активных веществ, содержащихся в желудочно-кишечном тракте.

Токсины вызывает активацию моторики желудочно-кишечного тракта, действует на сердечно-сосудистую систему (значительное снижение артериального давления). Признаки заболевания появляются через несколько часов после приема пищи: общая слабость, бледность кожных покровов, похолодание конечностей, тошнота, рвота, боли в животе, в некоторых случаях понос. Температура тела, как правило, нормальная. Выздоровление наступает через 1—2 дня.

Отравления, обусловленные ядовитостью самих продуктов. К ядовитым продуктам относятся некоторыми грибами: белая поганка, мухомор — и другие растения: белладонна, черная бузина, вех ядовитый, зерна пшеницы, сивны; некоторые другие продукты животного происхождения: икра и молоко рыбы маринки, черная икра.

Отравления грибами встречаются относительно часто, они вызваны употреблением в пищу несъедобных грибов (белая поганка, ложные опята, мухомор, сатанинский гриб, желчный и др.). В детском питании грибы должны занимать второстепенное место.

Отравления ядовитыми растениями и ягодами чаще всего наблюдаются у детей в летнее или осеннее время. Чаще других встреча-

ются отравления семенами бобов, плодами крушины, коренищем веда (ликая морковь), листьями бодякова и др.

Основные предупредительные мероприятия сводятся к ознакомлению всех работников ДОО, родителей и детей с ядовитыми растениями. Следует строго запретить детям срывать и брать в рот неизвестные им растения и плоды, плоды, семена и т.д.

Встречаются отравления пищевыми продуктами, в которые из окружающей среды попадают химические вещества. Иногда ядовитые химические вещества образуются в самом продукте при его длительном и неправильном хранении. Например, прорастание картофеля при длительном хранении приводит к увеличению содержания в нем ядовитого вещества — соланина. Ядовитые вещества могут повлечься и в некоторых съедобных грибах в результате неправильной их заготовки или хранения.

Микотоксикозы — пищевые отравления, встречающиеся у детей очень редко. Они вызываются многоклеточной группой особых грибов, поражающих зерна злаков (пшеницы, ячменя, риса и др.) в период их созревания и уборки при неблагоприятных погодных условиях, а так же при неправильном хранении зерна. Человек заболевает микотоксикозом при употреблении пищи, приготовленной из зараженного зерна, а так же мяса животных и птиц, вскармливавшихся этим зерном.

Симптомы отравления очень разнообразны. Наблюдаются общее недомогание, лихорадка, тошнота, рвота, понос и др.; нередко страдают печень, нервная система и другие органы.

Пищевые отравления могут быть связаны и с присутствием в продуктах ряда неорганических веществ: свинца, цинка, меди, мышьяка, нитритов. Свинцовые соединения в газурн, которой покрывают изнутри глазную посуду; цинк может попасть в пищу при ее приготовлении или хранения в посуде из оцинкованного железа, медь — из плохо луженой медной посуды.

Очень тяжелые отравления могут быть вызваны мышьяком, присутствующим в ряде ядохимикатов, предназначенных для борьбы с насекомыми и грызунами, а так же фосфорорганическими, хлороорганическими соединениями и другими ядохимикатами. Основными предупредительными мерами являются строгое соблюдение правил по применению ядохимикатов, проверка и обработка продуктов питания перед их употреблением.

В случаях появления симптомов отравления у нескольких детей в ДОО надо предположить наличие у них пищевого отравления. Необходимо срочно вызвать врача, поставить в известность ближайшее медицинское учреждение и санитарно-эпидемиологическую

станцию, оказать детям первую медицинскую помощь, изъять из употребления и сохранить для анализа подозрительные продукты, выявить всех заболевших и обеспечить их изоляцию.

Неотложная помощь должна преследовать следующие цели:

- максимально быстрое выведение яда из организма;
- обезвреживание остающегося в организме яда с помощью противоядий (антидотов);
- борьба с нарушениями дыхания и кровообращения.

Для освобождения пищеварительного тракта (желудка и кишечника) от попавших в него вредных продуктов необходимо немедленно вызвать рвоту. Для этого больному дают выпить несколько стаканов (3—5) теплой воды или 2%-ного раствора углекислой соды.

Ребенка необходимо уложить в постель на бок во избежание попадания рвотных масс в дыхательные пути, тепло укрыть, напоить горячим крепким чаем, а рвотные массы сохранить для анализа. До прихода врача ребенка нельзя оставлять одного.

Дальнейшее лечение назначает врач. При необходимости больных госпитализируют.

5.4.3. Гельминтозы у детей и их профилактика

Гельминтозы объединяют большую группу болезней, вызываемых паразитическими червями — *гельминтами*. В нашей стране выявлены около 60 видов паразитов, из которых 18—20 имеют наибольшее медицинское значение в связи с широким распространением и тем ущербом, который они наносят здоровью населения. Все гельминты подразделяются на три группы:

- 1) *нематоды*, круглые черви: аскариды, острицы, власоглав и др.;
- 2) *пестоды*, ленточные черви: свиной и бычий цепни;
- 3) *трематоды*, сосальщики (кошачья, или сибирская, двуустка, печеночная двуустка и др.).

Заражение глистами (инвазия) происходит при попадании в организм яиц или личинок паразитов. Глисты, обитающие в кишечнике человека, откладываят там массу яиц, которые с испражнениями выделяются наружу. Яйца большинства паразитов имеют микроскопические размеры, обладают высокой устойчивостью к различным воздействиям факторов внешней среды и могут довольно длительное время сохранять жизнеспособность вне организма

(в помете, на поверхности предметов или продуктов, в сквелах бе-
ды, на коже, лашках насекомых).

Заражение яйцами гельминтов может произойти в домашних условиях, в детском коллективе при контакте с зараженными пред-
метами или поверхностями (игрушки, посуда, работа на участке и др.). Яйца глистов могут попасть на землю, на участки, где растут
ягоды, в открытые водоемы, затронути их ветром и мухами они
закасаются в жидкие помещения, на размятые предметы и продукты
питания. Играя с землей или песком, где находятся яйца глистов,
улитками некипяченую воду, земляные овощи, ягоды и фрукты,
дети легко заражаются. Некоторыми видами глистов можно зара-
зиться, съедая не прожаренные или не прожаренные мясо и рыбу.

Поселяясь в организме человека, глисты приносят ему большой
вред. Одни виды глистов питаются кровью или соками тканей че-
ловеческого тела, другие — той пищей, которую он съедает. При-
крепляясь к стенкам кишечника, глисты повреждают его слизистую
оболочку. Через образованные ранки в ток крови легко прони-
кают болезнетворные микроорганизмы и вызывают различные
заболевания, особенно желудочно-кишечные.

Глисты-аскариды, свернувшись клубком в кишечнике ребенка,
могут вызывать частичную, а иногда и полную его непроходимость.
Выделяемые глистами в процессе их жизнедеятельности продукты,
всасываясь в кровь, вредно действуют на здоровье ребенка.

У детей, зараженных глистами, аппетит обычно понижен, могут
иметь место сонливость, тошнота, рвота, спастикообразные боли
в животе, поносы или запор. Ребенок бледнеет, худеет, становится
раздражительным, беспокойно спит. У него могут появляться общая
слабость, головные боли, судороги и даже переломы рибниц.

Рассмотрим наиболее распространенные и опасные глистные
заболевания.

Аскаридоз — заболевание, возбудителем которого является
аскарида — круглый червь с веретенообразно заостренными го-
ловным и хвостовым концом у самок (у самцов хвостовой конец
крючкообразно изогнут). По внешнему виду паразит напоминает
дождевого червя. Длина тела самок от 25 до 40 см, самцы — от 15
до 25 см. Паразиты живут в тонкой кишке человека и питаются
пищевой кашицей или слизистой оболочкой кишечника. Единствен-
ный источник распространения аскаридоза — больной человек,
выделяющий с фекалиями яйца аскариды во внешнюю среду. Самка
аскариды откладывает ежедневно до 245 тыс. оплодотворенных яиц
(в течение жизни 25 млн), которые покрывают толстой многослойной
оболочкой.

Яйца аскариды на ранней стадии своего развития с эскаридами
попадают в окружающую среду, где происходит дозревание яиц без
участия промежуточного хозяина (геогельминты). В почве внутри
оболочки яиц в течение 2—4 недель развиваются личинки зарыл-
ной (инвазивной) стадии. Дети и взрослые при контакте с заражен-
ной почвой или зараженными продуктами питания могут
инфицироваться, особенно если они не моют руки перед едой. Из
яиц в тонкой кишке выделяются крошечные личинки, они внедря-
ются в стенку кишечника, проникая в кровеносную систему. Затем
они проходят через печень, сердце и достигают легких, что может
иногда приводить к воспалению легких; сопровождается кашлем,
затрудненным дыханием и повышенным температурой тела. Прони-
кая в капиллярную систему и альвеолы, бронхи, трахею, личинки
доходят до надпочечника. Со слюной они попадают в пищевод
и желудок, возвращаются в тонкую кишку и развиваются до стадии
половозрелости. Общая продолжительность цикла развития аскариды
от момента попадания в организм инвазивного яйца до стадии по-
ловозрелости длится около 3 мес.

Аскаридоз может протекать бессимптомно, однако наличие даже
несколько паразитов в организме так же опасно, как и их множе-
ство. Чаще всего больные дети жалуются на чувство дискомфорта
в области живота и колки в его верхнем отделе, которые спрово-
ждаются снижением аппетита, тошнотой и утренней тошнотой,
обильным слюноотделением и др. Продолжительность жизни аскариды
в организме человека составляет 10—15 мес. и более, затем они
погибают и выделяются из кишечника.

Энтеробиоз — гельминтоз, вызываемый острицей — мелкими
червем длиной от 2—5 мм (самец) до 9—12 мм (самка). Единствен-
ный источник заражения — больной человек. Из половых путей че-
рез рот яиц выходят личинки. В нижнем отделе тонкого кишечника
и в слепой кишке в течение 12—14 дней они достигают половой
зрелости, самки становятся способными откладывать яйца. Про-
должительность жизни паразитов не превышает 3—4 недели.

Острицы паразитируют в нижних отделах тонкой и толстой
кишки. Каждая самка откладывает до 12 тыс. яиц в области за-
днепроходного (анального) отверстия (в перипанальных сквелах),
на промежности, белье. Яйца становятся инвазивными в течение
4—6 ч их пребывания на коже больного. Вызываемый зуд при от-
калывании острицами яиц ведет к расчесыванию и вследствие
этого к раздражению рук, подногтевых пространств и повторному
самозаражению, что увеличивает продолжительность болезни до
неопределенного срока. Присутствие сильного зуда в перипанальной

области повторяются с интервалом 2—4 недели и интенсивно продолжают в течение 1—3 дней.

Известны энцефалитформные припадки у больных энтеробиозом, развитие аппендицита, вызванного заподозненным гельминтом в просвет червеобразного отростка, а так же вульвиты, онихии. Диагноз устанавливается по обнаружению яиц остриц в препарате из перинатального соскоба или на посевке калейкого цедлофона, которую прижигают к заднему проходу больного на ночь. Следует подчеркнуть, что в кале яйца остриц обнаруживаются достаточно редко.

При выявлении лиц, инвазированных острицами, в детских учреждениях закрытого типа с круглосуточным пребыванием (детские дома, школы-интернаты, приюты и т. п.) хлоропрофидактину проводят всем детям. Допускается проведение хлоропрофидактики 2 раза в год (однокурсным курсом) без предварительного обследования всем детям учреждений закрытого типа с круглосуточным пребыванием детей при согласовании с территориальным центром госсанэпиднадзора.

На первом проведении лечебно-профилактических мероприятий новых детей или амтелами отсутствовавших в детский коллектив не принимают.

Трихоцефалез вызывается *власоглядом* — круглым червем длиной от 3 до 4 см (самец) и 3,5—5,5 см (самка). Головной конец паразита тонкий, подобен волосу, что послужило основанием для названия болезни. Власоглав паразитирует в толстой кишке, чаще — в слепой. Ежегодно в мире власоглавом заражаются свыше 1 млн человек. Первым концом, тонким, как волос, он как бы прошивает слизистую оболочку кишечника, закрепляется там и питается кровью хозяина. Продолжительность жизни паразита колеблется от 5 до 15 лет. Оплодотворенные самки могут выдвигать в сутки от 1 000 до 3 500 яиц. Инвазионными яйца становятся после пребывания во внешней среде в течение нескольких недель. При заражении в кровь личинки власоглава не проникают.

Единственный источник заражения — зараженный паразитами человек. Заражение происходит при поглочении зерных (инвазионных) яиц власоглава вместе с недостаточно вымытыми фруктами, овощами, а так же через загрязненные руки.

Заболевание сопровождается нарушением аппетита, болями в животе, общим недомоганием, расстройством деятельности нервной системы: раздражительностью, снижении работоспособности, нарушение сна.

Диагноз устанавливается при обнаружении яиц паразита в фекалиях больного.

Тенидиоз — заболевание, вызываемое представителем плоских червей — *бычьим цепнем*, который достигает 6—7 м в длину и живет в тонкой кишке человека. Гельминт состоит из головки с четырьмя мелкими присосками и плоских члеников, в каждом из которых содержится от 145 до 175 тыс. яиц.

Промежуточным хозяином, в котором происходит развитие личиночной стадии цепня — цистицерков (финн), является крупный рогатый скот. Проникая в кровяное русло, личинки заносятся в ткани скелетных мышц и другие органы. Личинки, попадая в организм промежуточных хозяев, становятся инвазионными для человека. Заражение происходит при употреблении в пищу недостаточно термически обработанной говядины, телятины. Заболевание протекает обычно без выраженной симптоматики. Иногда большие жалуются на повышение или извращение аппетита, тошноту, боли в животе, головокружение. Диагноз устанавливается при обнаружении яиц паразита в фекалиях больного.

Тениоз, как и тенидиоз, является гельминтозом. Возбудитель заболевания — *свиной цепень*, ленточный червь длиной более 1,5 м. Головка паразита имеет четыре присоски, но в отличие от бычьего цепня она вооружена двойным венчиком крючьев. Биологической цепня развития паразита состоит из двух стадий, протекает в ординате трех хозяев: человека, свиньи, человека. Яйца гельминтов, попавшие в окружающую среду с экскрементами человека, продолжают свое развитие в организме свиньи. Там они превращаются в цистицерков (финн), которые заражают человека при попадании в его организм сырой или плохо термически обработанной свинины (копчености, свежего сала с прослойками жира, порожки свиной печени). Зараданы свиного цепня, пропавшая в кровь, может попасть в мышцы, мозг, глазное яблоко и другие органы и ткани и вызывать тяжелое нарушение их функции.

Проявления тениоза можно подразделить на три категории:

- 1) судороги (эпилепсия);
- 2) повышение интракраниального давления;
- 3) психические расстройства.

Они проявляются либо отдельно, либо с другими симптомами. У больных наблюдаются рвота, сильные головные боли, нарушение зрения и постоянное ухудшение состояния здоровья.

Чтобы избежать детей от заражения аскаридами, острицами и другими гельминтами, надо строго соблюдать за выношением личной гигиены. Детей приучают мыть руки перед едой и после каждого посещения туалетной, им коротко стригут ногти, под которыми скапливаются грязь, нередко содержащая яйца глистов. Овощи,

фрукты, ягоды перса употреблением тщательно мыют и обдирают, кипятком, от которого яйца глистов быстро погибают. Помещение, площадки и несочиния, где играют дети, содержат в чистоте. Чтобы предупредить забавления, вызываемые песнями, надо покупать мясо, прошедшее ветеринарно-санитарный надзор (кладимое), хорошо проваривать его или прожаривать, не давать пробовать детям сырого мяса или фарша. Для предохранения детей от заражения эхинококками необходимо следить, чтобы они после игры с собаками тщательно мыли руки.

Учитывая высокую опасность заражения гельминтами, помимо строгого соблюдения правил личной гигиены и систематического обследования на гельминтозы всего персонала, обслуживающего детские коллективы, необходимо тщательно обследовать вновь поступающих в детские дошкольные учреждения персонал. В ДОО детей 3—7 лет периодически обследуют на наличие у них глистов и в случае обнаружения проводят лечение.

5.5. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Аллергия (от гр. *allos* — «другой», *ergon* — «действие») — это повышенная чувствительность организма к тем или иным веществам, как поступающим из окружающей среды, так и образующимся в самом организме.

Вещества, которые способны вызывать повышенную реакцию организма, называются *аллергенами*.

В настоящее время условно выделяют две группы аллергенов:

- 1) экзоаллергены, поступающие в организм извне;
- 2) эндоаллергены, которые образуются при повреждении его тканей.

Выделяют следующие *экзоаллергены*:

- 1) бытовые, или домашние;
- 2) пылевые;
- 3) пищевые;
- 4) лекарственные;
- 5) аллергены, содержащиеся в химических и моющих средствах;
- 6) бактериальные аллергены.

К *первой группе* относятся домашняя пыль, которая включает в себя мельчайшие частички одежды, кусочки дерева, шерсть домашних животных и т.д. Необходимо помнить, что аллергены сами собой не обдадут хитиновый покров насекомых (тараканы, вши,

блохи, клопы). Кроме того, к аллергенам относятся перья птиц и пух, которые могут быть использованы для набивания подушек.

Вторую группу составляют пылевые аллергены: пыльца цветов, трав, деревьев в период их цветения.

К *третьей группе* аллергенов относятся распространенные пищевые продукты: бобы, какао, кофе, соя, ваниль, а так же чай, горчица, арахис, цитрусовые, чеснок, миндаль. Аллергенами могут быть яйца, рыба, икра, раки, крабы, ягоды и фрукты, имеющие красную, оранжевую или желтую окраску.

Четвертая группа — лекарственные аллергены, которые могут вызывать при повторном введении анафилактические реакции вплоть до анафилактического шока.

К *пятой группе* относятся аллергены, содержащиеся в косметических и моющих средствах (туалетная вода, зубная паста, спиральные порошки и т.д.).

К *шестой группе* относятся бактериальные аллергены, которые возникают в результате воспалительных процессов, имеющих хронический характер (аденоидит, хронический тонзиллит, хронический отит).

Эндоаллергены образуются в организме при повреждении тканей химическими веществами, радиацией и пр.

Аллергические заболевания нельзя отнести к числу наследственных, при которых ген, вызывающий болезненное состояние, передается непосредственно от родителей к детям.

5.5.1. Бронхиальная астма

Бронхиальная астма — тяжелое аллергическое заболевание, проявляющееся приступами удушья с резко затрудненным выдохом, свистящими хрипами в результате сужения просвета мелких бронхов. В зависимости от причин, вызывающих заболевание, различают две формы бронхиальной астмы:

- 1) неинфекционно-аллергическую;
- 2) инфекционно-аллергическую.

Неинфекционно-аллергическая, или экзогенная, форма бронхиальной астмы чаще встречается у детей до 3 лет. В основе ее лежит повышенная чувствительность (сенситивизация) организма ребенка к внешним чужеродным веществам — аллергенам. К их числу могут относиться бытовая пыль, шерсть домашних животных, пыльца растений, лекарственные препараты, некоторые пищевые продукты (яйца, молоко, шоколад, рыба, цитрусовые, лук, горох, орехи и пр.).

Установлено, что в происхождении этой формы заболевания важную роль играет наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям аллергическая конституция, или аллергический диатез.

Инфекционно-аллергическая форма бронхиальной астмы встречается преимущественно у детей старше 3 лет, что связано с сенсibilизацией организма, вызванной присутствующими заболеваниями. У ребенка возникает повышенная чувствительность к бактериям, вирусам, паразитам их жизнедеятельности и распада. Наиболее часто она бывает у детей, страдающих повторными респираторными заболеваниями.

Возникновению инфекционно-аллергической формы бронхиальной астмы нередко предшествует астматический бронхит, который рассматривается в качестве преаггента, или I стадии бронхиальной астмы. Он проявляется у детей приступообразным, иногда коклюшеподобным кашлем и небольшим затруднением выдоха. Раннее выявление и своевременно начатое лечение астматического бронхита может предупредить его переход в бронхиальную астму.

Ведущий симптом бронхиальной астмы — приступ удушья, которому иногда предшествует период преаггента. К их числу относятся изменения поведения ребенка (возбуждение или вялость, сонливость), насморк аллергического характера, першение в носу, чихание или навязчивый кашель, одышка.

При наличии в группах дошкольных учреждений детей, страдающих астматическим бронхитом или астмой, воспитатель должен особенно внимательно следить за их состоянием и в случае появления преаггентов приступа срочно показать ребенка врачу.

Во время приступа у ребенка всеядствие спазма гортанной мускулатуры бронхов, набухание и усиления секреции их слизистой оболочки затрудняется выдох. Это состояние сопровождается салпнгами на расстоянии свистящими хрипами. Для облегчения акта выдоха ребенку следует придать полусидящее или сидячее положение с приподнятыми ладями, чтобы использовать все вспомогательные дыхательные мышцы туловища катки для облегчения акта выдоха.

При оказании помощи ребенку во время приступа необходимо обеспечить приток свежего воздуха, растопить воротничок, сделать горячую ножную ванну или поместить руки в горячую воду. Ребенка необходимо успокоить, отвлечь его внимание игрушками и срочно вызвать врача.

Важная роль в предупреждении бронхиальной астмы у детей принадлежит персоналу дошкольных учреждений. Профилактика

бронхиальной астмы включает в себя проведение мероприятий, направленных на снижение возможности сенсibilизации организма к чужеродным веществам (борьба с пылью, шерстью домашних животных), а так же предупреждение острых и хронических заболеваний органов дыхания (проведение закалывающих процедур, дыхательной гимнастики, соблюдение воздушно-теплого режима, гигиенических требований к одежде и т.д.).

Серьезное внимание следует обратить на детей, которые склонны к аллергическим реакциям, в том числе страдающих атопическим дерматитом (экссудативно-катаральным диатезом).

5.5.2. Атопический дерматит у детей

В настоящее время в МКБ-10 заболевание, которое ранее имело несколько названий (экссудативно-катаральный диатез, аллергический диатез, экземоидный диатез, пищевая аллергия), определяется как атопический дерматит. Такое разнообразие определений связано с нестротой клинической картины, отсутствием единого мнения о причинах болезни и способах лечения.

Атопический дерматит относится к числу хронических заболеваний, в основе которых лежит аллергическое воспаление кожи и слизистых оболочек. Развивается атопический дерматит на фоне аллергического (атопического) диатеза и характеризуется зрительной, зудящей, корочками, расчесами и сухостью пораженных участков кожи.

Организм детей одного и того же возраста при равных условиях на одни и те же вредные факторы (например, охлаждение, перегревание, внедрение болезнетворных микробов) может отвечать различным образом по силе и выраженности реакциями. Это различие ответных реакций обусловлено конституциональными особенностями ребенка.

В настоящее время конституция трактуется как совокупность морфологических, функциональных и реактивных свойств организма, от которых зависят особенности его жизненных проявлений и реакций на внешние влияния. Эти свойства могут передаваться по наследству и приобретаться в процессе жизнедеятельности, в результате чего складывается тот или иной тип конституции со своими особенностями.

Нормальная конституция — это такая морфолого-функциональная структура индивидуального организма, которая обеспечивает ему максимальную устойчивость во внешней среде.

Аномалии конституции, или *гапшем*, — это особое состояние организма, при котором его функции и показатели обмена веществ на определенном этапе развития характеризуются Атипичной неустойчивостью. Термин «Атипез» в переводе на русский язык обозначает *предрасположенность*, но не само заболевание.

У детей с аномалиями конституции индивидуальные врожденные, унаследованные, а иногда и приобретенные свойства организма предрасполагают его к патологическим реакциям на внешние раздражители. Из всех форм Атипеза у детей чаще всего встречается атопический дерматит.

Атопия рассматривается как семейная гиперчувствительность кожи и слизистых оболочек к воздействию факторов внешней среды, которая связана с увеличением проницаемости Ю. Е. Дети, страдающие атопическим дерматитом, обладают повышенной чувствительностью главным образом к веществам пищевого характера. Клинические симптомы заболевания выявляются после повторного поступления аллергенов в организм, выработке достаточного количества антител и взаимодействия антител с антигеном. Новые антитела, приходя в соприкосновение с теми же организмом, могут, в свою очередь, повреждать их и способствовать появлению ауто-сенсibilизации. Это обуславливает упорное течение, прогрессирующее и нередко циклическое кожных проявлений при атопическом дерматите у детей. Местные физические, химические раздражители, климатические и метеорологические факторы (охлаждение, перегревание) могут привести к ухудшению кожных изменений. У детей старше 3 лет в реализации Атипеза в форму атопического дерматита ведущим становятся инвазионные аллергены: клещи домашней пыли, пылевые, грибы.

Определенную роль в провоцировании клинических проявлений болезни играют профилактические прививки, при которых происходит сенсibilизация организма ребенка многочисленными вакцинами антигенами.

В отдельных случаях удается вызвать те продукты питания, которые вызывают болезненные явления у ребенка. Симптомы болезни могут проявиться с первых месяцев жизни при усилении сенсibilизации ребенка в utробном периоде его развития или при наличии подходящих аллергенов в грудном молоке и бывают наиболее выраженными в возрасте 2—3 лет.

Один из ранних симптомов Атипеза — опрелость. Она образуется, если ребенка оставить в мокрых пеленках даже на короткий срок.

Другое проявление дерматита у детей первых месяцев жизни — образование в области бровей и на коже головы жирных желтых

чешуек (слущивающиеся эпителии кожи), из которых в дальнейшем образуются толстые корки. Это себорей, или тейс. Пытание кожи под корками нарушается, и процесс нередко переходит в мокнущую экзему, сопровождающуюся сильным зудом. Экзема довольно часто распространяется с волосистой части головы на лицо и другие части тела.

У детей старше 1 года атопический дерматит чаще проявляется в виде мелких плотных узелков бледно-розового, иногда яркого красного цвета. Все эти элементы, как правило, высыпают на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, спине, ягодицах и сопровождаются зудом. При заболевании может поражаться не только кожа ребенка, но и его слизистые оболочки, при этом наблюдаются язвенные формы насморка, бронхит, ларингит, конъюнктивит, а иногда понос; на поверхности языка нередко появляются налеты, напоминающие очертания географической карты (географический язык).

Тонким к появлению подобных изменений на слизистых оболочках дыхательных путей нередко бывает воздействие неадекватных факторов: холодного или слишком сырого, а иногда, наоборот, и слишком сухого воздуха. Насморк и кашель могут быть вызваны некоторыми заиками. Например, «сенной насморка», или «сенная анхорада», возникает у детей, предрасположенных к аллергии в период цветения некоторых трав и растений. Нередко ребенок, страдавший в раннем детстве атопическим дерматитом, в старшем возрасте берет бронхиальную астму.

У больного ребенка нарушается обмен веществ, отмечается задержка и неправильная отдача организмом воды, вследствие чего ребенок может быстро худеть, теряя в день до 200 г массы тела.

Сопrotивляемость организма при заболевании резко снижается, поэтому дети часто и тяжело болеют всевозможными инфекционными заболеваниями. В предупреждении атопического дерматита огромное значение имеет правильное вскармливание ребенка. Детям в возрасте до 1,5 года с атопическим дерматитом не дают наиболее активные аллергены продукты: куриные яйца, рыбью, молоко, морепродукты, бобовые, горох, пшено, орехи. В отдельных случаях больному ребенку снижают количество грудного молока, даже если у матери его достаточно, и заменяют его кислыми смесями.

Продукты, вызывающие обострение болезни, исключают из рациона. Больным детям старше 1 года следует ограничивать жидкость, поваренную соль, конфеты, полностью исключить из рациона острые закуски, пряности, жареное мясо и рыбу, кофе, какао,

пшеница. Им рекомендуются вегетарианские супы, отварное мясо и рыба, кефир, простокваша, овощи и фрукты.

Следует подчеркнуть, что в условиях АОО для детей с атопическим дерматитом не предусматривен специализированный рацион питания. Все вопросы, связанные с организацией питания таких детей, решаются индивидуально медицинскими работниками.

В квартире, где проживает больной ребенок, не должно быть большого количества мягкой мебели и ковровых покрытий. Первоочередным считается использование закрытых матрасов и подушек в плотных «конвертах» на молнии. Сама молния должна быть прикрыта полоской ткани. Пользоваться пылесосом надо в отсутствие ребенка. Медикаментозные препараты (антигистаминные средства, глюкокортикостероиды, иммуномодуляторы) детям дают только по назначению врача.

5.5.3. Острая крапивница и отек Квинке (ангионевротический отек)

Это аллергическое поражение кожи, сопровождающееся нарушением проницаемости сосудистой стенки и отеком на коже и других органах.

Дети предъявляют жалобы на мучительный местный кожный зуд, озноб, тошноту, боли в животе, иногда рвоту. При отеке Квинке кожный зуд отсутствует, но может появиться ощущение напряжения, увеличения размеров губ, век, носа, ушей, языка, области губов, а так же затруднение глотания, осиплость голоса. Возможно развитие аллергического отека гортани, мозга, внутренних органов. В случае появления указанных симптомов ребенка необходимо срочно показать врачу.

5.5.4. Анафилактический шок

Заболевание, как правило, встречается у детей. Аллергическое время прививавшихся то или иное лекарственное средство. Оно относится к числу наиболее грозных и тяжело протекающих аллергических состояний. В основе симптомов анафилактического шока лежат спазмы гладкой мускулатуры бронхов и бронchio (асфиксия). Может наблюдаться изменение функции желудочно-кишечного тракта (боли в животе, понос, рвота).

Скорость возникновения шока варьирует от нескольких секунд или минут до 1 ч. По степени тяжести выделяют легкий, средне-

тяжелый, тяжелый, крайне тяжелый и смертельный вид шока. Наиболее частой причиной анафилактического шока являются самолечение антибиотиками, настоями трав и другими лекарственными средствами без назначения врача.

Работникам дошкольных учреждений не следует без разрешения врача лечить детей, и особенно тех, кто страдает аллергией.

5.6. ПОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ И СЛУХА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

5.6.1. Заболевания органов зрения и их профилактика

В системе органов чувств, зрительному анализатору принадлежит исключительно важная роль. Благодаря зрению воспринимается более 90 % всей информации из окружающей среды.

С помощью зрения осуществляется определение формы, величины, цвета, объеманости предметов, расстояния до них и местонахождение их в пространстве.

Работники дошкольных учреждений должны заботиться об охране зрения воспитанников, знать наиболее часто встречающиеся нарушения зрительных функций, уметь выявлять эти нарушения и их причины, чтобы вовремя принять необходимые меры по ликвидации или хотя бы смягчению их влияния на здоровье и деятельность ребенка.

Иногда дети с практически здоровыми глазами, хорошим общим состоянием в условиях отягченного освещения могут быть слабовидящими. Это объясняется тем, что соотношение между преломляющей силой оптических сред глаза (роговица, хрусталик) и преломляющим размером (Амниа) глаза бывает разноточным и лучи света не всегда фокусируются (собираются) на самой светочувствительной части сетчатки — желтом пятне.

Эмметропия. Или нормальная рефракция, характеризуется тем, что лучи света после преломления в роговице и хрусталике собираются на сетчатке, в области желтого пятна. При этом отмечаются большая контрастность (резкость) и самая высокая острота зрения. При **дальнозоркости**, или слабой рефракции, лучи света фокусируются как бы за сетчаткой. Окружающие, особенно близкие, предметы кажутся расплывчатыми, неконтактными.

Детям дошкольного возраста свойственна дальнозоркость, так как у них переднезадний диаметр глазного яблока укорочен. Так, у 95 % новорожденных устанавливаются дальнозоркость. Как

принято, с возрастом она компенсируется большой силой преломляющей среды глаза и не требует очков; лишь с сильной степенью дальнозоркости ребенку выписывают очки.

Близорукость (миопия), или сильная рефракция, имеет противоположную дальнозоркости особенность: лучи света фокусируются перед сетчаткой, при этом хорошая острота зрения возможна только вблизи; удаленные предметы видны как бы в тумане.

Установлено, что в развитии близорукости можно выделить три основных звена:

- 1) наследственная предрасположенность;
- 2) несоответствие между аккомодационной способностью глаза и зрительной нагрузкой при работе на близком расстоянии;
- 3) ослабление преломляющих свойств склеральной оболочки глаза под влиянием внутриглазного давления.

Через эти основные звенья опосредуется влияние таких факторов, как повышенная зрительная нагрузка, неблагоприятные гигиенические условия зрительной работы, общие заболевания, недостаточное физическое развитие, гиподинамия.

Напряжение зрения особенно возрастает в случаях, если на занятиях не соблюдаются гигиенические требования к posture детей, освещению помещений, учебным и наглядным пособиям, игрушкам (мягкие, неяркие). На возникновение близорукости влияют так же общие состояние здоровья ребенка, его режим, питание, образ жизни (ребенок мало двигается, редко бывает на свежем воздухе).

Близорукость и дальнозоркость принято характеризовать по величине (степени). Для чего существует такая единица, как диоптрия. Чем больше величина близорукости, тем хуже ребенок видит вдаль. Миопия до 3 диоптрий считается слабой, от 3 до 6 — средней и свыше 6 диоптрий — высокой. У детей остроту зрения определяют с помощью специальной таблицы Орловой (рис. 5.9).

Близорукость может резко изменить поведение и даже характер ребенка. Он становится рассеянным, быстро утомляется, плохо подносит предметы к глазам, прищуривается, ходит с низко опущенной головой, начинает сутулиться.

Кроме того, у ребенка могут появиться головные боли, жажба на боль в глазах, на то, что предметы перед глазами расплываются, двоится. Ребенка с указанными симптомами надо направить к врачу-офтальмологу.

В настоящее время является бесспорным тот факт, что физическая культура, подвижные игры на свежем воздухе, спортивные занятия оказывают мощное влияние на профилактику близорукости

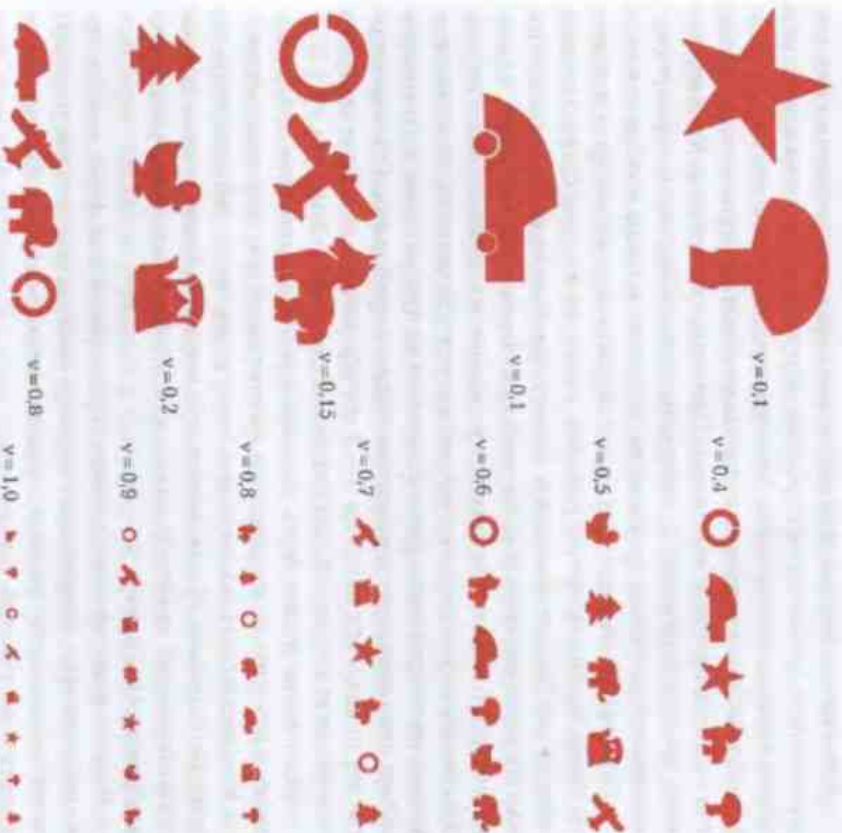


Рис. 5.9. Таблица Е. М. Орловой для определения остроты зрения у детей дошкольного возраста

и других нарушений зрения, так как способствуют общему укреплению организма и активизации его функций, повышают работоспособность глазных мышц, укрепляют склеральную оболочку.

