

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия



МАТЕРИАЛЫ
II МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК»

14 апреля 2017 г.



г. Чита

УДК 616-0532 (063)
ББК 57.3
М 33

Материалы II Межрегиональной научно-практической конференции «Здоровый ребенок» (Чита, 14 апреля 2017 г.). – Чита : ФГБОУ ВО ЧГМА, 2017. - 118 с. - [Электронное издание].

Ответственные за выпуск:

Доцент кафедры педиатрии лечебного и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО ЧГМА, к.м.н. Баранова Т.И.

Доцент кафедры педиатрии лечебного и стоматологического факультетов ФГБОУ ВО ЧГМА, к.м.н Емельянова О.Н.

Старший преподаватель кафедры педагогики ГУДПО «Институт развития образования Забайкальского края» Крицкая И.Н.

В сборнике представлены материалы II Межрегиональной научно – практической конференции «Здоровый ребенок». В научных трудах освещаются проблемы формирования здорового образа жизни, вопросы неонатологии, питания, вакцинопрофилактики, патологии детского возраста, охраны здоровья детей в образовательных учреждениях, реабилитации.

В тексте настоящего издания сохранены стиль, содержание, орфография, использованные авторами представленных материалов.

© ФГБОУ ВО ЧГМА МЗ РФ, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Амосова О.С., Губанова О.М. Повышение родительской компетентности в формировании здорового образа жизни через лектории	5
Андреева Е.В., Долгобородова В.В., Федосеева А.В., Эпова Л.С. Некоторые аспекты оценки эффективности работы врача-педиатра участкового	9
Акиньшина Л.Б., Романова Е.В. Обновление содержания деятельности педагогического коллектива по формированию здорового образа жизни у взрослых и детей дошкольного возраста в условиях дошкольного учреждения	10
Апрелкова Н.В. Здоровый образ жизни начинается в детском саду	16
Баранова Т.И. Витамины в практике педиатра	19
Батаева Е.П., Зеленева А.Ю., Калинина Л.Р., Сагалаева А.И. Мочевой синдром у детей – тактика педиатра	25
Гаймоленко И.Н. Орфанные заболевания: что мы о них знаем?	31
Гаймоленко И.Н., Игнатьева А.В. Фармаконутрициология: миф или реальность?	32
Грязина О.И. Влияние куклотерапии на оздоровление детей через музыкально- театрализованную деятельность в ДООУ	36
Губанова О.М. Летний оздоровительный период – путь к здоровому образу жизни	41
Емельянова О.Н., Боровик Н.Н., Сегодня С.В., Непомнящих Л.П., Бочкарева Ю.А. Немедикаментозная коррекция функциональных запоров у детей	46
Емельянова О.Н., Богомолова И.К., Пискунова О.Г., Бурякова Т.В., Перфильева О.А. Опыт организации медико – социальной помощи подросткам в поликлиническом подразделении №2 детского клинического медицинского центра г. Читы	51
Емельянова О.Н., Нардина И.В., Бондаренко Е.В. Мануальная терапия как направление реабилитации детей в ДКМЦ г. Читы	59
Емельянова О.Н., Нардина И.В., Косыгина С.А., Исакова Н.В. Анализ факторов риска у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта	61
Емельянова О.Н., Непомнящих Л.П., Исакова Н.В. Восстановительное лечение детей в Санатории «Жемчужина моря»	65
Емельянова О.Н., Пискунова О.Г., Антонова О.Б., Лиханова О.В., Лхасаранова Л.В. К проблеме питания детей дошкольного возраста	70
Золотухина Т.С., Стебенькова В.М. В будущее с заботой о здоровье каждого ребенка	74
Игнатьева А.В., Сибира О.Ф., Слепнева У.А., Григорьева О.О. Современный взгляд на питание здоровых детей	76
Михайлова Л.А., Алексеева О.Г., Бурлака Н.М., Лапа С.Э. Гигиеническая оценка качества атмосферного воздуха и риска для здоровья детского населения г. Чита	77

Михно В.А., Богомолова И.К. Исследование уровня эндотелина -1 у здоровых детей	82
Немцова Л.С. Недели здоровья в ДОУ как этап формирования у ребенка стойкой мотивации на здоровый образ жизни и полноценное развитие	83
Панченко А.С., Гаймоленко С.Г. Некротический энтероколит у новорожденных детей	86
Петрухина И.И., Левченко Н.В. Диагностика Белково-энергетической недостаточности у детей	90
Попова Н.Г., Степанова Н.Н., Петрова Т.В., Доровская Е.Н., Пономарева Т.А., Волчатникова Н.А. Влияние искусственной вентиляции легких на Начало энтерального питания недоношенных детей	95
Попова Н.Г., Степанова Н.Н., Петрова Т.В., Доровская Е.Н., Рябинина М.А., Сушкова Е.А. Влияние процедуры «милкинга» пуповины на эритропоэз недоношенных новорожденных	96
Попова Н.Г., Степанова Н.Н., Петрова Т.В., Доровская Е.Н., Рябинина М.А., Сушкова Е.А. Тромботические осложнения в неонатальном периоде	97
Поршнева Т.А. Предпочтения рабочей молодежи в спортивно – оздоровительной деятельности «Мы выбираем спорт!»	98
Потапова Н.Л. Некоторые особенности формирования бронхиальной астмы в детском возрасте	102
Сараева Н.И. Использование дидактических игр – как метод ознакомления детей к азбукой правильного питания	105
Синькова Л.Н. Правильное питание как фактор развития мышц речевого аппарата	107
Тюхменёва Л.В. Здоровый образ жизни ребенка дошкольного возраста. Основные аспекты здорового образа жизни дошкольника	109
Хамутова Н.А. Особенности организации логопедической работы с детьми, имеющими нарушения зрения, в условиях МБДОУ общеразвивающего вида	112
Шишкина А.Н. Формирование представлений о здоровом образе жизни в семье	115

УДК 372.3

Амосова О.С., Губанова О.М.

ПОВЫШЕНИЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЧЕРЕЗ ЛЕКТОРИИ

МАДОУ детский сад № 9«Росинка», г. Краснокаменск, Россия

Забота о здоровье ребенка и взрослого человека стала занимать во всем мире приоритетные позиции. Это и понятно, поскольку любой стране нужны личности творческие, гармонично развитые, активные и здоровые. Учеными доказано, что здоровье человека только на 7-8% зависит от здравоохранения и более, чем на половину от образа жизни. Сегодня установлено, что 40% заболеваний взрослых берут свое начало с дошкольного возраста [2].

Сохранение и укрепление здоровья детей одна из главных стратегических задач развития нашей страны. Поэтому приоритетным направлением в дошкольном воспитании является повышение уровня здоровья детей, формирование у них навыков здорового образа жизни. От состояния здоровья детей во многом зависит благополучие общества. В последнее десятилетие во всём мире наметилась тенденция к ухудшению здоровья взрослого и детского населения. Экологические проблемы, различные отрицательные бытовые факторы, химические добавки в продуктах питания, некачественная вода, накапливающиеся раздражения в обществе, связанные с неудовлетворительным экономическим положением, недостаточное внимание семьи к укреплению физического и психического здоровья детей, равнодушное отношение родителей к физкультуре и спорту - факторы, агрессивно воздействуют на здоровье дошкольника [1].

В дошкольном детстве закладывается фундамент здоровья ребенка, происходит его интенсивный рост и развитие, формируются основные движения, осанка, а также необходимые навыки и привычки, приобретаются базовые физические качества, вырабатываются черты характера, без которых невозможен здоровый образ жизни. Одной из задач ФГОС ДО является охрана и укрепление физического и психического здоровья детей, в том числе их эмоционального благополучия, а также обеспечение психолого-педагогической поддержки семьи и повышения компетентности родителей (законных представителей) в вопросах охраны и укрепления здоровья детей [4].

Большое значение в создании благоприятных условий для формирования у дошкольников представлений о здоровом образе жизни играет система дошкольного образования, поскольку забота об укреплении здоровья ребенка, как отмечают А.Ф. Аменд, С.Ф. Васильев, М.Л. Лазарев, О.В. Морозова, Т.В. Пошгарева, О.Ю. Толстова, З.И. Тюмасева и др., - проблема не только медицинская, но и педагогическая, так как правильно организованная воспитательно-образовательная работа с детьми совместно с родителями нередко в большей степени, чем все медико-гигиенические мероприятия, обеспечивает формирование здоровья и здорового образа жизни. На образование, как социальный способ обеспечения наследования культуры, социализации и развития личности, возложена надежда государственной политики по формированию индивидуальной культуры здорового образа жизни подрастающего поколения, как одной из основных составляющих национальной культуры здорового образа жизни [5].

Детский сад и семья — это две основные социальные структуры, которые главным образом определяют уровень здоровья ребенка. Единство детского сада и семьи в вопросах сохранения здоровья детей достигается в том случае, если цели и задачи воспитания здорового ребенка хорошо понятны не только воспитателям, но и родителям; когда семья знакома с основным содержанием, методами и приемами физкультурно-оздоровительной работы в детском саду, а педагоги используют лучший опыт семейного воспитания здорового образа жизни. Сегодня федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» определяет, что родители являются первыми педагогами своих детей. Они

обязаны заложить основы физического, нравственного, интеллектуального развития личности ребенка [3].

Дошкольный возраст является важным и ответственным периодом. Поэтому основная задача педагогов по работе с семьёй – разрушить ныне существующий барьер и найти новые пути взаимодействия между детским садом и родителями. Совместная работа должна строиться по принципу содружества и партнёрства, и, предусматривать координацию взаимного воздействия на ребёнка, направленную на его здоровье и развитие.

Чтобы совместная работа с родителями принесла свои плоды в вопросах здоровья и здорового образа жизни педагогический коллектив нашего дошкольного образовательного учреждения использует в своей работе с родителями различные нетрадиционные активные формы. Одна из форм работы с семьёй по повышению родительской компетентности – это лекторий. Так – как немалое значение в воспитании дошкольников имеет пример родителей, мы решили начать работу по воспитанию здорового образа жизни дошкольников с создания проекта по работе с родителями «Лекторий: Университет для родителей», чтобы своим примером взрослые могли донести важность проблемы по сохранению здоровья и до своих детей. В начале работы по реализации проекта было проведено анкетирование для родителей - «Что вы понимаете под здоровым образом жизни?». В результате выяснилось, что большинство родителей (63%) не смогли ответить на основные вопросы. **Поэтому целью нашей работы стало:** Повышение педагогической компетентности родителей в вопросах формирования основ здорового образа жизни в рамках родительских лекториев.

Задачи:

1. Развивать психолого-педагогическую компетентность родителей в вопросах здоровья детей и здорового образа жизни в семье.
2. Оказывать практическую и теоретическую помощь родителям воспитанников в рамках организации и проведения тематических лекториев.
3. Устанавливать доверительные и партнерские отношения с родителями для развития и воспитания детей.
4. Обучать родителей приемам эффективного взаимодействия с ребенком с целью сохранения его здоровья и создание в семье здорового нравственно-психологического климата.
5. Оказывать конкретную практическую помощь семье в создании условий для сохранения и укрепления здоровья ребенка.
6. Учитывать пожелания родителей при составлении программ лекториев.
7. Привлекать родителей к осуществлению воспитательного процесса и к созданию здоровой среды.

Важное место в решении этих социально значимых задач занимает детский сад, который может выступить в роли своеобразного центра пропаганды здорового образа жизни, воспитания культуры семьи, формирования у родителей знаний, умений и навыков по различным аспектам сохранения и укрепления здоровья как детей, так и взрослых.

Объектом исследования является: родительская компетентность в вопросах здоровья и здорового образа жизни.

Предмет исследования: мероприятия, проводимые в рамках родительских лекториев.

Гипотеза: Здоровье детей будет сохраняться, укрепляться и развиваться, а физические качества будут эффективно совершенствоваться при условии, если будет систематически проводиться работа с детьми и с родителями по укреплению здоровья и по формированию привычки к здоровому образу жизни.

Методы исследования: Наглядная пропаганда – сочетание различных видов наглядности, оформление тематических выставок, стендов; обучение родителей в рамках родительских лекториев; организация досугов, посвященных здоровому образу жизни.

Условия, необходимые для реализации цели: Заинтересованность педагогов и родителей в реализации проекта; эффективное взаимодействие между участниками проекта и руководителем; материально – техническое обеспечение.

Так как под здоровым образом жизни понимается активная деятельность человека, направленная на сохранение и улучшение здоровья, то к этой активности следует отнести такие компоненты как правильное питание, рациональная двигательная активность, закаливание организма и сохранение стабильного психоэмоционального состояния. Именно эти компоненты должны быть заложены в основу фундамента здорового образа жизни дошкольника. Поэтому мероприятия, запланированные в проекте «Лекторий: Университет для родителей», носят как теоретический, так и практический характер.

Новизна — формирование нового типа взаимодействия детского сада и семьи, характеризующая доверительными отношениями педагогов, специалистов с родителями и помогающие корректно влиять на воспитательную позицию семьи.

В ходе реализации проекта «Лекторий: Университет для родителей» на первом этапе была проведена следующая работа **с педагогами и родителями:**

- Все педагоги и специалисты были информированы по нормативным, юридическим, социальным и психолого-педагогическим аспектам воспитания и развития дошкольников в области здоровья как в детском саду, так и в семье.

- Родителям были предложены для изучения документы по здоровьесбережению, проведены беседы о значимости здорового образа жизни, анкетирование, тестирование, опросы, интервью.

- Организованы «Родительская почта» и «Горячий телефон» по проблемам и вопросам, возникшим в семье.

- Оформлена страница на сайте детского сада, где родители могут почерпнуть интересную и актуальную информацию, а также оставить свои отзывы и предложения.

На втором этапе были организованы и проведены тематические лектории: «Лучшее лечение – профилактика», «Развитие речи дошкольников в детском саду и дома», «Воспитательная функция семьи», «Экология души», где родители могли получить не только теоретические знания о воспитании и развитии детей, но и практические рекомендации по сохранению и укреплению физического и психического здоровья детей, по организации правильного питания в семье, по здоровому образу жизни, по чистоте взаимоотношений в семье. Специалисты и педагоги детского сада представили родителям: практический видеоматериал «Гимнастика после сна – «Минутки – пробудки», где дети подготовительной к школе группы вместе с воспитателем показали различные упражнения для того, чтобы быстрее проснуться и получить отличное настроение после сна; «Пальминги для глаз», где родители познакомились с упражнениями для профилактики зрения у дошкольников, как в домашних условиях изготовить своими руками уголки для зрительной гимнастики, как можно создать мини-программку для зрительной гимнастики с помощью ИКТ-технологии. От учителя – логопеда родители получили памятки «Как правильно проводить артикуляционную, пальчиковую и дыхательную гимнастику». На практическом уроке «Росточки доброты» все родители приняли активное участие во всех предложенных играх и заданиях по сохранению психологического здоровья дошкольников посредством динамических пауз, которые способствуют снятию агрессивности и утомляемости, по развитию эмоциональной сферы, творческой фантазии и воображения. Со слезами на глазах все слушали притчу «Бесценный подарок», в которой рассказывается о том, что не стоит ставить на первое место материальные блага, необходимо дарить друг другу нечто более ценное - любовь, тепло, взаимопонимание, уважение друг к другу. Абсолютно все родители с удовольствием приняли участие в зажигательном и двигательном действии - флеш-моб «Здоровье», который закончился игровым самомассажем, что является одной из составляющих здоровьесбережения. В дискуссии о воспитательной функции семьи многие

родители поделились своим опытом воспитания, не забыв отметить не только положительные моменты, но и осветив свои проблемы, с удовольствием рассказывали о своих семейных традициях.

Каждый лекторий заканчивался соответствующими рефлексиями, предложенными педагогом – психологом детского сада, которые были направлены на результат и на сплочение педагогического коллектива и сообщества родителей.

Результаты и их обсуждение. На третьем этапе реализации проекта «Лекторий: Университет для родителей» были подведены итоги выполнения проекта, анализ достигнутых результатов. Разнообразные формы проведения лекториев помогли привлечь родителей к активности, к сотрудничеству и партнёрству. У родителей заметно возросла готовность к применению полученных знаний. Они стали задавать интересующие их вопросы не только педагогам, но и специалистам дошкольного учреждения, у них появилось заинтересованное отношение ко всему, что делают педагоги, у педагогов вырос авторитет среди родителей воспитанников дошкольного учреждения.

Материалы первого лектория ««Лучшее лечение – профилактика» были представлены в г. Чита в рамках курсов повышения квалификации по теме: «Повышение родительской компетентности в вопросах воспитания детей».

Вывод. Формирование отношения ребенка к здоровому образу жизни невозможно без активного участия в этом процессе не только педагогов и всего персонала детского сада, но и непосредственного участия родителей. Только с изменением уклада семьи можно ожидать реальных результатов в изменении отношения дошкольников и их родителей к собственному здоровью.

Таким образом, можно сделать следующий вывод, что здоровье детей зависит не только от физических особенностей, но и от условий жизни, санитарной грамотности и гигиенической культуры родителей. Ни одна, даже самая лучшая физкультурно-оздоровительная программа не сможет дать хороших результатов, если она не решается совместно с семьей. И в заключении можно сказать, что семья и дошкольные учреждения – два важных института социализации детей. Их воспитательные функции различны, но для всестороннего развития ребенка необходимо их взаимодействие. В результате информация и практический опыт, полученный родителями, помогут повысить эффективность работы по оздоровлению детей, получить необходимые знания о физическом развитии ребенка, сформировать потребность в здоровом образе жизни в своей семье.

Список литературы

1. Вместе с семьей: пособие по взаимодействию дошкольных образовательных учреждений и родителей под ред. Т.Н. Дороновой. - М.: Просвещение, 2005.
2. Гундаров И.А. и др. Медико-социальные проблемы формирования ЗОЖ И.А. ундаров, Н.В. Киселев, О.С. Копина. - М.: Академия, 2009.
3. Доронова Т.Н. Основные направления работы ДОУ по повышению психолого-педагогической культуры родителей Т.Н.
4. Кареева Т.Г. Формирование здорового образа жизни у дошкольников: планирование, система работы Т.Г. Кареева. - Волгоград: Учитель, 2010.
5. Соловьев Г.М. Основы здорового образа жизни и методика оздоровительной физкультуры Г.М. Соловьев. - Ставрополь: СГУ, 2007.

УДК 371.7

Андреева Е.В., Долгобородова В.В., Федосеева А.В., Эпова Л.С.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Введение. Эффективность работы участкового врача педиатра оценивается согласно приказу № 283 от 19.04.2007 года. Одним из критериев эффективности работы врача является полнота охвата профилактическими прививками детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Полнота охвата прививками детей должна составлять не менее 95% от общего числа детей, подлежащих прививкам. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции обеспечивается детям с 2 месячного возраста до 2 –х лет согласно национальному календарю прививок (приказ № 125н от 21.03.14 г.) вакциной «Превенар 13».

Цель. Оценить эффективность работы участковой службы по критерию полноты охвата вакциной «Превенар 13» детей в возрасте от 2 до 12 месяцев за период 2015-2016 гг.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 506 амбулаторных карт (форма 112/у) детей в возрасте от 2 до 12 месяцев по поводу вакцинации детей против пневмококковой инфекции вакциной «Превенар 13» в поликлиническом подразделении № 5 Детского клинического медицинского центра (ДКМЦ) г. Читы. Скрининг карт проводился методом случайного отбора. Все учетные формы были разделены на 2 группы. Первая группа - дети, родившиеся в 2015 году, вторая группа – дети 2016 года рождения. Критерии включения: дети от 2 до 12 месяцев жизни. Расчет охвата производится по формуле: $Ox = (A/B) \times 100$, где Ox - охват прививками (%), A - число декретированных детей, получивших прививку, B - общее число детей данного возраста. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica 10», Microsoft Excel 2010, применялись методы непараметрической статистики с использованием критерия χ^2 , различия считались достоверными при $p < 0,05$. Сравнимые группы не имели статистических различий по возрасту и полу ($p > 0,05$).

Результаты. В первой группе детей из 273 охвачено 32,2% (88 детей), что в 2,6 раза меньше нормативного показателя ($p < 0,001$). Во второй группе из 233 детей охвачено 19,3% (45 детей), что в 4,8 раз меньше нормативного показателя ($p < 0,001$). Уровень охвата в 2016 году достоверно ниже, чем в 2015 г. в 1,7 раза ($p = 0,001$).

Выводы:

1. Выявлен низкий показатель охвата вакциной «Превенар 13» в течение двух лет после утверждения нового национального календаря прививок.
2. Установлено, что уровень охвата в 2016 стал ниже значений изучаемого показателя в 2015 г.
3. Следует считать, что эффективность работы участковой службы поликлинического подразделения №5 по профилактике пневмококковой инфекции у детей первого года жизни очень низкая.
4. Медицинским работникам поликлинического подразделения № 5 ДКМЦ г. Читы необходимо обратить внимание на такой критерий эффективности работы участкового педиатра, как охват вакцинацией и выявить причину низкого охвата вакциной «Превенар 13» на территории обслуживания.

УДК 371.7

Акиньшина Л.Б., Романова Е.В.

ОБНОВЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОЛЛЕКТИВА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

МБДОУ «Центр развития ребенка – детский сад №82», г. Чита, Россия

Здоровье нашей нации – это результат политики государства, создающего возможность гражданам относиться к своему здоровью как к ценности. Проблема здоровья детей сохраняет особую остроту в системе дошкольного образования. Дошкольный возраст – особенно важный и ответственный период, когда происходит формирование и «настройка» функционирования многих систем организма.

Одним из аспектов оздоровления детей мы выделили фактор природной среды, так как наш детский сад расположен в зеленой экологической зоне. Приоритетными направлениями работы дошкольного учреждения являются полноценное физическое развитие, охрана и укрепление здоровья детей, формирование системы знаний и системы привычек здорового образа жизни. Перед педагогами стоит задача воспитания ребёнка как субъекта своей здоровьесберегающей деятельности, творца собственной здоровой жизни, хранителя своего здоровья.

Проблема здоровья является актуальной. Здоровье ребенка выступает как мера качества жизни.

Для того, чтобы более качественно реализовать идеи здоровьесберегающей педагогики, необходимо понимание того, что дошкольнику нужно прививать не только элементарные санитарно-гигиенические навыки, но и начинать формировать потребности и ценности в здоровом образе жизни.

Здоровье ребенка-дошкольника во многом зависит от правильной организации оздоровительной и воспитательной работы, осуществляемой педагогами, от уровня разработки вопросов охраны здоровья детей в педагогическом аспекте, преемственности в вопросах формирования здорового образа жизни с семьей ребенка.

В центре внимания лежат представления о здоровом ребенке, понимаемом как практически достижимая норма детского развития, что позволяет проектировать конкретные направления деятельности в отношении развития здоровья.

Оздоровление, как одна из форм развития психофизиологических возможностей у детей. Оздоровление трактуется не как совокупность лечебно-профилактических (медицинских) мер, а как форма развития, расширения психофизиологических возможностей детей, что позволяет нам моделировать педагогическое воздействие в этой сфере.

Воспитание ребенка с учетом оздоровительных задач становится не сопровождающим фоном, а основной формой оздоровительно-развивающей работы, что позволяет нам обновлять традиционные педагогические воздействия

Одна из главных задач в работе дошкольного учреждения – создание во всех сферах деятельности условий, благоприятных, с одной стороны, и «провоцирующих», с другой поэтапное развитие личностных ресурсов у детей. В числе личностных в первую очередь мы рассматриваем ресурс здоровья, как ведущий фактор развития детей. В потоке информации о реализации здоровьесберегающей практике в дошкольных образовательных учреждениях (далее ДОУ) очень мало внимания уделяется необходимости серьезных изменений в работе по развитию адаптивных возможностей у детей.

Учитывая необходимость (в целях профилактики дезадаптации с учетом перехода к новым стандартам) специально организуемой преемственности детского сада и начальной школы, мы усилили внимание к развитию адаптивных возможностей у детей дошкольного возраста. Одной из линий развития, доступных в условиях образовательного процесса в ДОУ

- формирование метапредметного поля в образовательной деятельности. К сожалению, не все педагоги, даже работающие в системе дошкольного образования, могут отказаться от информационной составляющей при организации познавательной деятельности, где главным способом обучения является игра. Сложным для педагогов является определение интегративных связей, определяющих метапредметность в деятельности воспитателей при реализации музыкального и физического воспитания, эмоционально-речевого и познавательного развития, в осуществлении продуктивных видов деятельности.

Осуществление экспериментальной деятельности по теме «Комплекс лечебно-профилактический и коррекционно-оздоровительных мероприятий как фактор формирования здоровья детей» позволило актуализировать необходимые условия для запуска экспериментальной деятельности по теме «Система оздоровительных мероприятий в организации воспитательно-образовательного процесса в условиях детского сада №82», которая бы позволила решать проблемы здоровья комплексно, системно, целостно, направляя усилия в несколько сфер:

- работа с детьми,
- работа со взрослыми (от компетентности в вопросах здоровья, зависит качество работы с детьми) в этом направлении.

Используя методические подходы В.Д. Сонькина (2003), была разработана циклограмма закаливающих мероприятий и двигательной активности детей для всех возрастных групп. Понимая, что необходима серьезная доработка режимов закаливания и двигательной активности, эта работа требовала продолжения на всех этапах эксперимента.

Для успешной реализации проекта ОЭР на территории детского сада была создана «тропа здоровья», по которой дети в теплое время года пробегают 1–3 круга (в зависимости от возраста), разработан консультативный материал для воспитателей и родителей.

В целях улучшения работы по использованию здоровьесберегающих технологий разработана модель обновления комплекса оздоровительных мероприятий с учетом внедрения валеокомпонента в различные направления воспитательно-образовательной деятельности: музыкальную, физическую и коррекционно-логопедическую.

Внедрение комплексов оздоровительных мероприятий в образовательный процесс позволило снизить общую заболеваемость по детскому саду на 25 %.

На протяжении всей работы коллектив дошкольного учреждения решает следующие задачи оздоровительной работы:

1. Раннее выявление детей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата и частоболеющих детей. Индивидуальный подход в оздоровлении.

2. Комплексность применения коррекционных упражнений педагогическим коллективом детского сада. Непрерывность в организации оздоровительной работы.

3. Приоритетность использования нетрадиционных оздоровительных мероприятий. Адекватность в использовании методов.

В связи с этим, стоит заметить, что от уровня подготовки самого взрослого, от принципов, которыми руководствуется педагогический коллектив ДОУ, зависит очень многое. Для решения профилактических и оздоровительных задач нам было необходимо уточнить направления деятельности, в которых возможны эффективные изменения. Сделав вывод по итогам реализации проекта опытно-экспериментальной работы коллектив выдвинул проблему подготовки взрослых к проведению оздоровительных мероприятий с детьми. На основе этого была выдвинута следующая тема ОЭР «Оптимизация образа жизни субъектов образовательного процесса через оздоровительные мероприятия в системе воспитательно-образовательной деятельности ДОУ».

Цель нашей работы звучала следующим образом - создание новых практик здоровьесберегающей деятельности в ОУ, способствующих оптимизации образа жизни и повышению уровня здоровья (комплексно-интегрированный подход).

Здоровьесберегающее поведение участников образовательного процесса не является нормой, эталоном, приоритетом в жизни взрослых (как на уровне педагогического коллектива, так и на уровне семьи), тем самым снижая формирование качества ценностей здоровья на уровне отдельного взятого ребенка.

Решение проблемы воспитания и обучения человека «нового поколения», готового культивировать и развивать здоровьесберегающие нормы в современном социуме вне сферы образования невозможно. В связи с этим необходимы новые (ориентированные на ценности здоровья, как знака качества, культуры) виды, способы, приемы и методы профессиональной подготовки педагогов, включающей не только их обучение, но и повышение профессионального мастерства через принятие необходимости ценностного отношения к своему здоровью. Это возможно через специально-организованное обучение взрослых, оздоровление средствами психологической поддержки и развития адаптивных возможностей.

Проектная идея заключается в следующем - развитие разных вариантов и форм деятельности в условиях одного образовательного учреждения, содействующих оптимизации образа жизни и развитию, сохранению здоровья участников образовательного процесса.

Задачами исследования являются:

1. Изучить возможности педагогического коллектива реализовать данный проект.
2. Изучить и проанализировать состояние обозначенной проблемы в методической литературе.
3. Разработать разные направления и формы деятельности, направленные на оздоровление взрослых и детей детского сада.
4. Провести исследование эффективности новых практик.
5. Обеспечить условия для распространения целесообразного опыта.

Для реализации проекта в ДООУ были созданы ресурсы:

- наличие экспериментальной базы, команды педагогов-исследователей;
- наличие мотивации и запроса на деятельностный характер здоровьесберегающей практики, возможный и доступный для всех педагогов;
- готовность педагогов к разработке данной темы и реализации проекта ;
- наличие возможностей для разработки новых видов здоровьесберегающей практики.

Основные концептуальные идеи

- Здоровье как практически достижимая норма детского развития.

Путь: проектирование направлений деятельности детского сада в отношении развития здоровья участников образовательных отношений.

- Оздоровление как одна из форм развития психофизических возможностей у детей

Путь: моделирование педагогического воздействия в этой сфере и поиск адекватных средств.

- Оздоровительные задачи не сопровождающий фон, а основная форма оздоровительно-развивающей работы

Путь: обновление традиционных педагогических воздействий (реализация программ «Детство» средствами здоровьесберегающих технологий).

- Авторитет и мнение родителей – ресурс поддержки и включения их в деятельность, ориентированную на здоровье детей.

Путь: поиск новых путей вовлечения их в деятельность, ориентированную на здоровье детей.

Предполагаемый ключевой результат: повышение уровня здоровья у участников образовательного процесса, качества профессиональных достижений у педагогов ДООУ и образовательных достижений у дошкольников через изменения в образе жизни и повышение ресурса здоровья.

Большинство педагогов придерживаются определения слова «здоровья», часто имея в виду его физическую составляющую, забывая о социально-психологической и духовно-нравственной. Важно переломить эту тенденцию и руководствоваться определением здоровья как многогранного понятия, включающего физический, социально-психологическом и духовно-нравственном аспектах здоровья.

Главный их признак – использование психолого-педагогических приемов, методов, подходов к решению возникающих проблем. Их можно выделить в три подгруппы:

- организационно-педагогические технологии, определяющие структуру воспитательно-образовательного процесса, способствующую предотвращению состояний переутомления, гиподинамии и других дезадаптационных состояний;
- психолого-педагогические технологии, связанные с непосредственной работой педагога с детьми (сюда же относится и психолого-педагогическое сопровождение всех элементов образовательного процесса);
- учебно-воспитательные технологии, которые включают программы по обучению заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья учащихся.

Главная задача педагога – не столько дать детям знания о здоровье во всех его проявлениях, сколько вызвать у них желание выполнять правильные действия в отношении тех аспектов здоровья, которые для него актуальны, а далее - научить этим конкретным навыкам (например, навыкам помощи себе и другим детям) и закрепить их на уровне семьи ребенка. Детям хорошо знакомы предметы гигиены, продукты питания, некоторые средства защиты, др.

Семья - первый институт, в котором закладываются основы будущей личности. Родители и педагогический коллектив ДОО стремятся предъявлять ребенку единые, обоснованные и понятные ему требования. Так, родителям в период адаптации к условиям ДОО сообщают о необходимости соблюдать дома режим дня, приближенный к режиму детского сада. Сведения о ребенке воспитатели получают в процессе беседы с родителями, они стараются установить тесный контакт с родителями, помогают снять тревогу за малыша, информируют о протекании адаптационного периода, ориентируясь на активное взаимодействие.

Следует отметить, что изменилось отношение родителей к оздоровительной работе, появились первые положительные отклики, родители стали задавать вопросы, возникла потребность в консультировании. Большинство родителей (92,3 %) положительно относятся к работе педагогического коллектива, опасения возникли лишь у 0,6 % родителей;

Творческой группой педагогов разработан цикл консультаций для родителей и педагогов с включением исследовательского аспекта. Это обеспечило стабильный рост педагогического мастерства, обуславливая процесс оптимизации взаимодействия субъектов образовательного процесса. Творческий подход к делу, интерес к собственному развитию позволили педагогам оптимизировать ситуации взаимодействия с родителями:

- активное вовлечение в работу по формированию навыков здорового образа жизни,
- осознанное содействие родителей качеству педагогического процесса,
- закрепление с детьми полученных практических навыков в домашних условиях.

Родители привлекаются к участию в физкультурно-массовых и оздоровительных мероприятиях дошкольного учреждения.

Не исключая многих других подходов, считаем, что главное – помочь малышам выработать собственные жизненные ориентиры в выборе стиля образа жизни, научить оценивать доступными ему способами свои физические возможности, видеть перспективы их развития, содействовать формированию потребности в здоровье.

Здоровье жизненно важно для каждого человека, и чем раньше ребенок овладеет конкретными приемами, способствующими его сохранению и укреплению, тем более он будет готов к активной повседневной деятельности, поддерживающей его организм и

психику в стабильном, рабочем состоянии. Именно поэтому здоровье и основанная на нем жизненная целостность организма могут стать точкой приложения усилий не только медиков, но и педагогов.

Приобщение к работе родителей стало мощным дополнительным ресурсом поддержки нашего эксперимента и удачным примером их включения в деятельность, ориентированную на здоровье детей. Наши родители стали непосредственными участниками воспитательно-образовательного процесса.

Не секрет, что благоприятные условия развития, обучения и воспитания ребенка-дошкольника могут быть реализованы лишь при условии тесного взаимодействия двух институтов – детского сада и семьи. Совместная деятельность педагогов и родителей по сохранению и укреплению здоровья ребенка, формирование здорового образа жизни, основ гигиенической и физической культуры имеет не только педагогическое, но и глубокое социальное значение. В детском саду для создания условий партнерства поставлены следующие цели:

1. совершенствование образовательного процесса и повышения качества образования в дошкольном учреждении;
2. развитие государственно-общественного объединения на уровне партнерства;
3. формирование ценности и традиций социально-ориентированной гражданской инициативы;
4. участие в развитии воспитательного процесса в детском саду.

По-настоящему в ребенке может укорениться лишь то, что воспитано в семье.

Для поддержания творческой атмосферы, используя идеи экспериментаторов А.С. Сиденко, Т.Г. Новиковой (АПКиПРО г. Москва), нами было определено творческое кредо ДОУ: Быть довольными даже самыми скромными и маленькими достижениями, учитывая то, что «крошечные успехи, накапливаясь как снежный ком, дадут нам возможность достичь больших успехов»

В результате была определена идея корпоративной культуры работников ДОУ:

- Единый стиль в работе команды
- Возможность интегрировать сложно интегрируемое
- Мозаика здоровьесберегающих подходов

Содержание и результаты

1. Оценка возможностей педагогического коллектива реализовать данный проект.
2. Включение в исследовательскую деятельность специалистов (муз.руководитель, инструктор по физ. воспитанию, воспитателей и обслуживающий персонал) проведение индивидуальных консультаций и разработку подпроектов («Цветочный дизайн в ДОУ», «Организация работы с родителями по оздоровлению детей дома», «Профилактические упражнения в работе с детьми»)

3. Презентация опыта в краевых пед.чтениях «Экологосообразная модель здоровьесберегающего образования в условиях перехода к новым стандартам» при участии д.б.н. Е.Н. Дзятковской,

4. Анализ и использование здоровьесберегающих подходов по технологиям В.Базарного, Е.Н. Дзятковской, М.Безруких

Отсюда можно сделать следующий вывод: оценка возможностей коллектива ДОУ довести проект до завершения позволил выявить потребности педагогов в развитии здоровьесбережения, соответственно собственной компетентности в этих вопросах. Несмотря на непредусмотренные риски педагогический коллектив был настроен на дальнейшее продвижение.

5. Изучение состояния обозначенной проблемы в научно-методической литературе, опыта ДОУ, авторских моделей ЗД В разделе формирования ЗОЖ позволил отметить недостаточность проработанности содержания этого раздела с точки зрения конкретных

знаний, умений, навыков, части норм поведения, педагогической практики. Анализ опыта показал ориентированность большинства педагогов на медико-профилактический подход. Необходимо отметить, что данная проблема отражена недостаточно в источниках, которые мы изучали (отсутствие конкретных понятий для дошкольного образования, не выделены области знаний, навыков по возрастным категориям).

Начато обновление образа жизни всех участников образовательного процесса. Данная работа проводится с детьми через организацию занятий, развлечений и праздников; с педагогами через проведение индивидуальных и подгрупповых занятий; с родителями начаты консультации

Данная тема позволила начать работу по углубленному изучению спроса родителей и педагогов по проблеме здорового образа жизни. Эта работа началась с проведения с педагогическим коллективом тестирования (что дало нам сделать анализ педагогического коллектива и его работоспособности), тренингов (который помогли нам скорректировать работу педагогов и умение координировать свои недостатки с учетом необходимых требований), семинаров (позволили научить педагогов владеть своими умениями владеть обстановкой, на начальном этапе), выявления проблем при работе с детьми и родителями в ДОУ.

Психологом дошкольного учреждения выявлены дети группы «риска» и начала работу с такими детьми. Эту работу начали проводить не только с воспитателями групп, где были выявлены дети с проблемами или нарушениями психического здоровья, а также с родителями. Данная работа будет продолжена и со всеми родителями, дети, которых не вошли в группу риска.

Несмотря на сложности в прохождении данного этапа, связанного с ротацией кадров нельзя не отметить влияния ОЭР на темпы развития ОУ :

- аттестация образовательного учреждения на 1 категорию ОУ
- аттестация руководителей образовательного учреждения.
- аттестация педагогов на более высокие категории.
- требуют разрешения следующие вопросы:
- работа с детьми (внедрение здоровьесберегающих технологий в работу с детьми по привитию здорового образа жизни).
- работа с родителями
- работа с обслуживающим персоналом, желающим участвовать в реализации проекта по привитию здорового образа жизни всем участникам образовательного процесса.

Список литературы

1. Гаврючина Л.В. Здоровьесберегающие технологии в ДОУ: Методическое пособие. –М.: ТЦ Сфера, 2007. – 160 с.
2. Экологосообразная здоровьесберегающая деятельность: опыт реализации в условиях образовательного учреждения: сборник материалов краевых педагогических чтений / состав. Степанова Н.В., по научн. рук. Матафонова О.И.. – Чита:ЗабКИПКРО, 2010. – 133 с.
3. О здоровье дошкольников. Родителям и педагогам / Сост. Нищева Н.В. – СПб., «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2006. – 208 с.

УДК 371.7

Апрелкова Н.В.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ НАЧИНАЕТСЯ В ДЕТСКОМ САДУ

МДОУ «Детский сад «Сказка» п. Карымское, Забайкальский край, Россия

Издревле люди при встрече желали друг другу здоровья: «Здравствуйте», «Доброго здоровья!» И это не случайно. Ведь еще в Древней Руси говорили: «Здоровье дороже богатства», «Здоровье не купишь», «Дал Бог здоровья, а счастье – найдем».

Наше здоровье складывается из нескольких составляющих. Это и здоровый образ жизни, и благоприятная среда обитания, и рациональное питание (с условием обеспечения безопасности пищевых продуктов и воды, и эффективная демографическая политика).

В дошкольном детстве закладывается фундамент здоровья ребенка, происходит его интенсивный рост и развитие, формируются основные движения, осанка, а также необходимые навыки и привычки, приобретаются базовые физические качества, вырабатываются черты характера, без которых невозможен здоровый образ жизни.

Для формирования всех качеств в нашем детском саду регулярно проводятся физкультурные занятия с использованием разнообразного спортивного оборудования, закаливающие мероприятия, такие как ежедневные прогулки, утренние гимнастики, бодрящая гимнастика. Питание детей соответствует санитарным нормам и правилам.

Мы не только охраняем детский организм от вредных влияний, но и создаем условия, которые способствуют повышению защитных сил организма ребенка, его работоспособности. И важным здесь является правильно организованный режим дня.

Таким образом, домашний режим ребенка должен быть продолжением режима дня детского сада.

Человек, который с детства приучает себя к правильному образу жизни, вырастет здоровым и сильным. Чтобы повысить тонус, стать жизнерадостным, преградить простуде все пути к своему организму, обязательно нужно использовать самое уникальное природное средство – закаливание. Закаленный человек мало подвержен любым заболеваниям, поэтому закаливание организма можно с уверенностью отнести к привычкам здорового образа жизни. Воздействие солнца, воздуха и воды на организм человека (в разумных пределах) очень полезно.

Но прежде чем приступить к закаливанию, необходимо усвоить пять правил:

1. Прежде чем приступать к закаливанию, нужно избавиться от «микробного гнезда» в организме в виде больных зубов, воспаленных миндалин, насморка и т. д.

2. Закаливание должно быть постепенным, то есть температуру воды, например, снижается на 1 градус каждые два дня, а не сразу на несколько градусов.

3. Закаливаться надо систематически, не пропуская ни одного дня. Если пропустишь, возвратись к предыдущей температуре.

4. Необходимо учитывать индивидуальные особенности, ведь одному может быть полезен прохладный душ, а другому – более теплый.

5. Надо выбрать основное средство закаливания: душ, обтирание, купание, солнечные ванны или хождение босиком.

Результатом нашей работы стали следующие показатели (таблица 1):

Таблица 1

Показатели здоровья детей в детском саду

февраль 2016г - февраль 2017г.			
№ п/п	Показатели	Ранний возраст	Дошкольный возраст
1.	По списку	131	197
2.	Группа	2-я младшая №1; 2-я младшая №2; 2-я младшая	Средняя №1; средняя №2; средняя №3; Старшая №1;

		№3; группа кратковременного пребывания;	старшая №2; старшая №3; подготовительная
3.	Число присутствующих детей	79%	80%
4.	Число отсутствующих детей по болезни: -фарингит; -тонзиллит; -ветрянная оспа; -ОРВИ.	21%	20%

В данный период число отсутствующих детей по перечисленным заболеваниям снизилось на 15% по сравнению с 2015-2016гг.





УДК 517.16; 577.15.33:616-053.2

Баранова Т.И.

ВИТАМИНЫ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Известно, что обеспеченность человека витаминами и микроэлементами напрямую зависит от вида питания. Рациональное и сбалансированное питание детей и взрослых – важнейшее условие поддержания здоровья населения. Необходимость применения мультивитаминных комплексов для обеспечения нормальной жизнедеятельности детского организма связана с недостаточным поступлением витаминов и микроэлементов с пищей. Дефицит микроэлементов и витаминов в рационе матерей, кормящих грудью, также крайне отрицательно влияет на здоровье детей. Около 70% детей первого года жизни в возрасте 3–4 месяцев вскармливаются искусственно [2]. Из них 39–42% получают неадаптированные молочные смеси. Обеспеченность витаминами у детей и подростков не превышает 20–40%, а белково–витаминный дефицит испытывают до 90% детей России.

Несбалансированное и недостаточное, как в качественном, так и в количественном отношении, питание российских детей привело к тому, что у 16–47 % из них выявляется анемия, а у 24–63 % – латентный дефицит железа [1,3]. В результате алиментарного дефицита таких микроэлементов, как железо и йод, в последние годы отмечена четкая тенденция к ухудшению психического здоровья детей [2,4]. Из-за недостатка витаминов снижается способность иммунной системы противостоять действию вирусов и бактерий. Особое значение дефицит витаминов и микроэлементов имеет для школьников, особенно подростков в период интенсивной нагрузки [1,3].

Таблица 1

Классификация витаминов.

Жирорастворимые витамины	Водорастворимые витамины	Витаминоподобные вещества
А, Д, Е, К.	С, В1, В2, РР, В3, В5, В6, фолиевая кислота, В12, Н.	Парааминобензойная кислота, оротовая кислота, В15, инозит, убихинон, витамин U, липоевая кислота, холин, омега-3-ненасыщенные жирные кислоты, ацетилхолин и т.д.

Теоретическая возможность обеспечить ребенка всеми необходимыми витаминами за счет исключительно натуральных продуктов питания выглядит довольно привлекательной, но в реальности она мало достижима. Содержание витаминов в овощах и фруктах широко варьирует в различные сезоны.

