

УЧЕБНИК

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ ПЕДИАТРИЯ

Под редакцией
профессора А.С. Калмыковой

2-е издание, переработанное и дополненное

Министерство науки и высшего образования РФ

Рекомендовано Координационным советом по области образования
«Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебника для использования
в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные
образовательные программы высшего образования уровня специалитета
по направлению подготовки 31.05.02 «Педиатрия»

Регистрационный номер рецензии 927 от 21 ноября 2019 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	13
Список сокращений и условных обозначений	14
Введение	15
ЧАСТЬ I. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ	17
Глава 1. Организация работы детской поликлиники	19
1.1. Основные принципы работы детской поликлиники	19
Применение методов бережливого производства в организации работы детской поликлиники	26
1.2. Врачебная этика и деонтология. Врачебная тайна	27
Этико-деонтологические особенности работы медицинского персонала в детской поликлинике	28
Тактика поведения медицинского работника	29
Взаимоотношения медицинских работников	30
Взаимоотношения медицинских работников с близкими больного ребенка	30
Врачебная тайна	31
1.3. Основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации	32
1.4. Основные принципы деятельности детской поликлиники в условиях бережливого производства, структура, штаты, показатели деятельности	42
1.5. Отделение профилактической работы	51
Режим работы поликлиники. Организация работы регистратуры	51
Педиатрический кабинет	52
Кабинет здорового ребенка	53
1.6. Новая концепция здравоохранения — 4П-медицина	54
1.7. Основные показатели деятельности детской поликлиники	56
1.8. Организация работы заведующего педиатрическим отделением и участкового врача-педиатра детской городской поликлиники	58
Организация работы заведующего педиатрическим отделением детской городской поликлиники	58
Организация работы участкового врача-педиатра детской городской поликлиники	60
Тестовые задания	60
Эталоны ответов к тестовым заданиям	63
Глава 2. Содержание и организация работы участкового врача-педиатра	64
2.1. Положение об организации деятельности участкового врача-педиатра	64
2.2. Организация работы участковой медицинской сестры детской городской поликлиники	66
2.3. Учетная и отчетная документация в работе участкового врача-педиатра	67
2.4. Организация деятельности дневных стационаров в медицинских организациях (приказ Минздрава России от 09.12.1999 № 438)	69
Цель и функции дневного стационара	70

2.5. Отделение оказания медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях	71
2.6. Экспертиза временной нетрудоспособности в практике участкового врача-педиатра	75
2.7. Медико-социальная служба поликлиники. Инвалидность детей и подростков	78
Отделение медико-социальной помощи	78
Медико-социальная экспертиза	79
2.8. Санитарно-просветительная работа участкового педиатра	82
Тестовые задания	86
Эталоны ответов к тестовым заданиям	91

Глава 3. Профилактическая работа участкового врача-педиатра.

Здоровый ребенок	92
3.1. Периоды детства. Анатомо-физиологические особенности роста и развития детей. Общие закономерности развития	92
Подготовительный период	93
Внутриутробный период	93
Внеутробный период, или собственно детство	94
Подростковый возраст	99
Законы роста	101
3.2. Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным в условиях детской поликлиники	103
Аntenатальная охрана плода. Дородовые патронажи	103
Принципы рационального питания беременной	106
Наблюдение за новорожденными на педиатрическом участке	109
Объективное обследование новорожденного	112
Пограничные состояния новорожденного	116
Организация ухода за новорожденным на дому	120
Закаливающие мероприятия	123
Группы риска новорожденных и профилактика отклонений их здоровья	124
3.3. Недоношенные дети	133
Понятие о недоношенности и задержке внутриутробного развития	133
Клиническая характеристика недоношенных детей и наблюдение их на участке	136
Организация режима и внешней среды	149
Профилактика и лечение анемии недоношенных детей	151
Профилактика рахита недоношенных детей	153
Конъюгационная желтуха недоношенных детей	155
Ретинопатия недоношенных	156
Нарушения слуха и их профилактика	157
Бронхолегочная дисплазия недоношенных детей	158
Реабилитация недоношенных детей с поражением нервной системы в условиях детской поликлиники	159
3.4. Врачебный контроль состояния здоровья детей раннего возраста	162
Диспансерное наблюдение здоровых детей	162
Осмотр детей врачами узких специальностей, лабораторные и инструментальные исследования	164
Режим и воспитание ребенка раннего возраста	167
Массаж и гимнастика	169

3.5. Вскармливание детей первого года жизни: современные проблемы и закономерности	180
Особенности питания и режима дня кормящей женщины	181
Гипогактазия: определение, классификация, профилактика и лечение	184
Естественное вскармливание	187
Искусственное вскармливание	207
3.6. Принципы вскармливания недоношенных детей	232
Потребность недоношенных детей в пищевых веществах и энергии	233
Алгоритм вскармливания недоношенных детей	234
Особенности состава грудного молока после преждевременных родов	235
Методы кормления недоношенных детей	236
Смеси для недоношенных детей	237
Система вскармливания недоношенных детей	238
3.7. Смешанное вскармливание	240
Тестовые задания	240
Эталоны ответов к тестовым заданиям	244
Ситуационные задачи	245
Глава 4. Современные аспекты оценки состояния здоровья детей и подростков	251
4.1. Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков. Группы здоровья детей	251
Особенности онтогенеза	253
Физическое развитие и степень его гармоничности	255
Нервно-психическое развитие	257
Резистентность организма	264
Функциональное состояние организма	265
Наличие или отсутствие врожденных пороков развития и хронических заболеваний	266
4.2. Принципы организации и проведения профилактических осмотров детей	268
Анкетный тест	270
Определение артериального давления	272
Проведение функциональных проб	275
Определение нарушения осанки и плоскостопия	275
Исследование остроты зрения	276
Исследование остроты слуха шепотной речью	277
Тесты физической подготовленности	277
Лабораторные скрининг-тесты	277
4.3. Оценка вторичных половых признаков у мальчиков	278
4.4. Оценка вторичных половых признаков у девочек	280
4.5. Психосоциальные аспекты детства. Психосоциальная адаптация подростков	282
Тестовые задания	291
Эталоны ответов к тестовым заданиям	294
Ситуационные задачи	294
Глава 5. Профилактическая работа с неорганизованными дошкольниками	301
5.1. Подготовка детей к поступлению в дошкольное образовательное учреждение	301
5.2. Правила оформления ребенка в дошкольное образовательное учреждение	305

5.3. Подготовка детей к поступлению в школу. Определение готовности ребенка к обучению в школе	306
Критерии готовности к обучению ребенка в школе	306
Оценка результатов теста Керна–Йирасека	308
Исследование качества произношения	311
Выполнение мотометрического теста «Вырезание круга»	311
Тестовые задания	312
Эталоны ответов к тестовым заданиям	313
Глава 6. Организация медицинского наблюдения в дошкольных образовательных учреждениях	314
6.1. Функциональные обязанности медицинского персонала общеобразовательного учреждения	314
6.2. Организация медицинских осмотров детей дошкольного возраста	319
6.3. Вопросы адаптации и дезадаптации. Ведение ребенка в период адаптации в дошкольных образовательных учреждениях	323
6.4. Организация рационального питания детей в дошкольных образовательных учреждениях	327
Продукты, используемые в детском питании	327
Составление меню	328
Режим питания	332
Оценка питания детей в образовательных учреждениях	333
Анализ питания	334
Витаминизация пищи	335
6.5. Организация медицинского контроля режима дня и учебных занятий в дошкольных образовательных учреждениях	335
6.6. Организация физического воспитания и закаливания в дошкольных образовательных учреждениях	338
Тестовые задания	342
Эталоны ответов к тестовым заданиям	346
Ситуационные задачи	346
Глава 7. Медицинское сопровождение школьников	348
7.1. Особенности комплексной оценки здоровья школьников	349
Адаптация детей к обучению	350
Критерии адаптации ребенка к школе	352
7.2. Организация медицинского контроля учебных занятий	357
7.3. Медицинский контроль физического воспитания	362
7.4. Организация медицинского контроля при обучении на дому, ГИА и ЕГЭ школьникам с ограниченными возможностями здоровья	366
7.5. Технические средства обучения. Способы облегчения учебной нагрузки	372
7.6. Питание учащихся	374
7.7. Порядок передачи подростков 18 лет под наблюдение врачей взрослой поликлиники	376
7.8. Врачебно-профессиональное консультирование	377
7.9. Медицинское освидетельствование при постановке на первичный воинский учет	384

7.10. Принципы организации и проведения профилактических и оздоровительных мероприятий	386
Профилактика возникновения нарушений опорно-двигательного аппарата	386
Профилактика утомления и нарушений нервно-психического здоровья	387
Оздоровление учащихся, перенесших острые респираторные инфекции, и часто болеющих детей	387
Организация рационального питания для профилактики нарушений обмена веществ	390
Профилактика возникновения нарушений зрения и оздоровление школьников с миопией	391
Рекомендации для родителей по оздоровлению учащихся в домашних условиях	393
Тестовые задания	397
Эталоны ответов к тестовым заданиям	407
Ситуационные задачи	407
Глава 8. Специфическая профилактика инфекционных заболеваний у детей.	
Противоэпидемическая работа участкового врача-педиатра со здоровыми детьми . . .	408
8.1. Критические периоды формирования иммунной системы у детей	409
8.2. Организация вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний у детей	414
8.3. Прививочный кабинет и его документация	415
8.4. Тактика проведения профилактических прививок	417
8.5. Противопоказания к вакцинации	427
8.6. Вакцинация специальных групп	429
Острые заболевания	430
Хронические заболевания	430
8.7. Профилактика поствакцинальных осложнений	437
8.8. Осложнения при вакцинировании	440
Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина	441
Оральная полиомиелитная вакцина	441
Коревая вакцина	441
Живая паротитная вакцина	442
Бацилла Кальметта–Герена (<i>Bacillus Calmette–Guérin</i>)	442
8.9. Вакцинация недоношенных детей	443
8.10. Вакцинопрофилактика инфекций	444
Вакцинопрофилактика туберкулеза	444
Вакцинопрофилактика гепатита А	445
Вакцинопрофилактика гепатита В	446
Вакцинопрофилактика полиомиелита	447
Вакцинопрофилактика дифтерии и столбняка	449
Вакцинопрофилактика коклюша	451
Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции	452
Вакцинопрофилактика кори, краснухи, эпидемического паротита	454
Вакцинопрофилактика инфекций, обусловленных гемофильной палочкой типа b	455
Вакцинопрофилактика гриппа	455
Вакцинопрофилактика менингококковой инфекции	457

Вакцинопрофилактика ветряной оспы	458
Вакцинопрофилактика ротавирусной инфекции	458
Вакцинопрофилактика папилломавирусной инфекции	458
Вакцинопрофилактика бешенства	459
Тестовые задания	460
Эталоны ответов к тестовым заданиям	465
Ситуационные задачи	465

ЧАСТЬ II. ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 469

Глава 9. Лечебная работа участкового врача-педиатра	471
9.1. Организация обслуживания больных детей в поликлинике	471
9.2. Профилактика и лечение заболеваний у детей раннего возраста	477
Особенности анемии недоношенных	477
Анемия у детей раннего возраста	478
Лечение анемии у недоношенных	483
Лечение анемии у детей раннего возраста	484
Профилактика	487
Диспансеризация	488
9.3. Профилактика и лечение рахита, спазмофилии и гипервитаминоза D у детей раннего возраста	488
Спазмофилия	494
Гипервитаминоз D	496
9.4. Аномалии конституции у детей раннего возраста	497
Экссудативно-катаральный диатез	498
Лимфатико-гипопластический диатез	501
Нервно-артритический диатез	502
9.5. Профилактика и лечение расстройств питания у детей раннего возраста	503
Гипотрофия	504
Паратрофия	508
Ожирение у детей и подростков	509
9.6. Диагностика и лечение гиповитаминозов у детей	514
Недостаточность витамина А	514
Недостаточность витамина К	515
Недостаточность витамина Е	516
Недостаточность витамина В ₁	516
Недостаточность витамина В ₂	517
Недостаточность витамина В ₁₂	518
Недостаточность никотиновой кислоты	519
Недостаточность витамина С	519
9.7. Перинатальные поражения центральной нервной системы у детей. Поликлинические аспекты	521
9.8. Лечение детей с заболеваниями органов дыхания	524
Медикаментозная терапия	528
Неотложная помощь при острых респираторных заболеваниях на догоспитальном этапе	532
9.9. Организация наблюдения инфекционных больных на дому	533
Противоэпидемические мероприятия в очаге	534