Бинокулярное зрение — это сложная функция высших отделов ЦНС, при которой зрительные образы каждого глаза преобразуются в одно зрительное ощущение, обеспечивая пространственное, глубинное зрение (стереоскопическое). Нарушение бинокулярного зрения наблюдается при косоглазии, амблиопии (снижение абсолютной остроты зрения одного из глаз), анизометрии (разная рефракция глаз) и анизокории (разные размеры изображений на сетчатке и в зрительных центрах) и др.

Косоглазие возникает при неправильном от рождения или нарушении в дальнейшем строения оптической системы одного или обоих глаз (дальнозоркость, близорукость), а так же при нарушении согласованного движения обоих глазных яблок, обусловленного работой глазодвигательных мышц. При этом совместно (бинокулярное) зрение нарушается, предметы перед глазами начинают расплываться, двоиться, ребенок не видит их четкого изображения.

Стремись найти для глаз такое положение, при котором предметы были бы видны четко, ребенок начинает косить. Сначала такое косоглазие бывает заметным только при утомлении, раздражении или сосредоточенном рассматривании какой-либо предмета, в дальнейшем оно может усиливаться и становится постоянным. Острота зрения косящего глаза резко снижается, ухудшается возможность правильно определить расстояние между предметами, их размеры, объем, пользуются стереоскопическими приборами. Обычно косоглазие появляется рано, на 2—3-м году жизни, иногда становится заметным после какой-либо тяжелой болезни или испуга.

Косоглазие может быть, сходящимся (при дальнозоркости), расходящимся (при близорукости), постоянным или периодическим. У одного может косить один глаз, у других — попеременно то правый, то левый. В начальных стадиях косоглазие можно полностью вылечить, поэтому очень важно вовремя обнаружить его и обратиться к врачу.

В настоящее время является бесспорным тот факт, что физическая культура, подвижные игры на свежем воздухе, спортивные занятия оказывают мощное влияние на профилактику близорукости и других нарушений зрения.

Э. С. Аветисовым и его школой разработана комплексная программа, направленных на предупреждение и снижение близорукости, который включает в себя: утреннюю гигиеническую гимнастику, гимнастику для глаз, занятия физкультурой по специальной программе, закалывающие процедуры.

5.6.2. Цветовое зрение и виды его нарушения

Правильное различение цветов и их оттенков характеризует нормальное цветовое зрение. Согласно одной из наиболее принятых теорий цветового зрения Ломоносова — Юнга — Гельмгольца, глаз человека чувствителен к восприятию красного, зеленого и синего цветов (трехкомпонентная теория цветового зрения). В зависимости

от степени возбуждения трех видов рецепторов возникает восприятие того или иного цвета.

Восприятие белого цвета, согласно теории, обусловлено одинаковой степенью вне возбуждения всех трех видов рецепторов, которые воспринимают красный, зеленый и синий цвета.

Формирование цветового зрения у детей раннего и дошкольного возраста происходит поэтапно. Так, первым возникает цветоощущение красного цвета, примерно к 1 году и 2 месяцам жизни, а к 3-летнему — в возрасте от 1 года 4 месяцев до 1 года и 6 месяцев.

Наконец, последним формируется цветоощущение синего цвета — к 1 году 6 месяцам — 1 году 8 месяцев. Резкие скачки в развитии цветоощущения — в период от 1 года до 2,5 лет и от 3 до 9 лет.

Интересно отметить, что цветоощущение лучше и раньше формируется у девочек, чем у мальчиков. Для развития цветоощущения с раннего возраста надо давать детям игрушки, окрашенные в яркие краски, зеленые и синие цвета.

В 1794 г. английский естествоиспытатель А. Далитон описал свое собственное врожденное нарушение восприятия красного цвета, что послужило началом изучения изменений цветового зрения (Дальтонизм). Все нарушения цветового зрения подразделяются на врожденные и приобретенные. Врожденные передаются по наследству и обычно сохраняются в течение всей жизни без изменений, при этом оба глаза страдают в одинаковой степени. Нарушается преимущественно степень восприятия красного и зеленого цветов. При нарушении восприятия красного цвета дети обычно путают светло-красный с темно-зеленым, пурпурный с фиолетовым и синим, красный с серым. В случае снижения способности к восприятию зеленого цвета дети путают светло-зеленый с темно-красным, зеленый с синим.

В отличие от врожденных нарушений цветового зрения приобретенные касаются восприятия преимущественно синего и желтого цветов. Этот тип нарушения, как правило, бывает вторичным и возникает в результате заболевания органа зрения (неврит, атрофия зрительного нерва, катаракта) и ЦНС (опухоль головного мозга, энцефалопатия).

Во время проведения занятий ребенок может путать цвета, что несомненно люди могут принимать за невниманье или шалость. Таким детям делают замечание, снижают оценки за работу и даже наказывают. Все это может тяжело отразиться на нервной системе ребенка, повлиять на его дальнейшее развитие и поведение. Поэтому в тех случаях, когда ребенок путает или долго не может усвоить те или иные цвета, его следует показать

врачу-отоларингологу, чтобы выяснить, не является ли это результатом врожденных (красные, зеленые цвета) или приобретенных (желтые, белые цвета) дефектов цветного зрения.

5.6.3. Заболевания органа слуха и их профилактика

Воспалительные заболевания уха называются *отитами* (otitis, от гр. otos — «ухо»). Это одна из очень распространенных патологий у детей. Даже новорожденный ребенок может заболеть отитом, но наиболее часто он встречается у детей в возрасте от 1 до 3 лет.

Нередко заболевание приобретает рецидивирующее (хроническое) течение. В тяжелых случаях отит может иметь очень серьезные осложнения и отдаленные последствия (развитие тугоухости во взрослом возрасте).

Наиболее часто у детей возникает наружный или средний отит.

Наружный отит — это воспалительное заболевание наружного слухового прохода. Чаще всего он бывает вызван инфекцией (бактериальной или грибковой) или неправильным уходом за ушной раковиной и наружным слуховым проходом. В проходе есть специальные железы, производящие ушную серу, которая защищает ухо от повреждений и инфекций. В целях ее удаления, если не происходит самоочищения, родители нередко используют твердые предметы, ватные палочки, которые не удаляют серу, а уплотняют ее. Ушительная особенность барабанной перепонки у детей, в целях исключения ее травматизации необходимо использовать ватные вкладки жгутики.

Характерным симптомом отита является дискомфорт в наружном слуховом проходе, которое сопровождается покраснением и сужением слухового прохода из-за его отека и появлением полупрозрачного отделяемого. Причиной возникновения наружного отита так же могут быть травмы (микротравмы), нарушениях естественную защиту слухового канала, инородные тела, повышенная влажность, сниженный иммунитет ребенка.

Средний отит — заболевание нередко возникает на фоне вирусной инфекции у детей с ослабленным иммунитетом. В большинстве случаев инфекция попадает в среднее ухо из воспаленной носоглотки по слуховой трубе (у детей до 3 лет слуховая труба широкая и короткая, расположена более горизонтально, чем у взрослых, что значительно облегчает проникновение микробов из носоглотки).

Симптомы. Заболевания начинается, как правило, остро, нередко ночью, после того как ребенка уложили в постель. Основной симптом — боль в ухе, которая может быть очень сильной. Возможно повышение температуры, ухудшение общего самочувствия. Ребенок грудного возраста проявляет беспокойство, плачет, тянется ручкой к больному уху, отказывается от еды. У него нарушен сон, отсутствует аппетит. Дети, особенно маленькие, не могут объяснить, причину своего недомогания. Вследствие этого при ответственном ребенке необходимо проверить уши на предмет их заболевания. Для этого нужно очень аккуратно (слегка) нажать пальцем на козелок — выступ, находящийся перед слуховым проходом, и оценить реакцию ребенка. Если он отвечает криком, плачем, резко отталкивает вашу руку, то, скорее всего, у него болит ухо.

При подозрении на наличие отита у ребенка необходимо немедленно обратиться к врачу и начать лечение у него на протяжении всей болезни до полного выздоровления. При малейшем подозрении на развитие осложнения ребенка должен быть госпитализирован в стационар для проведения интенсивного лечения, а возможно, и срочной хирургической помощи. Не следует заниматься самолечением. Лечение отита должно проводиться только в соответствии с назначением медицинского АОО.

5.7. КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Пигмента кожи имеет большое значение в профилактике не только кожных, но и других, особенно желудочно-кишечных заболеваний.

Для ухода за кожей детей необходимо иметь специальные ванны, где их купают, ватные мочалки, детское мыло, растворы перманганата калия (полезное растворение кристаллов, исключать попадание в глаза) и борной кислоты, опциональное минеральное масло, детский крем, ванну и ватные палочки, марлевые тампоны, небольшие ножницы и пр.

В первые месяцы жизни ребенка лицо и руки его протирают ватными тампонами, смоченными в кипяченой воде; каждый глаз протирают отдельным тампоном от наружного уха к внутреннему. С 5—6 месяцев ребенка можно мыть без помощи тампонов водой комнатной температуры начиная с таз.

Для очистки носа можно использовать ватные палочки или ватные жгутики (турунды), которые сворачивают мокрдами ладонями.

При уходе за ушами ни в коем случае не следует пользоваться твердыми предметами, так как можно случайно повредить барабанную перепонку.

Необходимо следить за тем, чтобы малыш все время находился в чистой и сухой одежде. Следует помнить, что под подгузниками и пеленками возникает более влажная и теплая среда, нарушается pH кожи, увеличивается активность микрофлоры, а это может привести к раздражению кожи. Частая смена подгузников (памперсов) препятствует неблагоприятному воздействию на кожу мочи, фекалий. В целях профилактики следует использовать увлажняющее мыло, сухие мыльные фито-салфетки, детские шампуни, которые предотвращают потерю влаги после мытья, увлажняющий лосьон, смягчающий крем.

После акта дефекации ребенка надо подмыть теплой проточной водой (температурой до 37 °С), обсушить, осторожно прикладывая мягкое полотенце или простынку, и завернуть в чистое сухое белье. Начинать купать ребенка можно после отпадения пуповины и только в том случае, если пупочное кольцо «не сочится», т. е. отсутствуют катевалки крови на пупке. В первую половину года, когда кожа малыша особенно нежная и ранимая, гигиеническую ванну надо делать ежедневно, с 6 месяцев его можно купать через день, после 1 года — 2 раза в неделю, а после 3 лет — раз в неделю и обязательно ежедневно мыть ноги. Купание стимулирует функции кожи, циркуляцию крови, развивает нервную систему и психофизическоу моторику ребенка, оказывает закаляющее действие.

В первые 2 месяца жизни ребенка купают в кипяченой воде с использованием современных средств: пены для купания (не содержащей мыла), шампуня, детского мыла, опшщающего лосьона, масла и крема. В дальнейшем его можно купать в старой воде с использованием тех же средств.

Перед купанием надо чистыми руками промыть детскую ванночку горячей водой с мылом, на дно ее положить чистую пеленку и налить воду температурой 36—37 °С. Температура воздуха в помещении, где купают ребенка, в первые месяцы его жизни должна быть 22 °С, а затем 20 °С. Ребенка осторожно погружают в воду, голову кадают на предплечье.

В первые дни возросший сначала рукой, а затем мягкой губкой или варежкой, специально спшитой из мягкой ткани, моет тело ребенка водой (с мылом малыша купают не каждый день, а 2—3 раза в неделю). Во время купания (оно продолжается не более 5—7 мин) надо следить, чтобы вода не попадала в глаза, уши и нос. После того как тело ребенка будет вымыто, чистой кипяченой водой ему

моют голову и лицо, а затем, повернув вниз лицом, его обливают водой, температура которой на 1—2 °С ниже температуры воды в ванночке.

После купания тело ребенка осторожно обсушивают мягкой простыней, а кожные складки смазывают современными средствами по уходу за кожей. Ногти на пальцах рук и ног обрезают ножницами, предварительно протертыми антисептиком.

Детям в возрасте 2—2,5 лет начинают прививать гигиенические навыки по уходу за своим телом: учат правильно мыться, мыть руки перед едой и при всяком их загрязнении (после игр в песке, общения с животными, после туалета и т. д.).

Обслуживающий персонал дошкольного учреждения должен ежедневно осматривать кожу ребенка и обращать внимание даже на небольшое ее покраснение или незначительную сыпь. При каждом изменении состояния кожи малыша следует показать врачу.

Изменение состояния кожного покрова у детей и взрослых слизистых оболочек может быть обусловлено разными причинами. Чем моложе ребенок, тем легче у него возникают и, как правило, тяжелее протекают кожные заболевания. Это связано с тем, что кожа детей нежная и ранимая, а сопротивляемость к вредным влияниям, в том числе и микробиогангизмам, еще незначительна. Недостаточное регулирующее влияние нервной системы, жидкая внутренняя среда кожи в раннем возрасте нередко приводит к своеобразному течению кожных заболеваний, а богатство кожи детей кровеносными и лимфатическими сосудами делает реакцию ее более интенсивными.

Часть кожных заболеваний связана с врожденными пороками развития кожного покрова и проявляется в виде неправильного процесса ороговения, образования на коже пузырей и других поражений. Другие заболевания кожи — это лишь симптомы инфекционных (корь, скарлатина, ветряная оспа, краснуха) болезней (приложение 5) или неинфекционных (нервные, эндокринные, желудочно-кишечные) болезней.

В подобных случаях на коже ребенка появляются отграниченные или распространенные поражения в виде сыпей, экземы, крапивницы и т. д. У некоторых детей поражения кожи могут возникнуть в связи с тем, что они плохо переносят либо определенные виды пищи, либо некоторые запахи или медикаменты. В каждом таком случае надо выяснить и исключить причину, вызвавшую поражение кожи. Заболевания кожи могут возникнуть и в результате воздействия на нее механических, химических, термических факторов, а так же лучистой энергии. Любое поражение кожи может осложниться гнойничковыми, прыжковыми и другими заболеваниями.

В ряде случаев гнойничковые, трибковые, вирусные заболевания кожи возникают самостоятельно. Большая подвижность детей, склонность их к игре с землей, в песке, с домашними животными нередко приводит к повреждению кожного покрова, в результате чего микроорганизмы легко проникают через кожу. Надо помнить, что большинство гнойничковых, трибковых и вирусных заболеваний заразна и могут легко передаваться ребенку от больных людей и животных.

Изменения нормального состояния кожного покрова и видимых слизистых оболочек ребенка может информировать воспитатель о возможности возникновения тех или иных инфекционных заболеваний. В таких случаях надо принять соответствующие меры, препятствующие их распространению (краснуха, корь, скарлатина, ветряная оспа, гнойничковые и трибковые поражения кожи, контагиозная герпесвирусная инфекция и др.). К таким изменениям относятся появление так называемых первичных морфологических элементов сыпи: пятнышка, пятна, узелка, пузырька, пузырь, волдыря, гнойничка.

Пятнышко (розеола) — элемент размером от 1 до 5 мм бледно-розового цвета на более или менее ограниченном участке, по плотности не отделяется от окружающих участков и не возвышается над окружающими тканями. Образование из группы розеол, каждая из которых имеет размеры около 1 мм, рассматривается как *мелкоточечная сыпь*. Такая разновидность сыпи встречается при скарлатине, сыпном тифе.

Пятно (макула) характеризуется изменением цвета кожи от бледно-розоватой до синюшно-красной и обусловлено расширением кровеносных сосудов кожи. Различают воспалительные и невоспалительные пятна. Пятна бывают размером от 5 мм и более.

Воспалительные пятна исчезают при надавливании на кожу предметным стеклом или пальцем и вновь появляются после прекращения давления. Пятна размером от 5 до 10 мм носят название *мелкопятнистой сыпи*, которая встречается при краснухе, а размером более 10 мм — *крупнопятнистой*, появляется при кори.

Невоспалительные пятна характеризуются отсутствием воспалительных явлений в коже. При надавливании на кожу предметным стеклом или пальцем эти пятна не исчезают.

К невоспалительным пятнам относятся геморрагические пятна (пурпура): петехии, экхимозы, кровоизлияния, пятна, появляющиеся вследствие неправильного развития сосудов (сосудистые родимые пятна, телеангиэктазии), а так же гиперпигментированные и депигментированные пятна.

Узелок (папула) — резко ограниченное, плотное, светлая возвышающееся над поверхностью окружающей кожи бесполое образование разнообразной окраски. Величина узелков может быть различной — от 2—3 мм до 2—3 см и более. Этот вид элементов при сочетании с розеолоидными отеками сосочкового слоя кожи а в сочетании с пятнами — пятнисто-папулезную сыпь, которая встречается при кори.

Волдырь — островоспалительный несколько возвышающийся над уровнем кожи бесполое образование величиной от 2—3 мм до 10 см и более, красное, бледно-розового или белого цвета, обычно быстро и бесследно исчезающий. Возникает в результате ограниченного островоспалительного отека сосочкового слоя кожи с одновременным расширением капилляров. Появление на коже волдырей сопровождается сильным зудом.

Пузырек (везикула) — поверхностное, в пределах эпидермиса, светлая выступающее над окружающей кожей полостное образование, содержащее серозную жидкость. Величина пузырька колеблется от 1 до 3—5 мм. В процессе развития пузырек может вскрыться, образовывать эрозию, подсохнуть, образовать чешуйки, или оставить после себя временную гиперпигментацию (пигментацию).

Пузырьки наблюдаются при таких заболеваниях, как ветряная оспа, экзема, дерматит.

Пузырь — полостной элемент, подкожный пузырек, но большей величины; иногда его диаметр достигает 3—5 см и более; расположен в верхних слоях эпидермиса и под эпидермисом. Содержимое пузырей может быть серозным, кровянистым и гнойным.

Пузыри встречаются при таких заболеваниях, как пузырчатка, стрептококковое импетиго, эпидермофития стоп.

Гнойничок (пустула) — полостной островоспалительный элемент с гнойным содержимым. Гнойничок полушаровидной формы, размером от 1 до 10 мм, зеленовато-желтого цвета, окружен воспалительным венчиком. Он может образовываться первично или вторично из пузырька либо воспалительных узелков. Наиболее часто гнойнички локализуются в области волосяных фолликулов.

5.7.1. Потница и опрелость

Потница и опрелость — различные заболевания кожи, возникающие чаще всего при неправильном уходе за ребенком.

Потница — раздражение кожи, вызванное скоплением пота под эпидермисом; может возникнуть у ребенка при чрезмерном его укутывании, редком купании.

При потнице на коже туловища, в складках и соприкасавшихся поверхностях, на коже затылка и волосистой части головы обычно одновременно возникают гнойнички размером с булавочную головку, бывает окружены незначительным воспалительным ободком. Для предупреждения потницы ребенка надо регулярно купать, использовать современные средства ухода за кожей (высокоочищенное минеральное масло, крем, присыпки, салфетки), не купать при пеленании, своевременно менять памперсы (подгузники).

Повезши воздушные ванны, во время которых дети лежат раздетыми в теплой комнате, а в летнее время года — на воздухе в тени.

Опрелость — покраснение, слущивание кожи, появление трещин в ее складках. Возникает у детей в тех случаях, если им долго не меняют мокрую одежду, пеленки, редко купают их. Чаще всего опрелость появляется в паховых складках, подмышечных впадинах, на шее, за ушами. Кожу малыша в этих случаях рекомендуются обрабатывать детским кремом, который, оказывая бактерицидное действие на микробиоту, препятствует образованию и дальнейшему развитию естественных выделений.

При сухости кожных покровов и образования на ней «корочек», рекомендуются протирать такие места маслом, которое увлажняет кожу, хорошо впитывается и не препятствует естественному дыханию кожи.

5.7.2. Гнойничковые заболевания

Кожа детей легко загрязняется, во время игры или работы на участке, в саду, огороде. Пыль, грязь и содержащиеся в них микробы — стафилококки и стрептококки — внедряются в кожные бороздки, углубления и неровности. Грязь раздражает кожу, вызывает зуд и расчесы, через которые, так же как через царапины, ссадины и раны, гнойродные микроорганизмы проникают в глубь кожи, нередко вызывая гнойничковые заболевания. Они чаще всего протекают в виде стрептодермии и стафилодермии.

Стрептодермия — это гнойничковые поражения кожи, вызванные стрептококками; характеризуются поверхностным поражением гладкой кожи и ее складок (импетиго, заеда, паронихия).

Импетиго (от *impetus* — «внезапный») отлагается высокой контактноностью и характеризуется высыпанием пузырьковых на покрасневшем фоне. На месте проликиновения гнойродного

микробного элемента, чаще на открытых частях тела; угла рта (заеда), за ушами, валик ногтя (паронихия) — образуется сначала красное пятно или припухание, а затем пузырек размером от булавочной головки до 10-конечной монеты. Вскоре пузырек превращается в гнойничок, который при подсыхании покрывается тонкой желтовато-оранжевой корочкой («медовая корка»). Рядом образуются новые пузырьки и корки. Заболевание легко переходит не только с одного места кожи на другое, но и от одного ребенка к другому, поэтому больного надо отделить от других детей.

Стафилодермия — гнойничковые заболевания, вызываемые стафилококками; характеризуются поражением придатков кожи (фолликулит волос, потовые и сальные железы).

Фолликулит — воспалительное поражение волосяного мешочка. Заболевание характеризуется появлением небольших, величиной 1—2 мм гнойничков, пронизанных в центре волосом и окруженных узкой розовой каймой. При благоприятном течении через 3—4 дня содержимое гнойничков подсыхает, образуются желтоватые корочки, после отпадения которых на коже не остается следов.

Фурункула (чирей) — острое воспаление волосяного фолликула, сальной железы и подкожной жировой клетчатки. За 3—5 дней фурункула увеличивается, достигая размеров лесного ореха и больше.

Кожа в области фурункула краснеет, истончается. После вскрытия в центре видны омертвевшая ткань и язва, после заживления которой остается рубец. Если в ранних стадиях развития фурункула принять необходимые меры (наложение чистой йодной повязки, физиотерапевтическое лечение и др.), он может рассосаться и тогда рубец не образуется.

Карбункула — нагноение нескольких фолликулов, расположенных рядом. Воспаляются большие участки подкожной жировой ткани. Наблюдаются болевые участки, головные боли, повышается температура тела. Особенно опасно, если карбункула образуется на лице, так как гнойный процесс может проникнуть в ободочные мозги.

При гнойничковых заболеваниях не рекомендуется давать детям шоколад, мед, варенье, конфеты, острые продукты и копчености. Для предупреждения гнойничковых заболеваний необходимо по-вышать общую сопротивляемость организма, обеспечивать полноценное питание с достаточным количеством витаминов, правильный режим, выпонять гигиенические правила ухода за кожей и одеждой.

5.7.4. Грибковые заболевания

Ряд кожных заболеваний возникает в результате попадания в кожу микроорганизмов, называемых *грибками*. Эти возбудителями паразитируют на коже людей и ряда животных, нередко поражая так же волосы и ногти. Передаются грибковые заболевания от больного животного или человека, а так же через предметы, бывшие в употреблении у больных: головные уборы, перчатки, белье, игрушки, книги, расчески, ножницы и т.д. Заражению способствует царапины, ранки, трещины и другие повреждения кожи. Встречается несколько разновидностей грибковых заболеваний.

Трихофития (от гр. *trichos* — «волос», *phyton* — «растение») в быту называется стригущим лишаем.

Источником заболевания является больной человек или вещь, которыми он пользовался. Некоторые разновидности болезни передаются от животных (кошак, проглатый скот, собаки). Страдают равным образом, дети, чаще малышки в возрасте от 4 до 15 лет. Инкубационный период заболевания составляет от нескольких дней до 1,5 мес. При заболевании могут поражаться и гладкая кожа, и волосистая часть головы, и ногти. На коже, чаще всего лица, шеи и рук, образуются резко ограниченные зудящие розовато-красные кружале пятна. Они имеют тенденцию к распространению, могут сдвигаться между собой и в дальнейшем сопровождаются шелушением.

На голове поражается как кожа, так и волосы. Грибы внедряются в волосные мешочки, а отсюда в волосы, которые теряют блеск, становятся матовыми, как бы запыленными, легко обламываются. Кожа пораженной части головы покрывается серовато-белыми чешуйками.

При поражении ногтей в толще их образуются сероватые или желтоватые пятнышки. Ногти теряют свой блеск, становятся ломкими, края их легко крошатся.

При микроскопическом исследовании пораженных отделов кожи, волос и ногтей обнаруживают в них колонии грибов. Современное и правильное лечение способствует благоприятному исходу заболевания, а рост волос в пораженных местах восстанавливается.

Песочка — болезнь, возникающая вследствие проникновения под верхний слой кожи рук, ног, а иногда и туловища чесоточного клеща. Чесоточный клещ принадлежит к семейству членистоногих. В 95 % случаев заражение происходит при длительном и тесном контакте с больным человеком. Непрямая передача заражения возможна через

одежду и постельные принадлежности. Естественная жизнестойкость клеща, извлеченного из кожи человека, довольно слабая: взрослые формы живут не более 2 сут при температуре 22 °С. При температуре, превышающей 55 °С, клещ погибает в течение 10 мин.

Термическая обработка вещей (стирка белья и постельных принадлежностей при температуре воды, превышающей 55 °С) практически устраняет возможность непрямого передачи возбудителя.

Взрослая омолодворенная самка клеща, попадая на поверхность кожи, примерно в течение 1 ч прогрызает с помощью коготков на концах ее передних ног ротовой свой эпидермиса, проделывая вертикальные отверстия. Затем паразитально поверхности кожи она роет S-образные чесоточные ходы. Самка продвигается в чесоточном ходе со скоростью до 5 мм в сутки.

Спустя несколько часов после образования хода она начинает откладывать по 2—3 яйца в сутки. Через 3—4 дни после кладки яиц из них образуются личинки, которые покидают чесоточный ход, прогрызая в кожу и выходят на ее поверхность и возвращаются в эпидермальный свой кожи.

Излюбленные места чесоточного клеща — кисти рук, участки с наиболее тонкой, нежной кожей между пальцами, на сгибах суставов, внизу живота.

Весь цикл развития половозрелого клеща происходит примерно за 10—14 дней. Продолжительность жизни паразита может достигать 2 мес.

Большой чесоткой немедленно должен быть изолирован от окружающих. Нательное и постельное белье больных кипятят, а одежду, матрацы, подушки и верхнее платье подвергают химической дезинфекции или проветривают в течение 10—12 дней. Переболевшие дети допускаются в коллектив только после полного излечения.

5.8. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

5.8.1. Анатомо-физиологические особенности выделительной системы

В процессе жизнедеятельности организма образуются продукты распада — шлаки, которые, являясь вредными для организма, должны своевременно удаляться из него. Они поступают из тканей в кровь, а затем в органы выделения. Самая значительная их часть,

выделяется почками в составе мочи, а меньшая — через кожу и дыхательные пути. Благодаря мочевогоделительной системе в организме происходит удаление воды и остаточных продуктов азотистого обмена, амтергентов, подерживается постоянство осмотического давления, ионного состава внутренней среды и кислотно-щелочного равновесия. Кроме того, в почках вырабатываются эритропоэтин, ренин, урокиназа и местные тканевые гормоны (кинины, простагландины), осуществляется преобразование витамина D в активную форму.

Мочевыделительная система включает в себя почки, мочеточники, мочевой пузырь и мочеиспускательный канал. У детей система органов мочевогоделаения имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при уходе за ребенком в процессе его роста и развития.

Функциональная деятельность почек у детей протекает более интенсивно, чем у взрослых.

Большая частота мочеиспускания у детей раннего и дошкольного возраста связана с малой вместимостью мочевого пузыря при относительно большом количестве образующейся мочи.

Цвет и прозрачность мочи во многом определяются характером принимаемой пищи и состоянием почек и мочевого пузыря путей. Цвет мочи может варьировать от желтоватого до соломенно-желтого и темно-желтого.

Наличие в моче микроорганизмов может свидетельствовать о наличии заболеваний одного или нескольких отделов мочевой системы.

У детей грудного возраста акт мочеиспускания непроизвольный, и только с возрастом он начинает регулироваться сознанием и волевыми усилиями. При наполнении мочевого пузыря происходит повышение давления на его стенки, что вызывает сокращение мышечной ободотки пузыря и расслабление сфинктера (сфинктерной). Формирование условного рефлекса и навыком опрятности можно начинать с 5—6 месяцев. Дети в возрасте 8—9 месяцев уже сажают на горшок (через 10—15 мин после очередного приема пищи и сразу после сна). К концу 1-го года жизни в период бодрствования ребенок должен проситься на горшок. Устойчивый навык пользоваться горшком закрепляется обычно на 2—3-м году жизни.

При правильном воспитании здоровые дети к концу 1-го — началу 2-го года жизни просятся на горшок, однако во время сна, увлекательных игр, волнения непроизвольное мочеиспускание может наблюдаться у детей до 3-летнего возраста.

5.8.2. Заболевания мочеполовой сферы у детей

Пиелонефрит — инфекционное заболевание с поражением паренхимы почки и почечной лоханки. Различают острое, подострое и хроническое течение болезни. Пиелонефритом болеют дети раннего и дошкольного возраста. Возбудителями заболевания — микроорганизмы, вызывающие гнойничковые заболевания кожи, септические болезни, заболевания верхних дыхательных путей и легких, карие зубов, гнойные очаговые инфекции.

Из очагов инфекции микроорганизмы проникают в почку через лимфу, кровь или мочеиспускательные пути. Заболевание может начаться остро: повышается температура тела, появляются озноб, боли в животе, пояснице, частое и болезненное мочеиспускание, возобновляется ночное недержание мочи (дисурические расстройства).

Легкое постукивание в области почек сопровождается болью. Моча становится мутной, в ней появляются хлопья, кровь, а при калническом анализе в ней обнаруживаются лейкоциты, эритроциты, белок. Может наблюдаться благоприятное и затяжное течение.

Диффузный гломерулонефрит — это инфекционно-аллергическое заболевание, развитием которого нередко предшествуют ангина, скарлатина, а так же вирусные инфекции. При заболевании поражается клубочковый аппарат почек. Болеют дети любого возраста, но особенно часто дошкольники и младшие школьники. Заболевание в большинстве случаев начинается на 2—3-й неделе после перенесенной инфекции, когда ребенок уже посещает детское учреждение. Первым начальным признаком чаще всего бывает буровато-красное окрашивание мочи. Появляются симптомы интоксикации: утомляемость, вялость, бледность, головная боль, повышение температуры тела.

В зависимости от калнических проявлений выделяют три основные формы гломерулонефрита: *капсулярную, нефролитическую и смешанную*.

Течение гломерулонефрита у детей может быть острым и хроническим. При хроническом течении возможны рецидивы заболевания или постоянное сохранение активности процесса различной степени.

Цистит — инфекционно-воспалительный процесс в области стенок мочевого пузыря. Заболевание чаще встречается у девочек вследствие особенностей строения промежности.

Воспаление мочевого пузыря, как правило, вызывается кишечной палочкой и стафилококком, а может быть осложнением инфекционных заболеваний, в том числе гриппа. Основным симптомом — частое и болезненное мочеиспускание. Дети жалуются на тяжесть и боль внизу живота (в области мочевого пузыря). Заболевание может протекать в острой и хронической форме.

До прихода врача ребенка следует уложить в постель, обеспечить покой. При кормлении ребенка необходимо исключить из пищи все острое, соевое. Больному ребенку показаны обильное питье, теплые сидячие ванночки с раствором перманганата калия или отварами ромашки, череды.

Профилактика воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей включает в себя следующие:

- проведение в ДОО мероприятий в целях оздоровления окружающей среды и организма ребенка, систематическое медицинское обследование;
- общеукрепляющие мероприятия, правильный уход, рациональное вскармливание и питание, систематическое физическое воспитание с обязательным закаливанием;
- специфическая профилактика острых детских инфекций (профилактические прививки) и острых респираторных вирусных инфекций;
- соблюдение индивидуального режима дня, рациональное питание, правильно организованное физическое воспитание, тщательное закаливание детей в период выздоровления после ангины, острого гнойного отита, пневмонии, скарлатины, острых респираторных заболеваний;
- организация тщательного гигиенического ухода за наружными половыми органами, наличие индивидуальной постели, полотенца, белья.

5.8.3. Заболевания половых органов у мальчиков

Фимоз — сужение отверстия крайней плоти. Это происходит вследствие врожденной или приобретенной узости отверстия крайней плоти. У детей фимоз является физиологическим, в течение первых 2—3 лет жизни происходит расширение отверстия. В этот период фимоз проходит самопроизвольно и не требует специального лечения. По мере роста ребенка кожно крайняя плоть растягивается, а спайки механически разрушаются, и к 6—7 годам головка полового члена обычно свободно обнажается.

В тех случаях, когда спайки не исчезают, между ними может скапливаться сперма, которая, размягаясь, вызывает воспалительные процессы.

Фимоз затрудняет мочеиспускание, особенно если отверстие крайней плоти очень узкое. В этих случаях крайняя плоть при мочеиспускании значительно раздувается мочой, которая выделяется тоненькой струйкой из узкого отверстия. При воспалительных состояниях фимоз может служить причиной рефлюкционной задержки мочи. Фимоз может вызвать частые воспаления внутреннего листка крайней плоти — *баланит* (воспаение кожи головки полового члена) и *баланопостит* (воспаение внутреннего листка крайней плоти), которые сопровождаются беспокойством ребенка, обусловленным сильной болезненностью.

При оказании первой помощи необходимо использовать теплые ванночки с перманганатом марганца. Дальнейшее лечение проводится в условиях стационара.

Питиена крайней плоти. До 5 лет туалет крайней плоти не проводится. Начиная с 6—7 лет следует не реже 1 раза в неделю осторожно обнажать головку полового члена и мыть ее теплой водой с мылом.

5.8.4. Заболевания половых органов у девочек

Вульвовагинит — это воспаление слизистой оболочки наружных половых органов (вульвы) и влагалища. Вульвовагинит занимает одно из первых мест среди детских гинекологических заболеваний. Частота его возникновения обусловлена тонкостью, ранимостью кожи и слизистой оболочки; эти области постоянно увлажняются при мочеиспускании, выделяются, что в сочетании с неправильным уходом за половыми органами приводит к воспалительным реакциям.

Воспаение вызывается кишечной палочкой, стафилококком, а так же при энтеробактериозе (острицах), после острых инфекционных заболеваний, гриппа, ОРЗ.

При развитии вульвовагинита наблюдаются покраснение, раздражение слизистой оболочки наружных половых органов, зуд, по-являются слизистые или гнойно-слизистые выделения. При осмотре обнаруживаются выраженные в разной степени отек и покраснение наружных половых органов.