В соответствии с современными представлениями витамины – это низкомолекулярные органические соединения с высокой биологической активностью, необходимые для нормальной жизнедеятельности, которые не синтезируются или синтезируются в недостаточном количестве в организме и поступают с пищей [1,2,3,4]. Значение витаминов для обеспечения нормальной жизнедеятельности и поддержания здоровья детей чрезвычайно велико. В основе высокой биологической активности витаминов лежит их участие в построении ферментных систем в качестве коферментов – низкомолекулярных небелковых веществ, которые образуют комплекс с белковой частью ферментов и непосредственно осуществляют химические реакции, катализируемые данным ферментом. Другая ключевая функция витаминов заключается в их участии в построении и функционировании мембран клеток и клеточных органелл. Первая функция присуща практически всем водорастворимым витаминам, а также жирорастворимому витамину К, а вторая – всем жирорастворимым витаминам [3].

Таблица 2

Функциональная классификация витаминов (В. Б. Спиричев, 2004).

Коферменты	Антиоксиданты	Прогормоны
тиамин (В1), рибофлавин (В2), пиридоксин (В6), ниацин, пантотеновая кислота, фолиевая кислота, коболамин (В12), витамин К, биотин.	витамин А, витамин Е, каротиноиды, витамин С.	витамины А, Д.

Недостаточное поступление витаминов с пищей или нарушение их усвоения на уровне желудочно–кишечного тракта приводит к возникновению витаминной недостаточности разной степени (табл.3). Под **витаминной недостаточностью** понимают патологическое состояние, обусловленное сниженной обеспеченностью организма детей тем или иным витамином или нарушением его функционирования в организме.

К **группам риска** по развитию витаминдефицитных состояний относятся:

- дети раннего возраста и подростки в период наиболее интенсивного роста;
- дети, занимающиеся спортом (имеющие высокие физические нагрузки);
- больные дети (острые инфекционные заболевания вирусного или бактериального генеза; патология сердечно–сосудистой системы, желудочно–кишечного тракта и др.);
- больные, длительно принимающие некоторые лекарственные препараты;
- беременные и кормящие женщины;
- вегетарианцы;
- пожилые люди;
- дети и взрослые с низким социально–экономическим уровнем;
- алкоголики, курильщики.

В зависимости от глубины и тяжести витаминной недостаточности выделяют **три ее формы**:

- авитаминоз,
- гиповитаминоз,
- субнормальную обеспеченность витаминами [2,3].

Таблица 3

Клинические проявления дефицита витаминов [3].

Витамин	Клинические проявления
А (ретинол)	Задержка роста, снижение массы тела, сухость кожи и слизистых оболочек, ксерофтальмия, нарушение сумеречного зрения.
Д (кальциферол)	Нарушение фосфорно-кальциевого обмена: рахит, остеопения, остеопороз.
К (филлохинон)	Геморрагический синдром.
Е (токоферол)	Мышечная дистрофия, жировая инфильтрация печени, нарушение репродуктивной функции.
В1(тиамин)	Нарушение моторной и секреторной функций желудочно-кишечного тракта, нарушение когнитивных функций, поражение периферической нервной системы, бери-бери.
В2 (рибофлавин)	Задержка роста, алопеция, воспаление слизистых

	оболочек полости рта, губ, языка, кератит, мышечная слабость.
РР (никотиновая кислота)	Пеллагра, дерматит, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта.
В6 (пиридоксин)	Дерматит, поражение нервной системы.
Н (биотин)	Дерматит, усиление работы сальных желез, аллопеция, боли в мышцах, сонливость, депрессия, анорексия, анемия, нарушение липидного обмена.
Фолиевая кислота	Анемия.
В12 (кобаламин)	Анемия, расстройство деятельности нервной системы, резкое снижение кислотности желудочного сока.
В3 (пантотеновая кислота)	Дерматит, воспаление слизистых оболочек, нарушение роста, потеря аппетита, истощение, аллопеция, невриты, параличи, дистрофия надпочечников.
С (аскорбиновая кислота)	Снижение массы тела, слабость, одышка, сердцебиение, кровоточивость, цинга.
Р (рутин)	Геморрагический синдром, слабость, быстрая утомляемость, боли в конечностях.

Под **авитаминозами** понимают состояния практически полного истощения витаминных ресурсов организма, сопровождающиеся возникновением симптомокомплекса, характерного и специфичного для дефицита того или иного витамина (например, цинги, пеллагры и др.). Их основными причинами являются глубокие нарушения всасывания витаминов, при синдроме мальабсорбции (возникающем у детей раннего возраста чаще всего, как следствие пищевой аллергии и лактазной недостаточности, а у детей более старшего возраста в результате хронических энтеритов, резекций тонкого кишечника, поражении гепатобилиарной системы и различных наследственных аномалиях).

К **гиповитаминозам** относятся состояния резкого, но не полного снижения запасов витамина в организме, вызывающего появление ряда, как правило, малоспецифических и слабо выраженных клинических симптомов, нередко общих для различных видов гиповитаминозов (как, например, снижение аппетита и работоспособности, быстрая утомляемость и т.д.).

Субнормальная обеспеченность витаминами представляет собой доклиническую стадию дефицита витаминов, проявляющуюся в основном нарушениями метаболических и физиологических реакций, в которых участвует данный витамин, а также отдельными клиническими микросимптомами. (табл.3).

Основные причины возникновения витаминной недостаточности у детей и подростков:

I. Алиментарная недостаточность витаминов:

1. Нерациональное питание, вызывающее дефицит витаминов в пищевых рационах беременных женщин и кормящих матерей, приводящий к снижению запасов витаминов в организме новорожденного ребенка и уменьшению их уровня в грудном молоке.

2. Нерациональное искусственное вскармливание с преимущественным использованием кефира, коровьего молока и других неадаптированных молочных смесей.

3. Несвоевременное и недостаточное введение продуктов прикорма в питание детей 1 года жизни.

4. Низкое содержание витаминов в суточных рационах питания детей дошкольного и школьного возраста, обусловленное нерациональным построением пищевых рационов и ограниченным потреблением продуктов-витаминоносителей.

5. Потери и разрушение витаминов в процессе технологической переработки продуктов питания, их длительного и неправильного хранения и нерациональной кулинарной обработки.

6. Действие антивитаминовых факторов, содержащихся в продуктах.

7. Присутствие в продуктах витаминов в малоусвояемой форме. Разбалансировка химического состава рационов и нарушение оптимальных соотношений между витаминами и другими нутриентами и между отдельными витаминами.

8. Пищевые извращения и религиозные запреты, налагаемые на потребление ряда продуктов у некоторых народностей.

9. Анорексия, в т.ч. *anorexia nervosa* у девочек–подростков.

II. Угнетение роста нормальной кишечной микрофлоры, продуцирующей ряд витаминов:

1. Болезни желудочно–кишечного тракта.

2. Нерациональная химиотерапия.

III. Нарушения ассимиляции и метаболизма витаминов:

1. Нарушения всасывания витаминов в желудочно–кишечном тракте (заболевания желудка, заболевания кишечника, поражение гепато–билиарной системы, конкурентные отношения с абсорбцией других витаминов и нутриентов, врожденные дефекты и (или) незрелость транспортных и ферментных механизмов абсорбции витаминов).

2. Утилизация поступающих с пищей витаминов кишечными паразитами и патогенной кишечной микрофлорой.

3. Нарушение нормального метаболизма витаминов и образования их биологически активных форм: (наследственные дефекты, недоношенность, приобретенные заболевания, действие инфекционных агентов).

4. Нарушение образования транспортных форм витаминов (наследственные, вследствие незрелости метаболических процессов, приобретенные).

5. Антивитаминовые эффекты лекарственных веществ и других ксенобиотиков.

IV. Повышенная потребность в витаминах:

1. Периоды особо интенсивного роста детей и подростков.

2. Особые климатические условия.

3. Интенсивная физическая нагрузка.

4. Интенсивная нервно–психическая нагрузка, стрессовые состояния.

5. Инфекционные заболевания и интоксикации.

6. Действие неблагоприятных экологических факторов (радионуклиды, пестициды, тяжелые металлы и др.).

7. Заболевания внутренних органов и желез внутренней секреции.

• 8. Повышенная экскреция витаминов (заболевания почек и др.). [1,2,3,4].

Наиболее распространенной формой витаминной недостаточности в настоящее время является **субнормальная обеспеченность витаминами**, которая имеет место **среди практически здоровых детей** различного возраста.

Основные причины субнормальной обеспеченности витаминами:

1. Нерациональное вскармливание детей первого года жизни и нарушения в питании беременных женщин и кормящих матерей.

2. Широкое использование в питании детей рафинированных продуктов, лишенных витаминов в процессе их производства (хлеб тонкого помола, сахар и др.).

3. Потери витаминов при длительном и нерациональном хранении и кулинарной обработке продуктов.

4. Гиподинамия, сопряженная со значительным уменьшением потребности детей в энергии и соответствующим снижением общего количества пищи и, одновременно, количества поступающих с ней витаминов [3].

Хотя субнормальная обеспеченность витаминами не сопровождается выраженными клиническими нарушениями, она значительно снижает устойчивость детей к действию инфекционных и токсических факторов; физическую и умственную работоспособность; замедляет сроки выздоровления больных детей с различной патологией, в том числе детей с тяжелыми травмами, ожогами, послеоперационных больных, способствует обострению хронических заболеваний верхних дыхательных путей желудочно–кишечного тракта и гепато–билиарной системы. Вместе с тем субнормальная обеспеченность витаминами может сопровождаться и появлением отдельных клинических микросимптомов, например, раздражительностью, головной болью при недостаточности тиамина, аскорбиновой кислоты, пиридоксина и др., кровоточивостью десен при недостаточности витамина С, сухостью кожи при недостаточности витаминов А и В2 и др.

К последствиям дефицита витаминов относятся:

- ухудшение самочувствия;
- снижение умственной и физической работоспособности;
- нарушение процессов детоксикации чужеродных веществ в организме;
- нарушение функционирования иммунной системы (снижение сопротивляемости к инфекциям);
- замедление темпов физического и психического развития;
- предрасположенность к развитию различных патологических состояний, хронизации заболеваний.

Профилактика витаминной недостаточности у детей должна начинаться еще в антенатальном периоде, для чего беременной женщине следует соблюдать режим дня и отдыха с прогулками на свежем воздухе, адекватной физической нагрузкой, получать ежедневный полноценный рацион, по назначению врача принимать поливитаминные комплексы для беременных. После рождения ребенка основное внимание уделяется продолжительному грудному вскармливанию и своевременному введению прикормов в рацион младенца.

Здоровым детям на первом году жизни назначается только витамин Д в профилактической дозе, все остальные витамины и микроэлементы ребенок получает с молоком матери.

Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, должны получать современные адаптированные смеси, содержащие весь необходимый спектр витаминов, макро – и микроэлементов. Для прикорма этим детям используются соки, фруктовые и овощные пюре, а также инстантные каши, обогащенные железом и другими незаменимыми микронутриентами.

Таблица 4.

Поливитаминные комплексы, применяемые у детей до 4 лет [3,5].

Препарат	Состав	Форма выпуска	Доза
Супрадин Киндер-гель	Витамины А (в форме бета-каротина), В1, В2, В6, В5, РР, С, Д, Е, лецитин.	Гель	Детям с 3 лет по ½ чайной ложки 3 раза в день.
Супрадин Кидс	Витамины С, В6, В12, ниацинамид, омега-3, холин.	Витаминные конфеты в форме рыб и звезд	Детям 3-4 лет по 1 конфете в день.
Веторон, Россия	Раствор витамина С, бета-каротина.	Капли	Применяется у детей старше года по 1 капле на год жизни однократно утром.

Мультитабс-беби, Дания	Витамины А, Д, С.	Капли	Детям с 6 месяцев по 1 мл в сутки во время еды.
Мультитабс-малыш, Дания	Витамины А, Д, Е, С, В1, В6, В4, В12, никотинамид, фолиевая и пантотеновая кислоты, железо, цинк, марганец, хром, селен, йод.	Жевательные таблетки с малиново-клубничным вкусом	С 1 до 4 лет по 1 таблетке в день во время или после еды.
Пиковит, Словения	В сиропе содержатся витамины А, Д, С, В1, В2, В5, В12, никотинамид. В пастилках содержатся витамины, кальций и фосфор.	Сироп, пастилки	Детям с 1 года по 2 чайные ложки в день. Детям с 2 лет 2-3 пастилок в сутки.

Физическая активность, занятия физкультурой и спортом, закаливание, профилактика инфекционных заболеваний, отсутствие вредных привычек, сбалансированная полноценная диета у детей поможет избежать дефицита витаминов. Также для профилактики гиповитаминозов следует рекомендовать прием специальных поливитаминных препаратов независимо от социально-экономического статуса семьи и наличия у ребенка симптомов витаминного дефицита (табл. 4, 5).

Таблица 5

Поливитаминные комплексы, применяемые у детей старше 4 лет [3,5].

Препарат	Состав	Форма выпуска	Доза
Супрадин Кидс	Витамины С, В6, В12, ниацинамид, омега-3, холин.	Витаминные конфеты в форме рыб и звезд.	Детям 4 -14 лет по 1 конфете 2 раза в день.
Супрадин Кидс Юниор	Витамины А, Д, Е, С, В1, В2, В6, В12, никотинамид, пантотеновая кислота, биотин, кальций, магний, медь, хром, йод, железо, марганец, селен, цинк, холин.	Жевательные таблетки.	Детям 4-8 лет 1 таблетка в сутки. Детям старше 8 лет 2 таблетки в сутки.
Алфавит, Россия	Белая таблетка – В1, В6, РР, молибден, железо, йод, медь. Голубая таблетка- А, Е, С, магний, марганец, селен, цинк. Розовая таблетка – В2, В6, В9, В12, Д, К, биотин, кальций, хром.	Таблетки разного цвета.	Детям от 6 лет по 1 таблетке каждого цвета в день с интервалом не менее 4 часов.
Триовит, Словения	Витамины А 9в форме бета-каротина), Е, С, селен.	Капсулы	Детям с 12 лет по 1 капсуле в сутки.
Пиковит Д,	Витамины А, Д, С, В1, В2, В5, В6, В12, никотинамид,	Пастилки	Детям старше 4 лет по 4-5 пастилок в сутки.

Словения	фолиевая кислота, кальций и фосфор.		
Пиковит Форте, Словения	Витамины А, Д, С, В1, В2, В5, В6, В12, никотинамид, фолиевая кислота.	Пастилки	Детям от 7 лет по 1 пастилке в сутки.

Витаминно-минеральные комплексы выпускаются в виде сиропов, суспензий, таблеток, драже, жевательных таблеток, гелей, пастилок, растворимых порошков и т. д. Не все существующие комплексы витаминов с микроэлементами для детей одинаковы. Организм ребенка может ответить аллергической реакцией на прием отдельных компонентов. При выборе витаминно-минерального комплекса надо обращать внимание в первую очередь на «чистоту» сырья, из которого производят комплексы. Главное условие – все компоненты должны быть химически нейтральными и не оказывать отрицательного воздействия на организм человека. Витаминные комплексы для систематического применения должны содержать витамины в физиологических дозах. Нельзя принимать препараты с истекшим сроком годности, превышать указанную дозировку, назначать витаминно-минеральные комплексы без учета возраста ребенка.

Список литературы:

1. Василевский И.В. Клинико-фармакологические аспекты рационального применения витаминно-минеральных комплексов у детей / И.В. Василевский // Медицинские новости. – 2010. - №2. – С.6-11.
2. Захарова И.Н. Коррекция дефицита витаминов и микроэлементов у детей дошкольного и школьного возраста / И.Н. Захарова // Вопросы современной педиатрии. – 2009. - №5, т. 8. - С.21-27.
3. Намазова-Баранова Л.С. Витамины и минеральные вещества в практике педиатра / Л.С. Намазова-Баранова, С.Г. Макарова, В.М. Студеникин. – М.:ПедиатрЪ,2016 – 304 с.
4. Опыт применения витаминно-минеральных комплексов у детей / И.А. Громов, Е.А. Галеева, Л.С. Намазова, Р.М. Торшхоева // Педиатрическая фармакология. – 2009. - №2. – С.37-40.
5. Профилактика В-гиповитаминозов у школьников в период интенсивных физических нагрузок / О.А. Громова, В.Г. Ребров, С.А. Галицкая, Т.Р. Гришина // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – Том 8. – № 1. – С. 60–67.

УДК 616.62–008.221

Батаева Е.П.¹, Зеленева А.Ю.², Калинина Л.Р.², Сагалаева А.И.²

МОЧЕВОЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ – ТАКТИКА ПЕДИАТРА

¹ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

²ГУЗ Краевая детская клиническая больница, г. Чита, Россия

Мочевой синдром является наиболее распространенным, а иногда постоянным и единственным признаком патологии органов мочевой системы (ОМС). Данное понятие включает в себя качественное и количественное нарушение мочевого осадка, а также нарушения процесса мочеотделения. Изолированный мочевой синдром может протекать латентно (исключая случаи макрогематурии и массивной лейкоцитурии) и обнаруживаться только лабораторными методами.

Не всегда первопричина патологических изменений в анализах мочи свидетельствуют о поражении органов мочеобразования и мочеотделения, они могут являться одним из симптомов соматического заболевания. Однако порой даже незначительные отклонения от нормальных показателей в урограмме (общий анализ мочи) могут свидетельствовать о тяжелом поражении органов мочеобразования и мочеотделения. В ряде случаев случайные

изменения в анализах мочи могут быть первым тревожным «звонком» тяжелого поражения почек. Таким образом, исследовать мочу в практике педиатра необходимо в определенные сроки: перед профилактическими прививками, в возрасте 1 года, перед оформлением в ДДУ, школу, оздоровительное учреждение, у школьников ежегодно в начале учебного года, у неорганизованных детей 1-2 раза в год, после перенесенных заболеваний (особенно ангина, скарлатина, стрептодермия), у спортсменов 1-2 раза в год, у детей диспансерной группы, при курации больных с патологией мочевой системы, как в периоде обострения, так и в периоде ремиссии.

По результатам общего анализа мочи возможно не только предположить и установить нозологический диагноз, но и провести дифференциальную диагностику, определить степень активности нефропатии; выявить начинающую утрату функционального состояния почек. При помощи урограммы – самого доступного и простого исследования оценивают показатели: цвет, прозрачность, реакцию, удельную плотность, содержание белка, глюкозы, диастазы, уробилина, а также мочевой осадок и его элементы (эритроциты, лейкоциты, цилиндры, эпителиальные клетки, бактерии и др.).

Микроскопические изменения мочевого осадкастораживают педиатров в большей степени, и одним из первых вопросов, возникающих в каждом случае – где находится патологический источник: в почках или из других отделах мочеполовой системы (МПС). Знание первичной локализации поражения имеет патофизиологическое и терапевтическое значение.

Органическая часть мочевого осадка при микроскопическом исследовании имеет ведущее значение в диагностике и представлена эпителием, лейкоцитами, эритроцитами и цилиндрами.

Эпителий имеет различное происхождение и попадает в мочу по мере прохождения по мочевому тракту. Эпителиальные клетки могут быть круглые, плоские и цилиндрические, по генезу – канальцевые и клетки мочевыводящих путей (МВП). Физико-химические свойства мочи изменяют морфологию клеток, затрудняя их дифференциацию, при этом почечный эпителий сложно отличить от глубоких слоев мочевого пузыря, а потому придавать значение этому необходимо лишь при наличии в моче белка, форменных элементов крови, цилиндров. Наличие в моче плоского и цилиндрического эпителию детей в небольшом количестве явление нормальное, в большом – может свидетельствовать о слущивании клеток слизистых оболочек МВП при воспалении и/или травматизации кристаллами солей. При этом самостоятельного диагностического значения эпителиурия не имеет, но диктует необходимость повторного исследования с целью возможного выявления сопутствующих изменений.

В общем анализе мочи допустимо наличие единичных лейкоцитов (у мальчиков 3-4, у девочек – 5-6 в поле зрения). При обнаружении повышенного числа этих форменных элементов (лейкоцитурии, в большом количестве – пиурии) необходимо выяснить характер лейкоцитов, а также источник их появления. При проведении 2^x-стаканной пробы повышенное содержание лейкоцитов в первой порции свидетельствует о локализации патологического процесса в мочеиспускательном канале, наружных гениталиях (уретрит, баланопостит, вульвит). В таком случае ребенка необходимо направить на осмотр к специалистам: урологу, гинекологу. Преобладание лейкоцитов во второй порции указывает на течение воспаления в почках (пиелонефрит), мочеточниках, мочевом пузыре. При проводимой 3^x-стаканной пробе, «концевая» лейкоцитурия свидетельствует о поражении мочевого пузыря (цистит). В настоящее время достаточно патогномичным для цистита является отсутствие существенной разницы в количестве лейкоцитов в обеих порциях. Для дифференциации лейкоцитов в сомнительных случаях возможно проведение уроцитогаммы: исследование окрашенного мазка из мочи для определения характера лейкоцитурии. Для микробных инфекций ОМС характерна нейтрофильная лейкоцитурия

(количестве нейтрофилов 90-95%), при начальной стадии острого, обострения хронического гломерулонефрита отмечается преобладание также нейтрофилов над лимфоцитами, но существенно менее выражено. Интерстициальный нефрит, дизметаболические нефропатии – характеризуются значительной лимфацитурией. Дисплазии почечной ткани отличаются присутствием в мочевом осадке эозинофилов, то же можно наблюдать при вульвиты аллергической природы и циститах. Микробно-воспалительным заболеваниям почек часто сопутствует наличие в осадке мочи трипельфосфатов и аморфных фосфатов. В случаях повторной, стойкой лейкоцитурии необходимо провести бактериологическое исследование мочи. При этом у здоровых детей моча либо стерильна, либо возможен высеив непатогенной микрофлоры. Не стоит забывать, что в мочу во время любого инфекционного процесса могут проникать патогенные штаммы микробов и, не найдя благоприятных условий для существования и размножения (противостояние нисходящему току мочи, местной иммунной защите и т.п.), покидать мочевую систему, не вызывая воспалительного процесса. Данное явление носит название транзиторная бактериурия, которая в свою очередь может быть симптоматической и асимптоматической, и в любом случае требует 2-3^x-кратного мониторинг абактериограммы мочи. Результат посева считается положительным, если 1 мл средней порции свежевыпущенной мочи обнаруживается более 10⁵ бактерий (для E. Coli, enterococcus и некоторых других условно-патогенных микробов (УПМ), для протей – 10³), (у новорожденных – более 10⁴), в случае катетеризации мочевого пузыря – диагностически значимым является микробное число 10³ для УПМ. Для возбудителей: Klebsiella и Pseudomonas – любое количество микробных тел в моче является патологическим. В случае повторного мочевого синдрома появляется необходимость решения вопроса о проведении рентгеноурологического обследования (микционной цистографии, внутривенной урографии) в целях исключения пузырно-мочеточникового рефлюкса и других врожденных аномалий ОМС, не визуализированных при УЗИ. Эта информация применительна к изолированному мочевого синдрому в виде лейкоцитурии. При наличии дополнительных клинических, анамнестических критериев провести дифференциальную диагностику несложно: наличие синдрома интоксикации, температурной реакции, общих воспалительных изменений в гемограмме свидетельствуют в пользу пиелонефрита. Синдром дизурических расстройств представляет поражение в большей степени нижних мочевых путей и характерен для цистита и уретрита, с той разницей, что в первом случае симптомы: поллакиурия, странгурия проявляются в конце, а во втором – вначале акта мочеиспускания.

Протеинурия (П): выделение белка с мочой больше установленной нормы. В физиологических условиях в разовых порциях мочи возможно содержание белка до 0,033%; суточная экскреция белка с мочой в норме составляет 30-100 мг.

Патологическая протеинурия может иметь почечное происхождение и внепочечное. Внепочечная преренальная протеинурия вызвана повышенным образованием низкомолекулярных белков (лёгких цепей иммуноглобулинов, гемоглобина, миоглобина), которые фильтруются нормальными клубочками в количестве, превышающем способность канальцев к реабсорбции (протеинурия «переполнения»), возникает при гемолизе, гемобластозах. Внепочечная постренальная – является симптомами поражения мочевыводящих путей (мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала). Не стоит забывать о функциональной протеинурии (внепочечной), обусловленной длительным вертикальным положением ребёнка (ортостатическая протеинурия), гиперлордозом поясничного отдела позвоночника, высокой лихорадкой, потерей жидкости (дегидратационная П), переохлаждением, приёмом обильной богатой белком пищи (алиментарная П), чрезмерной физической нагрузкой, страхом (эмоциональная П), что связано, прежде всего с качественным изменением кровоснабжения почки. Для выявления данных видов протеинурии необходим тщательный сбор анамнеза, включающий выявление сопутствующей патологии, характера питания, физической активности, эмоционального

статуса ребенка. Решающим в постановке диагноза будет изменение уровня белка в анализах мочи при исследовании в динамике, особенно после ликвидации провоцирующих факторов.

Почечная протеинурия подразделяется на канальцевую и клубочковую, возникающие вследствие неполной реабсорбции белка первичной мочи в почечных канальцах, либо нарушения проницаемости клубочкового фильтра соответственно.

Клубочковая – является следствием нарушения проницаемости гломерулярной базальной мембраны (ГБМ) в результате разрыхления, набухания, увеличения пор, потери отрицательного заряда ГБМ. Характерна для серьезных заболеваний: различные формы гломерулонефритов, неиммунных гломерулопатий (болезнь минимальных изменений, НСМИ).

Канальцевая протеинурия возникает вследствие нарушения способности канальцев почки реабсорбировать белок из первичной мочи, характерна для интерстициального нефрита, пиелонефрита, врожденных тубулопатий (синдром Фанкони), действия нефротоксических препаратов, отторжения почечного трансплантата. Не стоит забывать о таких заболеваниях, как дистопия почек, нефроптоз, поликистоз и другие виды дисплазий, а также о семейной доброкачественной протеинурии, отравлении солями тяжелых металлов, системных васкулитах, аммилоидозе почек.

Тактика врача: выяснение возраста первичной протеинурии, провоцирующие обстоятельства – переохлаждение, физическое переутомление, травма, аллергические реакции, семейный анамнез, прием нефротоксических лекарственных средств, акушерский анамнез (гестозы, угрозы прерывания, нефропатия беременной, инфекции, профессиональные вредности, неблагоприятные исходы других беременностей, факты самопроизвольных аборт). Очень важным триггером в развитии нефритов является вакцинопрофилактика, введение гамма-глобулина. Физикальное исследование направлено на выявление признаков аллергического диатеза, отеков, стигм дизэмбриогенеза. Дальнейшая тактика врача: исследование суточной протеинурии, дифференцировка дневной и ночной порции. При преобладании ночной протеинурии необходимо сделать общий анализ мочи, мониторинг АД, проведение ортостатической пробы. При положительной пробе (увеличение белка после нагрузки более, чем в 3 раза), смещении почки на расстояние, превышающем продольный размер одного поясничного позвонка при УЗИ в вертикальном и горизонтальном положениях указывает на возможный факт нефроптоза и обязывает к проведению экскреторной урографии. При сочетании протеинурии с беспричинными подъемами температуры – ребенку показана микционная цистография; при изменении чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) по данным УЗИ исследования, нарушении структуры почки также необходима внутривенная урография. При протеинурии - более 1-3 г/л/сут в сочетании с выраженным отеочным синдромом производятся общий и биохимический анализ крови: повышение гемоглобина, гематокрита, ускорения СОЭ, повышение β -ЛП, холестерина, гипопротеинемия, гипоальбуминемия позволяют диагностировать нефротический синдром и ребенок направляется на стационарное лечение. При сочетании умеренной протеинурии с гематурией, артериальной гипертензией, умеренно выраженным отеочным синдромом вероятен нефритический синдром и с подозрением на острый гломерулонефрит ребенок также подлежит немедленной госпитализации.

В норме в общем анализе мочи у детей допускаются единичные эритроциты. Превышение их (гематурия) может иметь почечное и внепочечное происхождение. В свою очередь почечная гематурия подразделяется на клубочковую и неклубочковую в зависимости от локализации патологического процесса. Причинами клубочковой являются повышение проницаемости капилляров клубочков, чаще вследствие пролиферации; замедление кровотока – диapedезное пропитывание крови через стенку капилляра (нарушение эндотелиальной выстилки капилляров), что встречается при гломерулонефритах (остром, хроническом, быстро прогрессирующем), IgA-нефропатии, наследственном нефрите

(синдроме Альпорта). Неклубочковая протеинурия имеет место при повреждении канальцев, ЧЛС, встречается при интерстициальном нефрите, дизметаболической нефропатии, пиелонефрите, опухоли Вильмса, поликистозе почек. Непочечная гематурия характерна для системных нарушений коагуляции (коагулопатии, тромбоцитопатии), заболеваний почечных сосудов (пороки развития артерий, вен, тромбоз вен, артерий и др.), заболеваний мочевого тракта (уретрит, цистит, уретероцеле, опухоли). Анализ анамнестических данных аналогичен таковому при протеинурии, дополнительно уточняются предшествующие стрептококковые инфекции (ангина, фарингит – за 14-15 дней, пиодермия – за 20-21 дней до появления эритроцитов в мочевом осадке); среди принимаемых препаратов имеют особое значение анальгетики, лечебные дозы витамина Д, антибиотики аминогликозидного ряда. Выявляются факты сопутствующей тугоухости, дефектов зрения (синдром Альпорта), снижение интеллекта (другие наследственные нефропатии), наличие почечно- и желчнокаменной болезни подагры, сердечно-сосудистой патологии. При оценке гематурии важно наблюдение за мочевым синдромом в динамике: усиление ее на фоне интоксикации, дизурии, болевого синдрома, выявление параллелизма между изменениями в моче и признаками аллергии со стороны кожи, ЖКТ, респираторного тракта, сочетание с протеинурией, присоединение лейкоцитурии. Алгоритм диагностики изолированной гематурии начинается с микробиологического исследования мочи с целью выявления ИМС и проведения 2^х-стаканной пробы. При преобладании гематурии в первой порции – исключается энтеробиоз, патология наружных гениталий (осмотр гинеколога, уролога со взятием мазка на микроскопию, а при необходимости – на заболевания, передающиеся половым путем). Если эритроциты одинаково повышены в обеих порциях, необходимо провести ортостатическую пробу для исключения подозрения на нефроптоз, опухоль; определение в крови антител к стрептолизину – О, С3, С4 компонентом системы комплемента (исключая острый постстрептококковый гломерулонефрит, особенно если он протекает не классически – с неполным нефритическим синдромом); исследование уровня IgA- для исключения IgA – нефропатии; пробу Реберга – в целях диагностики быстро прогрессирующего, мембрано-пролиферативного ГН; уровень билирубина, ЛДГ, КФК, креатинина, мочевины, коагулограмму – для исключения гемолитико-уремического синдрома (ГУС). Если при УЗИ почек выявлены изменения формы, размеров, положения почек, мочевого пузыря необходимо провести экскреторную урографию, при патологических изменениях слизистой мочевого пузыря в сочетании или отсутствии дизурического синдрома – диагностируют острый либо хронический цистит. При расширении устья мочеточника, и/или его дистального отдела – показано проведение микционной уретероцистографии.

Реакция мочи (рН) – не менее важный показатель в комплексной оценке мочевого синдрома, в норме в зависимости от возраста колеблется от 4,5 до 8,0, в среднем - 6,4-6,6. При повышении рН необходимо выяснить характер питания ребенка накануне, прием лекарственных препаратов: растительная пища обладает ошелачивающим действием, в то время как продукты животного происхождения, наоборот, «подкисляют» ее. Фармакологические средства также влияют на рН мочи. Диакарб, например, парализуя работу карбоангидразы, прекращает реабсорбировать OH^- , что сдвигает реакцию мочи в щелочную сторону. Важно уточнить время сбора мочи – секреция желудочного сока в ночное время неактивна, а ионов водорода в почечных канальцах максимальная, следовательно, ночная моча имеет низкую рН. У новорожденных реакция мочи слабокислая, либо нейтральная на весь период грудного вскармливания. При диагностике заболеваний - нужно помнить, что снижение рН наблюдается в периоде разгара рахита, при острых заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой, декомпенсации сахарного диабета, сердечной, легочной, почечной недостаточности. Нейтральная или щелочная реакция мочи сопутствует схождению отеков, инфекции мочевой системы (ИМС) - некоторые бактерии, разлагая мочевины с образованием аммиака, увеличивают рН - это протей, клебсиела,

энтерококки, которые выделяют уреазу, что также способствует ощелачиванию мочи. Необходимо отметить, что сама реакция мочи может способствовать образованию тех или иных кристаллов. Из тубулопатий с изменением реакции мочи протекает дистальный канальцевый ацидоз: в результате дефекта фермента карбоангидразы купируется секреция ионов H^+ , в результате образуется щелочная моча.

Цилиндры – слепки белка в канальцах при застойных явлениях в них. В норме в поле зрения могут встретиться 1-2 гиалиновых цилиндра. Эпителиальные цилиндры (слущенный эпителий почечных канальцев) появляется при гломерулонефрите, нефротическом синдроме; эритроцитарные (эритроциты, наслоившиеся на гиалиновые цилиндры) появляются при почечной гематурии, лейкоцитарные цилиндры (лейкоциты с фибрином и слизью) – результат течения пиелонефрита. Неблагоприятными в плане прогноза являются зернистые цилиндры, поскольку выявляются при тяжёлых дегенеративных поражениях почечных канальцев (перерождение и разрушение их клеток на гиалиновых цилиндрах или агрегированных сывороточных белках). Еще одна разновидность цилиндров – восковидные – это белок, свернувшийся в канальцах с широким просветом при хроническом поражении их эпителия, нефротическом синдроме. При щелочной реакции цилиндры не образуются.

При исследовании мочи с помощью анализатора может оказаться положительным нитритный тест, что свидетельствует о наличии бактерий в моче (микробы переводят нитраты в нитриты). Положительный эстеразный тест – указывает на присутствие лейкоцитурии.

Кристаллурия в норме присутствует у каждого ребенка – чаще всего представлена оксалатами, уратами, также встречаются трипельфосфаты, фосфаты, появление которых зависит от характера принимаемой пищи, лекарственных препаратов, рН среды мочи, интенсивности водно-питьевого режима и т.д. Гиперкристаллурия – патогномичный признак дизметаболических нефропатий. Диагностическое значение имеет количественное определение солей в суточной порции мочи.

Кетоновые тела образуются при диабетическом, алкогольном кетоацидозе, ацетонемической рвоте и на фоне даже недлительного голодания.

Удельная плотность (УП) мочи характеризует работу почки по разведению и концентрированию первичной мочи в зависимости от потребности организма.

В норме равна 1005-1025 в зависимости от возраста. Гиперстенурия (повышение УП мочи) характерно для глюкозурии (на каждый 1% сахара в моче УП повышается на 0,004); протеинурии (каждые 3 г/л увеличивают этот показатель на 0,001), а также - для гиперкристаллурии. Является обязательным признаком олигурической фазы острого гломерулонефрита (до 1,028-1,030), эксикоза, употребления небольшого количества жидкости, усиленных физических нагрузок. Снижение удельной плотности характерно для полиурической фазы острой почечной недостаточности, хронической почечной недостаточности, употреблении большого количества жидкости, приема диуретиков, периода схождения отеков.

Изменение прозрачности мочи в виде помутнения определяет наличие в солей, бактерий, слизи, гноя, крови.

Заболевания почек склонны к хроническому течению и достаточно частой инвалидизации детей с утратой почечных функций. Исследование и оценка анализов мочи являются ведущим звеном в диагностике заболеваний органов мочевой системы. Знание норм, правильная интерпретация, адекватная тактика педиатра при выявлении патологических изменений в моче (сбор анамнеза, тщательное физикальное обследование, назначение верных дополнительных исследований, либо направление в специализированные учреждения) помогут своевременно провести диагностику заболевания, что во многом определит его исход и прогноз.

Список литературы:

1. Клиническая нефрология детского возраста. Руководство для врачей. – СПб: «Левша. Санкт-Петербург» - 2015 – 600 с.
2. Строева В.П. Дифференциальная диагностика мочевого синдрома у детей / В.П. Строева//Мать и дитя в Кузбасе, №2 (41), 2010. С 3-9.
3. Шейман Д.А. Патолофизиология почки / Пер. с англ. – М. : « Издательство БИНОМ», 2015- 206 с. : ил.

УДК 616 - 037 - 039.42

Гаймоленко И.Н.

ОРФАННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ЧТО МЫ О НИХ ЗНАЕМ?

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 40). Медицинская помощь гражданам, страдающим отдельными группами заболеваний и состояний) дал определение редким заболеваниям. "Редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 000 населения».

По данным Министерства Здравоохранения в список редких вошли 86 заболеваний, причем лишь для 27 из них разработана лекарственная терапия. В Российской Федерации по имеющимся данным, этими болезнями страдают 12 тыс. 785 россиян, и на их лекарственное обеспечение ежегодно требуется порядка 4,6 млрд руб.

Мукополисахаридозы (МПС) - группа наследственных болезней обмена веществ, связанных с нарушением метаболизма гликозаминогликанов (ГАГ), приводящее к поражению органов и тканей. Обусловлены данные заболевания мутациями генов, контролирующих процесс внутрилизосомного гидролиза макромолекул. Одним из этих заболеваний является МПС II типа, который встречается с популяционной частотой 1:140 000 - 1:156 000.

Мукополисахаридоз II типа (синонимы: синдром Хантера, синдром Гунтера, код по МКБ Е 76.1.) является наследственной лизосомной болезнью накопления, с X-сцепленным рецессивным типом наследования, которая характеризуется снижением активности лизосомального фермента идуронат-2-сульфатазы (I2S), вызванным мутацией в гене IDS. Болезнь Хантера страдают, как правило, только мальчики, однако к настоящему моменту описано 5 случаев заболевания у девочек гетерозигот, связанных с инактивацией второй, нормальной, X-хромосомы или из-за структурных изменений хромосомы. Описан один случай у гомозиготной девочки, имеющей точечные мутации. Выделено несколько значимых мутаций этого гена, чем объясняется наличие тяжелой и легкой форм заболевания, разных по своим клиническим проявлениям.

Дефицит фермента приводит к аккумуляции гликозаминогликанов (ГАГ) в лизосомах, преимущественно фракций гепаран- и дерматансульфатов и проявляется прогрессирующими психоневрологическими нарушениями, поражением паренхиматозных органов гепатоспленомегалией, сердечно-лёгочными расстройствами, костными деформациями. Клиническая картина болезни Хантера разнообразна (табл. 2). В настоящее время заболевание делится на тяжелую форму и умеренно-тяжелую, основанную на скорости прогрессирования поражения различных органов и систем.

Основными диагностическими критериями являются:

1. Характерный внешний вид пациента.
2. Повышенная экскреция дерматансульфата и гепарансульфата с мочой.
3. Снижение активности идуронат-2-сульфатазы в культуре фибробластов, изолированных лейкоцитов, либо в пятнах крови, высушенных на фильтровальной бумаге.

4. Молекулярно-генетическое исследование: выявление мутаций в гене *IDS*, кодирующем идуронат-2-сульфатазу.

5. Пренатальная диагностика рекомендована для любой последующей беременности в семьях, отягощенных хотя бы одним случаем МПС II.

Диагноз МПС II ставится на основании совокупности клинических данных, результатов лабораторного исследования и молекулярно-генетического анализа.

Для проведения ферментозаместительной терапии (ФЗТ) при МПС II типа применяют идурсульфазу (Элапраза; код АТХ А16АВ09).

Данный препарат является первым и единственным средством ферментозаместительной терапии синдрома Хантера на сегодняшний день. Это очищенная рекомбинантная форма фермента идуронат-2-сульфатазы, производимая на клеточной линии человека, способная обеспечить профиль гликозилирования, аналогичный природному ферменту. При удовлетворительной переносимости препарата ферментозаместительная терапия проводится постоянно, пожизненно, непрерывно в дозе 0,5 мг/кг один раз в неделю в виде внутривенной инфузии на протяжении 3 ч с максимальной скоростью введения до 40 мл/ч в условиях стационара. Весь объем препарата необходимо развести в 100 мл раствора натрия хлорида 9 мг/мл (0,9%). Время инфузий сокращать не следует.

ФЗТ позволяет значительно улучшить состояние пациентов, добиться уменьшения размеров селезенки и печени, увеличения показателей функции внешнего дыхания, снижения уровней ГАГ в моче. Препарат не проходит через гематоэнцефалический барьер, поэтому инфузия проводится через периферический или центральный венозный доступ и контролируется медицинским персоналом. Лечение прекращается при развитии опасных для жизни нежелательных явлений.

Побочные эффекты: возможна анафилактическая реакция, зуд, крапивница, головная боль, повышение артериального давления, боли в животе, гипервозбудимость. Идурсульфазу эффективна для коррекции легких и среднетяжелых форм синдрома Хантера (уровень доказательности В).

Заболевание имеет мультисистемную природу и необратимые, прогрессирующие клинические проявления, что обуславливает необходимость наблюдения не только узкими специалистами (оториноларингологами, хирургами-ортопедами, офтальмологами, кардиологами, пульмонологами, невропатологами, стоматологами), но и физиотерапевтами, логопедами, психологами и работниками паллиативных служб. Пациенты с данной нозологией должны постоянно находиться под наблюдением; 1 раз в 6 мес. - проходить обследование в многопрофильных стационарах. Длительность нахождения в стационаре / дневном стационаре 21-28 дней.

Прогноз - смерть часто наступает в возрасте от 10 до 15 лет, и, как правило, в результате сердечных и респираторных осложнений, но описаны случаи смерти в 50-60 лет.

УДК 615.322:612

Гаймоленко И.Н., Игнатьева А.В.

ФАРМАКОНУТРИЦИОЛОГИЯ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г.Чита, Россия

В 1975 году на специальной сессии медико-биологического отделения АМН СССР было обсуждено выделение особой группы соединений, которые способны оказывать выраженный физиологический эффект в минимальных количествах. Они были объединены под названием биологически активных веществ или микронутриентов. К ним были отнесены алкалоиды, гормоны и гормоноподобные соединения, витамины, микроэлементы, биогенные амины, нейромедиаторы, вещества, обладающие фармакологической активностью. Большинство микронутриентов содержится в обычных пищевых продуктах (А. А. Покровский, 1979). Многие из них присутствуют в продуктах питания в равных, а иногда и в

более высоких дозах, чем дозы, установленные фармакопеей (И. И. Брекман, 1980). Физиологический эффект который способны оказывать микронутриенты пищи на многие функции и реакции организма, вполне сопоставим с эффектом фармакологических препаратов, (И, Брекман, 1980).

Таким образом, на стыке фармакологии и диетологии появилось новое направление медицины – микронутриентология, основной задачей которой является обоснование, создание и профилактическое применение микронутриентов различной природы и строения (Гичев Ю. П., Оганова Э., 1998). В 1999 г. Тутельян В. А, с соавторами предложили другой термин для новой отрасли медицины – фармаконутрициология. Предложено также называть микронутриенты биологически активными добавками к пище (БАД). Эта терминология и стала в настоящее время общеупотребимой.

Биологически активные добавки к пище (БАД) – это природные или аналогичные природным фармакологические комплексы, которые необходимы для обеспечения физиологически оптимального функционирования человеческого организма и которые современный человек недополучает с пищей.

Другое определение БАД: это концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, включая эссенциальные пищевые вещества, предназначенные для непосредственного приема и/или введения в состав пищевых продуктов.

БАД по своей природе могут быть продуктами растительного, животного, минерального, микробного происхождения или имеют комбинированный состав. Они позволяют восполнять алиментарные дефициты современного человека и пополнять его рацион необходимыми организму витаминами, минеральными веществами, микроэлементами, растительными волокнами и другими ингредиентами.