Диагностика, лечение, профилактика и тактика амбулаторного ведения детей с детскими воздушно-капельными инфекциями . . .	537
Диагностика, лечение, профилактика и тактика амбулаторного ведения детей с кишечными инфекциями	557
Клиническая картина, диагностика, лечение и тактика амбулаторного ведения детей с вирусными гепатитами	563
Тестовые задания	568
Эталоны ответов к тестовым заданиям	572
Ситуационные задачи	572
Глава 10. Профилактика, реабилитация и диспансерное наблюдение детей с хроническими заболеваниями	580
10.1. Основные принципы и формы организации реабилитации детей с хроническими заболеваниями в условиях поликлиники	580
10.2. Отделение восстановительного лечения	589
10.3. Санаторно-курортное лечение	590
10.4. Диспансеризация детей с хроническими соматическими заболеваниями	594
10.5. Диспансеризация и реабилитация детей с бронхолегочными заболеваниями	597
Диспансерное наблюдение детей, перенесших острую пневмонию . . .	597
Диспансерное наблюдение детей с рецидивирующим бронхитом . . .	598
Диспансерное наблюдение детей с бронхиальной астмой	599
Диспансерное наблюдение детей с респираторными аллергиями . . .	600
Профорентация детей с заболеваниями органов дыхания	601
10.6. Диспансеризация и реабилитация детей с сердечно-сосудистой патологией	601
Диспансерное наблюдение детей с ревматизмом	602
Диспансерное наблюдение детей с неревматическими кардитами . . .	604
Диспансеризация детей с вегетососудистой дистонией	605
Диспансерное наблюдение детей с врожденными пороками сердца	606
Диспансеризация детей с системными поражениями соединительной ткани (коллагенозами)	608
Профорентация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	609
10.7. Амбулаторная тактика ведения пациентов гастроэнтерологического профиля в поликлинике	610
Диспансерное наблюдение детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки	610
Диспансерное наблюдение детей с хроническими гастритами и гастродуоденитами	613
Диспансерное наблюдение детей с хроническим колитом, энтероколитом	615
Диспансерное наблюдение детей с дискинезиями желчевыводящих путей	616
Диспансерное наблюдение детей с хроническим холецистохолангитом	617
Диспансерное наблюдение детей с хроническим панкреатитом	618
Диспансерное наблюдение детей с хроническими гепатитами	619
Профорентация детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта	620

10.8. Диспансеризация и реабилитация детей с заболеваниями органов мочевого выделения	620
Диспансерное наблюдение детей с пиелонефритом	621
Диспансерное наблюдение детей с гломерулонефритом	623
Диспансерное наблюдение детей с дисметаболическими нефропатиями	624
Профорентация детей с заболеваниями почек	626
10.9. Диспансеризация и реабилитация детей с заболеваниями крови	626
Диспансерное наблюдение детей с лейкозами	627
Диспансерное наблюдение детей с тромбоцитопенической пурпурой	627
Диспансерное наблюдение детей с геморрагическим васкулитом	629
Диспансерное наблюдение детей с гемофилией	630
Диспансерное наблюдение детей с гемолитическими анемиями	630
Диспансерное наблюдение детей с апластическими анемиями	631
10.10. Диспансеризация и реабилитация детей с эндокринными заболеваниями	632
Диспансерное наблюдение детей с синдромом гипергликемии	632
Диспансерное наблюдение детей с гипотиреозом	634
Диспансерное наблюдение детей с эндемическим (йододефицитным) зобом	636
Диспансерное наблюдение детей с гипофизарной карликовостью	637
10.11. Недифференцированный синдром дисплазии соединительной ткани у детей, особенности диспансеризации	638
10.12. Проблемы длительного субфебрилитета у детей	645
Тестовые задания	650
Эталоны ответов к тестовым заданиям	654
Ситуационные задачи	654

Глава 11. Диагностика и диетическая коррекция пищевой непереносимости и функциональных нарушений деятельности желудочно-кишечного тракта

11.1. Пищевая непереносимость у детей: определение, классификация, принципы диагностики	656
11.2. Методы диагностики пищевой непереносимости	657
11.3. Диагностика и диетотерапия непереносимости углеводов	658
Лактазная недостаточность	659
Непереносимость сахарозы	663
Непереносимость моносахаридов	664
11.4. Диетотерапия пищевой аллергии	665
11.5. Непереносимость белков злаков (целиакия)	671
11.6. Диетическая коррекция муковисцидоза	674
11.7. Диетическая коррекция синдрома рвоты и срыгиваний у детей грудного возраста	676
Диагностика	677
Лечение	678
11.8. Диетическая коррекция кишечных колик у детей грудного возраста	681
11.9. Диетическая коррекция запоров	682
Тестовые задания	686
Эталоны ответов к тестовым заданиям	690
Ситуационные задачи	690

ЧАСТЬ III. ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ 693

Глава 12. Основные задачи педиатрической службы скорой и неотложной помощи на догоспитальном этапе	695
12.1. Угрожающие состояния и этапы оказания медицинской помощи	697
Ошибки при оказании неотложной помощи и их предупреждение	701
Принципы диагностики угрожающих и терминальных состояний на догоспитальном этапе, методы реанимации	703
Медикаментозная терапия на догоспитальном этапе	705
Контроль эффективности	706
Синкопальные состояния	706
Внезапная смерть ребенка грудного возраста	707
Прекращение реанимационных мероприятий	707
Симптомы биологической смерти	707
12.2. Диагностика, тактика, первая врачебная помощь педиатра при синдромах острой дыхательной недостаточности	707
Наиболее часто встречаемые синдромы, требующие лечебных мероприятий на догоспитальном этапе	709
Синдром напряжения в грудной полости	716
12.3. Диагностика, первая врачебная помощь и тактика педиатра при синдромах острой недостаточности кровообращения у детей	716
Острая сосудистая недостаточность, коллапс	717
Обморок	718
Сердечная недостаточность	720
Аритмии	721
Гипертензионный криз	723
Одышечно-цианотический приступ	724
12.4. Диагностика и первая врачебная помощь при нарушениях функций центральной нервной системы	725
Нарушение сознания	725
Синдром внутричерепной гипертензии	728
Лихорадка	728
Судорожный синдром	730
Болевой синдром	732
12.5. Диагностика и лечение неотложных состояний, обусловленных несчастными случаями	732
Электротравма	732
Утопление	732
Перегревание	733
Переохлаждение	735
Укусы насекомых, змей, животных	736
Острые отравления	739
Шок	743
Ожоги	745
Кровотечения	746
12.6. Скорая и неотложная помощь при аллергических состояниях у детей	747
Анафилактический шок	747
Отек Квинке, крапивница	749
Синдром Лайелла	751
Приступ бронхиальной астмы	751

12.7. Диагностика и первая врачебная помощь при острых инфекционных заболеваниях у детей	754
Нейроинфекции	756
12.8. Синдром внезапной смерти грудных детей	759
Тестовые задания	762
Эталоны ответов к тестовым заданиям	768
Ситуационные задачи	768
Эталоны ответов к ситуационным задачам	773
К главе 3	773
К главе 4	780
К главе 6	788
К главе 7	789
К главе 8	790
К главе 9	795
К главе 10	803
К главе 11	805
К главе 12	808
Список литературы	814
Приложения	831
Приложение 1	831
Приложение 2	833
Приложение 3	835
Приложение 4	838
Приложение 5	841
Приложение 6	843
Приложение 7	843
Приложение 8	844
Приложение 9	845
Приложение 10	846
Приложение 11	847
Приложение 12	848
Приложение 13	849
Приложение 14	850
Приложение 15	851
Предметный указатель	852

Глава 6

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

6.1. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

К ДОУ относятся образовательные учреждения следующих типов:

- ▶ детский сад (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей направленности);
- ▶ детский сад для детей раннего возраста (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей направленности для детей в возрасте от 2 мес до 3 лет, создает условия для социальной адаптации и ранней социализации детей);
- ▶ детский сад для детей предшкольного (старшего дошкольного) возраста (реализует основную общеобразовательную программу дошкольного образования в группах общеразвивающей направленности, а также при необходимости в группах компенсирующей и комбинированной направленности для детей в возрасте от 5 до 7 лет с приоритетным осуществлением деятельности по обеспечению равных стартовых возможностей для обучения детей в общеобразовательных учреждениях).

Комплектование (подбор определенного количества детей) в группах ДОУ для здоровых детей зависит от размеров помещений и возможностей организации эффективного процесса обучения.

В табл. 6.1 представлены сведения о наполняемости групп в комбинированных и компенсирующих группах, деятельность которых связана с воспитанием малышей с психическими или физическими расстройствами и возможностями проведения реабилитационных мероприятий. Причем в ясельных комбинированных группах количество детей, требующих восстановительной терапии, должно быть не более трех.

Медицинская помощь в образовательных учреждениях включает систему организационных, диагностических, лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий.

Медицинскую помощь осуществляют медицинские работники — сотрудники детских поликлиник, работающие в отделениях организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях. Медицинский персонал

Таблица 6.1. Наполняемость групп в дошкольных образовательных учреждениях

Группа	Возраст	Количество детей
<i>Ясельная</i>		
Первая раннего возраста	От 2 мес до 1 года	Не более 10
Вторая раннего возраста	1–2 года	Не более 10
Первая младшая	2–3 года	Не более 10
<i>Дошкольная</i>		
Вторая младшая	3–4 года	10
Средняя	4–5 лет	15
Старшая	5–6 лет	17
Подготовительная	6–7 лет	17

образовательных учреждений подчиняется заведующему отделением и главному врачу медицинской организации.

Медицинскую помощь оказывают медицинские работники в медицинских пунктах на базе образовательных учреждений.

Функции, штаты медицинского персонала и график работы медицинского пункта образовательного учреждения определяет учреждение здравоохранения по согласованию с образовательным учреждением в соответствии с целями, задачами и объемом медицинской помощи, оказываемой обучающимся или воспитанникам. В штатном расписании детской поликлиники, оказывающей медицинскую помощь обучающимся и воспитанникам в образовательном учреждении, предусмотрены следующие категории медицинского персонала:

- ▶ одна должность врача-педиатра на 180–200 несовершеннолетних в детских яслях (ясельных группах детских яслей-садов) дошкольных образовательных организаций; 400 несовершеннолетних в детских садах (соответствующих группах в детских яслях-садах) дошкольных образовательных организаций; 1000 несовершеннолетних общеобразовательных организаций;
- ▶ одна должность врача по гигиене детей и подростков на 2500 обучающихся во всех типах образовательных организаций;
- ▶ одна должность медицинской сестры на 100 воспитанников в дошкольных образовательных организациях, 100–500 обучающихся в общеобразовательных организациях.

В общеобразовательных учреждениях, в которых занятия проводятся более чем в одну смену, количество должностей средних медицинских работников должно быть не менее одной на каждую смену (приложение № 2 к «Порядку оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», утвержденному приказом Минздрава России от 05.11.2013 № 822н).

Медицинское обеспечение в организованных детских коллективах предполагает:

- ▶ организацию необходимых профилактических, оздоровительных и лечебных мероприятий;
- ▶ предупреждение инфекционных заболеваний среди детей, профилактику травматизма;
- ▶ контроль всестороннего развития и здоровья детей;
- ▶ профилактику травматизма и несчастных случаев;
- ▶ организацию и контроль выполнения комплекса гигиенических мероприятий, необходимых для правильного режима, оздоровительной, воспитательной и учебной работы в учреждении;
- ▶ ознакомление детей и их родителей с основами гигиены, распространение санитарных знаний среди персонала и родителей.

На должность врача-педиатра, осуществляющего медицинское сопровождение детей в ДООУ, назначают специалиста, имеющего высшее медицинское образование по специальности «Педиатрия» и сертификат специалиста по специальности «Педиатрия» (приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»).

