

Здоровье – это способность противостоять воздействиям инфекции, физических, химических и психических факторов окружающей среды.

Современное определение здоровья ребенка содержит пять признаков:

- **адаптируемость** – приспособляемость к окружающей среде;
- **равновесие** – способность организма функционировать во внешней среде, сохраняя гомеостаз (постоянство внутренней среды);
- **благополучие** – состояние душевного и физического покоя, вызванное благоприятным протеканием всех жизненных процессов ребенка;
- **гармоничность** – уравновешенность всех функций, обеспечивающих наиболее успешное протекание роста и развития организма;
- **способность функционировать** – главная составляющая практического понимания здоровья, отражающая степень согласованности всех вышеперечисленных признаков, обеспечивающих высокий уровень биологической и социальной активности и трудоспособности человека.

На основе этих признаков *здоровье* можно рассматривать *как способность организма выполнять биологические и социальные функции*, как свойство, присущее любому состоянию организма – от оптимального «благополучного» до экстремального (болезнь). Сегодня уже признано, что рассматривать здоровье через его противоположность – болезнь, некорректно, так как ее наличие или отсутствие свидетельствует лишь об утрате или не утрате части здоровья.

Гармоничное взаимоотношение ребенка с окружающей средой формирует гармонично развитого, здорового ребенка, способного выполнять свои общественные функции.

До сих пор нет точного объяснения, что входит в понятие «здоровый ребенок». Это связано с широтой индивидуальных колебаний важнейших показателей жизнедеятельности организма, а также с многообразием факторов, влияющих на здоровье человека. Не установлена окончательно и соподчиненность факторов, определяющих здоровье ребенка.

Что же влияет на здоровье и физическое состояние воспитанников детских дошкольных учреждений? В качестве ведущих можно выделить следующие факторы:

- **среда обитания**, в том числе психологический микроклимат в детском дошкольном учреждении и дома. В понятие «среда обитания» вкладываются

жилищно-бытовые условия, пребывание в ДООУ (площадь на одного ребенка, набор помещений, коммунальные условия, тип застройки, степень озеленения участка и т. д.), квалификация обслуживающего персонала, определяющая морально-психологический климат в коллективе, влияние антропогенных факторов (загрязнение окружающей среды и т. д.);

- **питание в детском дошкольном учреждении**, которое покрывает 90 % суточной потребности ребенка в еде, определяется полноценностью, сбалансированностью суточного рациона, правильным распределением пищи в течение дня, обеспечивающим наиболее полное ее потребление и усвоение;

- **двигательный режим**, с которым связаны гиподинамия и гипокинезия, имеющие место в детских дошкольных учреждениях, либо вследствие пребывания большого количества детей в замкнутых помещениях, либо в результате малоподвижного образа жизни.

Специфические ее проявления – уменьшение энергообмена и потребности в пище, отрицательный азотистый баланс, перестройка жирового обмена с тенденцией к увеличению доли жирового компонента в массе тела, деминерализация костной ткани. В результате изменяется общая способность организма реагировать на воздействие извне, снижается его сопротивляемость заболеваниям, развивается астения, падает физическая работоспособность и устойчивость к стрессовым воздействиям;

- **специфический иммунитет ребенка**, формирующийся в результате плановой иммунопрофилактической работы в детском дошкольном учреждении. Иммунопрофилактика является единственным средством предупреждения массовых инфекций, передающихся воздушно-капельным путем. Особенно важна иммунопрофилактика в предупреждении таких заболеваний, как туберкулез, дифтерия, коклюш, скарлатина, полиомиелит;

- **уровень неспецифической резистентности (сопротивляемости заболеваниям) организма ребенка**. К нему относятся нарушения обмена веществ, дефицит по отдельным питательным веществам (белкам, витаминам, микроэлементам), избыточное питание, гиподинамия и гипокинезия, нарушения нормального течения психических и физиологических процессов. При этом особое значение имеет закаливание;

- **уровень санитарной культуры детей, родителей и обслуживающего персонала** детского дошкольного учреждения, который определяет стереотип «здорового» поведения в быту и в детском

учреждении. Санитарная грамотность – составная часть санитарной культуры, хотя на практике широко распространен вариант поведения – «знать, но не делать». Санитарная культура предполагает наличие обеих составляющих – «знать и делать». Формирование санитарной культуры детей состоит в их повседневном гигиеническом воспитании, родителей – в целенаправленной санитарно-просветительной работе, обслуживающего персонала – в повышении уровня санитарной грамотности и совершенствовании контроля за выполнением санитарно-гигиенических, эстетических и этических норм и правил;

• **уровень медицинского обслуживания детей** в детском дошкольном учреждении зависит от качества специальной подготовки медицинского персонала. К сожалению, в настоящее время подготовка медработников для ДОО оставляет желать лучшего. Единственным критерием, отражающим профессиональную компетентность и врача, и среднего медицинского работника детского учреждения, является стаж работы.

