




Запорожский государственный медицинский университет

**Кафедра общей гигиены и
экологии**

ЗАПОРІЗЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ



**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ
К УСЛОВИЯМ И ОРГАНИЗАЦИИ
УЧЕБЫ И ВОСПИТАНИЯ,
ОЗДОРОВЛЕНИЮ ОТДЕЛЬНЫХ
ГРУПП ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**
автор: Кирсанова Е.В.

ПЛАН

1. Изменения в состоянии здоровья и заболевания, которые предопределены действием факторов окружающей среды и учебно-воспитательного процесса.
2. Гигиенические требования к земельному участку и зданию учебных учреждений для детей с нарушениями состояния здоровья.
3. Гигиенические требования к планированию, оборудованию, микроклимату, вентиляции и освещению, а также санитарно-техническому благоустройству помещений учебных заведений для детей с нарушениями состояния здоровья.
4. Основные профилактические меры относительно улучшения условий учебно-воспитательного процесса и санитарно-гигиенических условий пребывания учеников в современных учебных и воспитательных учреждениях.

Согласно официальных документов в Украине ежегодный прирост количества детей-инвалидов представляет почти 10%. В структуре причин детской инвалидности на первом месте находятся заболевания нервной системы (23%), на втором - врожденные аномалии (21%), на третьем - нарушение психики (16%).



Согласно возрастной структуры подавляющее большинство составляют дети в возрасте 7-15 лет. Это 79% инвалидов с новообразованиями, 83% тех, которые имеют эндокринную патологию, 89% детей-инвалидов с психическими расстройствами, 74% - с болезнями нервной системы. Подавляющее большинство таких детей (около 89%) обслуживаются лечебно-профилактическими заведениями МОЗ и воспитываются дома.

Главными причинами детской инвалидности считают:

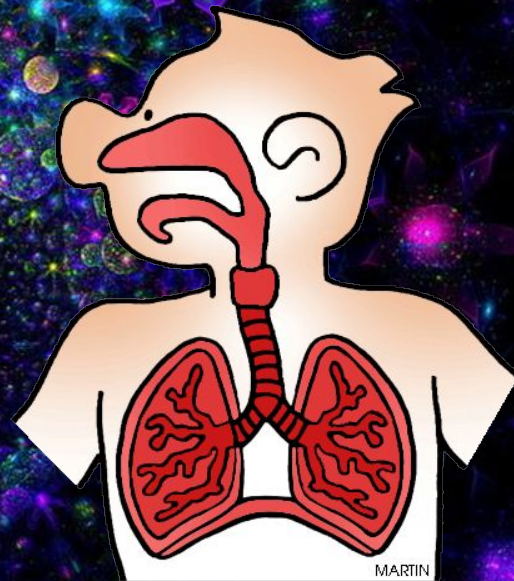
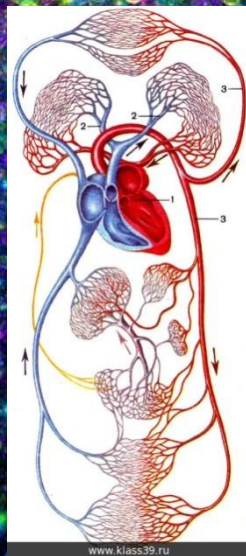
- осложнение беременности в результате разных неблагоприятных влияний (в том числе и экологических);
- рост тяжелых и хронических форм заболеваний;
- увеличение количества травм в результате урбанизации и войн;
- социально-экономические и другие факторы, которые вызывают рост заболеваемости детей.

Для детей с нарушениями в состоянии здоровья характерными является:

- снижение интенсивности обменных процессов и реактивности организма;
- уменьшение двигательной активности и гиподинамия;
- более быстрая утомляемость и снижение работоспособности во время учебы и труда;
- ухудшение адаптивных процессов;
- повышенная чувствительность к действию неблагоприятных факторов;

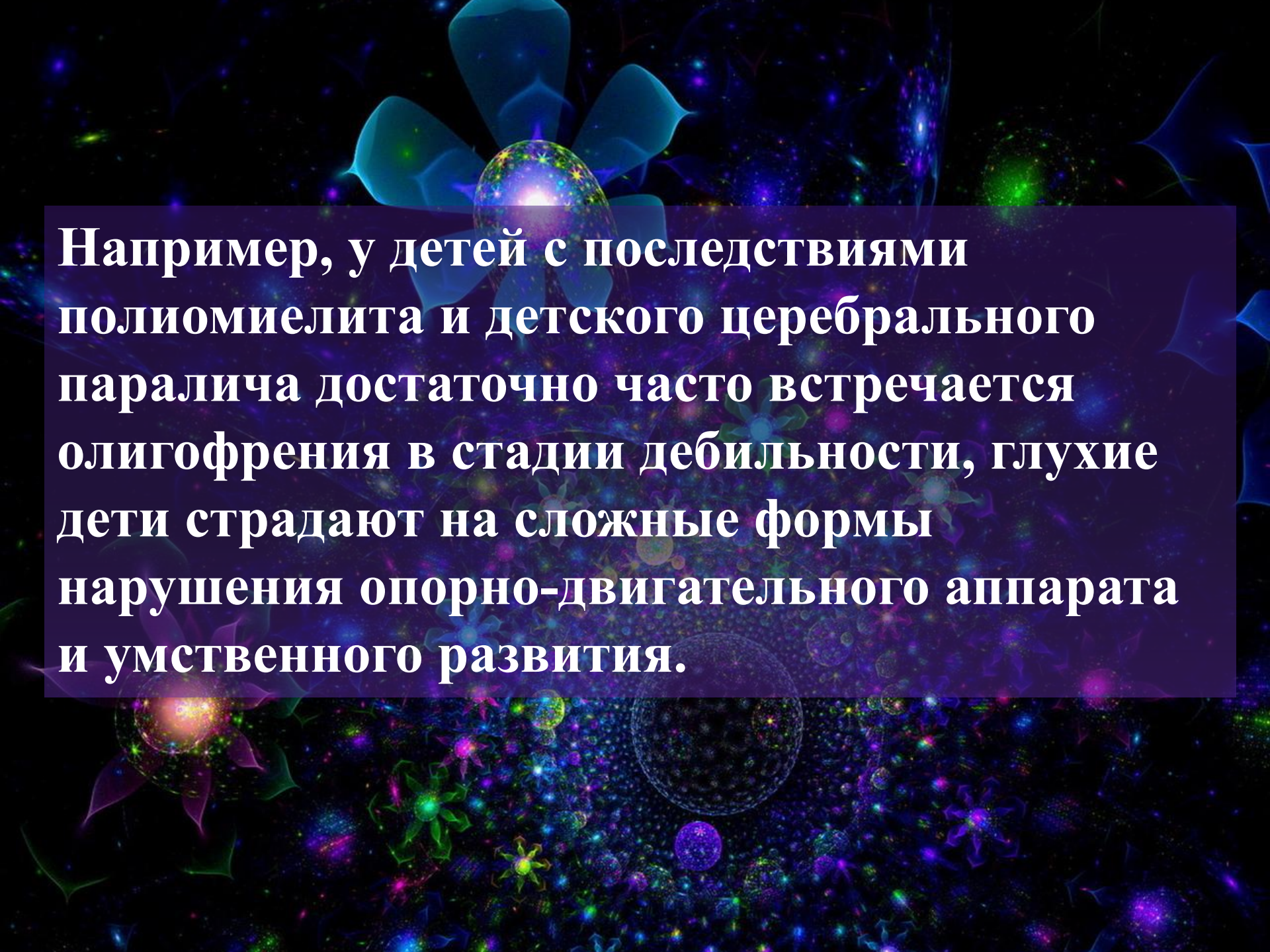
Например, дети, что болеют ревматизмом, в два раза чаще пропускают занятие и в три раза чаще остаются на второй год. Дети с малыми формами туберкулеза уже после второго урока имеют снижение работоспособности. Признаки усталости у таких детей появляются намного раньше, чем в здоровых (после 15-20 минут занятий). Дети с психоневрологическими отклонениями должны негативные изменения работоспособности практически с самого начала занятия за счет нарастания тормозных процессов.

-широкая распространенность (к 30%)
дисгармоничного физического развития за
счет избыточной массы тела и уменьшение
обвода грудной клетки;
-стойкие нарушения со стороны основных
органов и систем (сердечно-сосудистой,
дыхательной, нервной);



-возбуждение нервной системы происходит раньше и более выражено, чем в здоровых, на фоне быстрого истощения, потому частые нарушения сна, аппетита, головные боли, неустойчивость сосудистых реакций;

-основные нарушения часто сопровождается вторичными отклонениями психического, соматического или физического развития.



Например, у детей с последствиями полиомиелита и детского церебрального паралича достаточно часто встречается олигофрения в стадии дебильности, глухие дети страдают на сложные формы нарушения опорно-двигательного аппарата и умственного развития.

У детей со снижением слуха может быть недоразвивание вещания, снижения умственного развития, нарушения опорно-двигательного аппарата, снижения функциональных возможностей зрения. Нарушения зрения могут сопровождаться снижением умственного развития и ухудшением слуха. Особенности состояния здоровья этой группы детей обуславливают необходимость выделения их в отдельную группу.

Гигиенические требования к заведениям для детей с нарушениями в состоянии здоровья направленные на выполнение таких заданий :

- возведение к минимуму влияния неблагоприятных факторов окружающей среды;
- обеспечение медицинской, социальной, психологической реабилитации и адаптации таких детей;
- снижение риска возникновения обострений заболевания и ухудшения состояния здоровья.

Гигиенические исследования позволили обосновать основные принципы планирования и оборудования заведений для детей с нарушениями состояния здоровья, организации учебно-воспитательной работы с ними, а именно:

- специализация - соответствие профиля заведения отклонениям здоровья, состояния органов и систем;**
- учет степени выраженности изменений и отклонений при организации учебы;**

-сочетание учебно-воспитательной работы и комплекса лечебно-оздоровительных или лечебно-реабилитационных мероприятий;
-учета отклонений и нарушений в состоянии здоровья при проектировании и размещении заведения;
-дифференцированный и индивидуальный подход при реабилитации, оздоровлении, профессиональной адаптации;
-организация профессиональной ориентации для социальной адаптации детей.

Данная группа детей достаточно неоднородная, но наибольшие отличия связанные со степенью компенсации патологического процесса и уровнем функционального состояния органов и систем. С учетом этого выделяют три основных типа заведений для детей с нарушениями состояния здоровья :

1. лесные школы;
2. санатории и санаторно-оздоровительные заведения;
3. специализированы дошкольные воспитательные заведения и школы-интернаты.

Первые два типа заведений - это заведения для временного пребывания детей (сроком до 2-3 месяцев), они предназначены преимущественно для школьников с хроническими заболеваниями в стадии компенсации, которые относятся к третьей группе здоровья, детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и психоневрологическими расстройствами.

На это время до таких заведений могут направляться дети, которые часто и длительно болеют (вторая группа здоровья). Главная цель пребывания в этих заведениях - обеспечение клинического выздоровления и перехода к общеобразовательной школе.



Для детей дошкольного возраста возможная организация оздоровительного режима в заведениях компенсирующего или развивающего типа (или в аналогичных группах обычных воспитательных заведений).

Если нарушения в состоянии здоровья не позволяют посещать общеобразовательное заведение, ребенка необходимо направлять к специализированным заведениям интернатного типа.

Основные задания специализированных заведений интернатного типа :

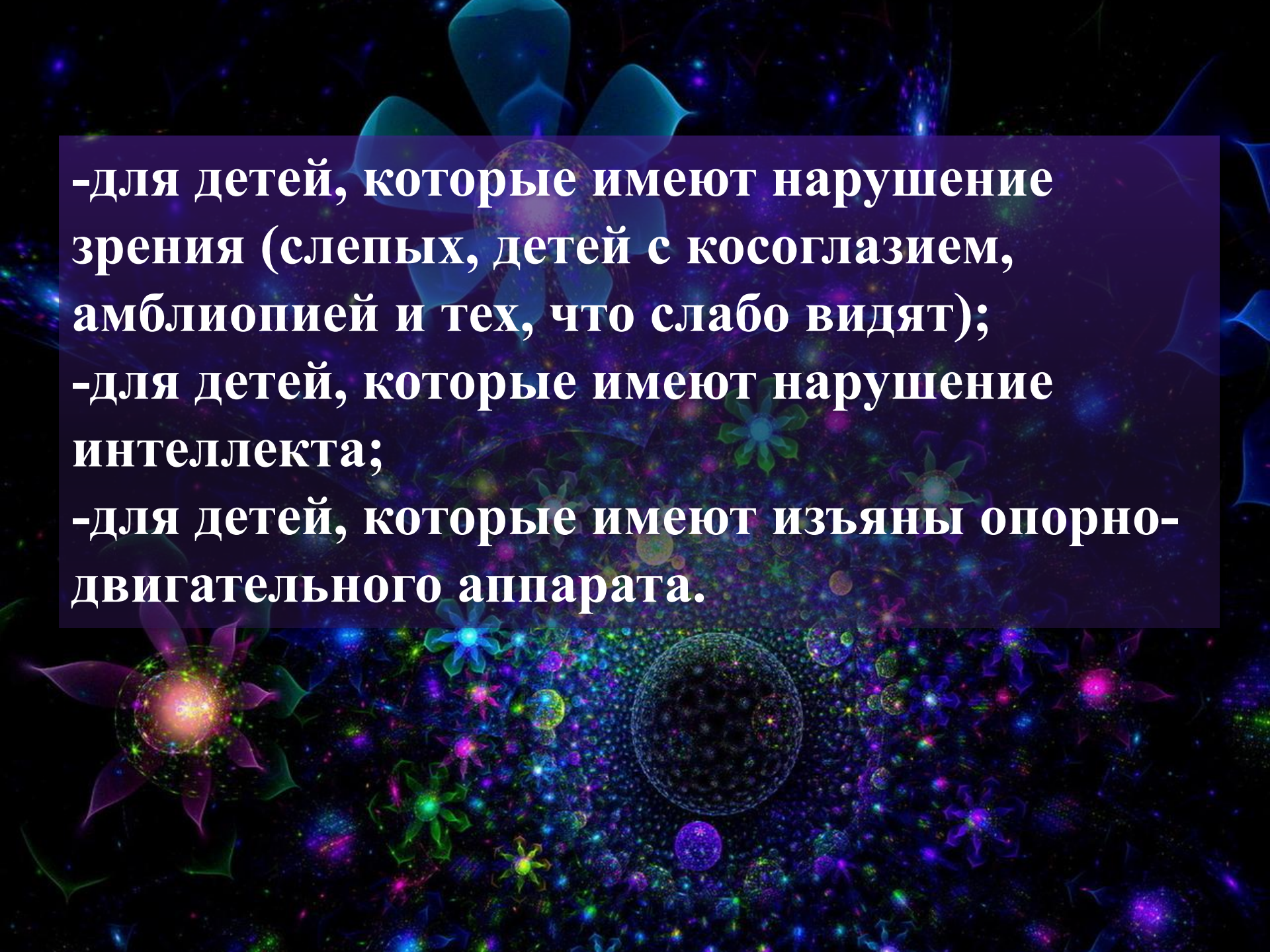
- организация учебы за специальными программами;
- целеустремленная профориентация и первичная профессиональная подготовка;
- коррекция имеющегося порока или дефекта;
- сохранение и развитие остаточных функций;
- профилактика заболеваний со стороны других органов и систем;
- лечение отклонений общего развития.

Для реализации принципа специализации созданы разные виды заведений интернатного типа для детей с нарушениями состояния здоровья.

Дошкольные воспитательные заведения:

-для детей с нарушениями слуха (глухих и тех, что слабо слышат);

-для детей, которые имеют нарушение вещания;



-для детей, которые имеют нарушение зрения (слепых, детей с косоглазием, амблиопией и тех, что слабо видят);
-для детей, которые имеют нарушение интеллекта;
-для детей, которые имеют изъяны опорно-двигательного аппарата.

Школы-интернаты:

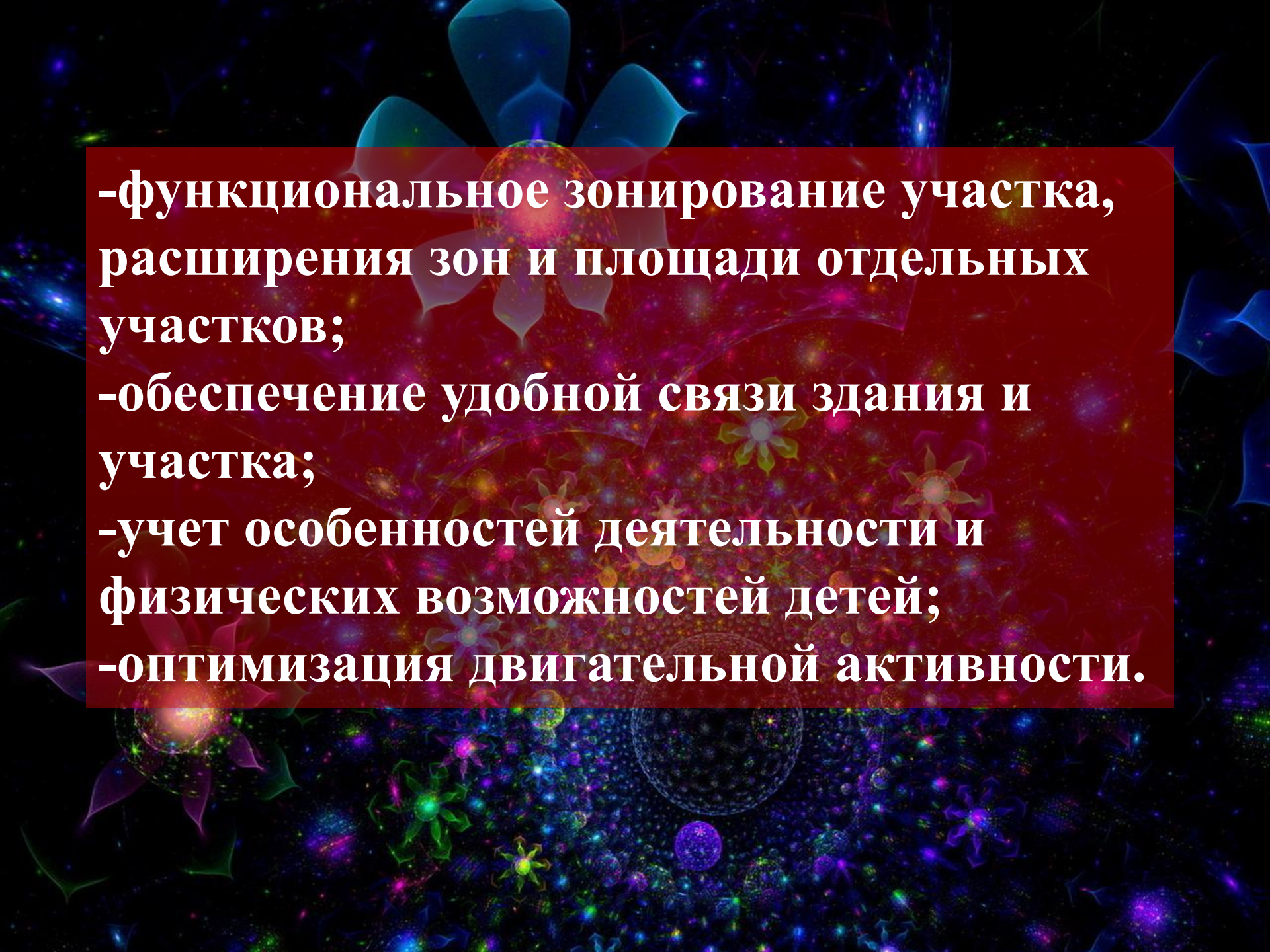
- для детей с последствиями полиомиелита или детского церебрального паралича, с организацией вспомогательных классов для детей с нарушениями интеллекта;**
- для детей, которые имеют нарушение вещания, с организацией отдельных отделов для тех у кого вещание недоразвито и для детей с тяжелыми формами заикания;**
- для детей с нарушениями зрения, отдельно для слепых и тех, что слабо видят;**

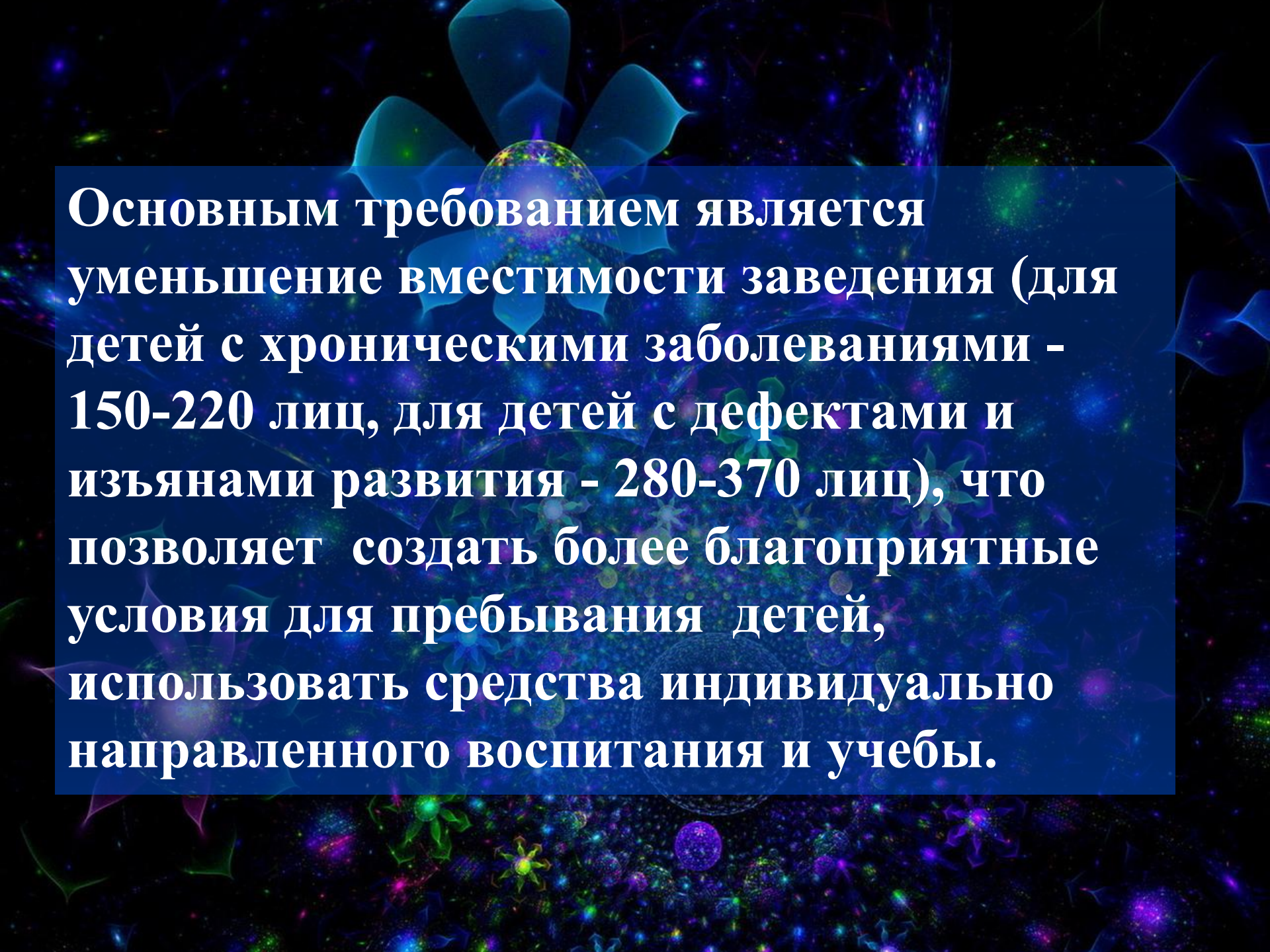
- для детей с нарушениями слуха, отдельно для глухих и тех, что слабо слышат; в таких заведениях организуются вспомогательные классы для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- для детей с нарушениями интеллекта - вспомогательные школы, курс неполной средней школы;
- для детей с задержкой психического развития;
- для детей, которые имеют вадиопорно-рухового аппарата.