Врач-педиатр обязан:

- ▶ оказывать неотложную и скорую медицинскую помощь;
- ▶ своевременно организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры (врачебные и специализированные), давать комплексное заключение о состоянии здоровья детей и подростков;
- ▶ проводить профилактические мероприятия по предупреждению заболеваний опорно-двигательного аппарата, органов зрения, пищеварения, эндокринной системы, нарушений обмена веществ и расстройств питания, основных стоматологических заболеваний;
- ▶ проводить профилактические мероприятия по оздоровлению учащихся;
- ▶ проводить иммунизацию в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям;
- ▶ проводить профилактические мероприятия по гигиеническому обучению и воспитанию в рамках формирования здорового образа жизни;
- ▶ осуществлять медицинский контроль организации образовательного процесса, физического воспитания, трудового обучения, питания, санитарно-гигиенического состояния;
- ▶ проводить противоэпидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;
- ▶ проводить работу по профессиональной ориентации учащихся с учетом состояния здоровья;
- ▶ проводить амбулаторный прием;
- ▶ проводить работу по учету и анализу всех случаев травм;

- ▶ предоставлять родителям или иным законным представителям несовершеннолетнего по результатам профилактических осмотров выписку из медицинской карты ребенка, содержащую комплексное заключение о состоянии здоровья;
- ▶ информировать родителей о планируемой иммунопрофилактике, профилактических осмотрах и других медицинских мероприятиях и проводить их после получения разрешения;
- ▶ по результатам профилактических осмотров выявлять учащихся, нуждающихся по состоянию здоровья в освобождении от переводных и выпускных экзаменов, и материалы на них представлять на рассмотрение соответствующих комиссий;
- ▶ контролировать оздоровление учащихся, состоящих на диспансерном учете, в условиях общеобразовательных учреждений;
- ▶ проводить анализ состояния здоровья обучающихся, эффективности профилактических и оздоровительных мероприятий, оценку иммунизации учащихся и выполнения плана профилактических прививок, на основании чего разрабатывать план медицинских мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья учащихся;
- ▶ взаимодействовать с педагогическим персоналом дошкольных учреждений, врачами-педиатрами участковыми и врачами-специалистами медицинской организации по вопросам охраны и укрепления здоровья учащихся;
- ▶ вести утвержденные формы учетной и отчетной медицинской документации (№ 026/у-2000, № 030/у и др.);
- ▶ повышать свою квалификацию по специальности и проходить курсы усовершенствования по вопросам медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях.

Исходя из основных задач, врач-педиатр разрабатывает годовой план работы, утверждаемый главным врачом поликлиники (заведующим отделением). Педиатр представляет заведующему отделением организации медицинской помощи детям и подросткам анализ состояния здоровья детей, их заболеваемости и принимаемых мер по ее предупреждению.

Медицинская сестра (фельдшер) — активный помощник врача в медицинском наблюдении детей в дошкольных учреждениях. Медицинская сестра обязана:

- ▶ оказывать скорую медицинскую помощь;
- ▶ проводить профилактические мероприятия, направленные на охрану и укрепление здоровья детей;
- ▶ информировать родителей о планируемой иммунопрофилактике, профилактических осмотрах и других медицинских мероприятиях и проводить их после получения разрешения;
- ▶ проводить доврачебный профилактический медицинский осмотр детей, в том числе по лабораторно-диагностическим исследованиям;
- ▶ совместно с врачом проводить профилактические медицинские осмотры детей (врачебный, специализированный);
- ▶ проводить под контролем и в присутствии врача иммунизацию в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- ▶ проводить дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию инструментария;
- ▶ отвечать за хранение лекарственных средств, в том числе медицинских иммунобиологических препаратов, следить за сохранением этикеток на флаконах, за сроками использования лекарственных средств;
- ▶ соблюдать правила охраны труда и противопожарной безопасности на рабочем месте;
- ▶ соблюдать правила асептики и антисептики;
- ▶ осуществлять контроль организации питания, соблюдения санитарно-гигиенического режима, организации физического воспитания и образовательного процесса;
- ▶ проводить противоэпидемические и профилактические мероприятия по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний;
- ▶ проводить работу по санитарно-гигиеническому просвещению, в том числе по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний;
- ▶ проводить анализ выполнения ежемесячного плана профилактических прививок;
- ▶ проводить учет и анализ всех случаев травм;
- ▶ вести учет медицинского инвентаря, лекарственных средств, прививочного материала, следить за своевременным их пополнением;
- ▶ взаимодействовать с педагогическим персоналом образовательного учреждения, врачами-педиатрами участковыми и врачами-специалистами учреждений здравоохранения, а также с администрацией общеобразовательных учреждений;
- ▶ вести утвержденные формы учетной и отчетной медицинской документации;
- ▶ повышать свою квалификацию по специальности и проходить курсы усовершенствования по вопросам медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях.

Перечень медицинской документации, обязательной в организованных коллективах, представлен в табл. 6.2.

Таблица 6.2. Основная медицинская документация в дошкольных и общеобразовательных учреждениях

Документ	Учетная форма
Медицинская карта ребенка	026/y-2000
Талон направления на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/y
Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y
Журнал учета санитарно-просветительной работы	038-0/y
Физиологическая ведомость посещаемости	ДН-8/y
Экстренное извещение об инфекционном больном	058/y
Журнал регистрации инфекционных заболеваний	060/y

Окончание табл. 6.2

Документ	Учетная форма
Карта профилактических прививок	063/y
Карта записей амбулаторных больных	074/y
Книга санитарного состояния учреждения	153/y
Медицинская справка для поступающих в высшие и средние учебные заведения	286/y
Вкладной лист на подростка к медицинской карте	25-Ю
Результаты осмотра по классам	278
Профильный журнал	75-а
Журнал учета осмотра на педикулез и чесотку	–
Бракеражный журнал	–
Журнал изолятора	125
Направление на анализы	200/y
Наряд на эвакуацию инфекционного больного	348/y
Извещение о побочном действии лекарственного препарата	093/y
Сводная ведомость учета заболеваний	071/y

Кроме того, медицинскому персоналу рекомендуют вести следующие журналы:

- ▶ осмотра работников пищеблока на гнойничковые заболевания;
- ▶ контроля проведения физкультурных занятий в группах;
- ▶ осмотра на педикулез;
- ▶ контроля лечения детей с выражением туберкулиновых проб;
- ▶ обследования детей на гельминты;
- ▶ контроля санитарно-эпидемиологического режима на пищеблоке;
- ▶ перспективного плана профилактических прививок на год, месяц;
- ▶ осмотра детей в декретированные сроки;
- ▶ наблюдения диспансерных больных (форма № 30/y).

6.2. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Здоровье детей дошкольного возраста, как и других групп населения, социально обусловлено и зависит от состояния окружающей среды, здоровья родителей и наследственности, условий жизни и воспитания ребенка в семье. В связи с этим медицинское сопровождение детей в ДОО требует особого внимания.

Профилактические осмотры проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

и территориальной программы ОМС. Профилактические осмотры проводятся медицинскими организациями в объеме, предусмотренном перечнем исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних согласно приложению 1 к приказу Минздрава России от 10.08.2017 № 514н.

При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в «Историю развития ребенка», давность которых не превышает 1 мес, у ребенка, не достигшего возраста 2 лет; у других возрастов — 3 мес с даты проведения осмотра врачом-специалистом и исследования.

Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований приложения 1 к приказу Минздрава России от 10.08.2017 № 514н (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания/состояния, диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, и/или необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций профилактический осмотр является завершенным после проведения дополнительных консультаций, исследований (II этап).

Общая продолжительность I этапа профилактического осмотра должна составлять не более 20 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций, исследований общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 45 рабочих дней (I и II этапы).

На основании результатов профилактического осмотра врач, ответственный за проведение профилактического осмотра:

- ▶ определяет группу здоровья несовершеннолетнего в соответствии с Правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних, предусмотренными приложением 2 к приказу Минздрава России от 10.08.2017 № 514н;
- ▶ определяет медицинскую группу для занятий физической культурой в соответствии с Правилами определения медицинских групп для занятий несовершеннолетними физической культурой, предусмотренными приложением 3 к приказу Минздрава России от 10.08.2017 № 514н, и оформляет медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой по форме, предусмотренной приложением 4 к настоящему Порядку (в отношении несовершеннолетних, занимающихся физической культурой);
- ▶ направляет информацию о результатах профилактического осмотра медицинским работникам медицинского блока образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний.

На детей, поступающих в ДОУ, заполняют медицинскую карту (форма № 026/у-2000) и хранят ее в учреждении, которое посещает ребенок.

Профилактические осмотры (каждый в три этапа) детей дошкольного возраста проводят:

- ▶ в 3 года (или при поступлении в дошкольное учреждение);
- ▶ за год до поступления в школу (в 6 лет);
- ▶ перед поступлением в школу (в 7 лет).

Осмотр ребенка в возрасте 3 лет и/или перед поступлением в дошкольное учреждение

- ▶ Перед осмотрами специалистами участковая медицинская сестра или медицинская сестра в организованном коллективе проводит антропометрию и дает направления на проведение лабораторных исследований (анализы крови, мочи, кала на яйца глистов).
- ▶ В установленный день по календарному плану проведения профилактического осмотра детей осматривают специалисты — педиатр, невролог, детский хирург, детский стоматолог, офтальмолог, оториноларинголог, акушер-гинеколог (девочек), детский уролог-андролог (мальчиков).
- ▶ Заключение вносится в форму № 026/у-2000 и содержит:
 - диагноз (основное и сопутствующие заболевания);
 - оценку физического развития;
 - оценку нервно-психического развития;
 - группу здоровья;
 - медицинскую группу для занятий физической культурой;
 - рекомендации по режиму дня;
 - рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению ребенка.

Осмотр за год до поступления в школу

- ▶ Базовую программу доврачебного осмотра осуществляет медицинская сестра образовательного учреждения *или амбулаторно-поликлинического учреждения по месту жительства*. В доврачебный этап включены:
 - анкетный тест;
 - антропометрия (определение длины и массы тела, жизненной емкости легких);
 - оценка осанки, стопы (по плантограмме), остроты зрения, возрастной рефракции (по тесту Малиновского), остроты слуха, силы сжатия кисти (по показателям динамометрии ведущей руки);
 - лабораторные исследования (определение белка и глюкозы в моче с помощью тест-полосок, забор материала для анализа кала, общий анализ крови, забор утренней порции мочи; забор осуществляют в образовательном учреждении, а исследования выполняют в лаборатории детской поликлиники);
 - приказом Минздрава России от 10.08.2017 № 514н предусмотрено проведение УЗИ органов брюшной полости (комплексное), УЗИ почек, ЭхоКГ, ЭКГ.
- ▶ Врачебный осмотр проводится педиатром, неврологом, хирургом, детский стоматологом, травматологом-ортопедом, офтальмологом, оториноларингологом, детским психиатром, акушером-гинекологом (девочек), детским урологом-андрологом (мальчиков). Кроме того, для определения функциональной готовности ребенка к подготовке к обучению в школе в осмотре участвуют педагог и психолог.

- ▶ Заключение содержит:
 - заключительный диагноз (основное и сопутствующие заболевания);
 - оценку физического развития;
 - оценку физической подготовленности;
 - оценку нервно-психического развития;
 - группу здоровья;
 - медицинскую группу для занятий физической культурой;
 - рекомендации по дальнейшему режиму дня и питанию, наблюдению и лечению ребенка.