При оказании доврачебной помощи следует использовать местное лечение (ванночки с настоем трав из череды, ромашки, коры

Воспаление мочевого пузыря, как правило, вызывается кишечной палочкой и стафилококком, а может быть осложнением инфекционных заболеваний, в том числе гриппа. Основным симптомом — частое и болезненное мочеиспускание. Дети жалуются на тяжесть и боль внизу живота (в области мочевого пузыря). Заболевание может протекать в острой и хронической форме.

До прихода врача ребенка следует уложить в постель, обеспечить покой. При кормлении ребенка необходимо исключить из пищи все острое, соевое. Больному ребенку показаны обильное питье, теплые сидячие ванночки с раствором перманганата калия или отварами ромашки, череды.

Профилактика воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей включает в себя следующие:

- проведение в ДОО мероприятий в целях оздоровления окружающей среды и организма ребенка, систематическое медицинское обследование;
- общеукрепляющие мероприятия, правильный уход, рациональное вскармливание и питание, систематическое физическое воспитание с обязательным закаливанием;
- специфическая профилактика острых детских инфекций (профилактические прививки) и острых респираторных вирусных инфекций;
- соблюдение индивидуального режима дня, рациональное питание, правильно организованное физическое воспитание, тщательное закаливание детей в период выздоровления после ангины, острого гнойного отита, пневмонии, скарлатины, острых респираторных заболеваний;
- организация тщательного гигиенического ухода за наружными половыми органами, наличие индивидуальной постели, полотенца, белья.

5.8.3. Заболевания половых органов у мальчиков

Фимоз — сужение отверстия крайней плоти. Это происходит вследствие врожденной или приобретенной узости отверстия крайней плоти. У детей фимоз является физиологическим, в течение первых 2—3 лет жизни происходит расширение отверстия. В этот период фимоз проходит самопроизвольно и не требует специального лечения. По мере роста ребенка кожно крайняя плоть растягивается, а спайки механически разрушаются, и к 6—7 годам головка полового члена обычно свободно обнажается.

В тех случаях, когда спайки не исчезают, между ними может скапливаться сперма, которая, размягаясь, вызывает воспалительные процессы.

Фимоз затрудняет мочеиспускание, особенно если отверстие крайней плоти очень узкое. В этих случаях крайняя плоть при мочеиспускании значительно раздувается мочой, которая выделяется тоненькой струйкой из узкого отверстия. При воспалительных состояниях фимоз может служить причиной рефлюксной задержки мочи. Фимоз может вызвать частые воспаления внутреннего листка крайней плоти — *баланит* (воспаение кожи головки полового члена) и *баланопостит* (воспаение внутреннего листка крайней плоти), которые сопровождаются беспокойством ребенка, обусловленным сильной болезненностью.

При оказании первой помощи необходимо использовать теплые ванночки с перманганатом марганца. Дальнейшее лечение проводится в условиях стационара.

Питием крайней плоти. До 5 лет туалет крайней плоти не проводится. Начиная с 6—7 лет следует не реже 1 раза в неделю осторожно обнажать головку полового члена и мыть ее теплой водой с мылом.

5.8.4. Заболевания половых органов у девочек

Вульвовагинит — это воспаление слизистой оболочки наружных половых органов (вульвы) и влагалища. Вульвовагинит занимает одно из первых мест среди детских гинекологических заболеваний. Частота его возникновения обусловлена тонкостью, ранимостью кожи и слизистой оболочки; эти области постоянно увлажняются при мочеиспускании, выделяются, что в сочетании с неправильным уходом за половыми органами приводит к воспалительным реакциям.

Воспаение вызывается кишечной палочкой, стафилококком, а так же при энтеробактерии (острицах), после острых инфекционных заболеваний, гриппа, ОРЗ.

При развитии вульвовагинита наблюдаются покраснение, раздражение слизистой оболочки наружных половых органов, зуд, по-являются слизистые или гнойно-слизистые выделения. При осмотре обнаруживаются выраженные в разной степени отек и покраснение наружных половых органов.

При оказании доврачебной помощи следует использовать местное лечение (ванночки с настоем трав из череды, ромашки, коры

Ауба). Обязательное условие успешного лечения — ликвидация причины возникновения.

Питание половых органов у девочек: профилактика заболеваний половых органов начинается с рождения. Следует ежедневно несколько раз в день осуществлять туалет половых органов, не допуская возникновения воспаления, так как у девочек оно может привести к срастанию половых губ или даже стенок влагалища. Девочка должна быть приучена содержать в чистоте наружные половые органы. Это достигается ежедневным туалетом, который должен соблюдаться в течение всей жизни.

Девочку грудного возраста подмывают ваткой под струей теплой воды движениями обязательно спереди назад — от лобка к заднему проходу, а не наоборот. Подмывать девочку постарше надо, посадив ее на корточки и при этом струя душа должна вытекать мягким рассеянным пучком. Затем следует обтереть кожу промежности и бедра чистым, специально выделенным для этой цели полотенцем.

Трусикни следует менять ежедневно, так как из влагалища всегда бывают незначительные выделения. Подсыхая, они делают ткань жесткой, что может приводить к раздражению вульвы и кожи верхней части бедер. Кроме того, скопление выделений на трусиках предрасполагает патогенную среду для микроорганизмов, которые могут вызывать вульвовагинит.

Гинекологическая помощь девочкам осуществляется в результате совместной деятельности гинекологических и детских учреждений. Существует должность детского районного гинеколога, в задачи которого входит проведение профилактических осмотров в детских учреждениях (ясли, детские сады, санатории) в целях выявления гинекологических заболеваний и отклонений в половом развитии. Его задачами является так же амбулаторное лечение девочек и санитарно-просветительная работа.

5.9. НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ. РАХИТ

5.9.1. Сахарный диабет

Сахарный диабет в настоящее время является очень распространенным заболеванием. В настоящее время на планете насчитывается более 350 млн. в России — более 3 млн больных диабетом, число которых постоянно увеличивается. Ребенок с диагнозом «сахарный

диабет» может посещать образовательное учреждение, в котором созданы условия для организации диетического питания, а персонал обучен особенностям лечения заболевания, клиническим проявлениям и алгоритмам проведения неотложных мероприятий при острых осложнениях (гипергликемического и гипогликемического состояния), технике измерения уровня сахара в крови и введения инсулина. Персонал АОО должен обладать необходимой информацией об особенностях протекания заболевания у конкретного ребенка.

Сахарный диабет характеризуется хроническим повышением глюкозы в крови (гипергликемией), возникающим в результате нарушения секреции инсулина (диабет I типа) или снижения чувствительности клеток к инсулину (диабет II типа), либо обоих факторов одновременно.

У детей наиболее часто встречается диабет I типа (инсулинозависимый), при котором вследствие нарушения работы вырабатывающих инсулин β-клеток поджелудочной железы возникает абсолютная инсулиновая недостаточность.

Диагноз «сахарный диабет» устанавливается на основании определенных уровня сахара в крови, а так же по наличию или отсутствию характерных симптомов:

- повышенное мочеотделение (полиурия);
- повышенная жажда (полидипсия);
- повышенный аппетит ребенка (полифагия);
- снижение массы тела;
- наличие в моче глюкозы и кетоновых тел.

Течение заболевания может сопровождаться и специфическими симптомами: сухостью кожи, зудом слизистых оболочек, возникновением гнойничковых поражений кожи, нарушением зрения, повышенной утомляемостью ребенка.

Дети, страдающие сахарным диабетом I типа должны строго соблюдать диету (Аробное питание, исключение сахаров, ограничение углеводов и животных жиров), рациональный режим дня. Диетические мероприятия предусматривают исключение из питания сахаров, ограничение углеводов и животных жиров. Аробное питание 5—6 раз в день, учет индивидуальной энергетических потребностей.

У больных детей может быть осложнение сахарного диабета — *гипогликемия*, обусловленная пониженной концентрацией уровня глюкозы в крови. К явным симптомам этого острого состояния относятся: бледность кожи, потливость, раздражительность, беспокойство, неуправляемое поведение, паничность, чувство сильного

голова, дрожь, онемение, покалывание конечностей, повышенный мышечный тонус; иногда судорожный синдром.

У детей так же может быть гипераксия — повышенная концентрация урона гомоцина в крови (сухость во рту, нарастающее чувство жажды, частое обильное мочеиспускание, сонливость, вялость).

При оказании первой помощи необходимо успокоить ребенка, прекратить любую физическую активность, дать ему несколько кусочков чистого сахара (или таблетку глюкозы) или выпить теплую чай, сок или воду с сахаром. Необходимо уложить ребенка на бок и немедленно вызвать медицинских работников.

5.9.2. Рахит у детей

Рахит относится к заболеваниям, которые обусловлены временным несоответствием между потребностями ребенка в фосфоре и кальции и недостаточностью систем, которые обеспечивают их доставку в организм. Заболевание сопровождается значительными расстройствами костеобразования и нарушением функций всех внутренних органов и систем, непосредственными причинами которого чаще всего является гиповитаминоз D, а так же несбалансированность питания. Развитию рахита способствует недостаточное поступление витаминов С, В₂, В₆, Е, а так же ряда микроэлементов: железа, цинка, магния, кобальта.

К заболеванию рахитом более склонны недоношенные дети, дети, находящиеся на искусственном вскармливании, а так же дети, страдающие расстройствами пищеварения и питания. Летом заболевание рахитом наблюдается реже, чем зимой.

Начальные симптомы рахита обнаруживаются у детей в 1—2-месячном возрасте, а развернутую клиническую картину — в 3—6-месячном возрасте. Наблюдается расстройство ЦНС: дети становятся раздражительными, плохо спят, при малейшем шуме вскакивают. У них повышается повышенная потливость (особенно затылка). Беспокойные движения головки ребенка по подушке приводят к образованию затылка. Отмечается мышечная гипотония, появляются запоры.

Несколько позднее поражаются участки размягчения и истончения в области затылочной и других костей черепа, нередко приводящие к его деформации.

Если в этот период болезни не будет проведено нужного лечения, процесс размягчения распространится и на другие кости скелета. Грубая кость начинает сдвигаться с боков, образуя так называемую

мую куриную или киевлянку грудь. Иногда деформация грудной клетки приобретает другую характер: грудина как бы вдавливается внутрь — образуется воронкообразная грудная клетка. Когда ребенок начинает сидеть, а иногда и раньше, возникают деформации позвоночника (уздечный кифоз, сколиоз), а при ходьбе — О- или Х-образное искривление ног.

При тяжелом рахите деформируются и кости таза, что особенно опасно для девочек, так как впоследствии такое состояние может помешать нормальной родовой деятельности.

Для рахита характерно разрастание неподвижной остеоидной (необызвесткованной) ткани, вследствие чего на черепе нередко появляется утолщение лобных и теменных бугров (квадратная голова), в местах прикрепления ребер к грудной образуются утолщения, называемые чешками, в местах соединения предплечья с кистью — утолщения, называемые браслетами. У хорошо упитанных детей такое разрастание остеоидной ткани при рахите особенно сильно и в дальнейшем делает фигуру ребенка коренастой, ширококостной. При пониженном питании (гипотрофия) у детей свой остеоидной ткани развивается незначительно, их кости выглядят очень тонкими.

В раннем возрасте при рахите нередко деформируются лопаточные кости, в результате чего может образоваться неправильный прикус: нижняя челюсть выступает вперед, а верхняя отодвигается назад; кроме того, вследствие мягкости костей глазница и дна дна лба глаза нередко выдвигаются вперед, может возникнуть пучеглазие.

Ухудшается всасывание пищи в кишечнике и развивается метеоризм (переполнение кишечника газами), а в связи с последним и из-за понижения тонуса мышц, характерного для рахита, живот у ребенка увеличивается («выпучивший живот»).

У детей, страдающих рахитом, часто возникает малокровие, сопротивляемость их к инфекционным заболеваниям резко падает. Дети, страдающие рахитом, позднее, чем здоровые, начинают сидеть, стоять, ходить, у них позднее прорезываются зубы, затруднена выработка основных ферментов. Рахит может продолжаться многие месяцы и оставить на всю жизнь различные деформации скелета.

Для лечения и профилактики рахита в настоящее время широко используются водный раствор витамина D (холокальциферол). Он выпускается во флаконах по 10 мл со специальной пипеткой. Одна капля препарата содержит около 500 МЕ. В системе общего освещения групповых помещений необходимо использовать ультрафиолетовые лампы.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие изменения относятся к функциональными нарушениям нервной системы?
2. Перечислите основные формы неврозов.
3. Что способствует формированию у детей навязчивых страхов?
4. Какие формы проявления депрессивных состояний у детей вы знаете?
5. Какие патологические привычки встречаются у детей?
6. Какие мероприятия необходимо осуществлять для профилактики заболеваний нервной системы?
7. Дайте определение понятия «осанка». Каковы признаки правильной осанки?
8. Какие меры предупреждают образование неправильной осанки?
9. Что такое плоскостопие и как его предупредить?
10. Какие заболевания органов дыхания наиболее часто встречаются у детей?
11. В чем состоит роль воспитателей в профилактике заболеваний органов дыхания?
12. Как проявляется близорукость у детей? Назовите причины ее возникновения.
13. Что такое близорукое зрение? Назовите виды его нарушения.
14. Как формируется цветова восприятие детей?
15. Как регламентируются гигиенические требования к естественной и искусственной освещенности?
16. Какова роль рационального цветового оформления помещений дошкольных учреждений?
17. Какие заболевания органа слуха у детей вы знаете?
18. Каковы причины кожных заболеваний?
19. Назовите разновидности грибковых заболеваний.
20. В чем заключается профилактика кожных заболеваний?
21. Какие заболевания мочеполовой сферы наиболее часто встречаются у детей?
22. В чем заключается профилактика заболеваний почек и мочевыводящих путей у детей дошкольного возраста?
23. Как осуществляется гигиена наружных половых органов у девочек и мальчиков?
24. Какие причины вызывают рахит у детей?
25. Какие изменения нервной системы наблюдаются при рахите?

Глава 6

ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

6.1. ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ

Инфекционные болезни — это болезни, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи от заболевшего человека животного здоровью человека.

6.1.1. Характеристика патогенных микроорганизмов

Все микроорганизмы, распространенные в природе, подразделяются на патогенные (болезнетворные), способные вызывать различные заболевания, и непатогенные (сапрофитные), которые не вызывают заболеваний.

Существуют так же условно патогенные микроорганизмы, вызывающие заболевания только в определенных условиях при снижении устойчивости (резистентности) организма под влиянием неблагоприятных факторов.

В зависимости от формы все бактерии подразделяются на палочки (бациллы), кокки, имеющие круглую форму (стрептококки, стафилококки), вирусы, грибы, простейшие и т.д.

К числу важнейших свойств микроорганизмов относятся патогенность и вирулентность.

Под патогенностью понимают способность микроорганизма вызывать инфекционное заболевание, а под вирулентностью — меру

патогенности, которая различна у тех или иных болезнетворных микроорганизмов.

Тот или иной тип микроорганизмов вызывает строго определен- ный специфический вид заболевания, выделяя при этом токсины (экс- и эндотоксины).

Экзотоксины выделяются при жизни клетки (бактерии столбняка, дифтерии, ботулизма). Они могут быть специфичны по своему воздействию на организм человека. Одни из них преимущественно действуют на ЦНС (токсины ботулизма, столбняка), а другие — на те или иные системы организма.

Эндотоксин выделяется при разрушении микробной клетки и вызывает общую интоксикацию.

Патогенные микроорганизмы в естественных условиях питаются за счет питательных веществ, находящихся в клетках и межклеточ- ных жидкостях макроорганизма.

Все микроорганизмы по типу дыхания подразделяются на две группы:

1) *аэробы*, которые хорошо развиваются при наличии кислорода (аэроаэробные бактерии, холерный вибрион и др.);

2) *анаэробы*, которые хорошо размножаются только при от- сутствии кислорода (возбудители столбняка, ботулизма, газовой гангрены и др.).

6.1.2. Изменчивость микроорганизмов

Под действием неблагоприятных для микроорганизмов факторов (физических и химических) в процессе жизнедеятельности может измениться ряд их признаков и свойств, которые в ряде случаев могут закрепляться и передаются по наследству. Так образуются устойчивые к лекарственным препаратам и другим вредным воз- действиям микроорганизмы, имеющие по сравнению с исходными формами ряд новых признаков: измененную антигенную структуру, пониженную вирулентность и др.

Изменчивость имеет большое практическое значение:

- изменяется канинская картина заболеваний;
- затрудняются диагностика, лечение и профилактика;
- изменяется лекарственная устойчивость.

Можно контролировать эту изменчивость, направлять ее в целях получения антигенных штаммов с определенными свойствами. Это используется при получении вакцин.

6.1.3. Устойчивость микроорганизмов к воздействию факторов внешней среды

Внешняя среда не является естественной для большинства патогенных микроорганизмов, однако сохранение вида любого возбудителя возможно лишь при некотором его пребывании во внешней среде. Длительность этого пребывания обусловлена как интенсивностью воздействия факторов внешней среды (темпе- ратура, влажность и др.), так и особенностями микроорганизма, объединяемыми термином «устойчивость».

Для каждого возбудителя имеется свой температурный оптимум. Так, для большинства патогенных микроорганизмов оптимальной является температура 36—37 °С; к низким температурам (до 190—253 °С) они чрезвычайно устойчивы, при этом микробная клетка переходит в состояние анабиоза, в котором она может существовать многие месяцы. Высокая температура среды губительна для микро- организмов: чем больше температура выходит за пределы максиму- ма, тем быстрее наступает их гибель. Например, при температуре 60 °С — через 10 мин, при температуре 80—100 °С — через 1 мин, так как происходит свертывание белков.

Некоторые бактерии вне организма человека и животных об- разуют споры путем уплотнения протоплазмы и образования плот- ной оболочки, что позволяет им длительно сохраняться во внешней среде.

Споры очень устойчивы к высоким высоким температур и в боль- шей степени, чем вегетативные формы. Уничтожение спор в течение 20—30 мин возможно лишь при температуре пара 120 °С. Споры столбняка выдерживают кипячение в течение 3 ч, ботулизма — до 6 ч.

Лучшая энергия солнца наиболее губительна для микроор- ганизмов, особенно ультрафиолетовая часть спектра. Губительно действуют на микроорганизмы некоторые ядовитые химические вещества, которые используются для дезинфекции.

6.2. ИНФЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС И ЕГО РАЗВИТИЕ

Инфекцией в биологическом смысле называют возникшее в процессе эволюции взаимоотношение между микро- и макроор- ганизмами, при котором микроорганизм обитает в макроорганизме.

Применительно к человеку и другим животным понятие «инфекция» означает состояние зараженности, проявляющееся в виде болезни или носительства.

Возбудитель (патогенный микроб), проникнув в организм человека, находит в нем оптимальные условия для питания, роста, размножения. В свою очередь, организм человека, используя механизмы защиты, стремится воспрепятствовать проникновению микробов в свою внутреннюю среду, органы, ткани и ведет борьбу с возбудителем — болезнью не возникает. Если возбудитель проник во внутреннюю среду организма, но защитные силы организма воспрепятствовали развитию патологического процесса, развивается носительство.

Таким образом, сущностью инфекционного процесса является антагонистическое противоборство двух живых систем: организма человека с болезнетворными микробами. В тех случаях, когда сила воздействия микробов высока, а защитно-приспособительные механизмы человека оказываются не в состоянии противостоять их вредоносному воздействию, возникают повреждение анатомических структур и нарушение нормальной жизнедеятельности организма как целого, т. е. развивается клиническая картина болезни.

В течении инфекционной болезни различают следующие периоды развития:

- 1) инкубационный (скрытый);
- 2) начальный, или продромальный;
- 3) периода основных проявлений болезни;
- 4) периода выздоровления (реконвалесценции).

Период от момента проникновения микробов в организм до видимого проявления болезни называется **инкубационным (скрытым)**. Этот период в зависимости от характера возбудителя и состояния организма может продолжаться от нескольких часов до нескольких месяцев. В этот период микробы размножаются в организме человека, не вызывая внешних болезненных проявлений. Знание продолжительности инкубационного периода различных болезней необходимо для определения срока изоляции лиц, соприкасавшихся с больным (карантин).

Начальный, или продромальный, период характеризуется общими проявлениями болезни, обусловленными симптомами интоксикации: недомогание, повышение температуры тела, озноб, головная боль и т. д. Как правило, в этот период отсутствуют специфические симптомы болезни. Начало заболевания может быть острым или постепенным.

Период основных проявлений болезни характеризуется появлением специфических симптомов болезни. Так, характер температуры тела (температурная кривая) при многих заболеваниях типичен и является важным диагностическим признаком. При многих инфекционных болезнях воздается слух. Характер слыши, ее локализация и время появления так же являются важными диагностическими признаками. Жидкий стул, его характеристика, время появления, кашель, характер мокроты, наличие судорог и т. п. — важные симптомы при диагностике инфекционного заболевания.

Период реконвалесценции — это период, в котором происходит постепенное улучшение самочувствия больного, исчезновение симптомов заболевания, восстановление трудоспособности.

6.3. ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ЕГО ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ

Эпидемический процесс — это процесс распространения инфекционных болезней в человеческом обществе. Он состоит из трех взаимосвязанных звеньев:

- 1) источник инфекции;
- 2) механизм передачи возбудителя инфекционного заболевания;
- 3) восприимчивость населения.

Без этих звеньев не могут возникнуть новые случаи заболевания. **Источником инфекции** является зараженный человек или зараженное животное. Они могут быть источником инфекции на протяжении болезни, в период выздоровления (реконвалесценции) и в период носительства. Предметы внешней среды не могут быть источниками инфекции, так как на них возбудители выживают ограниченнейший срок, а организм человека или животного для патогенных микробов является единственной и оптимальной средой для размножения.

Механизм передачи возбудителя инфекционного заболевания — это способ перехода возбудителя из зараженного организма в незараженный. Существуют три фазы перемещения возбудителя:

- 1) выделение из источника во внешнюю среду;
- 2) пребывание во внешней среде;
- 3) внедрение в новый организм.

Известны четыре основных механизма передачи инфекционных заболеваний, каждый из которых определяется первичной локализацией возбудителя в той или иной системе организма:

- 1) фекально-оральный;
 - 2) капельный (аэрогенный);
 - 3) контактный;
 - 4) гемоконтактный (геотрансфузионный).
- Элементы внешней среды, обеспечивающие переход возбудителя из одного организма в другой, называются *путиами и факторами передачи*.

При фекально-оральном механизме возбудители выделяются в окружающую среду с испражнениями. Путиами передачи являются вода, пищевой контактно-бытовой, а факторами передачи — зараженные продукты питания, вода, грязные руки, предметы обихода и уходы за больным.

Капельный механизм передачи возбудителя реализуется двумя основными путями передачи: воздушно-капельным и воздушно-пылевым. К факторам передачи относятся микроскопические капли слюны больного, на которую осели возбудители стойкие к высыхиванию.

При контактно-оральном механизме передачи возбудитель передается при непосредственном общении больного человека со здоровым (прямой контакт) или через зараженные патогенными микроорганизмами предметы окружающей среды (непрямой контакт). Факторами передачи могут быть зараженные вещи больного или изделия из кожи и шерсти больных животных.

Гемоконтактный механизм передачи реализуется при попадании возбудителя непосредственно в кровь здорового человека. Путиами передачи могут быть переливание крови или ее компонентов, а факторами передачи — инфицированные инструменты, кровососущие насекомые, в организме которых возбудитель дополнительно размножается (вши, комары, блохи, клещи).

Еще одним звеном эпидемического процесса является *восприимчивость* к инфекционному заболеванию. Она характеризуется индексом *контагиозности* — отношением числа заболевших к числу контактных, не болевших данной инфекцией. Индекс контагиозности выражается десятичной дробью или в процентах. Так, при кори этот показатель равен либо приближается к 1, или 100%, что указывает на степень вероятности заболевания при контакте с источником инфекции. Следует учитывать, что имуннизация населения приводит к снижению индекса контагиозности.

Индексом называется значительное (в 3—20 раз) увеличение заболеваемости в данной местности или появление нескольких случаев заболевания, ранее не встречавшихся в данной местности. Можно говорить об эпидемии дизентерии, если из каждой

1 000 человек населения города заболели 25—30 человек, и об эпидемии холеры или чумы, если в городе появились хотя бы один случай данного заболевания.

Обычно большую эпидемию, охватывающую многие области, страны и континенты, называют *пандемией*. Так, например, известны пандемия гриппа, сыпного тифа в 1918—1920 гг., холеры — в 1970-х годах прошлого века.

Для предупреждения распространения инфекционных болезней необходимо знать конкретные условия возникновения каждого случая заболевания. Это достигается регистрацией и учетом всех случаев инфекционных болезней. Получив известие (карту эпидемического извещения, сообщение по телефону), эпидемиолог организует эпидемиологическое обследование очага и намечает план мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекционного заболевания. Он включает в себя выявление всех источников инфекции, механизма передачи данной болезни и возможных путей дальнейшего ее распространения, конкретные мероприятия для обезвреживания источника инфекции, разрыва путей передачи инфекции и защиты восприимчивого коллектива.

6.4. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗАЩИТЫ. ИММУНИТЕТ

Организм человека обладает рядом средств, защищающих его от болезнетворных микробов. Здоровая кожа, слизистые оболочки дыхательных путей, покрытые особыми клетками, имеющими پوشино Давидкопиеся кнаружи реснички (мерцательный эпителий), механически задерживают микробов на своей поверхности. Кроме того, губительное влияние на них оказывают химические вещества, выделяемые кожей и слизистыми оболочками. Одно из таких веществ — антоцим. Он хорошо изучен и обнаружен на коже, в слюне, носе, слюне, слезной жидкости, кишечном соке, грудном молоке.

Губительное действие на ряд микробов оказывают желудочный и кишечный соки. В полости рта, носа, кишечника, влагалища по-стоянно присутствуют безвредные для человека микробы, которые так же препятствуют размножению болезнетворных микробов. В случае, если микробы проникают и этот барьер, они попадают в кровь. Однако и тут организм не остается безоружным, так как в сыроворотке крови постоянно присутствует специальное защитное вещество *даксин* (от гр. *alexin* — «защитано») — особые клетки крови, в частности лимфоциты, захватывающие и переваривающие

микробов, и др. Эту способность антропоцитоп впервые наблюдал выдающийся русский ученый И. И. Мечников. Он назвал эти клетки *фagoцитами* (пожирателями), а само явление захватывания и по-жирания микробов — *фagoцитозом*.

Иммунитет — невосприимчивость организма к инфекционным и неинфекционным агентам и веществам, обладающим чужеродными — антигенными — свойствами. Иммунитет — это очень сложный процесс, в образовании которого принимает участие ряд органов и тканей: вилочковая железа (тимус), костный мозг, селезенка, лимфатические узлы, лимфоидные образования в кишечнике, ряд клеточных элементов крови и др.

Иммунитет, возникающий в организме в ответ на проникновение в него болезнетворных микробов или их ядов, носит название естественного, активного. Он достигается с помощью сложной системы взаимосвязанных защитных механизмов организма. Один из таких основных механизмов — образование так называемых антител в ответ на проникновение в организм болезнетворных микробов или их ядов (токсинов). Антитела относятся к белкам (глобулинам), поэтому их образование тесно связано с общим белковым обменом организма, на который влияют функциональное состояние отдельных органов и тканей, гормоны, нервная система, особенности питания, факторы внешней среды. Этим объясняется разная степень способности к борьбе с болезнями у разных людей.

Антитела борются только с теми микробами, в ответ на присутствие которых в организме они образовались. Нейтрализация микробов антителами происходит разными способами: склеиванием, осаждением, растворением. В результате микробы и их яды обезвреживаются, человек выздоравливает, приобретает пожизненную *естественную* **иммунист** (невосприимчивость), предохраняющий его впоследствии на протяжении всей жизни, а иногда и на всю жизнь от данной болезни.

Иногда заражде, закаленные люди, подвергаясь воздействию небольшого количества микробов или их ядов, не заболевая, приобретают к данным возбудителям *бытовой* **иммунист**.

Невосприимчивость к тому или иному инфекционному заболеванию можно создать и искусственным путем, вводя в организм заразного человека:

- вакцину (убитые или ослабленные микробы);
- анатоксин (осажденный яд микробов);
- сыворотку крови предварительно иммунизированного против данной болезни животного или переносившего этой болезнью человека.

При вакцинации — введении ослабленных или убитых микробов, а так же их ядов организм, человек не заболевая типичной болезнью, активно вырабатывает против нее антитела. Такой вид *искусственного* **иммуниста** носит название **активного**.

При введении сыворотки крови, содержащей готовые антитела, организм в их выработке активного участия не принимает. Такой вид иммуниста называется **пассивным**.

На образование активного иммуниста уходит несколько недель, пассивный иммунист проявляется через несколько часов после введения сыворотки. Активный иммунист сохраняется продолжительное время, а пассивный всего 2—3 недели после введения сыворотки. Сыворотки чаще всего вводят для быстрого обезвреживания микробов и их токсинов, когда человек уже заболел или контактировал с больным.

6.5. ИММУНОПРОФИЛАКТИКА

Для профилактики наиболее опасных и часто встречающихся заболеваний у детей раннего и дошкольного возраста на базе поликлиник и дошкольных учреждений проводится вакцинация в целях создания искусственного (приобретенного) иммуниста.

Все вводимые вакцины подразделяются на две группы. К *первой* относятся прививочные материалы: живые, но ослабленные микробы, организмы, лишенные вирулентных свойств (против туберкулеза, полиомиелита, эпидемического паротита, кори), ко *второй* — препараты, которые называются убитыми вакцинами (коклюшная, дифтерийный анатоксин). Вакцинный препарат, изготовленный на основе одного вида микроорганизма или одного токсина, называется *моновакциной*. Сложные препараты, состоящие из двух, трех или более моновакцин, называются *ассоциированными* вакцинами. К их числу относятся широко применяемая для иммунизации против коклюша, дифтерии и столбняка *аассорбированная* коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (АКДС).

В соответствии с национальным календарем прививок в Российской Федерации проводятся вакцинация против следующих заболеваний: вирусного гепатита В, туберкулеза, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, краснухи, пневмококковой и гемофильной инфекций, гриппа (прививание б).

Все поствакцинальные осложнения подразделяются на местные и общие.

Общая реакция характеризуется недомоганием и повышением температуры тела: реакция иногда имеет некоторое сходство с симптомами той болезни, против которой были сделаны прививки.

Местная реакция выражается в покраснении на месте прививки припухлостью, краснотой и болезненности, иногда при этом припухают и соседние лимфатические железы.

Иногда, и местная реакция обычно быстро проходит и легко переносится, однако при появлении после прививки болезненных симптомов у ребенка его обязательно следует показать врачу. Консультация с врачом необходима еще и потому, что под влиянием прививки могут обостриться имеющиеся у ребенка хронические заболевания — острая реакция (воспадение среднего уха, почеч и др.).

Вакцины вводят однократно или многократно в зависимости от типа препарата. Для поддержания стойкого иммунитета в соответствии с календарем прививок проводят повторное введение прививочного материала (ревакцинация).

В период проведения массовых прививок воспитатели должны активно помогать медицинскому персоналу. В каждой группе необходимо провести беседы с детьми о значении прививок для предупреждения инфекционных заболеваний.

6.6. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Профилактика инфекционных заболеваний проводится по трем направлениям. Первое из них связано с выявлением и изоляцией источника инфекции, второе направлено на исключение механизмов передачи и третье — повышение устойчивости ребенка к инфекционным заболеваниям.

Для предупреждения распространения инфекции в дошкольном учреждении важно своевременно выявлять заболевшего ребенка.

Большую помощь в этом медицинскому персоналу оказывают заведующий, воспитатель, которые, зная индивидуальные особенности каждого ребенка, при внимательном к нему отношении могут своевременно заметить любое отклонение в его поведении и своевременно и выявить медицинскую помощь для установления диагноза и изоляции.

В каждом дошкольном учреждении должен быть изолятор, куда временно помещают заболевшего ребенка. До отправления его домой или в больницу.

В целях предотвращения распространения инфекции проводят **дезинфекцию** — мероприятия, направленные на уничтожение возбудителя заболевания.

Дезинфекция отличается от стерилизации, при которой уничтожаются не только активные формы микроорганизмов, но и их споры. Дезинфекция проводится на профилактическую, текущую и заключительную.

Профилактическая дезинфекция осуществляется ежедневно; она включает в себя обеззараживание питьевой воды путем кипячения, влажную уборку помещений, проветривание и т.д.

Текущую дезинфекцию применяют в очагах заболевания до госпитализации ребенка, а при лечении в домашних условиях — до выздоровления. Текущая дезинфекция проводится в окружении инфекционного больного или бактерионосителя до его изоляции.

Заключительная дезинфекция проводится после выздоровления ребенка.

В зависимости от условий и объекта, который надо обеззаразить, дезинфекцию производят с помощью механических (влажная уборка, использование пылесоса, проветривание), физических (водяной пар, огонь и пр.) способов или с использованием химических средств («Лизолит», «Катодит», «Балор», «Доместос», гипохлорид натрия и др.).

Для борьбы с инфекцией проводят дезинекцию — уничтожение насекомых, переносчиков заболеваний (вши, мухи, комары, клещи) и дератизацию — уничтожение грызунов. С этой целью так же применяют различные физические, химические, механические способы борьбы.

При возникновении инфекционных заболеваний осуществляют комплекс мероприятий с участием врача и районного эпидемиолога: устанавливают **карантин**. Он включает в себя организательные мероприятия: административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний.

Применительно к дошкольным учреждениям:

- это разобщение детей, имевших контакт с заболевшим ребенком, с остальными здоровыми детьми на срок, равный инкубационному периоду болезни;
- запрещение приема новых детей;
- перевод детей из одной группы в другую;
- если необходимо, делают профилактические прививки и проводят пассивную иммунизацию (введение иммуноглобулина, сыворотки).

Временное закрытие детского учреждения является крайней мерой и показано в исключительных случаях, при повторных заболеваниях. Если предполагают, что заражение происходит в детском учреждении, его закрывают по согласованию с районными и городскими органами здравоохранения и народного образования.

Одна из основных причин распространения инфекционных заболеваний в детских коллективах — несоблюдение требований гигиены. Играет роль и то, что в закрытых помещениях тесное и продолжительное общение детей между собой способствует передаче инфекции от одного ребенка к другому. Поэтому в детских учреждениях, особенно закрытого типа, необходимо регулярно проводить профилактические мероприятия. Профилактика инфекций должна осуществляться не эпизодически, а путем планомерного выполнения системы мероприятий, предупреждающих занесение инфекции в коллектив и распространение ее, а так же мер, повышающих общую и специфическую невосприимчивость детского организма.

Правильная планировка и эксплуатация помещений, строгое выполнение режима дня, рациональное питание детей с достаточным введением в меню витаминов, физическое воспитание и особенно закаливание, а так же хорошая постановка общего медицинского обслуживания и воспитательной работы повышают сопротивляемость детского организма к различным вредным воздействиям внешней среды, в том числе к болезнетворным микробам.

Важным мероприятием в системе борьбы с попаданием инфекции в детские учреждения является правильная организация приема детей.

Перед направлением в детское учреждение ребенок должен быть тщательно осмотрен врачом поликлиники, обследован на бактерионосительство амфибии и кишечных заболеваний. Врач должен выяснить, нет ли инфекционных заболеваний в доме и квартире, где живет ребенок, и уточнить, какими инфекционными болезнями он ранее переболел.