**Особенности проектирования и расположения.
Согласно требований ДБН В. 2.2. - 3 - 97
"Здания и сооружения учебных заведений"
при проектировании заведений,
предназначенных для детей с нарушениями и
дефектами здоровья необходимо
ориентироваться на общий ДБН В. 2.2. - 2 - 97
"Общественные здания и сооружения", а
также задания на проектирование. Также
необходимо учитывать соответствующие
методические рекомендации относительно
организации учебно-воспитательного режима
детей этой группы.**

К главным особенностям, которые должны быть соблюдены при проектировании и расположении заведений для детей с нарушениями состояния здоровья относятся:

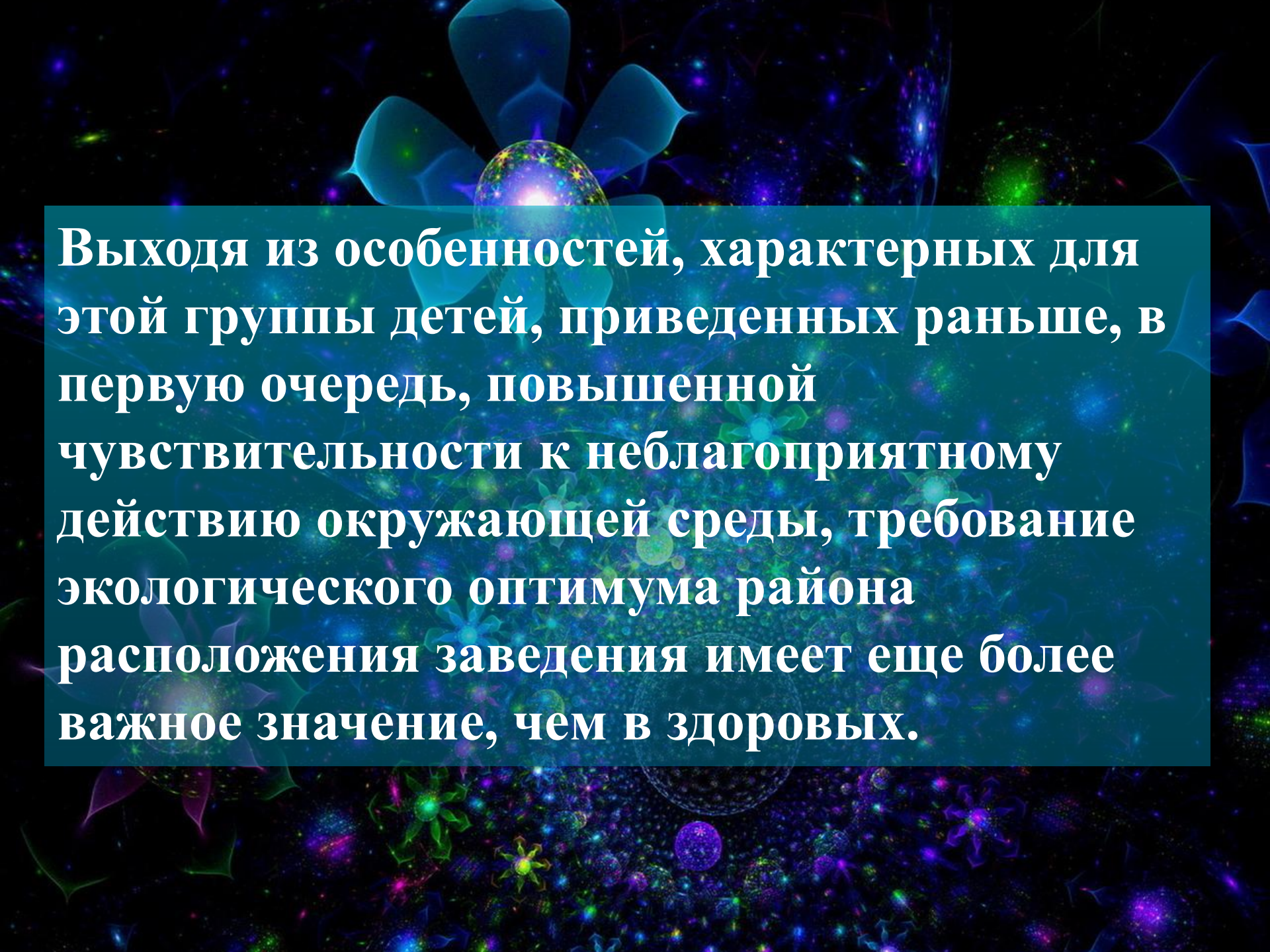
- уменьшение вместимости;**
- создание единственного комплекса дошкольное заведение - школа;**
- экологический оптимум места расположения;**

- 
- функциональное зонирование участка, расширения зон и площади отдельных участков;**
 - обеспечение удобной связи здания и участка;**
 - учет особенностей деятельности и физических возможностей детей;**
 - оптимизация двигательной активности.**

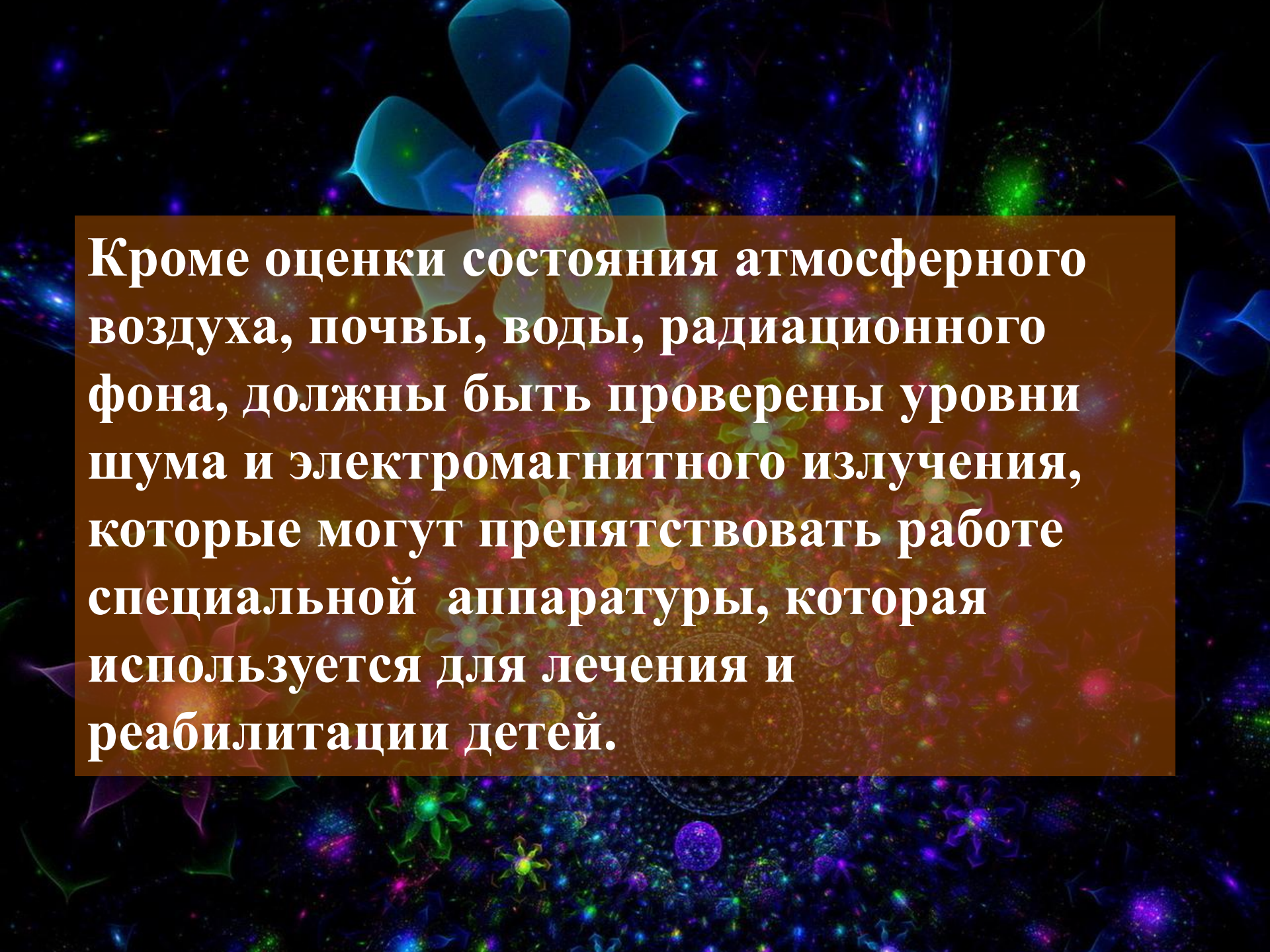


Основным требованием является уменьшение вместимости заведения (для детей с хроническими заболеваниями - 150-220 лиц, для детей с дефектами и изъятиями развития - 280-370 лиц), что позволяет создать более благоприятные условия для пребывания детей, использовать средства индивидуально направленного воспитания и учебы.

Наиболее удачной формой является создание единственного комплекса (дошкольное заведение - школа) на одном участке, что позволяет обеспечить следующую воспитания и учебы при сохранении групповой и вековой изоляции. При отсутствии возможности создания отдельных заведений, как паллиатив, целесообразная организация при школе дошкольных групп с 1-3 годовым пребыванием детей.



Выходя из особенностей, характерных для этой группы детей, приведенных раньше, в первую очередь, повышенной чувствительности к неблагоприятному действию окружающей среды, требование экологического оптимума района расположения заведения имеет еще более важное значение, чем в здоровых.



Кроме оценки состояния атмосферного воздуха, почвы, воды, радиационного фона, должны быть проверены уровни шума и электромагнитного излучения, которые могут препятствовать работе специальной аппаратуры, которая используется для лечения и реабилитации детей.

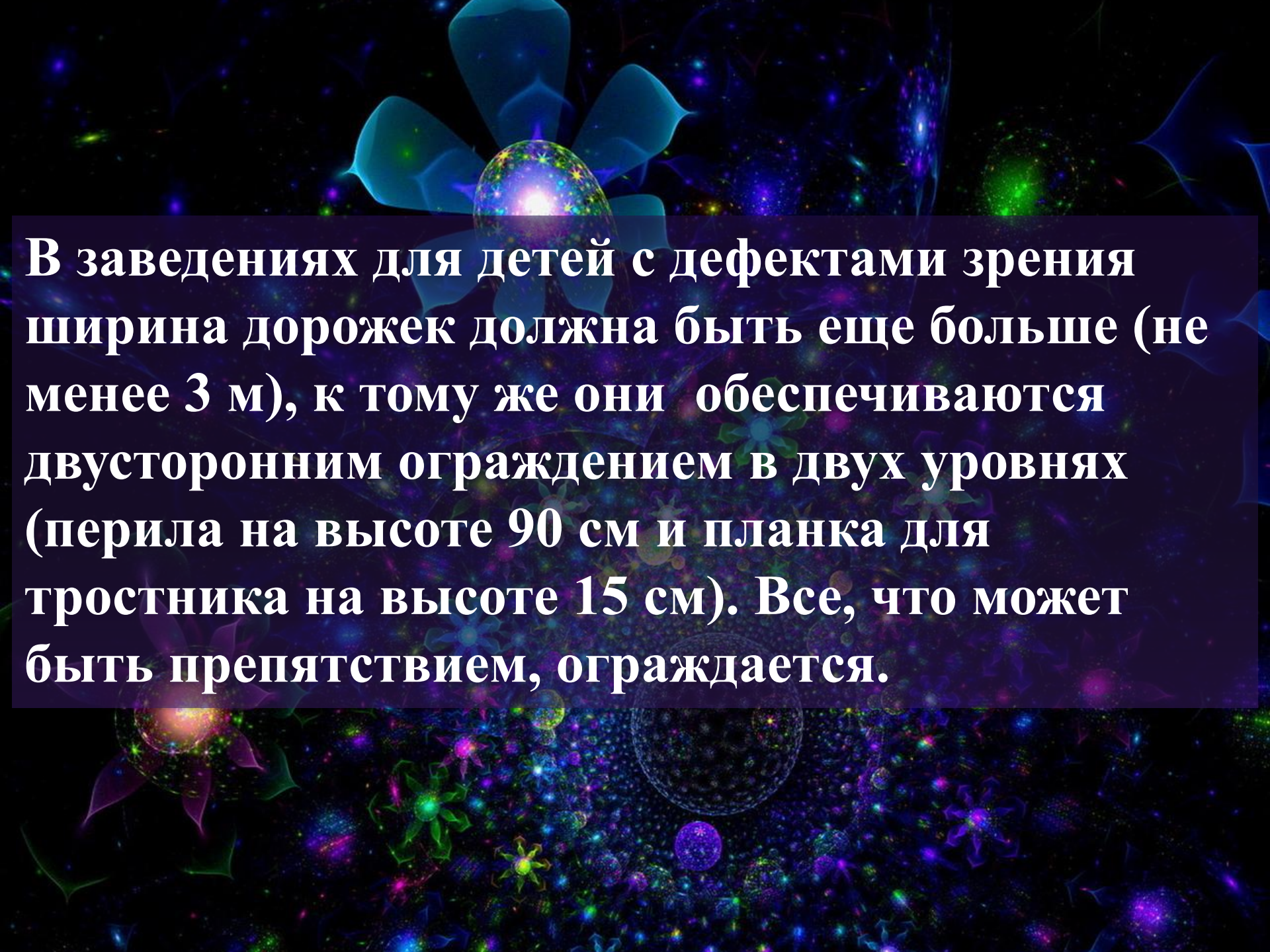
Как и в других детских заведениях, необходимо придерживаться функционального зонирования участка заведения. Большая уязвимость к неблагоприятным факторам обуславливает увеличение удельного веса зоны зеленых насаждений к 60%.



Необходимость профессиональной ориентации требует увеличения учебно-опытной зоны, оборудования участков для труда и профессиональной подготовки со специальным оборудованием и оборудованием. Дополнительно к обычным зонам создается лечебно-оздоровительная, в состав которой входят навесы-аэрации (отдельно для мальчиков и девочек), солярий, две душевых кабины с подогревом воды.

Необходимо предусмотреть удобную связь учебно-жилищных помещений с участком, поскольку дети этой группы могут иметь трудности с передвижением.

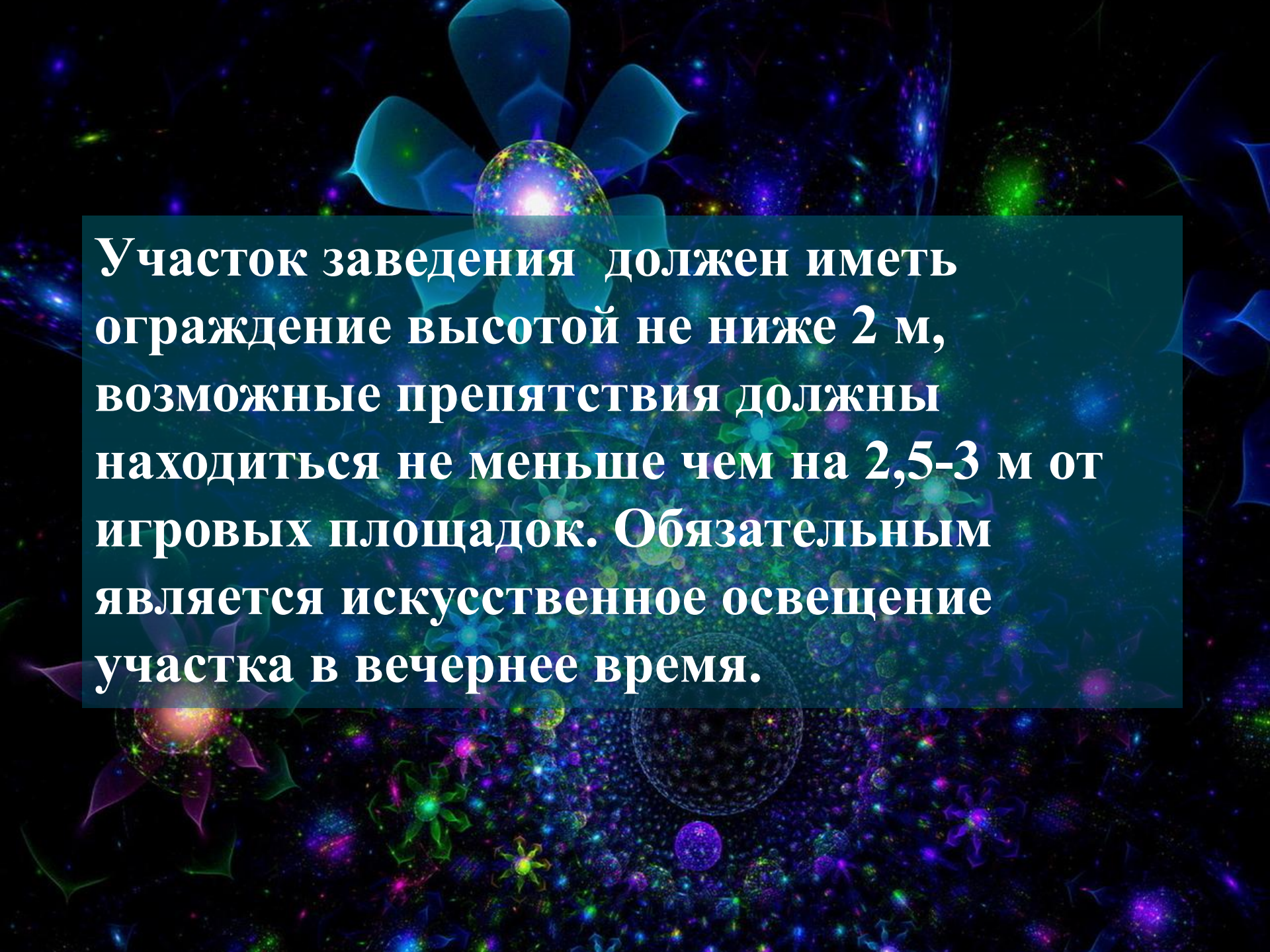
Учет ограниченных физических возможностей и особенностей деятельности детей связан с характером нарушений состояния здоровья. Да, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата поклон дорожек и тротуаров не должен быть больше 50, их ширина - не менее 1,6 м. На поворотах и через каждые 6 м необходимо предусматривать площадки для отдыха.



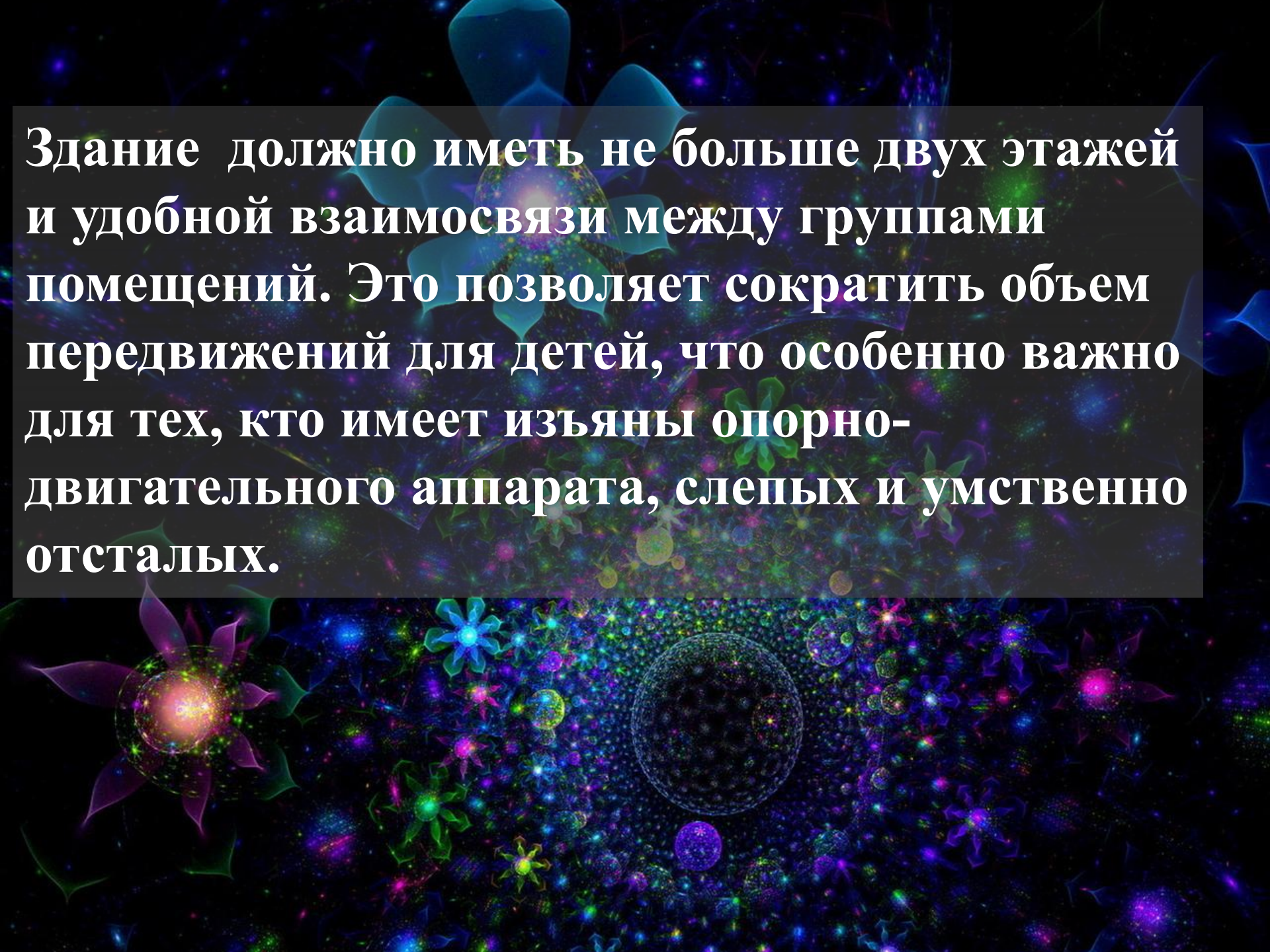
В заведениях для детей с дефектами зрения ширина дорожек должна быть еще больше (не менее 3 м), к тому же они обеспечиваются двусторонним ограждением в двух уровнях (перила на высоте 90 см и планка для тростника на высоте 15 см). Все, что может быть препятствием, ограждается.