Осмотр перед поступлением в школу

- ▶ Базовую программу доврачебного скрининг-тестирования осуществляет медицинская сестра ДООУ. Она включает:
 - анкетный тест;
 - антропометрию (определение длины и массы тела, жизненной емкости легких);
 - оценку осанки, стопы (по плантограмме), остроты зрения, возрастной рефракции (по тесту Малиновского), остроты слуха, силы сжатия кисти (по показателям динамометрии ведущей руки);
 - измерение АД;
 - лабораторное исследование (общие анализы крови и мочи).
- ▶ На врачебном этапе детей консультируют педиатр и специалисты (хирург, травматолог-ортопед, оториноларинголог, офтальмолог, невролог, детский стоматолог). Логопед во время осмотра оценивает развитие речи, состояние звукопроизношения. Педагог и психолог, работающие в психолого-медико-педагогической комиссии (консультации), определяют функциональную готовность ребенка к обучению в школе, проводят тест на вырезание круга и тест Керна–Йирасека, анализируют долю неадекватных реакций на словесные раздражители. Офтальмолог осматривает детей подготовительных групп с расширением зрачка.
- ▶ Заключение содержит:
 - заключительный диагноз (основное и сопутствующие заболевания);
 - оценку физического развития;
 - оценку физической подготовленности;
 - оценку нервно-психического развития;
 - группу здоровья;
 - медицинскую группу для занятий физической культурой;
 - рекомендации по дальнейшему режиму дня, организации занятий, питанию, наблюдению и лечению ребенка.

Осмотр детей подготовительной группы проводят в зимне-весеннее время, преимущественно в период школьных каникул. Школьные карты выдают на руки родителям перед поступлением в школу.

Результаты диспансерных осмотров заносят в медицинскую карту (форма № 026/у-2000).

В ДООУ педиатр осматривает ребенка в возрасте от 1 года до 2 лет раз в квартал, с 2 до 3 лет — 2 раза в год, детей старше 3 лет — раз в год. В период адаптации врач ДООУ осматривает вновь поступивших детей в возрасте до 3 лет раз в 5–6 дней, старше 3 лет — раз в 10–12 дней.

Этапные эпикризы на детей с 1 года до 2 лет составляют ежеквартально, с 2 до 3 лет — 2 раза в год, старше 3 лет — раз в год. Оценку физического развития детей проводят 2 раза в год (осенью, весной) по данным антропометрических показателей (длины и массы тела), для детей дошкольного возраста оценку дополняют результатами тестирования физической подготовленности. Для каждой возрастной группы детей составляют план оздоровительных мероприятий, направленный на снижение заболеваемости и укрепление здоровья.

При организации осмотров в ДОУ допускаются индивидуальные графики работы специалистов. При этом их работа планируется таким образом, чтобы специалист мог осмотреть не только детей декретированных возрастов, но и детей, состоящих у него на диспансерном учете по форме № 030/у, находящийся на диспансерном учете по поводу соматических заболеваний, а также детей, представленных на консультацию врачом-педиатром детского учреждения.

6.3. ВОПРОСЫ АДАПТАЦИИ И ДЕЗАДАПТАЦИИ. ВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Наиболее ответственный период пребывания ребенка в дошкольном учреждении — первые дни после поступления, так называемый адаптационный период. Переход ребенка раннего возраста из привычных для него условий семейного воспитания в новую микросоциальную среду оказывает ощутимые эмоциональные воздействия и требует перестройки сформировавшихся ранее форм общения и поведения, что неизбежно приводит к стрессовой ситуации — дезадаптации. К тому же более тесный контакт с другими детьми увеличивает возможность перекрестного инфицирования, приводит к повышенной возбудимости, а затем и утомляемости нервной системы.

Наиболее сложно протекает период адаптации у детей в возрасте от 9 мес до 1 года 8 мес, так как к этому времени у детей уже формируются довольно устойчивые привычки.

Для облегчения адаптации к ДОУ, в соответствии с инструкцией по приему детей, проводят следующие мероприятия.

- ▶ Нового ребенка принимают в часы бодрствования (по режиму для данного возраста). Новый для ребенка режим вводят постепенно, сдвигая его по сравнению с домашним на 10–15 мин в день.
- ▶ Родителям в первые 1–2 дня разрешают быть с ребенком в группе, особенно если он сильно плачет, отказывается есть и спать. Всем вновь поступившим детям назначают укороченный день. Время пребывания ребенка в группе увеличивают постепенно, на 1–2 ч в день, в зависимости от его поведения.
- ▶ В первые дни кормят и укладывают спать так, как ребенок привык дома. Кормят осторожно, не настаивают в случае отказа от еды, компенсируя недоедание дома. Одевают тепло, следят, чтобы он не переохлаждался, чтобы ручки и ножки были теплыми. Чаше предлагают ребенку теплое питье, учитывая повышенное мочеиспускание, слезоотделение и сухость слизистых оболочек.

- ▶ Разговаривают с ребенком ласково, предупреждая отрицательные эмоции, не дают долго плакать. В первые дни организуют деятельность нового ребенка в стороне от детей, до тех пор пока он сам не проявит интерес и желание играть рядом с детьми.
- ▶ В период адаптации воспитатели держат нового ребенка поближе к себе, общаются с ним каждые 2–3 мин взглядом, чтобы успокоить и привлечь к игре.
- ▶ Поведение ребенка отмечают в листе адаптации. О трудных случаях адаптации информируют педагога, врача.
- ▶ На физкультурных занятиях следят за реакцией ребенка, не настаивают на обязательном выполнении упражнений. Используют музыкальные занятия как фактор, улучшающий эмоциональное состояние и самочувствие ребенка.

Направлять в ДОО ребенка, перенесшего какое-либо заболевание, можно не ранее чем через 2 нед.

Вакцинацию ребенка проводят не позже чем за месяц до поступления в ДОО или не ранее чем через месяц после окончания периода адаптации.

Ежедневный утренний прием дошкольников в учреждение проводят воспитатели, которые опрашивают родителей о состоянии здоровья детей. Медицинская сестра по показаниям осматривает зев, кожу и измеряет температуру тела ребенка. Прием детей в ясельные группы осуществляет медицинская сестра: ежедневно осматривает зев, кожные покровы, проводит измерение температуры тела. Выявленных при утреннем фильтре больных и детей с подозрением на заболевание в ДОО не принимают; заболевших, выявленных в течение дня, изолируют. В зависимости от состояния ребенок остается в изоляторе до прихода родителей или его госпитализируют.

За состоянием ребенка во время адаптации наблюдают врач, старшая медицинская сестра, педагог и воспитатель группы. Они отмечают ее течение в специальном листе адаптации, в котором указывают фамилию, имя ребенка, возраст, дату, день адаптации, балловую оценку каждой эмоционально-поведенческой реакции (гнев, страх, отрицательные, положительные эмоции, социальные контакты, познавательная деятельность, сон, аппетит). Контроль и регистрацию результатов наблюдения за детьми в ДОО осуществляет воспитатель. У детей раннего и ясельного возраста эмоционально-поведенческие реакции регистрируют ежедневно, у дошкольников — раз в 3 сут.

Дезадаптация может сопровождаться разнообразными отклонениями в состоянии здоровья. Основная форма дезадаптации у детей раннего возраста — ОРВИ, а у дошкольников — невротические реакции. Дезадаптацию классифицируют по степеням тяжести на легкую, среднетяжелую и тяжелую (табл. 6.3).

При легкой степени дезадаптации нарушения в поведении отмечаются в течение 10–20 сут. Незначительно снижается аппетит, объем съедаемой пищи до возрастной нормы увеличивается в течение 10 дней. Дома сон ребенка, как правило, не нарушен, а в условиях дошкольного учреждения он восстанавливается

Таблица 6.3. Классификация степени тяжести дезадаптации детей к дошкольному учреждению

Симптомы	Дезадаптация		
	легкая	среднетяжелая	тяжелая
Нарушения поведения (сна, аппетита, отрицательные эмоции, боязнь темноты, пространства, воспитателей; снижение речевой активности, повышенная утомляемость, гипертония)	До 10–20 сут, могут отсутствовать	20–40 сут	До 60 сут Более 60 сут
Нервно-психическое развитие	Не отстает	Замедление речевой активности на 1–2 мес	Резкое замедление темпа развития на 1–2 квартала, энурез, невротические реакции
Острые заболевания в первые дни	10 сут, однократно, может не болеть	10 сут, могут быть повторные заболевания	Более 10 сут, повторные, длительные с осложнениями Формирование синдрома часто болеющего ребенка, хронических заболеваний
Физическое развитие	Не изменяется	Потеря массы тела в течение 30–40 сут	Замедление темпов роста и прибавки массы тела в течение 6 мес
Вегетативные нарушения (дермографизм, мраморность, бледность кожи, повышенная влажность)	Нарушений нет или они имеются в течение 10 сут	Состояние нормализуется в течение 15–20 сут	Состояние нормализуется в течение 30 сут Нарушения не устраняются

обычно в течение 7–10 сут. Эмоциональное состояние, ориентировочная и речевая активность, взаимоотношения с детьми нормализуются в течение 15–20 сут, а иногда и раньше. Взаимоотношения со взрослыми почти не нарушены, двигательная активность не снижается. Заболеваний в период адаптации не возникает. Легкую адаптацию отмечают в основном у детей старше 1,5 лет с благополучным анамнезом и хорошим состоянием здоровья.

Деадаптацию средней степени тяжести регистрируют в основном у детей, поступающих в дошкольное учреждение в возрасте от 9 мес до 1,5 лет, либо у детей любого возраста с отклонениями в состоянии здоровья или неправильными воспитательными воздействиями в семье (неблагоприятным социальным анамнезом). При этой степени деадаптации все нарушения в поведении ярко выражены и более длительны. Нарушения сна и аппетита нормализуются не ранее 20–30 сут. Период угнетения ориентировочной активности длится в среднем 20 сут, как и нарушение контактов с детьми. Речевая активность не восстанавливается в течение 20–40 сут, эмоциональное состояние неустойчиво в течение первого месяца. Отмечается значительная задержка двигательной активности, которая восстанавливается после 30–35 сут пребывания в учреждении. Взаимоотношения со взрослыми не нарушены. Все функциональные сдвиги выражены отчетливо. Острое заболевание при адаптации средней степени тяжести возникает в виде респираторной инфекции, протекающей без осложнений.

Значительная длительность (от 2 до 6 мес и более) и выраженность всех проявлений характерны для тяжелой деадаптации. Так, дети до 1,5 лет, имеющие в анамнезе факторы риска биологического плана и отклонения в состоянии здоровья до поступления в ДООУ, заболевают в декаду пребывания в группе и затем продолжают болеть от 4 до 12 раз и более в течение года. Частота заболеваний снижается лишь на втором году пребывания в детском учреждении, и дети постепенно начинают стабильно посещать ДООУ и адекватно реагировать на обстановку. У детей более старшего возраста (после 1,5 лет) может быть другая форма тяжелой адаптации, для которой характерны длительность и тяжесть проявлений неадекватного поведения, граничащего с преневротическими состояниями. Ребенок начинает отставать в речевом развитии и игровой деятельности на 1–2 эпикризных срока (в сравнении с возрастной нормой). В анамнезе этих детей регистрируют неблагоприятные биологические и социальные факторы (нарушения возрастных режимов, методики кормления, организации сна и бодрствования и др.).

В течение периода адаптации врач и педагог осуществляют наблюдение за поведением и здоровьем ребенка. В период адаптации детей до 3 лет врач должен осматривать их не реже 1 раза в 5–6 дней, детей 3–7 лет — не реже 1 раза в 10–12 дней.

Адаптацию считают законченной при стабилизации эмоционально-поведенческих реакций на высоком положительном уровне при отсутствии других отклонений в состоянии здоровья, то есть при адекватном поведении, спокойном и глубоком сне, хорошем аппетите, игровой и речевой активности, установлении положительных контактов с детьми и взрослыми, нормализации всех вегетативных функций, появлении новых признаков нервно-психическо-

го развития, нормальной прибавке массы тела, отсутствию заболеваний в течение месяца. По окончании периода адаптации врач оформляет эпикриз, где оценивает степень тяжести этого периода у ребенка, указывает проведенные мероприятия и намечает план дальнейшего наблюдения и оздоровления.

После перенесенного заболевания, а также отсутствия в ДОУ более 3 сут детей принимают только при наличии справки участкового врача-педиатра с указанием кода заболевания по МКБ-10, длительности заболевания, проведенного лечения, сведений об отсутствии контакта с инфекционными больными, а также рекомендаций по индивидуальному режиму ребенка-реконвалесцента на первые 10–14 сут.

В период адаптации важна медико-педагогическая, санитарно-просветительная работа с родителями по вопросам преемственности и достижения единства воспитания и ухода за ребенком в условиях семьи и ДОУ.