На сегодня при всем многообразии публикаций по вопросам организации медицинского обслуживания детей в ДОО нет *единой комплексной системы* по этому вопросу. А она должна быть стержнем всей работы медперсонала, педагогического и младшего обслуживающего персонала детских учреждений для достижения конечной цели – высоких показателей физического развития и здоровья детей. Залогом успеха медицинского обслуживания детей в дошкольных образовательных учреждениях является эффективное информационное обеспечение. В этом вопросе сегодня ощущается «информационный голод».

Эффективность медицинского обслуживания детей в ДОО зависит также от медицинской оснащенности и медицинского снабжения медпунктов детских учреждений, а их в настоящее время явно не хватает;

биологические (наследственные) факторы как степень риска нарушения здоровья детей связаны, главным образом, с вредными привычками матери и отца, инфекционными заболеваниями, перенесенными матерью во время беременности, недоношенностью, асфиксией в родах и т. д. Они в значительной степени влияют на процессы жизнедеятельности детского организма, повышают возможность развития патологии. Такие дети «группы риска» требуют повышенного внимания к себе со стороны медработников ДОО, разработки индивидуальных оздоровительных

мероприятий. В полном объеме индивидуальная оздоровительная и профилактическая работа в отношении всего контингента детей практически невозможна. Поэтому вся система оздоровительной и профилактической работы в ДООУ разрабатывается в расчете на среднестатистического ребенка. Таким образом, окружающая среда, воздействующая на ребенка в условиях детского дошкольного учреждения, определяет уровень его здоровья. Большой диапазон колебаний функционального состояния органов и систем, поддерживающих жизнеспособность организма в пределах нормы, получил название *адаптации*. Основой здоровья, отражающего физиологическое состояние организма в окружающей среде, является степень его адаптации к этой среде. Взаимосвязь понятий «здоровье-болезнь» определяет «болезнь» как состояние дизадаптации, проявляющееся в различных формах.

Общий дисбаланс организма с окружающей средой проявляется в отклонении от нормы физического развития. Не случайно физическое развитие в статистике здоровья относится **к прямым показателям здоровья.**

Болезнь – это форма частного дисбаланса организма с окружающей средой, выявляющаяся по принципу «где тонко, там и рвется». В статистике заболеваемость во всех ее формах относится **к косвенным показателям здоровья.**

Выраженное отклонение в физическом развитии и особенно возникшее заболевание представляют собой крайние формы дизадаптации организма, в которых медицинское вмешательство носит уже не профилактический, а лечебный или оздоровительный характер. **Оздоровительные программы включают в себя комплекс мер, направленных на предупреждение обострения и тяжести течения заболеваний у детей или донозологических состояний с высоким риском развития.** Реализация этих программ осуществляется, главным образом, среди детей диспансерной группы и часто болеющих детей.

Профилактические программы направлены не на предупреждение конкретных заболеваний, а на снижение вероятности их развития (дети в период адаптации к ДООУ, в восстановительном периоде после перенесенных заболеваний и т. д.).

Такое уточнение изложенных, на первый взгляд общеизвестных, понятий необходимо для обоснования правильного методического подхода к

разработке профилактических и оздоровительных программ в детских организованных коллективах.

При формировании здоровья детей в детских дошкольных учреждениях ведущую роль играет диагностика **донозологических (предболезненных) состояний у детей**, таких, которые уже не могут быть оценены как норма и в то же время еще не являются заболеванием. Активное профилактическое вмешательство именно на этой стадии состояния организма дает наибольший эффект при наименьших материальных затратах.

Разработка комплексной системы медицинского обслуживания в детских дошкольных учреждениях – цель этого пособия. Систематизация накопленного опыта и знаний помогла разработать такую систему теоретических и практических положений, когда с одной стороны, определена деятельность медицинского и педагогического персонала детских дошкольных учреждений, а с другой – не подавляется личная инициатива работников.