Отличие БАД от лекарств: в БАД количество действующего вещества ниже терапевтической дозы, а воздействие на организм проходит в пределах физиологических границ отдельных органов и систем. Причем понятие физиологической нормы для каждого организма индивидуально и зависит от метаболической индивидуальности, состояния здоровья, возраста, образа жизни и других факторов. БАД дают организму широкий комплекс родственных природных соединений, которые воздействуют мягче и длительнее, чем синтетические или монолекарственные средства. Они не токсичны. Лучше переносятся организмом. Значительно реже вызывают осложнения и аллергические реакции. Более того, они зачастую снимают отрицательные последствия, возникающие в результате применения синтетических лекарственных средств (химиотерапии). Как правило эти препараты не кумулируются в организме.

Отличие БАД от пищи заключается в том, что потребление с пищей необходимых элементов трудно контролировать как в количественном, так и в качественном отношении. К тому же современная пища не в состоянии обеспечить организм всеми необходимыми биологически активными веществами в необходимых количествах. Например, чтобы восполнить потребность организма в витамине С, необходимо ежедневно съесть по ведру яблок, 4-5 лимонов или 1,5-2 кг моркови, что нереально. Содержание же необходимых организму элементов в БАД заранее известно и строго контролируется, их количественное содержание в пределах срока годности и при соблюдении условий хранения не изменяется. Суточная потребность в нутрицевтиках удовлетворяется, как правило, 2-6 капсулами или таблетками.

БАД широко применяются в мире. Благодаря этому в Японии, где БАД применяются более 50 лет, самая высокая в мире продолжительность жизни. По данным Института питания РАМН, поливитаминные препараты ежедневно принимает не более 3% населения России, в то время как в Европе – не менее 50%, в США – 80%.

Использование БАД в России регламентировано документами.

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25 октября 2010 г. N 1873-р г. Москва

1. Утвердить прилагаемые Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

2. Минздравсоцразвития России с участием заинтересованных федеральных органов исполнительной власти в 3-месячный срок разработать и внести в Правительство Российской Федерации план мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

3. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации при формировании и осуществлении региональных программ социально-экономического развития учитывать положения Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

Цели и задачи государственной политики в области здорового питания в соответствии с этим распоряжением предполагают «развитие производства пищевых продуктов, обогащенных незаменимыми компонентами, специализированных продуктов детского питания, продуктов функционального назначения, диетических (лечебных и профилактических) пищевых продуктов и биологически активных добавок к пище, в том числе для питания в организованных коллективах (трудоу, образовательные и др.)»

Биологически активные добавки к пище нельзя отождествлять с пищевыми добавками, представляющими собой красители, антиоксиданты, эмульгаторы, корректирующие вещества, изменяющие органолептические свойства продуктов, но не обладающие биологической активностью. Биологически активные добавки к пище содержат вещества, необходимые для поддержания нормальной жизнедеятельности и повышения неспецифической резистентности организма, а также средства сопутствующей или вспомогательной терапии при различных заболеваниях. Биологически активные добавки к пище делят на две группы: нутрицевтические средства и парафармацевтические препараты.

Нутрицевтические средства представляют собой эссенциальные биологически активные вещества, которые являются основными компонентами организма: витамины или их предшественники, макро- и микроэлементы (железо, кальций, селен, цинк, фтор и т.д.), полиненасыщенные жирные кислоты, незаменимые аминокислоты, некоторые моно- и дисахариды, пищевые волокна, применяемые для коррекции химического состава пищи человека.

Парафармацевтические препараты – биологически активные вещества, обладающие определённой фармакологической активностью и применяемые для профилактики, вспомогательной терапии и поддержки в физиологических границах функциональной активности органов и систем. К ним относятся биофлавоноиды, алкалоиды, гликозиды, сапонины, органические кислоты, эфирные масла, полисахариды, то есть это препараты растительного и животного происхождения или их синтетические аналоги – так называемые «натурпродукты» (Княжев В.А. и др., 1998).

К веществам, используемым в качестве БАД, предъявляются определённые требования.

Нутрицевтические средства, являющиеся источниками пищевых веществ, применяются в дозах, не превышающих 6-суточных потребностей человека. При этом содержание витаминов не должно превышать суточную потребность более чем в три раза для витаминов А, D, В₁, В₂, В₆, В₁₂, ниацина, фолиевой кислоты, пантотеновой кислоты, биотина и не более чем в 10 раз - для витаминов С и Е. Суточная доза парафармацевтического средства не должна превышать разовую терапевтическую дозу, определённую при применении этих веществ в качестве лекарственных средств, при условии приёма БАД не менее двух раз в сутки.

Биологически активные добавки к пище используются для следующих целей:

– рационализация питания, а именно для наиболее быстрого восполнения дефицита поступающих с пищей биологически активных веществ, потребление которых снижено (аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, витамины, макро и микроэлементы, пищевые волокна, экстрактивные вещества и др.), а также для подбора наиболее оптимального соотношения питательных и энергетических веществ для каждого конкретного человека с учётом пола, возраста, энергозатрат, физиологических потребностей, что отвечает основным принципам современной концепции сбалансированного питания и является традиционным для отечественной диетологии

– уменьшение калорийности рациона, регулирование массы тела. Так, например, с одной стороны, применение комплексных БАД, содержащих витамины и минеральные вещества, позволяет снизить калорийность традиционного рациона, с другой стороны, ряд БАД, приготовленных на основе лекарственных растений, таких как фенхель, можжевельник, ревен, сенна и др., оказывают анорексигенное действие или мягкое послабляющее влияние

– удовлетворение физиологических потребностей в пищевых веществах больного человека, уменьшив при этом нагрузку на поражённые патологическим процессом метаболические звенья. Примером может служить применение к пище БАД, содержащих комплекс витаминов и минеральных солей, больными глютеновой энтеропатией, недостаток которых связан с исключением из диеты этих больных основных источников витаминов группы В – продуктов из пшеницы, ржи, овса

– повышение неспецифической резистентности организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Для этих целей широко используются вещества растительного происхождения, созданные на основе женьшеня, элеутерококка, родиолы розовой и т.д.

– профилактика нарушения обменных процессов и возникновения связанных с этим хронических заболеваний. БАД, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты, пищевые волокна, обладают гиполипидемическим действием, влияя таким образом на центральное звено патогенеза широко распространённых хронических заболеваний атеросклероза и ишемической болезни сердца

– восстановление сниженной иммунной системы организма; иммуномодулирующим действием обладает целый ряд БАД, содержащих витамины, минеральные вещества, экстракты биологически активных веществ из растений, адаптогены, экстракты тимуса и т.д.

– нормализация состава и функционирования сапрофитной кишечной микрофлоры. Для этой цели используются БАД, созданные на основе естественных микроорганизмов кишечника человека (бифидобактерин, лактобактерин и т.д.), ограничивающих размножение патогенных микроорганизмов, а также фруктоолигосахариды, создающие условия для размножения и жизнедеятельности сапрофитных бактерий

– осуществление в физиологических границах регуляции функций организма. Продукты и БАД, содержащие кофеин, стабилизируют артериальное давление при гипотонии, оказывают психостимулирующий эффект и повышают работоспособность. Антиоксиданты, ограничивая перекисное окисление липидов при патологических процессах, тем самым обеспечивают нормальное функционирование различных органов и систем, улучшают качество жизни больных.

Конечной целью использования нутрицевтиков является улучшение пищевого статуса человека, укрепление здоровья и профилактика ряда заболеваний; парафармацевтиков –

профилактика и вспомогательная терапия различных патологических состояний и регуляция деятельности организма в границах функциональной активности.

Таким образом, анализируя показания к применению БАД и сравнивая их с лекарственными препаратами, можно отметить следующую основную направленность использования БАД и лекарственных препаратов. С учётом того, что состояние человека можно охарактеризовать как здоровье, предболезнь или болезнь, лекарственные препараты применяются в основном для лечения различных заболеваний, для их профилактики в состоянии предболезни и очень редко у здоровых людей (например, контрацептивные препараты, адаптогены), при этом часть лекарственных препаратов, применяемых у здоровых людей, в настоящее время можно отнести к разряду БАД (например, комплексные препараты, содержащие витамины, макро- и микроэлементы, дозировки которых соответствуют критериям БАД). В отличие от лекарственных препаратов БАД в основном применяются у здоровых людей по перечисленным выше показаниям, реже в состоянии предболезни, в состоянии болезни эти вещества могут применяться только как дополнение основной терапии, но ни в коем случае не как средства монотерапии (А.А. Спасов, И.В. Ивахненко, Н.А. Гурова, 2013).

Примером клинического исследования БАД является публикация статьи в журнале «Современные проблемы науки и образования» (Электронный журнал, входящий в перечень ВАК) профессором Турчаниновым Д.В. с соавторами «ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «NUTRILITE DOUBLE X» ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА МИНЕРАЛЬНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ»(2013).

В этом экспериментальном контролируемом эпидемиологическом исследовании показана возможность коррекции структуры питания и элементного статуса организма с помощью курсового приема витаминно-минерального комплекса NutriliteDouble X у населения Российской Федерации в современных условиях.

Установлено, что двухмесячный курс ежедневного приема указанной добавки в рекомендованных дозах повышает обеспеченность организма кальцием, медью, хромом, железом, магнием, марганцем, цинком.

Показана хорошая переносимость витаминно-минерального комплекса и снижение частоты субъективных симптомов, характеризующих сниженную работоспособность и повышенную утомляемость, на фоне приема препарата.

УДК 373.24

Грязина О.И.

ВЛИЯНИЕ КУКЛОТЕРАПИИ НА ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ЧЕРЕЗ МУЗЫКАЛЬНО-ТЕАТРАЛИЗОВАННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ДОУ

МБДОУ «Центр развития ребенка – детский сад №82», г. Чита, Россия

Здоровье и благополучие детей зависит от взрослых, которые рядом. Непоправимый вред неокрепшей душе ребенка наносит поток хлынувших с экрана не лучших образцов поведения, с их жестокостью, насилием, утверждением личности любым способом. Неустроенность жизни родителей сказывается на их детях раздражительностью, нехваткой времени и внимания, а иногда и жестокостью. Все это подрывает психическое здоровье детей. Сохранение психического и физического здоровья становится фактором продолжения истории нашей страны, ее будущего. Более важной задачи для общества нет и быть не может. Особо эффективную роль в этом призвано играть искусство. Необходимо донести до сознания своих воспитанников, что они являются носителями народной культуры, воспитывать ребят в национальных традициях.

Для этого мы обратились к истокам народной культуры и, в первую очередь, к кукольному театру.

Во все времена куклы были, есть и будут одним из действенных и ярких средств, таящих огромные дидактические возможности. Во-первых, содержание любого кукольного театра отражает жизнь народа, его опыт, просеянный через сито веков, духовный мир, мысли, чувства наших предков. Во-вторых, высокое художественное совершенство и доступность восприятию ребенка дошкольного возраста сделали кукол важным средством воспитания, развития и обучения детей.

В дошкольном возрасте происходит удивительный по своему значению для развития ребенка процесс приобщения и овладения языком своего народа. Сокровищница богатейшего русского языка открывается перед ним в блестящих музыкальных произведениях, как народного творчества, так и великих классиков и современников. Разговорный язык и музыка тесно переплетаются между собой в своем влиянии на ребенка.

Слушая музыкальные произведения, участвуя в театральных постановках, дети постигают окружающий мир. Они способствуют развитию мышления, воображения, воспитывают активность, смелость, инициативу, умение постоять за себя. Именно через общение с куклой ребенок легче начинает проецировать себя в реальных условиях.

Цель исследования: изучить и апробировать влияние куклотерапии на воспитание, развитие и оздоровление детей.

Цель конкретизируется в следующих задачах:

1. изучить учебно-методическую литературу по данному направлению;
2. проверить на практике возможность использования музыкально-театрального сопровождения для развития и оздоровления детей.
3. исследовать на практике эффективность форм и методов работы с куклой в музыкально-театрализованной деятельности детей.

В основу исследовательской работы была положена гипотеза: если систематически во всех видах музыкальной деятельности использовать задания и упражнения, содержащие куклотерапию, то процесс обучения и развития детей будет протекать более успешно. Практическая значимость работы состоит в теоретическом обосновании проблемы и практической разработке системы заданий и упражнений, направленных на процесс обучения и оздоровления детей дошкольного возраста.

Эффективность образования, а, следовательно, и психического развития зависит от того, насколько средства, содержание, методы обучения и воспитания разрабатываются с учетом психологических закономерностей возрастного и индивидуального развития. Опираются на уже имеющиеся возможности, способности, умения детей, они задают перспективу их дальнейшего развития, насколько взрослые в работе с детьми разного возраста акцентируют внимание на формировании у них интереса к окружающей жизни, интереса и умения учиться, потребности в активном отношении к той деятельности, в процесс которой они включаются [1,6].

Таким образом, психологические свойства ребенка следует рассматривать не только как предпосылку, но и как результат всего хода его развития в процессе обучения и воспитания.

Гармоничное сочетание умственного и физического развития, нравственной чистоты и эстетического отношения к жизни и искусству - необходимые условия формирования целостной личности. Достижению этой высокой цели во многом способствует и правильная организация музыкально-театрализованной деятельности детей.

Эстетическое воспитание направлено на развитие способностей дошкольников воспринимать, чувствовать и понимать прекрасное, замечать хорошее и плохое, творчески самостоятельно действовать, приобщаясь тем самым к различным видам художественной деятельности. Способности ребенка развиваются в процессе активной музыкально-театрализованной деятельности. Правильно организовать и направить ее с самого раннего

детства, учитывая изменения возрастных ступеней - задача педагога. В противном случае наблюдается отставание в развитии. [4.246]

В детских садах можно обнаружить самых разнообразных представителей кукольного театра - от ложек и веников до сложнейших тростевых кукол, требующих для управления не меньше двух актеров. Но сделать кукол — одно дело, а поставить кукольный спектакль - другое. А соединить кукольный театр с психолого-педагогическими принципами — нечто третье.

В психокоррекционной работе с детьми дошкольного возраста наиболее продуктивным методом является куклотерапия, которая позволяет в игровой форме, с помощью кукол, безопасно для ребенка, воссоздать, проиграть проблемную ситуацию и снять травмирующий фактор.

Куклотерапия - это раздел арттерапии, использующий в качестве приема психокоррекционного воздействия куклу как промежуточный объект взаимодействия ребенка и взрослого. Поскольку мир ребенка - это мир действия и деятельности, куклотерапия дает возможность войти в этот мир.[5.214] Работа осуществляется в форме театрализованного действия с применением кукол, масок и театральной ширмы. При этом в действии участвуют определенные кукольные персонажи, изображающие разных людей из социума ребенка как непосредственно, так и опосредованно - по ассоциации из мира животных и сказочных персонажей. В процессе куклотерапии проективная диагностика внутренней позиции ребенка по отношению к различным областям его жизнедеятельности в основном осуществляется в ходе театрализованного действия, спонтанно придуманного ребенком или предложенного педагогом.

Куклотерапия эффективно развивает нужные навыки, природные способности. Куклы имеют особое значение для эмоционального и нравственного развития детей. Ребенок переживает со своей куклой события собственной и чужой жизни в эмоционально-нравственных проявлениях, доступных его пониманию. Кукла или мягкая игрушка - заместитель реального друга, который все понимает и не помнит зла. Поэтому, потребность в такой игрушке возникает у большинства детей. Кукла для человека в детстве не обязательно «дочка» или «сынок», она - партнер в общении во всех его проявлениях. Такой подход раскрывает значимость эмоциональных контактов для детей и показывает огромную роль кукол в развитии эмоциональной сферы личности ребенка. Любимая игрушка может использоваться в постановке спектакля, сюжет которого является травмирующим для ребенка, например: «на укол пришел бегемотик». Любимая игрушка попадает в «страшную историю», которая успешно завершается. По мере разворачивания сюжета, эмоциональное напряжение ребенка должно возрастать и, достигнув максимальной выраженности, сменяться эмоциональными бурными поведенческими реакциями (ребенок плачет, смеется, гневается, злится и т.д.), в результате которых снимаются напряжение и тревога.

Куклы помогают перевоплощаться, совершать ролевые трансформации и учат новому детей. С куклой ребенок быстрее и легче овладевает навыками общения. Сегодня куклами лечат заикание, нарабатывают моторику кисти, «рукой учат голову». С помощью игры с куклой ребенок расстается с агрессивностью, тревожностью, страхами, застенчивостью, ревностью, демонстративностью, расторможенностью, проблемами в общении и, наоборот, такие особенности как: заторможенность, неуправляемость, повышенная чувствительность трансформируются в более эффективные и социально одобряемые качества личности. [3.88]

В качестве коррекционных факторов куклотерапии могут быть обозначены: отвлечение, эмоциональная поддержка, обучение новым способам поведения, позитивные установки, укрепления чувства уверенности в себе, самоуправление и т.д. Технология проведения куклотерапии заключается в том, что с дорогим для ребенка персонажем разыгрывается в лицах, в «режиссерской игре» история, связанная с травмирующей его ситуацией. В разворачивании сюжета важно возрастающее напряжение в начале и

положительное разрешение истории в конце. После завершения «спектакля» ребенок должен почувствовать расслабление. Куклы ребенок может создать самостоятельно, проявив при этом всю свою творческую энергию, или использовать готовые.

Куклотерапия замечательно помогает в диагностике имеющихся у ребенка проблем. Целью игровой диагностики ставится получение динамической жизненной картины того, что чувствует ребенок - относительно ситуации, в которую он попал, в особенности по отношению к важным для него близким людям и прежде всего, семье. Результаты, полученные в процессе кукольного представления, сверяют с теми, которые были получены с помощью других средств. И нужно быть предусмотрительным, чтобы не зайти слишком далеко в интерпретациях, которые могут соответствовать роли, но вместе с тем быть непоследовательными или неправильными в свете дальнейшего развития сюжета.

Куклы больше занимают детей разного возраста, чем игрушки. Большой интерес вызывают куклы, которые как бы продолжают тело кукловода (например, куклы перчаточного типа): они могут быть личными или безличными и ребенок легко отождествляет себя с ними.

Обращения и чувства, проявляемые к куклам, во многом отличаются от обращения и чувств, направленных на реальных детей. Тем не менее, в кукол вкладываются чувства, обычно наиболее присущие ребенку. Причем куклы не используются только для одного вида игры. Они могут служить «опорами» для образной игры, выступать в качестве реалистических внешних атрибутов в подражательной игре, быть в качестве манекенов, на которые ребенок проецирует свои чувства, или привычными успокаивающими предметами для испуганного ребенка. [5.64]

Обратим внимание на кукол-марионеток. С древнейших времен в языках многих народов мира существовало сравнение жизни человека с марионеткой, которую дергают за ниточку. Человек управляет марионеткой и по отношению к ней являет собой наглядное воплощение метафоры «Я всемогущ и могу сделать все, надо только захотеть». Дети легче воспринимают метафоричность и символизм условности, поэтому у них не возникает желания делать то огромное количество мелочей, которое необходимо взрослому.

Итак, виды кукол, применяемые в куклотерапии: куклы-«беби», пальчиковые куклы, петрушечные куклы, куклы-марионетки, теневые куклы, куклы-рукавички, ростовые куклы и т.д.

Таким образом, куклотерапия способствует гармонизации личности детей с проблемами через развитие способностей самовыражения и самопознания, обеспечивает коррекцию их психоэмоционального состояния.

Теория и практика дошкольной педагогики определяет следующие формы организации деятельности детей: занятия, использование музыки на праздниках и развлечениях, в игровой, самостоятельной и другой деятельности.

Куклотерапия может проводиться в различных формах: индивидуальной, групповой.

Музыкальная образовательная деятельность - форма учебного процесса, в котором одновременно участвуют все дети того или иного возраста. Они коллективно поют, играют, пляшут. Задача куклотерапии — объединить их общими переживаниями, дать стремление выполнить общее дело, почувствовать, что успех и неудача каждого - успех и неудача всего коллектива. Это, несомненно, является наиболее эффективной формой организации детской музыкальной деятельности.

Может иметь место образовательная деятельность с небольшой группой, когда необходимо помочь детям овладеть тем или иным приемом игры на музыкальных инструментах, разучить какое-либо произведение для последующего его исполнения на празднике «по секрету» от других и т.д. Под предлогом работы над ролью дети прорабатывают как раз те модели поведения, которые оптимальны именно для них, прорабатывают и переживают ситуации, создающие у них напряжение, страх.

Занятия небольшими труппами и индивидуальными носят эпизодический характер, проводятся по мере необходимости, когда имеются соответствующие условия.

Участвуя в хороводе — маленьком театрализованном представлении - ребенок будто переносится в иной мир, становится царевичем и царевной, селезнем и уткой, ясным соколом и белой лебедью, дедом Ирмаком и коршуном. Здесь все зависит от воображения, от того, как хорошо малыш сможет представить и сыграть то или иное действующее лицо. Одни игры и хороводы помогают представить себя сильными, ловкими, меткими. Другие - развивают сообразительность и смекалку. Третьи — дают почувствовать себя актером и плясуном, увидеть красоту окружающего мира и воспеть ее. [2.92]

Музыкально-театрализованному развитию детей также способствуют утренники, вечера досуга, вечера сказок, загадок, музыкальные викторины.

Фольклорные игры, песни, хороводы, уходящие своими корнями в древность, помогают детям прикоснуться к великому народному искусству, почувствовать глубину и красоту русских обычаев и обрядов.

Народные праздники и развлечения всегда были тесно связаны с явлениями природы, временами года, растительным и животным миром. Через игры и песни народ проявлял свое к ним уважение и восхищение. Эта связь с окружающим людей миром нашла отражение и в театрализованных представлениях и праздниках.

Детям присущи актерские способности. Они проявляются в поведении детей с самого раннего возраста и до тех пор, пока взрослые не ограничат их рамками общепринятых норм. В играх дети стараются как можно полнее удовлетворить свою потребность в драматическом перевоплощении в других людей, животных, в образы фантастических существ.

При проведении диагностики были выявлены следующие результаты:

1) 3 детей из слабой подгруппы (дети застенчивые или неуверенные в себе) не справились с выразительностью образа;

2) 2 детей в слабой подгруппе не могут работать с куклой (2 детей из этой же подгруппы и 2 детей из сильной подгруппы с работой справляются, но не на должном уровне);

3) не умеют передавать голосом характерные признаки того или иного животного 4 детей из слабой подгруппы и 1 ребенок из сильной подгруппы делает это неточно.

Изучив психолого-педагогическую, методическую литературу, мы пришли к выводу о том, что необходимо развивать у детей всестороннее использование кукол.

Изучение практического материала позволило нам провести отбор наиболее доступных и интересных для детей игр и упражнений, систематизировать и конкретизировать практический материал. На этой основе мы спланировали цикл театрализованных занятий и подвижных игр .

Наша работа была бы неполноценной, если бы мы не привлекли к ней родителей. После проведенного анкетирования мы выяснили, что большинство родителей не имеет представления о том, чем заниматься дома с детьми, не осознает роли кукол в жизни своих детей. Для этой цели мы организовали для родителей всеобуч.

Привлекая родителей к совместной деятельности, мы приготовили с ними:

1) дидактические игры по музыкальному развитию:

- а) «Радужный хоровод»;
- б) «Путешествие с приключениями»;
- в) «Собери цветок».

2) атрибуты для дыхательной гимнастики:

- а) «Веселые шарики»;
- б) «Разноцветные бабочки»;
- е) разные султанчики и вертушки.

Кроме того, совместно с родителями были изготовлены элементы костюмов для драматизации различных сказок, костюмы Петрушек, собрали коллекцию самодельных кукол.

Таким образом, в течение года мы провели планомерную работу по всестороннему использованию куклотерапии в игровой и познавательной деятельности детей старшего дошкольного возраста, что позволило нам добиться необходимых результатов.

Итогом нашей работы стало систематизирование практического материала: занятий, игр и упражнений по музыкально-театрализованной деятельности детей старшего дошкольного возраста; разработка методических рекомендаций для педагогов по планированию и организации данной работы.

Практическая значимость нашей работы заключается в том, что позволяет использовать накопленный материал для дальнейшей работы.

Таким образом, наша гипотеза о том, что систематическое использование заданий и упражнений, содержащих куклотерапию, во всех видах деятельности создает необходимые основы для более успешного протекания процесса обучения, воспитания и развития детей дошкольного возраста, подтвердилась.

Но мы не думаем останавливаться на достигнутом, а будем продолжать нашу работу по данной проблеме.

Список литературы:

1. Гальперин П.А. К исследованию интеллектуального развития ребенка. // Вопросы психологии.- 1969.- № 1.- с. 6
2. Ю.Доронова Т.Н. Развитие детей в театрализованной деятельности.- М.: Просвещение, 1998.- 92 с.
3. Иванова Г.П. Театр настроений.- М: Скрипторий 2003, 2006.- 88 с. 16.Карташкин А.
 1. 4. Короткова Л.Д. Сказкотерапия для дошкольников.- М.: ГЦЛ, 2004.- 246 с.
 2. 5. Талызина Н.Ф. Психодиагностика: теория и практика.- М.: Просвещение, 1986.- 214 с..

УДК 373.24

Губанова О.М.

ЛЕТНИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД - ПУТЬ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

МАДОУ Детский сад № 9 «Росинка», г. Краснокаменск, Россия

Введение. Каждый третий дошкольник имеет отклонения в физическом развитии. Конечно, причин тому много, одна из них - невнимание взрослых к здоровью детей. Иначе говоря, мы любим своего ребенка, усердно лечим его, когда он заболит, но не используем весь арсенал средств и методов для предупреждения заболевания и укрепления его здоровья. Не следует забывать, что дошкольный возраст – самое благоприятное время для выработки правильных привычек, которые в сочетании с обучением приемам совершенствования и сохранения здоровья приведут к положительным результатам [4].

Летний оздоровительный период – сезонный отрезок времени, в который реализуется система мероприятий, направленных на оздоровление и физическое развитие детей.

Пребывание дошкольников на свежем воздухе в летний период укрепляет и закаливает детский организм, оказывает положительное влияние на всестороннее развитие. Основная задача взрослых – как можно полнее удовлетворить потребность растущего организма в отдыхе, творческой деятельности и движении. Обеспечить необходимый уровень физического и психического развития детей поможет четко спланированная система мероприятий оздоровительного, познавательного и развлекательного характера. Важно так организовать жизнь дошкольников, чтобы каждый день приносил им что-то новое, был

наполнен интересным содержанием, чтобы воспоминания о летнем времени, играх, прогулках, праздниках и развлечениях, интересных эпизодах еще долго радовали детей[1].

Успех летней оздоровительной работы с дошкольниками во многом определяется тем, насколько грамотно и своевременно подготовились к ней все участники образовательных отношений – педагоги и родители.

Каждое дошкольное образовательное учреждение имеет право на свои подходы в организации жизни детей в летний период и самостоятельно выстраивает и реализовывает модель разнообразной деятельности [2].

Отечественные и зарубежные исследователи отмечают важность деятельности, которая доставляет ребенку радость, оказывает на него положительное влияние, гармонично развивает умственные и физические способности [3].

Для ребенка праздники - замечательная часть его жизни. К.Д. Ушинский писал: «Пусть каждый припомнит свое детство, и он увидит, что праздник для ребенка совсем не то, что для нас, что это действительно событие в детской жизни и что ребенок считает свои дни, от праздника до праздника ... Тускло и серо было бы детство, если бы из него выбросить праздники...» [5].

Праздничное мероприятие не бывает без игры. Совместить эти два понятия с содержательной, праздничной, развлекательно - игровой деятельностью, особенно в разностороннем плане, можно в летне - оздоровительный период, так как лето - благоприятное время для решения многих задач работы с дошкольниками, в том числе и физкультурно – оздоровительных.

Новизна. Работа в летний оздоровительный период по познавательно - экологическому и физкультурно - оздоровительному направлению в нашем детском саду строится в рамках проекта «В гостях у лета». А чтобы лето воспринималось как время наслаждения общением с близкими людьми, как радость коллективного действия, в основу всей работы положен метод тематического восприятия окружающего и природного мира. Комплексно – тематическое планирование разработано с учётом географических и климатических условий региона, традиций и условий дошкольного учреждения и требует от педагогов и родителей умения не только помогать детям овладеть знаниями и умениями, но и в первую очередь добывать их, оперировать ими, мыслить творчески и самостоятельно.

Каждая неделя в нашем детском саду имеет свою тему: **июнь** -солнечная, цветочная, витаминная, походная;**июль** -водная, лесная, почвенная, туристическая; **август** -воздушная, зоологическая, заповедная, круизная.

Для того, чтобы лето воспринималось как время наслаждения общением с близкими и незнакомыми людьми, как радость коллективного действия, у каждого дня есть свой необходимый герой, который несет «идею дня».Каждый понедельник Любознайка знакомит всех детей с темой недели и вместе с ними определяет круг интересов, проектирует последующую деятельность.Во вторник Трудолюбиксовместно с детьми приступает к воплощению идеи через разные виды труда,через изобразительную деятельность и конструирование.В среду дети с Микрошей наблюдают, экспериментируют, исследуют и открывают новые знания. В четверг Здоровинка активизирует всех к спортивным мероприятиям, приобщает к здоровому образу жизни через различные физкультурно - спортивные соревнования, конкурсы, эстафеты, состязания, подвижные игры. Завершает тематическую неделю Чудинка, которая формирует положительное отношение к событиям всей недели и помогает осознать событие совместного праздника. Появление и пребывание этих персонажей в группах варьируется в зависимости от возраста детей, выбранной темы, возможности педагогического коллектива. Героем может быть, как педагог, так и кукольный персонаж. Он может находиться на тематической площадке, где проводятся развлекательно - оздоровительные и другие мероприятия согласно графику и комплексно-тематическому

плану на лето. «Герой дня» может периодически появляться или передавать сообщения в форме письма, телеграммы, внезапного сюрприза в любой отрезок времени в течение дня.

Такая форма организации летнего периода даёт нашим детям возможность почувствовать себя раскрепощенно, усвоить познавательный материал, узнать элементарные правила здорового образа жизни, эталоны и нормы поведения как в социуме, так и в природе. При этом лучшим воспитателем становится радость, которую воспитанники получают от игр, пения, демонстрации своих способностей, «сюрпризности», соприкосновения с природой.

Начиная работу по реализации проекта «В гостях у лета» в направлении развития позитивного отношения детей к природе и к здоровому образу жизни, был проведён мониторинг. По результатам мониторинга были определены следующие проблемы:

- у детей низкий уровень знаний о природе и о здоровом образе жизни, они бессистемны, поверхностны;

- родители имеют недостаточный запас знаний об экологической культуре, зачастую сами не ведут здоровый образ жизни, не соблюдают правила поведения в природе.

Для решения этих проблем необходимо было систематизировать работу по экологическому воспитанию и по здоровьесбережению. С этой целью был разработан проект «В гостях у лета», который охватывает все виды самостоятельной и совместной деятельности детей и взрослых в летне – оздоровительный период.

Объект исследования - воспитание экологического отношения к природе и к здоровому образу жизни.

Предмет данного исследования – эффективность комплексно - тематического планирования воспитательно-образовательного процесса в летне-оздоровительный период.

Методологической основой нашего исследования послужила теория познания, которая свидетельствует, что познание окружающего мира происходит в процессе активного взаимодействия субъекта и объекта познания; концепция умственного воспитания и развития познавательных способностей дошкольников (Н.Н. Поддьяков, Л.А. Венгер, Д.Б. Эльконин, А.В. Запорожец), положение (Л.С. Игнаткина и Т.В. Христовская) об особенностях формирования динамических представлений о природном мире, концепция экологического образования дошкольников в Забайкальском крае. Наше дошкольное учреждение с 2015 по 2018 года является пилотной площадкой работает по реализации регионального инновационного проекта «Экологическое образование дошкольников в условиях природного и социокультурного окружения детского сада» и программно-методического комплекса к региональной программе «Лучики» Н.Г. Лаврентьевой, доцента кафедры теории и методики дошкольного и начального образования Забайкальского государственного университета. В ходе реализации этого проекта мы решаем и задачу по формированию у старших дошкольников представлений о здоровом образе жизни.

Практическая значимость нашего исследования состоит в том, что она содержит систему работы по формированию у дошкольников экологического миропонимания, по воспитанию у них здорового образа жизни и может быть использована практическими работниками в условиях дошкольного учреждения.

Направленность проекта состоит в воспитании у ребенка познавательного интереса, инициативности, самостоятельности, организованности, успешной социализации в обществе; в формировании основ культуры здоровья, гуманного отношения к окружающему и природному миру, уважения к старшим и сверстникам.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать психолого- педагогическую литературу по проблеме исследования.

2. Определить предпосылки экологического миропонимания и ценности здорового образа жизни дошкольниками.

3. Разработать технологию комплексно – тематического планирования воспитательно – образовательного процесса в летне - оздоровительный период.

4. Обосновать необходимость реализации принципа комплексно – тематического планирования воспитательно – образовательного процесса.

5. Провести экспериментальное исследование.

Методы исследования:

– теоретические: изучение и анализ психолого-педагогической, методической литературы, сравнение;

– эмпирические: наблюдение, педагогический эксперимент; методы опроса: конструктивный разговор, анкетирование.

База исследования: Забайкальский край г. Краснокаменск, Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 9 «Росинка».

В проекте принимали участие все педагоги нашего детского сада, воспитанники всех дошкольных групп и их родители (законные представители). Родители совместно с педагогами детского сада готовят и осуществляют мероприятия, совместно с детьми участвуют в продуктивной деятельности, помогают в приготовлении поощрительных призов, фотографируют и снимают на видеокамеру, организуют разнообразные выставки.

Цель нашего проекта «В гостях у лета»: создание психолого – педагогических условий для экологического миропонимания, для воспитания здорового образа жизни, для поддержки детской инициативы и самостоятельности через комплексно – тематическое планирование воспитательно – образовательного процесса в летне - оздоровительный период.

Задачи проекта:

– охранять жизнь и укреплять здоровье детей в условиях экологического и развивающего пространства;

– формировать положительную мотивацию у детей, родителей и педагогов к проведению профилактических закаливающих и оздоровительных мероприятий;

– активизировать инициативу и самостоятельность детей, воображение и творчество через экологические, художественно – эстетические, познавательные – игровые, социально – коммуникативные мероприятия,

– развивать навыки общения со сверстниками, взрослыми и окружающей природой с ориентацией на ненасильственную модель поведения,

– формировать желание, интерес и потребность в занятиях физическими упражнениями, духовно обогащать детей положительными эмоциями посредством встречи с природой;

– пропагандировать здоровый образ жизни среди всех участников образовательных отношений.

Как известно, летом дошкольники много времени проводят на территории детского сада. И от того, насколько она будет ухоженной, озелененной, разумно спланированной, во многом зависит решение поставленных задач, в том числе и здоровьесберегающих. Поэтому реализация проекта началась с пополнения и оформления педагогами, детьми и их родителями не только прогулочных детских участков, но и тематических площадок. А в сентябре 2015 года наш детский сад принял участие в Муниципальном конкурсе социальных проектов по благоустройству территории ДОУ и занял третье место среди всех дошкольных учреждений нашего города и района.

В ходе реализации проекта «В гостях у лета» на первом этапе была проведена следующая работа **педагогами и родителями:**

– создана творческая группа по организации и проведению проекта «В гостях у лета»;

- обозначены проблемы, цель, задачи, пополнена нормативно-правовая база; определены критерии и способы оценки результатов деятельности субъектов в проекте;
- составлен план работы с детьми по проекту (тематические недели, площадки, герои дня);
- подготовлена методическая база проекта (подбор методической литературы и методических пособий, разработка буклетов, методических рекомендаций, познавательных листовок и памяток; конспектов и сценариев праздничных развлекательно-игровых и физкультурно - оздоровительных мероприятий);
- проведено анкетирование педагогов и родителей («Праздник в детском саду»);
- организована беседа с родителями о мероприятиях, проводимых в рамках проекта;
- проведены консультации для родителей («Как провести праздник дома», «В какие игры можно играть дома»);
- участие родителей в проведении мероприятий/

С детьми:

- беседа о восприятии окружающего и природного мира;
- распределение ролей, обязанностей;
- ознакомление с тематическими неделями;
- подготовка пособий, атрибутов, сюрпризов к мероприятиям;
- разучивание песен, хороводов, игр, стихотворений, физкультминуток, побудок;
- наблюдение за объектами (по теме дня);
- оформление совместно с родителями участков для прогулок и тематических площадок с их героями-хозяевами.

На втором этапе были проведены совместные тематически познавательно – экологические и физкультурно – оздоровительные мероприятия: игровое развлечение «Цветут цветочки у нас в садочке», развлекательно-познавательная игра «Аптека в природе», театрализованная игра с элементами ОЭД «Водичка, водичка, умой мое личико», оздоровительная досуговая игра «Путешествие Смешариков», спортивные конкурсы «Дело в шляпе», «Сколько веревочке не виться», спортивное развлечение «Там на неведомых дорожках», игра-путешествие «Туристы», познавательно – экологический досуг «В гостях у леса», на которых все участники получили заряд бодрости и позитивного настроения.

Результаты и их обсуждение. На третьем этапе реализации летнего проекта были подведены итоги выполнения проекта, анализ достигнутых результатов (успехов и неудач), проведена рефлексия «Понимание ошибок и неудач», намечены перспективы совершенствования комплексно – тематического планирования в летний период.

В 2012 году наш проект «В гостях у лета» получил золотую медаль во Всероссийском заочном конкурсе «Призвание – воспитатель».

Вывод. Таким образом, совместными усилиями педагогов и родителей у детей проявились ценностные ориентиры в познании окружающей действительности. Помимо этого, дошкольники научились продуктивно взаимодействовать друг с другом, слушать других и в приемлемой форме выражать свое отношение к их предложениям, но главное — бережно относиться к здоровью своему и своих близких.

«Чтобы сделать ребенка умным и рассудительным, сделайте его крепким и здоровым: пусть он работает, действует, бегают, кричит, пусть он находится в постоянном движении». Жан Жак Руссо.

Список литературы

1. Алябьева Е.А. Как организовать работу с детьми летом. – М: ТЦ Сфера, 2012.
2. Бондаренко Т.М. Экологические занятия с детьми: Практическое пособие для воспитателей и методистов ДОУ. Воронеж, 2012.

3. Пенькова Л.А. Под парусом лето плывет по земле: Метод. пособие для работников ДОУ М., 2006.
4. Рунова М.А. Движение день за днем. Двигательная активность — источник здоровья детей. М., 2007.
5. Чусовская А.Н. Лето красное – прекрасное! Методические рекомендации. – М: ТЦ Сфера, 2013.
6. Сайты: igww.#c-sfera.ru, www.apcards.ru, www.sfera-podpiska.ru

УДК 615.874.2:616.34-009.11-053

Емельянова О.Н.¹, Боровик Н.Н.², Сегодня С.В.³, Непомнящих Л.П.⁴, Бочкарева Ю.А.²

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

¹ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

²ГУЗ Краевая детская клиническая больница, г. Чита, Россия

³ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», г. Чита, Россия

⁴ЗАО «Санаторий «Жемчужина моря», г. Геленжик, Россия

Резюме. В статье проанализированы причины функциональных запоров в детском возрасте, рассмотрены принципы немедикаментозной коррекции функциональных запоров у детей грудного возраста и детей старше года.

Ключевые слова: дети, запоры, диетотерапия

Функциональные запоры составляют 95% в структуре констипационного синдрома у детей. Особенностью данных состояний является появление клинических симптомов при отсутствии каких-либо органических изменений со стороны ЖКТ (структурных аномалий, воспалительных изменений, инфекций или опухолей) и метаболических отклонений. При функциональных нарушениях ЖКТ могут изменяться моторная функция, переваривание и всасывание пищевых веществ, а также состав кишечной микробиоты и активность иммунной системы [2, 3, 8].

Причины функциональных запоров:

1. алиментарные: количественный недокорм (отсутствует рефлексорный позыв на дефекацию), недостаток в рационе пищевых волокон, избыточное употребление жиров, белка (мяса, яиц), протертых блюд, недостаточное употребление жидкости или ее избыточные потери, торопливая еда, нарушения режима питания;
2. психофизиологические: подавление позыва на дефекацию, «боязнь горшка», невроз (социальная дезадаптация, личностные особенности);
3. рефлексорные (при заболеваниях других органов);
4. нарушения нервной регуляции на разных уровнях: функциональная незрелость (до 1,5 лет) и малое количество ганглиев интрамуральных нервных сплетений или их повреждение, функциональные расстройства центральных механизмов регуляции дефекации у детей раннего возраста при перинатальных поражениях ЦНС, дисфункция гипоталамической области и вегетативных спинальных ганглиев в структуре психовегетативного синдрома (перинатального, посттравматического, постинфекционного или наследственного генеза), нарушения спинальной иннервации (например, спондиломиелодисплазия);
5. перенесенные кишечные инфекции (например, стафилококковый энтероколит до 1 года, дизентерия, сальмонеллез и др.), аскаридоз, приводящий к нарушению формирования и дистрофическим изменениям интрамуральных ганглиев;
6. пищевая аллергия.

В основе патогенеза функциональных запоров лежат расстройства моторной функции толстой кишки, возникающие вследствие дискоординации ее тонических и пропульсивных

сокращений, нарушения тонуса мускулатуры кишки, а также изменения возбудимости вегетативной нервной системы [2, 3, 7].

Принципы терапии функциональных запоров:

- изменение образа жизни;
- коррекция питания;
- медикаментозная терапия;
- фитотерапия;
- бальнеотерапия;
- методики биологической обратной связи;
- лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение (ФТЛ).

Важным аспектом коррекции запоров у детей является выработка условного рефлекса на дефекацию, который заключается в следующем:

- 1) Прием натощак холодного питья (минеральной воды, чая, компота).
- 2) Слабительное.
- 3) Завтрак.
- 4) Стимуляция дефекации с помощью холодной глицериновой свечи.
- 5) Туалет.

У детей, ведущих малоподвижный образ жизни, часто встречаются атонические запоры. Поэтому им нужно больше двигаться, заниматься физкультурой и спортом, ограничивать компьютерное и телевизионное время. Показаны упражнения для укрепления мышц брюшного пресса, нормализации внутрибрюшного давления, общеукрепляющие и тонизирующие (массаж живота, контрастные души, циркулярный душ, плавание, лыжные прогулки, бег, занятия велосипедом, катание на коньках).

На ранних стадиях заболевания правильная диета, регулируя деятельность кишечника, во многих случаях приводит к нормализации стула без дополнительного применения медикаментозных препаратов.

Основной задачей диетотерапии запоров у детей является усиление двигательной активности кишечника и (или) устранение спастических явлений в кишечнике.

Ведущими принципами диетотерапии являются:

- адекватное обеспечение потребностей ребенка в пищевых веществах и энергии;
- исключение избыточного потребления белков и жиров;
- обогащение рациона пищевыми волокнами;
- нормализация кишечной микрофлоры [5].

Коррекция запоров у детей грудного возраста.

Функциональные запоры у младенцев, получающих материнское молоко, не являются показанием для перевода ребенка на смешанное или искусственное вскармливание. Необходимо нормализовать режим вскармливания для исключения перекорма. Учитывая, что состав грудного молока в определенной мере зависит от рациона питания матери, необходимо провести его коррекцию.

При естественном вскармливании необходима диета матери с исключением продуктов, способствующих повышенному газообразованию. Жиры животного происхождения в рационе питания матери следует частично заменить растительными маслами. В питании кормящей матери ребенка с дисфункцией кишечника надо ограничить продукты с загустителями, танином (шоколад, натуральный кофе, какао, гранатовый сок и т.д.).

Женщине следует шире включать продукты с высоким содержанием пищевых волокон (овощи, фрукты, крупы, хлеб грубого помола и др.), которые обладают послабляющим действием, что также может оказать благоприятное влияние на моторику кишечника ребенка. При этом необходимо соблюдать оптимальный пищевой режим.