6.4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Питание — один из основных факторов внешней среды, определяющих нормальное развитие ребенка. Жизнедеятельность детского организма протекает с большим расходом энергии, который восстанавливается за счет веществ, поступающих с пищей, поэтому правильное питание оказывает самое непосредственное влияние на его рост, состояние здоровья и гармоничное развитие.

Ниже перечислены основные принципы организации питания в ДОУ:

- ▶ адекватная энергетическая ценность рационов, соответствующая энергозатратам детей;
- ▶ сбалансированность рациона по всем заменимым и незаменимым пищевым факторам, включая белки и аминокислоты, пищевые жиры и жирные кислоты, различные классы углеводов, витаминов, минеральных солей и микроэлементов;
- ▶ максимальное разнообразие пищи;
- ▶ адекватная технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, обеспечивающая их высокие вкусовые достоинства и сохранность исходной пищевой ценности;
- ▶ учет индивидуальных особенностей детей (в том числе непереносимость ими отдельных продуктов и блюд);
- ▶ обеспечение санитарно-гигиенической безопасности питания, включая соблюдение всех санитарных требований к состоянию пищеблока, поставляемым продуктам питания, их транспортировке, хранению, приговлению и раздаче блюд.

Продукты, используемые в детском питании

В правильном питании детей дошкольного возраста применяют широкий спектр продуктов. Наиболее важны молоко и молочные продукты, мясо, рыба, фрукты и овощи.

Молока ребенок должен получать не менее 500–600 мл/сут. Часть суточной нормы молока желательно давать в виде кисломолочных продуктов (кефира, ряженки, простокваши, ацидофилина и др.), оказывающих благоприятное действие на процессы пищеварения. Из других молочных продуктов должен быть ежедневно в рационе свежий творог, однако его можно употреблять через 1–2 сут в большем объеме. В набор для детей от 1,5 года до 3 лет входит новый для них продукт — сыр неострых сортов, богатый жиром, солями кальция и фосфора.

В рационе детей второго-третьего года жизни постепенно увеличивают количество мяса. Обычно используют говядину и телятину, допустимы нежирная свинина, молодая баранина, мясо кролика, курица. Особенно полезны для растущего организма субпродукты (печень, мозги, сердце, язык), содержащие ценные микроэлементы (железо, фосфор, медь, кальций). До трехлетнего возраста нельзя давать ребенку утку, гуся, до двухлетнего — сосиски, колбасу, сардельки. В продуктовый набор ребенка должна входить рыба. Белки, содержащиеся в рыбе, легче перевариваются и усваиваются в организме, чем белки мяса. Пригодны многие виды морских и речных рыб, исключением могут быть жирные и деликатесные сорта. Мясо или рыбу надо включать в меню ребенка ежедневно. В качестве жировых продуктов рекомендуют сливочное и растительное масла, обладающие высокими биологическими свойствами. В суточном рационе дошкольников должно содержаться до 25 г сливочного и 9–10 г растительного масла.

Потребность детей в углеводах в основном следует удовлетворять за счет овощей и фруктов. В суточный рацион ребенка дошкольного возраста желательно включать до 500 г различных овощей (при этом доля картофеля должна составлять не более половины), 150–200 г свежих фруктов и столько же натуральных фруктовых или овощных соков. Фрукты и овощи служат источником почти всех витаминов и микронутриентов, необходимых ребенку, содержат растительный белок, органические кислоты, ферменты, поэтому сырые овощи и фрукты необходимо давать в виде салатов, соков. При отсутствии свежих фруктов и овощей можно применять свежемороженые и консервированные.

Набор продуктов должен содержать хлеб различных сортов, в том числе не менее 50–60 г ржаного. Дошкольнику достаточно 150–170 г хлеба в сутки.

Общее количество круп, бобовых и макаронных изделий для детей этого возраста не должно превышать 40–50 г/сут. Если до 1,5 лет используют в основном манную, гречневую, овсяную, рисовую крупы, то после 2 лет надо дополнительно включать в рацион другие, такие как пшеничная, ячневая, кукурузная, перловая. Потребность ребенка 1–3 лет в сахаре составляет 40–50 г/сут, 4–6 лет — 50–60 г/сут. Такие продукты, как хлеб, крупы, молоко, мясо, сливочное и растительное масла, сахар, овощи, включают в меню ежедневно, а остальные продукты (творог, сыр, яйцо) — 2–3 раза в неделю.

Составление меню

Рациональное питание детей в детских учреждениях требует правильно организованного меню и сбалансированных норм потребления пищевых веществ и энергии (табл. 6.4). Оптимальное соотношение белков, жиров и углеводов в рационах детей дошкольного возраста составляет 1:1:4. Изменения этого соотношения как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения

Таблица 6.4. Суточные нормы потребления пищевых веществ и энергии для дошкольников

Возраст детей, лет	Энергетическая ценность, ккал	Белки, г		Жиры, г	Углеводы, г
		всего	в том числе животные	всего	всего
2	1200	111	75	40	174
3	1400	107	65	47	203
3–7	1800	114	60	60	261

доли одного из компонентов приводят к разбалансированности питания и вызывают различные нарушения в состоянии здоровья ребенка.

В рационе детей дошкольного возраста животные белки должны составлять не менее 65% общего количества белков, растительные жиры — примерно 15% общего их количества. Не менее важен и качественный состав углеводов, которые делят на легкоусвояемые моно-, ди- и полисахариды, а также неусвояемые полисахариды. Последние, включающие пектиновые вещества и клетчатку, регулируют деятельность кишечника и должны составлять до 3% общего суточного количества углеводов.

В дошкольных учреждениях нужно использовать примерные 7- или 10-дневные меню, разработанные для летне-осеннего и зимне-весеннего периодов отдельно детям раннего и дошкольного возраста и в зависимости от длительности пребывания в ДОУ. Для того чтобы дети не получали чрезмерного или недостаточного количества белков, жиров и углеводов, ежедневное меню должно быть просчитано по содержанию в нем пищевых ингредиентов.

На основании примерного 10-дневного меню, формируемого с учетом национальных и территориальных особенностей питания населения, составляют меню-требование с указанием выхода блюд для детей разного возраста.

Зимой и весной при отсутствии свежих овощей и фруктов рекомендуют включать в меню соки, свежемороженые овощи и фрукты при соблюдении сроков их реализации. В дефицитных по йоду районах используют йодированную поваренную соль.

Меню составляют на следующий день, изменению оно не подлежит. Завтрак готовят по количеству детей, присутствовавших в детском саду накануне. Обед и ужин готовят в соответствии с численностью детей на данный день (на основании утренних рапортичек о количестве детей в каждой группе за подписью воспитателя).

Выдачу готовой пищи детям следует проводить только после снятия пробы и записи медицинским работником в специальном бракеражном журнале оценки готовых блюд и разрешения их к выдаче. В журнале необходимо отмечать вкусовые качества каждого блюда, а не рациона в целом и указывать соответствие веса и объема раздаваемых блюд количеству, приведенному в меню. В группах пищу детям необходимо распределять в соответствии с объемами, предписанными им по порционнику, в котором указано, какое количество пищи положено получить детям того или иного возраста.

Массу каждой порции рассчитывают в зависимости от возраста ребенка (табл. 6.5).

Таблица 6.5. Масса каждой порции для дошкольников

Возраст, лет	Масса порции, г			
	завтрак	обед	полдник	ужин
1–3	350–450	450–550	200–250	400–500
3–7	400–550	600–800	250–350	450–600

Ежедневно нужно оставлять суточную пробу готовой продукции. Отбор и хранение суточных проб находятся под постоянным контролем медицинских работников. Суточная проба отбирается в объеме: порционные блюда — в полном объеме; холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) — в количестве не менее 100 г; порционные вторые блюда, биточки, котлеты, колбаса, бутерброды и другие оставляют поштучно, целиком (в объеме одной порции). Пробы отбирают стерильными или прокипяченными ложками в стерильную или прокипяченную посуду (банки, контейнеры) с плотно закрывающимися крышками, все блюда помещают в отдельную посуду и сохраняют не менее 48 ч при температуре +2...+6 °С. Посуду с пробами маркируют с указанием наименования приема пищи и датой отбора. Контроль правильного отбора и хранения суточной пробы осуществляет ответственное лицо.

Детям старше 1 года, в отличие от детей первого года жизни, питание назначают не индивидуально, а целой группе детей одинакового возраста. При составлении детского рациона надо следить за достаточным его разнообразием, не допуская повторения одного и того же блюда не только в один, но и в ближайшие дни.

Составление суточного рациона ребенка лучше всего начинать с обеда, в состав которого обычно входит максимальное количество мяса или рыбы, а также значительная часть овощей и масла. Оставшиеся продукты, общее количество которых на текущие сутки определяют с ориентацией на рекомендуемые возрастные нормы, распределяют между завтраком, ужином и полдником.

- ▶ Закуска, лучше в виде салата из сырых овощей, сельди с луком, оказывающих сокогонное действие. Для улучшения вкуса в салат можно добавить свежие или сушеные фрукты (яблоки, чернослив, изюм). Салат следует заправлять растительным маслом.
- ▶ Не слишком объемное первое горячее блюдо.
- ▶ Вторые блюда готовят из мяса, рыбы в виде котлет, биточков, гуляша, в отварном или тушеном виде. Гарнир можно готовить из картофеля, овощей, круп, макаронных изделий.
- ▶ В качестве третьего блюда лучше всего фруктовый сок, свежие фрукты, компот, кисель из свежих или сухих фруктов. Можно использовать консервированные компоты, плодоовощные соки и пюре для детского питания, витаминизированные напитки.

На завтрак детям дошкольного возраста можно давать различные каши. При этом следует обращать внимание на разнообразие применяемых круп. Каши желательно готовить с овощами или фруктами (морковью, тыквой, яблоками, сухофруктами). Молочные каши следует чередовать с блюдами из различных овощей в виде овощных рагу, запеканок, котлет, салатов. При этом, если на завтрак дают кашу, на ужин обязательно должны быть овощи. Кроме каш и овощных блюд, на завтрак и ужин рекомендуют различные блюда из творога, особенно в сочетании с фруктами и овощами. На завтрак желательно давать блюда из мяса или рыбы (сосиски, сардельки 1–2 раза в неделю, отварную или жареную рыбу), а также блюда из яиц. В качестве горячего питья лучше всего использовать молоко или кофейный напиток на молоке, в редких случаях — чай с молоком. Хорошее дополнение к утреннему завтраку или ужину — свежие фрукты и овощи (салаты).

Полдник включает напиток (молоко, кисломолочные напитки, соки, чай) с булочными или кондитерскими изделиями без крема, допускается выдача творожных или крупяных запеканок и блюд. Желательно в состав полдника включать свежие ягоды и фрукты.