На поворотах, перекрестках, около зданий или столбов в асфальт дорожек нужно добавлять гравий для того, чтобы изменялся звук при ходьбе. Это будет привлекать внимание ребенка, сигнализировать о возможной опасности. Также, для детей со слабостью зрения для стимуляции ориентирования в таких местах необходимо высаживать яркие растения с интенсивным запахом.

Гиподинамия у детей с нарушениями состояния здоровья является достаточно распространенным фактором риска, который обуславливает необходимость оптимизации двигательной активности. Для этого на участке оборудуются специальные площадки для игр с ровно утрамбованной или засаженной травой поверхностью, ограниченные неглубокими канавками.



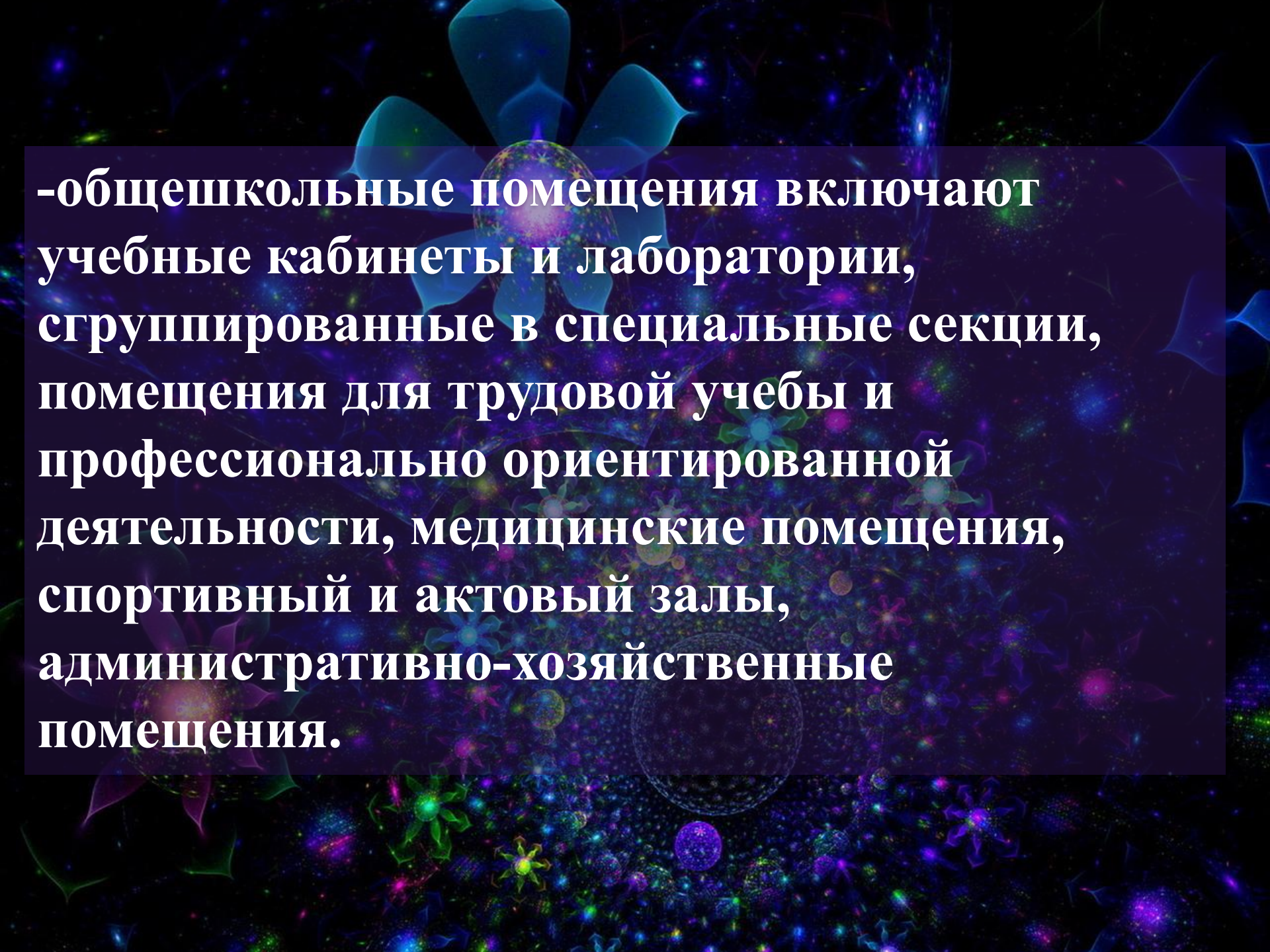
Участок заведения должен иметь ограждение высотой не ниже 2 м, возможные препятствия должны находиться не меньше чем на 2,5-3 м от игровых площадок. Обязательным является искусственное освещение участка в вечернее время.



Здание должно иметь не больше двух этажей и удобной взаимосвязи между группами помещений. Это позволяет сократить объем передвижений для детей, что особенно важно для тех, кто имеет изъяны опорно-двигательного аппарата, слепых и умственно отсталых.

Наиболее оптимальный вариант архитектурно-планировочного решения - блочная структура, в которой выделяют две основных группы помещений:

-учебно-жилищные ячейки, в которые входят помещения для пребывания и воспитания детей; должна быть обеспечена удобная и короткая связь между помещениями для максимального сокращения времени на переходы, увеличение времени для отдыха, предоставление воспитателям возможности наблюдения за детьми;



-общешкольные помещения включают учебные кабинеты и лаборатории, сгруппированные в специальные секции, помещения для трудовой учебы и профессионально ориентированной деятельности, медицинские помещения, спортивный и актовый залы, административно-хозяйственные помещения.

Площадь и конфигурация учебных помещений должны обеспечивать правильное расположение мебели и оборудование, и удобство и оптимальные условия для зрительной работы и учебы.

С целью индивидуализации работы с детьми уменьшается наполняемость классов до 12-20 учеников, а во вспомогательных классах - до 5-12 учеников, что позволяет увеличить площадь на одного ученика до 2,0-3,5 м².

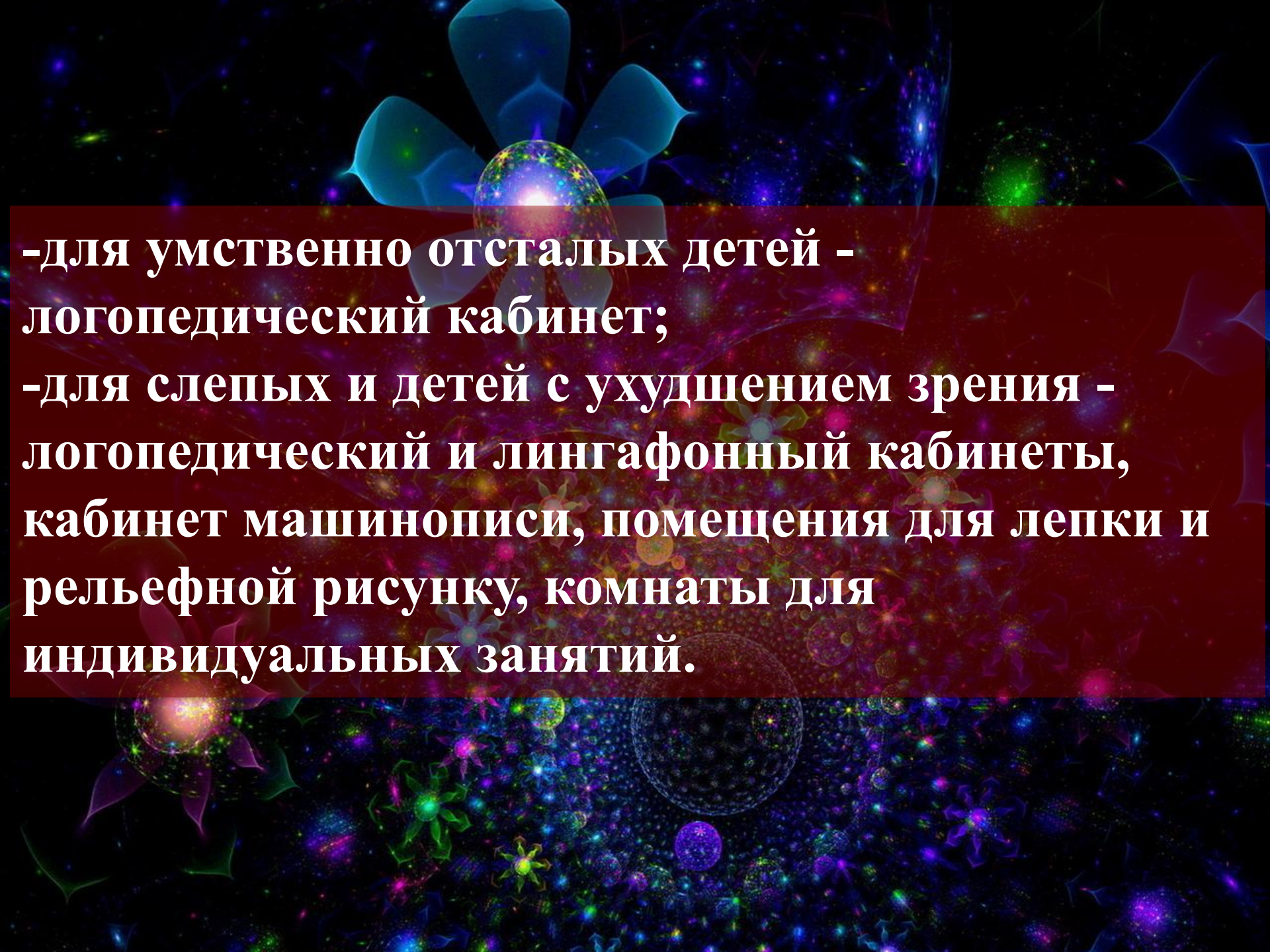
Также должны быть выделенные помещения для индивидуальных занятий площадью 4,0 м² на одного ученика. Входные двери должны быть однопольными и располагаться со стороны стола учителя. Это позволяет лучше контролировать учеников, что особенно важно для тех, кто имеет изъяны опорно-двигательного аппарата, слепых и умственно отсталых.

Рекреационные помещения для отдыха во время перерывов должны быть только зального типа, площадь на одного ребенка увеличена вдвое в сравнении с общеобразовательными школами.

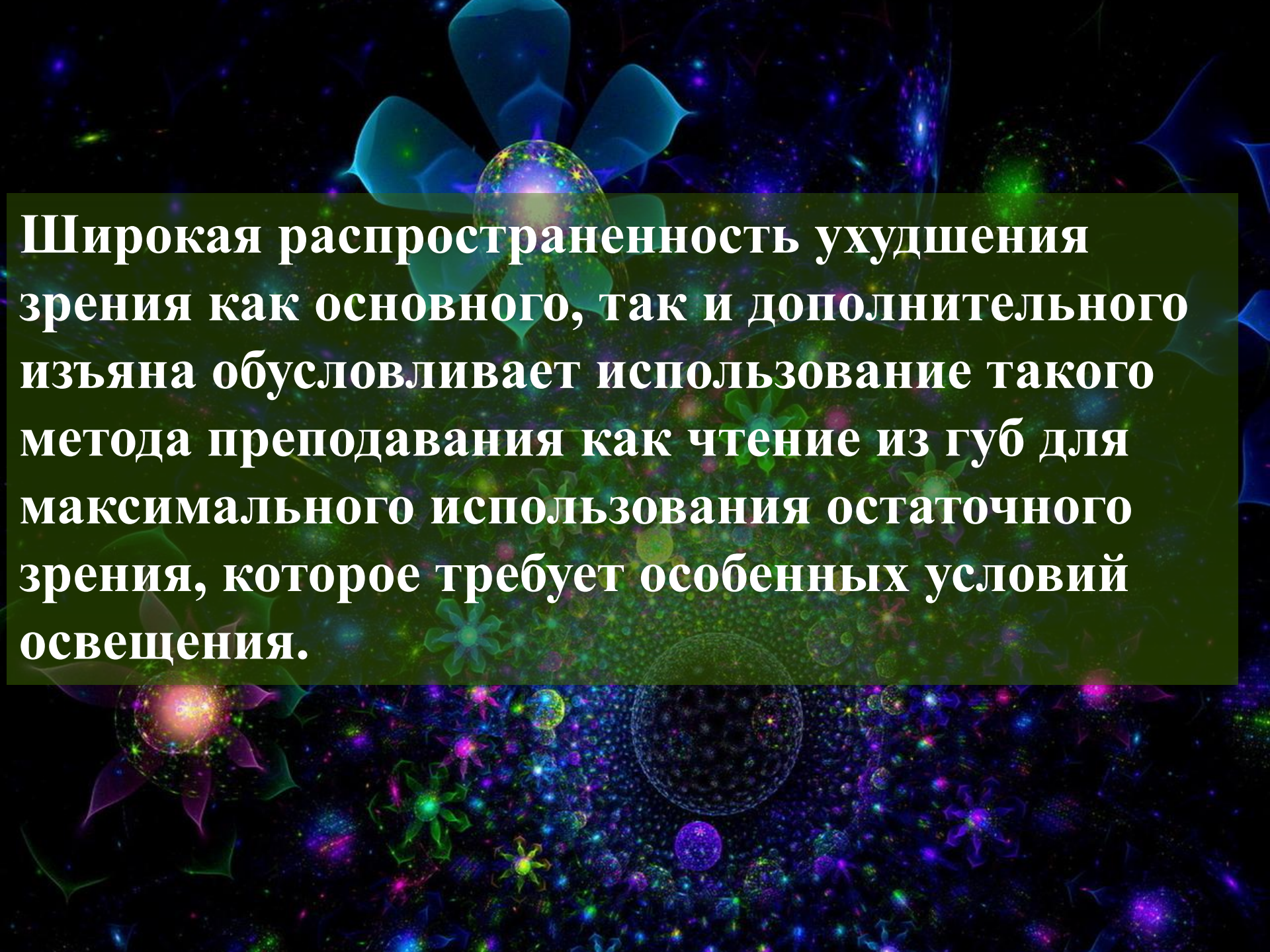


Выходя из имеющихся нарушений состояния здоровья, в составе учебных помещений оборудуются дополнительные кабинеты, предназначенные для компенсации нарушений и развития остаточных функций, :

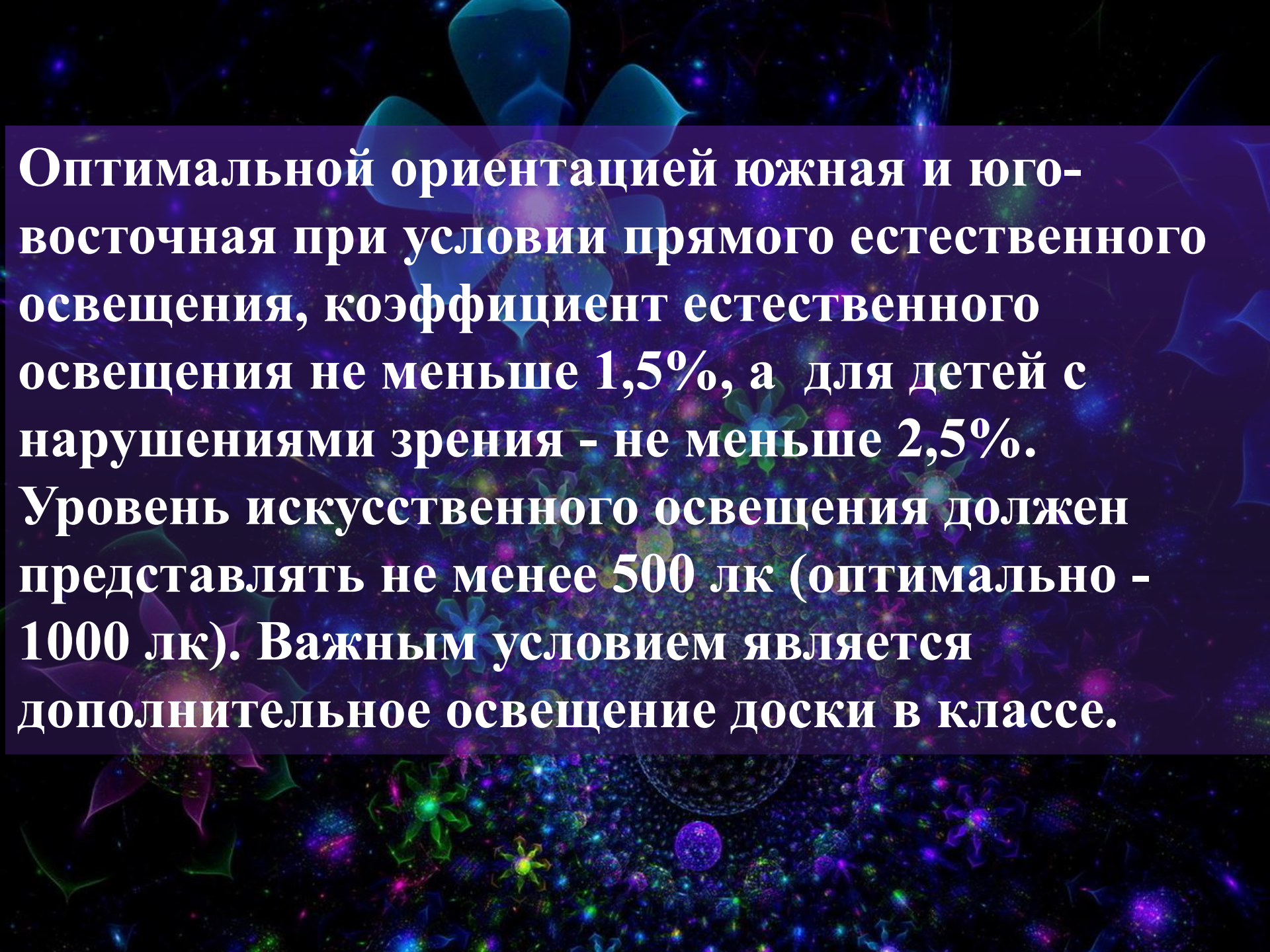
- для детей с нарушениями слуха и вещания - кабинет для фронтальной работы, кабинет для индивидуальной работы из развития слуха и учебы произношению, кабинет для музыкальных и ритмичных занятий с зеркальной стенкой и хореографическими станками;**



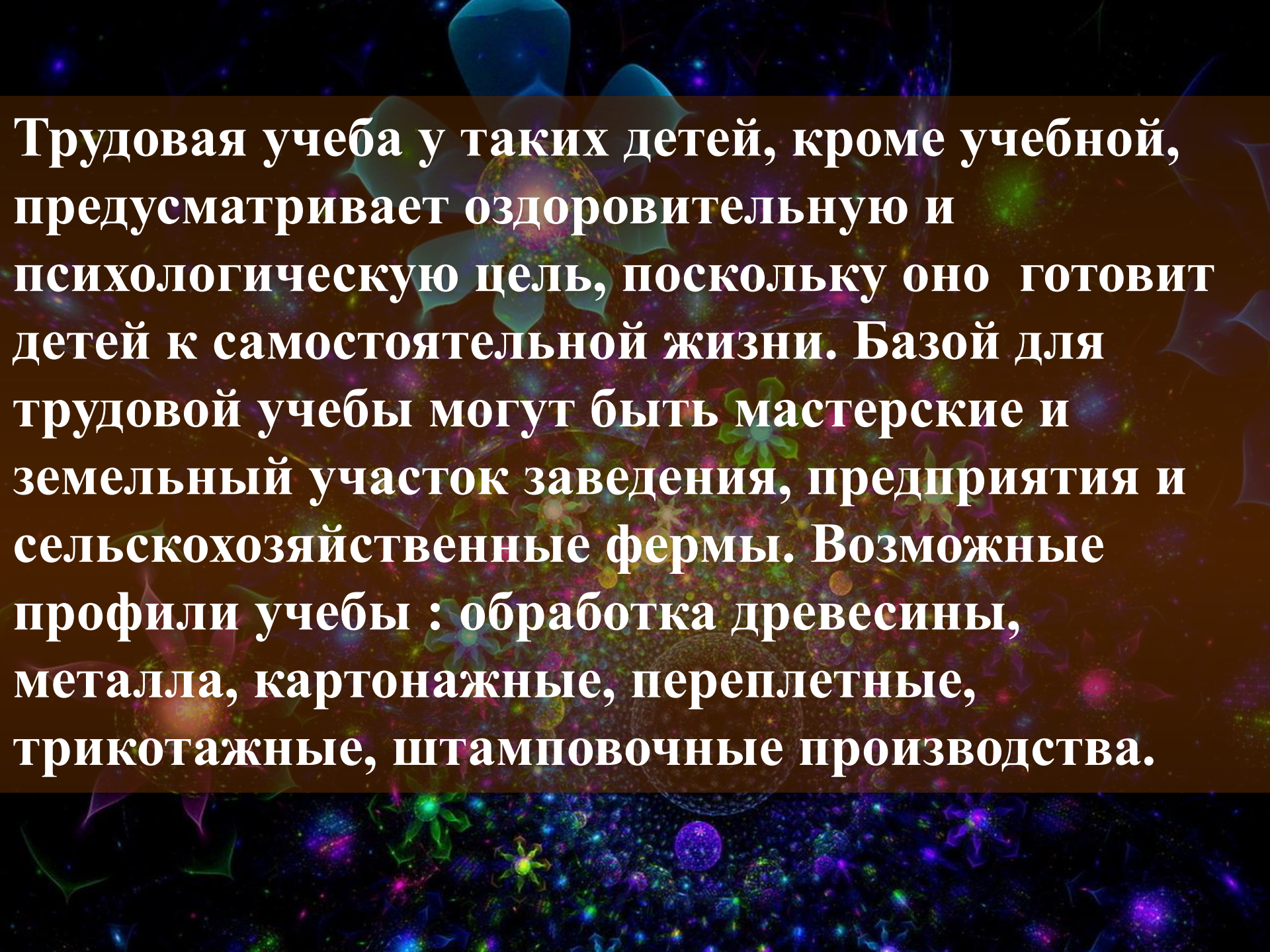
**-для умственно отсталых детей -
логопедический кабинет;
-для слепых и детей с ухудшением зрения -
логопедический и лингафонный кабинеты,
кабинет машинописи, помещения для лепки и
рельефной рисунку, комнаты для
индивидуальных занятий.**



Широкая распространенность ухудшения зрения как основного, так и дополнительного изъяна обуславливает использование такого метода преподавания как чтение из губ для максимального использования остаточного зрения, которое требует особенных условий освещения.



**Оптимальной ориентацией южная и юго-восточная при условии прямого естественного освещения, коэффициент естественного освещения не меньше 1,5%, а для детей с нарушениями зрения - не меньше 2,5%.
Уровень искусственного освещения должен представлять не менее 500 лк (оптимально - 1000 лк). Важным условием является дополнительное освещение доски в классе.**



Трудовая учеба у таких детей, кроме учебной, предусматривает оздоровительную и психологическую цель, поскольку оно готовит детей к самостоятельной жизни. Базой для трудовой учебы могут быть мастерские и земельный участок заведения, предприятия и сельскохозяйственные фермы. Возможные профили учебы : обработка древесины, металла, картонажные, переплетные, трикотажные, штамповочные производства.