Поскольку запоры у детей первых месяцев жизни могут быть также проявлением гастроинтестинальной формы пищевой аллергии, то из рациона матери надо исключить продукты с высоким аллергенным потенциалом: цельное коровье молоко, рыбы, орехи [2, 3, 5, 7, 8].

Детям, вскармливаемым грудью, после введения «густого» прикорма (овощи, каша, мясо и т.д.) необходимо обеспечить достаточный водный режим (кипяченая вода до 100 мл/сутки).

Стимуляции моторной активности кишечника добиваются с помощью введения соответствующих продуктов прикорма с высоким содержанием пищевых волокон и, в частности, соки с мякотью (яблочный, сливовый, абрикосовый и др.), фруктовые пюре из тех же плодов, пюре из чернослива, морковное пюре, овсяную и гречневую каши [2, 3, 5, 7, 8].

При искусственном вскармливании необходимо провести коррекцию режима питания ребенка. Требуется тщательный контроль за разовым и суточным объемами пищи для исключения перекорма, динамикой массы тела.

Для детей первого года жизни, находящихся на искусственном вскармливании, существуют специальные смеси. Их можно разделить на несколько групп:

1. молочные смеси, содержащие лактулозу;
2. молочные смеси, включающие неперевариваемый полисахарид – камедь (галактоманнан), получаемый из клейковины рожкового дерева;
3. молочные смеси, содержащие про- и пребиотики [1, 2, 3, 5, 7, 8].

Для питания детей раннего возраста, страдающих запорами, применяются смеси с лактулозой («Семпер Бифидус», Тёма 2, молочко «Агуша» с лактулозой). Лактулоза – дисахарид, состоящий из галактозы и фруктозы, полученный синтетическим путем. Он, подобно пищевым волокнам, не переваривается ферментами гастроинтестинального тракта, доходит в неизменном виде до толстой кишки, где подвергается ферментации лакто- и бифидобактериями, служит субстратом для их роста. В процессе ферментации происходит образование короткоцепочечных жирных кислот, снижается рН кишечного содержимого и повышается осмотическое давление, в результате чего в просвет кишечника поступает жидкость, усиливается перистальтика и устраняется запор.

Смеси, содержащие лактулозу, могут быть рекомендованы в полном объеме или в количестве 1/3–1/2 от необходимого количества на каждое кормление в сочетании с обычной адаптированной молочной смесью до достижения стойкого терапевтического эффекта [1, 2, 3, 5, 7, 8].

Смеси, содержащие камедь, могут также применяться в питании детей с функциональными запорами. Камедь (галактоманнан), обладает свойствами пищевых волокон: удерживает дополнительное количество воды и способствует мягкой стимуляции перистальтики кишечника, что приводит к устранению запоров. Примерами смесей, содержащих галактоманнан, являются: Фрисовом, Нутрилон АР, Хумана АР, Беллакт АР, Нутрилак АР.

Эти смеси могут быть рекомендованы как в полном объеме, так и частично, в количестве 1/3–1/2 от необходимого объема в каждое кормление в сочетании с обычной адаптированной молочной смесью до достижения стойкого терапевтического эффекта. Как правило, достаточным является применение продукта в течение 20–30 дней [1, 2, 3, 5, 7, 8].

Для питания детей с функциональными запорами могут применяться искусственные смеси, содержащих про- и пребиотики. Данные смеси нормализовать стул, приближая его к характеру стула у детей, находящихся на грудном вскармливании, уменьшая плотность и увеличивая кратность стула, а также стимулировать рост бифидо- и лактобактерий и, тем самым, нормализовать состав кишечной микрофлоры. Для профилактики запоров у детей используются смеси, обогащенные олигосахаридами, оказывающими пребиотический эффект («Агуша Голд», «Нутрилон Комфорт», «Нутрилон» (1,2), «Фрисолак», «Нестожен» и

др.); можно использовать кисломолочные смеси, содержащие пробиотики («Агуша–1» и «Агуша–2» кисломолочная, «НАН» кисломолочный, «Нутрилак» кисломолочный, ХиПП с лактобактериями и другие) [1, 2, 3, 5, 7, 8].

Диетическая коррекция запоров у детей старше года.

В зависимости от характера нарушений моторной функции кишечника в диете меняется количество пищевых регуляторов перистальтики. При усилении моторной функции толстой кишки на первом этапе исключить продукты, содержащие большое количество клетчатки. Допускается мясо и рыба в рубленном виде, овощи и фрукты без кожуры, в виде пюре. При гипомоторных нарушениях, наоборот, показано большое количество клетчатки, прохладная жидкость натошак, растительное масло. Питание должно быть дробным (5-6 раз в день) [3, 4, 6, 9].

В питании больных с запорами должно присутствовать достаточное количество жидкости – воды, компоты, фруктовые соки, которые употребляются натошак, во время еды или в интервалах между приемами пищи. Можно назначать минеральные воды: при запорах с повышенной сократительной активностью кишечника, с наличием спастических болей в животе рекомендуется принимать Эссендуки №4; при кишечной гипомоторике – более минерализованную воду Эссендуки №17. Принимаются минеральные воды по 0,5-1 стакану 2-3 раза в день натошак за 1-1,5 часа до еды в теплом виде [3, 4, 6, 9].

При массе тела ребенка до 10 кг рекомендуется ежедневно давать ему не менее 100 мл воды. Детям с массой от 10 до 20 кг объем питья рассчитывается следующим образом: к 100 мл (объем жидкости для ребенка массой до 10 кг) добавляется 50 мл на каждый кг массы свыше 10 кг, а при массе тела более 20 кг – к 600 мл добавляется 20 мл на каждый кг массы свыше 20 кг.

При запорах рекомендуют хлеб ржаной из муки грубого помола типа «Здоровье», «Отрубевидный», «Барвихинский», «Бородинский», белый хлеб с повышенным количеством отрубей.

Продукты лечебного питания, содержащие молочнокислые бактерии, обладают выраженными антагонистическими свойствами по отношению к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам. Широко используются такие кисломолочные продукты, как биокефир, бифилин, простокваша, биолакт, бивит, бифидок и т.д. Кроме того, рекомендуются различные закваски: «Эвита», «Нарине», «Витафлор» и т.д.

Кисломолочные продукты должны быть свежеприготовленными, так как послабляющий эффект сохраняется только в течение первых суток. Молоко в чистом виде и в большом количестве в блюдах обычно переносится плохо, вызывая поносы, метеоризм у больных с запорами, поэтому большинство авторов рекомендуют исключить или уменьшить его количество при запорах [3, 4, 6, 9].

Некоторые сухофрукты, особенно инжир, сухие сливы и абрикосы, способствуют набуханию и увеличению объема кишечного содержимого. При любой форме запора можно ежедневно включать в диету чернослив, абрикосы (2-4 штуки либо 2-4 чайные ложки пюре из сухофруктов). Сухофрукты заливают небольшим количеством воды на ночь, далее делают из них пюре и предлагают малышу съесть утром и вечером вместе с полученным настоем.

Овощи и фрукты рекомендуются в сыром виде. Из овощей предпочтение отдается свекле, моркови, редису, репе, брюкве, огурцам; из фруктов – черносливу, вишне, абрикосам, яблокам, дыне, арбузам, малине, землянике, клубнике [3, 4, 6, 9].

Овощи следует предлагать ребенку в виде салатов, пюре, заправляя их растительным маслом. Жирные сорта майонеза и сметану лучше не использовать, так как жиры тормозят работу кишечника. Картофельное пюре следует ограничить, так как крахмал также затрудняет работу кишечника.

Показаны овощные супы (борщи, свекольники, щавелевые щи), блюда из мяса и птицы (с сохранением хрящей, сухожилий), каши рассыпчатые (гречневая, овсяная, пшенная, перловая, кукурузная).

Довольно часто отмечается негативная реакция ребенка на попытки родителей изменить его пищевой рацион. Дети могут категорически отказываться от «невкусных» продуктов, устраивать истерики. В таких ситуациях рекомендуется проводить более тонкую пищевую политику, постепенно увеличивая удельный вес пищевых волокон, не афишируя свои действия. Стартовым продуктом в этом плане наиболее эффективны пшеничные отруби.

Отруби являются мощными стимуляторами кишечной перистальтики, содержат значительное количество витаминов группы В, являются хорошим абсорбентом. У детей с запорами прием отрубей вызывает увеличение массы фекалий, содержания в них воды, сокращение времени продвижения содержимого по кишечнику и учащение стула. При приеме отрубей рекомендуется потреблять достаточное количество жидкости во избежание уплотнения каловых масс. Отруби перед употреблением необходимо обдать кипятком, чтобы они набухли и стали мягче, используют в чистом виде или добавляют в компоты, супы и каши.

Однако употребление их детьми должно быть строго дозировано: дети до 1 года - не более 5 г в сутки, от 1 года до 3 лет - 5-10 г в сутки. Дозировка детям младшего возраста (от 1 года): в первые 2 недели - по 1/3 ч. ложки 3 раза в сутки, далее дозу увеличивают до 1 ч. ложки 3 раза в сутки в течение 1-2 недель. Когда достигается нужный эффект, количество отрубей уменьшают до 1/2 ч. ложки 3 раза в сутки. В среднем один курс лечения должен продолжаться 2 месяца.

Детям старшего возраста рекомендуются отруби в первые 2 недели по 1 чайной ложке 3 раза/сут., далее дозу увеличивают до 1 столовой ложки 3 раза/сут. в течение 1-2 недель. Когда достигается нужный эффект, количество отрубей уменьшают до 1 чайной ложки 3 раза/сут. В среднем один курс лечения должен продолжаться не менее 6 недель [3, 4, 6, 9].

Продукты, употребление которых нужно ограничить ребенку, страдающему запорами:

- мучные изделия: свежий хлеб (белый), свежая выпечка, торты, пирожные;
- каши: рисовая, из пшеничной крупы;
- молочные продукты: майонез, жирная сметана, твердые острые сыры, мороженое;
- супы: бульоны, борщи с томатным соусом, солянки, грибные супы;
- мясные продукты: жирные сорта мяса (свинина, баранина, гуси, утки), копчености, консервы;
- рыба: жареная, копченая, консервы;
- яйца – сырые и вареные, омлеты и яичницы;
- фрукты: бананы, черника, черемуха, кизил, груши, айва, незрелые фрукты;
- напитки: какао, крепкий чай, кисели, муссы, желе;
- овощи: лук свежий, чеснок, редька, редис, грибы, горох, фасоль, вареная морковь, картофель [3, 4, 6, 9].

Список литературы:

1. Боровик Т.Э. Лечебные смеси в питании грудных детей / Т.Э. Боровик и [др.] // Режим доступа: <http://www.lvach.ru/2007/01/4534606/>.
2. Денисов М.Ю. Заболевания пищеварительной системы у детей раннего возраста / М.Ю. Денисов. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 304 с.

3. Захарова И.Н. Запоры у детей / И.Н. Захарова, Н.Е. Малова, И.М. Колобашкина // Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_3593.htm
4. Зубков В.В. Основные принципы лечения запоров у детей / В.В. Зубков, А.М. Катуркина, А.А. Буров // Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_7253.htm.
5. Конь И.Я. Диетотерапия запоров у детей первого года жизни / И.Я. Конь и [др.] // Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2009/08/10509857/>
6. Ливзан М.А. Современные принципы лечения запоров / М.А. Ливзан // РЖГГК. – 2009. – Т.19, №2. – С.70 – 74.
7. Приворотский В.Ф. Современные подходы к лечению функциональных запоров у детей / В.Ф. Приворотский, Н.Е. Луппова // РЖГГК. – 2009. – Т. 19, №1. – С .59 – 65.
8. Скворцова В.А. Функциональные нарушения желудочно – кишечного тракта у детей грудного возраста: роль диетотерапии / В.А. Скворцова и [др.] // Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2011/06/15435215/>.
9. Усенко Д.В. Диетическая коррекция нарушения моторики толстой кишки / Д.В. Усенко // Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2009/07/10447797/>.
10. Скворцова В.А. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей грудного возраста: роль диетотерапии / В.А. Скворцова, и [др.] // Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2011/06/15435215/>

УДК 616-053.6 : 614.212

Емельянова О.Н.¹, Богомолова И.К. ¹, Пискунова О.Г.², Бурякова Т.В.², Перфильева О.А. ²

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ №2 ДЕТСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА Г. ЧИТЫ

¹ ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

² ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», г. Чита, Россия

Резюме. В статье рассмотрены вопросы организации медико – социальной помощи подросткам в детском клиническом медицинском центре г. Читы. Представлены основные направления работы клиники, дружественной к молодежи, опыт волонтерского движения.

Ключевые слова: подростки, медико – социальная помощь.

Введение. Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия общества и государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее. Трудовые ресурсы страны, ее безопасность, политическая стабильность, экономическое благополучие и морально-нравственный уровень населения непосредственно связаны с состоянием здоровья детей, подростков, молодежи [4, 5, 6] .

Подростки относятся к особой социальной группе населения: уже не дети, еще не взрослые. Этот этап жизни можно сравнить со вторым рождением. Переход подростка в подростковый возраст всегда чреват проблемами в сфере межличностных отношений [4, 5, 6] .

Организация работы клиник, дружественных к молодежи (КДМ), является одной из форм оказания медико – социальной помощи подросткам.

Клиника, дружественная к молодежи – учреждение, оказывающее медицинскую, психологическую и социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах: добровольности, доступности, доброжелательности, доверия [1, 3].

КДМ - это учреждение, в котором подростки и молодежь могут получить специализированную медицинскую, психологическую и социальную помощь по вопросам

сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, и профилактики социально опасных заболеваний.

Помощь подросткам оказывается через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья.

Задачи КДМ: лечение заболеваний у подростков и реабилитация; сохранение репродуктивного здоровья подростков и профилактика поведения высокой степени риска среди подростков и молодежи.

Основные направления работы КДМ: сохранение репродуктивного здоровья, пропаганда здорового образа жизни.

Вовлечение подростков в волонтерскую деятельность является эффективным методом профилактики правонарушений в молодежной среде [2].

Целью нашего исследования являлся анализ результатов работы клиники, дружественной к молодежи, действующей на базе поликлинического подразделения №2 ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» (ДКМЦ г. Читы).

Методы исследования: изучение опыта работы, отчетов сотрудников и волонтерских отрядов клиники, дружественной к молодежи, действующей на базе поликлинического подразделения №2 ДКМЦ г. Читы.

Результаты и их обсуждение. Отделение медико-психологической помощи подросткам (КДМ «Твое индивидуальное направление») начало функционировать с 01.04.2010 года. Организатором проекта открытия КДМ выступил Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ), который выделил мини-грант на открытие отделения. 31.05.2010 – 04.06.2010 года пятеро специалистов прошли обучение на тренинге «Организация КДМ». 28.06.2010 – 02.07.2010 года двое специалистов обучены по программе «ПРОздоровый выбор». В сентябре 2010 года трое представителей МУЗ «Городская детская поликлиника №2» были приглашены и посетили международную конференцию «КДМ 10 лет...Продолжение следует!» в г. Санкт-Петербург.

Специалисты КДМ: гинеколог, уролог - андролог, психолог, специалист по социальной работе. В КДМ проводятся консультативные приемы специалистов, профилактические осмотры подростков.

В настоящее время специалистами КДМ организовано межведомственное взаимодействие:

1. Комитет образования «Городского округа» г. Читы;
2. Комиссия по делам несовершеннолетних;
3. ГУСО ЖКЦСОН Забайкальского края центр «Радуга»;
4. МОУБ СОШ г. Читы;
5. Центр профилактики и борьбы со СПИДом, Краевая клиническая инфекционная больница;
6. Клиники дружественные к молодежи г. Читы;
7. Специалисты других подразделений ГУЗ «ДКМЦ г. Читы»;
8. ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия.

С 2011 года КДМ «ТИН» начала активно работать по школам Железнодорожного района обучая подростков по программе «ПРОздоровый выбор», проводить родительские собрания и консультации для родителей по проблемам подросткового возраста. С этого периода начал активно действовать волонтерский отряд, состоящий из старших школьников и студентов ЧГМА. Подготовка волонтеров ведется по программе «ПРО здоровый выбор».

Темы занятий по программе «ПРОздоровый выбор»:

1. Мое тело. (Мужская и женская репродуктивные системы. Терминология.)
2. Эмоции и чувства. (Контроль над эмоциями.)
3. ВИЧ/СПИД. (История. Пути заражения. Профилактика ВИЧ/СПИДа.)
4. Риск. (Рискованное поведение, его последствия.)

5. Если хочешь быть здоров... (Гигиена. Инфекции передаваемые половым путем).
 6. Наркозависимость. (Причины и последствия употребления наркотиков.)
 7. «Белая ворона». (Стигматизация. Дискриминация. Толерантность.)
 8. Кризисные ситуации. (Что делать, если неприятности?)
 9. Табак и алкоголь. (Причины потребления. О вреде табака и злоупотребления алкоголем.)
 10. Беременность. Роды. Аборты. (Немного о настоящей ответственности.)
 11. Когда плохо. (Как справиться с плохим настроением?)
 12. Немного о любви и хитростях общения.
 13. Конфликты. Контакты. (Как не довести маленькую ссору до большого скандала?)
 14. Контрацепция. (Методы, степень их надежности.)
 15. Где найти поддержку? (Как не стать жертвой насилия?)
 16. Всё обо всём. Интеллектуальное казино. Ответы на типичные вопросы о репродуктивном здоровье. Игра на закрепление пройденного материала.
- Так же добавлены темы по компьютерной зависимости и психологической подготовки к ЭГЭ.

Таблица 1.

**Санитарно-просветительная работа Клиники дружественной к молодежи «ТИН»
за 2014 год**

Метод обучения	Количество	Количество обучаемых	Где проведено
Лекция (родительские собрания)	13	885	СОШ: 15,17,20,36,43,45,48,50
Тренинг (обучение по программе ПРО здоровый выбор)	10	16	ГУЗ «городская детская поликлиника №2»
Тренинги с подростками	38	144	Школы железнодорожного района
Игра + презентация	4	104	СОШ: 45,48,17,50
Акция «Здоровье нации начинается с каждого»	1	200	ГУЗ «городская детская поликлиника №2»
Акция «Пусть все будет вовремя»	1	150	Читинский медицинский колледж
Акция «Ярмарка беременностей»	1		Мегаполис спорт
Лекция + презентация	1	30	СОШ:48 (педагоги)
Лекция + презентация	1	70	Комитет образования «Городского округа» Город Чита
Лекции, презентации для учащихся	18	444	Школы Железнодорожного района
Игра «Интеллектуальное казино»	1	16	ЧГМА
«Творческая»	1	63	ГУЗ «городская детская»

мастерская для малышей» к 1 июня			поликлиника №2»
Буклеты «Спорт, здоровье, нация»	200 штук		ГУЗ «городская детская поликлиника №2»
Буклеты «Пусть все будет вовремя»	150 штук		Читинский медицинский колледж

Детям и подросткам мы предлагаем интереснейший курс занятий, основанный на познавательно-поведенческой модели социальной работы и имеющий вид тренинга в группах 15-18 человек. Занятия ведутся по принципу равного обучения. Занятия проводят волонтеры и специалисты клиники, прошедшие обучение и стажировку. Тренинги проводятся двумя ведущими в группе по 12 – 20 человек в приятной, располагающей обстановке. Они проходят в форме общения. В течение занятий участники получают специально подготовленную, качественную и корректную информацию по всем вышеперечисленным темам, но, что особенно важно, помимо информации, программа содержит методики приобретения и отработки навыков сохранения здоровья, безопасного поведения, предупреждения и выхода из кризисных ситуаций, противостояния негативному влиянию социальной среды.

В течение 20 встреч слушатели получают специально подготовленную, качественную и корректную информацию по всем вышеперечисленным темам, но, что особенно важно, помимо информации, программа содержит методики приобретения и отработки навыков сохранения здоровья, безопасного поведения, предупреждения и решения конфликтных кризисных ситуаций.

Игровая система работы, необычные методики и специально подготовленная информация могут значительно помочь в учебно-воспитательной и профилактической работе в школах и предотвратить рискованное поведение, приводящее к наркозависимости, инфицированию ИППП и другим проблемам.

Эти же темы предлагаются в школах для проведения классных часов в старших классах. За 2014 – 2016 года во все школах г. Читы проводились профилактические мероприятия с подростками (таблицы 1, 2, 3).

Таблица 2.

Санитарно-просветительная работа Клиники дружественной к молодежи «ТИН» за 2015год

Метод обучения	Количество	Количество обучаемых	Где проведено
Лекция (родительские собрания)	7	245	СОШ № 48,43,17,22
Тренинги с подростками	33	640	СОШ № 17, 43, 45,50,36
Акция «Добро пожаловать!»	1	50	ГУЗ «ДКМЦ г.Читы» ПП№2
Лекция + презентация для медработников Забайкальского края	3	60	ГУЗ «ДКМЦ г.Читы» ПП№2
Лекция + презентация для	3	75	ГУСО ЖКЦСОН «Радуга»

школьников			
«Творческая мастерская для малышей» к 1 июня	1	110	ГУЗ «ДКМЦ г.Читы» ПП№2
Буклет «Мой трудный ребенок!»	50		СОШ 48,17
Буклет «Выходы из кризисных ситуаций»	50		СОШ 45,43

Клиника активно взаимодействует с другими профилактическими учреждениями города и совместно проводит тематические мероприятия.

Таблица 3.

Санитарно-просветительная работа Клиники дружественной к молодежи «ТИН» за 2016год

№	Мероприятия	Место проведения	Количество мероприятий	Количество человек
1.	Индивидуальная психологическая работа с подростками и родителями.	ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» ПП№2	262	262
2.	Индивидуальное социально-правовое консультирование подростков и родителей.	ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» ПП№2	63	63
3.	Проведение профилактических и просветительских занятий по программе «PRO здоровый выбор» в школах г.Читы (классные часы)	СОШ № 9,17,18,20,22, 36, 43,45,47,48,50 ЧТОТиБ	48	1248
4.	Проведение тренинг занятий по программе «PRO здоровый выбор» в школах с подростками и студентами ЧГМА г.Читы (подготовка волонтеров)	СОШ № 47	13	260
5.	Проведение консультаций, лекториев и круглых столов для родителей подростков в школах г.Читы. (родительские собрания)	СОШ №22,47,20,17, 36,48,50,43	16	560
6.	Проведение консультаций для мед.работников ГУЗ «ДКМЦ г.Читы»	ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» ПП№2	5	80
7.	Участие в профилактических мероприятиях для подростков в ГУСО ЖКЦСОН «Радуга» и комиссиях по делам несовершеннолетних.	ГУСО ЖКЦСОН «Радуга» КДН	2 14	48 42

8.	Участие в краевых, городских форумах, конференциях.	ЧГМА	5	
9.	Организация проведение акций посвящённых здоровому образу жизни.	СОШ№17	1	312
10.	Создание стендовой и печатной информации по профилактике вредных привычек и рискованного поведения подростков.	3 буклета	300шт.	300

Совместно с центром социальной защиты «Радуга», в рамках международного дня семьи проведено мероприятие «Благополучная семья главная ценность для ребенка». Прослушана информация о психологическом дискомфорте и дисгармоничном развитии ребёнка в семье, где родители злоупотребляют алкоголем, об административной и уголовной ответственности при нарушении прав детей и родительской безответственности. Для учащихся и несовершеннолетних, состоящих на профилактическом учете в ГУСО ЖКЦСОН «Радуга» была организована лекция-беседа на тему: «Если хочешь быть здоров ...», а так же профилактика употребления ПАВ (психоактивных веществ), среди учащихся старших классов

Клиника тесно сотрудничает с комиссией по делам несовершеннолетних. Семьи и дети, состоящие на учете, активно направляются к специалистам клиники на индивидуальные консультации и беседы, коррекционную работу. Для совместной работы активно привлекаются специалисты центра «Доверие» и других психологических служб.

Таблица 4.

Перспективный план профилактических мероприятий КДМ «ТИН» на 2017 год.

№	Дата	Мероприятие	Ответственные
1.	Январь	Сбор волонтеров, распределение мероприятий на год.	Перфильева О.А. Бурякова Т.В.
2.	Февраль	«День святого Валентина» (беседа с подростками о любви и хитростях общения) в школах, средние классы	Бурякова Т.В.
3.	Март	К международному дню борьбы за ликвидацию расовой дискриминации (21.03) классный час в старших классах по теме «Белая ворона»	Перфильева О.А. Классные руководители
4.	Апрель	К всемирному дню здоровья (7.04) беседа о репродуктивном здоровье «Все обо всем» гигиена	Бурякова Т.В. Перфильева О.А.
5.	Май	Международный день солидарности молодежи (24.04) – Итоговая акция «Мы за здоровый образ жизни!!!»	Перфильева О.А. Бурякова Т.В. Волонтеры «ТИН»
6.	Июнь	К международному дню борьбы с наркотиками (26.06) беседа с подростками о вреде наркотиков в детских летних лагерях	Бурякова Т.В. директора детских лагерей
7.	Сентябрь	Работа по школам (выступления на родительских собраниях и классных часах). Презентация работы КДМ на новый учебный	Бурякова Т.В. Перфильева О.А.

		год. Старшие классы занятия по теме аборты, контрацепция.	
8.	Октябрь	К всемирному дню психического здоровья (10.10) беседы со школьниками «Как справиться с плохим настроением» гигиена.	Бурякова Т.В. Перфильева О.А.
9.	Ноябрь	Обучение группы по программе «PRO здоровый выбор». Средние классы профилактика табак курения.	Бурякова Т.В. Перфильева О.А.
10.	Декабрь	Организация классных часов в школах, посвященных Всемирному дню борьбы со СПИДом совместно с Центром профилактики и борьбы со СПИДом, Краевая клиническая инфекционная больница.	Перфильева О.А. Бурякова Т.В.

Специалисты клиники и волонтеры принимают активное участие в общественных мероприятиях, посвященных формированию здорового образа жизни молодежи. Так, в марте 2016 года КДМ «ТИН» приняла участие в V Международной студенческой научной конференции «Сохранение репродуктивного здоровья молодежи». В сентябре 2016 года КДМ «ТИН» участвовала в работе круглого стола «Роль волонтерского движения в профилактике факторов риска неэпидемических заболеваний и мотивации населения к здоровому образу жизни», который проводился в рамках межрегионального съезда волонтерских отрядов высших учебных заведений Российской Федерации. В октябре КДМ «ТИН» приняла участие в круглом столе «Здоровье детей - основа демографической политики региона» в рамках гражданского форума «Забайкалье - Забайкальцам». В декабре 2016 волонтерский отряд участвовал на слете волонтеров, который проходил 05.12.16г. на базе краевой библиотеки им. Пушкина.

Таблица 5.

Перспективный план работы специалистов КДМ «ТИН» на 2017 год.

	Мероприятия	Срок выполнения	Ответственный
1.	Индивидуальная психологическая работа с подростками и родителями.	Ежедневно	Перфильева О.А.
2.	Социально-правовое консультирование подростков и родителей.	Ежедневно	Бурякова Т.В.
3.	Проведение профилактических и просветительских занятий по программе «PRO здоровый выбор» в школах г. Читы	Еженедельно	Перфильева О.А. Бурякова Т.В.
4.	Проведение тренинг занятий по программе «PRO здоровый выбор» в школах с подростками и студентами ЧГМА г. Читы	Еженедельно	Перфильева О.А. Бурякова Т.В.
5.	Проведение консультаций, лекториев и круглых столов для родителей подростков в школах г. Читы.	Ежемесячно	Перфильева О.А. Бурякова Т.В.
6.	Проведение консультаций для мед. работников ГУЗ «ДКМЦ г. Читы»	По запросу	Перфильева О.А. Бурякова Т.В.
7.	Участие в профилактических мероприятиях для подростков в ГУСО ЖКЦСОН «Радуга» и комиссиях по делам несовершеннолетних.	Ежемесячно	Перфильева О.А. Бурякова Т.В.

8.	Участие в краевых, городских форумах, конференциях.	Ежегодно	Перфильева О.А Бурякова Т.В.
9.	Организация проведение акций посвящённых здоровому образу жизни.	Ежеквартально	Перфильева О.А Бурякова Т.В.
10.	Создание стендовой и печатной информации по профилактике вредных привычек и рискованного поведения подростков.	Ежегодно	Перфильева О.А Бурякова Т.В.
11.	Отчет и анализ работы специалистов КДМ за год.	Ежегодно	Перфильева О.А Бурякова Т.В.

В 2017 году волонтерский отряд был представлен на совещании среди заведующих по воспитательной работе в школах города, как одна из форм работы с подростками. Ребята подготовили выступление и ролик презентацию. 18. января состоялась лекция на тему «Кризисные ситуации и выход из них» в школе танца «РИЧ» для подростков, приехавших из п. Чернышевск. Планируется выпуск волонтеров с выдачей сертификатов, проведение акции ко дню здоровья, выход волонтеров в школы и средние учебные заведения для профилактической работы по проблемам наркомании, алкоголизма и курения, здорового питания, консультации специалистов (таблицы 4, 5).

Заключение. Таким образом, за прошедший период клиникой, дружественной к молодежи, проведен большой объем медико – социальной работы с подростками, накоплен бесценный опыт проведения тренингов и занятий с родителями и детьми, организовано волонтерское движение. Клиника, дружественная к молодежи, является эффективной формой организации медико – социальной помощи подросткам.

Список литературы:

1. Галиханова Н.Х. Клиника, дружественная к молодежи в детском поликлиническом отделении МУЗ ЦГБ городского округа, г. Нефтекамск РБ / Н.Х. Галиханова // Материалы международной конференции «Клиники, Дружественные к молодежи» ... 10 лет. Продолжение следует. - Санкт – Петербург, 15-17 сентября 2010 г. - С. 31-34.
2. Егоров Е.С. Развитие добровольческого движения в Забайкальском крае как профилактика экстремизма и правонарушений в молодежной среде / Е.С.Егоров // Забайкальский медицинский журнал. -2016. - №6. – С. 35-36.
3. Крылусова С.А. Проектные технологии Клиники, дружественной к молодежи, в формировании здорового образа жизни / С.А. Крылусова, Т.М. Костромитина // Материалы международной конференции «Клиники, Дружественные к молодежи» ... 10 лет. Продолжение следует. - Санкт – Петербург, 15-17 сентября 2010 г. - С. 35-42.
4. Руководство по школьной медицине. Клинические основы / Под ред. проф. Д.Д. Панкова, чл.-корр. РАМН, проф. А.Г. Румянцева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 640 с.
5. Целинский Б.П. Актуальные проблемы профилактики наркомании среди детей и подростков / Б.П. Целинский // Наркология. - 2012. - № 10. - С. 80-81.
6. Шельгин К. В. Динамика и алкогольная обусловленность смертности от самоубийств в подростково-юношеском возрасте в Мурманской области / К.В. Шельгин, Е.Н. Зенин, И.Г. Буланцев // Экология человека. - 2013. - № 3. - С. 34-38.

УДК 615.81/82-053.2

Емельянова О.Н.¹, Нардина И.В.², Бондаренко Е.В.²

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК НАПРАВЛЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ДКМЦ Г. ЧИТЫ

¹ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

²ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», г. Чита, Россия

Резюме. В статье представлены результаты работы кабинета мануальной терапии в реабилитационном подразделении ДКМЦ г. Читы за 2014-16 гг. В структуре пациентов преобладали дети до 3 лет с патологией нервной системы. Для реабилитации применялись классическая мануальная терапия и остеопатия. Данные методы являются достаточно эффективными в комплексном восстановительном лечении детей.

Ключевые слова: дети, мануальная терапия

Введение. Реабилитационное подразделение «Феникс» является подразделением детского клинического медицинского центра г. Читы, обеспечивающим лечение и реабилитацию детей с различной нозологией. Важное место в выполнении реабилитационной программы отводится врачу – мануальному терапевту [1,2,3, 4,5,6]. С 2009 года в данном подразделении функционирует кабинет мануальной терапии.

Мануальная терапия и диагностика - система ручных приемов, направленных на коррекцию или ликвидацию патологических проявлений, вызванных изменениями в позвоночнике, суставах, мышечном и связочном аппарате.

Мануальная терапия занимается особенностями движений в пространстве и друг по отношению к другу частей человеческого тела (позвонков, фасций, органов и др.) и функциональной значимостью этих движений для организма, а так же интересуется качественным состоянием тканей этих частей и исследует причины и последствия их отклонения от нормы. Так же имеется целый арсенал приемов, с помощью которых мануальный терапевт лечит выявленные нарушения [1,2,3, 4,5,6].

Наряду с методами классической мануальной терапии используются сравнительно новые методы современного направления мануальной терапии - остеопатические методы, одним из которых является краниосакральная терапия [1,2,3, 4,5,6].

Целью нашего исследования являлся анализ результатов работы кабинета мануальной терапии за период 2014-2016 гг.

Методы исследования: изучение опыта работы, отчетов кабинета мануальной терапии ЦВЛД «Феникс» ГУЗ ДКМЦ г. Читы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью определения экстенсивных показателей.

Результаты и их обсуждение.

Основные результаты работы представлены в таблице 1. За три года было принято всего 10120 пациентов, из них 2451 человек (24,2%) составили первичные посещения, а 7669 (75,8%) – повторные посещения. Количество посещений в 2014 составило 3345 (из них первичных посещений – 815 (24,4%), повторных – 2530 (75,6%)), в 2015 году всего посещений - 3315 (из них первичных - 771 (23,3%), повторных – 2544 (76,7%)), в 2016 году - всего посещений - 3460, из них первичных - 865 (25%), повторных - 7669 (75,8%).

Таблица 1.

Число принятых пациентов за период 2014-16 гг.

Год	Всего пациентов	Первичных посещений		Повторных посещений	
		Абс.	%	Абс.	%
2014	3345	815	24,4	2530	75,6
2015	3315	771	23,3	2544	76,7
2016	3460	865	25	2595	75,0
Всего	10120	2451	24,2	7669	75,8

Оказание консультативной помощи позволяет своевременно проводить отбор и лечение нуждающихся детей в мануальной терапии и тех пациентов, которым по клиническим проявлениям достаточно ручного массажа. Количество консультаций от числа первичных посещений составило в 2014г 163 (20%); в 2015 году -154 (20%); в 2016г - 233(27%).

Взято на лечение в 2014г 652 пациентов, закончили лечение 554; в 2015г взято 617 пациентов, закончили лечение 524 пациента; в 2016г взято 632 пациентов, закончили полный курс лечения 505 детей. Таким образом, за 3 года всего взято на лечение 1808 детей, полностью пройден курс мануальной терапии у 1583 пациентов (87,6%). Незавершенность лечения связана с семейными обстоятельствами родителей, острым инфекционным заболеванием ребенка.

Распределение пролеченных детей по возрасту представлено в таблице 2. Большую часть пациентов (75,4%) составили дети от 0 до 3 лет, в 2016 году отмечается увеличение их числа до 77,5%. Удельный вес школьников составил 13,2%, в 2016 году выявлено уменьшение их числа (12%). Дети дошкольного возраста составили 10,4% от числа пациентов. За 3 года пролечено всего 12 подростков 14-17 лет (1%), большая часть в 2014 году.

В структуре патологии детей до 3 лет преобладали натальная травма шейного отдела позвоночника, перинатальные энцефалопатии, минимальная мозговая дисфункция. Именно эта категория детей более нуждается в мануальной терапии, так как полученные даже минимальные родовые повреждения шейного отдела позвоночника и краниовертебрального сочленения спустя много лет могут давать тяжелые неврологические и соматические осложнения (ранний остеохондроз позвоночника, мигрени, сколиозы, вертеброгенные нарушения сердечного ритма, гастроэзофагеальные рефлюксы).

Таблица 2.

Возрастной состав пролеченных детей

Год	Всего	0-3лет		3-7 лет		7-14 лет		14 – 17 лет	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2014	554	415	75	49	9	77	14	11	2
2015	524	387	74	62	12	73	14	1	0,1
2016	505	391	77,5	53	10,5	60	12	0	0
Всего	1583	1193	75,4	164	10,4	210	13,2	12	1,0

Широкое применение при работе с данной группой детей получили методы краниосакральной терапии. Лечение абсолютно безболезненное и комфортное для маленького ребенка, что особенно важно при работе с детьми. В процессе работы с грудными детьми при первичном осмотре производится диагностика дисфункции, от которой зависит тактика лечения. Продолжительность курса лечения составляет от 5 до 7 сеансов.

В группе детей старше трех лет преобладали пациенты, имеющие последствия травмы шейного отдела позвоночника, с диагнозом дорсопатия шейного отдела позвоночника. Этим детям применялись не только методы краниосакральной терапии, но и классической мануальной терапии (манипуляция, мобилизация, тракция, постизометрическая релаксация, мышечно-энергетические техники и другие методы.)

После лечения у пациентов отмечалась положительная динамика по клинической симптоматике, которая подтверждалась дополнительными методами обследования.

Заключение. Эффективность восстановительного лечения в реабилитационном подразделении «Феникс» достигается за счет комплексного, рационального подхода к реабилитации, применения адекватных методов лечения и правильного их сочетания. Мануальная терапия является важной составляющей часть комплексной реабилитации пациентов, особенно с неврологической патологией. За прошедший период проведена большая работа по оздоровлению детей, прежде всего, с патологией нервной системы.

Применение мануальных методик и краниосакральной терапии представляется перспективным методом для коррекции и ликвидации патологических проявлений, вызванных пато biomechanическими изменениями в позвоночнике, суставах, мышечном и связочном аппарате.

Список литературы:

1. Новосельцев С.В. Введение в остеопатию. Частная краниальная остеопатия: Практическое руководство для врачей / С.В. Новосельцев. -СПб: «Издательство ФОЛИАНТ». - 2009. - 352 с.
2. Новосельцев С.В. Вертебрально-базилярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии / С.В. Новосельцев; под ред. акад. РАМН А.А. Скоромца. - СПб: ООО «Издательство ФОЛИАНТ». - 2007. - 208 с.
3. Новосельцев С.В. Мануальная терапия с позиций доказательной медицины: систематический обзор, мировой опыт. С.В. Новосельцев, А.А. Замигулов // Российский остеопатический журнал. 2014. - №1-2 (24-25). – С. 122-131.
4. Применение краниосакральной методики остеопатии в реабилитации детей с цефалгией / Емельянова О.Н. [и др.]. // Забайкальский медицинский журнал. – 2014. №3. - С.34-35.
5. Соснина Т.Ю. Остеопатическая коррекция в комплексной реабилитации детей первого года жизни / Т.Ю. Соснина, Е.В. Урлапова // Мануальная терапия. 2013. - №1 (49) – С. 3-12.
6. Холодович Б.Г. Анализ применения мануальной терапии в комплексном лечении расстройств вегетативной нервной системы вертеброгенного генеза в педиатрии / Б.Г. Холодович, Е.Б. Холодович // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. - №4. – Т. 19. – С. 144-150.

УДК 616.329/351-084-053.2

Емельянова ОН.¹, Нардина И.В. ², Косыгина С.А.², Исакова Н.В.³

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

¹ ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

²ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», г. Чита, Россия

³ ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Среди основных направлений деятельности по совершенствованию детского здравоохранения в России ведущее место занимает формирование здорового образа жизни детей (ЗОЖ) [7, 9, 12]. Важнейшим компонентом ЗОЖ является рациональное (сбалансированное) питание с учетом индивидуальных особенностей и потребностей организма [2, 3].

В современных условиях государственной системы здравоохранения важным направлением является разработка и широкое использование технологий профилактики, направленных на устранение модифицируемых факторов риска развития заболеваний путем популяризации и мотивирования населения к ведению здорового образа жизни [5, 6, 10].

Организация Центров здоровья в регионах России явилась новой и дополнительной возможностью для населения получить информацию о ЗОЖ, узнать собственные факторы риска развития заболеваний [4, 9].

К факторам риска относятся потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход [1, 8, 11].

Специалисты Центра здоровья выявляют факторы риска неинфекционных заболеваний (при их наличии) и объясняют пациенту, к каким последствиям они могут привести, мотивируют его к личной ответственности за свое здоровье и осуществляют коррекцию факторов риска.

В структуре заболеваемости детей значительный удельный вес имеют болезни органов пищеварения. Знание факторов риска для развития заболеваний желудочно-кишечного тракта может помочь в осуществлении дифференцированного подхода при проведении их первичной профилактики.

Целью нашего исследования являлось изучение факторов риска у детей с патологией пищеварительной системы.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Центре здоровья ГУЗ ДКМЦ г. Читы. Проведено анкетирование с целью выявления факторов риска с помощью анализа наследственного, биологического, социального анамнеза 259 детей 4 -14 лет, имеющих заболевания желудочно-кишечного тракта.

Возрастная структура респондентов: дошкольный возраст – 28 человек (10,8%), младший школьный возраст – 115 человек (44,4%), старший школьный возраст – 116 человек (44,8%). Распределение респондентов по полу: 91 мальчик (35,1%), 168 девочек (64,9%).

Статистический анализ данных выполнялся с использованием программы Microsoft Office Excel 2007 с определением экстенсивных и интенсивных показателей.

Результаты исследования.

Структура патологии пищеварительной системы у пациентов была представлена функциональными расстройствами ЖКТ (115 детей), хроническим гастродуоденитом (114 детей), хроническим гастритом (26 детей), хроническим неинфекционным энтероколитом (4 детей). Распространенность факторов риска у детей с патологией пищеварительной системы представлена на рисунке 2.

При изучении наследственного анамнеза выявлена отягощенная наследственность по заболеваниям пищеварительной системы у 166 из 259 обследованных детей (64,1%).

У 212 пациентов (81,8%) отмечались нарушения режима и качества питания. При этом у детей дошкольного возраста преобладали качественные нарушения: несбалансированное питание, недостаток белка, избыток углеводов и жиров. В школьном возрасте чаще регистрировались нарушения режима питания: нерегулярное питание, большие перерывы в приемах пищи, еда всухомятку, недостаточный объем и калорийность пищи в утренние часы и избыточное - в вечерние.

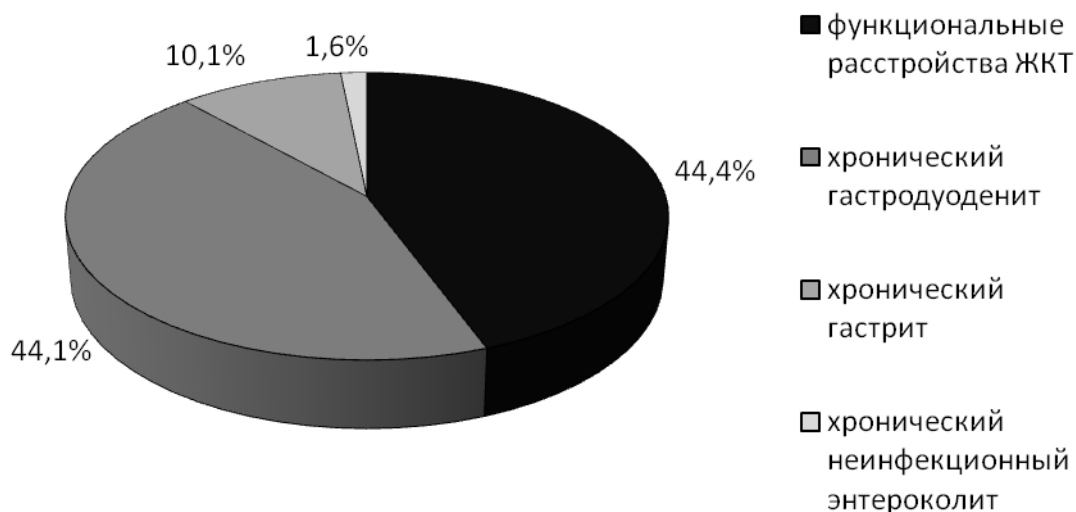


Рисунок 1. Структура патологии пищеварительной системы у пациентов в Центре здоровья ГУЗ ДКМЦ г. Читы.

Раннее искусственное вскармливание как фактор риска отмечалось у 130 детей (50,2%), чаще у пациентов с функциональными расстройствами ЖКТ.