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

Для предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в питании детей в ДОУ не допускается использование пищевых продуктов:

- ▶ мясо и мясопродукты — мясо диких животных; коллагенсодержащее сырье из мяса птицы; мясо 3-й и 4-й категории; мясо с массовой долей костей, жировой и соединительной ткани свыше 20%; субпродукты, кроме печени, языка, сердца; кровяные и ливерные колбасы; непотрошенная птица; мясо водоплавающих птиц;
- ▶ блюда, изготовленные из мяса, птицы, рыбы, — зельцы, изделия из мясной обрезки, диафрагмы; рулеты из мякоти голов; блюда, не прошедшие тепловую обработку, кроме соленой рыбы (сельдь, семга, форель);
- ▶ консервы с нарушением герметичности банок, бомбажные, «хлопуши», банки с ржавчиной, деформированные, без этикеток;
- ▶ пищевые жиры — кулинарные жиры, свиное или баранье сало, маргарин (маргарин допускается только для выпечки) и другие гидрогенизированные жиры; сливочное масло жирностью ниже 72%; жареные в жире (во фритюре) пищевые продукты и кулинарные изделия, чипсы;
- ▶ молоко и молочные продукты из хозяйств, неблагополучных по заболеваемости сельскохозяйственных животных; молоко, не прошедшее пастеризацию; молочные продукты, творожные сырки с использованием растительных жиров; мороженое (на основе растительных жиров); творог из непастеризованного молока; фляжная сметана без термической обработки; простокваша «самоквас»;

- ▶ яйца водоплавающих птиц; яйца с загрязненной скорлупой, с насечкой, «тек», «бой»; яйца из хозяйств, неблагополучных по сальмонеллезам;
- ▶ кондитерские изделия — кремовые кондитерские изделия (пирожные и торты) и кремы;
- ▶ прочие продукты и блюда — любые пищевые продукты домашнего (не промышленного) изготовления, а также 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, загрязненные различными примесями или зараженные амбарными вредителями; грибы и кулинарные изделия, из них приготовленные;
- ▶ квас, газированные напитки; уксус, горчица, хрен, перец острый и другие острые приправы и содержащие их пищевые продукты, включая острые соусы, кетчупы, майонезы и майонезные соусы;
- ▶ маринованные овощи и фрукты (огурцы, томаты, сливы, яблоки) с применением уксуса, не прошедшие перед выдачей термическую обработку;
- ▶ кофе натуральный; ядра абрикосовой косточки, арахиса; карамель, в том числе леденцовая; продукты, в том числе кондитерские изделия, содержащие алкоголь; кумыс и другие кисломолочные продукты с содержанием этанола (более 0,5%).
- ▶ изготовление на пищеблоке ДОО творога и других кисломолочных продуктов, а также блинчиков с мясом или с творогом, макарон по-флотски, макарон с рубленным яйцом, зельцев, яичницы-глазуньи, холодных напитков и морсов из плодово-ягодного сырья (без термической обработки), форшмаков из сельди, студней, паштетов, заливных блюд (мясных и рыбных); окрошек и холодных супов;
- ▶ использование остатков пищи от предыдущего приема и пищи, приготовленной накануне; пищевых продуктов с истекшими сроками годности и явными признаками недоброкачества (порчи); овощей и фруктов с наличием плесени и признаками гнили.

Режим питания

Большое значение для сохранения аппетита детей имеет правильная организация общего режима дня и питания. Под правильным режимом питания понимают не только время приема пищи, но также количественное и качественное распределение продуктов в течение суток. Кратность приема пищи и режим питания детей по отдельным приемам пищи (завтрак, второй завтрак, обед, полдник, ужин, второй ужин) определяется временем пребывания детей и режимом работы ДОО. При 8–10-часовом пребывании детей организуется 3–4-разовое питание, при 10,5–12-часовом — 4–5-разовое питание, при 13–24-часовом — 5–6-разовое питание. Между завтраком и обедом возможна организация второго завтрака.

Для групп кратковременного пребывания детей в ДООУ (3–4 ч) организуют одноразовое питание (второй завтрак, обед или полдник) в зависимости от времени работы группы (первая или вторая половина дня), при этом рацион должен обеспечивать не менее 15–25% суточной потребности в пищевых веществах и энергии. Обычно для дошкольников рекомендуют четыре приема пищи в сутки, в некоторых случаях (в санаторных и оздоровительных учреждениях) — пять.

Соблюдая установленный режим питания, очень важно не давать ребенку какую-либо пищу в промежутках между кормлениями. Это касается так называемых фруктовых завтраков. Гораздо целесообразнее все фрукты и соки давать ребенку в обычные часы приема пищи.

Детям с недостаточной или избыточной массой тела питание нужно назначать индивидуально. Качественную коррекцию рациона в виде дополнительного введения таких продуктов, как молоко, творог, яйца, мясо, печень, следует проводить ослабленным детям, обладающим плохим аппетитом и съедающим малые количества пищи. В период адаптации потребность в белке возрастает на 10–15%.

Процесс еды следует организовать так, чтобы у детей возникло положительное отношение к пище. Обстановка в столовой должна быть спокойной, ничто не должно отвлекать ребенка от еды. Следует заинтересовать ребенка едой, разговаривая о приятном вкусе и виде приготовленных блюд. Это вызывает отделение пищеварительных соков еще до принятия пищи и способствует лучшему усвоению пищевых веществ.

Оценка питания детей в образовательных учреждениях

Наиболее объективные показатели обеспечения детей рациональным питанием: хорошее общее состояние ребенка, соответствие его физического (табл. 6.6, 6.7) и нервно-психического развития возрасту, положительный эмоциональный тонус, достаточная активность, хорошая резистентность.

Таблица 6.6. Оценка питания мальчиков, кг

Рост, см	Центиль						
	3-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	97-й
85–90	10,7	11,0	11,7	12,2	13,6	14,2	14,7
90–95	11,5	12,0	13,0	13,5	14,5	15,4	16,3
95–100	12,1	13,5	14,0	15,0	15,8	17,0	17,5
100–105	13,3	14,5	15,0	16,0	17,0	18,3	20,3
105–110	14,4	15,6	16,5	17,4	18,9	19,8	21,1
110–115	15,2	16,6	17,8	18,7	20,0	21,0	21,9
115–120	17,6	18,5	19,6	20,7	22,1	23,3	24,0
120–125	19,3	20,0	21,0	22,2	24,0	25,9	27,5

Таблица 6.7. Оценка питания девочек, кг

Рост, см	Центиль						
	3-й	10-й	25-й	50-й	75-й	90-й	97-й
85–90	10,2	11,0	12,0	12,5	13,1	13,9	14,8
90–95	11,0	12,0	12,7	13,4	14,1	14,9	15,8
95–100	12,4	13,0	13,8	14,5	15,5	16,8	18,5
100–105	13,4	14,5	15,0	15,7	17,0	18,2	19,6
105–110	14,3	15,0	16,2	17,5	18,8	19,8	21,4
110–115	15,0	16,5	17,5	18,9	19,8	21,5	24,1
115–120	15,2	17,5	19,0	20,3	22,0	23,2	25,7
120–125	18,4	19,7	20,5	22,0	24,0	27,8	29,4

Из параметров физического развития определяют массу тела, рост и окружность грудной клетки. Измерение этих показателей проводят:

- ▶ у детей от 1 года до 3 лет — 1 раз в квартал;
- ▶ у дошкольников — 1 раз в 6 мес.

Оценку нервно-психического развития детей по возрастным показателям проводят в декретированные сроки:

- ▶ на втором году жизни — 1 раз в квартал;
- ▶ на третьем — 1 раз в 6 мес;
- ▶ детям старше 3 лет — 1 раз в год.

При клинической оценке питания учитывают:

- ▶ состояние кожи, слизистых оболочек;
- ▶ развитие подкожно-жирового слоя;
- ▶ развитие мышечной и костной систем;
- ▶ функциональное состояние всех внутренних органов и систем.

При правильной организации питания у ребенка хороший аппетит, активное поведение, радостное эмоциональное состояние. Ребенок охотно принимает участие в играх и занятиях, его физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, процесс адаптации к некоторым отрицательным воздействиям проходит благоприятно, восприимчивость к заболеваниям на низком уровне. Заболевания у таких детей, в случае их возникновения, протекают в легкой форме с минимальной длительностью и не дают осложнений.

Анализ питания

Для правильной организации и проведения анализа питания детей в ДООУ необходимы следующие документы:

- ▶ рекомендуемый ассортимент основных пищевых продуктов;
- ▶ примерное меню;
- ▶ таблица замены продуктов по белкам и углеводам;
- ▶ бракеражный журнал;
- ▶ годовые, квартальные и месячные заявки на продукты.

Еженедельно или раз в 10 дней медицинский работник контролирует выполнение среднесуточной нормы выдачи продуктов на одного ребенка и при необходимости проводит коррекцию питания в следующей декаде. Подсчет основных пищевых ингредиентов по итогам накопительной ведомости выполняет медицинская сестра раз в месяц (подсчитывает энергетическую ценность, количество белка, жиров и углеводов). Врач проводит анализ питания детей в ДООУ 1 раз в месяц.

Медицинская сестра принимает участие в составлении каждодневного меню, контролирует правильность хранения и соблюдение сроков реализации продуктов. Она следит за правильной кулинарной обработкой и закладкой в котел продуктов, выходом блюд, вкусовыми качествами пищи.

Для обеспечения преемственности питания родителей информируют об ассортименте питания ребенка, вывешивая ежедневное меню на время его пребывания в ДООУ.

Витаминация пищи

В целях профилактики гиповитаминозов в зимне-осенний период проводят искусственную витаминизацию холодных напитков (компота и др.). Искусственная С-витаминизация осуществляется из расчета для детей 1–3 лет — 35 мг, для детей 3–6 лет — 50 мг на порцию. Аскорбиновую кислоту вводят в компот после его охлаждения до температуры не выше 15 °С и 35 °С для киселя непосредственно перед реализацией. Витаминизированные блюда не подогревают. Витаминизацию блюд проводят под контролем медицинского работника.

6.5. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО КОНТРОЛЯ РЕЖИМА ДНЯ И УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Большое влияние на состояние здоровья ребенка в ДООУ оказывает правильный режим дня. Режим — распределение во времени и определенная последовательность в удовлетворении основных физиологических потребностей организма (в активном бодрствовании, сне, пище), а также чередование различных видов деятельности во время бодрствования. Соблюдение режима обеспечивает физиологически необходимую продолжительность сна и бодрствования, чередование всех гигиенических процессов и кормлений, своевременность занятий и самостоятельных игр, прогулок, закаливающих процедур и др. Режим — основное условие развития, бодрого настроения, спокойного поведения, нормального функционирования организма ребенка. При составлении режима соблюдают следующие основные принципы:

- ▶ длительность бодрствования определяется пределом работоспособности нервной системы ребенка;
- ▶ дневной и ночной сон обеспечивает своевременное и полное восстановление затраченной энергии и отдых нервной системы;
- ▶ ритм кормлений должен быть согласован с ритмом бодрствования и сна.

Режим дня должен соответствовать возрастным особенностям детей и способствовать их гармоничному развитию. В разновозрастной ясельной группе он должен быть различным: для детей до 1 года, для детей от 1 до 1,5 лет и от 1,5 до 3 лет.

Режим дня ребенка второго года жизни следующий: кормят его 4 раза через 3,5–4 ч, ночной сон длится 10,5–11 ч. Днем он спит 1 раз, продолжительность сна — 2–3 ч, время бодрствования составляет 5–5,5 ч.

На третьем году жизни детей кормят 4 раза через 3,5–4 ч: завтрак — через 1–1,5 ч после пробуждения, ужин — за 1,5–2 ч до ночного сна. Днем дети спят 1 раз в течение 2–2,5 ч, ночной сон — 10,5–11 ч, длительность периода бодрствования составляет 5,5–6,5 ч.

В возрасте 4–7 лет дети получают пищу 4 раза в сутки, спят днем 1 раз 2–2,5 ч, ночной сон составляет 10–11 ч, время активного бодрствования удлиняется до 6–6,5 ч.

Ежедневная продолжительность прогулки детей составляет не менее 3–4 ч. Прогулку организуют 2 раза в день: в первую половину дня — до обеда и во вторую половину дня — после дневного сна или перед уходом детей домой. При температуре воздуха ниже -15°C и скорости ветра более 7 м/с продолжительность прогулки сокращают. Прогулку не проводят при температуре воздуха ниже -15°C и скорости ветра более 15 м/с для детей до 4 лет, а для детей 5–7 лет — при температуре воздуха ниже -20°C и скорости ветра более 15 м/с (для средней полосы). Во время прогулки с детьми необходимо проводить игры и физические упражнения. Подвижные игры проводят в конце прогулки перед возвращением детей в помещение ДОУ.

Общая продолжительность суточного сна для детей дошкольного возраста составляет 12–12,5 ч, из которых 2–2,5 ч отводится дневному сну. Для детей от 1 года до 1,5 лет дневной сон организуют дважды — в первую и вторую половину дня, общая его продолжительность составляет 3,5 ч. Оптимальным считается дневной сон на воздухе (на веранде). Для детей от 1,5 до 3 лет дневной сон организуют однократно продолжительностью не менее 3 ч. Перед сном нежелательно проводить подвижные эмоциональные игры. Детей с трудным засыпанием и чутким сном рекомендуют укладывать первыми и поднимать последними. Во время сна детей присутствие воспитателя (или его помощника) в спальне обязательно.