Мастерские должны быть расположены в отдельном блоке только на первом этаже, иметь отдельный выход на участок. При расположении станков или верстаков необходимо увеличивать промежутки между ними, особенно для детей с изъятиями опорно-двигательного аппарата.



Помещения для занятий физической культурой также имеют существенное значение в повседневной жизни этой группы детей, потому их перечень и площади должны быть увеличены:

-для детей с нарушением зрения спортивный зал разделяется на две зоны (со спортивным оборудованием и игровая), спортивные орудия фиксируются стационарно; отмеченные мероприятия направлены на профилактику спортивного травматизма;


-для детей с изъянами опорно-двигательного аппарата рекомендуется оборудование плавательного бассейна с дном, которое может подниматься, что позволяет организовывать занятия плаванием у детей разного возраста и с разной степенью нарушений.



2012/11/19 14:36



Медицинские помещения предназначены для лечения и коррекции основных и сопутствующих дефектов в детей, осуществления лечебно-оздоровительной и коррекционно-оздоровительной работы. Для этого расширяется их состав в соответствии с профилем заведения, дополнительно оборудуются залы и кабинеты лечебной физической культуры, кабинеты физиотерапии, логопедические кабинеты, помещения для врачей, кабинеты для индивидуальной работы из коррекции потерянных функций, а также вспомогательные помещения



ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ
ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНО-
ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА.

Режим дня является существенным элементом лечебно-оздоровительной работы в лесных школах и санаторных заведениях. Кроме гигиенических принципов построения режима, установленных для здоровых детей, к важным требованиям относятся:

- дифференциация в зависимости от возраста детей;**
- учет особенностей отклонений в состоянии здоровья и формы заболеваний;**
- возможность сезонной коррекции.**

Повышению эффективности оздоровления способствует использование разных вариантов режима дня в разные периоды.

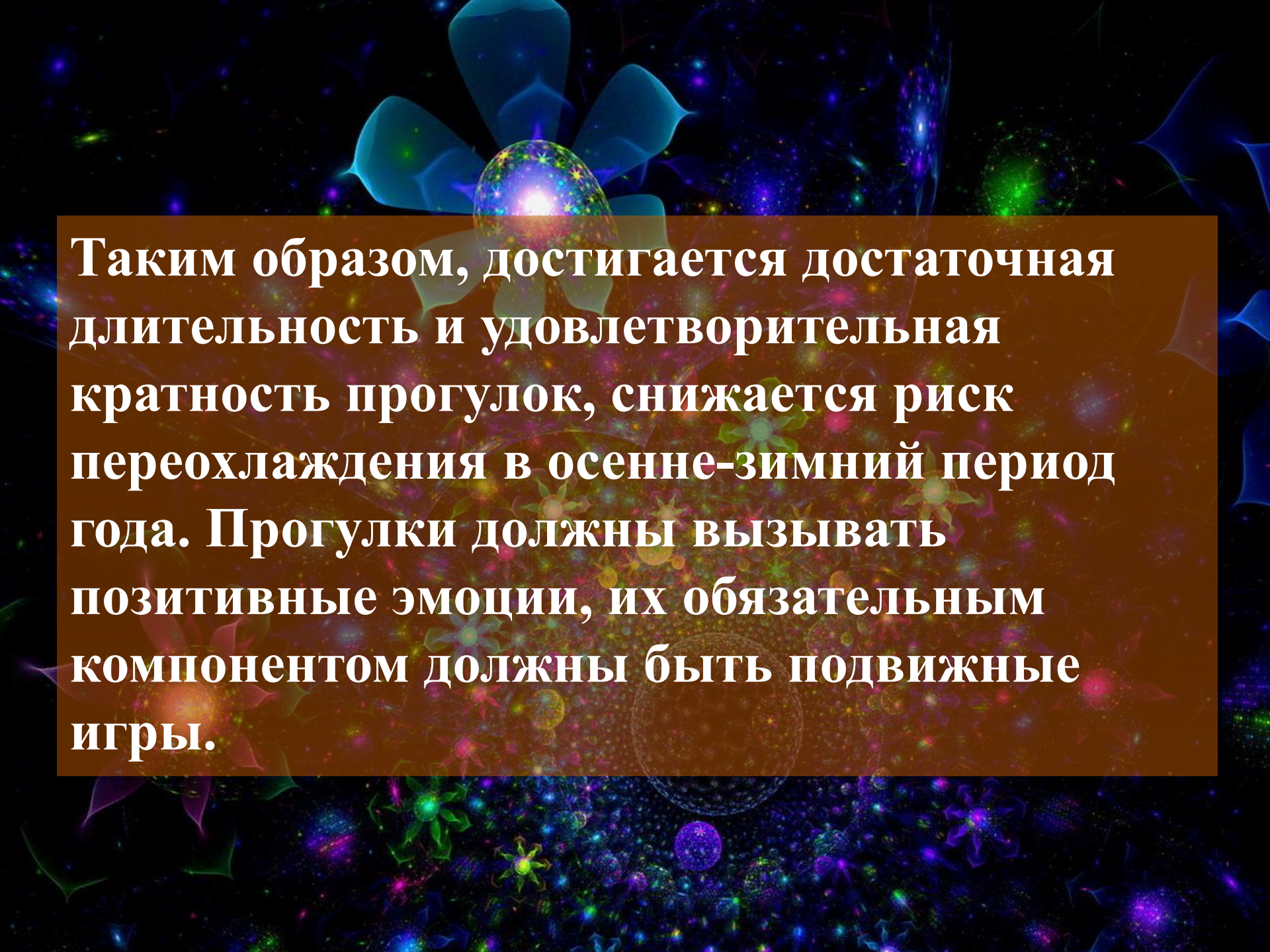
Временно в первые 3-7 дней для облегчения адаптации к условиям заведения (преимущественно санаторию), проведения необходимых обследований назначается режим дня с максимальным уменьшением двигательной активности, климатическое лечение за специальными методиками, спокойными играми, ограничением учебной нагрузки.

При благоприятной адаптации осуществляется переход на тонизирующий режим, который характеризуется постепенным увеличением интенсивности климатического лечения, физических нагрузок, использованием всей гамы процедур и методик в оптимальном дозировании.

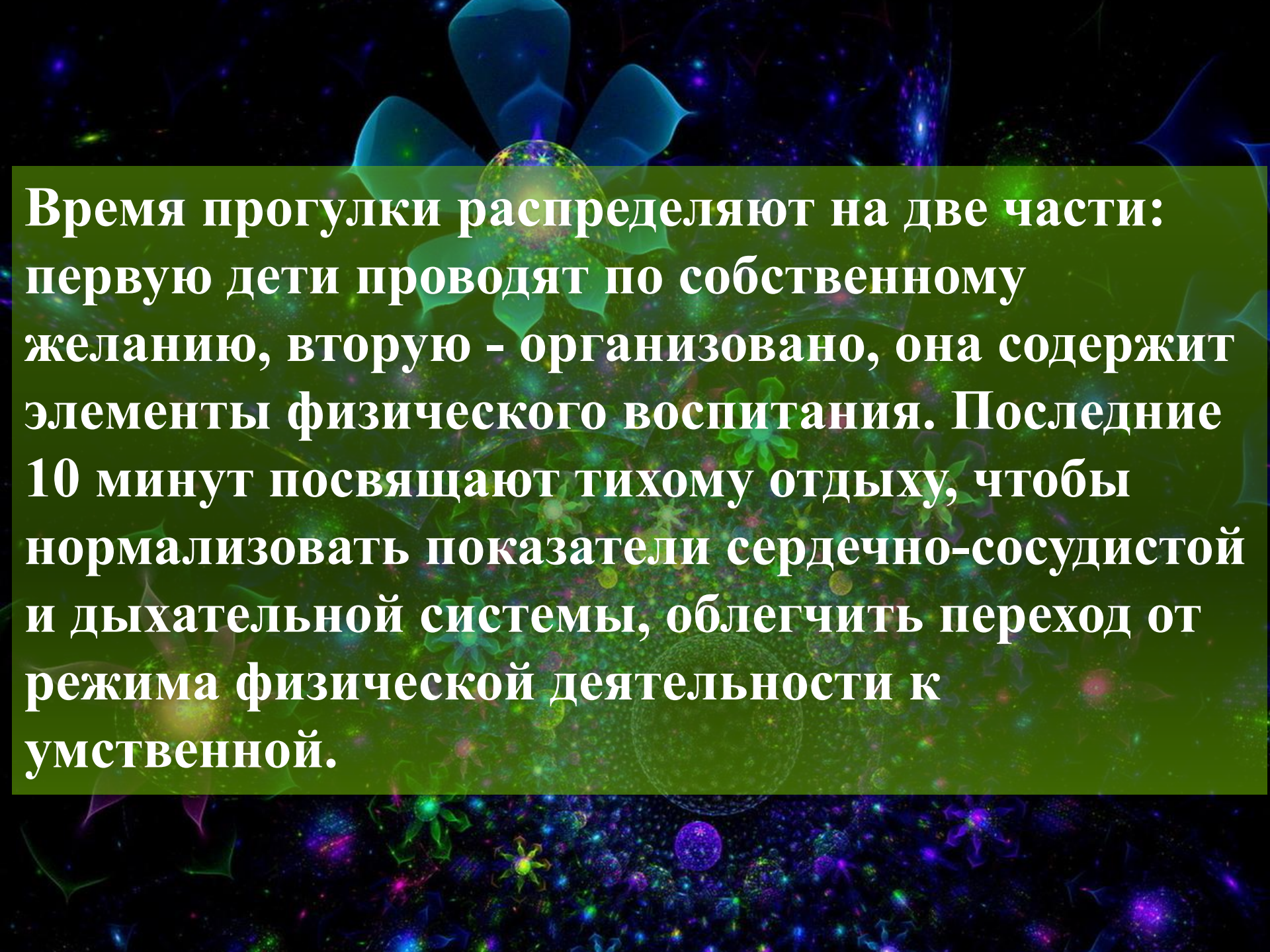
По мере оптимизации состояния и возобновления реактивности ребенка переводят на общий вариант режима, который имеет эффект тренировки адаптивно-компенсаторных возможностей организма и включает основные лечебно-оздоровительные процедуры.

Основные требования к компонентам режима.
Сон - обеспечивает отдых ребенка и возобновление работоспособности.
Длительность его должна складываться у детей 7-10 лет - не менее 10 часов, 11-14 лет - 9 часов, 15-17 лет - 8,5 лет. Кроме того, у ослабленных детей необходимое введение дневного сна длительностью 1-2 часа. Важное значение имеют условия сна - организация широкой аэрации, регулярного проветривания помещений.

Пребывание на открытом воздухе также имеет важное значение, поскольку позволяет увеличить двигательную активность, влияет на неспецифическую реактивность организма. У детей с нарушениями состояния здоровья необходимо максимально использовать возможности относительно организации прогулок : к занятиям - 20-30 ', на продленном перерыве - 30 ', после уроков - 1-1,5 часы, после выполнения домашних заданий - 1 час, после ужина - 1 час.

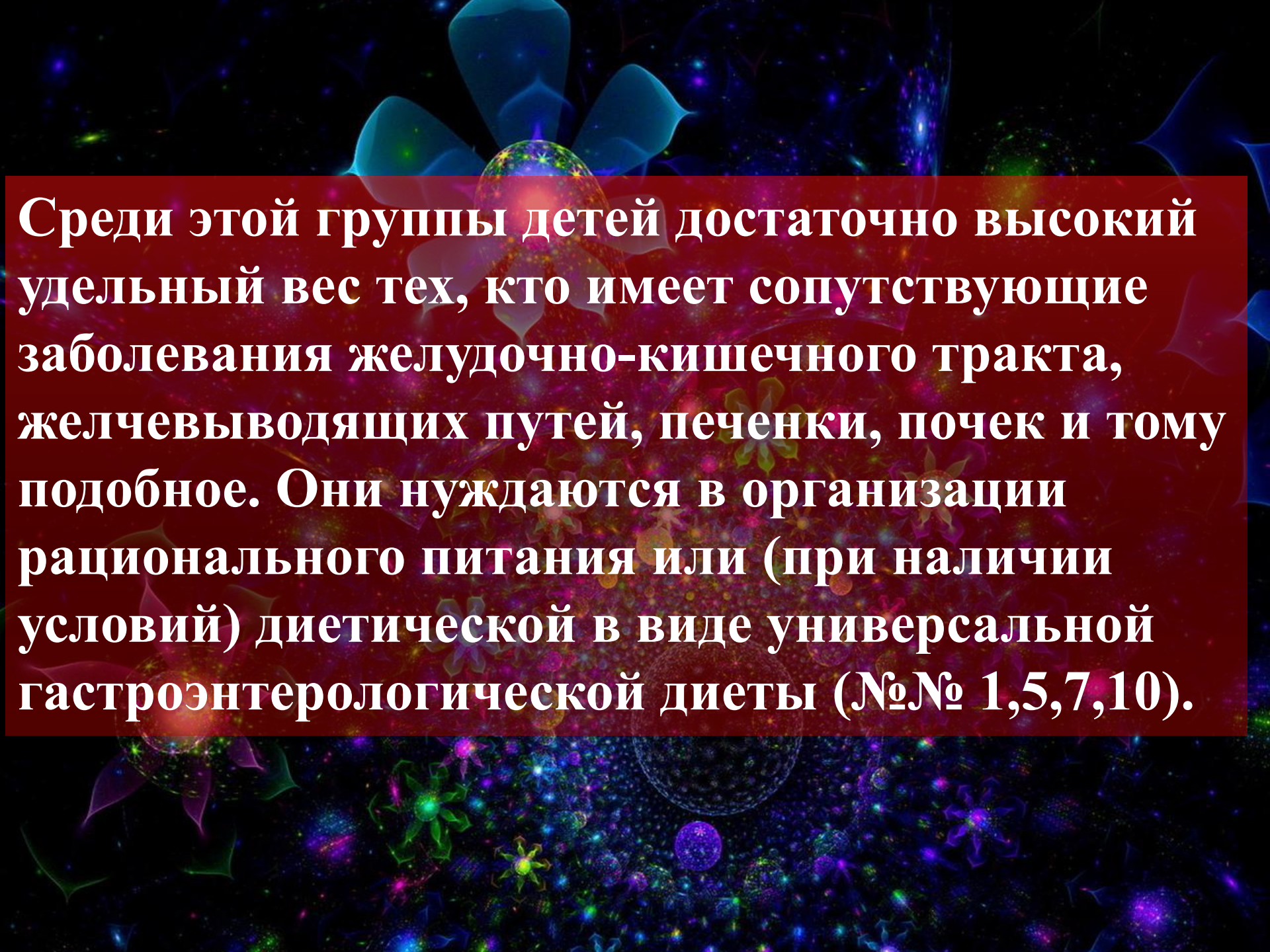


Таким образом, достигается достаточная длительность и удовлетворительная кратность прогулок, снижается риск переохлаждения в осенне-зимний период года. Прогулки должны вызывать позитивные эмоции, их обязательным компонентом должны быть подвижные игры.



Время прогулки распределяют на две части: первую дети проводят по собственному желанию, вторую - организовано, она содержит элементы физического воспитания. Последние 10 минут посвящают тихому отдыху, чтобы нормализовать показатели сердечно-сосудистой и дыхательной системы, облегчить переход от режима физической деятельности к умственной.

Организация питания существенно не отличается от заведений общего типа. В санаториях необходимо увеличивать калорийность рациона на 10-15 % в сравнении с физиологическими нормами. Для уменьшения нагрузка желудочно-кишечного тракта должна быть организовано 4-5 приемов еды. Рекомендуется такое распределение калорийности : завтрак - 25%, второй завтрак - 10%, обед - 35-40%, полуденок - 10%, ужин - 20-25%.



Среди этой группы детей достаточно высокий удельный вес тех, кто имеет сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей, печени, почек и тому подобное. Они нуждаются в организации рационального питания или (при наличии условий) диетической в виде универсальной гастроэнтерологической диеты (№№ 1,5,7,10).

Организация учебно-воспитательного режима является важным компонентом сохранения здоровья и успешности учебы детей. Нагрузки (количество учебных часов, длительность каникул, организация экзаменов и практики) должны отвечать требованиям МОП Украины и стандартам общего среднего образования . Дети с умственными изъятиями учатся во вспомогательных классах по программе неполной средней школы.

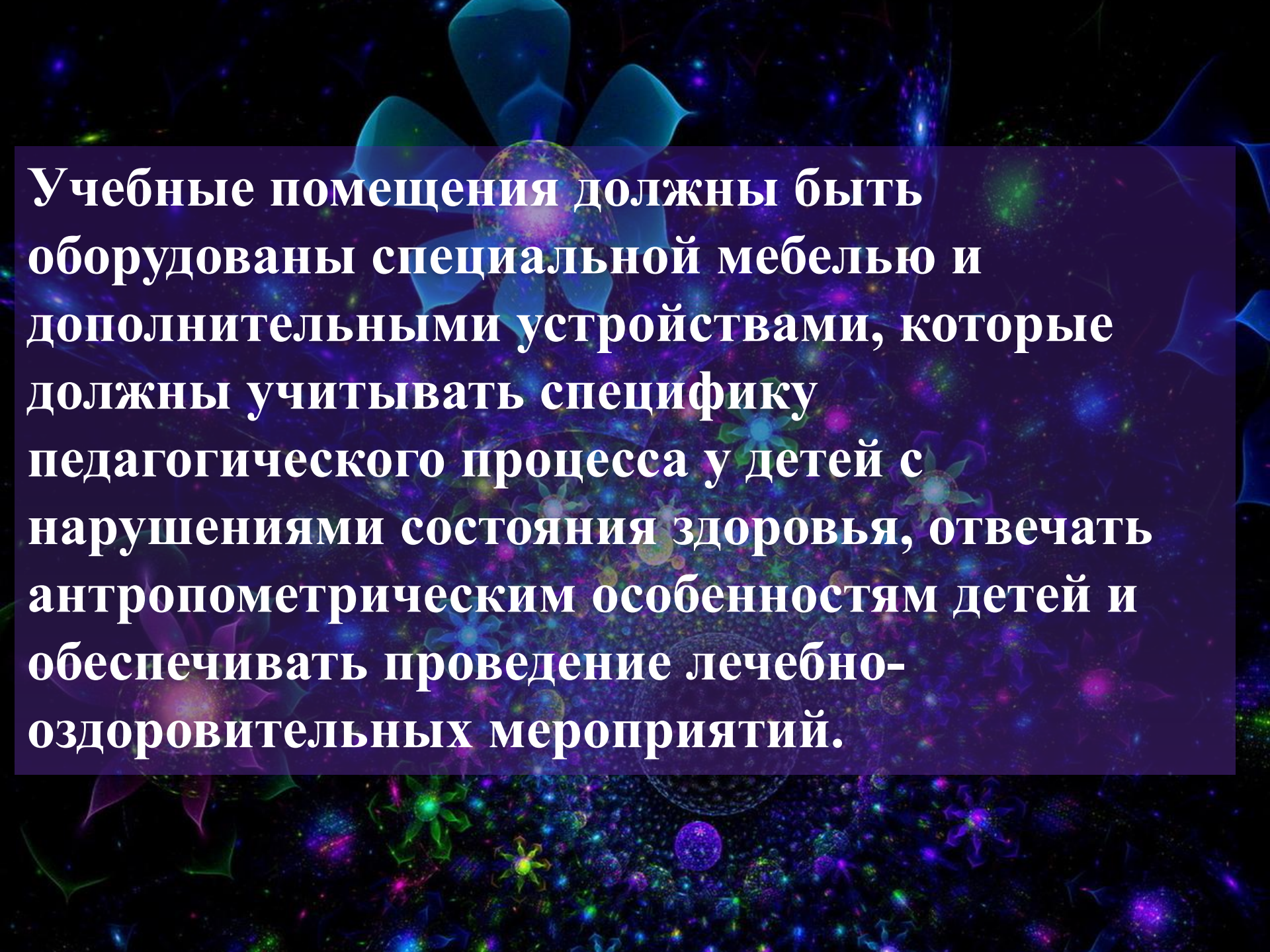
При складывании расписания необходимо придерживаться гигиенических требований относительно учета при организации учебы физиологичных колебаний работоспособности. Учебные дисциплины должны чередоваться за тяжестью и профилем, наиболее тяжелые предметы должны быть вторыми и третьими уроками, а предметы с физической активностью - третьими и четвертыми уроками, в зависимости от возраста детей.

В расписании нужно предусмотреть облегченный день (четверг) за счет снижения суммарной тяжести учебы, а при выраженной интоксикации у детей вводится дополнительный выходной. С целью уменьшения нагрузки запрещается проведение контрольных работ в понедельник и субботу. После второго урока проводится прогулка на продленном перерыве.

В первом классе сокращается как общее количество уроков, так и их длительность на 5-10 минут.

На каждом уроке необходимо постоянно контролировать поведение детей. В случае появления признаков усталости, обязательным является проведение физкультпаузы, что позволяет уменьшить статическое напряжение и возобновить работоспособность, повысить двигательную активность детей.

Выходя из того, что большая зрительная нагрузка является одним из неблагоприятных факторов, нормируется длительность непрерывной зрительной работы : для младших школьников - до 10 минут, для старших - до 15 минут, для детей, которые имеют остаточное зрение, - до 5 минут, в случае полной потери зрения и учебы по Л. Брайлю - необходимое дежурство слуховой и тактильной работы.



Учебные помещения должны быть оборудованы специальной мебелью и дополнительными устройствами, которые должны учитывать специфику педагогического процесса у детей с нарушениями состояния здоровья, отвечать антропометрическим особенностям детей и обеспечивать проведение лечебно-оздоровительных мероприятий.

В соответствии с нарушениями состояния здоровья учебные помещения оборудуют:

- для детей со слабостью зрения - универсальными одноместными партами или столами с возможной регулировкой параметров и изменением наклона рабочей поверхности;**
- для детей с нарушениями умственного развития - одноместными столами простой и надежной конструкции, поскольку даже скрип может отвлекать таких детей от занятий;**

**-для детей с изъянами слуха и вещания -
одноместными столами с индивидуальными
пультами (лингафонные комплекты,
слуховое оборудование), на столе учителя
монтируется пульт управления (усилитель и
коммуникатор), аппаратура для
звукоусиления, также в классе должно быть
оборудование для фронтальной
индивидуальной работы учителя с 1-2
детьми, экран для демонстрации технических
средств учебы, наглядные пособия для
развития вещания;**

-для слепых детей - специальными столами, какие больше по размеру, с горизонтальной доской для хранения книг, напечатанных шрифтом по Л. Брайлю. Рекомендуется дополнительный набор приборов и пособий для обеспечения учебы и восприятия по системе Л. Брайля. В случае наличия остаточного зрения необходимо оборудовать столы устройствами для его использования;

-для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата - специальной мебелью, которая позволяет учиться сидя и лежа.