На основе данных проведенного обследования врач выдает соответствующую справку. В детское учреждение должна быть представлена справка из санитарно-эпидемиологической станции о том, что у ребенка и живущих по соседству с ним нет заразных заболеваний.

Согласно санитарным требованиям СанПин 2.4.1.3049-13 ежедневный утренний прием детей проводится воспитателями и (или) медицинскими работниками, которые опрашивают родителей

о состоянии здоровья детей. По показанию (при наличии катаральных явлений, явлений интоксикации) ребенка проводится термометрия. Выявленные при утреннем «фильтре» больные и дети с подозрением на заболевания в ДОО не принимаются, заболевшие в течение дня изолируются. При наличии признаков болезни ребенок в группу не допускается. После летнего отдыха в детских учреждениях проводят профилактический осмотр всех детей, в том числе и вновь поступающих.

Медицинская сестра осматривает вновь принятых детей, а так же ребенка, вернувшегося после болезни, проверяет наличие медицинской документации и дает разрешение принять его в группу.

Этого ребенка затем обязательно осматривает врач. В случае возникновения инфекционного заболевания (такого, как кокалюш, эпидемический паротит, скарлатина, краснуха) с разрешения эпидемической паротит, скарлатина, краснуха) с разрешения эпидемической паротит используется карантинная группа из детей, имевших контакт с больным ребенком.

Медицинские работники, а так же весь персонал обеспечивают строгую изоляцию этой группы и тщательное соблюдение противозидемического режима (посуду обрабатывают и кипятят отдельно, белье замывают отдельно в дезинфекционных растворах). Один раз в неделю медицинские работники проводят осмотр детей на паратуберкулез. Результаты осмотра заносят в специальный журнал. В случае обнаружения детей, пораженных паратуберкулезом, их отправляют домой (для санации).

После перенесенного заболевания, а так же отсутствия болезни 3 дней детей принимают в ДОО только при наличии справки участкового врача-педиатра с указанием диагноза. Актуальности заболевания, проведенного лечения, сведений об отсутствии контакта с инфекционными больными, а так же рекомендации по индивидуальному режиму ребенка-реконвалесцента на первые 10—14 дней.

Большое значение имеет санитарный контроль за приемом персонала на работу, особенно в детские учреждения закрытого типа. Все работники ДОО должны иметь личную медицинскую книжку. Она является официальным документом строгий отчетности, выдаваемый федеральными государственными учреждениями здравоохранения — центрами гигиены и эпидемиологии. В настоящее время действуют бланки личных медицинских книжек, утвержденные приказом Роспотребнадзора от 20.05.2005 № 402 «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте». Лица, поступающие на работу в пищевые блоки детских учреждений

и на должности, связанные с непосредственным обслуживанием детей (воспитатели), подлежат полному медицинскому осмотру, предварительному опросу о перенесенных заболеваниях, выясняют, нет ли инфекционных болезней по месту их жительства. Эти лица должны быть обследованы на бактерионосительство (книжные инфекции).

Если в семье работающего в дошкольном учреждении возникает инфекционное заболевание, передоцесся через третьих лиц, он может явиться на работу только после изоляции больного и полной химической дезинфекции всей квартиры.

Большое значение имеет санитарно-просветительная работа, которая ведется с обслуживающим персоналом детских учреждений, с детьми, а так же с их родителями.

С раннего возраста дети должны научиться всегда поддерживать свое тело и одежду в чистоте, при кашле и чиханье прикрывать рот и нос носовым платком или тыльной стороной ладони и т.д.

Взаимное оповещение детских и лечебных учреждений (пом-канника, больница, санитарно-эпидемиологической организации) о наличии заразных больных и бывших с ними в контакте детей является важнейшим средством, предупреждающим занесение инфекции в ясли и детские сады¹. Следует добиваться того, чтобы родители немедленно извещали работников детского сада о болезни ребенка, членов семьи и соседей по квартире. Важен тщательный учет заболеваемости инфекционными болезнями детей и персонала детских учреждений.

В период летней оздоровительной работы на даче необходимо выпонанть комплекс специальных профилактических мероприятий. Большое значение имеет санитарно-гигиеническое состояние места, куда выезжает детское учреждение. Вопрос о пригодности участка и помещений для летнего отдыха детей решает санитарно-эпидемиологическая организация. Без визит органов санитарного надзора выезда учреждения не разрешается.

Перед вывозом детей на дачу лучше всего обеспечить круглосуточное пребывание их в дошкольном учреждении в течение 2—3 недель.

При этом положении контакт с заразными больными будет в большей степени ограничен.

У детей, выезжающих на летний отдых, должны быть справки от санитарно-эпидемиологической станции об отсутствии заразных заболеваний по месту жительства.

¹ Экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф. 058/у).

6.7. ЗАБОЛЕВАНИЯ С ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ ПУТЕМ ПЕРЕДАЧИ

6.7.1. Скарлатина

Скарлатина — одна из форм стрептококковой инфекции. Для скарлатины характерны поражение зева ангиной, мелкоочечная сыпь на покрышенном теле и общие явления отравления скарлатинозным ядом. Скарлатинной болезнью в основном дети в возрасте от 1 года до 9 лет (приложение 7).

Источник инфекции — больные скарлатиной в период каннических проявлений болезни и в первые 5—6 дней после их исчезновения. Передача болезни от больного к здоровому ребенку происходит воздушно-капельным путем. Возможно так же заражение через третьих лиц, игрушки, предметы обихода, которыми пользовался больной ребенок.

Входными воротами инфекции служат зев, полость носоглотки, не исключается так же проникновение возбудителя через поврежденную кожу и слизистые оболочки.

Инкубационный период при скарлатине длится от нескольких часов до 12 дней (в среднем от 2 до 7 дней).

Начало болезни острое, внезапное. Резко повышается температура тела до 38—40°С, иногда с ознобом, общим ухудшением самочувствия, тошнотой, рвотой, головными болями и болью в горле. Через 18—24 ч после начала болезни на покрасневшей коже появляется мелкоочечная красная сыпь, иначе на щеке, плечах, груди (рис. 6.1).

В последние годы в связи с наличием эффекитивных средств лечения, а так же с изменением токсических свойств возбудителя болезнь у большинства детей протекает легко, сыпи на теле и особенно на лице может не быть. Вслед за окончанием острого периода, чаще на 8-й день, на коже появляется характерное для скарлатины шелушение (на теле — мелкоочечульчатое, на ладонях и подошвенных поверхностях конических — крупнопластинчатое, пачинающееся с кончиков пальцев). Если не развиваются ранние осложнения скарлатины (воспадение среднего уха — отит, лимфатических узлов, легких и др.), то к концу 1-й недели острый период болезни заканчивается.

Наблюдения последних лет показывают, что при правильном лечении к 10—12-му дню от начала заболевания большинство детей полностью выздоравливают. На 2—4-й неделе болезни могут воз-

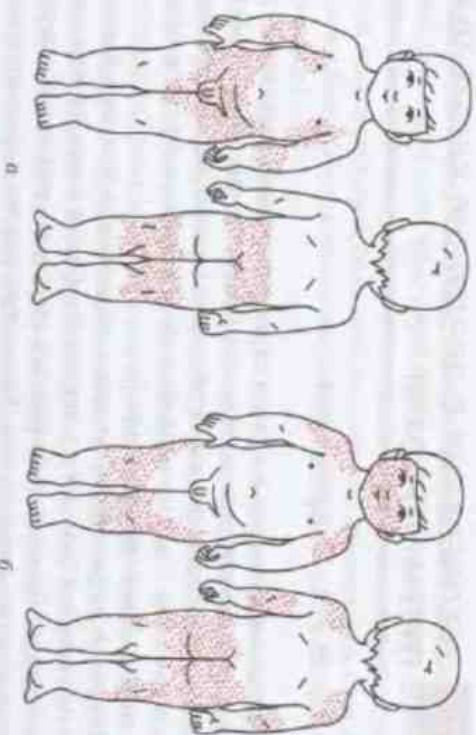


Рис. 6.1. Локализация сыпи при скарлатине [а] и при краснухе [б]

никнуть, позднее ослабление; наиболее частые из них повторная ангина, отит, пневмония¹. У некоторых детей временно нарушается сердечная деятельность («инфекционное сердце»).

Болезненное состояние, как правило, проходит через 2—3 недели, но иногда затягивается на несколько месяцев. Скарлатина может способствовать и возникновению или обострению ревматических заболеваний.

Все это необходимо учитывать при возвращении детей, переболевших скарлатиной, в дошкольное учреждение.

После изоляции больного скарлатиной все его вещи, постельные принадлежности, посуду, книги и игрушки, которыми он пользовался, подвергают дезинфекции.

Дети, посещающие дошкольные учреждения, но не болевшие скарлатиной, не допускаются в эти учреждения в течение 7 дней от момента изоляции больного.

Взрослые, общавшиеся с больными, работающие в дошкольном учреждении, допускаются к работе, но подвергаются медицинскому наблюдению в течение того же срока.

Переболевшие дети приходят в дошкольные учреждения через 12 дней после клинического выздоровления.

¹ *Пневмония* — инфекционное заболевание с поражением паренхимы легких и плевральной полости.

6.7.2. Корь

Корь — острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, сопровождается характерной лихорадкой, поражением слизистых оболочек дыхательных путей и своеобразной сыпью.

Возбудитель кори — фильтрующийся вирус, очень летучий и маложизнеспособный вне человеческого организма. Источником корового вируса является больной человек, распространяющий вирус воздушно-капельным путем: при кашле, чиханье, крике, разговоре, смехе. Вирус кори может так же разноситься на значительные расстояния, в соседние помещения и даже проникать через щели с потоком воздуха на другие этажи. Передача кори через третьих лиц и предметы обихода вследствие малой стойкости вируса, как правило, не наблюдается (приложение 8).

Необходимо отметить очень высокую восприимчивость к кори, которая достигает 100%.

Больные корью особенно заразы в последние дни инкубационного периода и в начале заболевания. На 2—3-й день после появления сыпи опасность передачи инфекции значительно снижается и исчезает к концу 1-й недели.

Инкубационный период — 9—11 дней (реже 14—17), у детей, которым введен гамма-глобулин — 21 день.

Продолжительный период (период предвестников) продолжается 3—5 дней и сопровождается повышением температуры тела (38—39 °С), ухудшением общего состояния (вялость, сонливость, головные боли, потеря аппетита), воспалением слизистых оболочек. У ребенка появляются насморк, конъюнктивит (воспаление слизистой оболочки век), навязчивый сухой кашель. Характерный для этого периода болезни симптом — появление на покрасневшей слизистой оболочке щек, чаще всего напротив нижних коренных зубов, мелких белесоватых пятен, названных по фамилии открывших их ученых *пятнами Бельского* — *Филатова* — *Коллика*. Период предвестников очень заразен, и, не имея видимых для окружающих характерных симптомов, корь в этот период опасна для детского коллектива.

На 4—6-й день болезни начинается период высыпания коревой сыпи (рис. 6.2).

На коже высыпает сыпь (обычно в течение 3 дней): сначала на лице, затем на туловище и, наконец, на руках и ногах. Выпаде сыпь имеет вид мелких, слегка возвышающихся над кожей бледно-розовых пятнышек, которые затем увеличиваются в размерах, уплотняются и превращаются в пятнистую темно-бурю пигментацию.

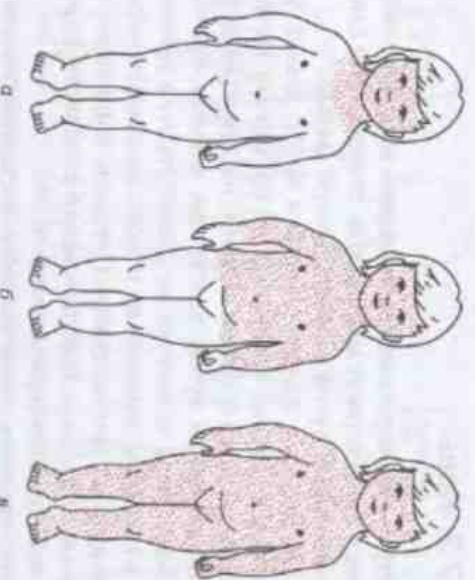


Рис. 5.2. Корь. Динамика высыпания сыпи:
 а — первый день высыпания; б — второй день высыпания; в — третий день высыпания

Через 3 дня сыпь начинает исчезать и на ее месте можно наблюдать шелушение, особенно заметное на лице.

После исчезновения сыпи и воспалительных явлений на слизистой оболочке глотки, при отсутствии осложнений идет на убыль и ребенок быстро поправляется. Однако, значительно снижая иммунологические свойства организма, корь довольно часто дает осложнения.

Наиболее тяжелой и распространенным является воспаление легких. Иногда корь сопровождается ларингитом или коревым крупом (воспалительный отек гортани), стоматитом, колитом, поражением глаз. Нередко дети перенесшие корь, заболевают туберкулезом.

Для предупреждения заболевания у детей, контактирующих с больными, большое значение имеет ранняя диагностика кори у заболевшего (в период предвестников). Больного изолируют, чаще дома, где создают условия максимального разобщения его с окружающими.

В соответствии с официальной инструкцией изоляция больного прекращается через 5 дней, а при наличии осложнений — через 10 дней с момента появления сыпи.

Химическая дезинфекция при кори в связи с малой устойчивостью возбудителя не проводится, но помещение, где находится больной, следует тщательно проветривать и убирать влажными способами.

В настоящее время всем здоровым детям, достигшим 12 месяцев, в обязательном порядке проводится однократная вакцинация против кори. Вторая вакцинация против кори осуществляется в 6 лет.

6.7.3. Краснуха

Краснуха — острое инфекционное заболевание, которое сопровождается сыпью и поражением лимфатической ткани. Возбудитель краснухи — фильтрующийся вирус. Восприимчивость к этой болезни у детей меньше, чем к кори (приложение 9).

Передача болезни происходит только от больного при непосредственном контакте, либо воздушно-капельным путем; существует внутриутробный путь передачи вируса от матери к плоду. По данным ВОЗ, если в течение первых 12 недель беременности у матери появляются симптомы краснухи, инфицирование плода наблюдается в 90 % случаев. Наиболее опасны для ребенка первые 3 мес. беременности, так как в эти сроки происходит развитие органов плода: для мозга — 3—4-й недели, для органов зрения и сердца — 4—7-й, для органов слуха 7—12-й недели. Частота выкидышей, связанных с краснухой, достигает 40 %. Заразный период начинается во время появления сыпи и продолжается до ее исчезновения, в среднем около 3 дней. Краснухой дети болеют в дошкольном и младшем школьном возрасте, до 10—12 лет. После перенесенной краснухи остается стойкий пожизненный иммунитет.

Инкубационный период длится 11—22 дня и в среднем составляет 17 дней. Период предвестников отсутствует. Начинается заболевание с повышения температуры тела до 37,4—38 °С и появления сыпи на лице, туловище, руках и ногах. Сыпь при краснухе более мелкая, имеет более правильную, чем при кори, округлую или овальную форму, почти не выступает над кожей, наиболее интенсивно сыпь при краснухе высыпает на спине, ягодицах и на разгибательных поверхностях конечностей. Катары слизистых оболочек выражены значительно слабее, чем при кори, пятни Бельского — Филатова — Коллика не бывает. К 3—4-му дню болезни сыпь исчезает, температура тела нормализуется. Лигментации и шелушения после окончания заболевания не остаются.

Течение краснухи обычно легкое, осложнений не бывает. Больному ребенку рекомендуется постельный режим до исчезновения

всех острых явлений; изоляция в Домашних условиях прекращается через 4 дня от начала появления слезы. За 4-5 дней в течение 17 дней от 1-го дня контакта проводится медицинское наблюдение.

В настоящее время в соответствии с календарем прививок первую вакцинацию делают детям в 12 месяцев и вторую — в 6 лет. Эффективность защиты от краснухи после прививки достигает 95%.

6.7.4. Дифтерия

Дифтерия — острое инфекционное заболевание, которое сопровождается явлениями общей интоксикации, фибринозным воспалением миндалин, зева, гортани, носа, а также гад, уха и половых органов. Течение болезни характеризуется местным воспалением преимущественно слизистых оболочек с вынужденным экссудатом, образованием фибриноген, явлениями общей интоксикации организма. Возбудитель дифтерии — коринебактерия дифтерии (*C. diphtheriae*), продуцирующая токсин, который оказывает повреждающее действие на органы и ткани организма (приложение 10).

Дифтерия чаще всего возникает в осенне-зимние месяцы, когда большую часть времени дети проводят в закрытом помещении. Без достаточного количества свежего воздуха и солнца. Болезнь дети в возрасте от 1 года до 5 лет, иногда подростки и даже взрослые.

Заражение дифтерией обычно происходит воздушно-капельным путем при прямом контакте с больным дифтерией, выделяющим или здоровым бактерионосителем, реже — через предметы, которыми пользовался больной или бактерионоситель, а так же через продукты питания (молоко).

Инкубационный период при дифтерии от 2 до 7 дней. Симптомы заболевания очень разнообразны и в значительной степени зависят от места образования воспалительного процесса.

Дифтерия зева начинается, как правило, остро с повышения температуры тела, головной боли, общего недомогания, значительной боли в гортани. Несмотря на незначительное повышение температуры тела, наблюдается выраженная обильная интоксикация (отравление) организма: ребенок очень бледен, вял, сонлив, плохо ест, появляются небольшие болезненность при глотании, умеренная гиперемия (покраснение) миндалин и налеты на них. В первые 1—2 дня налеты принимают вид пленки с гладкой поверхностью, плохо снимаются. При токсических формах заболевания налеты быстро распространяются по слизистой оболочке на твердое небо, заднюю стенку глотки и носоглотки.

Дифтерия гортани, как правило, начинается с зевы и постепенно переходит на гортань. Дифтерийное поражение гортани и дыхательных путей больше известно под названием «истинного крупа», возникает чаще всего у детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Для этой формы болезни характерно постепенное нарастание основных признаков: появление грубого лающего кашля, осиплость голоса. Дыхательные пути могут поражаться как изолированно, так и в сочетании с дифтерией зева или носа. Стенки гортани развиваются в результате появления плотной фибринозной пленки, вызывающей спазм мускулатуры гортани, и сопровождается отеком слизистой оболочки. Состояние при повышении крупа характеризуется болезнью кожных покровов вследствие кислородной недостаточности, учащением пульса, развитием типичной головной мозги. Если своевременно такому ребенку не оказать врачебную помощь, это может привести к летальному исходу.

Дифтерия носа сопровождается упорным насморком, преимущественно из одной ноздри. Выделение из носа часто кровянистое, разжижающего характера, в связи с чем кожа крыльев носа и верхней губы отекает, краснеет, иногда покрывается язвками и корочками. Обильная интоксикация при этом обычно отсутствует, температура тела чаще нормальная. В таком состоянии ребенок нередко посещает детский сад и представляет большую опасность для других детей.

При **дифтерии глаз** вначале наблюдается одностороннее поражение. Веки краснеют, отекают, покрываются серозной пленкой ивенокой, гнойные выделения скудные. При переходе воспалительного процесса со слизистых оболочек век на роговицу могут произойти кровоизлияния радужки и потеря зрения.

Дифтерия уха никогда протекает под видом обычного отита, отделяется затвердевший гной и налитием скудного кровянистого гнояного отделяемого.

Дифтерия половых органов наблюдается у девочек. Иногда бывает самостоятельным заболеванием, но чаще сопровождается другими формами болезни. Половые органы краснеют, отекают, покрываются пленками серозно-гнойного цвета, отмечается болезненность при мочеиспускании.

Самым опасным осложнением при дифтерии является **микардит** (поражение мышечной оболочки сердца), которое нередко служит причиной смерти больных тяжелой формой дифтерии. Миокардит чаще всего возникает на 1-й или на 2-й неделе болезни.

Поражение нервной системы проявляется в центральных и окобенно периферических параличах и полупараличах — парезах. Наблюдаются чаще параличи и парезы мягкого неба. Симптомами

заболевания: гнусавость, понижение жидкой пищи в нос, полерхивание при еде. Нередки поражения надпочечников, послепадение почек. Раннее лечение (с 1—2-го дня заболевания) полностью предупреждает тяжелые формы дифтерии и ее осложнения.

При выявлении больного или подозрения на дифтерию ребенка или взрослого немедленно изолируют и показывают врачу. Больных после введения им противодифтерийной сыворотки отправляют в больницу. В детском учреждении проводятся химическая дезинфекция. При невозможности проведения бактериологического анализа всех детей и взрослых, имевших контакт с больным, допускают от заборов на 7 дней. Ребенка, перенесшего дифтерию, допускают вновь в детское учреждение лишь после исчезновения клинических проявлений болезни и отрицательного анализа на бактерионосительство. Если у ребенка наблюдаются изменения голоса, походки, посетителям обязаны показать его врачу.

Всем здоровым детям на 3-м месяце жизни проводят активную иммунизацию против дифтерии. Для иммунизации используют следующие препараты: адсорбированную коклюшно-дифтерийно-столбнячную (АКДС) вакцину, адсорбированный дифтерийно-столбнячный (АДС) анатоксин, адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов (АДС-М), адсорбированный дифтерийный анатоксин с уменьшенным содержанием дифтерийного антигена (АД-М).

Вакцинацию осуществляют трехкратно с интервалом в 1,5 месяца. Первая ревакцинация от всех перечисленных болезней проводится в 18 месяцев после законченной вакцинации и в 7 лет совместно с ревакцинацией от туберкулеза и столбняка. Анатоксином АДС прививают детей, имеющих противопоказания к введению вакцины АКДС, а так же переболевших коклюшем.

6.7.5. Коклюш

Коклюш — острое инфекционное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением нервной системы. Анатомических путей и своеобразными приступами кашля. Заболевание встречается главным образом у детей от 1 года до 5 лет (приложение 11).

Возбудитель коклюша — короткая палочка, устойчивая во внешней среде; быстро погибает при высушивании, ультрафиолетовом облучении, под влиянием дезинфекционных средств.

Болезнь коклюшем заразен в продолжение всей болезни (в среднем 30 дней).

Инкубационный период колеблется от 3 до 14 дней. Коклюш имеет три периода: начальный — катаральный, период судорожного кашля (спазматический) и период разрешения.

В начальном периоде болезни отмечаются незначительный кашель, нередко насморк и невысокая температура. В течение 7—10 дней кашель усиливается, становится более упорным, раздражительным, приступообразным, особенно по ночам.

Спазматический период наблюдается в конце 2-й недели от начала заболевания и сопровождается приступами кашля, которые начинаются внезапно, часто без определенных причин. Во время приступа лицо ребенка испуганное, дыхание поверхностное, вены головы и шеи набухают, иногда от напряжения разрываются мелкие кровеносные сосуды (кровоизлияния в конъюнктиве глаз или из носа). Лицо больного вследствие венозного застоя постепенно становится одутловатым, веки отекают, на уздечке языка, который во время кашля третью о нижние зубы, нередко образуются небольшие язвочки, покрытые белым налетом. Приступ кашля заканчивается выделением вязкой стекловидной мокроты или рвотой. Между приступами ребенок может чувствовать себя хорошо, он бодр и весел, аппетит и масса тела не снижаются, однако частые и продолжительные приступы значительно ослабляют организм.

Продолжительность спазматического периода 3—4 недели (при неблагоприятных условиях он может значительно увеличиться). Затем приступы становятся реже, общее состояние ребенка улучшается, кашель в это время обильный, без приступов.

В период разрешения или после полного исчезновения кашля иногда возникают «возвраты приступов» вследствие наличия очага возбуждения в продолговатом мозге. Они представляют ответную реакцию на какой-либо неспецифический раздражитель, чаще в виде острых вирусных респираторных заболеваний; больной при этом незаразен.

Больных и подозрительных на заболевание коклюшем детей изолируют в домашних условиях, изоляторах или особых группах детского учреждения, обеспечивая врачебное наблюдение за ними и по возможности бактериологическое исследование мокроты. Больных детей изолируют на 30 дней от начала заболевания.

Дети до 10 лет, бывшие в контакте с больным и ранее не болевшие коклюшем, находятся на карантине 14 дней (с момента их изоляции). Всем детям до 1 года, особенно тем, которые по какой-либо причине не иммунизированы против коклюша, в случае контакта с больным вводят гамма-глобулин.

Кашляющих детей из карантинной группы переводят в изолированную круглосуточную группу для дальнейшего наблюдения.

Детям, больным кокашом, необходимо как можно больше находиться на свежем воздухе, поэтому для прогулок и сна больных, оставленных в детском учреждении, на его участке или в ближайших садах и парках выделяется изолированное место. Очень важно создать для ребенка спокойную, кислородоступную обстановку, отвлечь, заставить забыть о болезни. Шумные игры, связанные с возбуждением, резкими движениями и криком, лучше запретить, так как всякое волнение, крик, плач, усиленные движения при кокаше нередко вызывают приступы кашля. При частой рвоте детей смекает кормить чаще, понемногу и вскоре после рвоты, когда рвотный рефлекс снижен. Помещение, в котором находится больной кокашом, необходимо регулярно проветривать, уборку производят влажным способом. Носовые платки, полотенце и посуду больного подвергают дезинфекции.

В нашей стране проводятся активная иммунизация от кокаша вакциной АКДС. Иммунизацию начинают с 3-месячного возраста, проводят трехкратно с интервалом в 45 дней, ревакцинация проводится в 18 месяцев после законченной вакцинации.

6.7.6. Эпидемический паротит

Эпидемический паротит (завишка, свинка) — острое вирусное заболевание, характеризующееся общей интоксикацией, поражением слюнных желез, а также нервной системы. Свинкой чаще болеют дети от 5 до 15 лет, прием малышки в 1,5 раза чаще, чем девочки (приложение 12).

Возбудитель свинки — фильтрующийся вирус, который, находясь в слюне больного, передается воздушно-капельным путем. Обладая незначительной стойкостью вне организма, возбудитель свинки не переносится третьими лицами и очень редко передается через посуду, игрушки, книги, носовые платки больному.

Инкубационный период — от 11 до 23 дней. Больной заразен в последние дни инкубационного периода и в течение всей болезни.

Заболевание нередко сопровождается выделением слюны, увеличением, головной болью, потерей аппетита и незначительным повышением температуры тела, в тяжелых случаях могут быть рвота, носовое кровотечение.

Больной ребенок с первых часов болезни ощущает нежность и боль при жевании. Через 1—1,5 сут. появляется болезненная

Рис. 6.3. Внешний вид больного с эпидемическим паротитом

припухлость околоушных слюнных желез сначала с одной, потом с другой, реже сразу с обеих сторон, которая достигает наибольшего развития на 3—4-й день болезни (рис. 6.3).

Кожа над припухлостью не видоизменяется. Особенно сильная боль ощущается при жевании, прием в связи с тем, что железы почти перестают работать, вызывает сыкуну, принимаемая пища кажется сухой и невкусной. Обычно через 4—5 дней болезненные явления уменьшаются, и на 8—10-й день ребенок выздоравливает. Если болезненный процесс в другой околоушной железе начинается позднее или возникает в поднижнечелюстных и подчелюстных слюнных железах, температура тела у больного снова повышается и болезнь затягивается на 2—3 недели.

Помимо слюнных желез могут поражаться и другие, например поджелудочная; у мальчиков — воспаленные яички, у девочек — яичников; реже наблюдается воспаление грудинных, цитовидной, зобной желез, а так же мозговой оболочки (менингит), тканей мозга (энцефалит).

Осложнения могут появиться во время болезни и по ее окончании. Во время болезни осложнения бывают в виде пневмонии и отитов, но встречаются достаточно редко.

Больных эпидемическим паротитом изолируют в домашних условиях до исчезновения клинических явлений, в среднем на 9 дней. После изоляции больного проводят уборку и проветривание помещения.

Для детей до 10 лет, не болевших эпидемическим паротитом и имевших контакт с больным, назначают карантин на 21 день. При точно установленном сроке контакта первые 10 дней контактировавшие дети могут посещать детские учреждения, так как в этот срок они не заболевают.

Карантину подлежат не болевшие ранее паротитом и неммунизированные дети. После 10-го дня с момента контакта проводят систематическое медицинское наблюдение для раннего выявления больных.

Вакцинация поддается дети 12 месяцев и 6 лет.



6.7.7. Ветряная оспа

Ветряная оспа — острое инфекционное заболевание, вызываемое фильтрующимся вирусом, с появлением в первый же день пятнисто-пузырьковой сыпи на коже и слизистых оболочках. Особо болезно воспринимчивы к заболеванию дети в возрасте от 5 до 10 лет (приложение 13).

Возбудитель болезни — фильтрующийся вирус — очень летуч и подвижен, может проникать через окна, двери, щели в стенах, с этажа на этаж, из помещения в помещение. Будучи устойчивым вне организма человека, возбудитель ветряной оспы быстро погибает и через трещины лиц и вещи не передается.

Источником заражения является больной, который опасен с начала высыпания сыпи и до 5 дней после появления последних ее элементов. При наличии подсыхающих корочек больной не заразен. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Иммунитет после заболевания ветряной оспой остается на всю жизнь.

Инкубационный период продолжается от 11 до 21 дней. Заболевание начинается с ухудшения общего состояния, снижения аппетита, вялости, сонлива. Высыпание сыпи обычно наблюдается к концу 1-го дня болезни и сопровождается повышением температуры тела до 38—39 °С, зудом кожи. Сыпь начинается появляться одновременно на разных местах тела, лица, волосистой части головы, затем переходит на конечности и нередко поражает слизистые оболочки.

Везикулы сыпи очень разнообразны — от булавочной головки до чечевичного зерна. В тяжелых случаях заболевания сыпь очень обильная, отдельные ее элементы могут сливаться (рис. 6.4).

Окончательное исчезновение сыпи при ветряной оспе происходит на 15—20-й день болезни. Вирусы большей восприимчивости детей к этой болезни заболевших детей изолируют в домашних условиях до отпадения с их кожи корочек. После изоляции больного помещение дошкольного учреждения тщательно проветривают. Химическую дезинфекцию проводить не надо.

Дети в возрасте до 7 лет, контактировавшие с больным и не болевшие ветряной оспой, подлежат карантину с 11-го дня контакта (при точно установленном сроке) до 21-го дня.

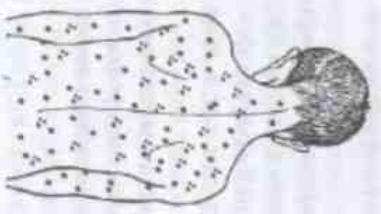


Рис. 6.4. Спина больного ветряной оспой

Больным детям, помещенным в изолятор детского учреждения, в период высыпания сыпи и при повышении температуры тела назначают постельный режим. Для предупреждения гнойных осложнений необходимо соблюдать полную чистоту кожи ребенка, его белья и помещения, в котором он находится.

Ветряная оспа, не будучи тяжелым заболеванием, ослабляет организм ребенка и может активизировать дремлющие инфекции, например туберкулез, кожные заболевания, поэтому в домашних условиях и тем более в детских учреждениях необходимо принимать все меры для ее предотвращения.

6.7.8. Острые респираторные заболевания

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) — это разнообразное происхождению заболевание, имеющие сходные эпидемиологические и клинические характеристики. Типичная клиническая картина этой группы заболеваний характеризуется воспалительными изменениями слизистых оболочек дыхательных путей. В настоящее время выделяют две группы ОРЗ:

- 1) заболевания верхних дыхательных путей: ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, отит (ОРЗ/ВАП);
- 2) заболевания нижних дыхательных путей: ларингит, трахеит, бронхит, пневмония (ОРЗ/НАП)

Кроме того, существует диагноз: острое респираторное вирусное инфекции (ОРВИ), когда отсутствует четкое представление о конкретном вирусном заболевании, которое вызвало поражение дыхательных путей ребенка.

ОРЗ провоцируют формирование у детей очагов хронического воспаления, развитие аллергических заболеваний, обострение латентных очагов инфекции. Поэтому профилактика заболеваний детей ОРЗ в дошкольных учреждениях является важной задачей. Наиболее распространенные возбудители острых респираторных заболеваний в детских организациях коллективах — вирусы гриппа, парагриппа, аденовируса. Немаловажную роль в этиологии играют коронавирусы, микоплазменная инфекция и др.

Тесный контакт детей в коллективах, где широко циркулируют возбудители, вызывающие различные респираторные заболевания, нередко приводит к возникновению заболеваний смешанной этиологии.

Возбудители ОРЗ — малостойкие во внешней среде — при воздействии дезинфицирующих веществ, нагревания, ультрафио-

летового обучения и высушивания быстро погибают. Некоторое время они могут существовать в слюне, слюне, мокроте, выделениях больных и попадающих на носовые платки, полотенца, посуду, которыми пользуется заболевший ребенок.

Источником инфекции для всех ОРЗ является больной, реже — вирусноносителем. Максимальная заразительность больного отмечается в первые 3 дня болезни и особенно велика в период катаральных изменений. Продолжительность заразного периода — около недели, при аденовирусной инфекции — до 25 дней. Заражение происходит воздушно-капельным путем, когда отделяемое верхних дыхательных путей попадает в окружающий воздух при разговоре, кашле, чихании.

Восприимчивость детей к ОРЗ очень велика. Особенно повышается восприимчивость в период от 6 месяцев до 3 лет. Дети старше 3 лет восприимчивы главным образом к гриппу, ко всем остальным ОРЗ приобретает относительный иммунитет, особенно у детей, длительно посещающих дошкольные учреждения.

Относительные педиатры относят детей в группу часто болеющих на основании критериев, предложенных В. Ю. Альбицким и А. Барановым. Так, часто болеющими детьми 1 года считают детей, переболевших ОРЗ 4 раза и более в году, от 1 года до 3 лет — 6 раз и более, от 4 до 5 лет — 5 раз и более, старше 5 лет — 4 раза и более.

У детей старше 3 лет в качестве критерия для включения в группу часто болеющих детей (ЧБД) используется инфекционный индекс (ИИ): отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка. У редко болеющих детей этот индекс составляет от 0,2 до 0,3, у часто болеющих — от 1,1 до 3,5.

Очисти парагриппа, риновирусной, аденовирусной и других инфекций обычно имеют ограниченный, локальный характер, хотя в отношении аденовирусной инфекции описаны эпидемические вспышки.

Заболелости ОРЗ способствуют скученность, неудовлетворительное гигиеническое состояние жилищ помещений, обществ. мест, простудный фактор, обуславливающий сезонность заболеваемости. Эпидемии гриппа могут возникнуть в любое время года.

Инкубационный период нередко исчисляется часами, обычно не превышает 7 дней; он может несколько уменьшаться при аденовирусной инфекции. Начало болезни острое, преимущественно с явлениями интоксикации, которая особенно характерна для гриппа, с обычными симптомами поражения ЦНС (повышение температуры тела, ухудшение самочувствия, сна, аппетита и др.).

ОРЗ могут вызывать поражение зева, дыхательного тракта, начав с верхних дыхательных путей и заканчивая легкими, иногда разлитые катаральные формы: риниты, фарингиты, тонзиллиты, ларингиты, трахеиты, бронхиты, пневмония. Любая из этих форм может возникнуть с момента заболевания в виде как бы локальных процессов. Их отграниченный характер способствует преимущественно катаральный характер воспалительных изменений.

У детей раннего возраста нередко возникает астматический бронхит с одышкой, спазмами нарушения газообмена. Возможно нарушение функции кишечника, связанное с вирусным поражением его слизистой оболочки.