С возрастом существенно меняется не только длительность, но и характер бодрствования, деятельность ребенка становится более разнообразной. Показатель удачно выбранного режима — поведение ребенка: он спокоен, активен, не плачет, не возбужден, не отказывается от еды, спокойно и быстро засыпает, крепко спит и просыпается бодрым. Точное соблюдение режима имеет большое значение, однако возможны и отступления в зависимости от поведения ребенка. Если такие отступления часты, это означает, что режим не соответствует индивидуальным особенностям ребенка.

В Федеральном законе от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. от 25.06.2012) указано, что образовательная деятельность потенциально опасна для здоровья детей. В целях

профилактики негативного влияния необходимы гигиеническая экспертиза и регламентация объема нагрузки, методов, программ и технологий обучения.

В условиях вариативности дошкольного образования предпочтение следует отдавать личностно-ориентированным педагогическим технологиям, обладающим здоровьесберегающим потенциалом. Занятия проводят в индивидуальном, свойственном каждому ребенку темпе с использованием при обучении игровой деятельности.

Около 50% общего времени занятий следует отводить деятельности, требующей от детей умственного напряжения, и 50% — физкультурно-оздоровительному и эстетическому циклу.

Для детей раннего возраста от 1,5 до 3 лет длительность непрерывной образовательной деятельности не должна превышать 10 мин. Допускается осуществлять образовательную деятельность в первую и во вторую половины дня (по 8–10 мин) в помещении или на игровой площадке во время прогулки.

Самостоятельная деятельность детей 3–7 лет (игры, подготовка к занятиям, личная гигиена и др.) занимает в режиме дня не менее 3–4 ч. Продолжительность непрерывной образовательной деятельности для детей в возрасте:

- ▶ 3–4 лет — не более 15 мин;
- ▶ 4–5 лет — не более 20 мин;
- ▶ 5–6 лет — не более 25 мин;
- ▶ 6–7 лет — не более 30 мин.

Образовательную деятельность, требующую повышенной познавательной активности и умственного напряжения детей, следует организовывать в первую половину дня.

Максимально допустимый объем образовательной нагрузки в первой половине дня в младшей и средней группах не превышает 30 и 40 мин, в старшей и подготовительной — 45 мин и 1,5 ч соответственно. В середине времени, отведенного на непрерывную образовательную деятельность, проводят физкультурные минутки. Перерывы между периодами непрерывной образовательной деятельности — не менее 10 мин.

Образовательная деятельность с детьми старшего дошкольного возраста может осуществляться во второй половине дня после дневного сна. Ее продолжительность должна составлять не более 25–30 мин в день. В середине непрерывной образовательной деятельности статического характера проводятся физкультурные минутки.

На активную двигательную деятельность детей в режиме дня отводится не менее 3,5–4 ч. Двигательная активность в организованных формах деятельности должна составлять 45–50% всего объема суточной двигательной активности и 35–40% времени прогулок на территории ДОУ.

В режиме сада в подготовительной группе следует предусмотреть специальные занятия с логопедом для детей, имеющих дефекты в звукопроизношении; для детей со слабым развитием мелких мышц рук — специальные упражнения для их развития; для детей с отклонениями здоровья — необходимые лечебные и оздоровительные мероприятия.

6.6. ОРГАНИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ И ЗАКАЛИВАНИЯ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Необходимое условие всестороннего развития, укрепления здоровья и повышения сопротивляемости организма детей — правильное физическое воспитание и закаливание. Физическое воспитание детей должно быть направлено на улучшение состояния здоровья и физического развития, расширение функциональных возможностей растущего организма, формирование двигательных навыков и качеств. Двигательный режим, физические упражнения и закаливающие мероприятия должны соответствовать возрастно-половым возможностям детей, учитывать состояние здоровья и время года.

Физкультурные занятия — основная форма организованного систематического обучения детей физическим упражнениям. Их проводят воспитатели групп при регулярном контроле со стороны медицинских работников и заведующего дошкольным учреждением.

Динамическое наблюдение за состоянием здоровья и физическим развитием детей, а также оценку эффективности воздействия средств физического воспитания осуществляет при плановых профилактических осмотрах детей врач ДОУ. В обязанности врача входят систематический контроль организации всех разделов физического воспитания, закаливания в детском саду и проведение медицинского наблюдения на физкультурных занятиях не менее 2 раз в год в каждой возрастной группе. Медицинская сестра ежемесячно контролирует проведение утренней гимнастики, подвижных игр и закаливающих мероприятий, постоянно контролирует санитарно-гигиеническое состояние мест проведения занятий (помещение, участок), физкультурного оборудования, спортивной одежды и обуви, а также проводит санитарно-просветительную работу среди персонала и родителей по вопросам физического воспитания дошкольников.

Двигательная активность в организованных формах деятельности должна составлять не менее 50% всего объема суточной двигательной активности, а во время прогулок на территории ДОУ — 35–40%. Организованные формы двигательной деятельности должны включать:

- ▶ утреннюю гимнастику;
- ▶ физкультурные занятия в помещении и на воздухе;
- ▶ физкультурные минутки;
- ▶ подвижные игры;
- ▶ спортивные упражнения;
- ▶ ритмическую гимнастику;
- ▶ занятия на тренажерах;
- ▶ плавание.

На организованные формы двигательной активности из общего времени пребывания ребенка в ДОУ отводится до 6–8 ч в неделю с учетом психофизиологических особенностей детей, времени года и режима работы.

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

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

Одно из трех физкультурных занятий для детей 5–7 лет следует круглогодично проводить на открытом воздухе, но только при отсутствии у детей медицинских противопоказаний и наличии у них спортивной одежды, соответствующей погодным условиям. Занятия на открытом воздухе организуют с учетом местных климатических особенностей.

Дети, посещающие дошкольное учреждение, в зависимости от состояния здоровья, функционального состояния и особенностей физической подготовленности могут иметь временные ограничения в занятиях физкультурой. Проверка физической подготовленности включает:

- ▶ оценку времени задержки дыхания (пробы Штанге — на вдохе и Генча — на выдохе);
- ▶ проведение ортостатической пробы:
 - учащение пульса за 1 мин менее 16 от исходного — хороший результат;
 - учащение пульса за 1 мин от 16 до 20 — средний результат;
 - учащение пульса за 1 мин более 20 — результат ниже среднего;
- ▶ нагрузочную пробу с 20 приседаниями за 30 с:
 - время восстановления пульса к исходному уровню менее 3 мин — хороший результат;
 - от 3 до 4 мин — средний результат;
 - более 4 мин — результат ниже среднего.

На основании проведенных проб и для индивидуального подхода при назначении различных средств физического воспитания выделяют две группы детей.

- ▶ Группу I (основную) — дети, не имеющие никаких медицинских и педагогических противопоказаний и ограничений для занятий в полном объеме программы физического воспитания.
- ▶ Группу II (подготовительную) — дети, имеющие ограничения временного характера в величине, интенсивности физической нагрузки и объеме закаливающих мероприятий. К ослабленной группе относят детей II и III группы здоровья (в основном часто и длительно болеющих).

Для детей, отнесенных к подготовительной группе, следует разрабатывать индивидуальные планы закаливающих мероприятий с более низкой физической нагрузкой. Для этого воспитатель при проведении физкультурных занятий, утренней гимнастики, подвижных игр и спортивных упражнений должен уменьшать для них количество повторений каждого упражнения. Однако ежедневные занятия утренней гимнастикой обязательны. Дети из ослабленной группы должны находиться под постоянным наблюдением медицинских работников, и при положительных сдвигах в состоянии здоровья их без задержки следует переводить на общий режим дошкольного учреждения. Дети, отнесенные к ослабленной группе и за время пребывания в детском саду не переведенные

в основную группу, в школе должны заниматься по программе физического воспитания подготовительной группы.

Физкультурные занятия состоят из трех частей: вводной, основной и заключительной.

- ▶ Задачи вводной части: повысить эмоциональную настроенность детей, активизировать их внимание, постепенно подготовить организм к предстоящей повышенной физической нагрузке.
- ▶ Задачи основной части: обучение основным двигательным навыкам и их закрепление, развитие физических качеств, тренировка различных мышечных групп, тренировка и совершенствование физиологических функций организма (подвижные игры, бег, прыжки, лазание).
- ▶ Задачи заключительной части: обеспечить постепенный переход от повышенной мышечной деятельности к спокойной, уменьшить двигательное возбуждение, сохранив при этом бодрое настроение детей.

С помощью хронометрии определяют общую продолжительность занятия и длительность его отдельных частей. Общая продолжительность физкультурного занятия зависит от возраста:

- ▶ 3–4 года — 15 мин;
- ▶ 4–5 лет — 20 мин;
- ▶ 5–6 лет — 25 мин;
- ▶ 6–7 лет — 30 мин.

Каждая из частей занимает определенное время:

- ▶ вводная — 2–6 мин;
- ▶ основная — 15–25 мин;
- ▶ заключительная — 2–4 мин.

В основной части физкультурного занятия отводится:

- ▶ на общеразвивающие упражнения — 3–7 мин;
- ▶ основные виды движений — 8–12 мин;
- ▶ подвижную игру — 4–6 мин.

Оценку эффективности физкультурного занятия для дошкольников проводят по показателю моторной плотности и увеличению среднего значения ЧСС. Моторная плотность занятия (отношение времени занятия, затраченного ребенком на движения, к общей продолжительности занятия, выраженное в процентах) в зале должна составлять не менее 70%, на воздухе — не менее 80%:

$$\text{МП} = (V_d / V_o) \times 100\%,$$

где МП — моторная плотность; V_d — время, затраченное на движения; V_o — общее время занятия.

Для определения интенсивности мышечной нагрузки, правильности построения занятия и распределения физической нагрузки измеряют ЧСС 10-секундными отрезками до занятия, после вводной части, общеразвивающих упражнений, основных движений (подвижной игры), заключительной части и по окончании восстановительного периода в течение 3–5 мин.

Для обеспечения тренировочного эффекта увеличение среднего показателя ЧСС у детей 3–4 лет составляет на занятиях в зале до 130–140 в минуту, на воздухе — до 140–160 в минуту; у детей 5–7 лет в зале — до 140–150 в минуту, на воздухе — до 150–160 в минуту.

Максимальной ЧСС обычно бывает во время подвижной игры, что объясняется как увеличением нагрузки, так и большим эмоциональным возбуждением детей. Обычно во вводной части занятия ЧСС возрастает на 15–20%, в основной части — на 50–60%, а во время подвижной игры — на 70–90% (до 100%). В заключительной части ЧСС снижается и превышает исходные данные на 5–10%, а после занятий (спустя 2–3 мин) возвращается к исходному уровню.

Эффективность занятий физическими упражнениями и свободной двигательной деятельности детей зависит от условий, в которых они проходят. Максимальный оздоровительный эффект достигается при проведении занятий, утренней гимнастики и подвижных игр на открытом воздухе.

Оценивают эффективность физического воспитания по динамике состояния здоровья детей, развитию двигательных качеств и навыков на каждом году жизни. Тестирование физической подготовленности дошкольников проводит воспитатель по физической культуре в начале (сентябрь–октябрь) и конце (апрель–май) учебного года и контролирует методист (старший воспитатель) ДОУ. Оценку уровня физической подготовленности медицинская сестра вносит в медицинскую карту. Разрешение на тестирование физической подготовленности детей дает медицинский персонал ДОУ.

Обязательный компонент физического воспитания детей — закаливание. Оно включает:

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

При закаливающих мероприятиях необходимо строго соблюдать основные правила: постепенность увеличения дозы закаливающего фактора, регулярность проведения и учет индивидуальных особенностей детей и состояния их здоровья. Закаливающие мероприятия меняют по силе и длительности в зависимости от сезона, температуры воздуха в групповых помещениях, эпидемиологической обстановки. В закаливании организма имеет значение и одежда, отвечающая гигиеническим требованиям и зависящая от температуры воздуха и погодных условий.

Перед началом закаливания следует распределить детей на группы.