Расположение мебели - только слева от окон, в два-три ряда, так, чтобы угол рассматривания был не менее 45°. Поскольку основными педагогическими приемами является индивидуальная работа, необходимо увеличивать интервалы между рабочими местами. У детей с нарушениями слуха получения информации осуществляется за счет чтения по губам, поэтому необходимо уменьшить расстояние от учителя к ученикам, обеспечить оптимальную видимость. Это достигается за счет расположения парт полукругом вокруг стола педагога.

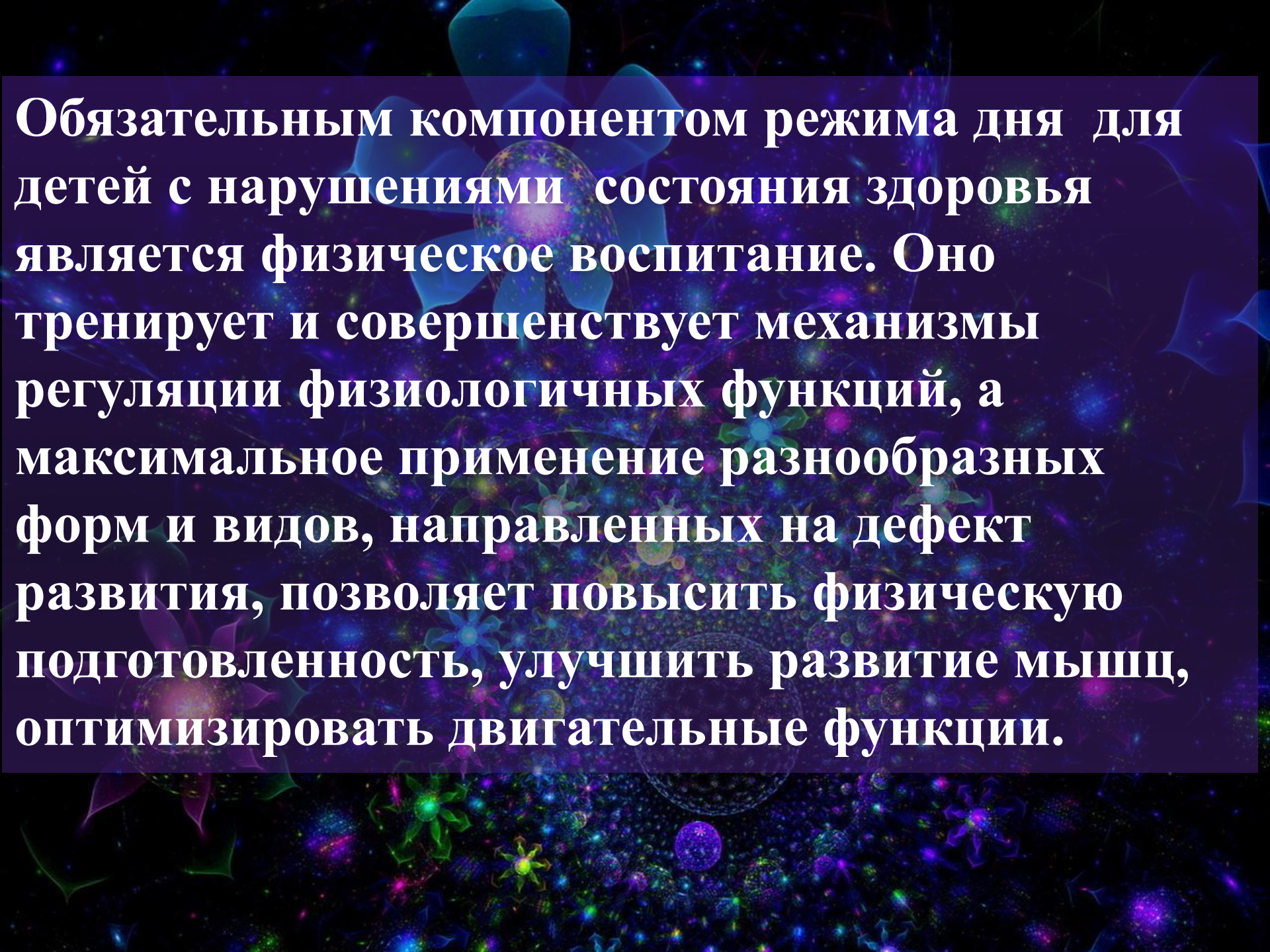
Для улучшения организации отдыха между уроками увеличивается длительность перерывов до 20-30 минут, они проводятся активно с выходом к рекреации или на земельный участок заведения.



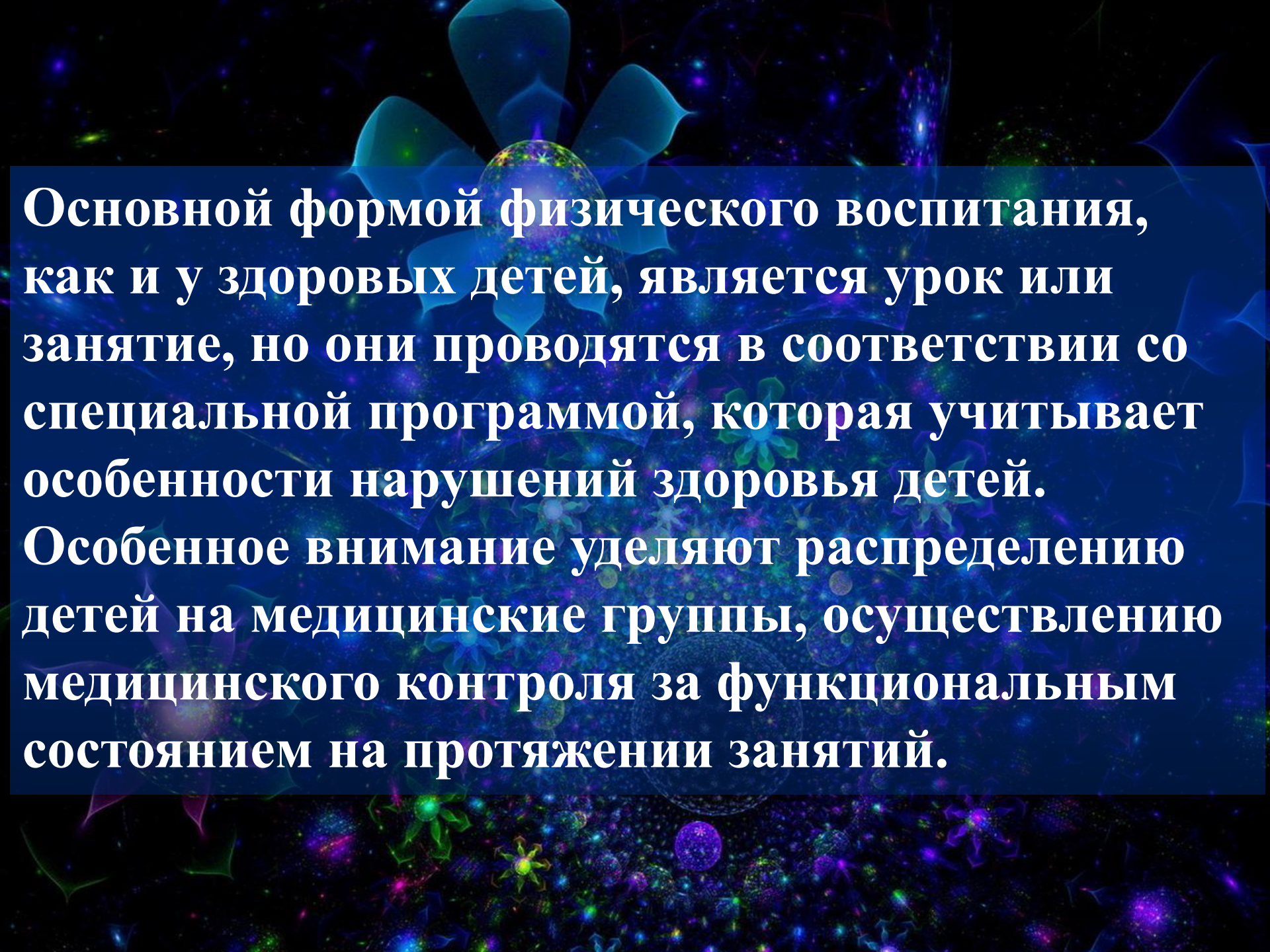
Внеклассная работа проводится только во второй половине дня, не больше 1,5 часов на день. При организации работы в кружках необходимо контролировать общую длительность занятий и следить за дежурством разных видов деятельности для профилактики монотонности. Дети с нарушениями здоровья могут заниматься в одном кружке не чаще двух раз на месяц, с длительностью занятий 30-45 минут для младших школьников и 1-1,5 часа для школьников среднего и старшего возраста.

Организация самостоятельной учебной работы - выполнение домашних заданий должна отвечать гигиеническим рекомендациям для здоровых детей. Особенное внимание уделяют контролю времени непрерывных занятий (30-40 минут) и проведению физкультпауз между занятиями.

Времяпровождение свободного - в соответствии с личными интересами, однако преимущество необходимо предоставлять активным видам отдыха.



Обязательным компонентом режима дня для детей с нарушениями состояния здоровья является физическое воспитание. Оно тренирует и совершенствует механизмы регуляции физиологических функций, а максимальное применение разнообразных форм и видов, направленных на дефект развития, позволяет повысить физическую подготовленность, улучшить развитие мышц, оптимизировать двигательные функции.

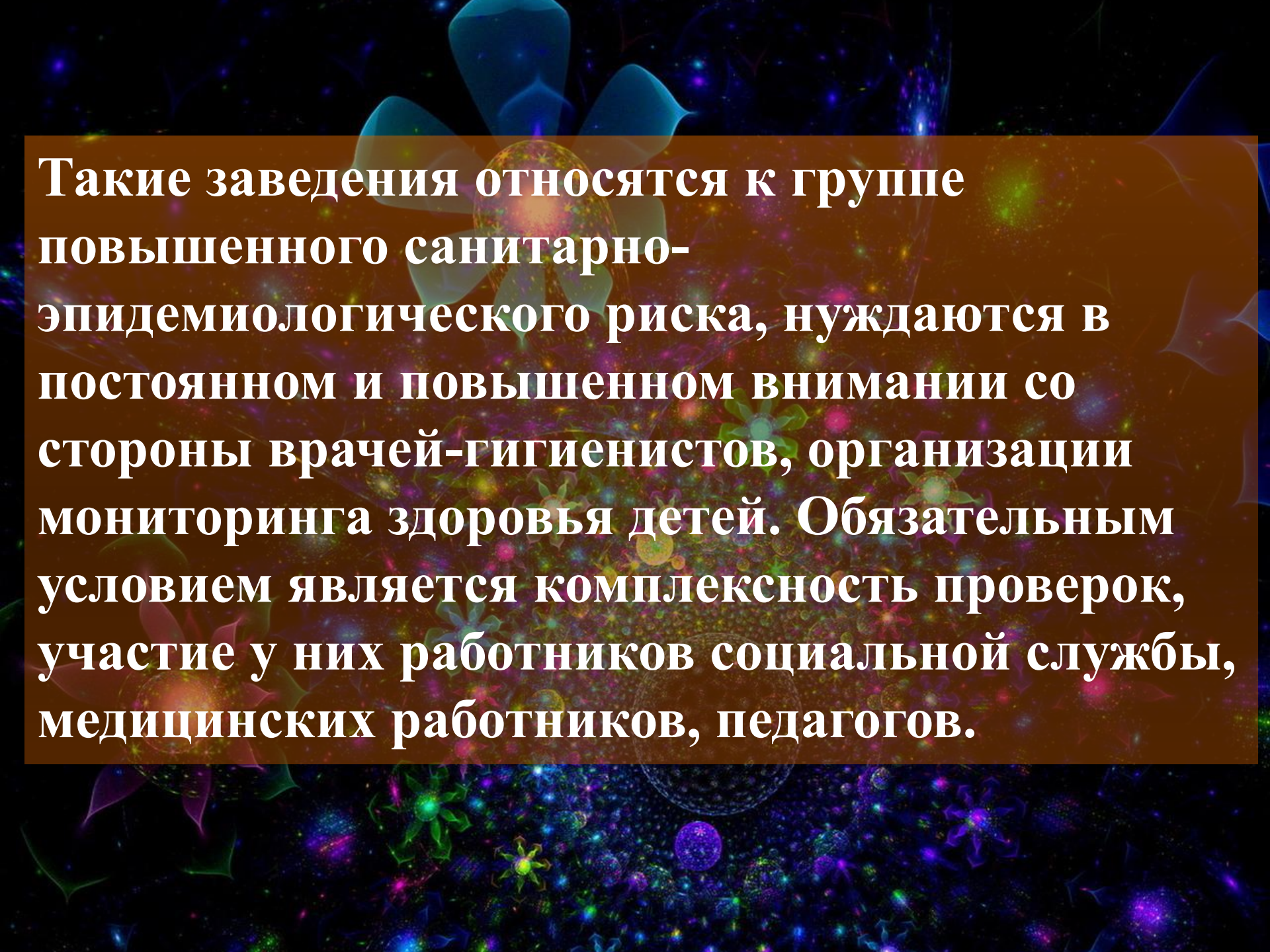


Основной формой физического воспитания, как и у здоровых детей, является урок или занятие, но они проводятся в соответствии со специальной программой, которая учитывает особенности нарушений здоровья детей.

Особенное внимание уделяют распределению детей на медицинские группы, осуществлению медицинского контроля за функциональным состоянием на протяжении занятий.

Как дополнительные формы физического воспитания применяются утренняя гимнастика, физкультпаузы, подвижные игры на перерывах, занятия по лечебной физкультуре, которые позволяют не только корегувавати имеющиеся нарушения, но и обеспечить необходимый объем двигательной активности.

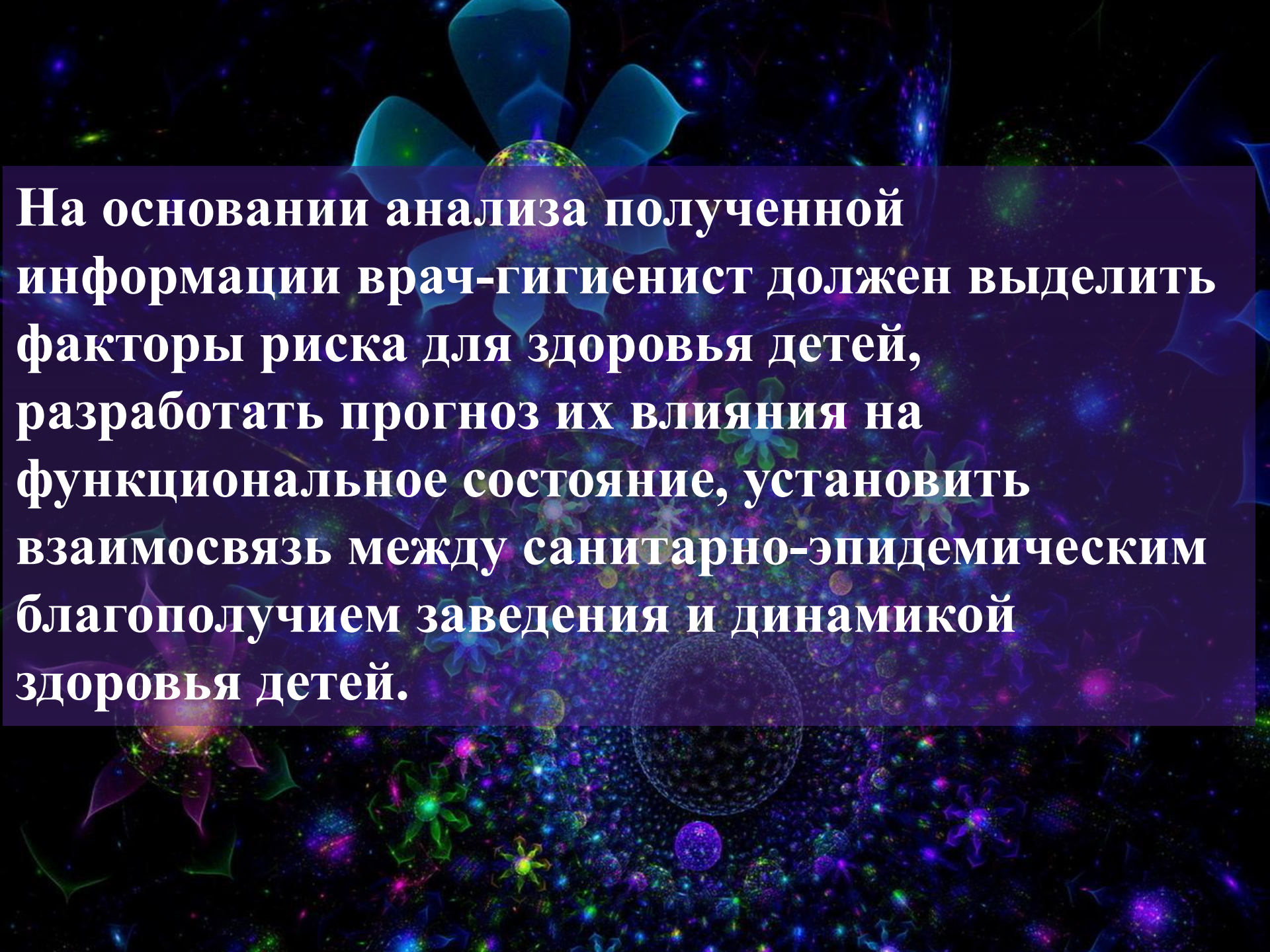




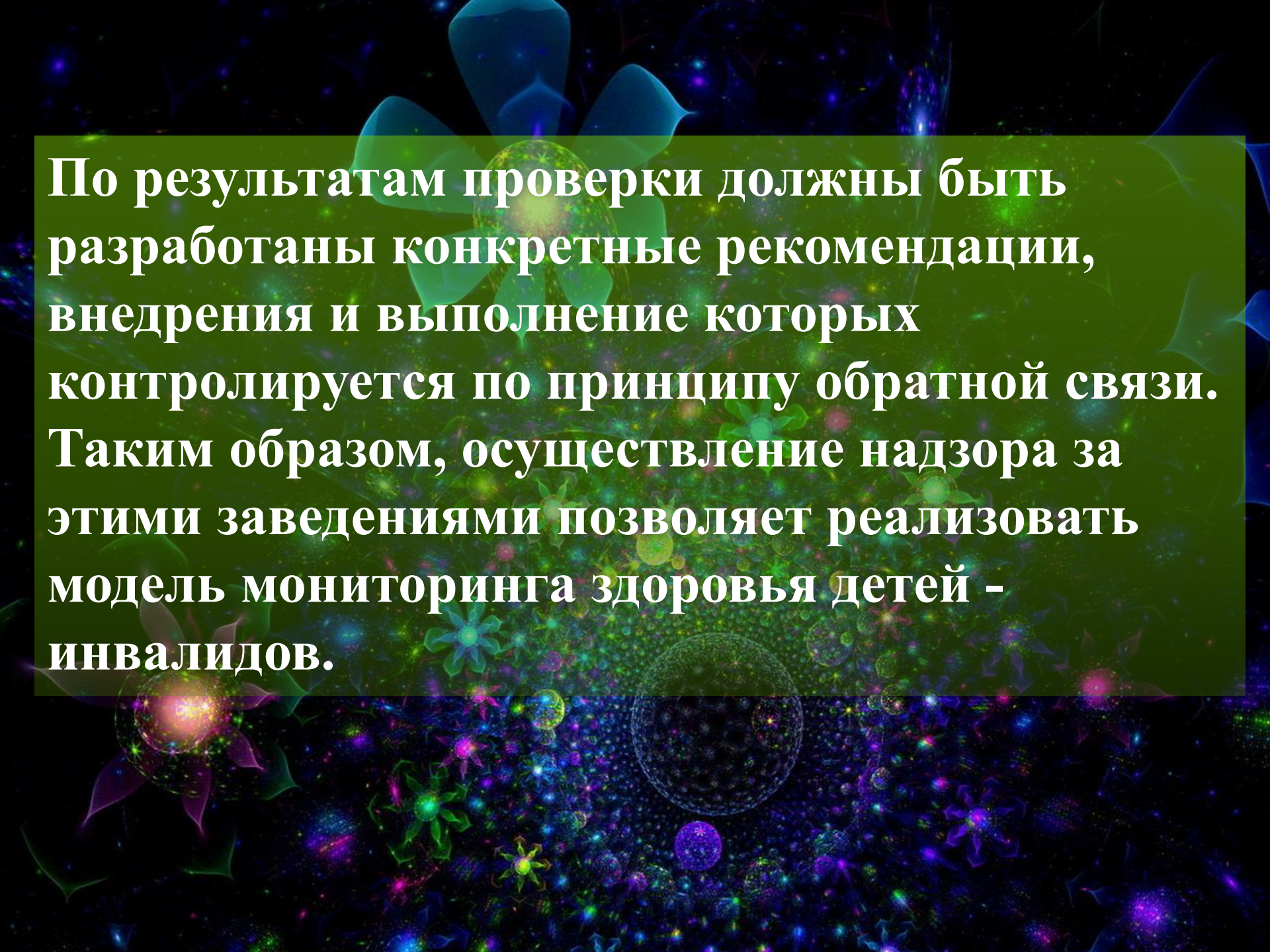
Такие заведения относятся к группе повышенного санитарно-эпидемиологического риска, нуждаются в постоянном и повышенном внимании со стороны врачей-гигиенистов, организации мониторинга здоровья детей. Обязательным условием является комплексность проверок, участие у них работников социальной службы, медицинских работников, педагогов.

О результатах проверок необходимо информировать органы местной власти для оперативного принятия решений. Для повышения эффективности присмотра и получения объективной информации в процессе проверки необходимо применять лабораторные и инструментальные методики, использовать экспресс-методы и скрининговые пробы.

При контролировании состояния этих заведений необходимо планировать не узкотематические, а комплексные проверки длительностью несколько дней, которые позволят оценить все особенности функционирования, характерные преимущественно именно для этой категории заведений (режимные моменты, организация питания, учебы и тому подобное). Важное значение имеет медицинское обеспечение, осуществление диспансеризации, проведения оздоровительных и реабилитационных мероприятий.



На основании анализа полученной информации врач-гигиенист должен выделить факторы риска для здоровья детей, разработать прогноз их влияния на функциональное состояние, установить взаимосвязь между санитарно-эпидемиологическим благополучием заведения и динамикой здоровья детей.



По результатам проверки должны быть разработаны конкретные рекомендации, внедрения и выполнение которых контролируется по принципу обратной связи. Таким образом, осуществление надзора за этими заведениями позволяет реализовать модель мониторинга здоровья детей - инвалидов.