Сниженная резистентность (высокая частота острых респираторных заболеваний) наблюдалась у 155 респондентов (59,8%), чаще у дошкольников. Очаги хронической инфекции (кариес, хронический гайморит, хронический аденоидит, хронический тонзиллит) регистрировались у 130 пациентов (50,2%).

Частое применение лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики) наблюдалось у 65 детей (25,1%). У 67 человек (25,9%) в анамнезе регистрировались аллергические заболевания (преимущественно пищевая аллергия).

У 109 детей (42,1%) в периоде новорожденности и в раннем возрасте отмечалась неврологическая симптоматика вследствие родовой травмы, внутриутробной гипоксии.

У 155 анкетированных (60%) выявлено сочетание нескольких неблагоприятных факторов.

Высокую степень риска для развития хронического гастроэнтероэнтерита, хронического гастрита составляло сочетание наследственной предрасположенности по язвенной болезни желудка и гастроэнтероэнтерита с нарушениями режима питания.

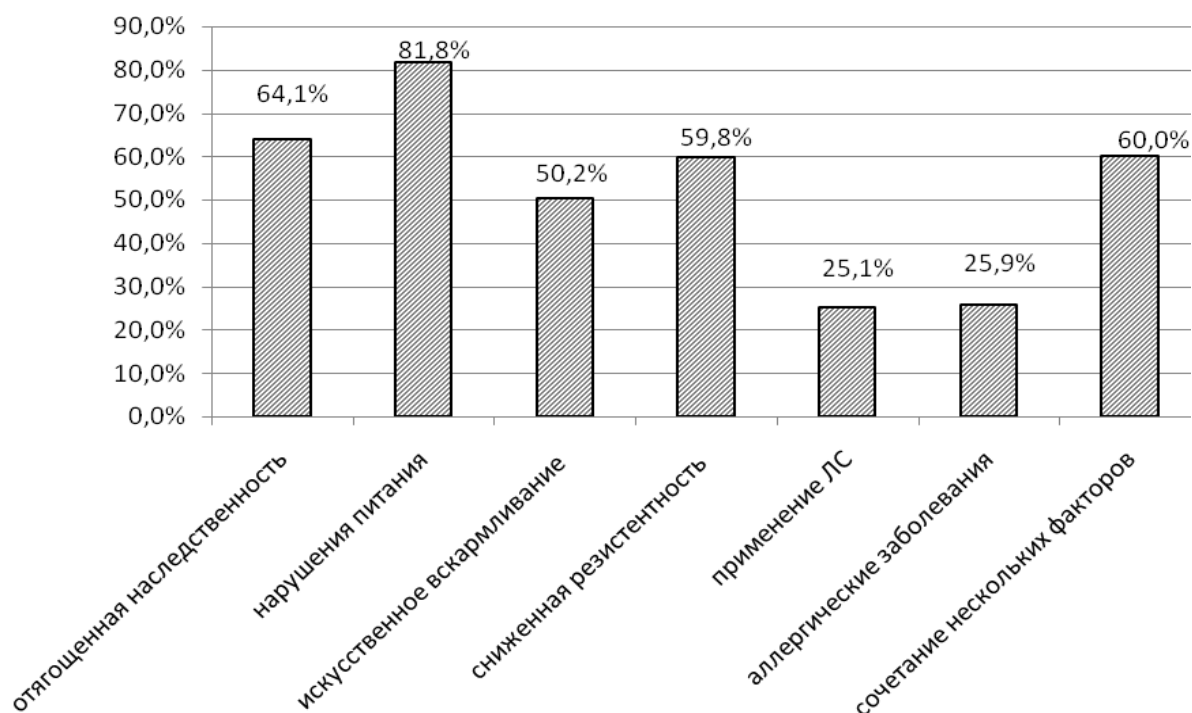


Рисунок 2. Распространенность факторов риска у детей с патологией пищеварительной системы

Заключение. Наиболее распространенными факторами риска у детей с патологией пищеварительной системы являются нарушения режима и качества питания, наследственная отягощенная наследственность по патологии ЖКТ, сниженная резистентность, очаги хронической инфекции, раннее искусственное вскармливание. Реже регистрировались такие факторы риска как перинатальная патология, частое применение лекарств, аллергические заболевания. У более половины пациентов отмечалось сочетание нескольких факторов, что усугубляло риск развития хронической патологии пищеварительной системы.

Отмеченное обуславливает необходимость изучения фактического питания детей с заболеваниями пищеварительной системы.

Необходимо разрабатывать и применять профилактические мероприятия, направленные на коррекцию факторов риска развития патологии желудочно-кишечного тракта.

Список литературы:

1. Ахметов Р.Т. Распространенность, факторы риска и качество жизни у подростков с гастродуоденальной патологией : автореф. дис... канд. мед. наук : 14.01.08 / Р.Т. Ахметов. – Уфа, 2012. – 17 с. Режим доступа: <http://dissers.ru/1meditsina/rasprostranennost-faktori-riska-kachestvo-zhizni-podrostkov-gastroduodenalnoy-patologiyey-14-01-08-pediatriya-14-02-03-obschestvennoe.php>
2. Гревцова Е.А., Сафонкин С.В. Состояние организации питания детей и подростков Рязанской области: региональный опыт и перспективы // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. - 2013. - №1. - С. 81-85
3. Детское питание: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Тутельяна, И.А. Коня. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство», 2013. – 744 с.

4. Инновационные технологии в профилактической деятельности Центров здоровья для детей / В. Ю. Альбицкий [и др.]. // Российский педиатрический журнал. - 2014. - № 4. - С.43-48.
5. Конь И.Я. Педиатрическая диетология: основные направления и достижения / РМЖ. Педиатрия, 2013. - № 25. – С. 1209 – 1216.
6. Кучма В.Р. Совершенствование государственной системы обеспечения детей здоровым питанием /Росс. Педиатрический журнал. – 2015. - № 1. – С. 40 – 44.
7. Образ жизни и отношение к здоровью подростков с гастродуоденальной патологией / Емельянова О.Н., Левина О.А., Боровик Н.Н., Федореева Н.М. Петрова А.И. Исакова Н.В. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Приложение №40. Мат. Восемнадцатой Российской Гастроэнтерологической Недели 8-10 октября 2012 г., Москва. С.118.
8. Особенности пищевого поведения детей и подростков крупных городов / Александров А.А. и [др.] // Вопросы питания. – 2014. - №4. Режим доступа: http://vp.geotaru.ru/jarticles_diet/291.html
9. Проблемы и пути формирования здорового образа жизни населения Российской Федерации / Под ред. Т.В. Яковлевой, В.Ю. Альбицкого. – М. : ООО «М-Студио», 2011 – 216 с.
10. Рационализация питания школьников разных возрастных групп / Куликова Н.В., Самолук Н.Г., Федотов А. С., Кротенко Н.М. // Гигиена и санитария, 2013. - №2. – С. 52 – 55.
11. Руководство по школьной медицине. Клинические основы / Под ред. проф. Д.Д. Панкова, чл.-корр. РАМН, проф. А.Г. Румянцева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 640 с.
12. Формирование здорового образа жизни школьников Забайкальского края с гастродуоденальной патологией / Емельянова О.Н., Богомолова И.К., Исакова Н.В. // Забайкальский медицинский вестник. – 2014. - №2. Электронный ресурс <http://chitgma.ru/zmv2/journal/2014/2/2.pdf>

УДК 614.212-053.2

Емельянова ОН.¹, Непомнящих Л.П.², Исакова Н.В.³

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ В САНАТОРИИ «ЖЕМЧУЖИНА МОРЯ»

¹ ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

² ЗАО «Санаторий «Жемчужина моря», г. Геленжик, Россия

³ ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Санаторно-курортное лечение является одним из важнейших этапов в реабилитации детей. При использовании немедикаментозной терапии в сочетании с природными факторами у детей отмечается стойкая ремиссия хронических заболеваний, улучшение параметров физической работоспособности, функции внешнего дыхания [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Особое значение имеют детские санатории, расположенные на Черноморском побережье, что определяется благоприятными природно-климатическими условиями.

Санаторий «Жемчужина моря» является одной из крупных здравниц Черноморского побережья. Он расположен в центральной части поселка Кабардинка, рядом с берегом моря. Санаторий основан в 1927 году на месте графской усадьбы. Корпуса санатория находятся в парковой зоне среди вечнозеленых хвойных деревьев и кустарников. Санаторий «Жемчужина моря» принимает на отдых и лечение взрослых и родителей с детьми любого возраста. Для школьников в летнее время функционирует оздоровительный лагерь. Медицинская база санатория состоит из двух лечебных корпусов, медпункта с изолятором и водолечебницы.

Целью нашего исследования являлось обобщение результатов работы санатория за 2012-16 годы.

Материалы и методы: Проанализированы данные детей, прошедших оздоровление в санатории «Жемчужина моря» по сведениям медицинской отчетной документации за 2012-2016 год. Статистический анализ данных проводился с помощью определения экстенсивных показателей.

Результаты и их обсуждение

Общие результаты работы санатория за 5 лет отражены на рисунке 1. В 2012 году всего в учреждении оздоровлено 3089 детей, в 2013 году – 3060, в 2014 году – 3418. В 2015 году получило восстановительное лечение 4290 пациентов, в 2016 году – 4056. Всего получило реабилитацию за 5 лет 17913 детей, из них 11640 человек (65%) - в летнем оздоровительном лагере, а 6273 (35%) - в круглогодичном санатории. В течение 5 лет отмечается увеличение числа пациентов. В 2012 отмечалось уменьшение числа детей, оздоровленных в круглогодичном санатории.

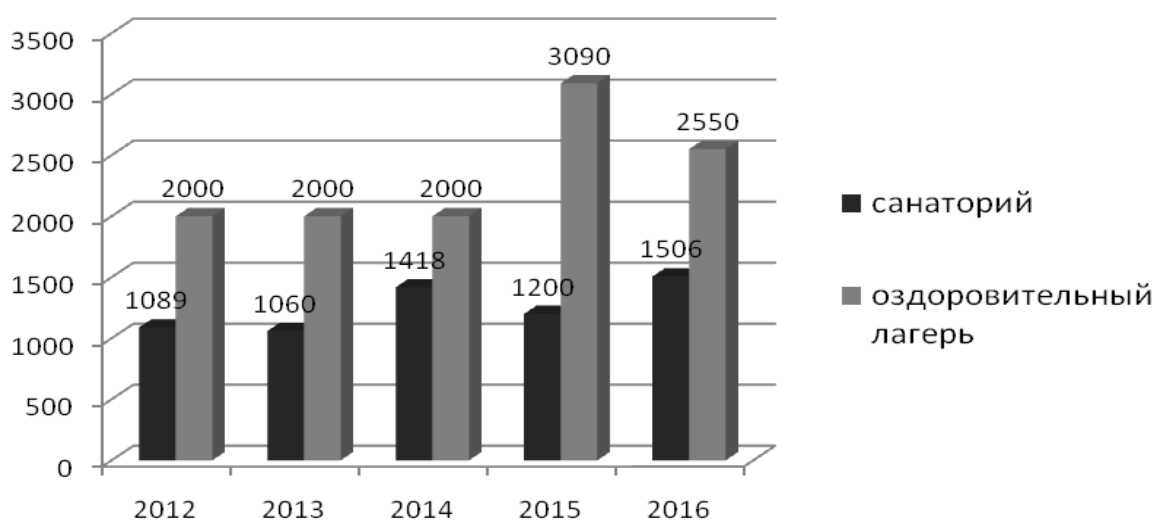


Рисунок 1. количество оздоровленных детей в санатории за период 2012-2016 годы.

Возрастно-половая структура пациентов представлена в таблице 1. Более половины оздоравливаемых детей – младшие школьники (54,1%), 40,5% - старшие школьники. Дети дошкольного возраста оздоравливались значительно реже (5,4%). Девочки лечились чуть чаще (50,3%), чем мальчики (49,7%).

Таблица 1

Возрастно-половая структура пациентов за период 2012- 2016 г.

Возраст	Всего детей		Мальчики		Девочки	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Дошкольники	967	5,4	454	5,1	513	5,7
Младшие школьники	9696	54,1	5928	66,6	3768	41,8
Старшие школьники	7250	40,5	2520	28,3	4730	52,5
Всего	17913	100	8902	49,7	9011	50,3

Структура патологии детей, находившихся на оздоровлении в санатории и летнем оздоровительном лагере за период 2012-2016 год, представлена на рисунке 2. За данный период времени санаторий посещали здоровые и больные дети (14,1% и 85,9% соответственно). В структуре патологии на 1-м месте отмечались заболевания нервной системы (27,1%), на 2-м месте – заболевания опорно – двигательного аппарата (20,7%), на 3-м месте – заболевания органов дыхания (16,5%), что обусловлено профилем санатория. Реже у пациентов отмечались болезни пищеварительной системы (6,9%), заболевания органов чувств (6,5%), болезни сердечно – сосудистой системы (5,8%) и патология мочевыделительной системы (2,4%).

Заболевания органов дыхания в структуре патологии оздоравливаемых детей преобладали в 2012 году (37,7%), затем 2013, 2014 и 2016 году их число значительно уменьшилось (соответственно 8,1%; 4,9%; 7,0%), а в 2016 году вновь увеличилось до 26,5%. Заболевания органов дыхания представлены рецидивирующим ринофарингитом (часто болеющие дети), бронхиальной астмой, рецидивирующим бронхитом.

Патология опорно-двигательного аппарата в 2012 года составляла 8,4% в структуре заболеваний, затем в 2013 году ее удельный вес увеличился до 27,9%, в 2014 году вновь уменьшился до 14,4%. В 2015 и 2016 годах доля этой патологии составила $\frac{1}{4}$ (соответственно 25,4% и 25%). Нозологические формы представлены сколиозами, нарушениями осанки, артритами, плоскостопием.

Заболевания нервной системы в 2012 году отмечались у 18,7% пациентов, затем их удельный вес увеличивался (2013 год – 24,1%, 2014 год – 22,8%, 2015 год – 32,1%, 2016 год – 34,3%). Данная патология представлена детским церебральным параличом, минимальной мозговой дисфункцией, резидуальной энцефалопатией, дорсопатией шейного отдела позвоночника.

Патология пищеварительной системы наблюдалась реже (2012 год - 3,5% детей, 2013 год – 4,7%, 2014 год – 3,2%). В 2015 году удельный вес увеличился до 17,6%, а в 2016 году вновь уменьшился до 2,9%. Структура заболеваний включала в себя хронический гастрит, дисфункции билиарного тракта, врожденные аномалии развития кишечника, желчекаменную болезнь.

Болезни органов чувств отмечались в 2012 и 2013 году редко (соответственно 3,8% и 4,7%), в 2014 году частота увеличилась до 18,6%, в 2015 и 2016 году вновь уменьшилась (2015 год – 3,5%, 2016 год – 3,1%). Нозологические формы представлены миопией, нейросенсорной тугоухостью.

Заболевания сердечно-сосудистой системы в 2012 году составили 3,7%. В 2013 году удельный вес увеличился до 18,2%, а затем уменьшился (2014 год – 2,9%, 2015 год – 3,4%, 2016 год – 2,9%). Структура патологии включала в себя врожденные пороки сердца, вегетативную дисфункцию.

Заболевания мочевыделительной системы у оздоравливаемых детей встречались редко (2012 год – 2,5%, 2013 год – 2,7%, 2014 год – 1,1%, 2015 год – 3,2%, 2016 год – 1,6%). Нозологические формы представлены в виде пиелонефрита, гломерулонефрита.

Здоровые дети в 2012 году составляли 21,6%, в 2013 году их число уменьшилось до 9,4%, в 2014 году – увеличилось до 31,8%. В дальнейшем их число уменьшалось (2015 год - 7,8%, 2016 год – 3,7%).

Для оздоровления детей использовались различные методы лечения: аппаратная физиотерапия; ингаляционная терапия; бальнеотерапия – использование воды (пресной, морской, минеральной), ванны (йодо-бромные, морские, хвойные, сухие углекислые), души (циркулярный, дождевой, Шарко, восходящий, подводный); пеллоидтерапия – грязь иловая, кизилташского месторождения, слабосульфидная в форме аппликаций, грязеразводных ванн, местные и общие обертывания, гальваногрязь с учетом температурных режимов. Применялся массаж лечебный, классический, точечный, вакуумный, прессотерапия,

подводный, вибромассаж. Лечебная физкультура индивидуальная и групповая, терренкур, скандинавская ходьба, йога, тренажерный зал.

Немаловажное значение для оздоровления детей имеет климатотерапия – использование метеорологических факторов, климатических и погодных условий данной местности (Черноморское побережье Кавказа), а также возможность применения в данной климатической среде и специальных дозируемых воздействий: аэротерапия (лечение воздухом), гелиотерапия (лечение солнцем), талассотерапия (лечение морем).

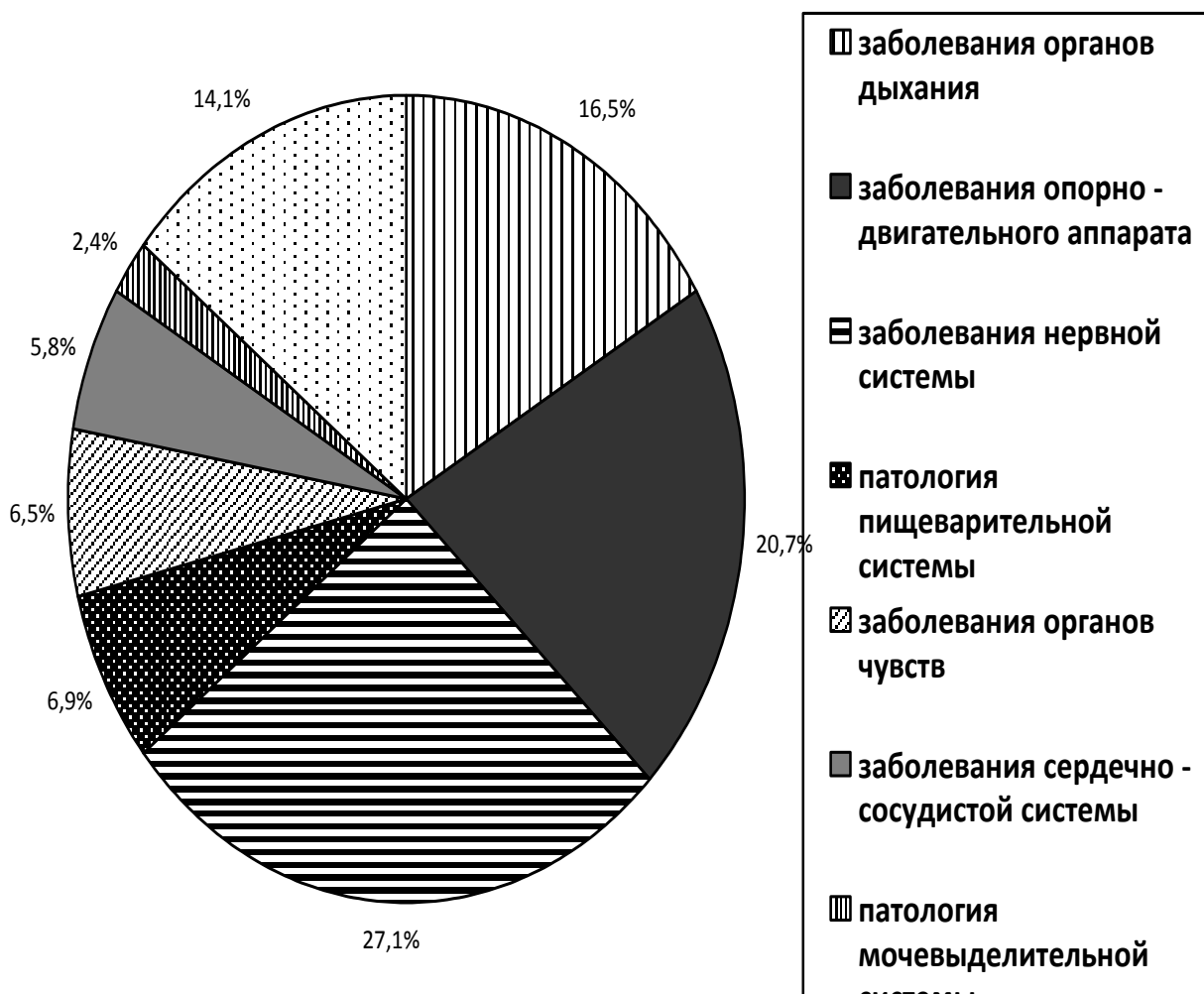


Рисунок 2. Структура заболеваний детей, находившихся на оздоровлении в санатории «Жемчужина моря» за 2012-2016 год.

Заболевания мочевогоделительной системы у оздоравливаемых детей встречались редко (2012 год – 2,5%, 2013 год – 2,7%, 2014 год – 1,1%, 2015 год – 3,2%, 2016 год – 1,6%). Нозологические формы представлены в виде пиелонефрита, гломерулонефрита.

Здоровые дети в 2012 году составляли 21,6%, в 2013 году их число уменьшилось до 9,4%, в 2014 году – увеличилось до 31,8%. В дальнейшем их число уменьшалось (2015 год – 7,8%, 2016 год – 3,7%).

Для оздоровления детей использовались различные методы лечения: аппаратная физиотерапия; ингаляционная терапия; бальнеотерапия – использование воды (пресной, морской, минеральной), ванны (йодо-бромные, морские, хвойные, сухие углекислые), души (циркулярный, дождевой, Шарко, восходящий, подводный); пеллоидтерапия – грязь иловая,

кизилташского месторождения, слабосульфидная в форме аппликаций, грязеразводных ванн, местные и общие обертывания, гальваногрязь с учетом температурных режимов. Применялся массаж лечебный, классический, точечный, вакуумный, прессотерапия, подводный, вибромассаж. Лечебная физкультура индивидуальная и групповая, терренкур, скандинавская ходьба, йога, тренажерный зал.

Немаловажное значение для оздоровления детей имеет климатотерапия – использование метеорологических факторов, климатических и погодных условий данной местности (Черноморское побережье Кавказа), а также возможность применения в данной климатической среде и специальных дозируемых воздействий: аэротерапия (лечение воздухом), гелиотерапия (лечение солнцем), талассотерапия (лечение морем).

Все дети имели возможность посетить питьевой бювет, где им были предложены: минеральная вода «Геленджикская 117» – столовая слабоминерализованная, слабощелочная, с повышенным содержанием фтора, фиточаи в ассортименте, кислородный коктейль.

В летнем оздоровительном лагере пациентам применяли аэротерапию, гелиотерапию, талассотерапию, минеральную воду «Геленджикская 117», фиточаи в ассортименте, кислородный коктейль.

После курса лечения у пациентов наблюдалась положительная динамика по клинической симптоматике, показателям функции внешнего дыхания (пикфлоуметрия), трофологического статуса (индекс массы тела), физической работоспособности (динамометрия), вегетативному статусу (артериальное давление, ЧСС, индекс Кердо).

Заключение. За период 2012-2016г.г. в санатории «Жемчужина моря» отмечалось увеличение числа оздоровленных детей. Курс восстановительного лечения прошли пациенты преимущественно школьного возраста с патологией нервной, опорно-двигательной и дыхательной систем, что определялось профилем учреждения. Для улучшения состояния здоровья детей применялось комплексное использование факторов климатолечения, лечебной физкультуры, физиотерапии. С целью оздоровления детей возможно успешное применение санаториев Черноморского побережья, в частности – «Жемчужины моря».

Список литературы:

1. Бабина Л.М. Перспективные направления в организации санаторно-курортной помощи детям и подросткам / Л.М. Бабина [и др.] // Курортная медицина. – 2013. - № 3. – С. 84 – 86.
2. Валеева Ж.А. Оценка эффективности комплексной реабилитации детей с хроническим гастродуоденитом в условиях местного муниципального санатория по данным фиброгастродуоденоскопии / Ж.А. Валеева, Л.В. Яковлева, В.У. Сатаев // Медицинский альманах. – 2010. - № 2. – С. 124 – 127.
3. Маргазин В.А. Влияние комплексной физической реабилитации на показатели функциональных резервов системы дыхания и физического развития у детей младшего и среднего школьного возраста в период пребывания в специализированном загородном санатории / В.А. Маргазин, И.Е. Никитина, Е.И. Бычкова // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2011. - №12. – С. 40 – 45.
4. Маргазин В.А. Динамика состояния физической работоспособности и силовой выносливости у детей среднего школьного возраста в условиях санаторного этапа реабилитации / В.А. Маргазин [и др.] // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2012. - № 9. – С. 35 – 39.
5. Маргазин В.А. Состояние физической работоспособности и функциональных резервов дыхания у детей младшего и среднего школьного возраста в процессе комплексной реабилитации в условиях загородного санатория / В.А. Маргазин [и др.] // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2013. – Т. 18, № 1. – С. 46 – 48.

6. Платонов А.В. Тонус вегетативной нервной системы как один из показателей адаптации обучающихся / А.В. Платонов, М.С. Кондаева // Физическая культура, спорт и здоровье. – 2015. - № 26. – С. 94 – 98.

УДК 613.954

**Емельянова О.Н.¹, Пискунова О.Г.², Антонова О.Б.², Лиханова О.В.¹,
Лхасаранова Л.В.¹**

К ПРОБЛЕМЕ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

¹ ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

² ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», г. Чита, Россия

Рациональное питание принадлежит к числу факторов, играющих ключевую роль в поддержании здоровья детей и подростков, их высокой работоспособности и устойчивости к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов [1, 2, 3, 4, 5, 7].

Немалое место в педиатрической диетологии занимает проблема питания дошкольников. К числу наиболее значимых отклонений в состоянии питания дошкольников относится избыточное потребление насыщенных жирных кислот, сниженное потребление ω -3 ПНЖК, избыточное потребление соли, специй, сахара [3, 6, 8].

Эти нарушения обусловлены неоптимальным построением рационов фактического питания, характеризующихся избыточным потреблением жирного мяса, продуктов фаст-фуд (чипсы, сухарики), колбасных изделий, продуктов и блюд, содержащих значительное количество соли, сладких безалкогольных напитков, кондитерских изделий [3, 6, 8].

В дошкольном возрасте дети переходят на обычную пищу, как в семье, так и в организованных коллективах. Однако с учетом недостаточной зрелости пищеварительной системы детей этого возраста необходимо ограничивать потребление острых, соленых продуктов, исключить жареные блюда.

Принципами питания детей дошкольного возраста являются следующие:

- 1) Адекватная энергетическая ценность рационов, соответствующая энергозатратам детей;
- 2) Сбалансированность рациона по всем заменимым и незаменимым пищевым факторам, включая белки и аминокислоты, жиры, углеводы, витамины, минеральные соли и микроэлементы.
- 3) Достаточное содержание в рационах питания минорных и биологически активных соединений (флавоноидов, L-карнитина, холина и т.д.);
- 4) Максимальное разнообразие рациона.
- 5) Оптимальный режим питания
- 6) Адекватная технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, обеспечивающая их высокие вкусовые достоинства и сохранность исходной пищевой ценности
- 7) Учет индивидуальных особенностей детей (непереносимость ими отдельных продуктов)
- 8) Обеспечение санитарно – гигиенической безопасности питания, включая соблюдение всех санитарных требований к состоянию пищеблока, поставляемым продуктам питания, их транспортировке, хранению, приготовлению и раздаче блюд.

В соответствии с этими принципами рацион питания дошкольников должен включать все основные группы продуктов, а именно: мясо и мясопродукты, рыбу и рыбопродукты, молоко и молочные продукты, яйца, пищевые жиры, овощи и фрукты, хлеб и хлебобулочные изделия, крупы, макаронные изделия, бобовые, кондитерские изделия [1, 3, 4].

В случае посещения детьми детских дошкольных учреждений основную часть суточного рациона питания дети получают в них. Однако именно пищевые привычки в семье определяют особенности пищевого поведения ребенка в будущем.

Целью нашего исследования явилось изучение фактического питания в семье детей дошкольного возраста, проживающих в железнодорожном районе г. Читы.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 92 родителей детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения Железнодорожного района г. Читы. Критерии включения: согласие родителей, возраст ребенка, отсутствие пищевой аллергии. Респонденты были разделены на 2 группы: 1 группа – родители с высшим образованием (49 человек), 2 группа – родители со средним и среднеспециальным образованием (43 человека). Возраст детей составил 3-4 года в обеих группах. 42,4% обследуемых имели одного ребенка в семье, 43,5% - двоих детей, 14,1% - троих детей (различий в группах не было).

Анкета включала в себя вопросы по фактическому питанию детей в семье. Статистический анализ данных проводился с помощью определения экстенсивных показателей. Достоверность различий определяли по критерию χ^2 Пирсона.

Результаты и их обсуждение. При сравнении результатов ответов на вопросы в группах анкетированных родителей достоверных различий в ответах на вопросы не выявлено. В связи с этим мы представили обобщенные данные.

При определении мнения родителей о том, правильно ли они кормят своих детей, выявлено, что большинство (80,4%) думают, что с питанием их ребенка все в порядке. Лишь 1/5 (19,6%) признают, что ребенок питается неправильно.

Только 1/3 родителей (32,6%) соблюдают режим питания ребенка в определенные часы. Более половины (59,8%) отмечают, что кормят детей беспорядочно, когда они попросят. 7 респондентов (большинство из группы со средним образованием) признали, что их дети часто «едят всухомятку» самостоятельно.

Таблица 1.

Употребление мяса, рыбы и морепродуктов дошкольниками

Частота употребления продуктов питания	Абс.	%
<i>Употребление мяса</i>		
Ежедневное	51	55,4
1-2 раза в неделю	26	28,3
1 раз в месяц	7	7,6
Не употребляют мясо	8	8,7
<i>Употребление рыбы и морепродуктов</i>		
2-3 раза в неделю	17	18,5
1 раз в неделю	45	48,9
1 раз в месяц	24	26,0
Не употребляют рыбу и морепродукты	6	6,6

У более половины детей (55,4%) практически ежедневно в рационе имеется мясо, более ¼ (28,3%) мясо употребляют 1-2 раза в неделю (таблица 1). В семьях 7 респондентов (7,6%) дети едят мясо 1 раз в месяц, а у 8 респондентов (8,7%) – вообще не едят.

Рыбу и морепродукты готовят для своих детей 2-3 раза в неделю 1/5 родителей (18,5%), 1 раз в неделю - половина респондентов (48,9%). ¼ детей (26%) едят рыбу 1 раз в месяц, а в семьях 6 опрошенных человек эти продукты в пищу не используют (таблица 1).

Ежедневно пьют молоко, и молочнокислые продукты, едят творог более половины детей (56,5%), 3-4 раза в неделю – 1/5 (20,6%). Лишь 17,4% респондентов указали, что используют молочные продукты в питании детей 1-2 раза в неделю (таблица 2).

Каждый день едят свежие фрукты и овощи более половины детей (60,9%), 3-4 раза в неделю – 1/5 (20,6%), 1-2 раза в неделю 17,4% (таблица 2).

Более 1/5 опрошенных (22,8%) отметили, что готовят своим детям жирную, жареную пищу, используют копчености, маринады 3-4 раза в неделю, половина (50%) – 1-2 раза в неделю. 4 респондента признали, что такую пищу готовят постоянно. ¼ респондентов так своих детей не кормит.

¼ детей ежедневно получают конфеты, печенье, вафли, 41,3% - через день, 1/3 (35,9%) – 1-2 раза в неделю. 7 человек дают своим детям сладости 1 раз в месяц.

Таблица 2.

Употребление молока, молочных продуктов, свежих фруктов и овощей дошкольниками

Частота употребления продуктов питания	Абс.	%
<i>Употребление молока и молочных продуктов</i>		
Ежедневное	52	56,5
1-2 раза в неделю	19	20,6
3-4 раза в неделю	15	16,3
1 раз в месяц	2	2,3
Не употребляют молока и молочных продуктов	4	4,3
<i>Употребление свежих фруктов и овощей</i>		
Ежедневное	56	60,9
1-2 раза в неделю	19	20,6
3-4 раза в неделю	16	17,4
1 раз в месяц и реже	1	1,1

2/3 респондентов (71,7%) признали, что иногда добавляют в пищу детям майонез и кетчуп, 4 человек используют их постоянно (таблица 3). ¼ опрошенных не применяют данные соусы в детском питании.

Таблица 3.

«Вредные продукты» в питании дошкольников

Частота употребления продуктов питания	Абс.	%
<i>Употребление чипсов, киришечек и т.д.</i>		
Ежедневное	5	5,4
1-2 раза в неделю	20	21,7
1 раз в месяц	41	44,5
Не употребляют	26	28,3
<i>Употребление сладких газированных напитков</i>		
Ежедневное	1	1,1
1-2 раза в неделю	20	21,8
1 раз в месяц	36	39,1
Не употребляют	35	38,0
<i>Употребление фаст - фудов</i>		
Ежедневное	2	2,4
1-2 раза в неделю	7	7,6
1 раз в месяц	27	29,3
Не употребляют	56	60,7
<i>Употребление майонеза, кетчупа</i>		
Постоянно (3-4 раза в неделю)	4	4,4
Иногда (1-2 раза в месяц)	66	71,7

Не употребляют	22	23,9
----------------	----	------

1/5 детей (21,7%) едят чипсы, сухарики, заваривающуюся лапшу 1-2 раза в неделю, 5 детей – ежедневно, 44,5% - 1 раз в месяц, более ¼ (28,3%) родителей для детей их вообще не покупают (таблица 3).

Сладкие газированные напитки 1-2 раза в неделю пьют 1/5 детей (21,8%), 1 раз в месяц – более 1/3 (39,1%). 1 ребенок пьет их постоянно. Более 1/3 опрошенных (38%) не дают детям эти напитки (таблица 3).

Почти 1/3 (29,3%) покупают своим детям «фаст – фуды» (гамбургеры, картофель – фри и т.д.) 1 раз в месяц, 7 человек – 1-2 раза в неделю, 2 опрошенных - ежедневно (таблица 3). Более половины (60,7%) фаст – фуды в питании детей не используют.

Ежедневно покупные полуфабрикаты готовят детям всего 5 опрошенных, 1-2 раза в неделю – 1/5 респондентов (20,6%), 1 раз в месяц 43,5%. 1/3 (30,4%) родителей вообще эти продукты не покупают.

Таким образом, при изучении фактического питания в семье у части детей дошкольного возраста выявлены такие проблемы, как нарушение режима питания, недостаточное употребление мяса, рыбы и морепродуктов, фруктов и овощей, молочных продуктов. Кроме того, у детей дошкольного возраста формируются неправильные пищевые привычки: избыточное использование сладостей, применение фаст – фудов, покупных полуфабрикатов, жирной, жареной пищи, копченостей, маринадов, майонеза, кутчура. Это приводит к риску формирования алиментарно – зависимых заболеваний, прежде всего эндокринной системы и желудочно – кишечного тракта.

При этом большинство родителей не осознают опасность такого питания детей и считают, что у них все в порядке с пищевыми привычками в семье. Общеобразовательный уровень родителей не влияет на их представление о питании детей. Вышесказанное обуславливает необходимость просветительской работы с родителями о правильном питании детей дошкольного возраста.

Список литературы:

1. Детское питание: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Тутельяна, И.А. Коля. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013. – 744 с.
2. Диетология. 4-е изд. / Под ред. А.Ю. Барановского. – СПб.: Питер, 2012. – 1024 с.
3. Конь И.Я. Педиатрическая диетология: основные направления и достижения / РМЖ. Педиатрия, 2013. - № 25. – С. 1209 – 1216.
4. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков : учебник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -480 с.
5. Кучма В.Р. Совершенствование государственной системы обеспечения детей здоровым питанием /Росс. Педиатрический журнал. – 2015. - № 1. – С. 40 – 44.
6. Ошкина А.А. Формирование у дошкольников представлений о рациональном питании как элементе здорового образа жизни // Детский сад. – 2014. - №8. – С. 28-35.
7. Проблемы и пути формирования здорового образа жизни населения Российской Федерации / Под ред. Т.В. Яковлевой, В.Ю. Альбицкого. – М. : ООО «М-Студио», 2011 – 216 с.
8. Тапешкина Н.В. Особенности структуры питания дошкольников в выходные дни (краткое сообщение) // Вопросы питания. – 2014. - №2. – С. 64-67.

УДК 372.366

Золотухина Т.С., Стебенькова В.М.

В БУДУЩЕЕ С ЗАБОТОЙ О ЗДОРОВЬЕ КАЖДОГО РЕБЕНКА

МБДОУ «Детский сад №73», г.Чита, Россия

Здоровье детей в любом обществе, в любых экономических и политических условиях является актуальной проблемой и предметом первоочередной важности, так как этот фактор в значительной степени определяет будущее страны. Наша статья посвящена проблеме культуры питания дошкольников, ведь во многом здоровье человека определяется качеством его питания в детском возрасте. Мы пытаемся доказать, что, несмотря на то, что питание в дошкольных учреждениях сбалансировано и рекомендовано Роспотребнадзором (разработано 10-дневное меню), немаловажную роль для здоровья ребенка дошкольного возраста играет система работы всего педагогического коллектива.

Известно, что дошкольный возраст сопровождается интенсивным ростом организма, бурным течением обменных процессов, развитием и совершенствованием функций многих органов и систем, что требует достаточного поступления качественных пищевых веществ. Кроме того, модель пищевого поведения также формируется в дошкольном возрасте. Изучением особенностей питания дошкольников занимались В.А. Квитковская, О.А. Маталыгина, Н.Ю. Минина, Н.А. Сташевская и др. Вопросы организации рационального и сбалансированного питания детей в ДОУ рассматривались в работах А.С.Алексеевой, В.Г. Алямовской, И.Я. Конь, М.В. Лещенко и др. Под культурой питания мы, согласно А.И. Пальцеву, понимаем сознательно грамотно организованное удовлетворение пищевых потребностей.

Система работы педагогов нашего учреждения предполагает применение различных форм и методов организации культуры питания. Основной формой работы является непосредственная образовательная деятельность, игры, досуги, развлечения. Поставленные задачи реализуются через свободную игровую деятельность и специальные познавательные игры, игры-занятия, развлечения, викторины и т.д. В детском саду систематически проводится практическая образовательная деятельность на темы воспитания у детей культуры питания и значимости его для здоровья человека: дети учатся правильно и красиво сервировать стол, правильно сидеть за столом, пользоваться столовыми приборами и принадлежностями. Закрепляется это с помощью дидактических, настольных и сюжетно-ролевых игр, созданных специальных ситуаций, а так же на занятиях с логопедами, воспитателем ИЗО.

В организации детской деятельности согласно федеральному государственному образовательному стандарту дошкольного образования большое внимание уделяется игровым приемам. В гости к детям приходят герои знаменитых сказок, рассказов, мультфильмов – Карлсон, Айболит, Зоревейка, Нехочуха и др. Эти персонажи обращаются к ребятам за помощью или просят научить тому, чего не знают, не умеют. Игровые упражнения связаны с выполнением ребенком тех или иных правил здорового питания. В практике широко используются кулинарные и сенсорные игры: «Приготовь овощной или фруктовый салат», «Варим компот», «Угадай по вкусу», «Угадай по запаху». Эти игры знакомят детей с процессом приготовления блюд, помогают оценить полезность продукта, вызывают вкусовой интерес к блюдам. Проводятся занимательные конкурсы: КВН, «Что, где, когда», «Овощная олимпиада», «Бутербродная страна», «Самая обычная каша», «Витаминка», где детям предлагается украсить свое блюдо фруктами и овощами; детско-родительские проекты «Вкусные истории», в которых отражены первые литературные шаги дошкольников по сочинению интересных историй о продуктах (рекламируют полезные и важные продукты, делают красочные зарисовки, описывая внешний вид, вкусовые качества). В процессе экспериментальной деятельности воспитатели с детьми изготавливают сок из фруктов, творог из кефира. Важным методом в формировании основ культуры питания

является чтение художественной литературы, которое помогает обогатить словарный запас детей, приобщить к фольклору, учит детей быть вежливыми, гостеприимными, воспитывает культуру поведения за столом и формирует культурно-гигиенические навыки, развивает кругозор.

В группах создаются лэпбуки, куда совместно с воспитателем дети подбирают и классифицируют то, что приносит их организму пользу. Необходимо отметить, что здесь нет деления на «полезные» и «вредные» продукты, что довольно часто встречается. Нет вредных продуктов – есть вредные рационы. Мы учим детей делить продукты и блюда по трем «столам» - «зеленому», «желтому» и «красному». К «зеленому» относят те продукты, которые можно и нужно есть каждый день. Это молоко и молочные продукты, овощи и фрукты, мясо, рыба, хлеб. На «желтом» столе оказывается то, что можно есть понемногу каждый день или несколько раз в неделю – сливочное и растительное масло, яйцо, сосиски, сметана. На «красном столе» - продукты, которые следует есть нечасто и в небольших количествах: сладости, кондитерские изделия, газированные напитки, копчености и т.д.

Проведенное анкетирование родителей «О правильном питании детей» показало, что многие из взрослых недостаточно хорошо владеют знаниями в области культуры питания. Некоторые не имеют ни малейшего представления о диетическом, детском питании, поэтому фельдшером учреждения запланированы и регулярно проводятся информационные сообщения: «Здоровое питание больных аллергией», «Витамины в рационе вашего ребенка», «Организация (правильного) питания будущих школьников» и др. Во время проведения родительских собраний организуется просмотр обучающих фильмов, слайдов. Данные мероприятия (выставки, викторины, конкурсы) дают возможность родителям размышлять о роли пищевых веществ для нормальной работы и развития детского организма, о полезности различных продуктов и блюд. В результате родители более осведомлены о системе здоровьесберегающей работы в детском саду, стали активно включаться в планирование и организацию мероприятий, направленных на поддержание здоровья.

С педагогами проводятся педсоветы, круглые столы на темы «Как сохранить здоровье ребенка», «Современные здоровьесберегающие технологии в дошкольном учреждении», разработана программа «Здоровый малыш», курс игровых занятий по темам разделов «Разнообразие питания» и «Этикет». В результате реализации данных мероприятий у детей формируется осознанное отношение к своему здоровью, к специфическим материалам, направленным на поддержание здоровья. Результаты апробации разработанных и проведенных мероприятий по формированию у дошкольников культуры здорового питания свидетельствуют о положительных результатах: у детей значительно усовершенствовались навыки сервировки стола к чаю. До внедрения комплекса мероприятий данные навыки были сформированы только у 35% дошкольников, через полгода результаты улучшились до 75%. Закрепились умения сохранять правильную осанку во время еды: с 60 до 90%, использование при питании салфетки, умение пользоваться вилкой также получило перспективное развитие: с 25 до 100 %. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о результативности предложенного комплекса мероприятий по формированию у дошкольников знаний и навыков по культуре питания. Система педагогических форм, методов и приемов поможет сохранить здоровье наших детей, а это будущее страны.

УДК 613.22

Игнатьева А.В., Сибира О.Ф., Слепнева У.А., Григорьева О.О.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПИТАНИЕ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Здоровье детей в значительной степени зависит от пищевого статуса. Любое отклонение от формулы сбалансированного питания приводит к нарушению функций организма, особенно если эти отклонения длительны. Рациональное питание, как основополагающий элемент здорового образа жизни, играет очень важную роль в формировании растущего организма школьника. Рацион питания школьника должен быть адекватен энергозатратам ребёнка. Правильная организация питания обеспечивает организм детей всеми ресурсами не только для роста и развития, но и для возрастающих нагрузок в школе.

Цель исследования: Оценить характер питания и его влияние на состав тела школьников в современных условиях.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы». В исследование включены 38 школьников, средний возраст которых составил $12,16 \pm 0,48$ лет, из них мальчиков 20 (53%), девочек 18 (47%). Для оценки питания использовали анкетно-опросный метод. Нутритивный статус изучали с помощью контактного измерения пассивных электрических свойств организма методом биоимпедансметрии на аппарате «МЕДАСС» с оценкой Фазового Угла (ФУ). ФУ - количественный показатель физической активности, а также состояния и работоспособности мышечной ткани. Из показателей биоимпедансметрии оценивали показатели: жировой массы (ЖМ), скелетно-мышечной массы (СММ), удельного общего обмена (УОО). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы STATISTICA 6.0. При нормальном распределении рядов данных количественные различия между группами выявлялись при помощи критерия Стьюдента, качественные при помощи критерия хи-квадрат.