Течение ОРЗ преимущественно непродолжительное, без осложнений, интоксикация, высокая вирусную температуру тела, держится 1—2 дня, катаральные и другие явления исчезают медленно.

ОРЗ могут спровоцировать обострение хронических болезней (тонзиллит, пневмония, туберкулез, ревматизм и др.).

6.7.9. Грипп

Известны три самостоятельных типа вируса гриппа: А, В и С. Кроме того, есть разновидности: А1, А2, В1.

Вирусу гриппа свойственна изменчивость, в результате чего формируются новые варианты вируса. При гриппе более выражены, чем при других ОРВИ, токсикоз и местные изменения. Вирус поражает, в первую очередь, центральную и вегетативную нервную систему, сосуды, эпителий дыхательных путей, легочную ткань. Вследствие токсикоза при гриппе возможны нарушения функций печени, поджелудочной железы, тонкой кишки (приложение 14).

Обычно болезнь начинается внезапно, с высокого подъема температуры тела (39—40 °С), озноба, обычно недомогания, головной боли, боли в спине, пояснице, конечностях. У одних больных наблюдаются апатия, сонливость. У других, наоборот, — возбуждение, бессонница, бред. Иногда температура тела не повышается, но течение гриппа при этом может быть не легче, чем в случаях с выраженной лихорадкой. Катаральные явления: насморк, ангина, конъюнктивит — развиваются на 2—3-й день болезни и обычно бывают выражены не так резко, как при кори или других заболеваниях верхних дыхательных путей.

Если грипп протекает без осложнений, то болезнь заканчивается через 5—7 дней, но у детей так бывает редко. Грипп вызывает у них изменения реактивности, снижение иммунитета, что часто приво-

лит к обострению хронических заболеваний, а так же наслоению новых болезней и осложнений.

Осложнения в одних случаях начинаются в первые дни заболевания, в других — на 5—7-й день болезни. Самое частое и тяжелое осложнение при гриппе — воспаление легких. Могут так же возникнуть отиты, бронхиты, фарингиты или гриппозный крул.

6.7.10. Парагрипп

Парагриппозные вирусы близки к вирусу гриппа. Известны четыре их типа. Заболевание отмечается в виде спорадических случаев и периодических (чаще в весенне-летние месяцы) групповых вспышек. Клинические проявления парагриппа сходны с таковыми при гриппе.

Болезнь начинается постепенно, протекает с менее выраженной интоксикацией. Без осложнения. Период инкубации обычно длительнее, чем при гриппе, — около недели; имеются катаральные изменения верхних дыхательных путей и зева. Парагрипп часто сопровождается ларингитом с упорным кашлем, крупом, фарингитом, ринитом, астматическим бронхитом.

Наблюдаются и очень легкие формы парагриппа со слабовыраженными симптомами катара верхних дыхательных путей и нормальной температурой тела. Осложнения те же, что и при других ОРЗ.

6.7.11. Аденовирусная инфекция

Аденовирусы впервые были обнаружены в аденоидах и миндалинах. В настоящее время известно свыше 30 типов вирусов. Аденовирусная инфекция входит в группу острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) и в общей этиологической структуре последних составляет около 20%. В отличие от других вирусов они более устойчивы к внешним температурным воздействиям; могут обитать в слизи в мажках из зева и носа на протяжении 14—15, даже 25 дней течения болезни. При комнатной температуре остаются жизнеспособными около 2 недель, хорошо выдерживают повторное замораживание, нечувствительны к антибиотикам, однако быстро гибнут при УФ-облучении и кипячении. Кроме того, они могут размножаться в кишечнике и так же длительно выделяться с фекалиями, что не исключает возможности заражения алиментарным путем (через продукты питания).

Заболевание регистрируется во все сезоны года с отдаленными внутригрупповыми вспышками в весенне-осенние периоды.

Источником инфекции является больной человек или вирусосигител. Вирусы передаются воздушно-капельным путем, так же возможны случаи заражения через пищу и воду. Инкубационный период составляет от 3 до 12 дней. Наиболее восприимчивы к заболеванию дети от 6 месяцев до 3 лет. После перенесенного заболевания возникает иммунитет, который может сохраняться до 8 лет.

Аденовирусная инфекция протекает в виде острого воспаления верхних дыхательных путей, реже присоединяется бронхит и возможно воспаление легких. Наряду с острыми формами наблюдаются подострые, затяжные формы в виде назофарингитов, конъюнктивитов и тонзиллитов, сопровождающихся постоянным выделением вируса, что опасно с эпидемиологической точки зрения. Для заболевания характерно острое начало, которое характеризуется повышением температуры до 39°C, головной болью, анорексией.

Для детей раннего возраста характерно постепенное начало, появляется вялость, ребенок отказывается от еды на фоне температуры, которая длится более недели. У детей наблюдается затруднение дыхания вследствие поражения слизистой оболочки носа, в дальнейшем могут наблюдаться гнойно-слизистые выделения из носа. В некоторых случаях имеет место нарушение работы кишечника, сопровождающееся болями в животе и частым стулом. В случае появления первых симптомов заболевания ребенок поддается изоляции от коллектива. Дети, общавшиеся с больным, подлежат наблюдению в течение 12—14 дней с момента контакта. Меры специфической профилактики на данный момент не разработаны. Больного изолируют, помещение проветривают и обучают ультрафиолетом. Рекомендована влажная уборка помещения, в котором находится больной ребенок, слабыми растворами хлора, кипячение посуды, белья и одежды.

Коронавирусная инфекция выделяется во все сезоны года. Наряду со спорадическими заболеваниями эти вирусы могут обуславливать локальные вспышки, особенно в зимне-весенний период.

Коронавирусная инфекция обычно протекает при умеренном повышении температуры тела, сопровождающемся недомоганием, общими серозными выделениями из носа, охриплостью голоса, болью в горле, покашливанием, с явлениями воспаления шейных лимфатических узлов (лимфаденитов).

Для профилактики ОРВИ вирусной этиологии необходимы систематическое проветривание, обучение помещений, где находятся дети, ртутно-кварцевой лампой, влажная уборка. Большое значение имеют прадинальное физическое воспитание детей, их закаливание. При обслуживании детей желательного возраста пользуются

марлевыми масками. Необходимо санитарно-просветительная работа среди населения.

При появлении первых симптомов острого респираторного заболевания ребенка нужно немедленно изолировать независимо от тяжести болезни. Больной должен до исчезновения ангинами и выраженного токсикоза соблюдать постельный режим. Это необходимо для его скорейшего выздоровления, а так же для предупреждения осложнений и рассеивания инфекции.

Как правило, больного изолируют дома. Ребенка помещают в отдельной комнате или отгораживают его кровать от остального помещения ширмой, занавеской, простыней. В некоторых случаях заболевших гриппом размещают в изоляторе детского учреждения. Госпитализируют лишь тяжелобольных, с наличием серьезных осложнений.

Наибольшее количество заболеваний ОРВИ наблюдается в первые месяцы поступления детей в дошкольные учреждения, поэтому следует обращать серьезное внимание на подготовку вновь поступающих детей к пребыванию в детских коллективах. Детям, часто болеющим, имеющим аномалии конституции, аденовирусные реакции, хронические очаги воспаления, необходимо провести энергичную санацию носоглотки, придаточных пазух носа, миндалин, органов полости рта. Следует наиболее тоно диквидировать клинические проявления адергии со стороны кожи и слизистых оболочек, получить от адерголога рекомендации по режиму, питанию и лечению таких детей.

Принимать в дошкольное учреждение ребенка, перенесшего острое заболевание, можно не раньше чем через 2 недели после выздоровления.

Большим детям надо обеспечить намерзаний уход. Их следует чаще поить, так как жидкость устраняет сухость слизистых оболочек верхних дыхательных путей, усиливает выделение мочи и пота и таким образом способствует удалению через почки и кожу вредных продуктов. Выработываемых микроорганализма: одновременно менте, влажную от пота одежду; правильно кормить, ограничивая продукты, которые могут раздражать слизистые оболочки рта (орехи, сухари и др.). Больные с ОРВИ больше, чем здоровые, нуждаются в постоянном притоке свежего воздуха, который способствует лучшему газообмену, предупреждает возникновение воспалений легких. При малейшей возможности в теплую погоду больного ребенка надо выносить на весь день на свежий воздух. Если условия этого не позволяют или если погода холодная, помещение, где находится больной, необходимо тщательно (до 6 раз в сутки) проветривать. Лица, обслуживающие больного, особенно гриппозного,

при уходе за ним должны прикрывать рот и нос масками из марли, сложенной в 4 раза. Маски после употребления или хлещут, или тщательно проглаживают горячим утюгом.

ОРВИ передаются не только при непосредственном общении, но и через посуду и вещи больного, особенно носовые платки, поэтому все предметы надо обязательно дезинфицировать: носовые платки кипятить, ван и мебель в помещении, где находится больной, ежедневно протирать раствором хлорной извести или хлорамина.

В период эпидемии гриппа контакт детей с посторонними взрослыми и детьми ограничивают до минимума. Временно прекращают посещения детей кино, театров, музеев, утренинок, по возможности сокращают поездки их в городском и железнодорожном транспорте.

При возникновении инфекции в детских коллективах в группах раннего возраста всем детям вводят гамма-глобулин с высоким содержанием гриппозных антител.

Большое значение в профилактике гриппа имеет борьба с запяденностью воздуха. Разрушая слизистые оболочки верхних дыхательных путей, пыль снижает их устойчивость к инфекции. Кроме того, наличие пылевых частиц способствует длительному сохранению в воздухе вируса гриппа. Поэтому помещение следует убирать влажным способом.

6.7.12. Туберкулез и меры его профилактики

Туберкулез у детей следует рассматривать как инфекционное заболевание, течение и исход которого в большой степени зависят от сопротивляемости детского организма. Особенностью болезни, если не принять своевременных мер, является длительность, течение, распыляющиеся не только на месяцы, но и на годы.

Вообудитель туберкулеза — микобактерия туберкулеза, открытая Р. Кохом в 1882 г. Позднее Н. Ф. Лавалев выделит несколько типов туберкулезной бактерии: человеческий, бычий и мышиный. Для человека опасны первые два типа бактерий. Заражение туберкулезом бычьего типа встречается редко.

Микобактерия очень устойчива к внешним воздействиям: нагретая до охладения, действительно химических веществ. Ее гибель вызывает кипячение (в течение 30—40 мин) или дезинфекционные растворы (хлорная известь, хлорамин, карболовая кислота и др.) в высоких концентрациях.

Основной источник заболевания — человек, больной открытой формой туберкулеза, т. е. выделяющий в окружающую среду возбудителя, который может сохранить жизнеспособность в течение длительного времени. Основным механизмом передачи возбудителя — капельный. Ведущими путями передачи являются воздушно-капельный и воздушно-пылевой. Микобактерия чаще всего проникает в легкие через дыхательные пути с каплями слюны и мокротой туберкулезного больного и с пылью. Заражение может произойти и через желудочно-кишечный тракт при употреблении посуды бактерионосителя или через молоко от больной туберкулезом коровы. Попадая в организм человека, туберкулезные микобактерии не всегда вызывают заболевание. Если организм ребенка крепкий, здоровый, то они могут погибнуть или вызвать настолько слабый процесс, что с ним организм легко справляется без лечения.

В связи с широким применением противотуберкулезных прививок начиная с первых дней жизни начало туберкулеза у современных детей чаще бывает постепенным, без выраженной клинической картины. В настоящее время, нет ни одного видимого признака, который бы характеризовал только для туберкулеза. Поэтому, чтобы вовремя и правильно поставить диагноз, нужно обследовать ребенка комплексно. Для своевременного выявления заболевания необходимо комплексное обследование ребенка с использованием современных методов исследования в медицине.

Наличие в организме микобактерии туберкулеза можно выявить с помощью туберкулиновой пробы (реакция Манту). Чем моложе ребенок, тем ниже у него сопротивляемость к туберкулезу. Острые болезни, такие, как корь, грипп, коклюш, ослабляют детский организм и тем самым еще более снижают его сопротивляемость к заболеванию. Попадая в ослабленный организм ребенка, возбудитель туберкулеза может вызвать процесс в любом органе: легких, костях, суставах, на коже, почках и т. д.

Ядовитые вещества (токсины), вырабатываемые туберкулезной палочкой, а так же продукты ее роста всасываются в кровь и отравляют организм ребенка, вызывая у него первичную туберкулезную интоксикацию. У ребенка обычно появляются плаксивость, повышенная утомляемость, он теряет аппетит, худеет. Температура тела нередко повышается до субфебрильной ($37 - 37,5^{\circ}\text{C}$), ребенок покашливает, усиленно потеет, лимфатические железы на шее и в подмышечной области припухают. У большинства детей через 3—4 мес. состояние приходит к норме; у других, более ослабленных, функциональные расстройства принимают затяжной характер

и переходят в хроническую туберкулезную интоксикацию; могут появиться локальные специфические изменения в различных органах: легких, костях, суставах, почках и т. д.

Современные выявление туберкулезной интоксикации и локальных форм туберкулеза у детей и подростков обеспечивается периодическими врачевальными осмотрами, туберкулиновыми пробами, рентгенологическими исследованиями.

При проведении реакции Манту в кожу предплечья, предварительно очищенную спиртом, вводят дозу туберкулина. Туберкулин — это препарат, получаемый из микобактерий туберкулеза, который, не представляя никакой опасности, применяется для постановки аллергических диагностических проб. Препараты туберкулина проходят самый тщательный контроль, включающий в себя определение стерильности, безвредности, отсутствия микобактерий туберкулеза.

В настоящее время туберкулиновые пробы применяют в целях раннего обнаружения инфицированности туберкулезом, выявления группы риска, для проведения дифференциальной диагностики. Через 72 ч отмечают реакцию. Реакция считается отрицательной при отсутствии припухлости или при наличии только уколочной реакции (0—1 мм), сомнительной при папуле диаметром 2—4 мм и положительной, если на месте введения туберкулина образуется припухлость и краснота диаметром более 5 мм. При отрицательной реакции Манту ее повторяют через 5—7 дней. Если реакция окажется отрицательной, то можно считать, что в организме ребенка туберкулезная микобактерия отсутствует.

Чтобы уберечь детей от заражения туберкулезом, всех сотрудников детских учреждений в обязательном порядке обследуют на туберкулез не реже одного раза в год. Лицам, страдающим туберкулезом, работать в детских учреждениях не разрешается.

В 1926 г. французские ученые А. Кальметт и К. Герен разработали метод противотуберкулезной вакцинации. Они выделили чистую культуру микобактерии бычьего типа, ослабили ее токсичность и приготовили вакцину. Будучи введенной в организм, эта вакцина способствует выработке иммунитета.

Прививки делают новорожденным в период с 3-го по 7-й день вакцинации ВЦХ с последующей ревакцинацией (повторные прививки) в 7 лет при наличии отрицательной реакции Манту и после полного клинического обследования.

Иммунитет после прививки вырабатывается в течение 4—6 недель. В этот период ребенка особенно тщательно надо оберегать от общения с больными туберкулезом.

6.8. ЗАБОЛЕВАНИЯ С ФЕКАЛЬНО-ОРАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ

К заболеваниям этой группы относятся кишечные инфекции (пищевые отравления), а так же вирусные гепатиты, полиомиелит.

6.8.1. Вирусные гепатиты

Вирусные гепатиты — широко распространенные острые инфекционные заболевания, характеризуются преимущественным поражением гепатоцитов печени и многообразным клиническим проявлением и исходов (выздоровление, возможное развитие хронических постгепатитных заболеваний печени, цирроза и онкологических поражений). Заболевание известно еще с античных времен, однако гипотеза об инфекционном природо болезни была сформулирована выдающимся русским терапевтом С. П. Воткиным в 1888 г., а в 1940-х годах установлена вирусная этиология гепатитов.

Существуют по меньшей мере пять видов самостоятельных вирусов гепатита А, В, С, D, E и G (прямое же не 15). Общим для всех вирусов является их высокая устойчивость к факторам внешней среды: низкой температуре, высушиванию, воздействию химических веществ. Они могут длительно время сохраняться в крови и сыворотке (гепатиты В, С и E).

Вирусный гепатит А занимает второе место среди заболеваний с фекально-оральным механизмом передачи (100—200 случаев на 100 тыс. населения). Наиболее часто болеют дети в возрасте до 7 лет. Заражение вирусом происходит главным образом, от больных или вирусоносителей через инфицированные предметы, игрушки, грязные руки, воду или пищу, загрязненные калом и мочой больных. Болезнь чаще возникает в осенне-зимний период. Различают пять периодов в течении болезни:

- 1) инкубационный;
- 2) прежелтушный;
- 3) желтушный;
- 4) постжелтушный;
- 5) выздоровления.

Инкубационный период длится от 2 до 5 недель, составляя в среднем 28 дней. Наиболее заразен больной в первые дни заболевания. В этом периоде гепатита вирус попадает в желудочно-кишечный тракт ребенка, ретинарине лимфатические узлы, кровь и затем в ткань печени, где происходит его размножение.

В прежелтушном периоде продолжительность которого у детей составляет от 3 до 7 дней, при типичном течении болезни выделяют три стадии. В первой стадии, инфекционной, наблюдаются симптомы общей интоксикации организма, которые схожи с симптомами ряда других заболеваний: острое начало, повышение температуры тела, головная боль, слабость, снижение или отсутствие аппетита, раздражительность, нарушение сна, тахикардия и пр. Иногда у детей появляются боли в животе и рвота. Продолжительность этой стадии 2—3 дня.

Вторая стадия — минимого благополучия — характеризуется снижением температуры тела, улучшением общего состояния. Очень часто дети «выписываются» в дошкольные учреждения.

Третья стадия — это стадия обменного токсикоза. Она может протекать под «маской» ОРЗ или ангины, жевательных путей, аппендицита, пищевого отравления, когда вследствие развития печеночной недостаточности и нарушения пигментного обмена у ребенка наблюдаются вялость, сонливость, отвращение к жирной пище, рвота.

Как известно, печень играет огромную роль в пигментном обмене. В печеночных клетках происходит превращение гемоглобина из разрушенных эритроцитов в желчный пигмент билирубин (от лат. *bilis* — «железь», *tiber* — «красный»). При поражениях печени наружу с увеличением количества свободного била и рубина в крови повышается связанный (прямой) билирубин — более 5,1 мкмоль/л, что свидетельствует о связывании билирубина с глюкуроновой кислотой и ретроградном поступлении образующихся соединений в кровеносное русло. Повышение уровня билирубина в крови вызывает появление желтухи. Ее появление может быть обусловлено следующими причинами: поражением печеночных клеток с нарушением связывания билирубина с глюкуроновой кислотой и выведения их в просвет желчных путей (гепатиты), закупоркой желчевыводящих путей (механическая желтуха) и врожденной недостаточностью ферментных систем печеночных клеток, которые осуществляют связывание билирубина с глюкуроновой кислотой. При уменьшении поступления билирубина в кишечник наблюдается обесцвечивание испражнений, а увеличение его в русле крови изменяет цвет мочи.

Желтушный период характеризуется дальнейшим нарушением пигментного обмена, нарастанием уровня билирубина, нарушением обмена белков, углеводов, жиров и витаминов. Происходит нарушение дезинтоксикационной функции печени, окрашивающие склер, слизистой оболочки рта и кожных покровов, печень

и селезенка иногда значительно увеличиваются, большие желтухи на боли в правой половине живота. В отличие от механических, обтурационных желтух при вирусных гепатитах редко наблюдается зуд кожных покровов. Моча еще до появления желтухи становится темной (цвета пива), кал обесцвечивается и приобретает серо-белый цвет. Продолжительность этого периода составляет 7—10 дней.

В постжелтушном периоде наблюдается нормализация функции печени, всех видов обмена, сокращаются размеры печени и селезенки.

Период выздоровления может продолжаться несколько недель, иногда затягивается на несколько лет.

Примерно в 20 % случаев у детей первых 6 лет и в 50 % случаев у детей в возрасте до 14 лет болезнь может протекать без желтушно-го окрашивания кожи и видимых слизистых оболочек. Такие формы чаще встречаются в период эпидемической вспышки, при легких формах болезни. Как правило, гепатит А заканчивается благоприятно и не переходят в хронические формы.

Вирусный гепатит В (прежнее название «сывороточный гепатит») в отличие от гепатита А — довольно длительное и тяжелое заболевание, которое может перейти в хроническую форму (5—10 % случаев) и в так называемое закорное носительство вируса. Источником инфекции являются не только больные острой формой, но и люди, страдающие хроническим гепатитом, а так же бактерионосители. Бессимптомные носители особенно опасны, так как они не всегда знают, что являются носителями вируса. Вирус гепатита В очень стоек. Болезнь возникает в любой сезон и поражает людей разного возраста.

Имуноцитопный вирус А имеет 60—180 дней. Вирус В из печени постоянно поступает в кровь и циркулирует в ней в течение всей болезни или пожизненно у хронических носителей. Поэтому заражение происходит через инфицированную кровь (при переливании крови и ее продуктов, использовании загрязненных кровью игл, инструментов и т.д.), перентеральным путем (при повреждении кожных покровов и слизистых оболочек). Наблюдаются так же заражения новорожденных от матерей, больных или являющихся носителями вируса гепатита В.

Гепатит В в отличие от гепатита А начинается более постепенно, часто без температурной реакции. Возможны симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, слез с зудом, боли в суставах. Желтуха появляется на 10—12-й день болезни. С ее появлением состояние больного ухудшается. Желтуха не бывает кратковременной, а в ряде случаев даже нарастает в процессе

заболевания. Болезнь, как правило, протекает длительно и упорно, иногда имеет волнообразный характер с переходом в хроническую форму. Дальнейшей историей печени, нередко приводящей к летальному исходу.

В последние время активно изучаются еще три формы вирусного гепатита. Известно, что один из них (С, D) передается парентеральным путем и по своему клиническому течению близки гепатиту В, а гепатит Е — фекально-оральным и контактно-бытовым и по своим проявлениям напоминает гепатит А.

В группе детского учреждения, которую посетил заболевший, устанавливается карантин на 45 дней. Дети и работников, перенесших вирусный гепатит, допускают в детский коллектив не ранее чем через 10 дней после выписки из стационара при наличии нормальных биохимических показателей и удовлетворительного самочувствия. Им в течение 1,5 лет противопоказаны все профилактические прививки.

Переводящие не менее 6 месяцев находятся под диспансерным наблюдением и на особом диете, за соблюдением которой в детском учреждении должен следить не только врач, но и воспитатель. В течение года по выздоровлении детям нельзя давать никаких глистогонных средств, а так же других лекарств без особого назначения врача. Наблюдение за больными с хроническими формами гепатита осуществляется иногда на протяжении всей жизни.

Профилактика вирусного гепатита А ничем не отличается от профилактики дизентерии. Профилактика гепатита В в ДОО заключается в строгом соблюдении правил, исключая возможность парентерального инфицирования при проведении лечебно-диагностических процедур.

Вакцинация против гепатита В включена в Национальный календарь обязательных профилактических прививок. Первую вакцинацию проводят в роддоме в первые 24 ч после рождения ребенка, вторую — в 1 месяц, третью — в 6 месяцев. Иммунирует у правильно вакцинированных лиц сохраняется в течение 10 лет.

6.8.2. Полиомиелит

Полиомиелит — острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, поражающее нервную систему, главным образом серое вещество спинного мозга. Паралитические формы болезни возникают при поражении вирусом двигательных нейронов серого вещества, расположенных в передних рогах спинного мозга и двигательных ядрах черепно-мозговых центров.

Возбудитель болезни — фильтрующийся вирус, который обладает большой устойчивостью к воздействию физических и химических агентов и может долго (3—6 мес.) находиться во внешней среде, особенно в воде, молоке и молочных продуктах. Вирус быстро погибает под действием высоких температур (кипячение), ультрафиолетового облучения, дезинфекционных средств (приложение 16).

Источником инфекции при полиомиелите являются больные и вирусоносители. Больной полиомиелитом опасен для окружающих и в инкубационном периоде, и в течение всей болезни. Предполагают, что больные наиболее заразны в последние дни инкубации и первые дни болезни. Вирус выделяется с каплями слюны, но главным образом с испражнениями. Существуют два механизма передачи при этом заболевании: фекально-оральный и капельный. Роль мух в распространении инфекции значительна; этим, по-видимому, объясняется сезонность заболевания, совпадающая с активной деятельностью мух (май—август). Наиболее подвержены заболеванию дети в возрасте от 3 месяцев до 5 лет.

Вирус проникает в организм через пищеварительный тракт, реже через дыхательные пути. В желудочно-кишечный канал вирус заносится грязными руками вместе с пищей (молоко, вода, фрукты, овощи). Заражение через дыхательные пути происходит капельным путем только при тесном контакте с больным. Первичное заболевание и накопление вируса происходят в толтке и кишечнике. Впоследствии вирус попадает в лимфатическую систему и затем в кровь. *Инкубационный период* колеблется от 4 до 30 дней (в среднем от 10 до 21 дня). Полиомиелит в зависимости от типа, тяжести и характера течения может протекать без всяких специфических симптомов. У больного повышается температура тела, появляются недомогание, слабость, головные боли, незначительные катаральные явления, у некоторых рвота, боли в животе, нарушение функции кишечника (расстройство, энтероколит). Неврологические симптомы отсутствуют. Течение болезни благоприятное. Это одна из *типичных форм* заболевания.

К *типичным разновидностям* заболевания (с поражением ЦНС) относятся *спинарешивская* и *паралитическая формы* полиомиелита.

В более тяжелых случаях к описанным симптомам, которые проявляются более резко, через 2—3 дня. Присоединяются явления менингита — *менингеальная форма*. Параличи при этой форме отсутствуют, течение болезни благоприятное, каиническое выздоровление наступает через 3—4 недели.

В развитии паралитической формы полиомиелита выделяют четыре стадии:

- 1) препаралитическую (от 1 до 6 дней);
- 2) паралитическую (до 1—2 недель);
- 3) восстановительную (до 2 лет);
- 4) стадию остаточных явлений (после 2 лет).

На фоне указанных ранее симптомов, характерных для паралитической формы болезни, ярко проявляется функциональное расстройство нервной системы: больного мучают рвота, головная боль, иногда он теряет сознание, бредит, бывают судороги.

Помимо менингеальных симптомов появляются болезненность при изменении положения тела, которая распространяется по ходу нервных стволов и нервных корешков, слабость, мышц, снижение, а затем исчезновение рефлексов. При попытке посадить ребенка в кровати с вытянутыми ногами он падает, падаете согнуть ноги в коленях, опирается руками о кровать («симптом треножника»).

Анорексичный период составляет в среднем 4 дня, иногда температурная кривая приобретает двугорбый вид (препаралитическая стадия болезни).

Параличи возникают внезапно, обычно при снижении температуры тела, на фоне улучшения общего состояния. Они развиваются в течение от нескольких часов до 2—3 сут. Это вялые параличи с понижением тонуса мышц, ограничением и отсутствием активных движений. Наиболее часто поражаются мышцы ног, реже — мышцы туловища, шеи, брюшного пресса. Дыхательная мускулатура. При поражении продольного мозга изменяется ритм дыхания, нарушаются двигательные движения, появляются ригид мышечные симптомы. Возможны изолированные поражения черепных нервов (паралитическая стадия).

Восстановление движений в отрубленных группах мышц начинается через несколько дней. В течение первых 2 мес. оно наиболее интенсивно, но может продолжаться до 2—3 лет (восстановительная стадия). В мышцах, функция которых не восстановилась, начинается атрофия, параличи остаются на всю жизнь (стадия остаточных явлений).

Больных детей с подозрением на полиомиелит немедленно госпитализируют (4—6 недель от начала заболевания), в детском учреждении проводят текущую и заключительную химическую дезинфекцию. За лицами, общавшимися с больными, устанавливается наблюдение в течение 21 дня после разобщения. Всем детям до 5 лет, не принятым или привитым с нарушением календаря прививок, проводят активную иммунизацию.

Если заболевание установлено в детском учреждении, на этот срок накладывается карантин сроком на 21 день на всю группу. В течение этого срока проводятся ежедневная термометрия, осмотр детей педиатром и однократно невропатологом. При появлении признаков какого-либо заболевания больного госпитализируют (в бокс). Специфического лечения, т.е. медикаментозных препаратов, блокирующих вирус полиомиелита, не существует, что свидетельствует о важности специфической профилактики заболевания.

Вакцинация от полиомиелита проводится, начиная с 3 месяцев, трехкратно с интервалами между прививками 1,5 месяца. Первую ревакцинацию проводят в 18 месяцев, вторую — в 20 месяцев, третью — в 14 лет.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие механизмы передачи инфекционных заболеваний вы знаете?
2. Какие виды осложнений встречаются при введении прививочного материала?
3. Что включает в себя понятие «угроженный фильтр»?
4. Что включают в себя понятия «дезинфекция», «дезинсекция» и «дератизация»?
5. Какие основные осложнения могут встречаться при скарлатине?
6. Какова профилактика скарлатины?
7. Какие виды профилактики против кори вы знаете?
8. Чем опасна краснуха?
9. Какие разновидности дифтерии вы знаете?
10. В чем отличие дифтерии носа от насморка?
11. Сколько может продолжаться по времени кашель при коклюше? Каковы его особенности?
12. Какие виды осложнений встречаются при эпидемическом паротите?
13. Как осуществляется уход за ребенком, больным ветряной оспой?
14. В чем опасность гриппа и ОРЗ?
15. Какие заболевания относятся к заболеваниям с фекально-оральным механизмом передачи?
16. Назовите признаки заболевания полиомиелитом.
17. Какие мероприятия осуществляются во время карантина?

Глава 7

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

7.1. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ

К состояниям, требующим незамедлительного оказания первой помощи, относятся травмы (рапы, кровотечение, вывихи, переломы, ушибы, растяжения), ожоги, обморожения, электротравмы, отравления, укусы ядовитых насекомых, попадание инородных тел в АД. При оказании первой помощи необходимо соблюдать определенный алгоритм действий:

- 1) прекратить действия травмирующих факторов (погасить пламя, отключить источник тока и т.д.);
- 2) устранить наиболее тяжелое и опасное для жизни состояние (кровотечение, удушье и т.д.);
- 3) оказать на месте первую помощь (наложить шинку, повязку и т.д.).

Раной называется механическое повреждение, сопровождающееся нарушением целостности кожных покровов, слизистых оболочек, глубоких тканей.

В зависимости от орудия ранения различают раны резаные, колотые, ушибленные, разможенные, рваные, укушенные, отстрельные, смешанные. Каждая неоперационная рана рассматривается как инфицированная, т.е. загрязненная микробами.

Ранение, как правило, сопровождается болью, зиянием раны, кровотечением. Исключение могут составлять колотые раны, при которых может отсутствовать зияние и кровотечение. При глубоких ранениях возможна повреждение внутренних органов, нервов, нарушение целостности костей.

Осложнения ранений: кровотечение, травматический шок, инфицирование гнойными и анаэробными микробами.

Первая помощь при ранении включают в себя остановку кровотечения, обработку края раны и кожи вокруг нее антисептическим средством, наложение стерильной повязки для защиты раны от вторичной инфекции.

Обработка кожи вокруг раны проводится от ее края наружи. Нельзя исследовать глубину раны пальцем, стержнем, удалять из нее инородные тела или орудие ранения. При обработке края раны антисептическое средство (йод, спиртовой раствор бриллиантовой зелени и др.) не должно попасть в саму рану, так как это может привести к химическому ожогу. Для перевязки ран используют стерильный перевязочный материал (стерильный бинт в упаковке, стерильные салфетки, индивидуальный перевязочный пакет), который должен быть в аптечке ДОО. При отсутствии перевязочного материала можно использовать любую чистую хлопчатобумажную ткань, предварительно проглаженную горячим утюгом.

Во время обработки раны и наложения повязки необходимо постоянно следить за состоянием ребенка. Все манипуляции следует проводить при положении ребенка сидя или лежа.

7.1.1. Первая помощь при кровотечении

Кровотечением называется излитие крови из поврежденного кровеносного сосуда. Интенсивность кровотечения зависит от вида, калибра и числа поврежденных сосудов. Различают артериальное, венозное, капиллярное и паренхиматозное кровотечения.

Артериальное кровотечение возникает при повреждении артерий. Ярко-красная кровь бьет из раны сильной пульсирующей струей.

При **венозном кровотечении** кровь имеет темный цвет и вытекает непрерывной струей из поврежденной вены.

Капиллярное кровотечение чаще бывает смешанным, возникает при повреждении мелких вен и артерий.

Паренхиматозное кровотечение возникает при повреждении паренхиматозных органов: печени, легких, селезенки — и является очень опасным, так как сосуды этих органов не спадаются.

Кровотечение может возникнуть сразу после повреждения сосуда (первичное) и через некоторое время после остановки кровотечения (вторичное).

Дети тяжело переносят кровопотерю. Смертельной для ребенка может оказаться быстрая кровопотеря менее $\frac{1}{3}$ общей массы крови.

Существуют несколько способов остановки кровотечения.

Наложение давящей повязки.

На рану накладывают сложенную в несколько раз стерильную марлю, на нее — слой ваты. Повязка туго закрывается с помощью бинтования. Применяется при венозных и капиллярных кровотечениях.

Приподнятое положение конечности. Применяется при венозном и капиллярном кровотечении, так как уменьшает кровенаполнение конечностей.

Способы временной остановки артериальных кровотечений.

Пальцевое прижатие главных артерий. Поврежденную артерию прижимают к близлежащей кости выше места ранения на конечности и туловище (рис. 7.1).

При повреждении артерий шеи или головы сосуда прижимают ниже места повреждения (рис. 7.2).

Например, сонную артерию прижимают к поперечным отросткам шейных позвонков или к внутреннему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Максимальное сгибание или переразгибание в суставах поврежденной конечности. Например, при ранении подключичной артерии обе руки согнутые в локтях, максимально

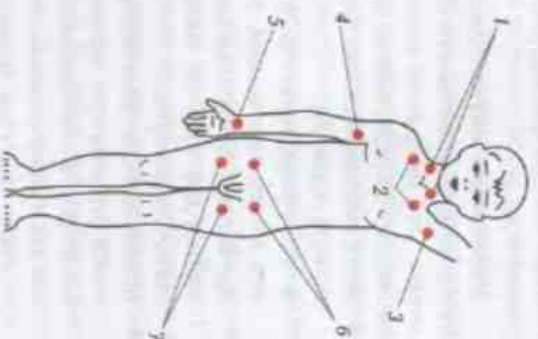


Рис. 7.1. Места (1–7) пальцевого прижатия кровотока сосуда



Рис. 7.2. Остановка кровотечения пальцевым прижатием артериального сосуда при ранениях головы

отводят назад и фиксируют в таком положении с помощью повязки, ремня и др.

Наложение жгута. Для остановки артериального кровотечения при ранении конечности накладывают жгут выше места повреждения. Эта операция весьма травматична, поэтому необходимо соблюдать определенные правила:

- жгут накладывают на мягкую подкладку (платок, полотенце) или поверх одежды;
- жгут накладывают на приподнятую конечность. Его подвешивают под место наложения, растягивают (если он резиновый) и накручивают несколько раз, так чтобы витки ложались вплотную один к другому, не зажимая кожу. Первый тур жгута должен быть самым тугим;
- правильность наложения жгута проверяют по побледнению кожи конечности, исчезновению периферического пульса на конечности, остановке кровотечения. Нельзя извешивать одежду, ткань конечности жгутом, так как возможна также осложнения. При чрезмерно сильной затяжке жгута конечность становится синюшно-багровой;
- во избежание омертвления тканей жгут держат на конечности не более 1—1,5 ч, зимой 1 ч;
- после наложения жгута конечность укутывают одеялом, теплой одеждой, оставляя при этом жгут на виду;
- к жгуту обязательно прикрепляют записку с указанием точного времени его наложения.