**Гигиенические основы организации
оздоровления детей, которые пострадали в
результате Чернобыльской аварии**

**Авария на Чернобыльской АЭС признана
наибольшей радиозэкологической
катастрофой современности.**





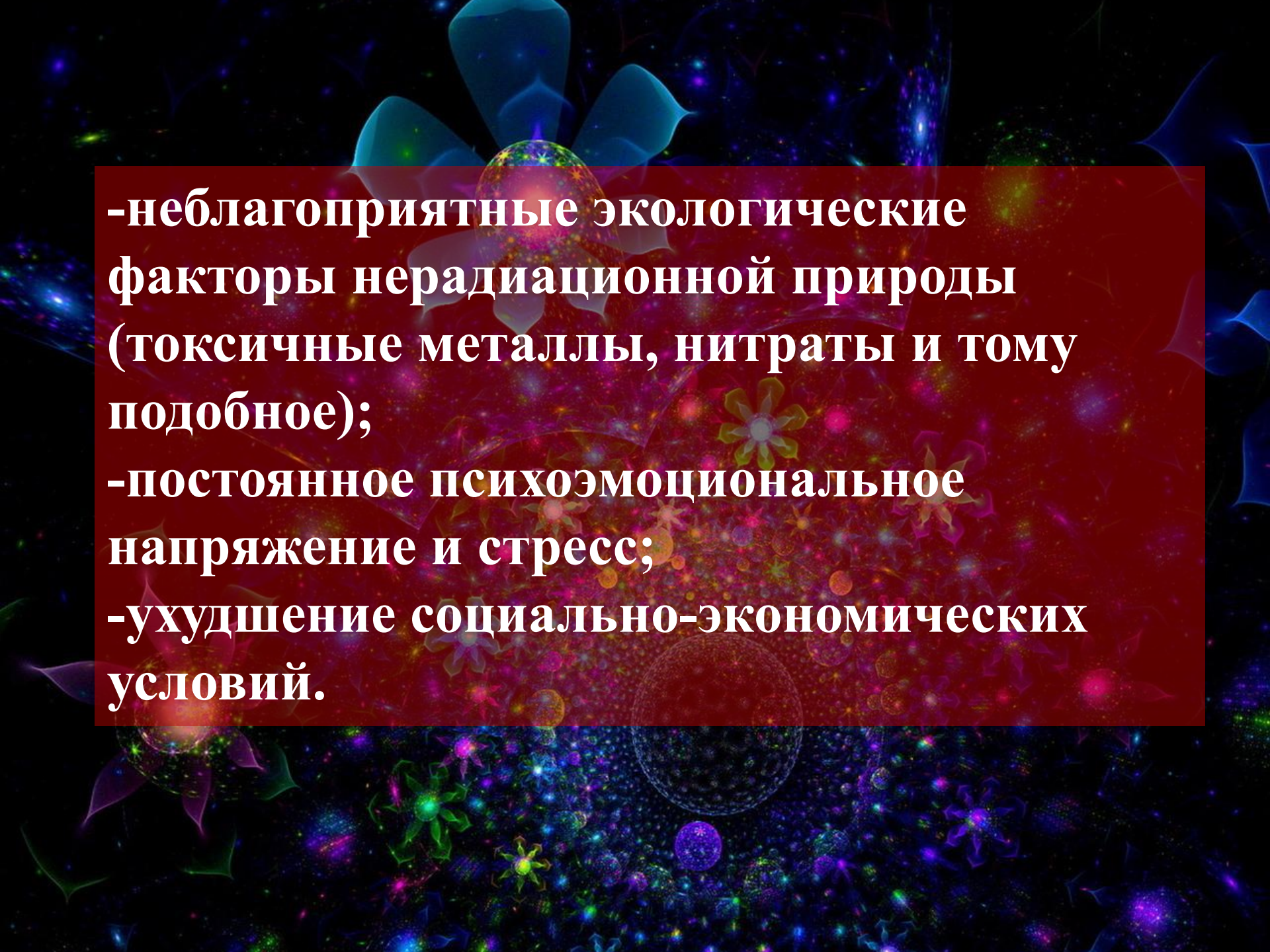
Ее основными последствиями является радиационное загрязнение свиты 10% вот общей территории Украины.

К пострадавшим категориям население отнесено больше 3,4 млн. лиц, причем больше трети из них - это дети.

В постоянном контроле за радиационной нагрузкой нуждаются 77 районов 12 областей Украины.

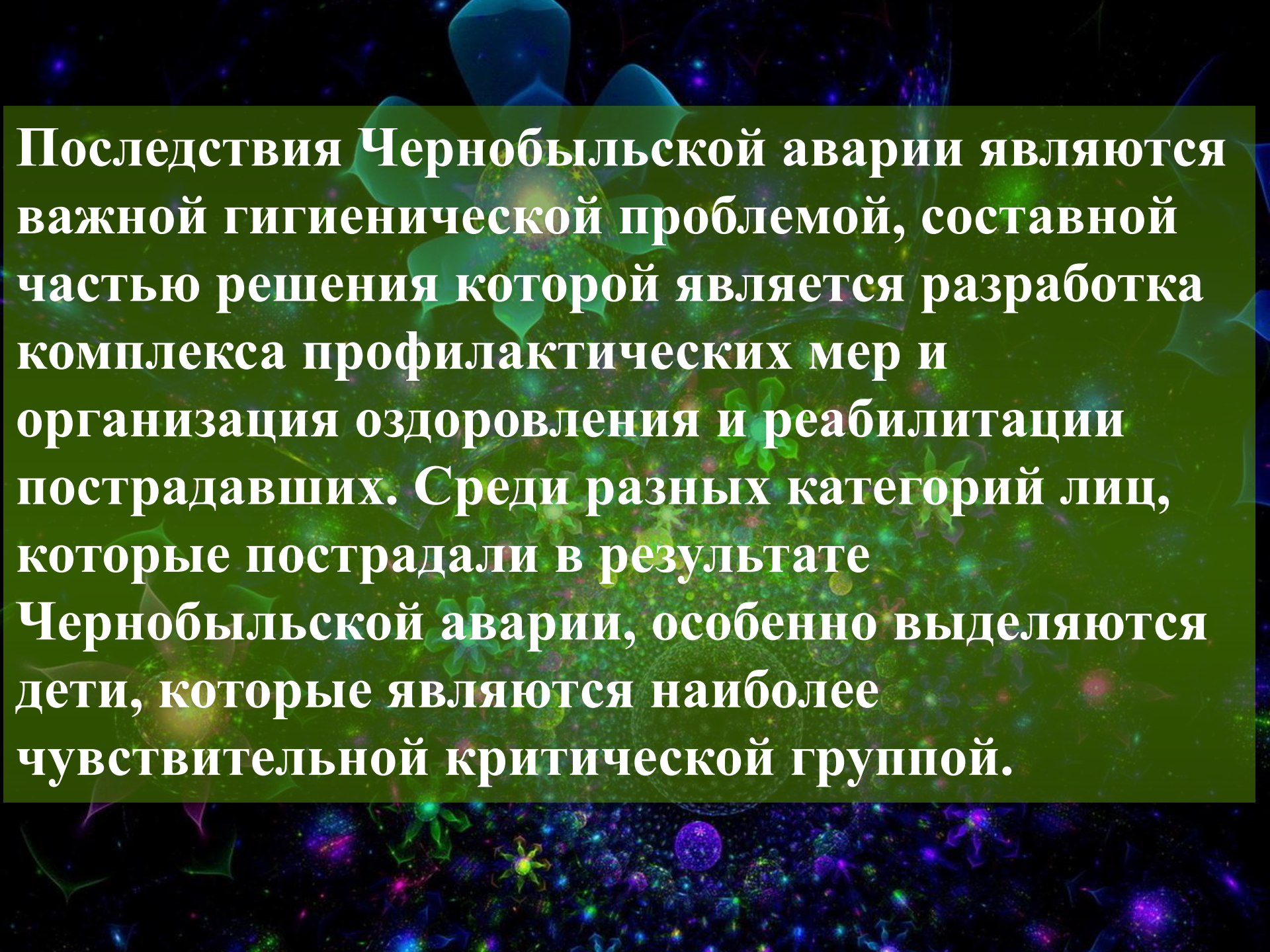
На население, которое пострадало в результате Чернобыльской аварии, влияет целый комплекс факторов, к которым должны быть отнесены,:

- внешнее радиационное излучение, предопределенное повышением радиационного фона;**
- внутреннее облучение за счет возможной инкорпорации радионуклидов;**



-неблагоприятные экологические факторы нерадиационной природы (токсичные металлы, нитраты и тому подобное);
-постоянное психоэмоциональное напряжение и стресс;
-ухудшение социально-экономических условий.

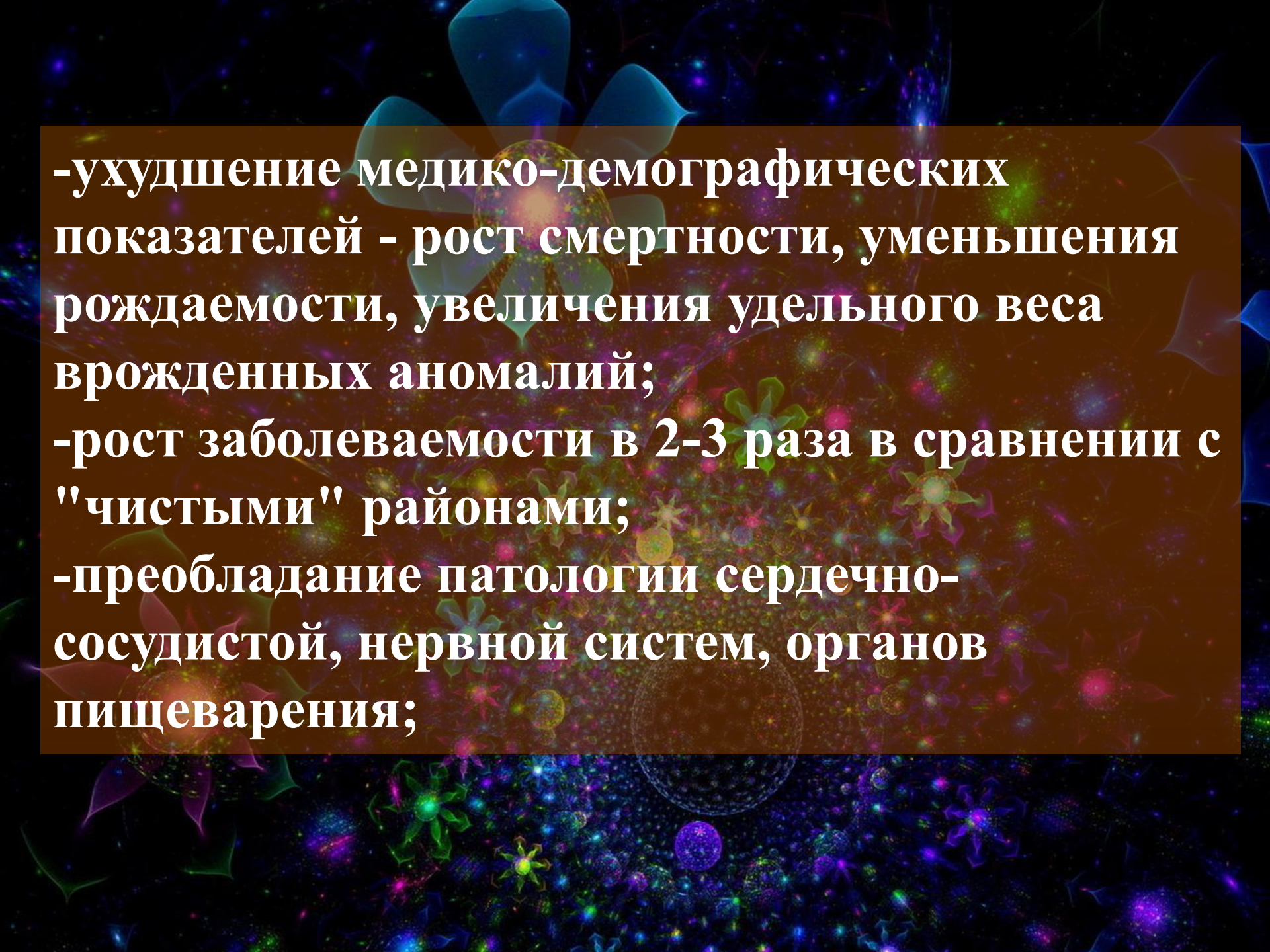
Отмеченные факторы имеют определенный синергизм, потому результаты влияния комплекса являются значительнее, чем это можно было прогнозировать, выходя из экспериментальных данных относительно действия отдельных факторов. Их длительное влияние становится причиной истощения и срыва механизмов адаптации и регуляции, формирования состояния дезадаптации и донозологии, который со временем переходит в патологическое состояние .



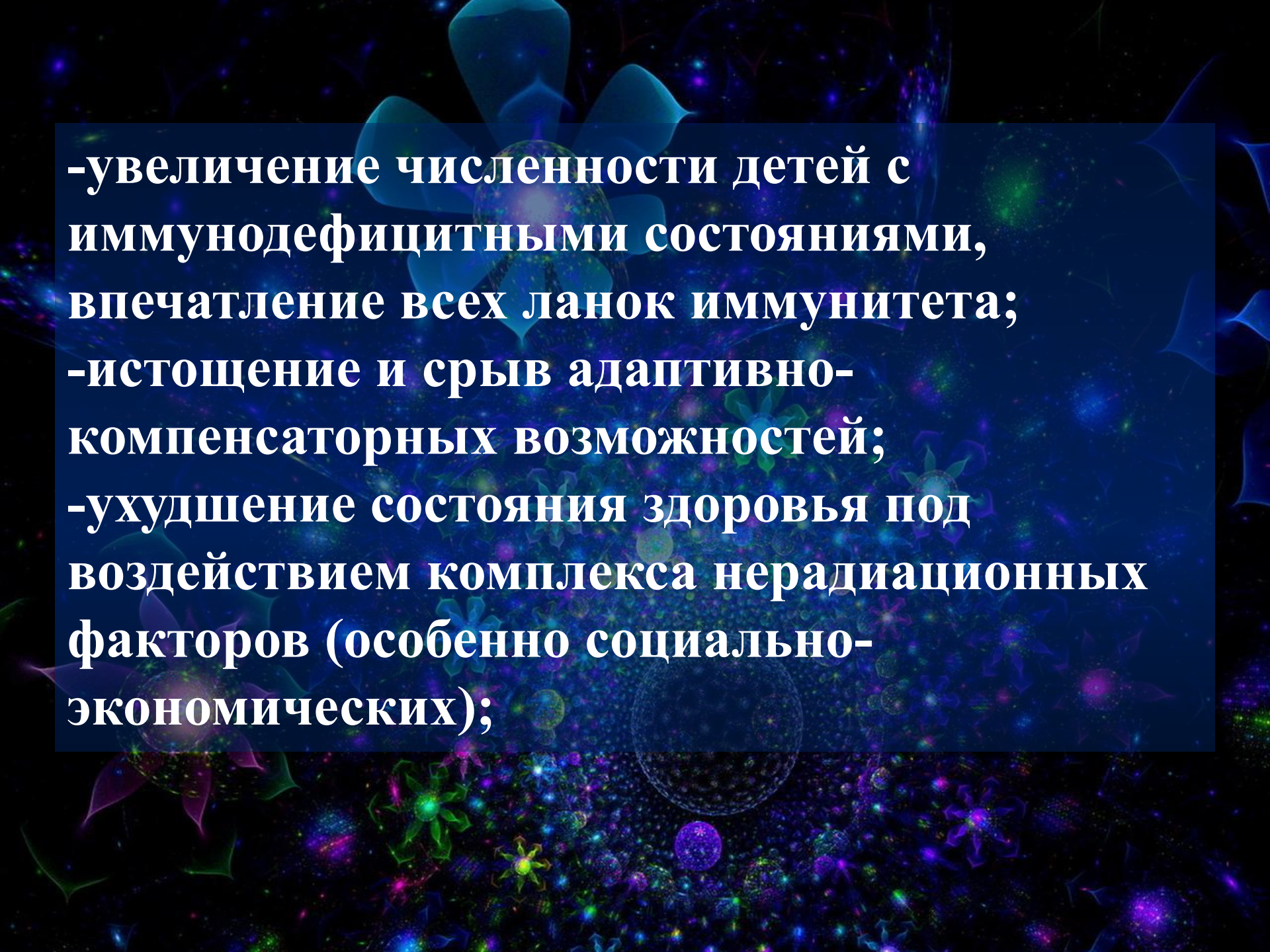
Последствия Чернобыльской аварии являются важной гигиенической проблемой, составной частью решения которой является разработка комплекса профилактических мер и организация оздоровления и реабилитации пострадавших. Среди разных категорий лиц, которые пострадали в результате Чернобыльской аварии, особенно выделяются дети, которые являются наиболее чувствительной критической группой.

Результаты научных исследований и наблюдений позволили выделить характерные изменения состояния здоровья детей, которые пострадали в результате Чернобыльской аварии, :

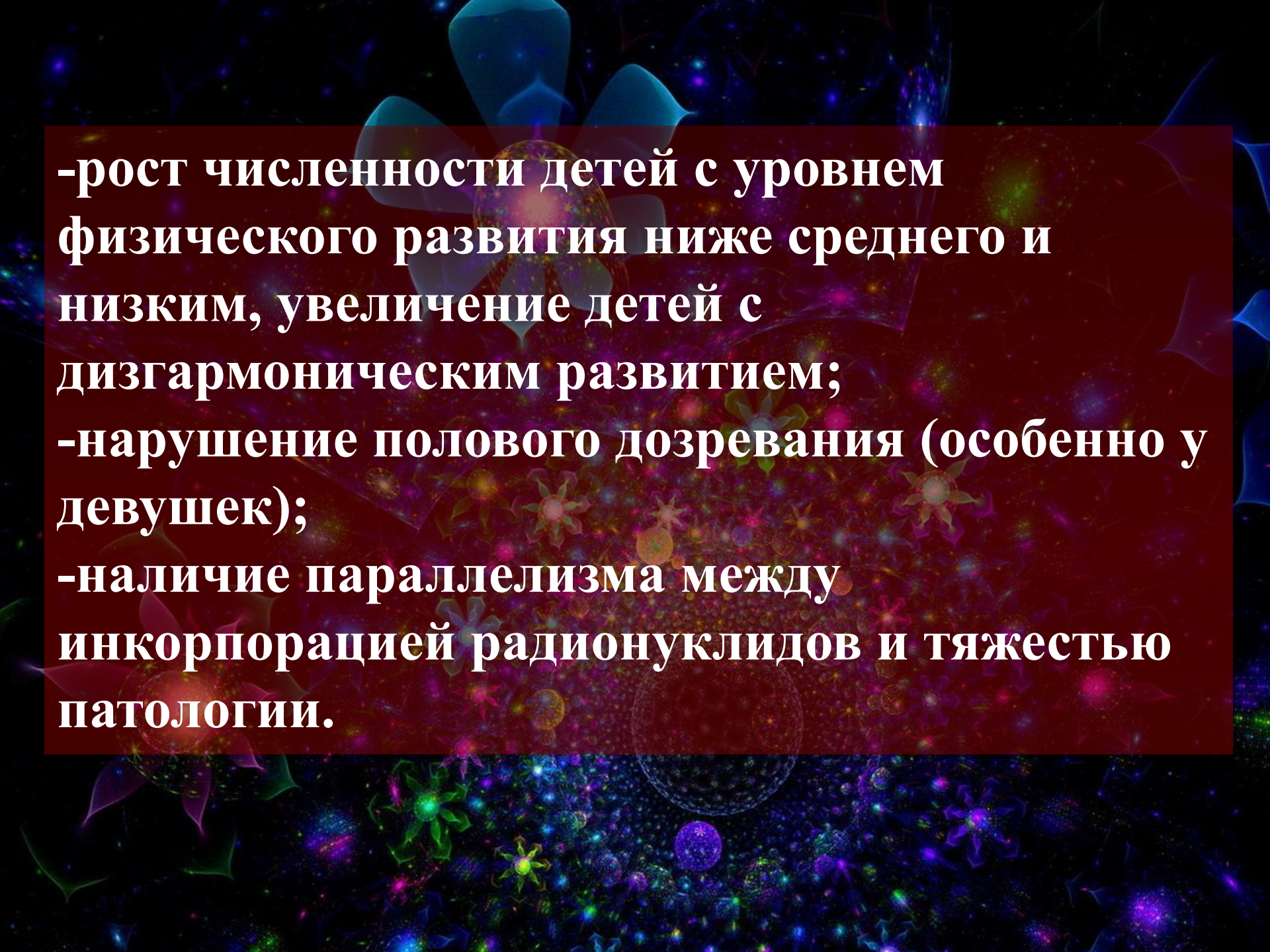
- сокращение удельного веса 1 группы здоровья;**
- увеличение численности 2, а потом 3 и 4 групп здоровья, тенденция к росту количества детей-инвалидов Чернобыля;**



-ухудшение медико-демографических показателей - рост смертности, уменьшения рождаемости, увеличения удельного веса врожденных аномалий;
-рост заболеваемости в 2-3 раза в сравнении с "чистыми" районами;
-преобладание патологии сердечно-сосудистой, нервной систем, органов пищеварения;



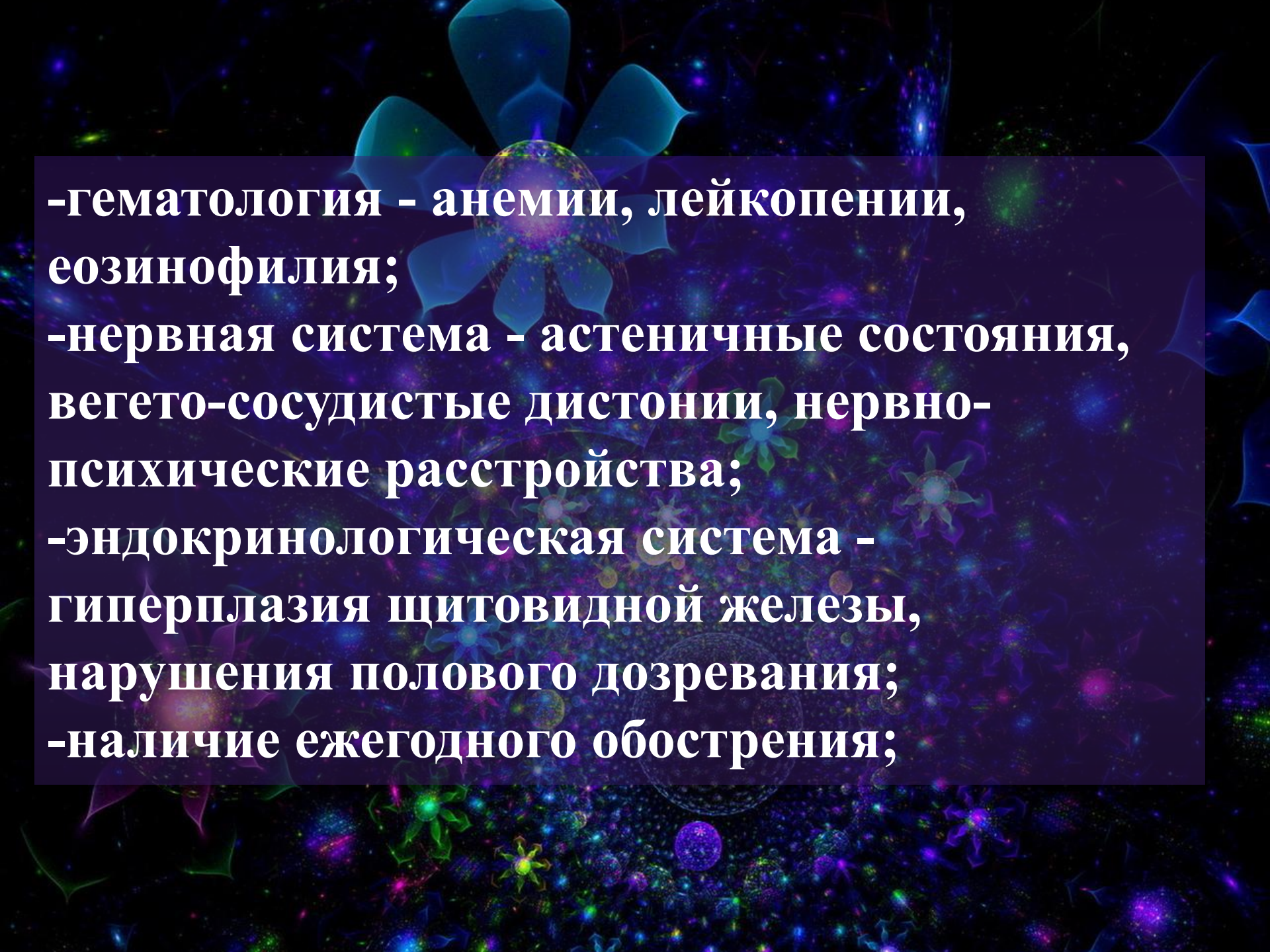
-увеличение численности детей с иммунодефицитными состояниями, впечатление всех ланок иммунитета;
-истощение и срыв адаптивно-компенсаторных возможностей;
-ухудшение состояния здоровья под воздействием комплекса нерадиационных факторов (особенно социально-экономических);