Результаты: По результатам биоимпедансного анализа школьники были разделены на 3 группы: 1 группа 18 детей с индексом массы тела (ИМТ) $18,35 \pm 1,44$ – вариант нормы; 2 группа 13 детей с ИМТ $22,32 \pm 0,76$ – выше нормы; 3 группа 7 школьников с ИМТ $15,87 \pm 0,45$ – ниже нормы. При этом показатели ИМТ в первой группе среди мальчиков составил $46,92 \pm 16,15$, среди девочек $43,14 \pm 8,97$. Во второй группе ИМТ среди мальчиков составляет $59,91 \pm 17,12$, а среди девочек $55,93 \pm 13,46$. В третьей группе ИМТ у мальчиков составил $35,57 \pm 12,34$, среди девочек - $36,40 \pm 5,59$. Показатели ФУ в первой группе составили $7,40 \pm 2,89^0$; во второй - $7,13 \pm 1,44^0$; в третьей - $6,95 \pm 0,54^0$, что соответствует нормальным значениям ФУ $5,4^0 - 7,8^0$ и не имеет статистической разницы между группами ($p > 0,5$).

В ходе анкетирования выявлено, что дети во всех группах в основном питаются 3-4 в день. В первой группе у 50% школьников в пище преобладают легкоусвояемые углеводы («сладкое», «булочки и конфеты»); 89% детей употребляют «сладкие и мучные продукты» и на обед, и на ужин. Только 28% школьников 1 группы на завтрак употребляют сложные углеводы («молочная каша», «горячее блюдо»), а также соблюдают режим питания и регулярно едят рыбные, мясные и кисломолочные продукты. Во второй группе у 46% школьников в рационе преобладают углеводный и жировой компоненты, 38% детей переедают в течение дня. Школьники 3 группы в 57% случаев придерживаются режима питания, не злоупотребляют легкоусвояемыми углеводами. Рацион питания детей данной группы в целом приближен к возрастной норме.

Согласно данным биоимпедансного анализа у детей второй группы в составе тела наблюдается избыток ЖМ и составляет $17,39 \pm 1,45$ кг, по сравнению с первой группой ЖМ - $7,95 \pm 3,58$ кг ($p < 0,05$). При этом во второй группе среди мальчиков ЖМ составляет $18,19 \pm 5,25$ кг ($7,87 \pm 3,25$ кг в группе нормы), у девочек $16,47 \pm 5,55$ кг (в группе нормы

8,56±4,02 кг) . В третьей группе ЖМ у мальчиков 4,50±2,34 кг и среди девочек 7,63±2,19 кг (p<0,05). Показатели СММ в первой группе среди мальчиков составили 23,39±7,72 кг, у девочек - 18,40±5,01 кг, во второй группе у мальчиков СММ - 22,60±6,54, у девочек СММ - 19,15±4,24, что статистически не отличается между собой (p>0,05). У детей третьей группы наблюдалось снижение СММ в сравнении с группой нормы среди мальчиков 18,03±8,31 кг, среди девочек 15,05±2,97 (p<0,05). Показатели и УОО не имели статистических различий между первой и третьей группами. УОО в первой группе составляет 933,56±75,32 ккал/кв.м/сут (из них у мальчиков - 943,30±81,41 ккал/кв.м/сут, у девочек - 923,00±77,16 ккал/кв.м/сут); в третьей - 929,74±15,61 ккал/кв.м/сут (у мальчиков - 940,90±38,54 ккал/кв.м/сут, у девочек 921,38±46,96 ккал/кв.м/сут). УОО во второй группе имеет более низкие показатели - 865,78±20,26 ккал/кв.м/сут (из них у мальчиков 857,77±85,42 ккал/кв.м/сут, у девочек 875,13±62,13 ккал/кв.м/сут) (p<0,05.)

Выводы: Согласно проведенному исследованию среди школьников 89% детей не соблюдают режим питания, нарушая принцип сбалансированности рациона. В группе детей с высоким ИМТ, отмечается избыток жировой массы из-за переедания школьников в течении дня и меньшие энергозатраты. У детей с низким ИМТ, наоборот наблюдается дефицит жировой массы,

из-за недостаточного поступления пищи и большой энергозатраты. УОО выше среди мальчиков с дефицитом массы тела, при этом УОО в третьей группе снижен, что говорит о низком уровне энергозатрат, как у мальчиков, так и у девочек. В третьей группе школьников дефицит ИМТ у мальчиков выявляется за счет дефицита ЖМ, а у девочек дефицит ИМТ за счет СММ.

УДК 614.71

Михайлова Л.А.¹, Алексеева О.Г.², Бурлака Н.М.², Лапа С.Э.²

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ЧИТА

¹ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

²Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Забайкальскому краю, г. Чита, Россия

Введение. Антропогенное загрязнение окружающей среды приводит к неблагоприятным сдвигам в состоянии здоровья населения, которое выражается в изменениях физиологических показателей, нарушении физического развития, возникновении заболеваний и других эффектов. Из всего комплекса экологических факторов наиболее выраженное воздействие оказывает качество атмосферного воздуха [3,4]. Опасность загрязненного воздуха обусловлена наличием разнообразных загрязняющих веществ, приводящих к комбинированному действию, возможности массированного воздействия, непосредственным проникновением загрязнителей воздуха во внутреннюю среду организма. Проблема деградации воздушного бассейна особенно актуальна для г. Чита, в связи, с чем краевой центр на протяжении последних 25 лет включается в приоритетный список городов Российской Федерации с наибольшим уровнем загрязнения атмосферного воздуха.

Климатические особенности региона в сочетании с горно-котловинным рельефом местности города способствуют застою воздуха с чрезвычайно низкой рассеивающей способностью. Частые периоды метеорологических условий, неблагоприятных для рассеивания примесей, создают высокий потенциал загрязнения воздушной среды в Чите. Для города характерны такие метеорологические факторы, как температурные инверсии, играющие важную роль в формировании застойных явлений в атмосфере, штили, слабые ветры, туманы, незначительные осадки, способствующие накоплению выбрасываемых в атмосферный воздух примесей. Согласно районированию территории страны по климатическим условиям рассеивания примесей от низких источников выбросов населенный

пункт относится к пятой зоне, имеющей высокий потенциал загрязнения атмосферы. Орографические и климатические условия местности, в которых расположен краевой центр, делают загрязнение атмосферного воздуха крайне опасным явлением для населения

Вследствие морфофункциональных особенностей растущего организма дети являются одной из наиболее чувствительных к воздействию негативных антропогенных факторов окружающей среды категорий. Поэтому состояние здоровья детского населения часто рассматривается как один из наиболее достоверных индикаторов степени загрязнения окружающей среды [1]. Таким образом, исследования, посвященные изучению влияния деградации атмосферного воздуха на детскую популяцию, являются чрезвычайно актуальными.

Цель работы. Анализ уровня загрязнения воздушного бассейна и влияния атмосферных загрязнителей на состояние здоровья детского населения г. Чита.

Методы исследования. Качество атмосферного воздуха оценивалось по результатам лабораторных исследований проб воздуха, проводимых специализированной организацией ФГБУ «Забайкальское управление по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды» за 2015 г. На территории города регулярные наблюдения за состоянием атмосферного воздуха проводятся в 3-х административных районах (Центральном, Ингодинском, Железнодорожном) на пяти стационарных станциях наблюдения (рис. 1).

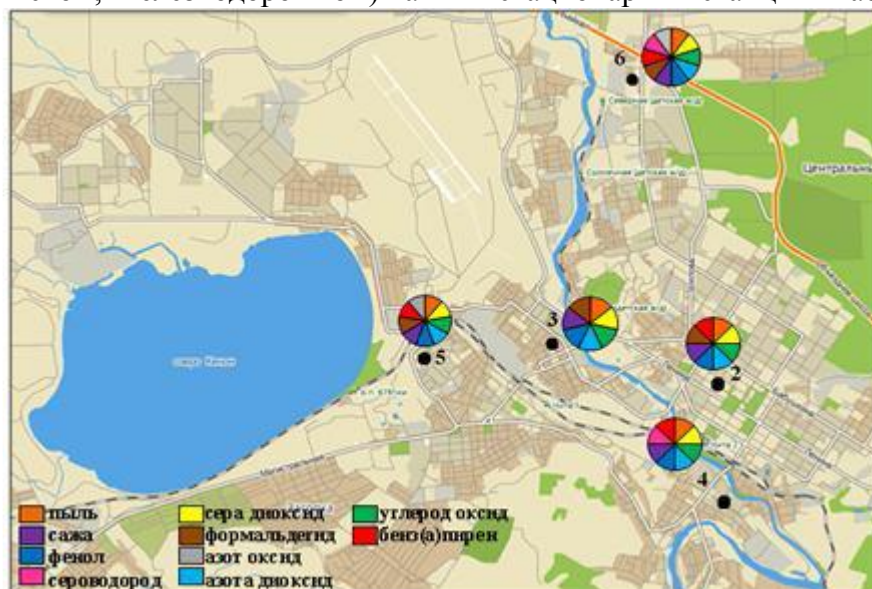


Рис. 1. Схема расположения стационарных станций наблюдения за качеством атмосферного воздуха и перечень исследуемых показателей в г. Чите в 2015 г.: №2 – ул. Чкалова, д. 148; №3 – ул. Набережная, д. 66; АСК-А3 №4 – ул. Лазо, д. 30; №5 – пер. Октябрьский, д. 9; АСК-А№6 – ул. Красной Звезды, д. 75

Степень загрязнения атмосферы комплексом вредных примесей оценивалась по суммарному показателю загрязнения, учитывающему класс опасности загрязнителей и эффект суммации ($K_{\text{сум}}$). Из числа вредных (загрязняющих) веществ, в пробах воздуха оценивалось содержание: пыли (взвешенных частиц), диоксида серы, оксида углерода, диоксида азота, сажи, фенола, формальдегида, бенз(а)пирена, сероводорода и оксида азота. $K_{\text{сум}}$ рассчитан в соответствии с МР от 26.02.1996 г. № 01-19/17-17 «Комплексное определение антропогенной нагрузки на водные объекты, почву, атмосферный воздух в районах селитебного освоения». Критерии оценки степени суммарного загрязнения: умеренное – от 2,5 до 4,0, высокое – от 4,1 до 8,0, очень высокое – от 8,1 до 16.

С целью определения влияния загрязняющих атмосферный воздух веществ на состояние здоровья были рассчитаны риски развития неканцерогенных эффектов у детского (0-6 лет) населения г. Читы, в соответствии с Р 2.1.10.1920- 04 «Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду» [2]. За основу был принят сценарий жилой зоны, при котором рассматривалось хроническое (пожизненное) воздействие.

В связи с тем, что для оценки хронического ингаляционного воздействия на здоровье населения приемлемы данные стационарных и маршрутных постов наблюдения за качеством атмосферного воздуха с числом исследований не менее 200 среднесуточных проб в год по полной программе наблюдений, расчет рисков осуществлялся на основе результатов исследования проб атмосферного воздуха, отобранных на двух станциях: АСК-А №4 (ул. Лазо, д. 30) и АСК-А №6 (ул. Красной Звезды, д. 75).

Характеристика риска развития неканцерогенных эффектов при комбинированном воздействии химических соединений проводилась на основе расчета индекса опасности (НИ), с учетом критических органов/систем, т.к. при воздействии компонентов смеси на одни и те же органы или системы организма наиболее вероятным типом их комбинированного действия является суммация (аддитивность). Суммарный индекс опасности, характеризующий допустимое поступление, не должен превышать единицу.

$$NI = \sum HQ_i,$$

где HQ_i – коэффициент опасности для отдельных веществ.

$$HQ_i = AC / RfC,$$

где AC – средняя концентрация (mg/m^3); RfC - референтная концентрация (mg/m^3).

Если рассчитанный коэффициент опасности вещества не превышает единицу, то вероятность развития у человека вредных эффектов при ежедневном поступлении вещества в течение жизни незначительна и такое воздействие характеризуется как допустимое. Если $HQ > 1$, то вероятность возникновения вредных эффектов у человека возрастает пропорционально увеличению HQ , однако точно указать величину этой вероятности невозможно.

Оценка неканцерогенного риска базировалась на значениях среднегодовых концентраций приоритетных вредных (загрязняющих) веществ в атмосферном воздухе г. Читы в 2015 г. таких, как пыль (взвешенные частицы), оксид углерода, диоксид серы, диоксид азота, бенз(а)пирен, фенол, сажа и формальдегид.

Для анализа впервые выявленной заболеваемости использовались данные государственной статистической отчетности формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации». Статистическая обработка результатов осуществлялась при помощи пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты и их обсуждение. В ходе наблюдения установлено, что в 2015 г. качество атмосферного воздуха не соответствовало гигиеническим нормативам по уровню содержания пыли (взвешенных частиц), диоксида азота, фенола, сажи, формальдегида и бенз(а)пирена (табл. 1).

Таблица 1

Среднегодовые концентрации загрязняющих веществ в атмосферном воздухе г. Чита за 2015 г. (mg/m^3)

Вещество	Пост наблюдения ¹⁾									
	2 ²⁾		3 ²⁾		4 ²⁾		5 ²⁾		6 ²⁾	
	С	Доля ПДК	С	Доля ПДК	С	Доля ПДК	С	Доля ПДК	С	Доля ПДК
Пыль	0,184	0,37	0,301	0,6	0,340	2,27	0,227	0,45	0,172	1,15

(взвешенные вещества)										
Сера диоксид	0,015	0,03	0,013	0,03	0,019	0,38	0,016	0,03	0,012	0,24
Углерод оксид	1,264	0,25	1,482	0,3	1,204	0,4	0,957	0,19	1,033	0,34
Азот диоксид	0,051	0,26	0,054	0,27	0,046	1,15	0,044	0,22	0,040	1,0
Фенол	0,003	0,3	0,003	0,3	0,004	1,33	0,005	0,3	0,004	1,33
Сажа	0,040	0,27	0,051	0,34	0,065	1,3	0,041	0,27	0,012	0,24
Формальдегид	0,009	0,18	0,010	0,2	- ³⁾	-	0,013	0,26	0,011	1,1
Бенз(а)пирен	9,5 *10 ⁻⁶	9,5	-	-	19,1 *10 ⁻⁶	19,1	7 *10 ⁻⁶	7	6,5 *10 ⁻⁶	6,5

1) Данные о кратности превышения ПДК по постам наблюдения, где отбор проб осуществлялся по неполной программе (№№2,3,5) представлены в сравнении с ПДКм.р. На автоматических станциях контроля загрязнения атмосферного воздуха (№№4, 6) данные представлены в сравнении с ПДКс.с.

2) 2 - стационарная станция №2 (ул. Чкалова, 148); 3 - стационарная станция № 3 (ул. Набережная, 66); 4 - автоматическая станция АСК-А №4 (ул. Лазо, 30); 5 - стационарная станция №5 (пер. Октябрьский, 9); 6 - автоматическая станция АСК-А №6 (ул. Красной Звезды, 75)

3) Исследования не проводились

Из числа стационарных станций превышения исследуемых веществ были зарегистрированы в пробах воздуха, отобранных на станциях №№ 2,4,5,6. На АСК-А №4 уровень среднегодовых концентраций и кратность превышения ПДК по следующим веществам составили: пыли (взвешенных частиц) – 0,340 мг/м³ (2,27 ПДКсс), диоксида азота – 0,046 мг/м³ (1,15 ПДКсс.), фенола – 0,004 мг/м³ (1,33 ПДКсс), сажи – 0,065 мг/м³ (1,3 ПДКсс), бенз(а)пирена – 1,91Е-05 мг/м³ (19,1 ПДКсс). На АСК-А №6 значения исследуемых параметров составили: пыли (взвешенных частиц) – 0,172 мг/м³ (1,15 ПДКсс), диоксида азота – 0,040 мг/м³ (1,0 ПДКсс), фенола – 0,004 мг/м³ (1,33 ПДКсс), формальдегида – 0,011 мг/м³ (1,1 ПДКсс), бенз(а)пирена – 6,5Е-06 мг/м³ (6,5 ПДКсс). На стационарных станциях №2 и 5 концентрация бенз(а)пирена составила 9,5Е-06 мг/м³ (9,5 ПДКсс) и 7,0Е-06 мг/м³ (7,0 ПДКсс) соответственно. Среднегодовые концентрации диоксида серы, оксида углерода, сероводорода и оксида азота в атмосферном воздухе г. Читы соответствовали гигиеническим нормативам.

Суммарный показатель загрязнения атмосферы (Катм.) на стационарных станциях варьировал от 1,03 (станция №3, ул. Набережная, д. 66) до 22,8 (АСК-А №4, ул. Лазо, д.30). За анализируемый период показатель К_{сум.} на стационарных станциях №№2,5,6 составил 10,34, 8,08 и 9,86 соответственно, что определяет уровень загрязнения атмосферного воздуха как «очень высокий». Наибольший вклад в величину Катм. вносит бенз(а)пирен, причем уровень вклада варьирует от 65,9% на АСК-А №6 до 91,85% на станции №2.

Суммарный индекс неканцерогенной опасности (НИ) для детского населения на территории размещения АСК-А№4 превысил допустимый уровень в 21,27 раза. Наибольший вклад в суммарный индекс опасности вносит бенз(а)пирен, доля которого составляет 89,8%, а также пыль (взвешенные частицы) – 5,45%. Анализ суммарных индексов опасности (НИ) для веществ, действующих на одни и те же органы и системы показал, что существует риск развития у детей неблагоприятных эффектов со стороны иммунной системы (НИ=19,1) за счет основного воздействия бенз(а)пирена и органов дыхания (НИ=2,07), наибольший вклад вносит пыль (взвешенные частицы), (56,08%), сажа (16,43%) и диоксид азота (14,5%).

Возможно влияние на процессы развития организма (HI=19,2), за счет воздействия бенз(а)пирена (вклад которого в суммарный индекс опасности составил 99,47%), преждевременную смертность (HI=1,26), за счет воздействия пыли (взвешенных частиц) (92,06%).

На территории размещения АСК-А№6 уровень суммарного неканцерогенного риска для здоровья детского населения (0-6 лет) превысил допустимый уровень в 3,92 раза. Основной вклад внесли бенз(а)пирен (доля составила 43,37%), формальдегид (25,51%) и пыль (взвешенные частицы) (15,05%). Из числа критических органов и систем наибольшему риску подвергаются иммунная система (HI=2,7) за счет воздействия как бенз(а)пирена (доля вклада в индекс составила 62,96%), так и формальдегида (37,04%), а также органы дыхания (HI=2,13), причем основной вклад вносит формальдегид (46,95%) и пыль (взвешенные частицы) (27,7%).

Проведенный анализ впервые выявленной заболеваемости населения г. Читы показал, что уровень впервые выявленной заболеваемости среди детского населения в 2015 г. составил 208557,4 на 100 тыс. населения, что превышает среднекраевой показатель (163314,18) на 27,70%. В структуре впервые выявленной заболеваемости среди детского населения г. Читы первое ранговое место традиционно занимают болезни органов дыхания, их доля в 2015 г. составила 61,46%. Показатель составил 128170,95 на 100 тыс. детского населения, что превышает среднекраевой показатель (108175,21) на 18,48%.

Из числа нозологических форм, входящих в класс болезней органов дыхания, показатель впервые выявленной заболеваемости аллергическим ринитом (поллинозом) в 2015 г. среди детского населения города составил 288,19, что в сравнении со среднекраевым показателем ниже на 33,37%. Показатель впервые выявленной заболеваемости астмой (астматический статус) (245,62) превышает среднекраевой (149,0) на 64,85%. Уровень впервые выявленной заболеваемости хроническими болезнями миндалин и аденоидов, перитонзиллярным абсцессом в 2015 г. также превышает среднекраевой показатель на 63,03%.

Выводы. Качество атмосферного воздуха в г. Чите остается неудовлетворительным. Приоритетными вредными (загрязняющими) веществами являются пыль (взвешенные частицы), диоксид азота, фенол, сажа, формальдегид и бенз(а)пирен, среднегодовые концентрации которых превышали гигиенические нормативы. Практически все превышения гигиенических нормативов были зарегистрированы в пробах воздуха, отобранных на АСК-А №4 (ул. Лазо, д. 30) и АСК-А№6 (ул. Красной Звезды, д. 75).

Наиболее неблагоприятной является ситуация по содержанию бенз(а)пирена в атмосферном воздухе города, среднегодовые концентрации которого значительно превышают ПДКсс (АСК-А №4 - 19,1 ПДКсс).

Полученные результаты оценки неканцерогенных рисков для здоровья детского населения показали, что на выбранных для изучения территориях (территории расположения АСК- А№4 и АСК-А №6) существует риск развития неблагоприятных эффектов со стороны органов дыхания, иммунной системы, возможно влияние на процессы развития организма, преждевременную смертность у детей (0-6 лет) за счет основного воздействия бенз(а)пирена, пыли (взвешенных частиц), диоксида азота, формальдегида.

Список литературы.

1. Анганова Е.В. Окружающая среда и здоровье человека / Е.В. Анганова, Л.А. Степаненко, О.В. Колбасева, М.Ф. Савченков // Сибирский медицинский журнал. – 2015. - № 1. – С. 122 – 125.
2. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. Р 2.1.10.1920-04. - М. : Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России. - 2004. - 143 с.

3. Семенова Н.П. Состояние атмосферного воздуха и заболеваемость населения Республики Саха (Якутия) / Н.П. Семенова // Экология человека. – 2013. - №12. - С. 14-19.

4. Суржиков В. Д. Загрязнение атмосферного воздуха промышленного города как фактор неканцерогенного риска для здоровья населения / В. Д. Суржиков, Д. В. Суржиков, Р. А. Голиков // Гигиена и санитария. – 2013. - № 1. – С. 47 – 49.

УДК 616.12-009.86

Михно В.А., Богомоллова И.К.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ЭНДОТЕЛИНА-1 У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Введение: Эндотелин - вазоконстрикторный пептид, выделенный в 1988 году, с коротким периодом полураспада (40 секунд), является одним из показателей функции эндотелия. Эндотелин-1 – одна из изоформ этого пептида, относительно специфична для эндотелиальных клеток. Эндотелин-1 (Э-1) образуется в эндотелиоцитах, гладкомышечных клетках сосудов, эпителиоцитах молочных желез, нейронах и астроцитах головного и спинного мозга, гепатоцитах, мезангиальных клетках почек, клетках Сертоли. Стимулируют образование данного биологически активного вещества вазопрессин, адреналин, тромбин, ангиотензинII, гипоксия, гиперхолестеринемия, гипергликемия, ЛПНП, кортизол. Действуя на эндотелиновые рецепторы типа А мембран гладкомышечных клеток сосудов, Э-1 вызывает их спазм. Рецепторы к Э-1 типа В расположены в эндотелиоцитах сосудов, их стимуляция способствует выделению NO и простаглицина, что приводит к вазодилатации. Высокое содержание Э-1 снижает активность эндотелиновых рецепторов типа В и активирует рецепторы к Э-1 типа А. Помимо влияния на тонус сосудов данное вещество способно вызывать пролиферацию мезангиальных клеток, фибробластов, эндотелиоцитов, гладкомышечных клеток сосудистой стенки, усиливать выработку коллагена и фибронектина мезангиальными клетками. Э-1 способствует синтезу фибрина гладкомышечными клетками сосудов. В норме у взрослого человека в сыворотке крови содержится 0,1-1,0 фмоль/мл эндотелина.

В доступной нам литературе отсутствовали данные, характеризующие данный показатель у детей в норме и при каких-либо патологических состояниях

Целью настоящей работы являлась определение содержания Э-1 в крови у здоровых детей.

Материалы и методы. Обследовано 46 клинически здоровых детей, из них 23 (50%) девочки и 23 (50%) мальчика от 1 до 17 лет. Законные представители всех обследуемых дали добровольное информированное согласие на проведение исследования.

Всем детям выполнено общеклиническое обследование, включавшее осмотр, антропометрические измерения

Уровень эндотелина-1 определяли методом твердофазного ИФА с помощью наборов реагентов фирмы «BIOMEDICA GROUP» (Германия) в соответствии с инструкцией производителя.

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики для несвязанных между собой наблюдений с помощью пакета программ “Statistica” ver.10 (StatSoftInc., США). Распределение вариационного ряда не подчинялось критериям нормальности, поэтому использовалось определение корреляции Спирмена, критерий Краскела-Уоллиса, критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования. При изучении показателей функции эндотелия установлено, что в сыворотке крови здоровых детей содержание Э-1 составило $10,35 \pm 3,27$ фмоль/мл.

Сравнительный анализ содержания изучаемого параметра функции эндотелия в зависимости от гендерного признака не выявил статистически значимых различий в группах здоровых детей. Так, колебания уровня Э-1 сыворотки крови мальчиков ($9,73 \pm 3,15$ фмоль/мл) и девочек ($10,93 \pm 3,37$ фмоль/мл) носили несущественный характер ($p=0,26$).

На следующем этапе работы нами проанализировано содержание Э-1 в группах здоровых детей в зависимости от возраста. Выявленная корреляционная связь между возрастом и уровнем Э-1 ($R=0,1$ $p=0,5$), статистически не значима.

Вывод: Уровень Э-1 в плазме крови здоровых детей не зависел от пола и возраста ребенка.

УДК 372.363

Немцова Л.С.

НЕДЕЛИ ЗДОРОВЬЯ В ДОУ КАК ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ У РЕБЕНКА СТОЙКОЙ МОТИВАЦИИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПОЛНОЦЕННОЕ РАЗВИТИЕ

МБДОУ «Детский сад №73», г. Чита, Россия

7 апреля 2003 года Правительством РФ был объявлен Всероссийский день здоровья детей. Данное решение было связано с модернизацией российского образования по обеспечению активной адаптации личности к жизни в современном обществе, формированию здорового образа жизни. Основной целью было обозначено формирование и развитие у детей представлений о здоровье, мотивации на здоровый образ жизни, привлечения внимания общества к поднятой проблеме сохранения и укрепления здоровья детей.

Полноценное здоровье невозможно без ценного отношения к нему. Первоочередная задача каждой дошкольной организации – растить детей здоровыми, сильными, жизнерадостными. Быть в движении – значит укреплять здоровье. Физкультурные занятия, предусмотренные программой физического воспитания дошкольников, не могут восполнить дефицит двигательной активности. Таким образом, возникает необходимость введения в учебно-воспитательный процесс различных форм физической деятельности. Нельзя представить жизнь детей в детском саду без веселых развлечений, шумных праздников и соревнований, интересных игр и аттракционов. Одни развивают сообразительность, другие – смекалку, третьи – воображение и творчество, но объединяет их общая задача – воспитание у ребенка потребности в движении и эмоциональном восприятии жизни. Все проводимые состязания требуют от детей проявлять такие качества, как быстрота, ловкость, выносливость, самостоятельность, организованность, формируют характер и расширяют кругозор. Давно известно, что хорошее настроение, жизнерадостный настрой способны положительно влиять на здоровье. Спортивные праздники, особенно на свежем воздухе, дают возможность детям и взрослым погрузиться в замечательную атмосферу игр и развлечений.

Цель досуга: укрепление здоровья детей с помощью проведения спортивных мероприятий, в том числе, на свежем воздухе; привлечение детей и их родителей к занятиям физической культуры и спортом; пропаганда физической культуры как средство достижения красоты, силы, ловкости и выносливости; сохранение здоровья, своевременное и полноценное развитие.

Из опыта работы нашего детского сада Недели здоровья регулярно проводятся два раза в год. С 20.10.2014 по 24.10.2014 гг. проходила неделя здоровья «Интегративный подход в работе с семьей по формированию культуры здоровья». Цели и задачи недели здоровья:

1. Поиск новых эффективных форм взаимодействия дошкольного учреждения с семьей в формировании культуры здоровья родителей ребенка и детей дошкольного возраста;

2. Создание дружеского партнерства между дошкольным учреждением и семьей по физическому развитию и оздоровлению детей дошкольного возраста;

3. Организация и проведение спортивных и методических мероприятий по формированию позитивных жизненных установок семьи в оздоровлении детей дошкольного возраста;

4. Создание информационного пространства по просвещению родителей в организации оздоровительных мероприятий, выбора двигательного оптимального режима для детей дошкольного возраста, организации правильного питания в домашних условиях;

5. Формирование положительного общественного мнения общественности о деятельности ДОУ, распространении передового педагогического опыта среди родительской общественности.

С 23.03.2015 по 27.03.2015 гг. проходила неделя здоровья «Мы со спортом дружим». Цель проводимой недели здоровья: популяризация физической культуры и привлечение дошкольников к систематическим занятиям спортом.

С 05.10.2015 по 09.10.2015 гг. проходила неделя здоровья «Путешествие в волшебную страну спорта». Цели и задачи недели здоровья:

1. Организация и проведение спортивных мероприятий по расширению знаний детей дошкольного возраста о видах спорта, формированию позитивных жизненных установок семьи в оздоровлении детей дошкольного возраста;

2. Формирование эмоционально-положительного отношения дошкольников и их родителей к играм, спортивным упражнениям, соревнованиям, к занятиям спортом;

3. Поиск новых эффективных форм взаимодействия дошкольного учреждения с семьей в формировании ЗОЖ родителей ребенка и детей дошкольного возраста, пропаганда ЗОЖ;

4. Распространение передового педагогического опыта по физическому воспитанию и здоровьесбережению детей дошкольного возраста среди ДОУ города;

5. Создание дружеского партнерства между ДОУ и семьей по физическому развитию и оздоровлению детей дошкольного возраста;

6. Создание информационного пространства по просвещению родителей в организации оздоровительных мероприятий, выбора двигательного оптимального режима для детей дошкольного возраста;

7. Формирование положительного общественного мнения общественности о деятельности ДОУ среди родительской общественности.

С 06.06.2016 по 17.06.2016 гг. проходила декада ГТО «Растем здоровыми». Цель мероприятия: привлечь детей дошкольного возраста, родителей воспитанников, педагогов ДОУ к массовым спортивным мероприятиям по выполнению норм Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО). Задачи декады:

1. Пропаганда ЗОЖ и популяризация физкультурно-оздоровительной и спортивной работы, комплекса ГТО среди детей дошкольного возраста и родителей детей, воспитанников ДОУ;

2. Привлечение к систематическим занятиям физкультурой детей дошкольного возраста, сохранению и укреплению здоровья воспитанников;

3. Формирование эмоционально-положительного отношения дошкольников и их родителей к спортивным играм и упражнениям, соревнованиям, к занятиям спортом;

4. Проведение методических мероприятий, направленных на повышение профессиональной компетентности педагогов в вопросах организации массовых спортивных мероприятий по выполнению норм Всероссийского физкультурно - спортивного комплекса ГТО;

5. Поиск новых эффективных форм взаимодействия ДОУ с семьей в формировании ЗОЖ родителей ребенка и детей дошкольного возраста;

6. Создание дружеского партнерства между ДООУ и семьей по физическому развитию и оздоровлению детей дошкольного возраста.

С 21.11.2016 по 25.11.2016 гг. проходила неделя здоровья «Олимпийские надежды».

Задачи недели здоровья:

1. Формирование эмоционально-положительного отношения дошкольников и их родителей к играм, спортивным упражнениям и соревнованиям к занятиям спортом;
2. Организация и проведение спортивных мероприятий по расширению знаний детей дошкольного возраста о видах спорта;
3. Поиск новых эффективных форм взаимодействия ДООУ с семьей в формировании ЗОЖ родителей ребенка и детей дошкольного возраста, пропаганда ЗОЖ;
4. Создание информационного пространства по просвещению родителей в организации оздоровительных мероприятий, выбора двигательного оптимального для детей дошкольного возраста.

К неделе здоровья максимально привлекаются педагогические работники, специалисты ДООУ, дети и их родители, очень хорошо, если присутствуют представители детских спортивных школ и проводится следующая предварительная работа:

1. Создается творческая группа из воспитателей, специалистов и медицинского работника;
2. Разрабатываются тематические занятия, спортивные мероприятия и развлечения для каждой возрастной группы, учитывая возможности и интересы детей;
3. Родители знакомятся с общим планом проведения недели здоровья; им предлагается составить дома вместе с детьми агитационные листки о ЗОЖ или принять участие в конкурсе стенгазет «Спорт в моей семье!»;
4. Проводятся предварительные беседы с дошкольниками о готовящемся мероприятии, предлагается им поучаствовать в его подготовке;
5. Оформляются по тематике групповые комнаты, коридоры и залы детского сада.

Для дошкольников неделя здоровья следует проводить по программе, которая дала бы им возможность максимально реализовать свои двигательные, творческие, организационные, коммуникативные возможности. Необходимо создать условия для проявления детьми самостоятельности, активности в решении тех или иных вопросов. Образовательная деятельность на неделе здоровья заменяется тематическими занятиями с творческими заданиями, а также различными формами двигательной активности и трудовой деятельности, мероприятиями, направленными на укрепление здоровья воспитанников и их физическое развитие.

Организация спортивных праздников, несомненно, требует много сил и времени у педагогов ДООУ, но вся их работа будет оценена по достоинству детьми и родителями, а лучшей наградой станут огромная радость и масса приятных впечатлений, оставшихся в душах детей.

Список литературы:

1. Письмо МО РФ от 03.02.2003, №27 (2573-6)
2. Положения комитета образования администрации городского округа «Город Чита» от 2014-2016 гг.
3. Журналы «Инструктор ФИЗО» за 2013-2016 гг.

УДК 616.34-053.3

Панченко А.С., Гаймоленко С.Г.

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Введение. Интенсивное развитие неонатологии и реаниматологии сделало возможным выживание детей, родившихся глубоко недоношенными, перенесших гипоксию в родах и имеющих признаки внутриутробного или интранатального инфицирования, а также родившихся с тяжелыми врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта и/или сердечно-сосудистой системы [2,3,8]. Согласно данным литературы заболеваемость некротическим энтероколитом (НЭК) составляет 2,4 на 1000 новорожденных [1,2]. Средние показатели летальности при данной патологии, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных составляют 10-45% и зависят, помимо степени зрелости, также от стадии и распространенности процесса [1,3, 4]. Перфорация кишки и развитие перитонита в 63% случаев приводит к летальному исходу [1,5, 6]. С современной точки зрения НЭК является заболеванием преимущественно недоношенных детей с мультифакториальной природой [2, 4]. В литературе имеются данные о факторах риска НЭК, но не определена значимость каждого из них.

Цель работы: проанализировать и выявить значимость факторов риска НЭК у новорожденных детей, план профилактических мероприятий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 40 историй болезни новорожденных с установленным диагнозом НЭК, находившихся на стационарном лечении в отделениях патологии новорожденных, патологии раннего возраста, реанимации и интенсивной терапии новорожденных, Краевой детской клинической больницы г.Читы. Оценивались факторы риска развития НЭК, выделялись наиболее значимые: недоношенность, гипоксия в анте- и интранатальном периодах, инфекционные причины, проблемы питания, наличие врожденной и наследственной патологии.. Для определения значимости исследуемых факторов риска применялся статистический анализ методом ШАНСА. При значении показателя ШАНСА (ПШ) более 1 вероятность развития НЭК считалась высокой.

Результаты и обсуждения. Анализ полученных данных показал, что большую часть заболевших составили недоношенные дети-28 (69,4%; ПШ=2,3), средний вес которых составил 1730±101,5 гр. В большинстве случаев беременность протекала на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), чаще субкомпенсированной формы (ПШ=6,1), хронической внутриутробной гипоксии плода (ХВУГП) - у 77% (ПШ=3,3), урогенитальной инфекции матери – 20% (ПШ=1,2). (рис.1)

Обращает на себя внимание поздняя постановка на учет в женской консультации 36% женщин, 13% матерей во время беременности не наблюдались. В 55,5% случаев беременные не обследованы на TORCH-инфекцию.

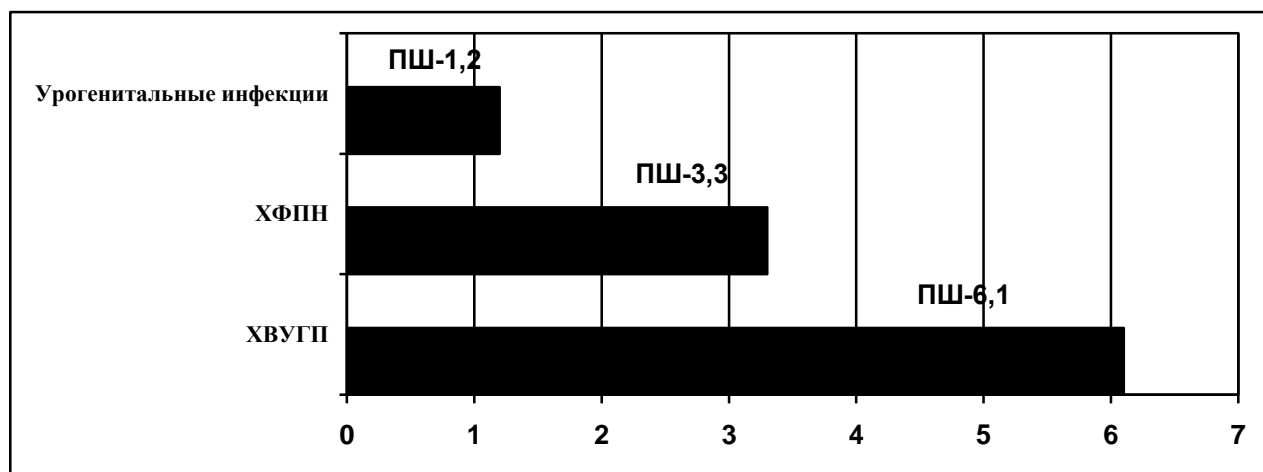


Рис. 1. Распределение по значимости антенатальных факторов риска НЭК

У 17 женщин родоразрешение было оперативным (ПШ=1) и выполнялось по экстренным показаниям в 76% случаев (тяжелый гестоз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

При рождении более чем у половины детей - 22 (55%) регистрировалась асфиксия средней и тяжелой степени (ПШ=1,2), что потребовало проведения реанимационных мероприятий в родильном зале. В дальнейшем у 13 (68%) из них был установлен диагноз НЭК II-III степени, что также подтверждает значимость данного фактора. В первые сутки жизни тяжесть состояния новорожденных была обусловлена у 28 детей (69,4%; ПШ=2,2) дыхательными (пневмонии, респираторный дистресс синдром), у 17 детей (42,5%; ПШ=1) - гемодинамическими (транзиторная дисфункция миокарда, гиповолемия) нарушениями. (рис.2,3)

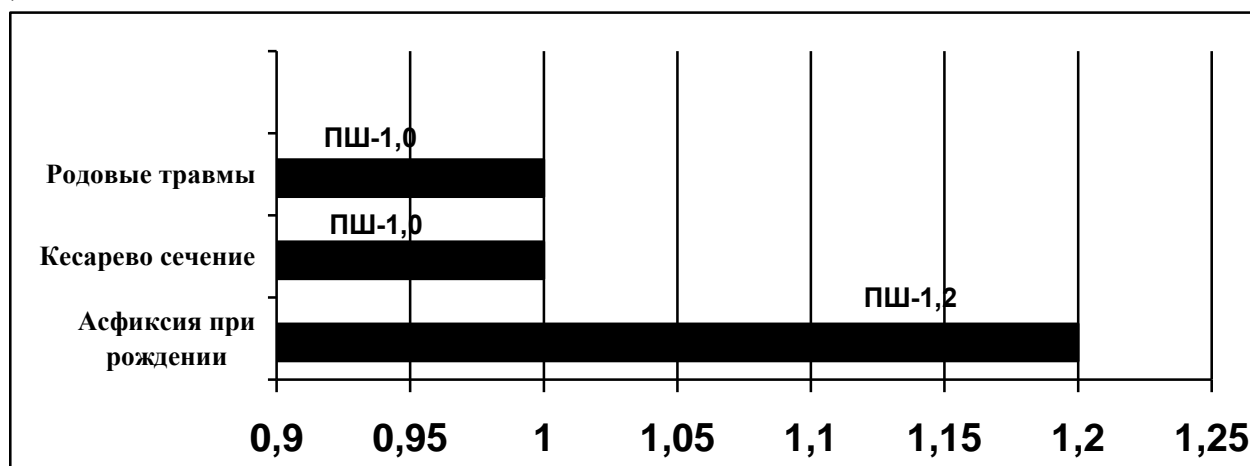


Рис.2. Распределение по значимости интранатальных факторов риска НЭК

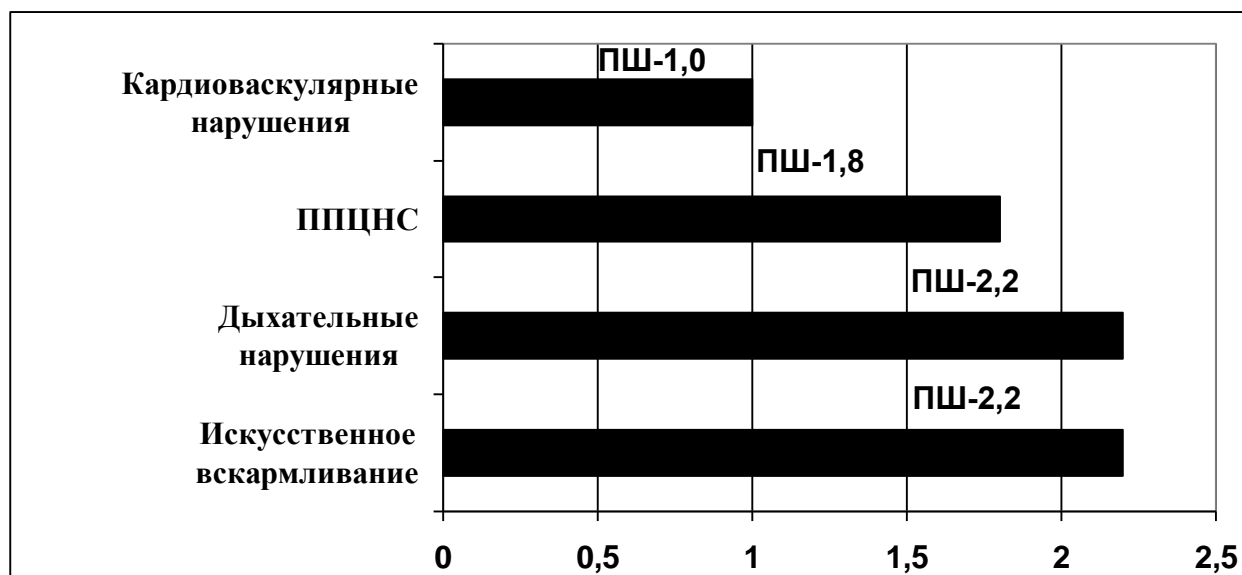


Рис.3. Распределение по значимости постнатальных факторов риска НЭК

Анализ особенностей вскармливания детей до установления диагноза НЭК показал, что большая часть младенцев (65%) находилась на искусственном вскармливании (ПШ=2,2), которое часто осуществлялось через зонд, и было начато позднее 1 суток жизни (ПШ=4,4).

В клинике преобладали симптомы дисфункции ЖКТ: у всех больных отмечалось снижение перистальтики, вздутие живота у 38 (95%), остаточный объем натошак в желудке у 23 (60%), контурирование петель кишечника у 13 (33,3%) детей. У некоторых больных имелись признаки перитонита: болезненность при пальпации живота у 29 (72,5%), отек и гиперемия брюшной стенки у 11 (27,7%) детей. Тяжесть состояния больных с НЭК была обусловлена и сопутствующей патологией. У всех детей выявлено перинатальное поражение центральной нервной системы (ПЦНС) средней и тяжелой степени тяжести (ПШ=1,8), в том числе у трети больных травматического генеза. Кроме этого, неонатальный период осложнился течением пневмонии у 44,4% (ПШ=1), а у 33,3% пациентов диагностирована анемия.