- ▶ I группа — здоровые дети, редко болеющие, ранее закаливаемые. Им показаны все формы закаливания и физического воспитания.
- ▶ II группа — здоровые дети, впервые приступающие к закаливанию; часто болеющие дети; дети с физическим развитием ниже среднего; дети, страдающие хроническим тонзиллитом, аденоидитом, экссудативным диатезом, анемией. Для них ограничивают физическую нагрузку, температура воды во время процедур должна быть на 2 °С выше, чем в I группе. Широко используют закаливание воздухом.
- ▶ III группа — дети с хроническими заболеваниями и частыми их обострениями, органическими поражениями сердца, вернувшиеся в ДОУ после длительных заболеваний. Им назначают лечебную физкультуру и только местные водные процедуры, проводить которые следует осторожно, при температуре воздуха и воды на 4–6 °С выше, чем для детей I группы.

С целью закаливания и оздоровления детей организуют плавание в бассейне и сауну.

Продолжительность нахождения в бассейне в зависимости от возраста детей должна составлять:

- ▶ в младшей группе — 15–20 мин;
- ▶ в средней группе — 20–25 мин;
- ▶ в старшей группе — 25–30 мин;
- ▶ в подготовительной группе — 25–30 мин.

Для профилактики переохлаждения детей плавание в бассейне не следует заканчивать холодной нагрузкой, прогулку детей после плавания в бассейне организуют не менее чем через 50 мин.

При использовании сауны необходимо соблюдать следующие требования:

- ▶ во время проведения процедур избегать прямого воздействия теплового потока от калорифера;
- ▶ в термокамере следует поддерживать температуру воздуха в пределах 60–70 °С при относительной влажности 15–10%;
- ▶ продолжительность первого посещения ребенком сауны не должна превышать 3 мин;
- ▶ после пребывания в сауне ребенку следует обеспечить отдых в специальной комнате и организовать питьевой режим (чай, соки, минеральная вода).

Дети могут посещать бассейн и сауну только при наличии разрешения врача-педиатра. Присутствие медицинского персонала обязательно во время плавания детей в бассейне и нахождения их в сауне.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Дошкольный возраст начинается с:
 - а) 3 лет;
 - б) 4 лет;
 - в) 5 лет;
 - г) 6 лет.
2. Самым эффективным методом воспитания дошкольников является:
 - а) нравоучительная речь;
 - б) личный пример поведения;
 - в) беседа на разные темы;
 - г) самовоспитание.
3. Игрушки для детей дошкольного возраста должны быть хорошо:
 - а) моющимися;
 - б) разбирающимися;
 - в) складывающимися;
 - г) двигающимися.
4. Врач-педиатр осматривает ребенка в ДОО:
 - а) сразу после постановки реакции Манту;
 - б) при поступлении в ДОО;
 - в) после проведения прививки;
 - г) после прогулки детей ясельной группы.

5. Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме:
 - а) игры;
 - б) урока;
 - в) беседы;
 - г) лекции.
6. Правильным является распределение по отдельным приемам пищи у детей школьного возраста (% всего рациона в калориях):
 - а) завтрак — 25%, обед — 35–45%, полдник — 10–15%, ужин — 20–25%;
 - б) завтрак — 0%, обед — 50–60%, полдник — 0%, ужин — 40–50%;
 - в) завтрак — 5%, обед — 70–75%, полдник — 5–10%, ужин — 10–20%;
 - г) завтрак — 40–50%, обед — 50–60%, полдник — 0%, ужин — 0%.
7. Продолжительность общего сна в режиме дня детей младших групп детского сада составляет:
 - а) 11–10 ч;
 - б) 14–13 ч;
 - в) 9–10,5 ч;
 - г) 12–12,5 ч.
8. Режим дневного сна детей младшей группы детского сада составляет:
 - а) 1 ч;
 - б) 3 ч;
 - в) 1,3 ч;
 - г) 2 ч.
9. Продолжительность общего сна в режиме дня детей средних групп детского сада составляет:
 - а) 11–10 ч;
 - б) 14–13 ч;
 - в) 10–9 ч;
 - г) 12–12,5 ч.
10. Режим дневного сна детей средней группы детского сада составляет:
 - а) 3 ч;
 - б) 2 ч;
 - в) 1,3 ч;
 - г) 1 ч.
11. Продолжительность общего сна в режиме дня детей старших групп детского сада составляет:
 - а) 11,5 ч;
 - б) 13 ч;
 - в) 10 ч;
 - г) 12 ч.
12. Режим дневного сна детей старшей группы детского сада составляет:
 - а) 3 ч;
 - б) 2 ч;
 - в) 1,5 ч;
 - г) 1 ч.
13. Продолжительность общего сна в режиме дня детей подготовительной группы детского сада составляет:
 - а) 13 ч;
 - б) 11,5 ч;
 - в) 12–12,5 ч;
 - г) 10 ч.

14. Режим дневного сна детей подготовительной группы детского сада составляет:
 - а) 2,5 ч;
 - б) 1,5 ч;
 - в) 2 ч;
 - г) 1 ч.
15. Подразделение поликлиники, сотрудники которого осуществляют медицинскую помощь обучающимся в образовательных организациях, называется отделением:
 - а) организации медицинской помощи в образовательных организациях;
 - б) экстренной помощи детям в образовательных организациях;
 - в) профилактической медицинской помощи обучающимся;
 - г) первичной медико-санитарной помощи детям в образовательных организациях.
16. Кто проводит в образовательных организациях санитарно-просветительную работу по вопросам профилактики заболеваний и формированию здорового образа жизни:
 - а) медицинский персонал;
 - б) сотрудники Роспотребнадзора;
 - в) сотрудники центров здоровья;
 - г) сотрудники центров медицинской профилактики.
17. Суточная двигательная активность дошкольника восполняется во время:
 - а) подвижных игр на воздухе;
 - б) утренней гимнастики;
 - в) занятий в спортивных секциях;
 - г) занятий плаванием.
18. В ДОУ результаты профилактического осмотра оформляются в учетной форме:
 - а) 026/у-2000;
 - б) 131/у;
 - в) 030/у;
 - г) 079/у.
19. Для определения степени закаленности организма проводят:
 - а) исследование сосудистой реакции на охлаждение;
 - б) расчет индекса здоровья;
 - в) определение температуры тела ребенка;
 - г) изучение заболеваемости.
20. При организации закаливания ребенка после перенесенного заболевания необходимо учитывать:
 - а) состояние здоровья ребенка, характер перенесенного заболевания;
 - б) температуру тела, наличие термоасимметрии, длительность заболевания;
 - в) частоту и длительность заболеваний за предыдущий год, средневзвешенную температуру тела;
 - г) удельную теплоотдачу, температуру воздействия фактора, время года.
21. К закаливающим и повышающим иммунорезистентность организма факторам относят:
 - а) высокую двигательную активность, наличие места для организации дневного сна на воздухе, прием адаптогенов;
 - б) правильное питание, употребление биодобавок, посещение сауны и купание в проруби, массаж и рефлексотерапию;
 - в) посещение солярия, двигательную активность, водные процедуры, пребывание на свежем воздухе;
 - г) оптимальную двигательную активность, воздушные и водные процедуры, УФО.

22. Обливание водой как закаливающую процедуру следует начинать с воды температурой:
- а) 18–20 °С;
 - б) от 40–43 °С;
 - в) до 33 °С;
 - г) до 3 °С.
23. К III группе закаливания относят детей:
- а) здоровых, впервые приступающих к закаливанию;
 - б) с хроническими заболеваниями в стадии компенсации;
 - в) здоровых, ранее закаливаемых;
 - г) с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации.
24. Световоздушные ванны как закаливающие процедуры проводят в:
- а) вечерние часы, с постепенным увеличением их продолжительности, когда ребенок находится в состоянии покоя;
 - б) дневные часы, с постоянной продолжительностью, когда ребенок находится в движении;
 - в) утренние часы, с постепенным увеличением их продолжительности, когда ребенок находится в движении;
 - г) утренние часы, с постоянной продолжительностью, когда ребенок находится в состоянии покоя.
25. Задачей физического воспитания не является:
- а) контроль выполнения нормативов скоростно-силовых тестов;
 - б) укрепление здоровья;
 - в) формирование и совершенствование двигательных навыков;
 - г) формирование мотивации к занятиям физической культурой.
26. Норма суточной двигательной активности определяется при:
- а) учете критических периодов развития организма;
 - б) соответствии функциональным возможностям неравномерно развивающихся систем организма;
 - в) организованных формах занятий физическими упражнениями;
 - г) выполнении контрольных нормативов скоростно-силовых тестов.
27. Для закаливания детей дошкольного возраста используют:
- а) «моржевание», солярий, бег босиком по снегу;
 - б) воздушные ванны, солнечные ванны, водные процедуры;
 - в) прогулки на свежем воздухе, ходьбу пешком, плавание;
 - г) окунание в прорубь, походы в горы.
28. К принципам закаливания не относят:
- а) позитивный настрой ребенка;
 - б) систематичность и сочетание общего и местного закаливания;
 - в) постепенность и безопасность;
 - г) проведение процедур в определенное время дня.
29. Необходимой рекомендацией в период подготовки ребенка к поступлению в ДОО является:
- а) приблизить домашний режим к режиму в ДОО;
 - б) назначить диету с повышенной калорийностью;
 - в) проводить профилактические курсы антибиотиков;
 - г) проводить исследование кала на дисбактериоз.
30. К блюдам, разрешенным к употреблению в ДОО, относят:
- а) макароны по-флотски;
 - б) творожную запеканку;
 - в) форшмак;
 - г) яичницу-глазунью.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1 — а	9 — г	17 — а	25 — а
2 — б	10 — б	18 — а	26 — б
3 — а	11 — а	19 — а	27 — б
4 — б	12 — в	20 — а	28 — г
5 — а	13 — б	21 — г	29 — а
6 — а	14 — б	22 — г	30 — б
7 — г	15 — а	23 — б	
8 — г	16 — а	24 — в	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

Ребенок 6 лет посещает детский сад. Заболел остро с подъема температуры тела до 39 °С, появления боли в околоушной области справа, усиливающейся при глотании и жевании. На следующий день мать отметила слегка болезненную припухлость в околоушной области справа, затем слева. На четвертые сутки болезни вновь повысилась температура тела до 38,7 °С, утром появились сильная головная боль, повторная рвота.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести за счет явлений интоксикации. Вялый. Температура тела — 39,1 °С. Жалуется на резкую головную боль в лобной и теменной областях. При осмотре кожные покровы чистые, обычной окраски. Слизистая оболочка ротовой полости слабо гиперемирована, налетов нет. В околоушной, подчелюстной областях с обеих сторон отмечаются легкая припухлость и болезненность при пальпации. В легких — везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД — 28 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС — 128 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и диурез в норме. Неврологический статус: в сознании, но заторможен, на вопросы отвечает с задержкой, неохотно. Отмечается выраженная ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Очаговых симптомов поражения нервной системы не выявлено. Ребенок не вакцинирован в связи с отказом матери.

Задания

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Опишите тактику ведения больного, включая план обследования.
4. Разработайте план лечения.
5. Разработайте план противоэпидемических и профилактических мероприятий в детском саду.

Задача 2

Ребенок 5 лет (масса тела — 24 кг), посещающий детский сад, заболел с повышения температуры тела до 38,5 °С. На вторые сутки заболевания мать заметила маленькие единичные красные папулы на лице и туловище. Утром на следующий день элементов сыпи стало больше, они распространились по всему телу, появи-

лись на волосистой части головы. Весь день сохранялась высокая температура тела. На следующий день мать вызвала врача-педиатра участкового на дом.

Пришедший на вызов врач-педиатр участковый расценил состояние ребенка как среднетяжелое. Температура тела — 38,4 °С. Ребенок вялый, отказывается от еды. Пьет неохотно — жалуется на боль в горле при глотании. На коже туловища, лица, конечностей, волосистой части головы имеются полиморфные элементы сыпи в виде папул, пузырьков. Отмечается выраженный зуд кожи. Слизистые оболочки ротовой полости ярко гиперемированы, на твердом нёбе отмечаются единичные афты. Пальпируются периферические лимфатические узлы II–III размеров, эластичные, безболезненные. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧДД — 26 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичны. ЧСС — 104 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Менингеальных и очаговых клинических проявлений нет.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите источник инфекции для ребенка в данном случае. Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Назовите место, где должен лечиться больной. Составьте план лечения больного.
5. Составьте план противоэпидемических мероприятий в детском саду.