Предлагаемая комплексная система медицинского обслуживания детей в детских дошкольных учреждениях включает в себя:

- организацию и проверку состояния здоровья детей в динамике;
- разработку плановой профилактической и оздоровительной работы с детьми;
- режим питания детей в ДОУ;
- введение в режим дня обязательного ежедневного оздоровительно-игрового часа;
- совершенствование системы закаливания детей;
- повышение квалификации средних медицинских работников дошкольных образовательных учреждений.

Наибольший объем профилактической работы ложится на плечи педагогического и младшего обслуживающего персонала ДОУ, а медицинские работники выступают в роли методистов, планирующих, обучающих и контролирующих проведение этой работы. К сожалению, это не всегда адекватно воспринимается воспитателями и их помощниками, которые часто отказываются выполнять некоторые оздоровительные мероприятия (раздача детям поливитаминов, индукторов кальция, элеутерококка, проведение точечного массажа, отдельных закаливающих процедур и т. д.).

Конечный результат позволяет мобилизовать весь коллектив учреждения на борьбу за здоровье детей. От показателя заболеваемости и посещаемости детей должно зависеть и материальное поощрение работников ДОУ.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Методика исследования физического развития детей

Антропометрическое обследование и определение степени физического развития по его оценочным таблицам (стандартам) входит в обязанности среднего медицинского работника и воспитателя, а их интерпретация – в обязанности врача учреждения. Исследование физического развития детей проводится по единой унифицированной методике, в первую половину дня и на обнаженных детях. Это неотъемлемая часть медицинского осмотра. Периодичность и рекомендуемые единые сроки проведения антропометрических исследований зависят от возраста обследуемых:

- от 1 года до 3 лет – *ежеквартально*, с 20 по 30 марта, июня, сентября и декабря;
- от 3 до 7 лет – *2 раза в год*, с 20 по 30 мая и ноября.

Как правило, оценка физического развития обследованных детей ограничивается сопоставлением их размеров тела со стандартами физического развития (соматометрия). В этом случае ведущими антропометрическими признаками являются рост, вес и окружность грудной клетки в паузе (т. е. при свободном дыхании). У детей до 3 лет в программу антропометрического обследования включается исследование окружности головы, но оно несет лишь терапевтическую информацию и к оценке физического развития отношения не имеет.

Одним из основных требований при проведении антропометрических исследований является их строгая унификация. Лишь единообразие приемов, использование точного, предварительно выверенного инструментария могут обеспечить достоверность полученных результатов. Все обследования производят на обнаженном ребенке, в светлом, теплом помещении, в первую половину дня, так как длина тела к концу дня уменьшается на 1–2 см в связи с уплощением свода стопы, межпозвоноковых

хрящей, снижения тонуса мускулатуры, а вес увеличивается в среднем на 1 кг. Температура воздуха в смотровых помещениях ДООУ должна быть не менее 20 °С^[1], а число освидетельствованных должно составлять не более 60–80 человек в сутки.

Измерение длины тела производят с помощью вертикального деревянного ростомера. Ребенок устанавливается спиной к его вертикальной стойке, касаясь последней пятками, ягодицами и межлопаточной областью (*но не затылком!*); голова ребенка находится в положении, при котором нижний край глазницы и козелок уха расположены в одной горизонтальной плоскости, перпендикулярной стойке ростомера. Подвижная планка ростомера опускается до полного соприкосновения с верхушечной точкой головы (без надавливания) и затем снимаются показания с точность до 1 см.

Определение массы тела проводится натощак или не ранее 1,5 ч после приема пищи на рычажных медицинских или электронных бытовых весах с точностью до 100 г.

Окружность грудной клетки измеряется прорезиненной сантиметровой лентой, которая должна время от времени заменяться новой, так как быстро изнашивается и вытягивается (рекомендуется заменять ее через 450–500 исследований). Лента накладывается сзади по нижним углам лопаток (они хорошо выявляются при поднятии рук вверх), спереди прикрывает нижние сегменты околососковых кружков. При измерении необходимо натянуть ленту, слегка прижав мягкие ткани. Конец ленты с началом отсчета должен находиться справа. При *измерении грудного периметра паузы* исследуемому предлагают громко считать или разговаривать. Точность измерения 0,5 см