Первые признаки НЭК регистрировались преимущественно на 7-10 сутки жизни. При этом диагноз НЭК I ст. был выставлен у 15 (38%), НЭК II ст. - 9 (22%), НЭК III ст. - 16 (40%) больных (классификация по Bell's, 1978г.). Вторая и третья стадии заболевания отмечались у детей, рожденных на сроке гестации менее 33 недель (рис.4).



Рис. 4. Стадии НЭК в зависимости от сроков гестации

Лечение НЭК проводилось согласно принятым протоколам [4], 40% больных потребовалось хирургическое вмешательство, которое во всех случаях закончилось формированием кишечного свища. Общая летальность в исследуемой группе составила 10%, при этом летальные исходы отмечались только в группе больных с хирургической стадией НЭК.

Выводы

1. Среди антенатальных факторов риска развития НЭК наиболее значимыми явились: ХФПН, преимущественно средней степени тяжести, ХВУГП, урогенитальные инфекции.

2 Развитие НЭК II-III ст. отмечалось у недоношенных детей с гестационным возрастом менее 33 недель.

3. В интранатальном и постнатальном периодах значимыми факторами риска развития II-III ст. НЭК явились: дыхательные нарушения, искусственное вскармливание, ППЦНС, асфиксия при рождении, сердечно-сосудистые нарушения, оперативное родоразрешение, родовые травмы.

Полученные результаты и анализ литературных данных [1,2,3,4,5,6,7] позволяют предложить перечень мероприятий по профилактике развития некротического энтероколита у новорожденных.

В антенатальном периоде рекомендуется проводить профилактику недоношенности, своевременную диагностику, лечение и мониторинг патологии (в том числе инфекционной) у матери во время беременности.

В интра- и постнатальном периодах профилактические мероприятия должны включать профилактику родового травматизма, острой гипоксии плода, своевременную диагностику и лечение кардиореспираторных нарушений различного генеза, патологическую контаминацию новорожденных, в том числе госпитальной флорой (минимизация инвазивных вмешательств, которые в частности связаны с зондовым кормлением, раннее назначение пробиотиков), адекватное лечение ранних стадий НЭК.

В группе недоношенных детей особое внимание следует уделять адекватному энтеральному питанию, профилактике «динамической кишечной непроходимости», как ведущего патологического синдрома в развитии НЭК у недоношенных, включающей заместительную ферментотерапию, стимуляцию перистальтики, механическую декомпрессию ЖКТ.

Список литературы:

1. Володин Н.Н. Национальное руководство по неонатологии/ Н.Н.Володин. – Москва : «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – С.510-517.

2. Гаймоленко С.Г. Хирургия новорожденных/ С.Г.Гаймоленко, Н.М. Степанова, С.Л.Дручкова// - Чита, ИИЦ ЧГМА,2009. – С.117-136.

3. Головкин О.К. Особенности ведения новорожденных с некротизирующим энтероколитом/ О.К.Головкин, Е.М.Левицкая, Г.Л.Линчевский//Архив клинической и экспериментальной медицины. — 2002.- Т. 11, № 2. — С. 241-244.

4. Диагностика и консервативное лечение новорожденных с некротическим энтероколитом. /Дорофеева Е.И., Подуровская Ю.Л., Буров А.А. и др.// Клинические рекомендации. – 2014. – 14 с.

5. Иванов В.В. Оперативная тактика при лечении НЭК /В.В.Иванов, П.Чевжик, Е.А.Черпалюк // Детская хирургия. — 2003. — № 6. — С. 25-27.

6. Исаков Ю. Ф. Национальное руководство по детской хирургии/ Ю.Ф. Исаков, А.Ф. Дронов// Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – С.340-351.

7. Караваева С.А. Диагностика и особенности клинического течения некротического энтероколита у детей/ С.А. Караваева// Вестник хирургии. — 2002. — Т. 161, № 4. — С. 41-46.

8. Ostile D.J., Necrotizing enterocolitis in full-term infants/ D.J Ostile, T.L. Spilde, St Peter S.D//J. Pediatr/ Surg.- 2003/- P.1039-1042.

УДК: 616.393 – 053.3

Петрухина И.И., Левченко Н.В.

ДИАГНОСТИКА БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Белково-энергетическая недостаточность (БЭН) - патологическое состояние, связанное с дефицитом преимущественно белка и/или иного энергетического субстрата достаточной длительности и/или интенсивности. БЭН проявляется дефицитом массы тела и/или роста и комплексным нарушением гомеостаза в виде изменения основных метаболических процессов, водно-электролитного дисбаланса, изменения состава тела, нарушения нервной регуляции, эндокринного дисбаланса, угнетения иммунной системы, дисфункции ЖКТ и других органов и систем. Синонимы: дистрофия по типу гипотрофии, синдром недостаточности питания, мальнутриция, гипостатура [13]. К экзогенным причинам БЭН относится недостаточное поступление пищевых веществ вследствие недоедания (дефицитное питание) или затруднения при приёме пищи (в результате неврологических нарушений, аномалий развития, травм челюстно-лицевого аппарата). Эндогенные факторы - нарушения пищеварения, абсорбции и ретенции пищевых веществ; повышенные потребности в нутриентах и энергии (недоношенные дети, врождённые пороки сердца, хроническая патология лёгких, тяжёлые инфекции, сопровождающиеся катаболическим стрессом и др.); наследственные и врождённые заболевания обмена веществ [1,5].

Зарубежные авторы пользуются классификацией, предложенной Waterlow J.C., 1992 г. [11] (табл. 1).

Таблица 1

Классификация белково-энергетической недостаточности у детей

Степень/форма	Острая БЭН, % от долженствующей массы по росту	Хроническая БЭН, % от долженствующего роста по возрасту
0 (норма)	> 90	> 95
1 (лёгкая)	81-90	90 - 95
2 (среднетяжёлая)	70-80	85 -89
3(тяжёлая)	< 70	< 85

Острая БЭН проявляется преимущественно потерей массы тела, её дефицитом по отношению к долженствующей массе тела по росту. Хроническая БЭН проявляется не только дефицитом массы тела, но и существенной задержкой роста, физического развития. Обе формы имеют 3 степени тяжести: лёгкую, среднетяжёлую и тяжёлую. В зависимости от причин, преимущественного характера голодания и механизмов его развития выделяют 3 основных клинико-патогенетических варианта БЭН: алиментарный маразм, квашиоркор, маразм-квашиоркор. Маразм - результат тяжёлого белкового и энергетического голодания, часто сопровождающегося дефицитом основных витаминов и минералов. Вследствие активной утилизации мышечных белков для поддержания адекватной концентрации висцеральных белков заболевание клинически проявляется резким истощением. Квашиоркор характеризуется отёками, отставанием в физическом развитии, атрофией мышц с сохранением подкожного жирового слоя, отставанием в нервно-психическом развитии. Маразм-квашиоркор сочетает признаки маразма и квашиоркора в виде выраженной атрофии и отёков. Этиологические причины заболевания - экзогенные: алиментарный -

количественный и качественный недокорм. Качественные нарушения питания: дефицит витаминов, недостаток или избыток (белки, жиры или углеводы). Несбалансированное питание с избыточным поступлением легкоусвояемых углеводов и дефицитом. Эндогенные причины представлены в табл. 2.

Таблица 2

Эндогенные причины

Причины развития	Клинические состояния
Нарушения приёма пищи	Утрата сознания, нарушение акта глотания, неукротимая рвота, обструкция пищеварительного тракта, нервная анорексия
Нарушения пищеварения (мальдигестия)	Ферментная недостаточность, панкреатит, гастрэктомия, резекция тонкой кишки, билиарная недостаточность
Нарушения всасывания (мальабсорбция)	Дефекты ферментных и транспортных систем кишки, энтерит, болезнь Крона, синдром короткой кишки, фистула кишечника
Нарушения обмена веществ	Врождённые нарушения метаболизма, эндокринные нарушения, взаимодействие нутриентов и медикаментов, катаболические состояния (ожоги, сепсис, тяжёлые инфекции, травмы, операции)

В основе патогенеза БЭН у детей лежит хроническая стрессовая реакция, возникающая при многих заболеваниях, а также при длительном действии различных повреждающих факторов. У ребёнка резко возрастает интенсивность основного обмена, потребности в энергии и пластическом материале существенно повышаются (табл. 3).

Таблица 3

Повышенные потребности в белке и калориях при патологии у детей

(Koletzko B.,2004)

Состояние	Клинические проявления	Потребность в энергии, %	Потребность в белке, %
Здоров	Отсутствуют	100	100
Лёгкий стресс	Анемия, лихорадка, лёгкая инфекция, малые хирургические вмешательства	100-120	150-180
Умеренный стресс	Костно-мышечная травма, обострение хронических заболеваний	120-140	200-250
Значимый стресс	Сепсис, тяжёлая травма, большие хирургические вмешательства	140-170	250-300
Выраженный стресс	Тяжелые ожоги	170-200	300-400

Гормональный ответ при БЭН носит комбинированный характер, однако преобладает катаболическая направленность процессов. Повышение уровня катехоламинов, глюкагона и кортизола (мощных катаболических гормонов) приводит к усилению липолиза и деструкции белка с мобилизацией аминокислот (в первую очередь из скелетной

мускулатуры), а также к активации печёночного глюконеогенеза. Увеличивается активность тиреоидных гормонов, повышается уровень антидиуретического гормона, развивается гиперальдостеронизм, всё это меняет электролитный баланс в организме ребёнка с БЭН. Уровень анаболического гормона инсулина обычно снижен, его активность нарушается на рецепторном и пострецепторном уровнях, в связи с этим возможно развитие инсулинорезистентности.

Таблица 4

Формы белково-энергетической недостаточности

Отличительные черты	Формы белково-энергетической недостаточности	
	Квашиоркор	Маразм
Печень	Увеличена, болезненна, стеатоз или стеатогепатит, редко возможен цирроз	Умеренная атрофия
Желудочно-кишечный тракт	Выраженная атрофия тонкой кишки, паразитарные и микробные инфекции	Атрофические изменения менее выражены
Водно-солевой обмен	Отеки, асцит, задержка натрия, гипокалиемия, гипофосфатемия, гипомагниемия	Без отеков. В финальной стадии гиперкалиемия
Белки крови	Выраженная гипоальбуминемия, снижены трансферрин, ретинолсвязывающий белок. Повышены глобулины острой фазы. Снижены ЛПОНП и ЛПНП	На нижней границе нормы. ЛПОНП могут повышаться
Иммунная система	Выраженный Т- и В-клеточный иммунодефицит	Преимущественно нарушены Т-клеточные функции
Гормональный фон	Гиперальдостеронизм, относительно меньше глюкокортикоидов. Инсулин снижен. Кортизол норма. Тиреотропин норма. Соматомедин снижен	Крайне высокий уровень глюкокортикоидов, глюкагона и соматомедина. Инсулин норма. Тиреотропин снижен. Трийодтиронин снижен. Тироксин норма или повышен
Экскреция креатинина	Умеренно повышена	Резко повышена
Прогноз	Пессимистический. Высокий риск инфекционных осложнений. Лечение затруднено	Лучше, чем при квашиоркоре

Водноэлектролитный дисбаланс. Нарушения нейроэндокринной регуляции у детей с БЭН приводят к выраженным изменениям внутренней среды организма и состава тела. Резко повышается уровень общей гидратации: содержание воды в организме увеличивается на 20-25% и достигает 89% общей массы тела (в норме 60-67%). Уровень гидратации повышается как за счёт внутри-, так и внеклеточной жидкости. Происходит

перераспределение жидкости в организме: жидкость сосредоточивается в интерстициальном пространстве, а объём циркулирующей крови (ОЦК) уменьшается. Вероятно, это связано с развитием гипоальбуминемии и снижением осмотического давления плазмы крови. Снижение ОЦК вызывает уменьшение почечного плазмотока и фильтрации, что стимулирует дальнейшее повышение продукции антидиуретического гормона и альдостерона, замыкая порочный круг.

Изменения белкового обмена. Наибольшим изменениям при БЭН подвержен белковый обмен. Содержание общего белка в организме ребёнка с БЭН снижается на 20-30%, в том числе как мышечного (на 50%), так и висцерального пула белка. Общий уровень альбумина в организме уменьшается на 50%. В плазме крови падает концентрация большинства транспортных белков: трансферрина, церулоплазмина, ретинолсвязывающего белка. Снижается уровень фибриногена и большинства факторов свёртывания крови.

Изменения жирового обмена. Вследствие усиленного липолиза у детей с БЭН отмечается трехкратное уменьшение объёма жировой ткани. Жиры активно используются для процессов глюконеогенеза, в результате снижается уровень триглицеридов, холестерина и фосфолипидов.

Изменения обмена веществ приводят к дистрофическим изменениям в слизистой оболочке тонкой кишки: атрофии ворсинок и исчезновению щёточной каёмки. Нарушается секреторная функция пищеварительных желёз, снижается кислотность желудочного сока, угнетается продукция и активность пищеварительных ферментов и билиарных секретов. Вследствие дистрофии мышечных слоёв кишечной стенки нарушается кишечная моторика. Развивается общая гипотония и дилатация с волнами антиперистальтики. Это приводит к развитию мальдигестии, мальабсорбции, восходящей бактериальной контаминации тонкой кишки и усугублению БЭН.

Изменения сердечно-сосудистой системы. Наблюдается склонность к развитию централизации кровообращения, проявляется гипердинамической реакцией миокарда, лёгочной гипертензией, спастическим состоянием прекапиллярных артериол, нарушением микрогемодиализации с признаками «сладж-синдрома» в микрососудах. При тяжёлой БЭН отмечается склонность к гипотензии, брадикардии и высокий риск развития гиповолемического шока.

Изменения иммунной системы. При БЭН развивается транзиторный вторичный иммунодефицит. Данные изменения связаны с выраженным дефицитом пластического материала (белка), неустойчивостью углеводного обмена с пиками транзиторной гипергликемии и переключением обмена веществ преимущественно на липидный [2,4,14,15].

Вышеперечисленные изменения отражены в табл. 4.

Диагноз «БЭН» у детей основан на данных анамнеза, клинических проявлениях заболевания, оценке антропометрических показателей и данных лабораторных методов исследования. Согласно рекомендациям экспертов по питанию ФАО/ВОЗ, наиболее простой, общепринятый и высокоинформативный критерий для оценки состояния питания – индекс массы тела (ИМТ), или индекс Кетле. Расчёт ИМТ для детей младшего возраста малоинформативен и его можно использовать только у детей старше 12 лет. У детей младше 12 лет в качестве критерия БЭН используют процент отклонения от должноствующей массы. Современные эксперты ВОЗ для оценки ФР и НПР детей используют программы Antro и Antro+c учётом отклонения $+1z$ scor. При использовании этих программ помимо длины и массы тела оценивают окружность груди, головы, плеча, бедра, а также толщину кожно-жировой складки в стандартных точках. Для определения степени тяжести БЭН у детей младшего возраста в мире широко применяют классификацию Waterlow J.C. [8,13, 14].

Использование различных терминов вносит путаницу и затрудняет статистические подсчёты, в связи с этим, в нашей стране пользуются общепринятой российской

терминологией «гипотрофия» [6,7]. Однако, термин «дистрофия по типу гипотрофии» правомочен для детей в возрасте до 2 лет.

Отечественные педиатры предлагают классификацию гипотрофий по времени возникновения и по дефициту массы тела [7] (табл. 5).

Таблица 5

Классификация гипотрофий (по Е.В. Неудахину, 2001 г.)

Форма	Степень гипотрофии в зависимости от дефицита массы тела (%)
Пренатальная (внутриутробная)	1 степень - 10-20%
Постнатальная (приобретённая)	2 степень - 21-30%
	3 степень - 31% и более

В табл. 6 представлены клинические признаки гипотрофий.

Таблица 6

Клинические признаки гипотрофий

Клинические признаки	Степень гипотрофии		
	I	II	III
Дефицит массы	10-20%	21-30%	31% и более
Общее состояние	Удовлетворительное	Средней тяжести	Тяжелое
Истончение подкожно-жирового слоя	Умеренное (на животе)	Отчетливое (на животе, туловище, конечностях)	Значительное (полное исчезновение)
Тургор тканей	Умеренно снижен	Отчетливо снижен	Резко снижен
Трофические изменения кожи	Умеренно бледная, эластичность снижена	Бледная, сухая, эластичность резко снижена	Эластичность отсутствует, трещины, изъязвления
Отставание в росте	Отсутствует	На 1-3 см	На 3-5 см
Психомоторное развитие	Соответствует возрасту	Замедленное развитие	Значительное отставание
Толерантность к пище	Не нарушена	Снижена	Резко снижена
Иммунологическая реактивность	Нормальная	Снижена	Резко снижена

Помимо оценки ФР, НПР используют лабораторные методы исследования. Биохимические методы оценки нарушений нутритивного статуса включают определение содержания альбумина и короткоживущих белков (ретинолсвязывающий белок, трансферрин и др.). Их концентрация при гипотрофии снижается. Ещё одним индикатором нарушения белкового метаболизма является альфа1-антитрипсин - ингибитор протеолитических ферментов, уровень которого при распаде белка повышается. Имунные маркёры гипотрофии – это абсолютная лимфопения, снижение соотношения CD4+/CD8+, снижение уровня иммуноглобулинов, характеризующих состояние гуморального иммунитета. Помимо нарушения белкового обмена у детей с БЭН часто отмечают: полицитемию и повышенную вязкость крови, склонность к гипогликемии, гипокалиемию, гипокальциемию, существенные гормональные сдвиги. Изменения копрограммы переменны: реакция кала может быть и кислой, и щелочной, также могут быть капли жира, жирные кислоты, внеклеточный крахмал, слизь, лейкоциты [5].

Инструментальное обследование выявляет быстрое истощение при выполнении функциональных проб: на ЭКГ признаки метаболических нарушений; ЭхоКГ – гипер- или гиподинамическая реакция миокарда [2,4].

Список литературы:

1. Детское питание. Руководство для врачей / Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. М. : МИА, 2009. 952 с.
2. Диетотерапия синдрома мальабсорбции у детей раннего возраста. Пособие для врачей. / Под ред. А.А.Баранова, Т.Э. Боровик. М., 2006. 51 с.
3. Диетотерапия в комплексном лечении муковисцидоза у детей. Пособие для врачей. / Под ред. А.А. Баранова, Т.Э. Боровик. М., 2005. 92 с.
4. Каширская Н.Ю. Вопросы нутрициологии при муковисцидозе / Н.Ю. Каширская, Н.И. Капранов, Е.А. Рославцева [и др.] // Пульмонология. 2006. С. 17-21.
5. Клиническая диетология детского возраста. Руководство для врачей / Под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо. М. : Медицина, 2008. 606 с.
6. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / Под ред. А.А. Баранова, В.А. Тутельяна. М., 2010. 68 с.
7. Неудахин Е.В. Клинико – метаболические аспекты гипотрофии у детей раннего возраста : Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М. 1992. 17 с.
8. Основы клинического питания: Материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания: пер. с англ. / Гл. ред. Л. Сobotка. 2-е изд. Петрозаводск: Интел Тек, 2003. 416 с.
9. Оценка питательного статуса у детей: Пособие для врачей / под ред. проф. Л.Е. Цыпина, проф. А.А. Корсунского. М.: РГМУ, 2005. 44 с.
10. Питание больного и здорового ребёнка. Пособие для врачей. / Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня, Б.С. Каганова . М., 2012. 290 с.
11. Bhutta Z.A. Mikronutrient needs of malnourished children // Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. - 2008. V.11. № 3. P. 309-314.
12. Malnutrition, long term health and the effect of nutritional recovery / A.L. Sawaya [et al.] // Nestle Nutrition Institute. 2009. V.63. P. 95-108.
13. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition / I. Sermet-Gauelet [et al.] // AJCN. 2000. V.72. P. 64-73.
14. Nutrition in patients with cystic fibrosis a European Consensus / M. Sinaasappel [et al.] // Journal of Cystic Fibrosis. 2002. V.1. P. 51-75.
15. Protein metabolism in severe childhood malnutrition / F. Jahoor [et al.] // Ann Trop Paediatr. 2008. 28 (2). P. 87-101.

УДК 616.24

Попова Н.Г.¹, Степанова Н.Н.¹, Петрова Т.В.¹, Доровская Е.Н. ², Пономарева Т.А.², Волчатникова Н.А.²

ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НА НАЧАЛО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

¹ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

²ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», г. Чита, Россия

Длительное нахождение новорожденных на ИВЛ ведет к риску возникновения осложнений как инфекционного, так и неинфекционного генеза, которые могут служить причиной длительного проведения парентерального питания и невозможностью перехода на полное энтеральное питание. Своевременное и раннее начало энтерального питания является важной задачей, так как уменьшает риск развития атрофических процессов в желудочно-кишечном тракте, является более физиологичным.

Цель исследования: Оценить влияние длительности ИВЛ недоношенных новорожденных на начало энтерального питания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 242 историй болезни новорожденных, нуждавшихся в проведении ИВЛ с первых суток жизни и находившихся в ОРИТН в период с 2012 по 2016 гг. Дети были поделены на 2 группы: в 1 группу (n=84) вошли новорожденные, наблюдавшиеся в ОРИТН в период с 2012 по 2013 гг., при проведении ИВЛ у которых было установлено более высокое давление на вдохе (PIP), более низкое давление в конце выдоха (PEEP), более короткое время вдоха (Tin), чем во 2-й группе, и экстубация которых проводилась с низкой частоты респиратора (менее 20 вдохов в минуту). Во 2-ую группу (n=158) вошли дети, наблюдавшиеся в ОРИТН в период с 2014 по 2016 гг., когда использовалась новая тактика проведения ИВЛ. Указанные выше параметры инверсионно изменены, а экстубация осуществлялась при частоте респиратора более 20 вдохов в минут. По массе тела, гестационному возрасту и анамнезу подгруппы были однородны и статистически сравнимы.

Результаты и их обсуждение. Длительность интубации в часах в 1 группе составила $160,75 \pm 48,5$ против $80,95 \pm 16,6$ во 2 группе ($p < 0,05$). В 1 группе из 84 новорожденных за время нахождения в ОРИТН только 24 (28%) перешли на полное энтеральное питание, во 2 группе – 70 (44%). Во 2 группе в 1,6 раз больше детей начали получать полное энтеральное питание.

Выводы. Использование новых подходов к проведению ИВЛ позволило ускорить перевод детей на полное энтеральное питание в 44% случаев.

УДК: 616.155.194-053.3

Попова Н.Г.¹, Степанова Н.Н.¹, Петрова Т.В.¹, Доровская Е.Н.², Рябинина М.А.², Сушкова Е.А.²

ВЛИЯНИЕ ПРОЦЕДУРЫ «МИЛКИНГА» ПУПОВИНЫ НА ЭРИТРОПОЭЗ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

¹ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

²ГБУЗ Забайкальский краевой перинатальный центр, г. Чита, Россия

Анемия недоношенных - заболевание, характерное для детей, рожденных раньше срока. При этом частота встречаемости (от 16,5 до 91,3%) и тяжесть клинических проявлений анемии тем выше, чем меньше срок гестации и возраст ребенка. «Милкинг пуповины» относится к числу современных технологий кровосбережения, позволяющих снизить число гемотрансфузий в неонатальный период.

Цель исследования Проведено сравнение уровня гемоглобина и потребности в гемотрансфузии в первые недели жизни детям с массой при рождении менее 1500 г до и после внедрения процедуры «милкинга».

Материалы и методы. В исследование включено 379 детей массой тела при рождении менее 1500 г в два временных периода: до введения процедуры «милкинга» (период №1; 2013–2014 гг.) и после введения данной процедуры (период №2; 2015–2016 гг.). Протокол трансфузий, введения препаратов эритропоэтина и объем крови на исследование во временные периоды не менялись. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.1.

Результаты. После введения процедуры «милкинга» в группе детей с ЭНМТ статистически значимо выше стал уровень гемоглобина при рождении: если в первый временной период средний уровень гемоглобина был $171 \pm 26,7$ г/л, то во второй период $186 \pm 28,2$ г/л ($p < 0,05$). На первой неделе жизни, в первый период уровень гемоглобина составил $151,3 \pm 23,6$ г/л, во второй – $160 \pm 24,3$ г/л ($p > 0,05$), на второй неделе – $123,7 \pm 24,8$ г/л и $127,5 \pm 27,4$ г/л ($p > 0,05$), на третьей неделе $104,0 \pm 20,3$ г/л и $124,5 \pm 21,9$ г/л ($p < 0,05$) и на

четвертой неделе – $101,0 \pm 23,6$ г/л и $116,3 \pm 17,8$ г/л ($p > 0,05$), соответственно. Гемотрансфузия потребовалась 30 (60%) детям в первом периоде и 22 (35%) детям во втором периоде ($p < 0,0001$). На первой неделе жизни гемотрансфузии проведены 9 (18%) детям, во втором периоде 4 (6%) детям ($p < 0,05$), в первые две недели жизни – 12 (23,4%) и 7 (11%) детям ($p < 0,05$), а в первый месяц жизни – 9 (18%) и 8 (12,6%) новорожденным ($p > 0,05$), соответственно. Среднее число трансфузий на ребенка в группе детей, которым проводились гемотрансфузии, значимо не изменилось и составило в первом периоде 1,2, а во втором – 1,3. В группе детей с ОНМТ также имело место значимое увеличение уровня гемоглобина, как при рождении, так и в первые две недели жизни. При рождении, в первый период времени, уровень гемоглобина составил $176,8 \pm 20,4$ г/л, во второй период – $196,4 \pm 20,7$ г/л ($p < 0,0001$), на второй неделе жизни – $143,7 \pm 21,3$ и $161,8 \pm 25,8$ г/л ($p < 0,0001$), на третьей неделе – $121,5 \pm 20,4$ и $133,6 \pm 26,2$ г/л ($p > 0,05$) и на четвертой неделе – $110,7 \pm 23,6$ г/л и $119,8 \pm 23,7$ г/л ($p > 0,05$), соответственно. В группе детей от 1000 г до 1500 г гемотрансфузии в первом периоде потребовались 13 детям (11,1%). Во втором периоде эритроцитсодержащие препараты переливали 5 (3,7%) детям ($p < 0,05$). На первой неделе жизни в 2013–2014 гг. трансфузии проведены 4 (3,3%) детям, в 2015–2016 гг – 1 (0,7%) ребенку ($p = 0,06$), в первые две недели – 5 (4,5%) и 4 (2,7%) детям ($p > 0,05$), в первый месяц – 8 (6,5%) и 5 (3,7%) детям ($p > 0,05$), соответственно. Среднее число трансфузий на ребенка значимо не изменилось и составило, как в первом периоде, так и во втором периоде 1,1.

Вывод. Процедура «милкинга» приводит к значимому увеличению уровня гемоглобина при рождении детей с массой менее 1500 г в первые две недели жизни подгруппе детей от 1000 до 1500 г, но к третьей-четвертой неделе жизни различия в уровне гемоглобина исчезают. Вероятно, это обусловлено флеботомической кровопотерей при лабораторных исследованиях крови, особенно у детей с ЭНМТ. У детей массой тела при рождении менее 1500 г, которым проводилась процедура «милкинга», имеет место значимое уменьшение частоты гемотрансфузий, особенно на первой неделе жизни.

УДК 616.151.5

Попова Н.Г.¹, Степанова Н.Н.¹, Петрова Т.В.¹, Доровская Е.Н.², Рябинина М.А.², Сушкова Е.А.²

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

¹ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

²ГБУЗ Забайкальский краевой перинатальный центр, г. Чита, Россия

Современные представления о патогенезе тромботических осложнений тесно связаны с достижениями молекулярной генетики, в связи с чем, значительная роль в генезе этих состояний принадлежит наследственным тромбофилиям. Тромботические эпизоды могут встречаться в любом возрасте, однако в неонатальном периоде частота неонатальных тромбозов очень высока и составляет 5,1 на 100 000 живых новорожденных, а у детей старше 6 месяцев – от 0,7 до 1,4 на 100 000 детей. Как правило, для возникновения тромбоза у детей необходимо сочетание ряда врожденных и приобретенных факторов.

Высокая частота тромбозов в перинатальном периоде обусловлена особенностями гемостаза плода и новорожденного, а также инфекционными заболеваниями, медицинскими вмешательствами, особенно катетеризацией центральных вен.

Цель исследования: определить частоту и значимость полиморфизмов генов тромбофилии у новорожденных с тромботическими осложнениями.

Материалы и методы. На базе отделений реанимации и патологии новорожденных наблюдались 5 новорожденных пациентов, у которых были выявлены тромбофилические мутации.

Результаты: У 5 обследованных детей отмечались тромбозы различной локализации (ТЭЛА, церебральный венозный тромбоз, артериальные и венозные тромбозы конечностей).

У всех детей отмечались сочетанные полиморфизмы генов тромбофилии, 4 и более полиморфизмов. Однако у двух детей выявлены наиболее значимые полиморфизмы гена V фактора (Лейденовская мутация) и полиморфизм гена протромбина (F2) (ТЭЛА, церебральный венозный тромбоз). Следует подчеркнуть, что при наличии таких мутаций наиболее часто развиваются тромботические осложнения. Дисфибриногенемия (FGB) выявлена у 2 новорожденных детей, у 1 – полиморфизм ингибитора активатора плазминогена I типа (PAI-I), у 3 детей – полиморфизм гена гликопротеина (тромбоцитарное звено гемостаза) Ia (VLA-2 receptor) (ITGA2), у 2 – полиморфизм гена тромбоцитарного рецептора фибриногена (ITGB3). Дефект генов (ферментов) фолатного обмена выявлен у 4 новорожденных детей в следующих комбинациях: у 1 – метилентетрагидрофолатредуктаза (MTHFR A1298C), у 1 – полиморфизм гена метилентетрагидрофолатредуктаза (MTHFR C677T), у 1 – полиморфизм гена метионинсинтазаредуктаза (MTRR A66G) и у 3-х – полиморфизм гена метилтетрагидрофолат-гомоцистеина S-метилтрансфераза (MTR A2756G).

Выводы. В результате исследования установлено, что наличие генетических полиморфизмов наследственной тромбофилии у новорожденных могут служить предикторами возникновения тромботических нарушений в неонатальном периоде. Определение комплексов протромботических факторов и молекулярно-генетическое обследование может быть рекомендовано детям, родившимся у матерей носителей полиморфизмов генов тромбофилии и имеющих тромботические нарушения.

УДК 373.2

Поршнева Т.А.

ПРЕДПОЧТЕНИЯ РАБОЧЕЙ МОЛОДЕЖИ В СПОРТИВНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ « МЫ ВЫБИРАЕМ СПОРТ! »

МБДОУ «Центр развития ребенка – детский сад №82», г. Чита, Россия

Воспитание здорового поколения - цель любого государства. Здоровье – это главная человеческая ценность, сохранение и приумножение которой становится первейшей обязанностью человека. Конечно, здоровье – дело не только личное, но и общественноеⁱ.

Безусловно, все родители хотят, чтобы их ребенок рос здоровым, сильным, крепким, выносливым. Но очень часто забывают о том, что хорошие физические данные обусловлены тем образом жизни, который ведет семья. Результаты последних исследований подтверждают, что в современном высокотехнологичном обществе необходимо будет уделять гораздо больше внимания ЗОЖ, физическому развитию человека, поскольку становится все меньше стимулов для естественного движения. Мы живем в экономно построенных квартирах, темп современной жизни вынуждает нас часто пользоваться личным или городским транспортом, получать информацию с помощью радио, телевидения, интернета - все это требует крепкого здоровья. Учеба и сидячая работа обуславливают необходимость двигательной компенсации - с помощью занятий физкультурой и спортом, игр, активного отдыха. В связи с этим мы обязаны научить наших детей своевременно и полностью использовать благотворное воздействие физических упражнений - как жизненную необходимость в противовес « болезням цивилизации ». ⁱⁱ

«Берегите здоровье смолоду!»- эта пословица имеет глубокий смысл. Формирование здорового образа жизни должно начинаться с рождения ребенка для того чтобы у человека уже выработалось осознанное отношение к своему здоровью.

Условия, от которых зависит направленность формирования личности ребенка, а также его здоровье, закладываются в семье. То, что прививают ребенку с детства и отрочества в семье в сфере нравственных, этических и других начал, определяет все его дальнейшее поведение в жизни, отношение к себе, своему здоровью и здоровью окружающих.

Поэтому родители должны сами воспринять философию ЗОЖ и вступить на путь здоровья.

Существует правило: "Если хочешь воспитать своего ребенка здоровым, сам иди по пути здоровья, иначе его некуда будет вести!".

Отталкиваясь от вышесказанного нам стало интересно, какой образ жизни у нас ведет рабочая молодёжь. И мы провели анкетирование, **целью** которого являлось выявить желание у рабочей молодежи заниматься спортивной деятельностью, обнаружить проблемы в занятиях спортом и ведении здорового образа жизни и составить проект.

Задачи:

1. Выявить, знания молодежи о понятии здоровых образам жизни
2. Установить отношение молодежи к здоровому образу жизни
3. Узнать желание вести здоровый образ жизни
4. Выявить попытки и желание молодежи к ведению здоровый образ жизни
5. Определить причины, барьеры, мешающие вести здоровый образ жизни

Предмет исследования: Влияние причины, барьеры, которые мешают вести здоровый образ жизни.

Объект исследования: работники и родители в возрасте до 35 лет МБДОУ № 82.

Предмет исследования желание у рабочей молодежи заниматься спортивной деятельностью.

Выдвигалась гипотеза, что большинство молодежи не занимается спортом, из-за нехватки финансовых средств, времени, и из-за не достаточности мест в городе, где можно было бы заниматься спортивной деятельностью.

База исследования: Забайкальский край, город Чита, МБДОУ № 82.

Методы исследования: анкетирование.

Результаты и их обсуждение. В период с 29 октября по 3 ноября 2015 года, нами было проведено социологическое исследование на тему «Предпочтения молодежи в спортивно-оздоровительной деятельности» среди работников МБДОУ № 82, г. Чита

Общее количество респондентов – 20 человек, из них 20 - девушек. Возраст респондентов – 19- 34 лет.

1 Вопрос (таблица.1)

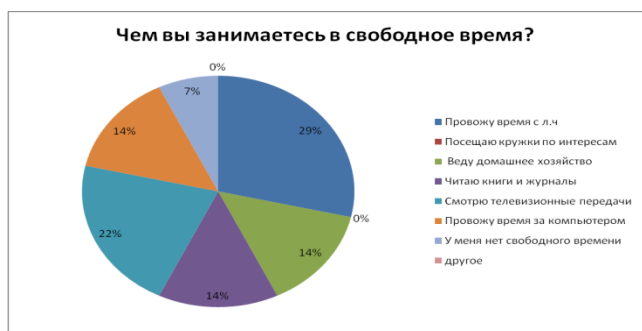
Вывод: было опрошено 20 человек: из них 100% женщины.

2 Вопрос: Сколько вам лет?(таблица 2)

Жен	1 (5%)	4 (20)	3 (15)	3 (15)	2 (10)	2 (10)
	19	22	25	30	33	35

15%, 3 человека у них возраст 30 лет – 15 %, 2 человека имеют возраст 33 года – 10% и у двух человек возраст составляет 35 лет – 10%.

3 Вопрос (диаграмма 1)

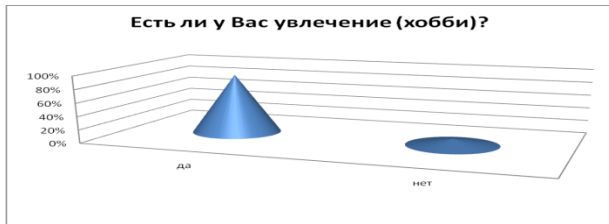


Вывод: Следующий вопрос дал нам такие ответы: 19 лет 1 человек (5%), 4 человека имеют возраст 22 года это 20 %, у трех человек возраст составляет 25 лет это

15%, 3 человека у них возраст 30 лет – 15 %, 2 человека имеют возраст 33 года – 10% и у двух человек возраст составляет 35 лет – 10%.

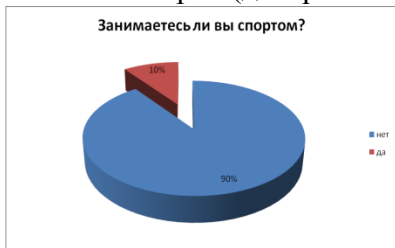
Вывод: Чем Вы занимаетесь в свободное время? Респонденты ответили, что проводят свободное время, по разному смотрят телевизионные передачи 22%, 29 % проводят время с любимыми человеком, 14 % ответили что ведут домашнее хозяйство, 14% читают книги и журналы, 14% проводят время за компьютером, и у 7% свободного времени нет.

4 Вопрос (диаграмма 2)



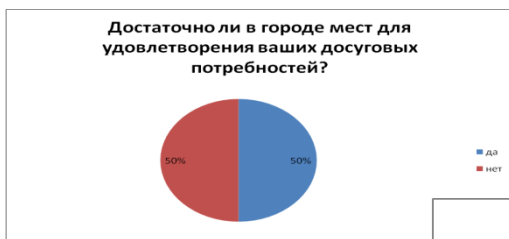
Вывод: у 80% есть любимое занятие, и у 20% увлечений нет.

5 Вопрос (диаграмма 3)



Вывод: 90% не занимаются спортом, и 10% им занимаются.

6 Вопрос (диаграмма 4)



Вывод: Мнение респондентов расходятся 50% на 50%.

7 Вопрос (диаграмма 5)



Вывод: 60% ответили, что хотели бы заняться одним из видов спорта, на вопрос «а зачем мне это нужно». Дали положительный ответ - 0%, 10% ответили, что не хотели бы заниматься спортом, и 30% затрудняются с ответом.

8 Вопрос (диаграмма 6)



Вывод: 100% могут и посещают

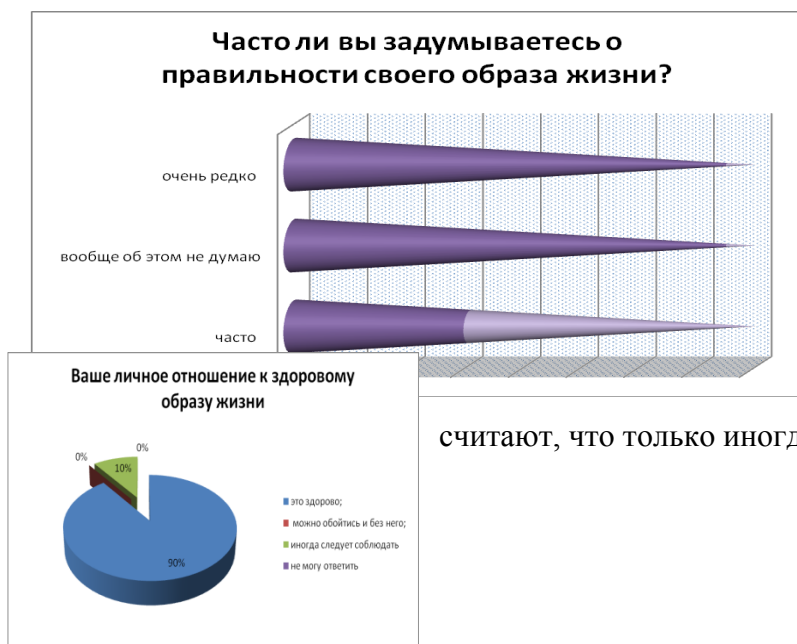
Вывод: 100% считают, что здоровый образ жизни способствует успеху в других сферах человеческой деятельности.

9 Вопрос (диаграмма 7)



различные спортивные секции, 45% не могут посещать спортивные секции, т.к. нет времени, и 45% не посещают, потому что не хватает финансовых ресурсов.

10 Вопрос (диаграмма 8)



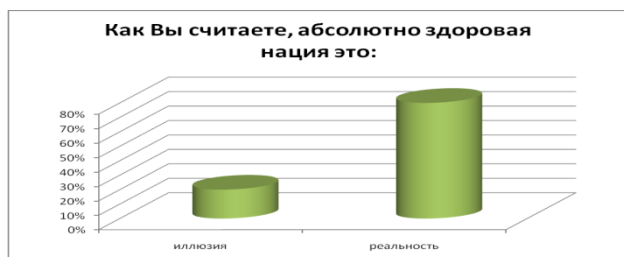
Вывод: 30% часто задумываются над правильностью своего образа жизни, 35% об этом задумываются очень редко, 35% вообще не думают о правильности своего образа жизни.

11 Вопрос (диаграмма 9)

Вывод: 90% считают, что это правильно: соблюдать и вести здоровый образ жизни, и 10%

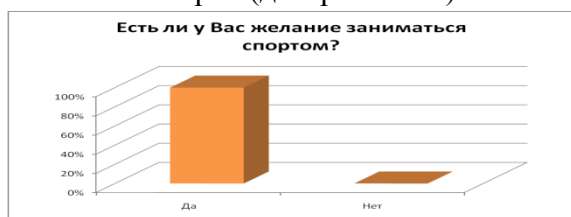
считают, что только иногда следует соблюдать.

12 Вопрос (диаграмма 10)



Вывод: 20% считают, что это иллюзия и 80% считают, что это реальность.

13 Вопрос (диаграмма 11)



Вывод: 100% респондентов ответили, что желание есть.

Выводы: Можно считать, что данная гипотеза частично подтвердилась.

И исходя из этих данных был разработан проект, который был апробирован и реализован на базе детского сада весь учебный год и могли посещать рабочая молодёжь, и родители воспитанников. Нами были проведены мероприятия: спортивные соревнования с привлечением всех членов семьи, утренняя гимнастика вместе с родителями, консультации на тему ЗОЖ, забеги на дистанции, аэробные занятия, сдача сотрудниками норм ГТО, товарищеские встречи спортивными командами МБДОУ № 75, выступление на фестивале «Музыкальный квартал» и т.д..

В результате реализации проекта мы имели возможность частично приобщать рабочую молодёжь к здоровому образу жизни.

Список литературы

1. «Досуг и статус» [Текст] // Молодежь - СПб., 2002 . - №10. - С. 24. -Ежемесячно.
2. Андреева Г.М. Социальная психология [Текст] / Г.М. Андреева. - М.: Аспект пресс, 1998. - С.137-303.
3. Бестужев-Лада И.В. Молодость и зрелость: Размышления о некоторых социальных проблемах молодежи [Текст] / И.В. Бестужев-Лада. - М.: Политиздат, 1984.
4. Бутенко И.А. Качество свободного времени у богатых и бедных / И.А.Бутенко // Социологические исследования. 1998, № 7.
5. Библиотека “Ихтиотека” [Электронный ресурс]. - Режим доступа: www.zdorovoe-pokolenie-zdorovoe-gosudarstvo.– Загл. с экрана (18.05.2011).
6. Библиотека “Детского сада” [Электронный ресурс]. - Режим доступа: www.zdorovyuy-obraz-zhizni-v-seme.

УДК 616.053.2-085:616.233/248

Потапова Н.Л.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

Актуальность бронхиальной астмы в настоящее время не вызывает сомнений. Это связано со многими причинами, прежде всего, с высокой частотой данного заболевания и серьезными экономическими потерями [2,3]. Анализ микросимптомов, данных анамнеза представляется самым важным в ранней диагностике дебюта бронхиальной астмы и, следовательно, своевременной тактике мероприятий вторичной и третичной профилактики.

Схожесть симптомов поражения дыхательных путей вследствие ряда анатомо-физиологических особенностей раннего возраста с проявлениями бронхиальной астмы (БА) нередко приводит к поздней диагностике заболевания, дебют под маской рецидивирующего бронхообструктивного синдрома проходит мимо, что является фактором более тяжелого течения болезни в последующем [1,4,6].

Цель исследования. Целью настоящей работы явился анализ особенностей дебюта бронхообструктивного синдрома у детей при БА разной степени тяжести.