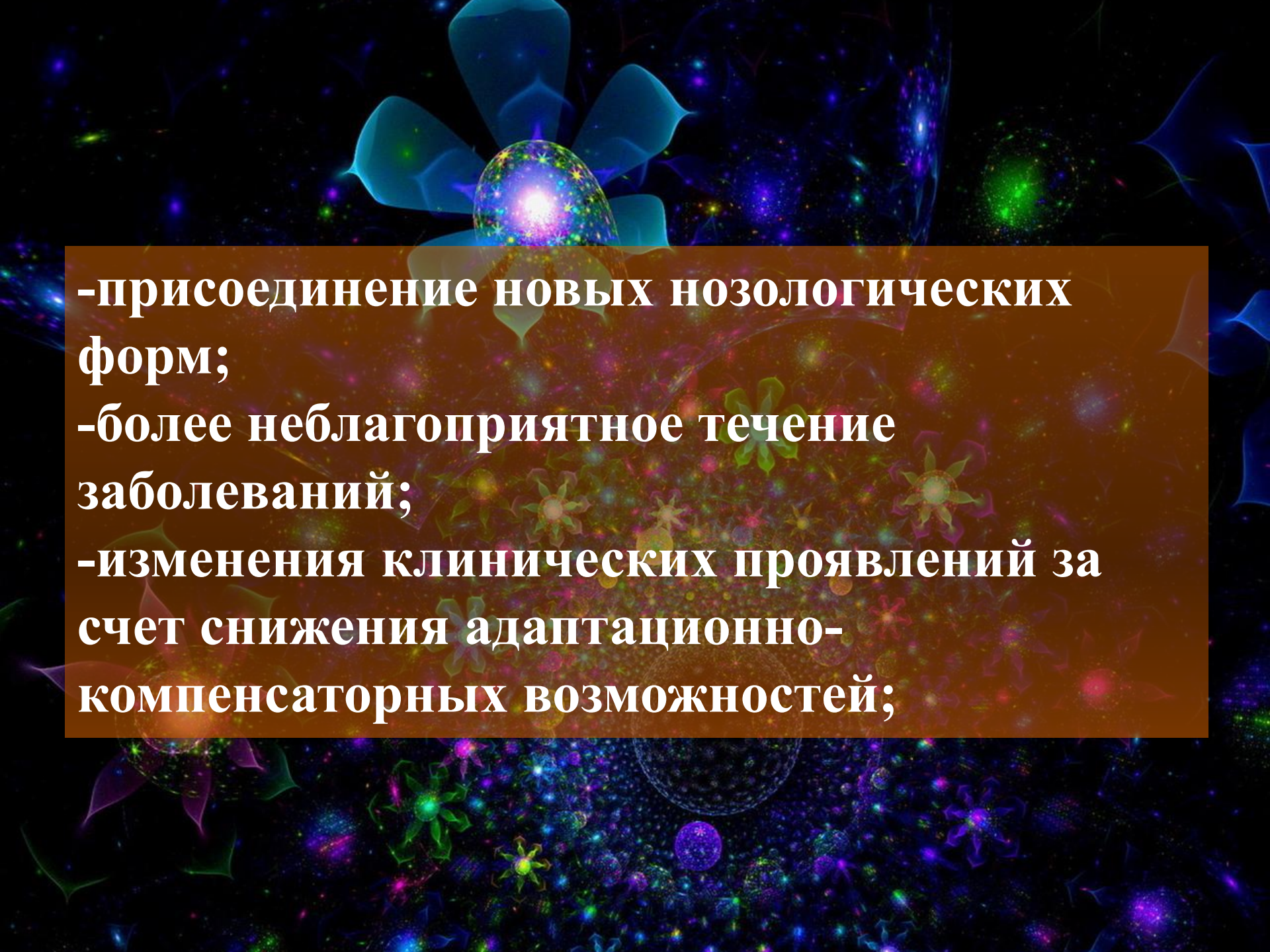
-рост численности детей с уровнем физического развития ниже среднего и низким, увеличение детей с дизгармоническим развитием;
-нарушение полового дозревания (особенно у девушек);
-наличие параллелизма между инкорпорацией радионуклидов и тяжестью патологии.

Клинические наблюдения позволили установить особенности течения заболеваний у "чернобыльских" детей, к которым специалисты относят, наличие "характерных" нозологий :

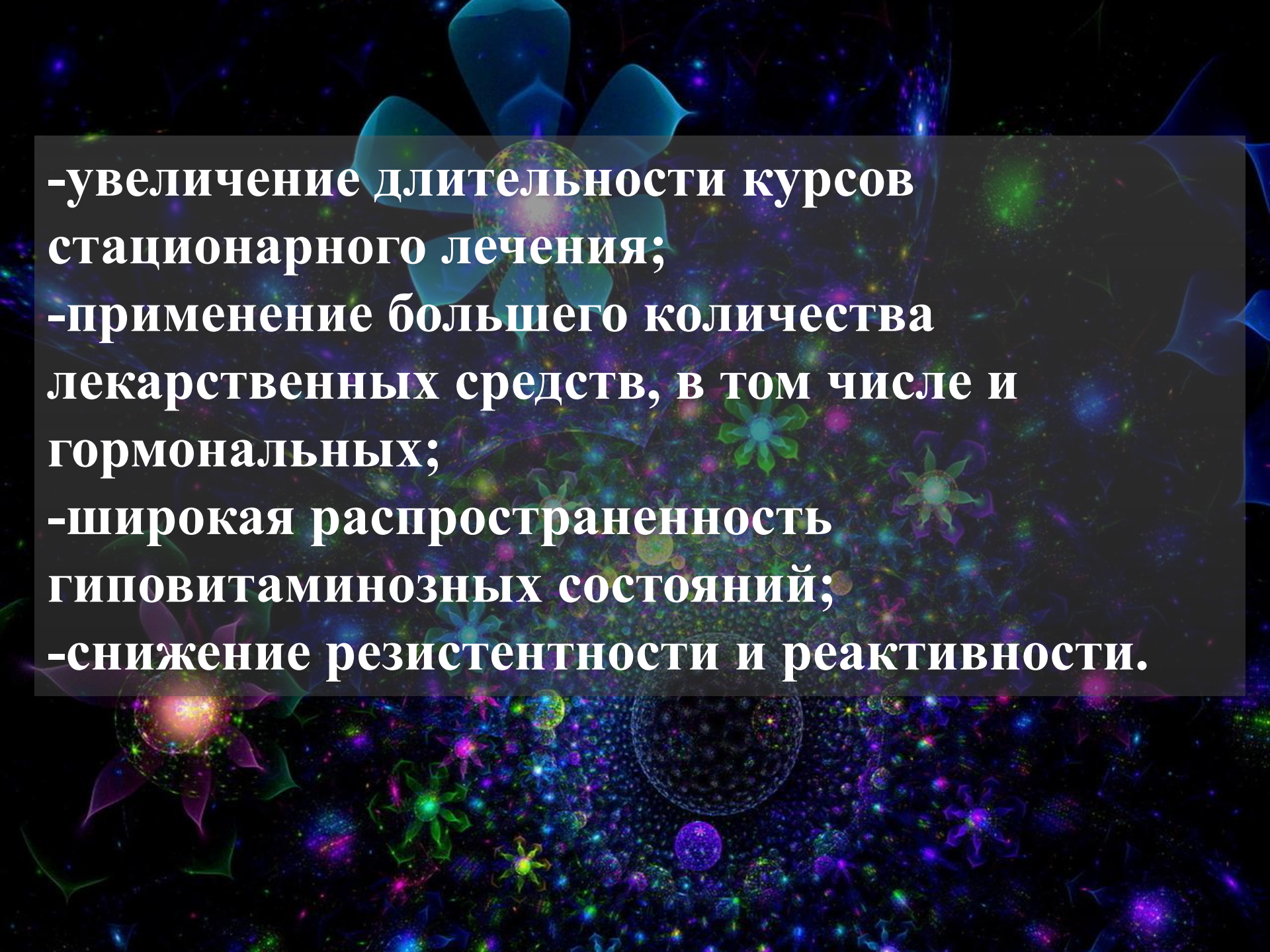
- сердечно-сосудистой системы - функциональные кардиопатии, артериальные гипер-, - и гипотензии с колебаниями давления больше 20 мм рт В.;**
- система органов пищеварения - дискинезии желчевыводящих путей, холециститы, гастродуодениты;**



**-гематология - анемии, лейкопении,
еозинофилия;**
**-нервная система - астеничные состояния,
вегето-сосудистые дистонии, нервно-
психические расстройства;**
**-эндокринологическая система -
гиперплазия щитовидной железы,
нарушения полового дозревания;**
-наличие ежегодного обострения;



-присоединение новых нозологических форм;
-более неблагоприятное течение заболеваний;
-изменения клинических проявлений за счет снижения адаптационно-компенсаторных возможностей;

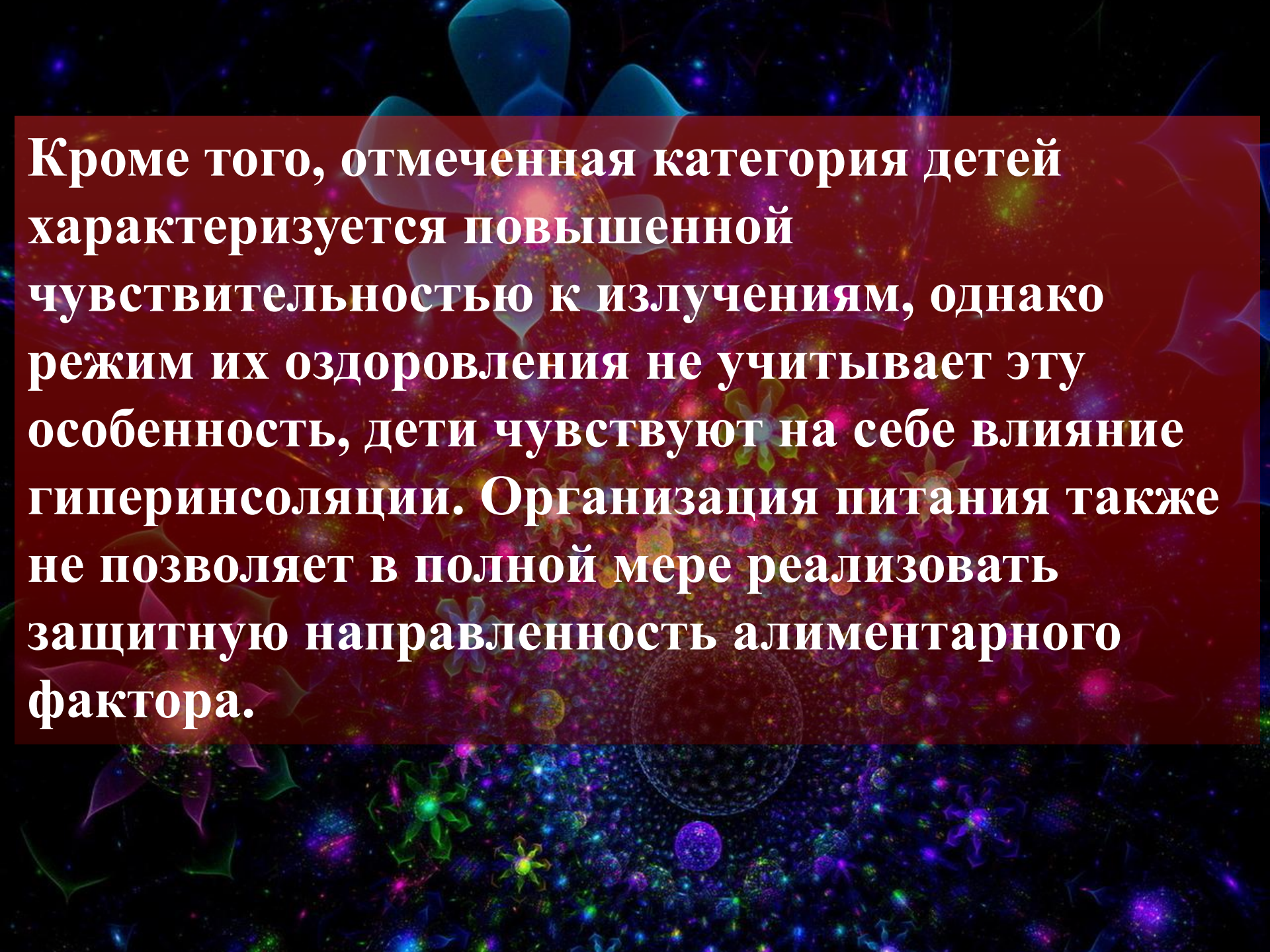
- 
- увеличение длительности курсов стационарного лечения;
 - применение большего количества лекарственных средств, в том числе и гормональных;
 - широкая распространенность гиповитаминозных состояний;
 - снижение резистентности и реактивности.



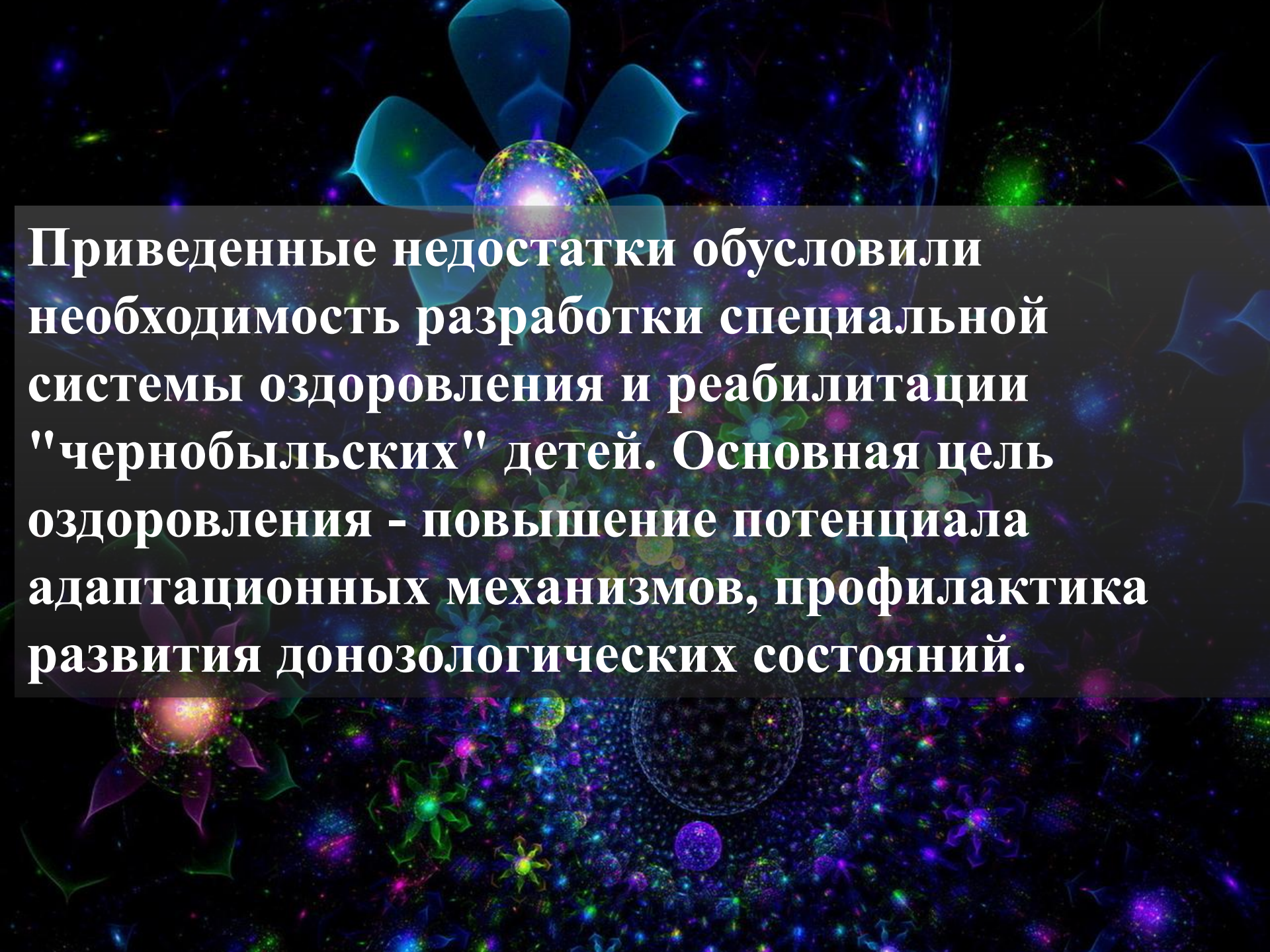
Организация оздоровления и реабилитации детей, которые пострадали в результате Чернобыльской аварии, является важным направлением оптимизации их здоровья. Однако, традиционные методы оздоровления, примененные к этой категории детей, не дают необходимого эффекта.

Ослабление организма детей становится причиной увеличения периода адаптации к оздоровительному или санаторному заведению, что не позволяет перейти к дифференцированному оздоровлению ранее 10-12 дня, у 60% случаев отсутствующий существенный эффект при обычной длительности периода оздоровления.

Малая двигательная активность не дает возможность использовать дозированную физическую нагрузку в полной мере как средство тренировки адапционных возможностей. Нерациональная организация физического воспитания и закалка, их несоответствие функциональным возможностям детей повышают риск истощения и срыва адаптации.



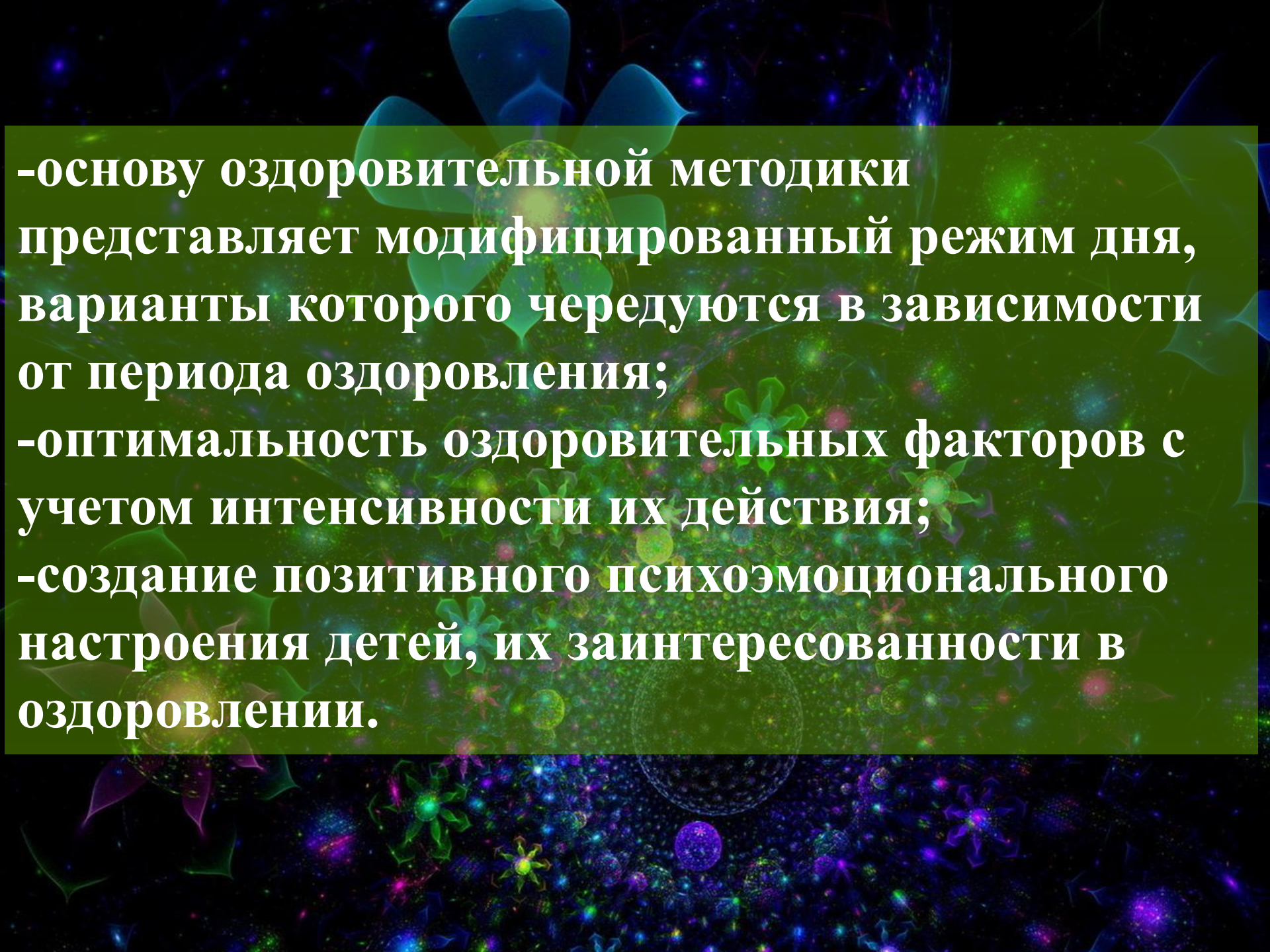
Кроме того, отмеченная категория детей характеризуется повышенной чувствительностью к излучениям, однако режим их оздоровления не учитывает эту особенность, дети чувствуют на себе влияние гиперинсоляции. Организация питания также не позволяет в полной мере реализовать защитную направленность алиментарного фактора.



Приведенные недостатки обусловили необходимость разработки специальной системы оздоровления и реабилитации "чернобыльских" детей. Основная цель оздоровления - повышение потенциала адаптационных механизмов, профилактика развития донозологических состояний.