Носовое кровотечение. Может возникнуть при травмах лица и носа, а так же при некоторых заболеваниях: болезнях кровеносных органов (анемии, гемофилии, геморрагических диатезах), инфекционных заболеваниях (дифтерия, корь, грипп и др.).

Ребенку необходимо придать полусидячее положение, чтобы он не заглатывал кровь, затекающую в носоглотку. На переносицу кладут холодную примочку, в носовые ходы вводят тампоны из марли, смоченные 3%-ным раствором перекиси водорода. При продолжающемся кровотечении ребенка в полусидячем положении отправляют в больницу.

7.1.2. Техника наложения повязок

Основные правила наложения повязок следующие:

- во время перевязки надо стоять лицом к ребенку, наблюдая за его состоянием, следя, не причиняет ли манипуляция боль;

- перевязываемая часть тела должна находиться в правильном физиологическом положении (кроме случаев, когда конечность принимает вынужденное положение), быть неподвижной;
- направление витков бинта должно быть единым во всех слоях повязки;
- ширина бинта должна быть равна или немного больше диаметра перевязываемой части тела (узкий бинт может врезаться в тело, слишком широкий — затрудняет манипуляцию);
- перевязку начинают с более узкого места, постепенно переходя к более широкому;
- перевязку начинают с наложения кругового витка. При этом кончик бинта должен выступать из-под второго витка. Выступивший кончик подгибают и накрывают следующим витком бинта, фиксируя его таким образом. Заканчивают повязку также круговым витком;
- при перевязке бинт держат в руке так, чтобы свободный конец составлял прямой угол с рукой, в которой находитесь рукой бинта; в бинтовании участвуют обе руки: правая разворачивает бинт, левая удерживает повязку и расправляет бинт;
- каждый оборот бинта должен перекрывать предыдущий на $1/2$ или $2/3$ его ширины. Рулон бинта должен «катиться» по поверхности тела, не отходя от него.

7.1.3. Основные типы повязок

В зависимости от используемого для повязки материала различают повязки бинтовые, трубчатые, косыночные, гипсовые. Рассмотрим бинтовые и косыночные повязки.

Бинтовые повязки. Основная наиболее простая бинтовая повязка — *круговая*. Обороты бинта ложатся один на другой.

Спиральная повязка (рис. 7.3) начинается с 2—3 круговых туров бинта, затем ходы бинта идут в косом направлении, частично перекрывая предыдущий виток.

Крестообразная, или восьмидесятилетняя, повязка (рис. 7.4): ход бинта описывает восьмерку. Удобна при бинтовании голеней, шеи, при перевязке двух соседних частей тела, соединенных суставом.

Рассмотрим повязки на различные части тела. Для бинтования головы удобна повязка, называемая «чепец» (рис. 7.5). Для наложения повязки требуется лента из бинта длиной около 1 м. Середину ленты помещают на область темени, концы спускают вертикально вниз вперед ушей. Ребенок или помощник удерживает их в ват-

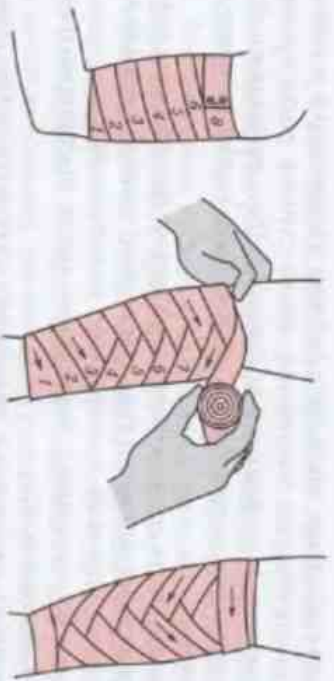


Рис. 7.3. Спиральные повязки:

а — простая спиральная повязка; *б* — накладная и исходящая спиральные повязки с перехлестом бинта

нужном состоянии. Вокруг головы повязка делается круговыми витками, закрепляющийся перекинутую ленту. При смещении нитке делается петля вокруг свободного конца, бинт надрывается на затылок, переходит на другую сторону головы и т.д. Смещая бинт при каждом витке, полностью закрывают поверхность головы. Свободные концы завязывают под подбородком.

Повязки на глаз (рис. 7.6): при наложении повязки на правый глаз нитки делают слева направо, бинт держат в правой руке. На левый глаз повязку накладывают справа налево. Витки повязки проходят над ухом со здоровой стороны и под ухом на стороне поврежденного глаза, постепенно закрывая его.

Повязка восьмиобразная на затылок и шею (рис. 7.7): накладываются круговыми витками вокруг головы, бинт проводится над ухом и косо спускается на шею, проходит под подбородком и косо поднимается вверх по затылку к ушной раковине на противоположной стороне.

Повязка пращевидная на нос и подбородок (рис. 7.8): для повязки берется отрезок бинта, концевые части разрезаются пополам. Средний участок накладывают на нос или подбородок.

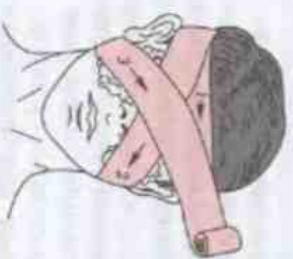


Рис. 7.4. Крестообразная повязка



Рис. 7.5. Повязка в виде шапки

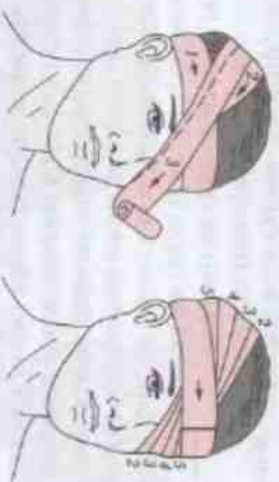


Рис. 7.6. Повязка на глаз



Рис. 7.7. Восьмиобразная повязка на затылок и шею

Рис. 7.8. Прощевидная повязка: *а* — на нос; *б* — на подбородок

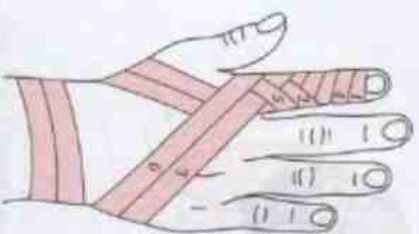


Рис. 7.9. Повязка на палец

Повязка на палец (рис. 7.9): начинается на пальце, затем бинт проводится на тыльную поверхность кисти, на запястье делается фиксирующий виток, после чего бинт возвращается на палец. Используется техника спиральной повязки. Закрепляется повязка на запястье.

Повязка на локоть черепицеобразная (рис. 7.10) накладывается при физиологическом положении суставов. Сходящаяся повязка начинается с фиксирующего витка под локтем (или под коленом). Затем бинт кося проворачивается на плечо (бедро), обвивая его сзади. Восемьюобразными витками закрывается весь сустав. Фиксируется повязка на локтевом (коленном) суставе.

Повязки на грудь и живот: спиральная повязка на грудь (рис. 7.11) называется спорту-кадучи так, чтобы один конец висел на спине, другим — на груди. Накладывают спиральную повязку снизу вверх, обвивая всю грудную клетку до подмышечных впадин. Свободно свисающую часть бинта перекидывают через плечо поверх повязки и связывают с концом, висющим на спине.

Живот бинтуют спиральной повязкой снизу вверх.

Косыночные повязки. Для их выполнения чаще всего используют треугольный платок-косынку. Косыночные повязки быстро накладываются и просты в выполнении. Примеры косыночных повязок представлены на рис. 7.12, 7.13.

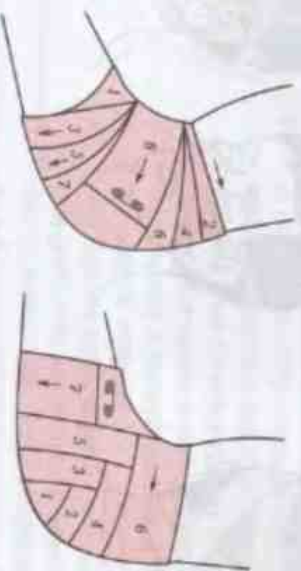


Рис. 7.10. Повязка на локоть черепицеобразная

Рис. 7.11. Спиральная повязка на грудь

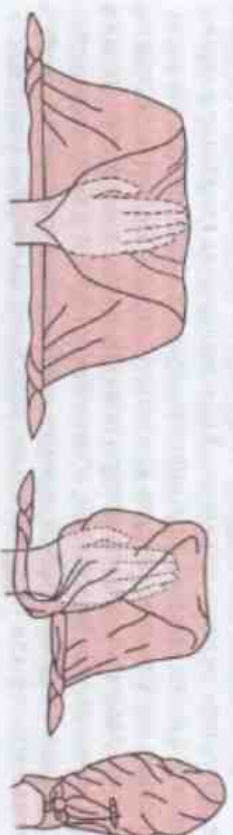
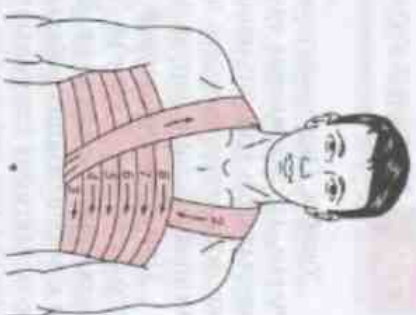


Рис. 7.12. Косыночная повязка на кисть

Рис. 7.13. Косыночная повязка, поддерживающая верхнюю конечность



Ушибы. Они характеризуются повреждением подкожной клетчатки. Других мягких тканей, мелких сосудов, в результате чего появляются кровоизлияния. Признаки ушиба: боль, припухлость, кровоизлиятие, которые появляются на 2—3-й день после ушиба, незначительные нарушения функций.

При оказании первой помощи накладывают давящую повязку, холода на место ушиба. Пострадавшей части тела придается возвышенное положение. При сильных ушибах требуются покой и иммобилизация (обезболивание) поврежденной конечности, консультация специалиста для уточнения диагноза. Со 2—3-го дня для лучшего рассасывания кровоизлиятия применяют тепловые процедуры.

Нарушения связочного аппарата. Ушиб, растяжение или разрыв связок чаще всего наблюдаются в области голеностопного сустава в результате резкого движения. Характерны боль (особенно в месте прикрепления связок), ограничение функции конечности. Первую помощь, необходимо оказать как можно скорее. На место растяжения накладывают укрепляющую повязку, холода, конечности придается возвышенное положение, обеспечивают покой и неподвижность. После оказания первой помощи необходимо обратиться к врачу-травматологу для уточнения диагноза и оказания допозитивальной помощи.

Переломы. Переломом называется частичное или полное нарушение целостности кости. Перелом может быть закрытым или открытым.

При закрытом переломе нет нарушения кожного покрова. В области повреждения возникает боль, возможно изменение конфигурации конечности, нарушение функции. При ощупывании может отмечаться хруст и патологическая подвижность в месте перелома.

При открытом переломе нарушается целостность кожи, образуется рана, в которой могут быть видны части поврежденной кости. Возможно укорачивание конечности, функции нарушены. Наличие раны может привести к проникновению инфекции и возникновению гнойных осложнений (фрагмента, остеомиелит, заражение крови).

У детей дошкольного возраста чаще встречаются поднадкостничные переломы (типа «зеленой веточки»), при которых надкостница сохраняет свою целостность и удерживает кость, и вколоченные переломы, когда одна часть кости вклинивается в другую.

Для осмотра ребенка раздевают. При этом сначала снимают одежду со здоровой, а затем с больной конечности. Узкую одежду и обувь на больной конечности разрезают.

При открытом переломе прежде всего останавливают кровотечение и накладывают асептическую повязку. После этого производят иммобилизацию сломанной конечности путем наложения шины или бандажей. Иммобилизация является важнейшим средством профилактики травматического шока и предупреждает допозитивальное повреждение мягких тканей. В настилице врезают все более широкое приращение мягких тканей. В настилице врезают все более широкое приращение жесткость при воздействии на них воды. При отсутствии этих материалов накладывают шины.

Правила наложения шин:

- шина накладывается поверх одежды больного или поверх мягкой прокладки (вата, пологонце и т. п.). Она не должна соприкасаться с кожей;
 - конфигурацию шины моделируют по здоровой конечности;
 - шина должна переключать два соседних с переломом сустава, а в случае перелома бедренной и плечевой костей — три;
 - шина лучше накладывать по боковой поверхности конечности;
 - шину тщательно прибинтовывают, чтобы она не могла сместиться;
 - концы пальцев руки и стопы оставляют свободными от повязки для контроля кровообращения в конечности.
- В случае отсутствия стандартных шин (шины Крамера, Дитерихса) используют подручные средства (проволоку, дощечки, твердый картон и т. п.) либо поврежденную конечность прибинтовывают к туловищу (рис. 7.14) или здоровой ноге.

При переломе ключицы фиксируют руку так, чтобы плечевой сустав оставался неподвижным. Для этого прибинтовывают руку, согнутую в локтевом суставе, к туловищу или подвешивают ее на косынке.

При переломе ребер, относительно редком виде перелома у детей, характерны боли в месте перелома, усиливающиеся при дыхании, кашле. Большая часть грудной клетки отстает при дыхании. Помощь заключается в тугом бинтовании грудной клетки широким бинтом или полотенцем для уменьшения ее подвижности. Необходимо доставить ребенка в лечебное учреждение.

При переломе позвоночника или подозрении на него необходимо соблюдать исключительную осторожность, так как в результате перелома возможны повреждения спинного мозга и его корешков.



Рис. 7.14. Использование подручного материала для шинирования при переломе плечевой кости

Необходимо зафиксировать голову и туловище ребенка в том положении, в каком они находятся. Для этого голову и туловище обкалывают свернутыми полотенцами, одеялами, прижимают их тяжелыми предметами. Под шею, не перемещая голову, подводят тонкую подушку или свернутое небольшое полотенце, чтобы сохранить шейный изгиб позвоночника. При необходимости самостоятельно перевозки ребенка его надо осторожно переместить на жесткий щит и привязать к нему в положении на спине с помощью ремней, веревок, лент.

При переломе таза большие затрудняют вынужденное положение — позу лягушки: ноги разведены и согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Характерен симптом «прилипающей пятки» — невозможность поднять выпрямленную ногу. При оказании первой помощи для обеспечения неподвижности костных отломков больного раскладывают на спине с разведенными и согнутыми в коленных ногах (рис. 7.15). Под колени подкаладывается небольшой валик. При транспортировке ребенка фиксируют ремнями. При перекладывании больного и других манипуляциях должны участвовать не менее четырех человек.



Рис. 7.15. Положение ребенка с переломом таза при транспортировке

Это повреждение чаще всего осложняется развитием шока, поэтому пострадавшего необходимо как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

Вывихи суставов. Вывихом называется нарушение взаимоположения концов костей, входящих в один сустав. Вывих может возникнуть в результате сильного удара, травмы. Смещение костей может привести к разрыву суставной сумки. У маленьких детей чаще наблюдаются не разрывы, а растяжения суставной сумки, что способствует формированию привычного вывиха.

Для вывиха характерны боль в области сустава, вынужденное положение конечности, нарушение конфигурации и подвижности сустава. Вывих может сопровождаться отрывом кусочка костной ткани, т.е. переломом.

При вывихе необходимо обеспечить неподвижность поврежденной конечности. Для предотвращения развития отека и уменьшения боли на поврежденный сустав накладываются холод. Ребенка как можно быстрее доставляют в лечебное учреждение.

Сотрясение мозга. При ударе головой возможно сотрясение мозга. Оно может сопровождаться кратковременной потерей сознания, бледностью кожи, головокружением, головной болью, тошнотой, рвотой, возникновением горизонтального нистагма (подергивание глазных яблок по горизонтальной линии при взгляде в сторону), разной величины зрачков, кратковременной потерей памяти.

Первая помощь заключается в создании покоя. Ребенка укладывают с приподнятым положением головной части, при этом голову осторожно поворачивают на бок. Если ребенок в бессознательном состоянии, ему приоткрывают рот, вытаскивают язык и удерживают его в таком положении, чтобы он не привел к удушью и рвотные массы не попали в дыхательные пути. На место ушиба ребенку прикладывают пузырь со льдом. Ребенок с сотрясением головного мозга должен быть госпитализирован. При транспортировке обязательно придерживают голову ребенка.

Ожог. В зависимости от природы повреждающего фактора ожоги подразделяются на термические, химические, электроожоги, радиационные.

Термические ожоги возникают при воздействии высокой температуры (горящая одежда, кипяток, прикосновение к раскаленному предмету) на кожу ребенка.

Возникновение химических ожогов возможно при неосторожном обращении ребенка с кислотами (серная, соляная кислоты, уксусная эссенция) и щелочами (каустическая сода).

Электроожоги сопровождают электротравмы.

В зависимости от глубины повреждающей разлитаяют четыре степени тяжести ожогов:

I степень — повреждаются поверхностные слои кожи, происходит местное расширение сосудов в области ожога. Характеризуется болью, покраснением, отеком кожи, местным повышением температуры. Через несколько дней наступает выздоровление;

II степень — повреждаются более глубокие слои кожи, образуются ненапряженные пузыри, небольшие жидкостью. При правильно оказанной помощи заживление происходит без образования рубцов;

III степень — наступает омертвление всех слоев кожи. Пузыри резко напряжены, легко лопаются. Ожоги этой степени тяжести, как правило, наблюдаются при воздействии пламени, раскаленных предметов, кипящего масла. Раны заживают рубцыми рубцами;

IV степень — происходит омертвление не только кожи, но и подлежащих тканей.

Истинную глубину поражения можно определить только через некоторое время после получения травмы.

Более подробно рассмотрим термические и химические ожоги.

Термические ожоги. Прежде всего необходимо прекратить действие термического фактора (погасить пламя, облить водой, накрыть плотной несинтетической тканью и т.д.), снять тесную одежду. При этом не следует отдиравать прилипшие остатки одежды, смывать их химическими растворами, так как это усилит травму.

При ожогах I и II степени небольшой площади обожженную поверхность охлаждают струей холодной воды в течение 10—15 мин, после чего на ожоговую поверхность накладывают повязку, смоченную одеколоном, спиртом, водкой. Эти вещества оказывают обезболивающее и дубящее действие, предотвращают появление пузырей. При большой площади ожога следует немедленно обратиться в лечебное учреждение.

При ожогах III и IV степени на поврежденную область накладывают асептическую повязку. Если у ребенка обожжены кисти и стопы, пальцы раздвигают прокладками ткани или марли. Как можно быстрее доставляют пострадавшего ребенка в лечебное учреждение.

Если повреждена обширная часть поверхности тела, ребенка завертывают в чистую проложенную простыню, укутывают и так доставляют в лечебное учреждение. Серьезным осложнением обширного ожога является ожоговый шок. Он развивается при площади ожога около 10% (у детей, ребенка составляет 1% поверхности

тела). При этом у ребенка кружится голова, кожа бледнеет, становится холодной и влажной, дыхание поверхностное и учащенное, пульс слабый и частый, ребенок плохо реагирует на окружающее. Наиболее доступное средство борьбы с шоком — обильное питье (горячий чай, соевый раствор, на 1 л воды 1 столовая ложка поваренной соли и 1 чайная ложка пищевой соды). Ребенку необходимо дать обезболивающее.

При оказании первой помощи нельзя вскрывать пузыри, накладывать мази и масляные повязки, прикалывать к ожогу лед, накладывать на раненую поверхность ватную повязку.

Химические ожоги. Характер помощи зависит от вида химического вещества, вызвавшего ожог.

При ожогах кислотами пораженную поверхность обильно промывают проточной водой в течение 10—15 мин, затем слабым раствором пищевой соды (1 столовая ложка на стакан воды) или мыльной водой.

При ожогах едкими щелочами после промывания большим количеством воды в течение 10—15 мин поверхность орошают слабым раствором лимонной или уксусной кислоты (1—2%-ной). При обширных ожогах ребенка ставят под душ.

Электропраны. Поражение электрическим током происходит чаще всего из-за неисправности электроприборов, нарушений техники безопасности и безнадзорности детей.

По пути хода электрического тока возникают повреждения во многих органах и тканях. Развиваются общие и местные явления: обморок, мышечные судороги, нарушения со стороны нервной системы, дыхания, сердечной деятельности. Электроожог возникает не только в месте непосредственного контакта с током.

Возможны три вида ожога:

- знаки тока;
- контактные ожоги;
- термические ожоги.

Ожоги могут повреждать все мягкие ткани и кости. Их площадь и глубина зависят от величины напряжения. При тяжелом поражении может наступить мгновенная смерть.

Необходимо отключить ребенка от электрической сети, соблюдая при этом технику безопасности. Если ребенок в сознании и не предъявляет жалоб, его следует сразу же доставить в больницу, так как действие тока может проявиться спустя некоторое время. Перед этим на места электроожогов накладывают стерильную повязку. При отсутствии признаков жизни немедленно приступают к искусственному дыханию и непрямому массажу сердца. После

восстановления дыхания и сердечной деятельности ребенка и до-
ставляют в больницу.

Солнечный и тепловой удар. Солнечный удар возможен при
длительном пребывании детей с раскрытой головой под прямыми
солнечными лучами.

Появляются покраснение кожи лица и шеи, головная боль, тош-
нота, рвота, поверхностное дыхание. Возможны потеря сознания
и судороги.

Тепловой удар наступает в следствии нарушения терморегуля-
ции при нерациональном подборе одежды без учета температуры
окружающей среды. У ребенка развивается слабость, повышается
температура до 39—40 °С, учащаются пульс, дыхание. Возможны
тошнота, рвота, судороги и потеря сознания. Помощь такая же, как
при солнечном ударе.

Ребенка переносят в тень, снимают стесняющую одежду, уда-
ляют с воспаленным подожжением головы, дают обильное питье.
Лицо и грудь обтирают холодной водой, на голову кладут холодную
травку или лезырь со льдом (через прокладку). При потере сознания
дают нюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом. Ребенка не-
обходимо доставить в лечебное учреждение.

Отморожение. Это повреждение, вызванное действием низкой
температуры. Под воздействием холода происходит резкое сужение
просвета кровеносных сосудов, в связи с чем уменьшается приток
крови к тканям и нарушается их питание. Чаще всего дети отморо-
живают открытые части тела (щеки, нос, уши), а так же пальцы ног
и рук. Отморожению способствуют тесная одежда и обувь.

Различают четыре степени отморожения:

I степень — развивается после кратковременного действия
холода. Кожа багрово-красного цвета или синюшная, конечности
холодные, пораженные ткани отечны;

II степень — на поверхности кожи возникают пузырьки с про-
зрачным или кровянистым содержимым, возникает боль;

III степень — омертвление всех слоев кожи, пузыри содержат
темно-красную жидкость, периферические сосуды не пульсируют,
пострадавший испытывает сильную боль. При обширных отморо-
жениях общее состояние может быть тяжелым;

IV степень — омертвление кожи, подлежащих тканей, костей.
Общее состояние тяжелое.

Первая помощь при отморожении заключается в немедленном
согревании ребенка и восстановлении кровообращения в отморо-
женной части тела. Отмороженные руки и ноги отогревают в теплой
воде, погружая их в тазик с водой температурой около 20 °С и про-

водят легкую массаж. Массировать начинают с пальцев. Необходимо
защитить ребенка активно двигать пальцами для восстановления
кровообращения. Постепенно в течение 20—30 мин температуру
воды доводят до 37 °С.

При полном отогревании появляется боль, кожа становится ро-
зовой. Поврежденное место осторожно осушают промокательными
движениями, протирают спиртом и накладывают стерильную сухую
повязку, тепло укутывают.

Открытые части тела (щеки, нос, уши) отогревают на улице рас-
тиранем чистой рукой, а затем в теплом помещении. Поврежден-
ные части протирают спиртом, одеколоном и накладывают сухую
повязку с достаточным количеством ваты.

Использование для растирания снега, льда недопустимо.
Во всех случаях пострадавшему дают горячий чай, молоко.

7.3. ИНОРОДНОЕ ТЕПЛО В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ

Попадание инородного тела в дыхательные пути встречается до-
статочно часто. Это могут быть кусочки пищи, рыбные кости, семе-
на арбуза, подсолнуха и т. п. Среди инородных тел неорганического
происхождения чаще других встречаются мелкие детали игрушек,
конструкторов, булавки, зубы, части авторучек.

В зависимости от формы, величины, характера инородные тела
могут задерживаться в различных отделах дыхательных путей. Наи-
более часто забываются инородные тела в гортани.

При попадании инородного тела в дыхательные пути у ребенка
внезапно появляются сильный приступообразный кашель, развива-
ется удушье, синюшность кожи лица, резко затрудняется дыхание
с втяжением податлывых мест грудной клетки. Голос становится
хриплым. Попадание крупных инородных тел может привести
к смерти ребенка вследствие удушья.

Мышце вырванные тела во время вдоха могут попасть в межмежа-
щие отделы дыхательных путей и вызвать в дальнейшем выпадение,
царапанье первой помощи ребенка раннего возраста, крепко

удерживая за ноги, встряхивают несколько раз (рис. 7.16, а). Кроме
того, можно применить прием, показанный на рис. 7.16, б. Ребенка
кладут на руку лицом вниз, голову опускают ниже его талии. Да-
льною свободной рукой наносят 4—5 ударов между лопатками. Ребен-
ка более старшего возраста укладывают животом на согнутое колено,
низко опускают его голову, постукивая рукой между лопатками.

Приступать к искусственному дыханию можно только при свободных дыхательных путях.

При попадании инородного тела в дыхательные пути, а так же при малейшем подозрении на это ребенка необходимо срочно доставить в лечебное учреждение.

Инородное тело в желудке и кишечнике. При проглатывании инородного тела оно может свободно пройти по всему желудочно-кишечному тракту и выдаться при дефекации или вызвать непроходимость кишечника. Остроконечные предметы (игла, гвоздь, кнопки) могут внадриться в стенку внутреннего органа. Поэтому необходимо срочно доставить ребенка в больницу.

Инородное тело в ухе, носу. Для удаления инородного тела (мелкие предметы, насекомые) из уха в него вливают половину чайной ложки воды, глицерина, подогретого растительного масла. После этого ребенка укладывают на бок большим ухом вниз. Инородное тело или насекомое вместе с жидкостью удаляется из уха. Если этого не произошло, ребенка направляют к врачу.

Для удаления инородного тела из носовых ходов закрывают одну ноздрю и просят ребенка высморкаться или вызывают у него чихательный рефлекс, раздражая слизистую носа. Если инородное тело осталось, то его удаление производит врач.

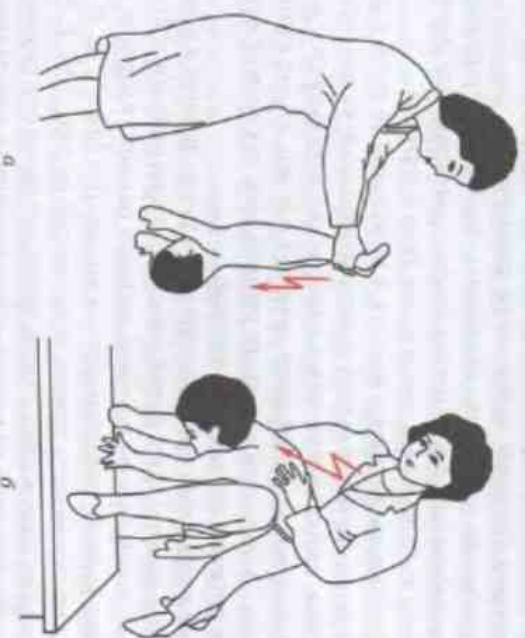


Рис. 7.16. Удаление инородного тела из дыхательных путей:
а — ребенок до года; б — ребенок старше года

7.4. ОБМОРОК

Обморок вызывается малокровием мозга. Причина его различна: усталость, нервное потрясение, голод, потеря крови, удар. Мгновенное пребывание в непроветриваемом помещении и др. Признаки обморока: бледность, потеря сознания, редкое дыхание, слабый пульс.

Если обморок у ребенка случился в помещении, надо открыть все форточки, фрамуги, а в теплое время года и окна, чтобы обеспечить наилучший приток чистого воздуха. Надо расстегнуть воротничок, пояс и уложить ребенка на спину так, чтобы голова была слегка ниже, а ноги на 30—40 см выше туловища (при таком положении тела приток крови к голове усиливается). Затем смачивают ватный тампон нашатырным спиртом и подносят его к носу больного на 20—30 с. Запах нашатырного спирта способствует расширению сосудов мозга, однако большие его концентрации могут вызвать временный паралич сосудодвигательного центра, поэтому надо вдыхать нашатырный спирт не сразу. Лучше, подержав вату 20—30 с, смочить перерыв на 1—2 мин и затем поднести ее снова на несколько секунд, так продолжать до тех пор, пока больной не придет в сознание.

При глубоком обмороке, помимо этого следует сделать искусственное дыхание. В случае повливания у ребенка рвоты его голову надо повернуть набок и удалить рвотные массы изо рта, чтобы они не попали в дыхательные пути. Когда ребенок придет в сознание, ему необходимо дать чай или кофе.

7.5. УКУСЫ ЖИВОТНЫХ

Помощь при укусах комаров. В летнее время, особенно за городом, дети нередко подвергаются укусам комаров. На месте укуса появляются припухлость, покраснение, зуд, иногда настолько сильный, что дети становятся беспокойными. Расчесывая кожу после укусов, дети могут занести инфекцию, в результате чего возникают гнойничковые заболевания. Чтобы уменьшить зуд, надо протереть укушенные места спиртом, одеколоном.

Помощь при укусах пчел и ос. В организм ребенка от укуса пчелы попадает яд, вызывающий припухлость и покраснение кожи. Острая боль, которую передававший испытывает в первое время после укуса, в дальнейшем переходит в сильный зуд. Через 2—3 дни все болезненные явления проходят.

При оказании помощи пострадавшему в первую очередь необходимо найти и удалить жало, содержащее яд насекомого. Затем место укуса протирают раствором спирта или йодом. Для уменьшения боли и отека прикладывают холод. На место укуса пелма или осы нельзя класть землю, так как с ней можно занести возбудителя тройной инфекции и столбняка.

При обильных симптомах отравления, а так же при укусе в зев, глотку, глаз ребенка нужно срочно доставить в медицинское учреждение. **Помощь при укусах ядовитых насекомых и змей.** Если ребенок укусился какое-либо ядовитое насекомое или змея, необходимо создать полный покой, чтобы уменьшить концентрацию яда, попавшего в кровь. Дать обильное питье и немедленно доставить на носилках в ближайший медицинский пункт. Где ему будет оказана своевременная специализированная помощь.

Для летнего отдыха детей надо выбирать места, где ядовитые насекомые и змея встречаются редко. Не следует гулять с детьми в сырых, низких и особенно болотистых местах, заходить с ними в высокую траву, густой кустарник, разрешать играть и валяться на сене и соломе.

Ни одна змея, если ее не потревожить, не нападает на человека. Если человек подошел слишком близко, большинство змей «предупреждает» его о своем местонахождении: кобра поднимает переднюю треть тела и раздувает «капюшон», торода издаст своеобразное шипение, гремухине змея — шуршащие звуки движением кончика хвоста. Змей не следует жестоко и бесмысленно уничтожать, так как их яд в определенных дозах является ценным лекарственным средством, он входит в состав многих лекарств.

7.6. БЕШЕНСТВО

Бешенство — острая инфекционная болезнь, вызываемая фильтрующимся вирусом. Возникает после укуса инфицированного животного: диких зверей (якса, волк, шакал, барсуки) и домашних животных (собака, кошка, травоядные жипотные).

Вирус находится в слюне и может заболеть, причем в слюне его можно обнаружить уже за 2 недели до появления первых признаков заболевания. Заражение происходит при укусах и после укусов тончайшими слюнными железами животного на рану. У собаки первые признаки заболевания после заражения появляются через 4—6 недель и позднее. Животное становится вялым, забивается в темный угол, неохотно идет на зов, не ест привычную пищу, ведет

себя беспокойно. Вследствие параличей челюсть у него отвисает, язык свешивается, появляются слюнотечение, дый становится хриплым, походка шатающейся. В таком состоянии собака часто убегает из дома, без лая бросается на людей и животных, кусает их. Через 6—8 дней болезнь животное погибает.

Инкубационный период болезни у человека длится 30—50 дней. В этот срок вирус достигает ЦНС и появляются первые признаки заболевания. Нарастает возбуждение, появляются слуховые и зрительные галлюцинации. Нередко наблюдаются повышенное пото- и слюнотечение, причем больной не может проглотить слюну и постоянно ее сплевывает. Иногда возможны приступы буйства с агрессивными действиями. Через 2—3 дня возбуждение сменяется параличами мышц рук и ног, языка, лица, а еще через 12—20 ч наступает смерть.

От укусов бешеных животных страдают и дети. При заболевании у ребенка отмечаются депрессия, сонливость, скорое развитие параличей. Смерть может наступить через сутки от начала паралической стадии болезни.

При укусах рану тщательно промывают мыльным раствором (один кусок туалетного мыла или $\frac{1}{4}$ хозяйственного на 2 стакана воды) и прижигают настойкой йода. Пострадавшего необходимо немедленно отправить в медпункт, где ему сделают прививки. Чем раньше начать прививки, тем лучше, поскольку иммунитет образуется спустя 2—2,5 недели после их окончания.

Во время прививок надо избегать переохлаждения и перегревания тела, а так же физического и умственного переутомления.

Профилактика бешенства требует тщательного наблюдения за состоянием здоровья домашних животных, истребления бродячих собак и кошек. Детям надо запрещать подходить к неизвестным животным и играть с ними.

7.7. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УТОПЛЕНИИ

Вытаскивая пострадавшего из воды, надо снять или срезать с него мокрую одежду, очистить обернутыми чистым платком или марлей пальцами рот и глотку от грязи, тины и земли и удалить из дыхательных путей и желудка воду.

Для удаления воды надо встать на одно колено, положить пострадавшего поперек дуглого своего колена и, осторожно надавливая на спину, сжимать его грудь. После того как вода будет удалена, пострадавшего следует уложить на теплую подстилку, сделать искус-

ственное дыхание, избегае надавливания на живот, чтобы остатки воды из желудка не попали в дыхательные пути.

Когда пострадавший придет в сознание, надо налить на него сухое белье, потейшее укрыть, напоить горячим чаем или кофе и отправить в лечебное заведение.

7.8. ПОНЯТИЕ О РЕАНИМАЦИИ

Слово «реанимация» означает «оживление». Реанимация должна начинаться не позднее 3—4 мин после установления терминального состояния (каинической смерти): резкое изменение окраски кожи, отсутствие сердечных сокращений; отсутствие пульса на крупных артериях (сонной, бедренной); остановка дыхания; расширение зрачка; отсутствие его реакции на свет.

Мероприятия по реанимации включают в себя искусственное дыхание и непрямой массаж сердца (НМС).

Искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Она необходима для поддержания газообмена в организме. Ребенка укладывают на спину, поворачивают голову набок, расстегивают одежду, стесняющую дыхание. С помощью пальца, обернутого салфеткой, удаляют из полости носоглотки рвотные массы, слезы и др. При необходимости фиксируют язык.