Материалы и методы. С целью комплексной клинико – анамнестической оценки проведено обследование 190 детей, больных БА. Все пациенты находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении.

Критериями включения явились: дети в возрасте от 3 до 16 лет; установленный ранее или первично диагноз БА легкой, средней или тяжелой степени тяжести. Диагноз бронхиальной астмы выставлялся в соответствии с рекомендациями Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики».

Критерии исключения: наличие сопутствующих тяжелых декомпенсированных заболеваний, способных оказать влияние на результаты исследования.

С учетом возрастных особенностей детского организма было выделено 3 группы детей. Распределение детей по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение детей по возрасту и полу (n/%)

Возрастные группы	3-6 лет	7-11 лет	12-16 лет	Всего
Мальчики	23	34	37	94 (49,5%)
Девочки	28	46	22	96 (50,5%)

Итого:	51(26,8%)	80 (42,1%)	59 (31,1%)	190 (100%)
--------	-----------	------------	------------	------------

В общей совокупности соотношение мальчиков и девочек было 1:1. В разные возрастные периоды это соотношение менялось. В дошкольном возрасте несколько преобладали девочки (1,2:1). Наибольшая частота встречаемости БА пришлась на вторую возрастную группу - в данной возрастной группе девочек было незначительно больше – 1,3:1. В старшей возрастной группе соотношение мальчиков и девочек было 1,7:1, соответственно. Вероятно, преобладание мальчиков связано с наличием большей доли неблагоприятных факторов (активное курение), а также от меньшей ответственности по выполнению врачебных рекомендаций по сравнению с девочками.

Анамнестическое исследование проводилось следующим образом: беседа с родителями, ребенком и обязательный ретроспективный сбор анамнеза (анализ формы 112). При этом учитывались семейный атопический анамнез, указание на наличие рецидивирующего бронхообструктивного синдрома, симптомов бронхиальной гиперреактивности, связь появления затруднения дыхания с действием конкретного аллергена, эффективность бронхолитических препаратов. Немаловажное значение уделялось характеру сенсibilизации в раннем возрасте, наличию неблагоприятных бытовых факторов (пассивное курение, проживание в частном доме с печным отоплением, присутствие домашних животных, плесени, пыльцевая сенсibilизация).

Физическое развитие ребенка, наличие/отсутствие деформаций грудной клетки давали представление о длительности и выраженности бронхообструктивного синдрома.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладной статистики «Биостат». Статистически значимыми считались различия при уровне $P < 0,05$.

Результаты. Длительность БА с момента диагностирования во всех группах составила от 1 до 13 лет. Однако наименьшая длительность заболевания наблюдалась при легком течении БА и составила 2,4 года; при БА тяжелого течения средняя продолжительность заболевания составила 5,7 лет.

Постановка диагноза в группе легкой БА, так же как и возраст дебюта обструктивного синдрома, в основном приходится на возраст старше 6 лет, иначе говоря, здесь имеет место развитие так называемой «поздней» астмы. Однако при среднетяжелом течении БА картина меняется: появляется тенденция к более раннему появлению бронхообструктивного синдрома и установлению диагноза БА. В этой группе рецидивирующий бронхообструктивный синдром в возрасте до 6 лет выявлен у 66,2% детей (в возрасте от 1 до 3 лет – у 26% больных, с 3 до 4 лет – у 9,6%, с 4 до 6 лет – у 30,6% детей). В группе с тяжелым течением бронхообструктивный синдром в возрасте до 6 лет выявлен у подавляющего числа пациентов - 78,5% детей. Дебют и постановка диагноза в группе пациентов с тяжелой БА лидировали в группе раннего возраста и составили 40% - «ранняя» астма. Данные показатели свидетельствуют о тенденции к формированию более тяжелого течения болезни при раннем дебюте клинических симптомов. Персистенция обструктивного синдрома у детей школьного возраста в группе тяжелой бронхиальной астмы составила около 21%.

Несомненно, процесс диагностирования облегчается при учете дополнительных признаков – атопических факторов. Однако, состояние коморбидности с другими аллергическими заболеваниями формирует более тяжелое течение БА. Оказалось, что дебют БА в раннем возрасте при тяжелом течении болезни в 62% сочетался с пищевой сенсibilизацией, в 36% с лекарственной. Проявления поливалентной аллергии у пациентов с легкой БА в период дебюта встречались реже, что, отчасти, и определило более легкие проявления (таблица 2).

Таблица 2

Сенсибилизация к разным аллергенам в зависимости от степени тяжести БА на момент дебюта заболевания (n/%)

Сенсибилизация	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая
Пищевая	39(67%)	42(68%)	43(62%)
Эпидермальная	9(16%)	12(19%)	16(23%)
Лекарственная	15(26%)	14(23%)	25(36%)
Бытовая	11(19%)	17(28%)	18(26%)
Пыльцевая	6(10%)	16(26%)*	11(15%)

* $P < 0,05$ – достоверность различий с легкой БА по критерию углового преобразования Фишера.

Постановка диагноза БА является лишь первым этапом в организации лечения данного заболевания. Необходимо отметить, что степень комплаенса на начальном этапе определяет дальнейшее развитие заболевания, степень тяжести, адекватный мониторинг. Анализ социально-экономических факторов позволил установить, что среди детей с тяжелым течением доля семей с низким социальным уровнем, безработицей, алкоголизмом встречались в 2/3 случаев. Наличие сопутствующих аллергических заболеваний, таких как аллергический ринит, атопический дерматит, при тяжелом течении встречались достоверно чаще, чем при легкой БА - 44,6% и 24%, соответственно ($P < 0,01$) (таблица 3).

Таблица 3

Отягощающие факторы на момент дебюта БА в зависимости от степени тяжести (n/%)

Факторы риска 1	Бронхиальная астма		
	2	3	4
	Легкая n=58	Среднетяжелая n=62	Тяжелая n=70
Внешнесредовые факторы			
- неблагоприятные условия проживания (деревянный дом, наличие грибка)	27 (46,5%)	27 (43,5%)	35 (50%)
- наличие домашних животных	18 (31%)	19 (30,6%)	21 (30%)
Курение			
- пассивное	32 (55%)	42 (68%)	40 (57%)
- активное	1 (1,7%)	2 (3,2%)	6 (8,6%)
Психо – социальные факторы			
Неполная семья	17 (29%)	25 (40%)	28 (40%)
Неблагополучная семья	14 (24%)	29 (46%)**	29 (41%)*
Сопутствующие заболевания			
- аллергический ринит	14 (24%)	24 (38,7%)*	31 (44,6%)**
- атопический дерматит	10 (17%)	9 (14,5%)	13 (18,6%)
- аллергический конъюнктивит	2 (3,5%)	-	1 (1,4%)

* $P < 0,05$; ** $P < 0,01$ – достоверность различий с группой детей, больных легкой БА по критерию углового преобразования Фишера.

В случае формирования тяжелого течения диагноз рецидивирующего бронхита с обструктивными проявлениями регистрировался в сроки, в среднем, на 1 год превышающие сроки постановки диагноза БА - $6,8 \pm 0,5$ и $5,7 \pm 0,4$ (лет), соответственно. Необходимо

отметить, что в этот период времени рецидивирующая обструкция у большинства пациентов (около 2/3 детей) наблюдалась 3 и более раз, что могло привести к реализации «проастиматического» действия инфекционного агента. По нашему мнению, такая ситуация обусловлена меньшей настороженностью медицинских работников к проявлениям бронхообструктивного характера в раннем возрасте в связи с анатомо-физиологическими особенностями дыхательной системы у детей до 3 лет.

Анализ гендерных особенностей выявил в группе мальчиков наибольшую частоту дебюта БА в возрасте до 6 лет – 62,7%. Доля девочек, заболевших до 6 лет, составила 53,1%. Длительность бронхообструктивного синдрома и заболевания была достоверно выше в группе мальчиков ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Начало бронхообструктивного синдрома в возрасте до 3 лет чаще приводит к формированию тяжелого течения бронхиальной астмы.

2. Факторами, способствующими формированию более раннего дебюта при тяжелом течении, являются наличие сопутствующих хатопических заболеваний и неблагоприятные социальные факторы.

3. Постановка диагноза несколько запаздывает, что требует практической подготовки врачей в плане дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома.

Список литературы:

1. Багишева Н.В. Оценка уровня диагностики бронхиальной астмы на амбулаторном этапе // 14 национальный конгресс по болезням органов дыхания: сборник тезисов, 22-26 июня 2004 г. – М., 2004. – С. 309.

2. Геппе Н.А. Актуальность проблемы бронхиальной астмы у детей // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. - 2012. – Т. 91, №3. – С. 76-82.

3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», 4-е изд., перераб. И доп. – М. : «Оригинал-макет», 2013. – 184 с.

4. Соколова Л.В. Диагностические ошибки при бронхиальной астме у детей // Пульмонология. – 2002. - №1. – С. 72-77.

5. Сюракшина М.В. Медико-биологические факторы риска возникновения бронхиальной астмы у детей первых лет жизни // Пути повышения эффективности медицинской помощи детям: Сборник материалов X Съезда педиатров России, 8-10 февраля 2005 г. – М., 2005. – С. 519.

6. Почивалов А.В. Трудности и ошибки диагностики БА у детей // 14 национальный конгресс по болезням органов дыхания: сборник тезисов, 22-26 июня 2004 г. – М., 2004. – С. 327.

УДК 373.24:372.366

Сараева Н.И.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИДАКТИЧЕСКИХ ИГР – КАК МЕТОД ОЗНАКОМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С АЗБУКОЙ ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ

МБДОУ «Детский сад №73», г. Чита. Россия

Дошкольное детство - короткий, но важный период становления и развития ребенка. Основной вид деятельности детей дошкольного возраста - игра, в процессе которой развиваются духовные и физические силы ребенка; его внимание, память, воображение, дисциплинированность, ловкость. Дидактическая игра — одна из форм обучаемого воздействия педагогов на ребенка, такая деятельность, смысл и цель которой дать детям определенные знания и навыки, развитие умственных способностей. Дидактические игры в педагогическом процессе играют двоякую роль: во-первых, они являются методом обучения, во-вторых,- самостоятельной игровой деятельностью. В качестве первого они широко

используются в непосредственно-образовательной деятельности по ознакомлению детей с окружающим, с живой природой, по формированию элементарных математических представлений, развитию речи в целях обучения детей определенным способам умственных действий, систематизации, уточнения и закрепления знаний. При этом содержание игры и её правила подчинены образовательным задачам, выдвигаемым конкретными программными требованиями того или иного вида образовательной деятельности. В обоих случаях педагог руководит дидактическими играми, но роль различна. Если на занятиях воспитатель учит детей, как надо играть, знакомит с правилами и игровыми действиями, то в самостоятельных играх воспитанников он участвует в качестве партнера или арбитра, следит за их взаимоотношениями, оценивает поведение. Значение дидактических игр по здоровому питанию: являются средством воспитания (с их помощью воспитатель воздействует на все стороны личности ребенка); выполняют обучающую функцию (являются средством первоначального обучения дошкольников, умственного воспитания); развивают сенсорные способности детей (вкус, запах), (с помощью игр по ознакомлению детей со вкусовыми качествами); развивают речь детей (расширяется и активизируется словарь, формируется правильное звукопроизношение, развивается связная речь, умение правильно высказывать свои мысли); формируют представления о продуктах питания, о нормах поведения за столом, о положительных и отрицательных качествах личности; воспитывают уважение к человеку труда, вызывают интерес к трудовой деятельности, желание самим трудиться; способствуют физическому развитию (вызывают положительный эмоциональный подъем, хорошее самочувствие, развивается и укрепляется мелкая мускулатура рук). Какие же игры использовать в обучении у детей азбуке правильного питания.

- «Готовим обед». Цель игры: дать представление детям о продуктах, употребляемых в вареном, жареном, консервированном и сыром видах; закрепить алгоритмы приготовления салатов.

- «Шеф – повар». Цель игры: учить детей подбирать продукты для традиционных русских блюд, составлять рецепты таких блюд, как щи, уха, окрошка, каши; упражнять детей в составлении рецептов различных блюд.

- «Чудо – дерево». Цель игры: формировать умение классифицировать продукты (молочные, мясные, зерновые ит.д.); выбирать продукты, наиболее полезные для личного здоровья каждого ребенка, учить ориентироваться в многообразии молочных, мясных, зерновых продуктов, их составе; формировать представление о незаменимости молочных (зерновых) продуктов, составляющих рацион питания.

- «Приготовь блюдо». Цель игры: учить составлять блюда, подбирать кубики с изображением отдельных продуктов для составления из них определенного блюда.

- «Что нам нужно каждый день». Цель игры: формировать представление о том, какую функцию выполняют продукты в организме человека; учить ориентироваться в продуктах питания по степени их полезности организму в зависимости от жизнедеятельности конкретного человека, его образа жизни, здоровья.

- «Кубики «вкуснятина». Цель игры: дать детям представление о многообразии продуктов питания: фрукты, овощи, сладости, мучные изделия, продукты животного и растительного происхождения; учить детей классифицировать кубики, объединяя изображения по общему признаку; развивать логическое мышление.

- «Торт – неваляшка». Цель игры: закрепить знания детей о том, какие продукты наиболее полезны человеку каждый день; уточнить представление о важности регулярного питания, соблюдения режим питания; упражнять детей в подборе блюд для завтрака, обеда, полдника и ужина; закрепить знание продуктов – основных источников витаминов А, С, В; формировать у детей представление о важности правильного питания как основной части сохранения и укрепления здоровья.

- «Кто из гостей ведет себя не правильно?». Цель игры: формировать представление о правилах этикета во время приёма пищи.

- «Найди слова». Цель игры: найти и составить слова из чего состоит наша пища; закрепить название основных источников питательных веществ.

Таким образом, дидактическая игра здорового питания это одна из форм обучаемого воздействия педагогов на ребенка, это своего рода азбука правильного питания, такая деятельность, смысл и цель которой дать детям знания и навыки по культуре питания.

УДК 372.366

Синькова Л.Н.

ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ МЫШЦ РЕЧЕВОГО АППАРАТА

МБДОУ «Детский сад №73», г. Чита, Россия

Безусловно, все знают, что дети должны правильно питаться и что питание наших детей должно быть сбалансированным и витаминизированным. Организация диеты для детей с речевыми нарушениями - одно из натуропатических средств их коррекции. Исходя из того, что практически любое речевое нарушение – суть нарушение нервной системы ребенка, логично предположить, что пища, благотворно влияющая на развитие нервной системы, уравнивание процессов корковой нейродинамики также окажет положительный эффект в системе речевого воспитания ребенка.

Особенно вредно отражается на развитии речи у маленького ребенка, как это установлено профессором Н. И. Красногорским, расстройство пищеварения и питания, так как при этом резко падает образование условных рефлексов. Даже относительно легкие нарушения питания задерживают нормальное развитие речи. Более резко такое влияние сказывается в первые три года жизни ребенка. Как показал опыт в этих случаях, кроме задержки в развитии речи, новые речевые рефлексы (звуки, слова, фразы) образуются медленно, отличаются неустойчивостью, часто они надолго пропадают, а затем медленно восстанавливаются; звуки и слова плохо дифференцируются и поэтому долго смешиваются, речь становится невнятной, нечленораздельной.

Все органы, принимающие участие в образовании звуков речи, должны работать правильно и согласованно. Точность, сила и дифференцированность движений этих органов развиваются у ребенка постепенно, в процессе речевой деятельности. Прежде чем заговорить, малыш должен натренировать мышцы речевого аппарата. Это происходит, когда он гулит, лепечет, дышит, глотает, сосет грудь, жует. Замечено, что дети, находившиеся на грудном вскармливании, сталкиваются с речевыми трудностями реже искусственников, а те, которых своевременно приобщали к твердой пище, говорят намного четче сверстников, которых чуть ли не до школы пичкали жидкими кашами и протертыми овощами.

Основными органами артикуляции являются язык, губы, челюсти (верхняя и нижняя), твердое и мягкое нёбо, альвеолы. Из них язык, губы, мягкое нёбо и нижняя челюсть являются подвижными, эти речевые органы состоят из мышц, следовательно, они поддаются тренировке, остальные – неподвижными. Главным органом артикуляции является язык.

Язык богат мышцами, делающими его весьма подвижным: он может удлиняться и укорачиваться, делаться узким и широким, плоским и выгнутым.

Губы представляют собой очень подвижное образование. Активно участвуют и обеспечивают артикуляцию звуков, которым соответствуют тот или иной уклад языка. С помощью изменения размера и формы, губы активно обеспечивают артикуляцию гласных звуков.

Итак, составляя меню для ребенка, имеющего речевые нарушения, а также для их профилактики следует исходить из следующих параметров:

1. Для здоровья нервной системы важен хороший и спокойный сон, для которого ребенку должно хватать магния. Следовательно, ребенок должен пить минеральную воду с достаточным содержанием магния, либо пить очищенную жесткую, богатую минералами воду своего региона (в кипяченой воде магний, скорее всего, не обитает). Магния много в семечках, посему логично заменить привычные покупные конфеты самодельными, включая в их состав семечки. Приготовить такие конфеты просто: нужно взять сырые очищенные семечки подсолнечника, изюм, натуральный мед (при аллергии – яблочный пектин), сырые кунжут, мак и кокосовую стружку, молотую корицу. И все смешать. Либо купить их в магазине. Другим рецептом с семечками могут стать: цукини, приготовленные в аэрогриле, уложенные слоями с помидорами и тыквенными семечками. Достаточно магния в ужине, включающем печеный картофель с зеленью. Важно помнить, что чрезмерное употребление рафинированного сахара (и сладостей на его основе) препятствует усвоению магния из продуктов.

2. В рационе ребенка углеводы не должны преобладать над белками.

3. Строителями являются холин и лецитин. Этими веществами богаты яйца, печень, рыба и молоко. Кстати, если ребенок гиперактивен, и это мешает его речевому развитию, либо его нервная система слишком лабильна, и Вы наблюдаете у него появление судорожных запинки. Полезным будет пить теплое молоко перед сном в течение 2-3 недель. Большой эффект эта процедура будет иметь в сочетании с расслабляющим массажем и ванной перед сном.

4. Одним из самых важных витаминов для ЦНС являются витамины группы В. Именно их в последнее время модно назначать детям с задержкой речевого развития в таблетированной форме (например, Нейромультивит), однако с учетом высокой вероятности возникновения аллергических рекомендаций, можно начать с активного включения в рацион ребенка продуктов их содержащих.

Чтобы получать витамин В1 – пейте хлебный квас всей семьей. Не напиток, купленный в магазине или приготовленный из квасного сусла, а сделанный Вами на хлебных сухарях. Достаточно много витамина В1 содержится в гречневой и овсяной крупах.

Опять же для хорошего сна и настроения нужен достаток витамина В3.

Биологическая роль витамина В6 состоит в синтезе нейромедиаторов, улучшении состоянии клетки печени и нервных волокон. Детям с дизартрией необходимо принимать этот витамин для улучшения трофики ткани (что повысит эффективность логопедического массажа). Достаточно велико его содержание в шпинате, из которого можно сделать вкусные оладушки: шпинат отварить и измельчить в пюре, добавить молоко, муку грубого помола, фруктозу, морскую соль и яйцо. Быстро обжарить. Добавляя в привычные салаты проростки пшеницы также можно повысить уровень потребления этого важного витамина.

Витамин В12 – один из основных для профилактики и коррекции задержки речевого развития, алалии, т.к. участвует в синтезе миелина (именно его недостаток является одной из важных причин указанных нарушений). Витамин плохо усваивается при приеме внутрь, улучшает всасывание одновременный прием фолиевой кислоты. Для усвоения необходимо разводить употребление цитрусовых, перца и других продуктов, богатых витамином С.

Основные пищевые источники витамина В 12: кисломолочные продукты, яйца, соя, дрожжи, зеленые части растений (ботва репы, редиса, моркови), салаты, зеленый лук, говяжья печень

За последние годы увеличился процент детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи. В современном обществе родители стали кормить детей «по-новому»: суп пюре в блендере, сосиски, сок и вода через трубочку, фруктовые пюре. Дети не умеют откусывать твердую пищу, пережевывать ее боковыми зубами, поэтому у них слабые мышцы артикуляционного аппарата, а, следовательно, недоразвитие речи.

На родительских собраниях, заседаниях родительских клубов мы даем консультации о правильном питании, о том, как развивать мышцы речевого аппарата не специфическими способами: жевать мясо (а не только сосиски, котлеты); жевать сырые овощи (редис, морковь, брюкву, турнепс); лизать языком с блюдца варенье, сметану, йогурт для распластывания языка; чистить зубы и десны – это приучает к инородному телу во рту, снижается степень проявления рвотного рефлекса; полоскать рот; жевать боковыми зубами; сосать сухарики из хлеба, булки (соленые); лизать эскимо.

И наконец, важно соблюдать режим в питании (принимать пищу в одно и то же время), что формирует ритм деятельности нервной системы – профилактика заикания, а также не забывать знакомить ребенка как с названиями продуктов, так и вербализовать запахи (пряный, тухлый и т.п.), вкус (острый, кисло-сладкий), действия при приготовлении (тереть, выжимать и пр.).

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что пища не только благотворно влияет на развитие нервной системы, уравнивание процессов корковой нейродинамики, но и оказывает положительное влияние на систему речевого воспитания ребенка.

УДК 373.2

Тюхменёва Л.В.

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ РЕБЁНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ДОШКОЛЬНИКА
МБДОУ ЦРР «Детский сад №70», г. Чита Россия**

В настоящее время одной из приоритетных задач, стоящих перед педагогами, является сохранение здоровья детей в процессе воспитания и обучения.

Проблема раннего формирования культуры здоровья актуальна, своевременна и достаточно сложна. Именно до 7 лет человек проходит огромный путь развития, не повторяемый на протяжении последующей жизни. Именно в этот период идет интенсивное развитие органов и становление функциональных систем организма, закладываются основные черты личности, отношение к себе и окружающим. Важно на этом этапе сформировать у детей базу знаний и практических навыков здорового образа жизни, осознанную потребность в систематических занятиях физической культурой и спортом.

От чего же зависит здоровье ребенка? Здоровье зависит на 20% от наследственных факторов, на 20% — от условий внешней среды, т. е. экологии, на 10% — от деятельности системы здравоохранения, а на 50% — от самого человека, от того образа жизни, который он ведет. Если на первые 50% здоровья мы, воспитатели, повлиять не можем, то другие 50% мы можем и должны дать нашим воспитанникам.

Так как под здоровым образом жизни понимается активная деятельность человека, направленная на сохранение и улучшение здоровья, то к этой активности следует отнести такие компоненты как правильное питание, рациональная двигательная активность, закаливание организма и сохранение стабильного психоэмоционального состояния. Именно эти компоненты должны быть заложены в основу фундамента здорового образа жизни дошкольника.

Основные аспекты здорового образа жизни ребенка дошкольного возраста:

- Оптимальный двигательный режим.

Необходимо чтобы дети имели возможность систематически двигаться. Для этого нужно способствовать развитию основных двигательных качеств, поддерживать в течение всего дня работоспособность на высоком уровне. Однако нужно учитывать, что здоровый образ жизни дошкольников предполагает чередование активных и спокойных игр, так что разумный баланс между двигательной активностью и отдыхом должен быть сохранен.

Формами организации оздоровительной работы являются: самостоятельная деятельность детей, подвижные игры, утренняя гимнастика, двигательно-оздоровительные физкультминутки, физические упражнения после дневного сна, физические упражнения в сочетании с закаливающими процедурами, прогулки, спортивные праздники, оздоровительные процедуры в водной среде (*бассейн*).

- Личная гигиена

Гигиеническая культура столь же важна для человека, как и умение, разговаривать, писать, читать. Важно, чтобы ребенок усвоил, что в его теле нет органов, отделов ненужных, некрасивых, что обо всех частях тела надо одинаково постоянно заботиться и в первую очередь содержать в чистоте. Приучать ребёнка к тому, что у него есть своя расчёска, своя постель, свой носовой платок, своё полотенце, своя зубная щётка. Подводить детей к пониманию того, что соблюдение чистоты тела важно не только для охраны личного здоровья, но и здоровья окружающих.

Обучение организовывать не только на занятиях, но и в повседневной жизни, когда возникают ситуации, наталкивающие детей на принятие решения по этой проблеме. Необходимо уделить серьезное внимание культурно-гигиеническим навыкам, сформировать привычки правильного умывания, вытирания, ухаживания за полостью рта, пользования носовым платком, правильного поведения при кашле и чихании.

- Закаливание

Закаливание - один из наиболее эффективных методов повышения сопротивляемости детского организма резким колебаниям температуры воздуха и, что особенно важно, так называемым простудным заболеваниям. Для закаливания используются факторы внешней среды – воздух, вода, солнце. Основной принцип закаливания – постепенное воздействие на организм тренирующих факторов, выработка выносливости к нарастающим по силе и длительности воздействиям.

Существуют несколько обязательных правил:

Во-первых, любые закаливающие процедуры надо проводить систематически. При нерегулярном их проведении организм не может выработать необходимые реакции. Закаливание нельзя проводить как бы впрок. Если закаливающиеся процедуры прекращаются (обычно в холодное время года, то сопротивляемость организма снижается. Поэтому при изменении условий, связанных с сезоном года, следует не отменять закаливающие процедуры, а просто несколько изменить их.

Во-вторых, следует соблюдать принцип постепенности в увеличении силы раздражающего воздействия. Это необходимо для успешного приспособления организма к изменяющимся условиям. Особенно важна постепенность при закаливании детей раннего возраста, организм которых не способен быстро реагировать на холодные факторы.

В-третьих, очень важно учитывать индивидуальные особенности ребенка, его реакцию на применяемые раздражители. Закаливание можно проводить только при положительном отношении ребенка к процедуре.

Необходимо учитывать состояние здоровья ребенка, особенности его высшей нервной деятельности. Более осторожно проводить закаливание ослабленных и часто болеющих детей.

- Профилактика заболеваний у дошкольников

Зимой дети чаще, чем в теплое время года болеют различными простудными заболеваниями. Для того, чтоб количество заболеваний было минимальным, проводятся специальные профилактические мероприятия.

Профилактика детских простудных заболеваний включает в себя иммунизацию детей, прием витаминных, гомеопатических и др. препаратов, способствующих повышению иммунитета детей; систематическое проветривание, кварцевание и влажная уборка помещений; закаливание детей; регулярные физические упражнения и прогулки на свежем воздухе.

Значительное влияние на здоровье ребенка оказывает воздушная среда помещений. Потребность детей в чистом и свежем воздухе очень велика, так как большая частота и малый объем дыхательных движений сочетается у них с высокой потребностью в кислороде. Большую роль в предупреждении заболеваний органов дыхания и голосового аппарата играет правильное дыхание - через нос. При носовом дыхании воздух, прежде чем попасть в гортань, бронхи и легкие, проходит через узкие, извилистые носовые пути, где очищается от пыли, микробов и других вредных примесей, увлажняется и согревается. Этого не происходит при дыхании через рот.

- Профилактика повреждений и травм у дошкольников

Только совместными усилиями детского сада и семьи можно добиться снижения уровня детского травматизма!

В раннем детстве (*1-3 года*) главным в развитии ребенка является стремление к самостоятельному познанию окружающей действительности. Основные двигательные навыки у детей этого возраста (*ходьба, лазание, бег*) находятся в стадии становления. Повреждения в этом возрасте обусловлены недостаточным развитием простейших двигательных навыков, неумением сориентироваться в окружающей обстановке.

У детей в возрасте 4-6 лет формируются начальные формы самосознания, появляется стремление к самостоятельному удовлетворению своих потребностей, к действиям без помощи взрослых. Однако, отсутствие знаний об окружающей обстановке, собственного опыта является причиной того, что дети берутся выполнять действия, которые еще не освоили в полной мере, которые для них еще слишком сложны, что приводит к получению ими травм.

Физическое развитие ребенка имеет существенное значение в предупреждении травм. Установлено, что хорошо физически развитые дети, ловкие, с хорошей координацией движений редко получают травмы. Поэтому необходимо уделять значительное внимание физическому воспитанию детей. Учитывая, что часто источником травмы у ребенка становится сверстник, важно воспитывать у детей чувство гуманности, доброты к окружающим, в том числе другим детям.

Особое значение следует уделять формированию у детей навыков безопасного поведения. С этой целью возможно проведение тематических игр и занятий, на которых дети обучаются навыкам обращения с ножницами, иглами, другими бытовыми режущими и острыми предметами, обсуждаются рассказы, картинки, на которых показаны какие-нибудь травмоопасные ситуации из жизни детей.

- Режим дня

Правильный, соответствующий возрастным возможностям ребенка режим укрепляет здоровье, обеспечивает работоспособность, успешное осуществление разнообразной деятельности, предохраняет от переутомления. У ребенка, приученного к строгому распорядку, потребность в еде, сне, отдыхе наступает через определенные промежутки времени и сопровождается ритмическими изменениями в деятельности всех внутренних органов. Организм как бы заблаговременно настраивается на предстоящую деятельность.

В течение суток активность и работоспособность ребенка не одинакова. Их подъем отмечается 8-12 ч и 16-18 ч, а период минимальной работоспособности приходится на 14-16

ч. Неслучайно, поэтому, занятия, вызывающие выраженное утомление детей, планируются в первую половину дня, в часы оптимальной работоспособности.

Правильное физическое воспитание в сочетании с отвечающим гигиеническим требованиям режимом дня, достаточной продолжительностью сна и разумным питанием - залог нормального роста и развития ребенка.

- **Правильное питание**

В детском возрасте особенно велика роль питания, когда формируется пищевой стереотип, закладываются типологические особенности взрослого человека. Именно поэтому от правильно организованного питания в детском возрасте во многом зависит состояние здоровья.

Рациональное питание детей является одним из основных факторов внешней среды, определяющих нормальное развитие ребенка. Оно оказывает самое непосредственное влияние на жизнедеятельность, рост, состояние здоровья ребенка, повышает устойчивость к различным неблагоприятным воздействиям. В связи с важностью такого компонента питания, как регулярность, в выходные и праздничные дни родителям надо рекомендовать придерживаться того же распорядка приема пищи, что и в дошкольном учреждении.

«То, что упущено в детстве, никогда не возместить в годы юности, и тем более в зрелом возрасте». В. А. Сухомлинский

УДК 376.3

Хамутова Н.А.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ, В УСЛОВИЯХ МБДОУ ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА.

МБДОУ «Детский сад №58» г. Чита, Россия.

24 сентября 2008 года Россия подписала Конвенцию о правах инвалидов, из которой следует, что «Действующее законодательство в настоящее время позволяет организовывать воспитание и обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в обычных образовательных учреждениях, не являющихся коррекционными, вместе с детьми, не имеющими нарушений развития».

Федеральный закон «Об образовании» в Российской Федерации определил инклюзивное образование как «обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей». На основании Федерального закона впервые в системе дошкольного образования был разработан и утвержден приказом Минобрнауки России от 17.10.2013 года № 1155 Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования, который нормативно обеспечивает государственные гарантии равенства возможностей для каждого ребенка в получении дошкольного образования. В структуре, содержании документа инклюзивное образование получило приоритетное положение в системе дошкольного образования.

Наш детский сад - общеразвивающего вида, но в соответствии с ФГОС ДО, ФЗ «Об образовании в РФ» инклюзивное образование является одним из основных направлений деятельности. В период с 2013 по 2016 год в нашем образовательном учреждении наряду с детьми без нарушений в развитии воспитывались и обучались дети с ограниченными возможностями здоровья.

В данный момент перед нами встал вопрос компетенции в оказании образовательных услуг детям с нарушением зрения. Статистика неумолимо растет в отношении числа таких детей. В мае 2016 года наш детский сад посещало уже 8 детей с нарушениями зрения. Причем с абсолютно разными диагнозами. Это: амблиопия, астигматизм, атрофия зрительного нерва, миопия. Все это повлекло за собой глубокое изучение данного вопроса и

выстраивание совместной работы нашего МБДОУ с центрами и садами города Читы в сфере услуг для детей с нарушением зрения («Детский сад №87», «Забайкальский Центр детей – инвалидов»).

Зрение человека (зрительное восприятие) – способность человека воспринимать информацию путем преобразования энергии электромагнитного излучения светового диапазона, осуществляемая зрительной системой; самый мощный источник знаний об окружающем мире, о явлениях, происходящих вокруг (по разным данным, от 80% до более 90% информации человек получает с помощью зрения).

Зрительная система ребенка закладывается задолго до его рождения – в 1-2 месяц развития зародыша в утробе матери. П.Г. Светлов выделяет критические периоды развития эмбриона – периоды, в которые могут возникнуть аномалии развития органов, в том числе и органа зрения. Результаты экспериментальных исследований и клинических наблюдений свидетельствуют о том, что нарушения в развитии глаза могут быть врожденными (дисфункция обмена веществ в период вынашивания ребенка, влияние ряда медицинских препаратов (хлорид лития, роданид натрия и т.п.), гипоксия, диагностическая рентгенография беременных, инфекционные болезни (негативное воздействие бактериальных и вирусных микроорганизмов, например, перенесенный грипп или воздействие паразитов на нервную систему ребенка), генетическая предрасположенность, врожденные опухоли мозга доброкачественного характера, избыточное или длительное введение гипогликемических сульфаниламидов при сахарном диабете); и приобретенными (травмы и ушибы головного мозга, родовые травмы, кровоизлияние как внутриглазное, так и внутричерепное, повышенное глазное давление, последствия перенесенных заболеваний, недоношенность (по данным ВОЗ около 10 % новорожденных недоношены)).

Во всем мире примерно 19 миллионов детей сталкиваются с подобными нарушениями развития, что позволяет говорить о проблемах с развитием зрения, как о патологии, имеющей глобальное распространение (данные приведены ВОЗ). Почти у 65% малышей легко диагностировать патологию и скорректировать зрение в дошкольном детстве, именно в тот период, когда происходит стремительное развитие и формирование главных жизненных функций человека.

Невидящие и слабовидящие малыши очень ранимы и уязвимы, поэтому они требуют особого подхода в плане обучения и воспитания. Они не могут самостоятельно приобрести такой же сенсорно - перцептивный опыт, как нормально видящие дети. Вследствие чего они испытывают неуверенность, раздражительность, затруднение ориентировки в пространстве, что приводит к гиподинамии, закомплексованности, нарушениям коммуникативной функции.

Поэтому коррекционная работа ДОУ должна строиться как многоуровневая система, обеспечивающая целостный, комплексный, дифференцированный, регулируемый процесс управления всем ходом психофизического развития и восстановления зрения на основе стимуляции всех потенциальных возможностей детей с нарушением зрения.

Специфичность коррекционной работы заключается во взаимосвязи и взаимодействии коррекционной работы со всеми видами детской деятельности, в компенсаторном развитии средствами деятельности, в интеграции ребенка в общество зрячих на основе сложившихся у него социально-адаптивных форм общения и поведения, в индивидуальном подходе к каждому ребенку.

Все эти условия создаются в ДОУ. Однако зачатки коррекционной работы коренятся в семье. Родителям необходимо понимать, что в целях сохранения остаточного зрения следует соблюдать режим дня, питания, отдыха; ограничивать время просмотра телепередач, игры за компьютером. Кроме того, правильное воспитание отношения родителей к детям имеет большое значение для их всестороннего развития. Далее, когда ребенок поступает в детский

сад, с родителями проводятся индивидуальные консультации различных специалистов: логопеда, психолога, дефектолога и т.д. многолетний опыт доказывает, что взаимодействие с родителями слабовидящих детей приводит к более успешным результатам воспитанников.

Особенности логопедической работы.

Зрение отличается от других органов чувств тем, что зрительная работа может быть представлена на трех уровнях: сенсорном (ощущения), перцептивном (восприятие) и апперцептивном (представления). Логопеду важно знать, что все средства должны быть направлены на приобретение ребенком умений и навыков, необходимых ему для осуществления ориентировки в окружающем мире, и формировать их надо на позитивном интересе к окружающему миру.

Логопедические занятия должны сториться на безусловном принятии ребенка таким, какой он есть «здесь и сейчас», с использованием методов и приемов для снятия отрицательного фона в настроении, в привитии ребенку желания заниматься с интересом.

Необходимо стремиться развивать у детей желание достигать положительный результат в любом варианте взаимодействия с окружающим миром. Это очень важно для становления здорового психического состояния детей. Поэтому логопед должен использовать элементы психогимнастики и мимических разминок у зеркала, включая так же в процесс познания сохранные анализаторы.

Поскольку дети, имеющие нарушения зрения, значительно менее внимательны при прослушивании заданий, рассеянны, имеют низкий уровень произвольности, повышено возбудимы, а так же характеризуются замедленностью зрительного анализа и синтеза, недостаточностью зрительного контроля и др., им требуется многократное повторение инструкции (от 2 до 6 раз), непосредственный индивидуальный подход.

С детьми с нарушением зрения логопед должен осуществлять коррекционную работу по обогащению зрительных впечатлений о предметном мире (демонстрация пособий, отражающих соотношение формы фигур с реальными предметами в целях конкретизации предметных представлений детей). Игры: «На что похоже?» (предмет, его форма), «Чем отличается?» (форма предмета, его цвет) и т.д.

При монокулярном характере зрения у детей с амблиопией и косоглазием отмечаются затруднения в усвоении учебного материала, где необходима зрительная ориентировка, поскольку нарушены глазодвигательные функции и следствием чего являются трудности в предметно-практических действиях.

В этих случаях логопед в своей работе должен использовать задания, требующие прослеживания элементов в ряду : «Какой по счету?», «Назови все желтые предметы», «Перечисли только овощи».

Широкие возможности для развития зрительно-пространственной ориентировки представлены в логопедической работе в разделе предположно-падежного управления при использовании предлогов. Ведь только при точном понимании и использовании ребенком в речи предлогов (из, под, над, из-за, на, с (со), из-под, к) и таких понятий, как «выше - ниже», «дальше - ближе», «близко - далеко», «слева - справа», можно утверждать, что ребенок относительно адекватно отражает окружающее пространство.

Дети с нарушением зрения очень часто испытывают затруднения при описании предмета, составлении рассказа по серии сюжетных картинок, при пересказе и тем более затрудняются в собственном речевом творчестве вследствие сниженной остроты зрения, нарушенной функции цветоразличения, бинокулярности, стереоскопичности зрения, что так же отражается на скорости, точности, полноте зрительного анализа и синтеза.

Как отмечает Плаксина Л.И., дети с нарушением зрения не всегда правильно понимают взаимосвязи и взаимозависимости в предметном мире, затрудняются в классификации и дифференцировке по их общим отличительным или специфическим свойствам.

Наблюдения свидетельствуют, что у детей с нарушенным зрением отмечается в разной степени общая моторная недостаточность, а так же нарушение координации пальцев кисти руки, замедленность и застревание на одной позе.

Поэтому для логопеда, работающего с такими детьми, важно большое внимание уделить развитию и совершенствованию тонких движений пальцев рук, как особой подготовке руки ребенка к письму. Пальчиковые игры, активизирующие тонкую моторику и отображающие реальность окружающего мира, могут быть в виде инсценировки сказок, историй, потешек; в виде различных заданий в тетрадях (обводка по трафаретам, штриховка по образцу, раскрашивание контурных изображений и т.п.), а так же в виде упражнений с различными предметами (застегивание пуговиц, различного вида шнуровки на лекалах, упражнения с мозаикой, конструктором, выкладывание предметов из спичек, семечек, круп, ракушек и т.п.).

Безусловно, при выстраивании всей системы логопедической работы важно знать возможности актуального и потенциального развития каждого конкретного ребенка. Предлагаемая ребенку деятельность с учетом его «зоны ближайшего развития» (Л.С. Выготский), по мнению профессора Плаксиной Л.И., должна быть направлена на раскрытие тех психофизических возможностей ребенка с нарушенным зрением, которые он сам в себе раскрыть не может.

Список литературы:

1. Ковалев В.А. «Методика профилактики зрительного утомления и развитие зрительных способностей».
2. Парамонова Л.А. «Примерная образовательная программа «Истоки».
3. Плаксина Л.И. «Развитие зрительного восприятия в процессе предметного рисования у детей с нарушением зрения»
4. «Программа специального (коррекционного) образовательного учреждения для детей с нарушением зрения»/ под ред. Плаксиной Л.И.

УДК 373.2

Шишкина А.Н.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ В СЕМЬЕ.

МДОУ «Детский сад «Сказка», п. Карымское, Забайкальский край, Россия

Каждый **родитель** хочет видеть своих детей **здоровыми и счастливыми**, но далеко не все задумываются о том, как сделать, чтобы их дети жили в ладу с собой, с окружающим миром, с людьми. А между тем секрет этой гармонии прост - **здоровый образ жизни**. Он включает в себя и поддержание физического **здоровья**, и отсутствие вредных привычек, и правильное питание, и альтруистическое отношение к людям, и радостное ощущение своего существования в этом мире, и стремление оказать помощь тем, кто в ней нуждается.

Как правило, результатом **здорового образа жизни являются** физическое и нравственное **здоровье**. Они тесно связаны между собой. Не случайно в народе говорят:

«В здоровом теле – здоровый дух»

Психологи и педагоги давно установили, что самым благоприятным возрастом для формирования полезных привычек является дошкольный и младший, школьный. В этот период ребенок значительную часть проводит дома, в семье, среди своих родных, чей **образ жизни**, стереотипы поведения становятся сильнейшими факторами формирования их представлений **о жизни**. Вот почему именно в семье закладываются основы **многообразных** отношений к себе и своему **здоровью**, к **здоровью близких**, к людям, к труду, к природе. *«Дети – зеркало души»* - говорят в народе. Ребенку нужна помощь взрослых, чтобы сформировать навыки, необходимые для организации своей **жизни**

в будущем. Здоровый образ жизни – это радость для больших и маленьких в доме, но для его создания необходимо соблюдение нескольких условий.

Одно из важных – создание благоприятного морального климата в семье, что проявляется в доброжелательности, готовности простить и понять, стремлении прийти на помощь, сделать приятное друг другу, в заботе о **здоровье членов семьи**.

Второе условие – тесная, искренняя дружба детей и **родителей**, их стремление постоянно быть вместе, общаться, советоваться. Общение – великая сила, которая помогает **родителям** понять ход мыслей ребенка и по первым признакам определить склонность к негативным поступкам, чтобы вовремя предотвратить их.

Третье условие – повышенное внимание к состоянию **здоровья всех членов семьи**. Однако не следует забывать о пользе простых правил, соблюдение которых помогает сохранять **здоровье**. Это утренняя зарядка вместе со старшими членами семьи, пробежка вокруг дома, совместные прогулки, проветривание помещений и соблюдение правил личной гигиены.

Когда взрослые, взяв детей за руки, идут, отвечая на вопросы детей, делая маленькие открытия, они показывают примеры бережного отношения к природе и тем самым вызывают в душе ребенка не только удивление и восхищение, но и уважение к окружающему миру.

Таким **образом, здоровый образ жизни** всех членов семьи в настоящем – залог счастливой и благополучной **жизни** ребенка в гармонии с миром в будущем.

Что нужно делать, чтобы быть здоровым.

1. Новый день начинайте с улыбки и утренней разминки.
2. Соблюдайте режим дня.
3. Лучше умная книга, чем бесцельный просмотр телевизора.
4. Любите своего ребёнка - он ваш. Уважайте членов своей семьи, они – попутчики на вашем пути.
5. Обнимать ребёнка следует не менее 4 раз в день, а лучше 8 раз.
6. Не бывает плохих детей, бывают плохие поступки.
7. Положительное отношение к себе - основа психологического выживания.
8. Личный пример **здорового образа жизни** - лучше всякой морали.
9. Используйте естественные факторы закаливания - солнце, воздух и воду.
10. Помните: простая пища полезнее для **здоровья**, чем искусственные яства.
11. Лучший вид отдыха - прогулка с семьей на свежем воздухе.
12. Лучшее развлечение для ребёнка - совместная игра с **родителями**.

Здоровье Вашего ребенка является важнейшей ценностью и наша общая задача – сохранить и укрепить его.