Для обеспечения свободной проходимости дыхательных путей голову больного максимально запрокидывают назад, подложив под лопатки и шею валик из свернутой одежды или руку. Вторую руку кладут на лоб, проводят ИВЛ. Наиболее простым методом искусственного дыхания является способ «изо рта в рот» и «изо рта в нос».

При ИВЛ при способе «изо рта в рот» на рот пострадавшего накладывают салфетку, носовой платок, нос зажимают пальцами в вторых пальцами и после глубокого вдоха плотно прижимают свой рот ко рту ребенка и вдвывают воздух. При правильно произведенной манипуляции грудная клетка приподнимается. Выдох происходит пассивно вследствие эластичности грудной клетки ребенка.

При способе «изо рта в нос» воздух вдвывают через носовые ходы. У детей первого года жизни можно одновременно захватывать и рот, и носовые ходы.

Частота ИВЛ должна быть не менее 40 вдохов в 1 мин у новорожденных и 20—24 у детей более старшего возраста.

Наружный массаж сердца. Для проведения наружного массажа сердца ребенка так же должен лежать на ровной жесткой поверхности на спине.

Оказавший помощь (рис. 7.17) становится сбоку от ребенка и кладет ладонь одной руки на нижнюю треть грудной так, чтобы ладонь была перпендикулярна оси грудной. Ладонной поверхностью другой руки перпендикулярно надавливают на грудную, чтобы она приблизилась по направлению к позвоночнику на 3—4 см. При этом сердце сдавливается между грудной и позвоночником и кровь поступает в сосуды. У новорожденных и детей первого года жизни массаж сердца проводится двумя пальцами или одной рукой. Частота надавливаний на грудную клетку у новорожденных и грудных детей 100—200 раз в 1 мин. При этом смещение грудной должно быть в пределах 1,5—2 см.

Искусственное дыхание чередуется с непрямым массажем сердца. При этом следует помнить, что на одно дыхательное движение приходится 4—5 сердечных сокращений.

Начинать реанимационные мероприятия следует с ИВЛ. Делают 4—5 дыхательных движений, после этого проводят 4—5 воздействий на сердце (НМС), а затем вновь 2 искусственных дыхания (ИВЛ).

Таким образом, схема реанимации выглядит следующим образом. Начало реанимации: 4—5 ИВЛ — 45 НМС — 2 ИВЛ — 45 НМС и т. д.

Проведение реанимационных мер позволяет сохранить кровообращение мозга до прибытия специалистов.

Эффективность наружного массажа сердца проявляется в восстановлении через некоторое время сердечной деятельности: появляется пульс на крупных артериях (бедренных и сонных), розовеет

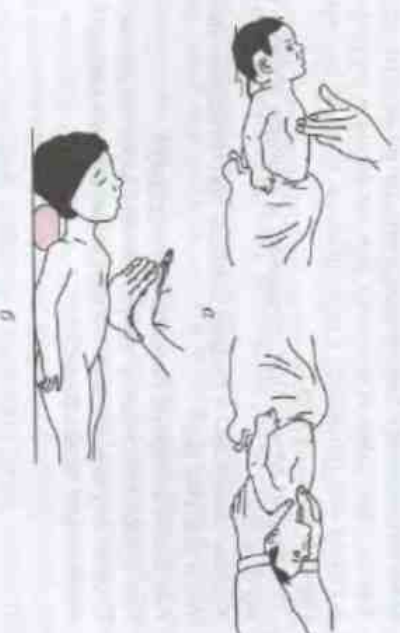


Рис. 7.17 Проведение непрямого массажа сердца:

а — ребенка перевернуть на спину; б — более старшему ребенку

кожный покров и губы, прежде бывшие синего или черно-синего цвета, а так же восстанавливается и самостоятельное дыхание.

Сознание обычно появляется позднее.

Наружный массаж сердца позволяет сохранить кровоснабжение мозга до прибытия вызванных сразу после несчастного случая специалистов-медиков.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Как должна быть организована первая доврачебная помощь при несчастных случаях?
2. Какие бывают переломы?
3. Какие последствия возможны при сильном ударе головы? Какую помощь в этих случаях необходимо оказать ребенку?
4. В чем опасность открытых переломов? Какую помощь следует оказывать при артериальном кровотечении?
5. Каковы причины кровотечения из носа? Какав первая помощь должна быть оказана?
6. Каковы причины и степени ожогов? В чем заключается первая помощь при ожогах?
7. При каких условиях может наступить отморожение? В чем заключается первая помощь при отморожении?
8. Каковы причины и первая помощь при тепловом и солнечном ударе?
9. Каковы причины, симптомы и первая помощь при обмороке?
10. Какую помощь следует оказать ребенку при укусах насекомых и ядовитых змей? Как предохранить детей от этих укусов?
11. Какие симптомы возникают при попадании инородных тел в ротку или пищевод? Какую помощь следует оказывать ребенку в этих случаях?
12. Что следует делать при попадании в желудок острого инородного тела?
13. Каковы симптомы и первая помощь при попадании инородных тел в нос или ухо?
14. Как оказать первую помощь утопающему?
14. Как следует проводить искусственное дыхание детям?
16. В каких случаях проводится наружный массаж сердца? Какова техника его проведения?

Глава 8

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ, САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ И ПЕРСОНАЛА

8.1. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ

Гигиеническое воспитание и обучение необходимо начинать с самого раннего возраста. Значительную роль в этом играют дошкольные учреждения.

В дошкольном возрасте детям необходимо прививать гигиенические навыки и привычки, которые помогут предупредить многие заболевания и укрепить здоровье. Гигиеническое обучение должно иметь целенаправленный характер.

Обязательным условием выработки гигиенических навыков и превращения их в привычку является их систематическое повторение. Не менее важно для этой цели обеспечить ребенку самостоятельность действий: в быту, в игре, в учебе, во время физкультурных и трудовых занятий. Необходимо, чтобы требования, предъявляемые детям, были единными и в дошкольных учреждениях, и в семье.

Выполнение любых гигиенических правил и процедур должно сопровождаться положительными эмоциями. Например, во время умывания можно обратить внимание ребенка на душистое мыло, красивое полотенце, использовать народную поговорку: «Водичка, водичка, умой мое личико...». Это поможет формировать у малыша положительные эмоции, вызовет у него желание быть чистым.

В гигиенических целях необходимо, чтобы каждый ребенок имел предметы индивидуального пользования: мыло, зубную пастку, расческу, мочалку, полотенце, кружку для полоскания рта, посуду.

В дошкольный период необходимо сформировать навыки личной и общественной гигиены: содержать руки, лицо, тело, волосы в чистоте, мыть мылом руки перед едой, после игры с животными, посещения туалета, показывая общими игрушками, книгами,

после прогулки: мать перед сном протирает зубы утром после сна и вечером перед сном, помокать рот после каждой еды. Ребенка необходимо приучить соблюдать чистоту и аккуратность в одежде, комнате, на рабочем месте, бережно обращаться с игрушками, книгами, поддерживать порядок в шкафах и на столах.

Дети 2—3 лет учат аккуратно есть, самостоятельно умываться, пользоваться носовым платком, причешиваться, чистить зубы, убирать на место свои игрушки, книги. В последующие годы эти навыки совершенствуются, число их увеличивается и они превращаются в устойчивую привычку.

Для обеспечения самостоятельности действий детей следует приобрести соответствующие их росту мебель, полки, шкафы для хранения одежды, игрушки, книг и т.п.

Гигиеническое воспитание помогает с ранних лет подготовить детей к трудовой деятельности: самим убирать постель, игрушки, свой стол, поддерживать порядок и чистоту в комнате. Дошкольники должны твердо усвоить и гигиенические запреты: не брать различные предметы и игрушки в рот; не есть незрелые фрукты и овощи, нишу, упавшую на пол, на землю, неизвестную зелень, ягоды с куста. Ребенку запрещают во время сна закрываться одеялом с головой, так как ему приходится дышать не свежим воздухом, а своим испарениями. Перед сном следует снять дневное нательное белье и надеть ночное, нельзя спать только на одном боку или «качалком», лучше всего спать на спине, в свободной позе. Для предупреждения деформации черепа, грудной клетки, позвоночника. По утрам не нужно давать ребенку долго лежать в постели; проснувшись, он должен сразу вставать и делать утреннюю зарядку. Дошкольникам целесообразно сообщать элементарные сведения о болезнях, которые передаются от человека к человеку через грязные руки, незрелые овощи и фрукты. Необходимо познакомить их с понятием «осанка» во время ходьбы, сна, на занятиях и в доступной для детского восприятия форме сообщить о значении соблюдения ее для здоровья и красоты.

Для здоровья ребенка необходимо соблюдать режим дня. Взрослые должны разъяснить им важность его соблюдения, заложить положительное отношение к этому процессу (вопреки ложиться спать, делать утреннюю зарядку, проводить закалывающие процедуры и т.д.). В последний год пребывания в детском саду воспитанников знакомят с режимом дня школьника.

Гигиеническое воспитание помогает решать общие задачи воспитания, способствует развитию воли, дисциплинированности и другим чертам характера.

Заведующие дошкольными учреждениями организуют воспитательный процесс таким образом, чтобы обеспечить прежде всего охрану и укрепление здоровья детей. Они создают гигиенические условия воспитания и развития детей. В их обязанности входит организация полноценного питания, правильного режима дня, пребывания детей на свежем воздухе, закалывающих процедур. Они контролируют соблюдение гигиенических требований на занятиях, прогулках, во время игр, приема пищи, сна и др.; обеспечивают методическую подготовку воспитателей, оказывают им административную помощь, осуществляют контакт с родителями для обеспечения единства гигиенических требований в дошкольном учреждении и в семье.

В большей степени гигиеническое воспитание детей в группах осуществляется воспитателями. Гигиенические навыки и представления дети приобретают и на занятиях по развитию речи, физической культуре, труду и др. Важно научить детей проводить анализ своих действий на основе уже имеющихся гигиенических представлений и сформированных навыков. Для этого не следует давать детям и сформулированных навыков. Для этого не следует давать детям и сформулированных навыков. Для этого не следует давать детям и сформулированных навыков. Для этого не следует давать детям и сформулированных навыков.

При проведении гигиенического обучения воспитателям, учителям особенностью конкретного воспитания и мышления детей дошкольного возраста, должны использовать игры, прогулки, книжки-картинки, плакаты на заданные темы и просить детей рассказывать по ним.

8.2. САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ И ПЕРСОНАЛА

Санитарное просвещение предусматривает систему государственных, муниципальных и общественных мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья, предупреждение болезней, сохранение активного долголетия, высокой работоспособности. Оно призвано постоянно и целенаправленно повышать уровень санитарной культуры населения.

Гигиеническое обучение и воспитание определяются комплексом мероприятий, обеспечивающих углубленные санитарно-гигиенические знания и прививающих соответствующие умения разным группам населения.

Кроме общегосударственных программ сохранение и укрепление здоровья зависит от уровня санитарной культуры самого человека, который должен овладеть в период развития знаниями в области профилактической медицины и гигиены и выполнять гигиенические и профилактические правила. Гигиенические знания, умения, навыки и привычки помогут человеку правильно организовать образ жизни, поведение дома и на работе, в общественном месте, на отдыхе. Каждый человек должен понимать, что здоровье — не только личное благо, но и источник творческой энергии и высокой активности.

Гигиеническое воспитание и обучение необходимо начинать с самого раннего возраста. В этом значительно роль играют дошкольные учреждения.

Работники дошкольного учреждения, ежедневно выполняя свои обязанности, тесно общаются с детьми. При несоблюдении правил личной гигиены и мер профилактики инфекционных заболеваний персонал может оказать источником их распространения.

Для повышения санитарного уровня технического персонала организуется специальная курсовая подготовка, рассматриваются вопросы профилактики инфекционных заболеваний, пути и источники их распространения, меры их предупреждения, вопросы личной гигиены, санитарные правила уборки помещений и территории дошкольного учреждения, правила гигиенического обслуживания детей.

Медицинские работники, ведущий дошкольным учреждением и воспитатели проводят беседы с техническим персоналом по всем вопросам жизни дошкольного учреждения, знакомят со специально подобранной медицинской литературой, памятками, брошюрами и другими материалами санитарного просвещения. Беседы могут быть индивидуальными. Весь технический персонал должен постоянно повышать санитарно-культурный уровень, самостоятельно изучая специальную литературу.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие навыки личной и общественной гигиены необходимо сформировать в дошкольный период?
2. Для чего ребенку необходимо соблюдать режим дня?
3. Каково значение санитарного просвещения?
4. Какова роль работников дошкольного учреждения в гигиеническом воспитании дошкольников?

Глава 9

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В ДОО

Детино-профилактическую помощь детям в дошкольных учреждениях оказывают врач и медицинская сестра. В круг обязанностей врача дошкольного учреждения входит следующее:

- осмотр вновь поступивших детей, назначение им при необходимости медико-педагогических мероприятий, способствующих благоприятному течению периода адаптации;
 - проведение националь профилактических осмотров детей перед прививками и контроль за проведением профилактических прививок;
 - наблюдение за физическим развитием и состоянием здоровья детей;
 - контроль за диспансерной группой больных детей;
 - осмотр детей при подозрении на острое инфекционное заболевание;
 - контроль за полноценным и качественным питанием;
 - контроль за организацией физического воспитания и закаливания детей;
 - работа по профилактике травматизма;
 - проведение занятий с персоналом дошкольного учреждения по вопросам санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического режима, оздоровительных мероприятий, закаливания, физического воспитания, организации питания.
- Медицинская сестра работает под руководством врача и выполняет следующие обязанности:
- принимает участие в осмотрах детей врачом, помогает проводить антропометрические измерения;

- по назначению врача организует закапывающие процедуры, профилактические прививки, диагностические пробы, забор материалов для лабораторных исследований и другие медицинские назначения;

- проводит изоляцию заболевших детей, а в тяжелых случаях осуществляет госпитализацию, следит за состоянием здоровья детей, имеющих контакт с заболевшим, организует текущую дезинфекцию;

- оказывает доврачебную помощь внезапно заболевшему или получившему травму ребенку;

- проводит работу по профилактике травматизма;

- осуществляет санитарно-просветительную работу с родителями учереждения и родственными;

- следит за санитарно-гигиеническим и противопожарным режимом, медицинским обслуживанием персонала дошкольного учреждения.

Медицинский персонал дошкольного учреждения строит свою работу по годовому плану, в соответствии с которым разрабатывается ежемесячный план.

Ежедневно медицинские работники осуществляют контроль за режимом дня, питанием, проведением закапывающих процедур, организацией физического воспитания, состоянии помещений, территории, оборудования; следят за нормативами наполняемости детских групп.

Медицинские сестры ежедневно проверяют санитарное содержание помещений, качество уборки во всех детских группах, в пищеблоке, наличие и срок изготовления дезинфекционных растворов и соблюдение воздушно-теплого режима.

В дошкольных учреждениях жедательно проводить медицинский «урегниий филльтр»: осмотр зена, кожи, термометрию; результаты заносат в Аневник группы. При наличии признаков болезни ребенка в группу не доускается. Медицинская сестра осматривает вновь принятых детей, а так же детей, вернувшихся после болезни, проверяет наличие медицинской документации и дает разрешение принять его в группу. Этого ребенка затем обязательно осматривает врач.

В случае возникновения инфекционного заболевания (кокаш, эпидемический паротит, скарлатина, краснуха) с разрешения эпидемстанции организуется карантинная группа из детей, имеющих контакт с больным ребенком. Медицинские работники, а так же весь персонал обеспечивают строгую изоляцию этой группы и тщательное соблюдение противозащитного режима

(посуду обрабатывают и кипятят отдельно, белье запаривают отдельно в дезинфекционных растворах).

При контроле за питанием медицинские работники обращают внимание на аппетит детей, наличие индивидуального питания, назначенного ослабленным детям, с адекватной или меньшей калорийностью либо заблаговременно вываренные. Организуют и контролируют работу по физическому воспитанию, врач и медицинская сестра, в первую очередь, обращают внимание на двигательную активность детей во время прогулок, занятий и игр по развитию движений в перерывах между занятиями. При проведении закапывающих процедур контролируют правильность их выполнения: определяют температуру воды, адекватность процедуры, учитывают индивидуальные особенности ребенка.

Для предупреждения травматизма в детском коллективе проводится проверка хранения острых и режущих предметов, дезинфекционных и моющих средств, медикаментов, которыми могут пользоваться и воспитатели. Проверяют на прочность весь инвентарь в помещении, на прогулочных площадках, различные физкультурные пособия (шведские стенки, лесенки и т.д.).

Плановые осмотры детей врач проводят с помощью медицинской сестры, которая заранее подготавливает нужные сведения и проводит антропометрические измерения промежуточных осмотров детей. Показания осмотров и назначения врача заносит в историю развития ребенка.

В стенах дошкольного учреждения проводится по графику (обычно в зимне-весенний период) осмотр детей врачами-специалистами. При выявлении у ребенка отклонений в развитии и состоянии здоровья его берут на диспансерный учет. В настоящее время в яслях, яслях-садах эффективно осуществляют такие лечебно-оздоровительные мероприятия, как лечебная физкультура, корригирующая гимнастика, физиотерапевтические процедуры, дезальтернизация и т.д. Распространенной формой оздоровления диспансерных детей является лечение кардеса и отитов инфекции в госпитале.

Для эффективного оздоровления и лечения детей с хроническими заболеваниями (нарушения слуха, речи, зрения, заболевания опорно-двигательного аппарата, ЦНС) созданы специализированные дошкольные учреждения и группы.

Контроль над медицинскими аспектами работы дошкольных учреждений осуществляют ведущий дошкольно-школьным отделением и старшая медицинская сестра поликлиники. Работа проводится в тесном контакте с представителями санэпидемслужбы при

главных посещениях или перекрестных проверках. Проверяют санитарно-гигиеническое состояние помещений, их воздушный, температурный режим, освещенность, наличие соответствующей мебели, физкультурного инвентаря; обращают внимание на соблюдение противозидемического режима, профилактику острых кишечных заболеваний и пищевых отравлений, организацию физического воспитания, закаливания детей, качество медико-педагогического контроля на занятиях.

Сведения о выявленных нарушениях доводятся до администрации дошкольного учреждения с требованием их устранения, а при необходимости сообщают муниципальным отделам народного образования и здравоохранения.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каковы обязанности врача дошкольного учреждения?
2. Каковы обязанности медицинской сестры дошкольного учреждения?
3. Для чего проводится медицинский «тутренний фильтр»?
4. Какие лечебно-оздоровительные мероприятия осуществляют в дошкольных учреждениях?

Приложения

Приложение 1

Документация воспитателя детского сада (ДОО)

Табель посещения	<p>Необходимо для того, чтобы ежедневно фиксировать количество детей в группе. Это помогает обеспечить питание детей и проведение непосредственно образовательной деятельности (раздаточный материал для каждого ребенка). Так же он помогает осмислить, заблаговременность детей в определенном периоде</p>
Сведения о детях и их родителях	<p>В официально принятой практике в специальном журнале обычно имеются следующие сведения о детях, посещающих группу:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ фамилии, имя ребенка; ■ дата рождения; ■ адрес проживания и телефоны; ■ ФИО родителей, бабушек и дедушек; ■ место работы родителей и телефоны; ■ социальный статус семьи (количество детей в семье, жилищные условия, подпол — не полная семья). <p>Подобная информация помогает из тактичного общения воспитателя с родителями и другими членами семьи. Причем сведения эти должны быть конфиденциальными, либо речь идет о брате ребенка.</p> <p>Поведение воспитателя зачастую помогает нейтрально оценить возможное негативное воздействие семейной обстановки на ребенка. Сделать это можно более благоприятной и гармоничной</p>
Лист здоровья	<p>Воспитатели работают в тесном контакте с медицинским персоналом детского сада. В практике важно выработать дифференцированный подход к детям с учетом состояния их здоровья. Для этого в группах имеются так называемые «Листы здоровья», которые заполняются медицинским персоналом. Как известно, для формирования правильной осанки и профилактики нарушений</p>

	<p>зрения некаждоважное значение имеет правильная посадка детей за столом. Для того каждому ребенку подбирается комплект мебели. Рост и вес детей определяют 2 раза в год, соответственно и комплект мебели должен определяться 2 раза в год. Врач осуществляет распределение детей по группам Моронья. По результатам профосмотров (проводятся 2 раза в год в садовских группах и 4 раза в год в группах раннего возраста) в зависимости от характера и степени выраженности отклонений в состоянии здоровья детей врач дает рекомендации, фиксируя их документально. В практической работе воспитателям важны именно рекомендации, а не каннический диагноз (он является рабочей тайной). Все перечисленное отражается в «Анкете Моронья» на каждого ребенка.</p>
<p>Возрастной список детей</p>	<p>Состав детей в одной и той же группе неоднороден по возрасту, и разница может достигать до года. Воспитателю должны учитывать возраст каждого ребенка в группе, так как разница в возрасте влияет на особенности индивидуального подхода к каждому из детей. Например, если в группе дети 3,5 лет и 4 лет, то во взаимоотношениях с ними воспитатель должен учитывать возрастные изменения психики, связанные с кризисом 3—4-летних. У одних детей активная фаза кризиса в разгаре. У других — кризис завершается, они постепенно становятся более контактными и управляемыми, а значит, могут более пропускать и комфортно опускать себя в коллективе. Простой список с указанием возраста может помочь предотвратить весьма серьезные проблемы в группе.</p>
<p>Схема посадки детей за столами</p>	<p>Помогает правильно подобрать мебель по росту, пронаести посадку детей, что является профилактикой нарушения осанки и зрения. Для закрепления места на определенном месте существует схема посадки детей за столами, которая по мере необходимости корректируется в зависимости от изменений в физическом состоянии детей в группе.</p>
<p>Расписание непосредственно образовательной деятельности</p>	<p>Расписание непосредственно образовательной деятельности помогает систематизировать работу с детьми в течение текущего месяца. Согласно требованию СанПиН 2.4.1.3049-13.</p>

	<p>о максимально допустимом объеме образовательной нагрузки в первой половине дня в младшей и средней группах не превышает 30—40 мин соответственно, а в старшей и подготовительной — 45 мин и 1,5 ч соответственно. В середине времени, отведенного на непрерывную образовательную деятельность, проводит физкультминутку. Перемены между периодами непрерывной и образовательной деятельности — не менее 10 мин. Расписание непосредственно образовательной деятельности составляет старший воспитатель и утверждает заведующая АОО.</p>
<p>Перспективный план на год</p>	<p>К началу учебного года воспитатель составляет перспективный план, который помогает ему планомерно решить поставленные задачи, используя для этого эффективные методы, индивидуально эту работу с детьми и работу с родителями. Перспективный планирование предоставляет воспитателю и глубокий анализ состояния воспитательно-образовательной работы в группе, выявление ее сильных и слабых сторон, определение актуальных задач на предстоящий учебный год.</p>
<p>План работы на месяц</p>	<p>Для конкретизации и корректировки непосредственно-образовательной работы, преподаватель перспективный планом, воспитатель использует в работе конкретные планы. Для удобства пользования планом воспитатель дежурит его на две части: первая и вторая половины дня. В первой половине дня воспитатель планирует: беседы, индивидуальную и совместную деятельность, самостоятельную деятельность детей, НОД, чтение художественной литературы, утреннюю гимнастику, пальчиковую гимнастику, артикуляционную гимнастику, дидактические игры, приемы кулачурно-пальчиковых навыков, прогулку, наблюдение природы. Во второй половине дня воспитатель планирует: бодрящую гимнастику, беседы, индивидуальную работу, экспериментирование, сюжетно-ролевые и дидактические игры, прогулку, работу с родителями.</p>
<p>Мониторинг</p>	<p>Каждый воспитатель должен изучать своих воспитанников, следить за особенностями их развития. Изучать надо в системе и постоянно.</p>

	<p>Для этого существуют карты мониторинга по всем видам деятельности учащихся детьми образовательной программы.</p> <p>Мониторинг воспитатель должен проводить в начале и конце учебного года, что даст ему возможность сравнить результаты усвоения детьми образовательной программы и своевременно провести коррекцию познавательных процессов в сторону достижения ребенком возрастных норм</p>
<p>Схема взаимодействия с семьей</p>	<p>Работа воспитателя не будет полноценной, если у него нет контакта с родителями детей. Необходимо знакомить родителей с образовательной программой развития, целями и задачами воспитания, изучать передовой опыт семейного воспитания, знакомить родителей с жизнью и работой дошкольного учреждения. Работа с родителями должна вестись целенаправленно, планомерно и включать в себя индивидуальные и коллективные формы: беседы, родительские собрания, консультации, вечера доугов, выставки, дни открытых дверей и т.д.</p> <p>На родительских собраниях осуществляется педагогическое просвещение родителей. Темы собраний — самые разные. Воспитатель непременно должен вести протокол родительских собраний для последующего их анализа</p>
<p>Самосообразование</p>	<p>Общество постоянно предъявляет требования к системе образования. Воспитатель обязан своевременно знакомиться с новациями, раскрывать профессиональный потенциал, совершенствовать педагогическое мастерство, принимая на практике новые образовательные технологии. Воспитатель должен вести тетрадь по самообразованию, записывая в нее название научной литературы, название и автора заинтересовавшей его статьи с указанием страниц с наиболее значимой информацией. Далее следует обсудить с коллегами изученное на педагогическом совете или на педсовете. При использовании новаций необходимо приобрести или изготовить дидактические пособия согласно рекомендациям автора</p>

Источник: <http://doskivostav.ru/methods/methodskabinet07.htm>

Цит. О. А. Макгиной, старший воспитатель, МАДОУ № 1, поселок Ново-Ленинских Тверской области.

Пищевые продукты, которые не допускаются использовать в питании детей

Мясо и мясopоду́кты:

- мясо диких животных;
- козлятина/содержащее сырье из мяса птицы;
- мясо трети и четвертой категории;
- мясо с массовой долей костей, жировой и соединительной ткани свыше 20 %;
- субпродукты, кроме печени, языка, сердца;
- кровяные и диверсные колбасы;
- испорченная птица;
- мясо водонавозных птиц.

Блюда, изготовленные из мяса, птицы, рыбы:

- зельца, изделия из мясной обреси, дрифракты, рулеты из мякоти говядины;
- блюда, не прошедшие температурную обработку, кроме соленой рыбы (сельдь, семга, форель).

Консервы:

- консервы с нарушением герметичности балок;
- бомбажная;
- «хлопушка»;
- банки с ржавчиной;
- деформированные;
- без этикеток.

Пищевые жиры:

- кулинарные жиры, свиное или баранье сало, маргарин (маргарин допускается только для выпечки) и другие гидрогенизированные жиры;
- слипчатое масло жирностью ниже 72 %;
- жареные в жире (во фритюре) пищевые продукты и кулинарные изделия, чипсы.

Молоко и молочные продукты:

- молоко и молочные продукты из хозяйств, не благополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных;
- молоко, не прошедшее пастеризацию;
- молочные продукты, творожные сырки с использованием растительных жиров;
- мороженое;
- творог из непастеризованного молока;
- фаяжгал сметана без термической обработки;
- простокваша «самоквас»;

Яйца:

- водонавозных птиц;
- с затравленной скорлупой, с насечкой, «тека», «бой»;

■ из хозяйства, не благополучных по сахаронасыщенности;

Кондитерские изделия:

■ кремовые кондитерские изделия (пирожные и торты);
■ кремы.

Прочие продукты и блюда:

- любые пищевые продукты домашнего (не промышленного) изготовления, а так же принесенные из дома (в том числе при организации праздничных мероприятий, праздновании дней рождения и т.п.);
- первые и вторые блюда на основе сухих пищевых концентратов быстрого приготовления;
- крупы, мука, сухофрукты и другие продукты, содержащие различные примеси или зараженные амбарными вредителями;
- грибы и кушарные изделия, из них приготовленные;
- квас, газированные напитки;
- уксус, горчица, хрен, перец острый и другие острые приправы и соевые держатели их пищевые продукты, включая острые соусы, кетчупы, майонезы и майонезные соусы;
- маринованные овощи и фрукты (огурцы, томаты, салаты, яблоки) с применением уксуса, не прошедшие через выдвинутой термическую обработку;
- кофе натуральные;
- яйца африканской косточки, арахиса;
- карамель, в том числе леденцовая;
- продукты, в том числе кондитерские изделия, содержащие алкоголь, кураж и другие кислородные продукты с содержанием этанола более 0,5%.

Приложение 3

Характеристика стула у детей

Состояние ребенка, заболевания			Характеристика стула		
			Частота, запах	Цвет, консистенция	Патологические примеси
Здоровый ребенок первого года жизни	Вид вскармливания	Новорожденный	От 5 раз	Темно-оливковый, вязкая масса	Отсутствуют
		Естественное	От 5 до 2—3 раз, кисловатый	Золотисто-желтый, в виде жидкой сметаны	Отсутствуют
		Искусственное	От 3—4 до 1—2 раз, неприятный, гнилостный	Светло-желтый, замазкообразной консистенции	Отсутствуют
При заболеваниях	Простая диспепсия		От 5 до 10 раз в сутки, кисловатый	Желтовато-зеленоватая окраска. Жидкий, примесь зелени, наличие белых комочков (кальциевые мыла)	Иногда прозрачная, «стекловидная» слизь, в виде нитей
	Токсическая диспепсия		Частый	Светло-желтого цвета, водянистый (на пленке)	Очень небольшое количество слизи

Состояние ребенка, заболевания	Характеристика стула		
	Частота, запах	Цвет, консистенция	Патологические примеси
		вокруг небольшого количества каловых масс — обширное мокрое пятно)	
Сальмонеллез	До 3 раз	Зеленоватый, типа болотной зелени	Небольшое количество слизи
Дизентерия	Учащен — от 3 (легкое течение) до 15 (тяжелые формы) раз в сутки	Испражнения могут отсутствовать	Большое количество слизи, гноя, прожилки крови, тенезмы (болезненные позывы), зияние ануса
Вирусный гепатит	Может быть учащен	Обесцвечен	—
Пищевые токсикоинфекции	Учащен	Зеленовато-желтый, обильный	Примесь слизи, реже с прожилками крови
Холера	Учащен до 100 раз	В виде рисового отвара, мучновато-белый	Отсутствуют

Дизентерия (шигеллез)

Контактная инфекция	80—90 %
Возраст	Наиболее восприимчивы дети от 2 до 7 лет
Характеристика возбудителя	Шигеллы являются факультативными аэробами, хорошо растут на обычных питательных средах
Источник заболевания	Больные острым или хроническим шигеллезом, а так же бактерионосители
Механизмы, пути распространения инфекции	Фекально-оральный. Пути передачи: пищевой (молодые продукты, в последние годы это чаще всего сметана), водный, контактно-бытовой
Инкубационный период	От нескольких часов до 7 дней
Периоды болезни	Инкубационный период — от нескольких часов до 7 дней (чаще 2—3 дня); начальный период — 1—2 дня; период разгара — 5—14 дней, период выздоровления
Начало болезни	Острое, рвота, боли в животе, жидкий стул, повышение температуры тела до 38—40 °С
Симптоматика периода выработки каловых масс	Рвота, головная боль, пониженная подвижность, снижение аппетита, калитический синдром, схваткообразные боли в животе, Тенезмы. Наличие патологических примесей в стуле: слизь, кровь
Иммунитет	Нестоек и неспецифичен; возможны повторные заболевания
Осложнения	Специфична: инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность, кишечное кровотечение, перитонит; прободение кишечника, трещины и эрозия заднего прохода. Неспецифические: пневмония, отит, бронхит, плеврит, тинимония
Основные профилактические мероприятия	Выявление и изоляция больных. Тщательная и заключительная дезинфекция. За контактными осуществлять медицинское наблюдение в течение 7 дней (термометрия, осмотр стула)

Дифференциальная диагностика высыпаний у детей раннего и дошкольного возраста

Инфекционные заболевания	Признаки				
	Время появления сыпи	Характер элементов сыпи	Локализация	Срок исчезновения сыпи	Исход сыпи
Скарлатина	В первые сутки заболевания, одномоментное высыпание	Мелкоточечная (небольшие красноватые пятна, пузырьки)	Боковые поверхности кисти, сгибательные поверхности конечностей, кожные складки	На 3—4-й день	Шелушение (крупнопластинчатое)
Корь	На 3—5-й день заболевания, этапное высыпание	Средне- и крупнопятнисто-папулезная (узловатая, местами сливающаяся)	Лицо, шея, верхняя часть груди, туловище, конечности	На 3—5-й день после появления сыпи	Пигментация (позатупно)

Национальный календарь профилактических прививок¹

Категории и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
Новорожденные в первые 24 ч жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В ¹⁾
Новорожденные на 3—7-й день жизни	Вакцинация против туберкулеза ²⁾
Дети 1 месяца	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В ¹⁾
Дети 2 месяцев	Третья вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) ³⁾
Дети 3 месяцев	Первая вакцинация против пневмококковой инфекции
Дети 4,5 месяцев	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
Дети 6 месяцев	Первая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) ⁵⁾
	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Вторая вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) ⁵⁾
	Вторая вакцинация против полиомиелита ⁴⁾
	Вторая вакцинация против пневмококковой инфекции
	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В ¹⁾
	Третья вакцинация против полиомиелита ⁴⁾
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции (группы риска) ⁵⁾

¹ См. Приказ от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям».

Категории и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
Дети 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
	Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В (группы риска) ¹⁾
Дети 15 месяцев	Ревакцинация против пневмококковой инфекции
	Ревакцинация против полиомиелита ⁶⁾
Дети 18 месяцев	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка
	Ревакцинация против гемофильной инфекции (группы риска)
Дети 20 месяцев	Вторая ревакцинация против полиомиелита ⁶⁾
	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети 6—7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка ⁷⁾
	Ревакцинация против туберкулеза ⁸⁾
Дети 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка ⁷⁾
	Третья ревакцинация против полиомиелита ⁶⁾
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка — каждые 10 лет от момента последней ревакцинации
	Вакцинация против вирусного гепатита В ⁹⁾
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против краснухи
Дети от 1 года до 18 лет, женщины от 18 до 25 лет (включительно),	

Категории и возраст граждан, подлежащих обязательной вакцинации	Наименование профилактической прививки
не болевшие, не привитые, привитые самокритично против краснухи, не имеющие сведений о прививках против краснухи	
Дети от 1 года до 18 лет включительно и взрослые в возрасте до 35 лет (включительно), не болевшие, не привитые, привитые однократно, не имеющие сведений о прививках против кори	Вакцинация против кори ¹⁰⁾
Дети с 6 месяцев, учащиеся I—II классов; обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы); беременные женщины; взрослые старше 60 лет; лица, подлежащие призыву на военную службу; лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями легких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом 1-го и 2-го типов, метаболическими нарушениями и ожирением	Вакцинация против гриппа

¹⁾ Первая, вторая и третья вакцинации проводятся по схеме 0—1—6 (1-я доза — в момент начала вакцинации, 2-я доза — через месяц после 1-й прививки).

Скарлатина

Приложение 7

пинки. 3-я доза — через 6 мес. от начала вакцинации), за исключением детей, отнесенных к группам риска, вакцинация против вирусного гепатита В которых проводится по схеме 0—1—2—12 (1-я доза — в момент начала вакцинации, 2-я доза — через 1 мес. после 1-й прививки, 3-я доза — через 2 мес. от начала вакцинации, 3-я доза — через 12 мес. от начала вакцинации).

²⁾ Вакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза для лиц первой группы вакцинации (БЦЖ-М); в субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а так же при наличии в округе зарегистрированного больного туберкулезом — вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

³⁾ Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (родившимся от матерей — носителей НВsAg, больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности, не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В, употребляющих наркотические средства или психотропные вещества, из семей в которых есть носитель НВsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами).

⁴⁾ Первая и вторая вакцинация проводится вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

⁵⁾ Вакцинация проводится детям, относящимся к группам риска (с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приходящими к резко повышенной опасности заболевания гемофильной инфекцией; с острореспираторной заболеваемостью и (или) анатомическими изменениями иммунной системы; с ВИЧ-инфекцией; детям, находящимся в домах ребенка, с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; детям, находящимся в домах ребенка).

⁶⁾ Третья вакцинация и последующие ревакцинации против полиомиелита проводятся детям вакциной для профилактики полиомиелита (живой) детям, рожденным от матерей с ВИЧ-инфекцией, детям с ВИЧ-инфекцией; детям, находящимся в домах ребенка, — вакциной для профилактики полиомиелита (инактивированной).

⁷⁾ Вторая ревакцинация проводится анатоксинами с уранопептиком содер-жащим антигенов.

⁸⁾ Ревакцинация проводится вакциной для профилактики туберкулеза (БЦЖ).

⁹⁾ Вакцинация проводится детям и взрослым, ранее не привитым против вирусного гепатита В, по схеме 0—1—6 (1-я доза — в момент начала вакцинации, 2-я доза — через 1 мес. после 1-й прививки, 3-я доза — через 6 мес. от начала вакцинации).

¹⁰⁾ Интервал между первой и второй прививками должен составлять не менее 3 мес.

Контактный индекс	30—40 %
Возраст	Чаще болеют дети от 2 до 7 лет, могут болеть и взрослые
Характеристика возбудителя	Бета-гемолитический стрептококк группы А. Имеет термостабильную фракцию токсина (эритрогенный токсин) и термостабильную (адерген), устойчивую во внешней среде
Источник заболевания	Больной человек, бактерионоситель (особенно опасны больные со стертой формой)
Механизм, пути распространения инфекции	Капельный. Пути передачи: воздушно-капельный, возможен контактно-бытовой и пищевой через молоко и молочные продукты
Инкубационный период	2—7 дней
Периоды болезни	Предромальный период не выражен, период выраженной клиники, период выздоровления
Начало болезни	Острое, явления интоксикации: головная боль, рвота, боль в горле, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов
Симптоматика периода выраженной клиники	На фоне интоксикации — ангина (от катаральной до некротической), яркий отрывчатый гиперемиз лева; в 1—2-е сут. — одномоментное выпячивание сыпи; белая дермографизм с 3-го дня болезни — «маленькая оспа»
Иммунитет	Стойкий антитоксический, возможен повторные случаи
Осложнения	Ранние: тошнота, отиты, синуситы, ангина, нефрит; поздние: адвергенный гломерулонефрит, миокардит
Основные профилактические мероприятия	Выявление и изоляция источника инфекции. Терапия (эжедентанол) и закаливающая дезинфекция. Регулирование воздушного режима в спальнях помещенных и местах массовых занятий

Корь

Контагиозный индекс	До 100 %
Возраст	Чаще болеют дети дошкольного возраста
Характеристика возбудителя	Вирус (никсотрупа). Неустойчив во внешней среде
Источник заболевания	Большой человек
Механизмы, пути распространения инфекции	Капельный. Путь передачи воздушно-капельный; инфекция передается током воздуха на расстоянии «случайно»
Инкубационный период	9—11 дней (иногда до 21 дня)
Периоды болезни	Катаральный 3—4 дня, период высыпания 3—4 дня, период пигментации 7—14 дней, период выздоровления
Начало болезни	Острое, катаральные явления («кашляющий кашель», конъюнктивит со светобоязнью, зноятевая сызистой шеей, штипа Боалского — Фрилатова — Копаика на слизистой оболочке щек, около маляк коренных зубов
Симптоматика периода выраженной канники	Выражены катаральные явления: лптоксикации, характерная сыпь, конъюнктивит, на 3—4-й день высыпания — исчезновение ия пигментация сыпи
Иммунитет	Стойкий
Осложнения	Ларингиты, бронхиты, пневмония
Основные профилактические мероприятия	Активная иммунизация. Изоляция больного. Контактную проветривают, дезинфекцию не проводят

Краснуха

Контагиозный индекс	40—50 %
Возраст	Чаще болеют дети от 2 до 10 лет, могут болеть новорожденные и взрослые
Характеристика возбудителя	Вирус не устойчив во внешней среде; опасен для эмбриональной ткани
Источник заболевания	Большой человек, здоровый вирусоноситель
Механизмы, пути распространения инфекции	Капельный, гемоконтактный (при врожденной форме). Путь передачи: воздушно-капельный (при непосредственном контакте), иногда внутритрубноый, контактно-бытовой, трансплацентарный
Инкубационный период	11—16 дней (иногда до 22 дней)
Периоды болезни	Продолжительный период не выражен, период высыпания, период реконвалесценции
Начало болезни	Постепенное, незначительные катаральные явления, конъюнктивит, увеличение и болезненность лимфатических узлов, особенно заднешейных и затылочных
Симптоматика периода выраженной канники	На фоне катаральных явлений и дисфагеноптии в 1—33-й день от начала заболевания — мультиспальная сыпь; общее состояние не нарушено; у взрослых протекает тяжелее
Иммунитет	Стойкий
Осложнения	Как правило, не встречаются. В редких случаях — артриты, энцефалит
Основные профилактические мероприятия	Изоляция больного до 5-го дня высыпания, карантин не накладывают, особенно опасна краснуха для беременных

Дифтерия

Контагиозный индекс	10—20 %
Возраст	Чаще болеют дети от 3 до 12 лет, могут болеть взрослые
Характеристика возбудителя	Возбудитель дифтерии — коринебактерия <i>Clostridium diphtheriae</i> , продуцирующая экзотоксин, который оказывает повреждающее действие на органы и ткани организма. Высокостоек во внешней среде
Источник заболевания	Большой человек бактериюносителю (реконвалесценту)
Механизмы, пути распространения инфекции	Капельный. Основной путь передачи: воздушно-капельный, возможен контактно-бытовой, реже пищевой
Инкубационный период	От 2 до 7 дней
Периоды болезни	Продромальный период не выражен. Периоды выраженной клиники и периода реконвалесценции
Начало болезни	Острое, явления интоксикации: головная боль, разбитость; умеренная боль в гортани и при глотании
Симптоматика периода выраженной клиники	Кроме явлений интоксикации характерны серовато-белые налеты фибринозного характера с наклонностью к распространению на фоне умеренной гиперемии зева, увеличение регионарных лимфатических узлов. Иногда появление истинного крупа
Иммунитет	Нестойкий
Осложнения	Ранние и поздние: миокардиты, парезы, параличи
Основные профилактические мероприятия	Ранняя госпитализация, дезинфекция в очаге, бактериологическое обследование всех контактов в целях выявления бактерионосителей; карантин для контактов до 7 дней; вакцинация большого не ранее чем через 2 недели при двух отрицательных бактериологических анализах; активная иммунизация детей в соответствии с календарем прививок

Коклюш

Контагиозный индекс	70—100 %
Возраст	Чаще болеют дети дошкольного возраста, могут болеть новорожденные и взрослые
Характеристика возбудителя	Гемолитическая палочка, неподвижная, не образующая капсул и спор. Неустойчивая во внешней среде
Источник заболевания	Большой человек, бактериюносителю, особенно опасны больные в начальном периоде заболевания и со стертой формой
Механизмы, пути распространения инфекции	Капельный. Путь передачи воздушно-капельный при непосредственном и продолжительном контакте
Инкубационный период	От 3 до 14 дней (в среднем 7—8 дней)
Периоды болезни	Продромальный (катаральный), период спазмодического кашля, период разрешения. Выздоровление
Начало болезни	Постепенное; катаральные явления, постепенно усиливается и ночной кашель (до 7—10 дней)
Симптоматика периода выраженной клиники	Период спазмодического кашля характерен: приступами кашля с репризами (от нескольких до 20—30 в сутки) с выделением мокроты, иногда со рвотой
Иммунитет	Стойкий иногда возможные повторные случаи
Осложнения	Ранние и поздние — пневмония; возможны дерингиты, кровоизлияния в глаз, мозг
Основные профилактические мероприятия	Изоляция больного до 30-го дня от начала болезни, выявление бактерионосителей; карантин для контактов детей от 7 до 14 дней; активная иммунизация детей с 3 месяцев вакциной АКДС по схеме, пассивная иммунизация гамма-глобулином контактов детей первого года жизни и ослабленных

Эпидемический паротит

Контактный индекс	50—85%
Возраст	Любой возраст
Характеристика возбудителя	Вирус не устойчив во внешней среде, чувствителен к нагреванию, высушиванию, воздействию химических средств
Источник заболевания	Больной человек за 1—2 дня до появления признаков болезни и в первые 5 дней болезни
Механизмы, пути распространения инфекции	Капельный. Путь передачи воздушно-капельный
Инкубационный период	От 11 до 23 дней (чаще 15—19 дней)
Периоды болезни	Начальный период — 1—2 дня периода разгара, периода выздоровления
Начало болезни	Острое, повышение температуры тела, общее недомогание, головная боль, потеря аппетита
Симптоматика периода выраженной клиники	Боль при открывании рта, жевании. Увеличение околоушных желез. Характерный вид лица
Иммунитет	Стойкий. Повторные заболевания примерно в 3% случаев
Осложнения	Воспаление паренхиматозной железы (панкреатит), половых желез, вирусный менингоэнцефалит
Основные профилактические мероприятия	Карантин на 21 день. Дети, имеющие контакт с больным, не допускаются в ДОУ с 10-го по 21-й день с момента изоляции больного. Вакцинация в 12—15 месяцев, ревакцинация в 6 лет

Ветряная оспа

Контактный индекс	До 100%
Возраст	Чаще болеют дети от 1 года до 7 лет, могут болеть взрослые
Характеристика возбудителя	Вирус, родственный вирусу опоясывающего герпеса, малоустойчив во внешней среде, тропизм к лимфоидной ткани
Источник заболевания	Больной человек
Механизмы, пути распространения инфекции	Капельный, контактный. Путь передачи: воздушно-капельный, редко — контактно-бытовой, вертикальный
Инкубационный период	11—21 день (чаще 14—17 дней)
Периоды болезни	Продолжительный — от нескольких часов до 1—2 дней; высыпания — 2—5 дней; обратного развития — 1—2 недели после появления последних элементов сыпи
Начало болезни	Ухудшение общего состояния, снижение аппетита, слабость, озноб. К концу 1-го дня появляются сыпь, температура тела повышается до 38—39 °С
Симптоматика периода выраженной клиники	Появление сыпи одновременно в разных местах тела, на лице, волосистой части головы и конечностях
Иммунитет	На всю жизнь
Осложнения	Развитие крупы вирусные пневмонии
Основные профилактические мероприятия	Изоляция больного. Дезинфекция не проводится. Достаточно проветривания помещений и влажной уборки

Грипп

Контактный индекс	100 %	
Возраст	Все возрастные группы. Относительно реже болеют новорожденные и дети первых месяцев жизни	
Характеристика возбудителя	Различные типы вируса гриппа	
Источник заболевания	Большой человек	
Механизмы, пути распространения инфекции	Капельный. Путь передачи воздушно-капельный	
Инкубационный период	От нескольких часов до 1—2 дней	
Периоды болезни	Начальный период не характерен. Период разгара, период выздоровления	
Начало болезни	Острое. Лихорадка, симптомы интоксикации, повышение температуры тела до 38,5—40 °С	
Симптоматика периода выраженной кашники	Сильная головная боль, иногда боль в нервно-мышечных структурах, костях, суставах, глазных яблоках; снижается аппетит, нарушается сон. Нередки озноб, рвота	
Имунитет	Несколько недель	
Осложнения	Со стороны нервной системы: невралгии, радикулиты. Менингиты, пневмонии. Возможно тяжелое осложнение — энцефалит	
Основные профилактические мероприятия	Изоляция больного. Систематическое проветривание, осуществление помехений ртутно-кварцевой лампы. Дезинфекция посуды и вещей больного. Иммунизация пера оживленной эмulsion	

Вирусные гепатиты

Контактный индекс	22—55 %	
Возраст	Наибольшая заболеваемость у детей в возрасте от 2 до 10 лет	
Характеристика возбудителя	Вирус А, В, С, D, E и F	
Источник заболевания	Устойчиве к низким температурам, высушиванию; сохраняется в крови, сыворотке, взятых у больных на вирусносителей	
Механизмы, пути распространения инфекции	Большой человек, вирусноситель, возможна длительная (даже пожизненная) циркуляция вируса в организме человека	
Инкубационный период	Гепатиты А, Е — фекально-оральный, контактно-бытовой. Гепатиты В, С, D — парентеральный, через кровь. Медицинский инструментарий, при попадании в кровь через ссадины оболочки, поврежденные кожные покровы	
Периоды болезни	Гепатиты А, Е — 15—35 дней, В, С — до 180, А, D и сочетания с В — от 21 до 70 дней	
Инкубационный период	Инкубационный, преджелтушный, желтушный, постжелтушный, реконвалесценция	
Классификация	По типу: типичные (желтушные) и атипичные (стертые, безжелтушные, бессимптомные) формы. По исходу: выздоровление, переход в хроническую форму, цирроз печени, онкологические поражения	
Начало болезни	Острое. Давления интоксикации, подъем температуры тела, боли в области живота, пупка (острые, тупые, приступообразные, ноющие), сонливость, головная боль, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота. Развитие морфологических изменений в печени, падение уробилина в моче	
Симптоматика периода выраженной кашники	Появление желтушного окрашивания кожи, конъюнктивы и слизистых оболочек, потемнение мочи и обесцвечивание стула. Повышение уровня билирубина в крови нарушению свертывания	

Контагиозный индекс	22—55%
Иммунитет	Стойкий, но к определенному типу возбудителя
Осложнения	Хронический гепатит, цирроз печени
Основные профилактические мероприятия	Дезинфекция в очаге гепатита А. Карантин на срок 35 дней от момента разобщения. Специальная обработка хлороформными препаратами посуды, нательных, постельного белья и нижней одежды, ежедневная влажная уборка помещений. Периодическая проверка наличия в крови маркеров гепатитов. Вакцинация против гепатита В согласно календарю прививок

Острый полиомиелит

Возраст	Наиболее подвержены заболеванию дети в возрасте от 3 месяцев до 5 лет
Характеристика возбудителя	Возбудитель болезни — фильтрующийся вирус, который обладает большой устойчивостью к воздействию физических и химических агентов и может долго (3—6 мес.) находиться во внешней среде, особенно в воде, молоке и молочных продуктах. Вирус быстро погибает под действием высоких температур (кипячение), ультрафиолетового облучения, дезинфицирующих средств
Источники заболевания	Источником инфекции при полиомиелите являются больные и вирусоспособные. Большой полиомиелитом опасен для окружающих и в инкубационном периоде, и в течение всей болезни
Механизмы, пути распространения инфекции	Фекально-оральный и капельный
Инкубационный период	От 4 до 30 дней (в среднем от 6 до 21 дня)
Периоды болезни	Течение парализующих форм острого полиомиелита делится на четыре периода: продроматический, парализующий, восстановительный и ремиссионный
Начало болезни	Острое. Повышение температуры тела и общая интоксикация. Иногда бывает небольшое катаральное явление, разлитый стул. Дети вялы, капризны, терпят апноэ, плохо спят. На 2—3-й день, а иногда уже к концу первых суток болезни, появляются головные боли, рвота, боли в конечностях, шее, спине
Симптоматика периода выраженной клиники	Поражение вирусом серого вещества спинного мозга и двигательных ядер черепных нервов. Клинически выражается развитием вялых или периферических парезов и параличей. Наиболее часто острый полиомиелит поднимает в результате инфицирования одним из трех типов вируса полиомиелита

Возраст	Наиболее подвержены заболеванию дети в возрасте от 3 месяцев до 5 лет
Иммунитет	Стойкий
Осложнения	Паралитич
Основные профилактические мероприятия	Если заболевание установлено в детском учреждении, на этот срок назначается карантин сроком на 21 день на всю группу. В течение этого срока проводятся ежедневная термометрия, осмотр детей педиатром и однократно невропатологом. Вакцинация проводится начиная с 3 месяцев трехкратно с интервалами между приемами в 1,5 месяца. Первая ревакцинация — в 18 месяцев, вторая — в 20 месяцев, третья — в 14 лет

Задания для самостоятельной работы в учебном заведении и ДОО

1. Значение рационального режима и гигиенические требования к нему в различных типах ДОО.
2. Организация приема детей в дошкольные учреждения.
3. Гигиенические требования к организации сна.
4. Психологический сон у детей.
5. Этурус. Причины возникновения, формы. Особенности индивидуального подхода к детям, страдающим энурезом.
6. Скрытые девиации у детей.
7. Кожные заболевания и меры их профилактики.
8. Респираторные заболевания у детей. Принципы оздоровления.
9. Неуроки и их предупреждение.
10. Закаливание. Использование традиционных и нетрадиционных методов.
11. Важные неблагоприятных метеороусловий на состояние здоровья.
12. Охрана зрения у детей раннего и дошкольного возраста.
13. Питание половых органов.
14. Гельминтозы. Меры профилактики.
15. Особенности ухода за детьми первого года жизни.
16. Круп у детей. Особенности оказания первой доврачебной помощи.
17. Гигиенические требования к использованию компьютеров и других средств технического обучения.
18. Заболевания уха, горла и носа у детей. Меры профилактики.
19. Особенности детского травматизма.
20. Длительные требования к организации проведения физкультурных занятий.
21. Медико-педагогический контроль над проведением физкультурных занятий.
22. Вирусные гепатиты. Меры профилактики.
23. Прикус. Формирование его у детей. Меры профилактики аномалии прикуса.
24. Формирование правильной осанки.
25. Рациональное использование основных помещений дошкольных учреждений.
26. Учет индивидуальных особенностей при организации занятий.
27. Подготовка детей к школьному обучению.
28. С помощью медицинских карт, данных медицинского персонала, воспитателя и своих наблюдений выявите в прикрепленной группе всех детей с отклонениями в физическом развитии.
29. Выявите причины этих отклонений и мероприятия, проводимые в ДОО в порядке индивидуальной помощи этим детям; в случае отсутствия разработайте их.

30. Самостоятельно обследуйте и оцените физическое развитие одного ребенка.
31. В дошкольном учреждении определите, отвечает ли продолжительность отдельных режимных моментов гигиеническим нормам.
32. Проверьте соответствие мебели росту воспитанников вашей группы.
33. Пронаблюдайте, как в дошкольных учреждениях обеспечивается охрана зрения детей.
34. Выясните и прикреплённой группе детей, имеющих какие-либо отклонения в зрении, выясните, какие мероприятия проводит ДОО в порядке индивидуальной помощи этим детям, разработайте их в случае их отсутствия.
35. Дайте гигиеническую оценку естественному и искусственному освещению групповых комнат и уголков для игр.
36. Пронаблюдайте, как осуществляется в условиях пребывания детей в ДОО гигиена органов дыхания и голосового аппарата у детей.
37. В прикреплённой группе выясните детей с нарушениями осанки и стопы. Выясните, какие мероприятия проводятся в Детском саду для их исправления. Разработайте эти мероприятия в случае их отсутствия.
38. Дайте гигиеническую оценку организации и проведению закаливающих мероприятий в ДОО.
39. Выясните качественный и количественный состав пищи детей различных групп ДОО.
40. Дайте гигиеническую оценку организации питания в различных возрастных группах.
41. Проверьте у детей различных возрастных групп наличие культирно-гигиенических навыков приема пищи. При выявлении недостатков внесите предложения по их устранению.
42. Ознакомьтесь с мероприятиями, проводимыми в ДОО по предупреждению инфекционных заболеваний, с правилами осмотра кожи, зевы, измерения температуры тела.
43. Пронаблюдайте за организацией изоляции заболевшего ребенка, порядком установления и проведения карантина, техникой дезинфекции, способами обработки белья, игрушек, испражнений больных детей.
44. Пронаблюдайте, какие методы и средства используются в ДОО для формирования у детей гигиенических навыков. Установите, как осуществляется в данном ДОО санитарно-просветительная работа с родителями, какие наглядные средства информации имеют место.
45. Посодействуйте за вентиляционным и тепловым режимом в групповых и других помещениях, за уборкой помещений. При установлении недостатков внесите предложения по их устранению.

Медицинские термины, встречающиеся в тексте

- Адаптация** — приспособление к окружающей условиям.
- Асфиксия** — состояние резко повышенной чувствительности к кислородному голоданию вызванный от питания.
- Амелитарный** — зависящий от питания.
- Аллергия** — болезнь, вызывающее необычную реакцию организма.
- Амрития** — повышенная или паразитическая чувствительность организма к какому-либо веществу — аллергену.
- Альбумин** — простое белки, содержащиеся в сыворотке крови, молекулы.
- Анаэробы** — организм, способные существовать без свободного доступа кислорода.
- Анексия** — малокровие.
- Анорексия** — отсутствие аппетита.
- Биологически активные вещества (БАВ)** — органические соединения, участвующие в осуществлении определяющих функций организма и оказывающие высокоспецифическое действие (ферменты, гормоны, витамины).
- Бифидобактерии** — вид молочнокислых бактерий, которые составляют 80—90% нормальной кишечной флоры детей. Подпадают развитие бовезительных и тинальных микробов.
- Баффарин** — послепанное тонжение свертываемости крови, вызывающее в наклонности к кровотоочечивым.
- Ремофалин** — лекарственное тонжение свертываемости крови, вызывающее в наклонности к кровотоочечивым.
- Пигментация** — местное покраснение (покраснение).
- Пигментный скарлатин** — неадекватная нерестройка терморегуляции с резким преобладанием процесса теплопродукции над процессами теплоотдачи.
- Пиптогалактия** — пониженная секреторная способность молочных желез.
- Пилонпрофия** — хроническое расстройство питания, сопровождающееся снижением массы тела.
- Питание** — вещество, вызывающее сожращение мягких бронхов, расширение капилляров, возбуждение некоторых отделов нервной системы.
- Томогенизация** — приращение одитородности строения и состава продукта, используемым в детском питании.
- Платуляция** — моодой соединительная ткань.
- Ашикекция** — унитожение вазомоных. Дезинфекция — унитожение возбудителей заразных болезней.
- Акоминенация** — возникающая неспособность приспособительных механизмов компенсировать вышанные болезнью расстройства деятельности организма.
- Декстрин-мальтоза** — продукт частичного расщепления Агсахаридов, образующего двумя остатками глюкозы.

Асептизация — истребование опасных грибов.

Аиарса — понос.

Анапез — аномалия конституции человека, характеризующаяся предрасположением организма к некоторым заболеваниям (например, к пролиферации аденомы при экссулятивном Анапезе).

Аномалия — единица измерения оптической силы линзы.

Антеросность — характеристика размера частиц (сравни их размерности).

Антропофилия — нарушение питания (трансы).

Зубной камень — твердые отложения на зубах.

Иммунитет — иммунитет, характеризующийся возникновением иммунитета засыхающих с образованным кором.

Инвазия — заражение животными паразитами (глистами).

Инозавиция — освещение солнечными лучами.

Интерактивизм — факторы межличностного взаимодействия в индивидуальном ответе.

Интерстициальный — соединительнотканый.

Интосикация — отравление организма животногоми веществами — токсинами.

Казеи — сложный белок, образующийся из казеиногена при створаживании молока под действием фермента химозина.

Казеинотел — сложный белок, находящийся в природном состоянии в молоке.

Карисес — заболевание тканей зуба (жамал, дентина), катар — воспалительный процесс слизистой оболочки какого-либо органа.

Коллаге — остро возникающее резкое оседание кровоснабжения.

Компенсация — уравнивание.

Лактобациллы — род молочнокислых бактерий, подавляющих гнилостную микрофлору в кишечнике.

Лактоза — молочный сахар, дисахарид, образованный остатками глюкозы и галактозы.

Лактым — разветвленные углубления на поверхности органа (например, в миндалинах).

Лептоспироз — смертельный.

Невроз — функциональные расстройства нервной системы.

Некроз — омертвление какой-либо части организма (часть тканей или органа).

Нефрит — воспаление почек.

Пародонтоз — воспалительный дистрофический процесс в деснах.

Патогенный — болезнетворный.

Перикулез — выпирание.

Пиеломония — воспаление легкого.

Пульпит — воспаление мякоти зуба — пульпа.

Ремиссия — период течения хронической болезни человека, характеризующийся ослаблением или исчезновением ее признаков.

Энцефалопатия — диффузное мозговое поражение головного мозга.

Список литературы

1. Адаптация ребенка к пребыванию в дошкольных образовательных учреждениях / Н. Д. Бобринцева-Глушккина и др. // Практика педагогики. — 2008. — № 10. — С. 66 — 72.
2. Адлерштадт у детей / под ред. Д. С. Назаровой-Барановой. — М.: Изд-во Союза педагогов России, 2011.
3. Питание детей и подростков: сборник нормативно-методических документов / под ред. чл.-корр. РАМН В. Р. Куницы. — М.: Изд-во Научного центра здоровья детей РАМН.
4. Голубев В. В. Основы педагогики и психологии детей дошкольного возраста: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. В. Голубев. — М.: Издательский центр «Академия», 2013.
5. Новикова Е. Л. Справочник врача и медсестры детского сада / Е. Л. Новикова, С. В. Шабукина. — Ростов н/Д.: Феникс, 2011.
6. Приказ Министерства России от 05.11.2013 г. № 822н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».
7. СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» (с изм., утвержденными Постановлениями Дашного государственного санитарного врача РФ от 20.07.2015 г. № 28 и от 27.08.2015 г. № 41).
8. Учебное пособие для профессиональной педагогической подготовки дошкольных лиц и работников дошкольных образовательных учреждений (для очно-заочной форм обучения) / сост.: Н. Н. Филатов, А. В. Давыденко, Ю. Н. Мохов и др. — М.: Бонфи, 2007.
9. Шабелов Н. Л. Детские болезни. В 2 т. Т. 1: учебник для вузов. — 6-е изд., стер. — СПб.: Питер, 2011.
10. Школа-дошкольная медицина (методика преподавания, программы, программы): метод. пособие для педагогов и психологов, работающих в образовательных учреждениях / под ред. А. Д. Панкова. — М.: Московский центр качества образования, 2008.

Интернет-ресурсы

- <http://кпб-10.рф/код-кпб-10>
<http://www.blackriver.ru/sifreca/31271/>
<http://dohkolonoc.ru/coln/6148-zdologovesveveduushchaya-deyatelnost-redagova-dou.html>
<http://www.smishlonok-club.ru/stall/1-adaptatsiya-rebjonka-k-dou>

Глава 1. Заорыве и здоровьесберегающая среда	4
1.1. Заорыве как состояние и свойство организма.....	4
1.2. Группы заорыва.....	7
Глава 2. Заорывесберегающая среда дошкольных образовательных организаций	11
2.1. Общие положения.....	11
2.2. Питвненческие требования к земельному участку.....	12
2.3. Питвненческие требования к территории.....	12
2.4. Питвненческие требования к зданиям.....	14
2.5. Питвненческие требования к планировке помещений.....	15
2.6. Питвненческие требования к оборудованию.....	18
2.6.1. Оборудование раздевальной (приемной).....	18
2.6.2. Оборудование групповых (игровых) комнат.....	18
2.6.3. Оборудование спален.....	21
2.6.4. Оборудование туалетных комнат.....	22
2.7. Питвненческие требования к воздушной среде помещений.....	24
2.8. Питвненческие требования к теплоовому режиму помещений.....	26
2.9. Питвненческие требования к организации водоснабжения.....	27
2.10. Требования к естественному и искусственному освещению помещений.....	28
2.11. Питвненческие требования к световому оформлению помещений дошкольных учреждений.....	31
2.12. Требования к ДОО и группам для детей с ограниченными возможностями заорыва.....	33
2.13. Санитарное содержание ДОО.....	36
Глава 3. Физиологическое обоснование режима дня	41
3.1. Общие положения.....	41
3.2. Медико-педагогическое сопровождение адаптации детей к условиям ДОО.....	43
3.3. Питвненческие требования к деятельности детей.....	46
3.4. Питвненческие требования к просмотру телевизионных передач и видеореализации.....	50
3.5. Санитарно-гигиенические требования к условиям организации работы детей с компьютером.....	51

3.6. Питвненческие требования к трудовой деятельности.....	53
3.7. Питвненческие требования к прогулкам и экскурсиям.....	54
3.8. Питвненческие требования к играм.....	56
3.9. Питвненческие требования к организации сна детей.....	58

Глава 4. Основы рационального питания.....

4.1. Понятие о рациональном питании, его особенностях у детей.....	62
4.2. Состав пищи.....	63
4.2.1. Белки.....	63
4.2.2. Жиры.....	64
4.2.3. Углеводы.....	64
4.2.4. Витамины.....	65
4.2.5. Минеральные вещества.....	72
4.2.6. Вода.....	74
4.2.7. Биологически активные добавки.....	75
4.3. Организация питания в ДОО.....	76
4.3.1. Требования к составлению меню и режиму питания.....	76
4.3.2. Воспитание у детей питвненческих навыков приема пищи.....	80
4.3.3. Санитарно-питвненческие требования к доставке, приему, качеству, условиям хранения, реализации и кулинарной обработке пищевых продуктов.....	81
4.3.4. Основные санитарные требования к кулинарной обработке продуктов.....	82
4.3.5. Санитарный режим пищеблока.....	83

Глава 5. Детские болезни и их профилактика.....

5.1. Заболевания нервной системы и их профилактика.....	85
5.1.1. Тяжелые неврозы у детей.....	85
5.1.2. Патологический сон у детей и его учет в работе воспитателя.....	93
5.1.3. Эпилепсия у детей. Оказание первой помощи при припадках.....	95
5.2. Виды нарушений опорно-двигательного аппарата и их профилактика.....	98
5.2.1. Формирование правильной осанки.....	98
5.2.2. Нарушение осанки.....	101
5.2.3. Плоскостопие и его профилактика.....	104
5.3. Заболевания дыхательной системы детей и их профилактика.....	105
5.3.1. Острые и хронические заболевания носоглотки.....	107
5.3.2. Острые и хронические заболевания миндалин.....	111
5.3.3. Острый бронхит.....	114
5.3.4. Острая пневмония.....	115
5.3.5. Профилактика заболеваний органов дыхания.....	116

5.4. Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей и их профилактика.....	117
5.4.1. Острые кишечные инфекции.....	118
5.4.2. Пищевые отравления и их профилактика.....	122
5.4.3. Гельминтозы у детей и их профилактика.....	127
5.5. Адеральные состояния и их профилактика.....	132
5.5.1. Бронхиальная астма.....	133
5.5.2. Атопический дерматит у детей.....	135
5.5.3. Острая крапивница и отек Квинке (ангионевротический отек).....	138
5.5.4. Аллергический шок.....	138
5.6. Болезни органов зрения и слуха и их профилактика.....	139
5.6.1. Заболевания органов зрения и их профилактика.....	139
5.6.2. Цветовое зрение и виды его нарушения.....	142
5.6.3. Заболевания органа слуха и их профилактика.....	144
5.7. Кожные заболевания и их профилактика.....	145
5.7.1. Потница и опрелость.....	149
5.7.2. Педикулезные заболевания.....	150
5.7.4. Грибковые заболевания.....	152
5.8. Заболевания мочеполовой системы у детей и их профилактика.....	153
5.8.1. Анатомо-физиологические особенности выделительной системы.....	153
5.8.2. Заболевания мочеполовой сферы у детей.....	155
5.8.3. Заболевания половых органов у мальчиков.....	156
5.8.4. Заболевания половых органов у девочек.....	157
5.9. Нарушения обмена веществ. Рахит.....	158
5.9.1. Сахарный диабет.....	158
5.9.2. Рахит у детей.....	160
Глава 6. Детские инфекционные заболевания и их профилактика.....	163
6.1. Общие закономерности возникновения, распространения и прекращения инфекционных болезней у детей.....	163
6.1.1. Характеристика патогенных возбудителей у детей.....	163
6.1.2. Изменчивость микрорганализмов.....	164
6.1.3. Устойчивость микрорганализмов к воздействию факторов внешней среды.....	165
6.2. Инфекционный процесс и его развитие.....	165
6.3. Эпидемический процесс, его основные факторы и закономерности.....	167
6.4. Специфические факторы защиты. Иммулитет.....	169
6.5. Иммунопрофилактика.....	171
6.6. Профилактика инфекционных заболеваний.....	172
6.7. Заболевания с воздушно-капельным путем передачи.....	177
6.7.1. Скарлатина.....	177
6.7.2. Корь.....	179
6.7.3. Краснуха.....	181

6.7.4. Дифтерия.....	182
6.7.5. Коклюш.....	184
6.7.6. Эпидемический паротит.....	186
6.7.7. Ветряная оспа.....	188
6.7.8. Острые респираторные заболевания.....	189
6.7.9. Грипп.....	191
6.7.10. Паратиф.....	192
6.7.11. Аденовирусная инфекция.....	192
6.7.12. Туберкулез и меры его профилактики.....	195
6.8. Заболевания с фекально-оральным механизмом передачи.....	198
6.8.1. Вирусные гепатиты.....	198
6.8.2. Полиомиелит.....	201

Глава 7. Детский травматизм и его профилактика.....	205
7.1. Первая помощь при ранениях.....	205
7.1.1. Первая помощь при кровотечениях.....	205
7.1.2. Техника наложения повязок.....	208
7.1.3. Основные типы повязок.....	209
7.2. Первая помощь при травмах.....	221
7.3. Инородное тело в Анатомических путях.....	214
7.4. Обморок.....	223
7.5. Укусы животных.....	223
7.6. Бешенство.....	224
7.7. Первая помощь при утоплении.....	225
7.8. Понятие о реанимации.....	226

Глава 8. Игнелическое воспитание детей, санитарное просвещение родителей и персонал.....	229
8.1. Психическое воспитание детей.....	229
8.2. Санитарное просвещение родителей и персонала.....	231
Глава 9. Медицинское обслуживание в ДОО.....	233
Приложения.....	237
Список литературы.....	267

Учебное издание

**Голуфев Владимир Викторович,
Макарова Аюмвида Викторовна**

**Медико-биологические и социальные основы здоровья детей
дошкольного возраста**

Учебник

**Редактор О. Н. Туваева
Компьютерная верстка: Р. Ю. Волкова
Корректор Н. А. Козмашина**

Изд. № 10211/0887. Подписано в печать: 28.05.2018. Формат 60 x 90/16.
Гарнитура «Базис». Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. вес: А. 17,8.
Тираж 1500 экз. Заказ № Б-1461.

ООО «Издательский центр «Академия», www.acedemia-moscow.ru
129085, г. Москва, пр-т Марш. А. 101В, стр. 1.
Тел./факс: 8 (495) 648-05-07, 616-00-29
Сертификат соответствия № РОСС RU.ДАА4.Н01603 от 31.05.2017.

Отпечатано на основе соответствия с качеством
предоставленного авторского оригинала – макета
в типографии филиала АО «ТАТМЕДИА» «ПРИК «Ида» – Пресс»,
420066, г. Казань, ул. Азатбурганов, 2.
E-mail: idapress@mail.ru