К гигиеническим принципам оздоровления "чернобыльских" детей относятся:

- обязательность оздоровления, которое должно быть ежегодным;**
- выезд за пределы постоянного проживания для снижения экологического давления;**
- увеличение длительности оздоровительного периода до 35-45 дней для достижения эффекта;**
- комплексность оздоровления с применением гигиенических, клинических методик, использованием элементов фитотерапии и тому подобное;**



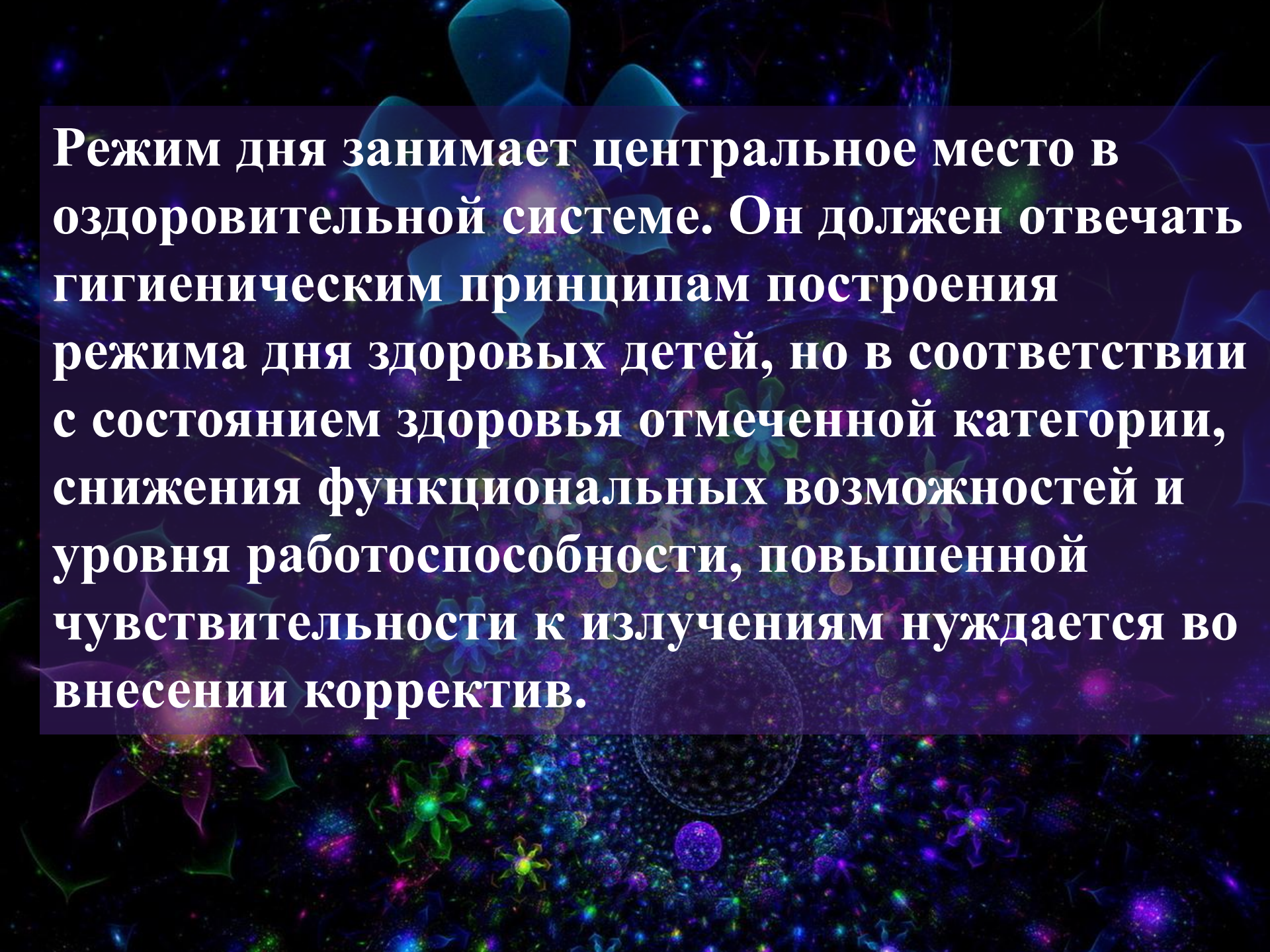
**-основу оздоровительной методики
представляет модифицированный режим дня,
варианты которого чередуются в зависимости
от периода оздоровления;**

**-оптимальность оздоровительных факторов с
учетом интенсивности их действия;**

**-создание позитивного психоэмоционального
настроения детей, их заинтересованности в
оздоровлении.**

**Согласно отмеченных принципов
гигиенистами разработана комплексная
система оздоровления детей, которые
испытали радиационное влияние, к
компонентам которой отнесенные:**

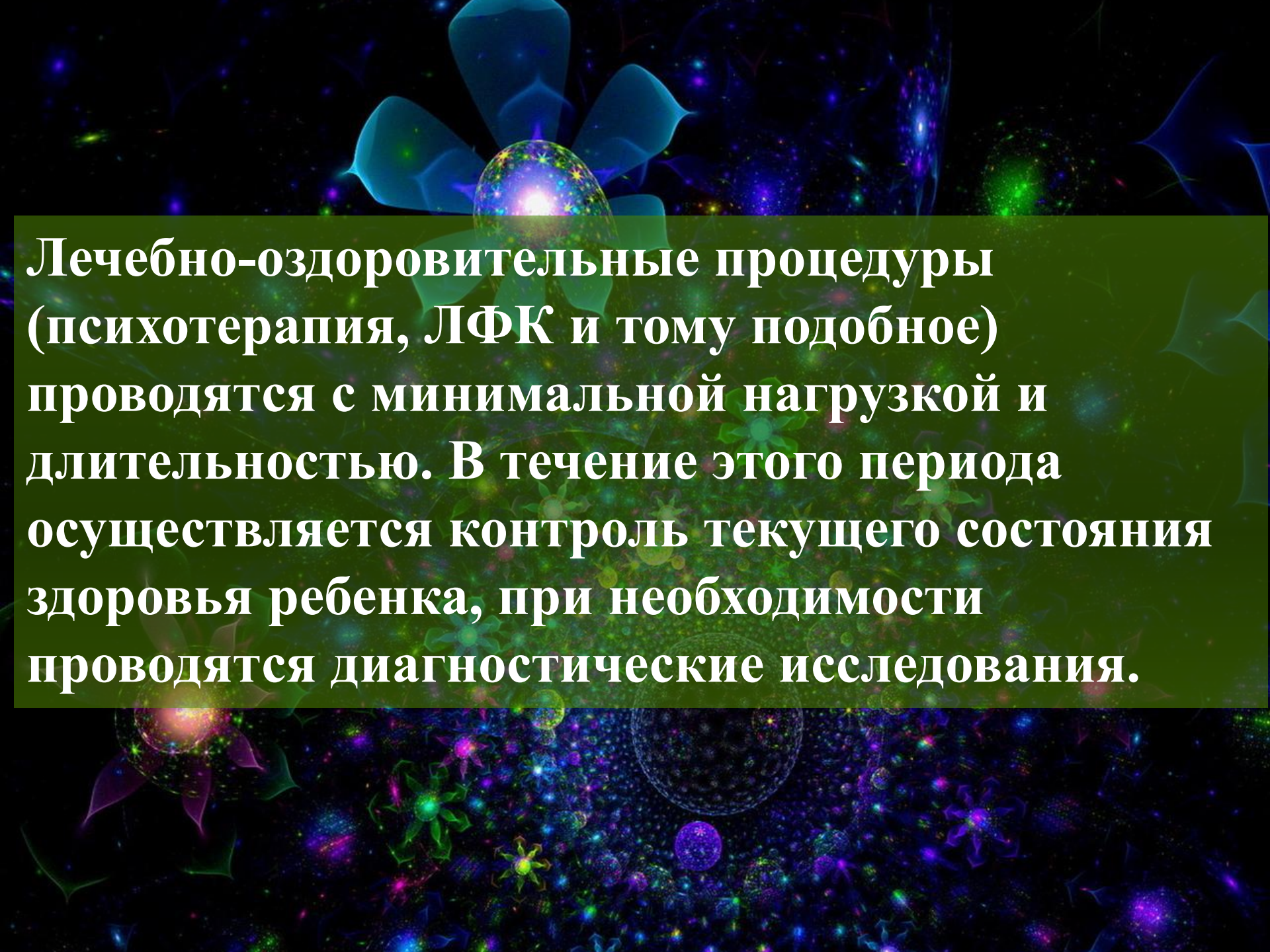
- режим дня;**
- алиментарный фактор;**
- физическое воспитание и закалка;**
- общественно полезный труд;**
- лечебно-реабилитационные мероприятия.**



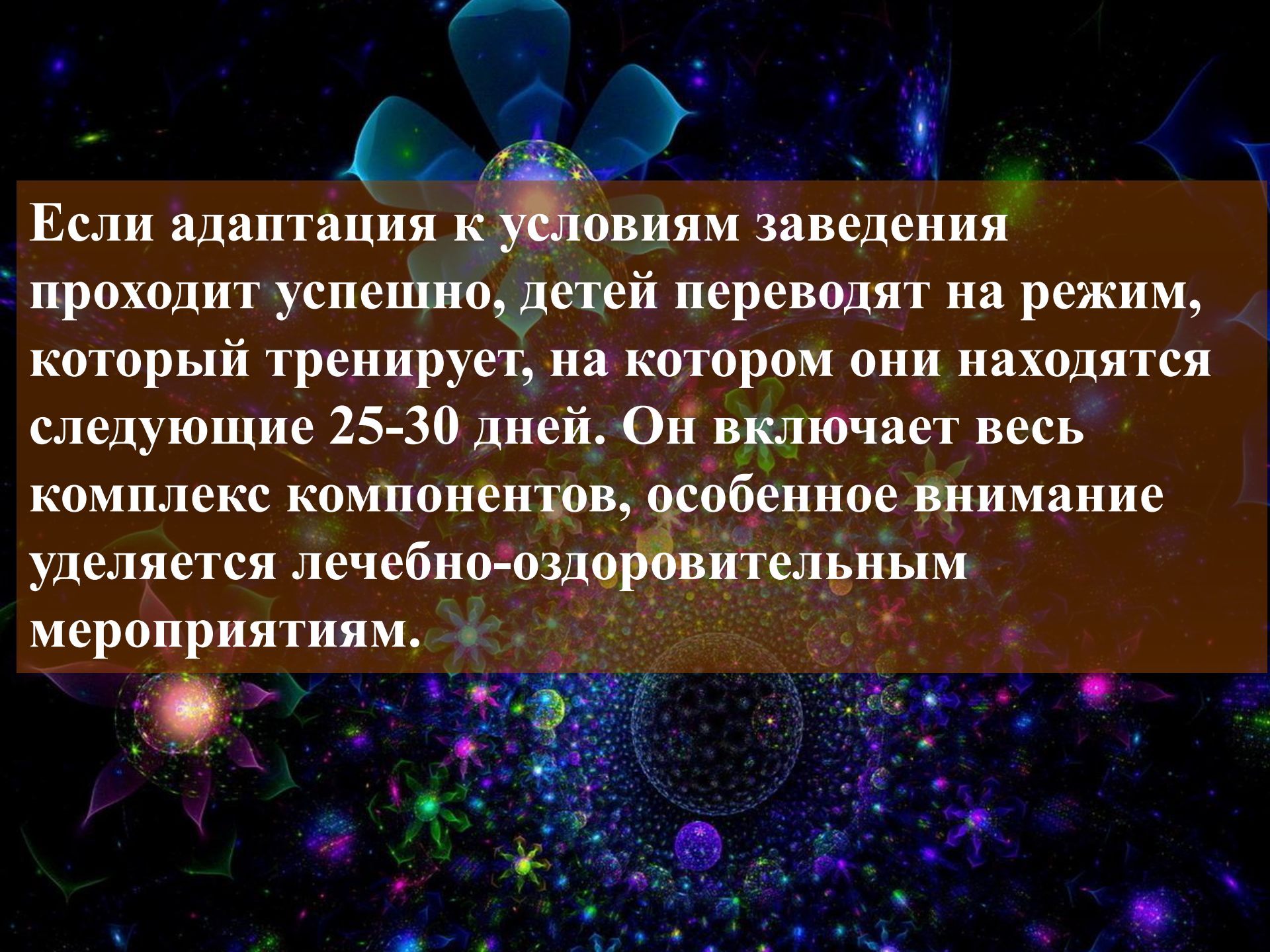
Режим дня занимает центральное место в оздоровительной системе. Он должен отвечать гигиеническим принципам построения режима дня здоровых детей, но в соответствии с состоянием здоровья отмеченной категории, снижения функциональных возможностей и уровня работоспособности, повышенной чувствительности к излучениям нуждается во внесении корректив.

Увеличивается час отдыха детей за счет сна (длительность дневного и ночного сна - по 30 минут). Время утреннего подъема переносится с 7.00 на 7.30, что позволяет перенести проведение мероприятий на время с меньшей инсоляцией. Также ограничивается время пребывания на открытом воздухе в период гиперинсоляции (после 11-12 часов) для уменьшения ее возможного неблагоприятного действия. Длительность труда сокращается до 30 минут у детей 7-10 лет и 1 часа у детей возрастом 10-15 лет, что позволяет уменьшить объем нагрузок.

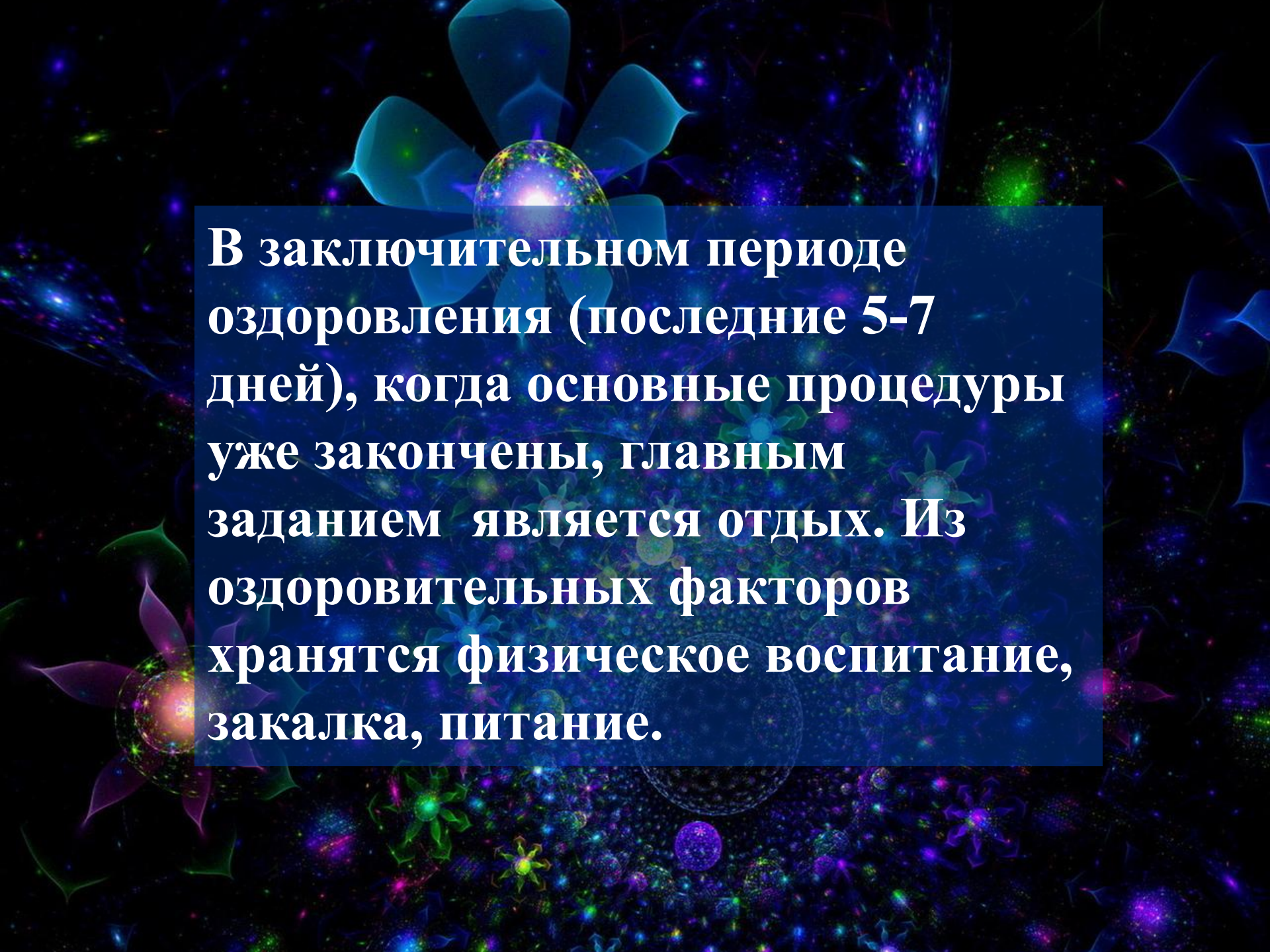
Всем детям на первые 5-7 дней по прибытии к оздоровительному заведению с учетом данных индивидуального обзора назначается режим, который предусматривает ограничение двигательной активности (запрещаются бег, прыжки, упражнения с задержкой дыхания), преобладания спокойных игр, запрещение пребывания на открытом воздухе в период гиперинсоляции.



Лечебно-оздоровительные процедуры (психотерапия, ЛФК и тому подобное) проводятся с минимальной нагрузкой и длительностью. В течение этого периода осуществляется контроль текущего состояния здоровья ребенка, при необходимости проводятся диагностические исследования.



Если адаптация к условиям заведения проходит успешно, детей переводят на режим, который тренирует, на котором они находятся следующие 25-30 дней. Он включает весь комплекс компонентов, особенное внимание уделяется лечебно-оздоровительным мероприятиям.




В заключительном периоде оздоровления (последние 5-7 дней), когда основные процедуры уже закончены, главным заданием является отдых. Из оздоровительных факторов хранятся физическое воспитание, закалка, питание.

Режим дня в оздоровительном заведении для детей из территорий, которые пострадали в результате Чернобыльской аварии

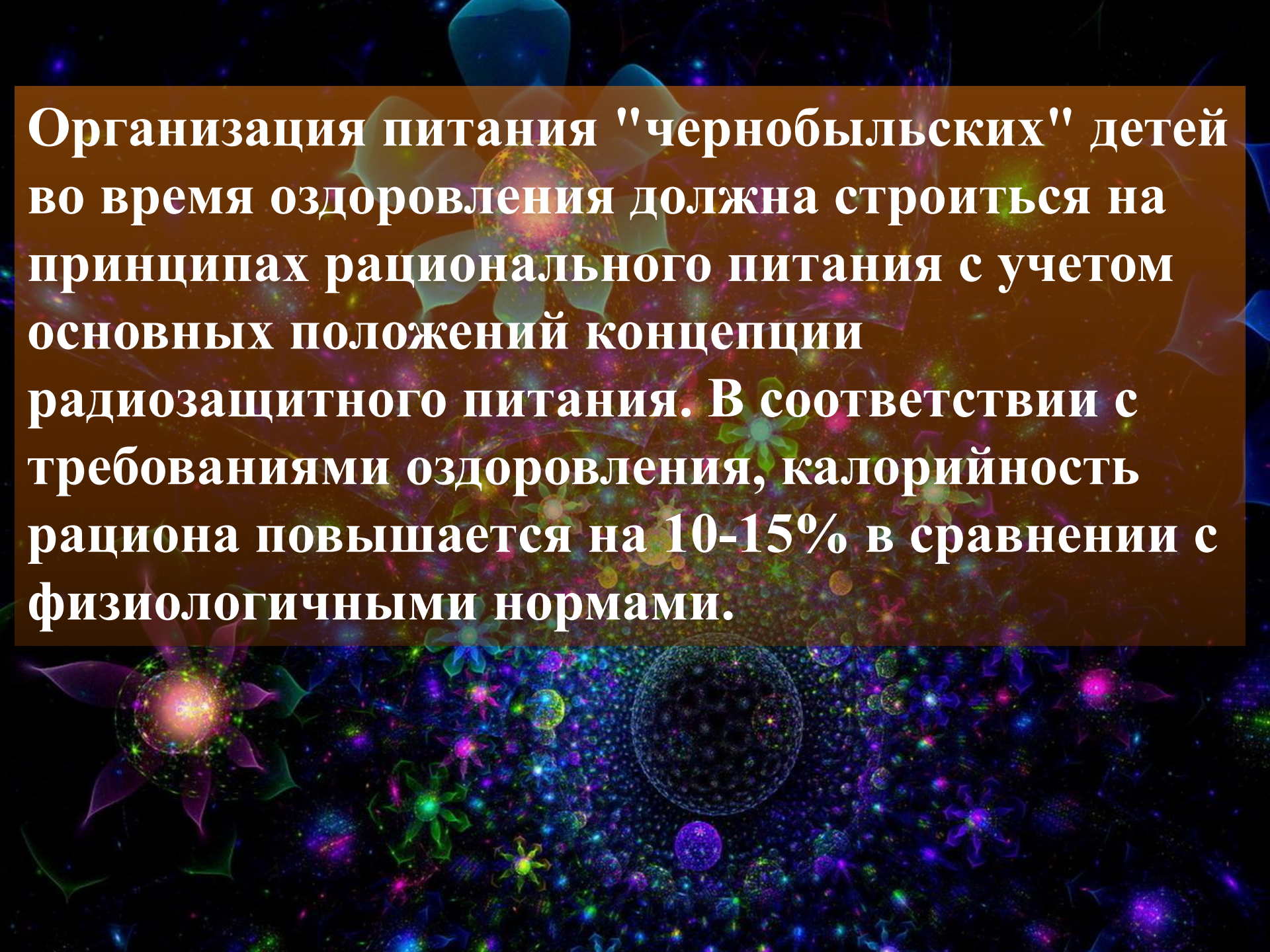
Компоненты режима		
	Деть 7-10 лет	Деть 11-15 лет
Подъем	7.30	7.30
Утренняя гимнастика	7.35-7.50	7.35-7.5 5
Утренний туалет, закалка	7.50-8.20	7.55-8.2 0
Утренняя линейка	8.20-8.30	8.20-8.3 0

Завтрак	8.30-8.50	8.30-8.50
Работа в группах	8.50-9.30	8.50-9.30
Прогулки (воздушные ванны, плавания, другие оздоровительно- гигиенические мероприятия)	9.30-12.0 0	9.30-12.0 0
Лечебно- оздоровительные процедуры	12.00-13. 00	12.00-13. 00
Обед	13.00-13. 30	13.00-13. 30

Послеобеденный дневной отдых	13.30-15. 30	13.30-15. 30
Полуденок	15.30-15. 45	15.30-15. 45
Прогулки, занятие в кружках, общественно- полезный труд	15.45-16. 30	15.45-17. 00
Спортивный час, плавание	16.30-17. 30	17.00-18. 30
Мероприятия в группах	17.30-18. 30	18.30-19. 00
Ужин 1	18.30-18. 50	19.00-19. 20

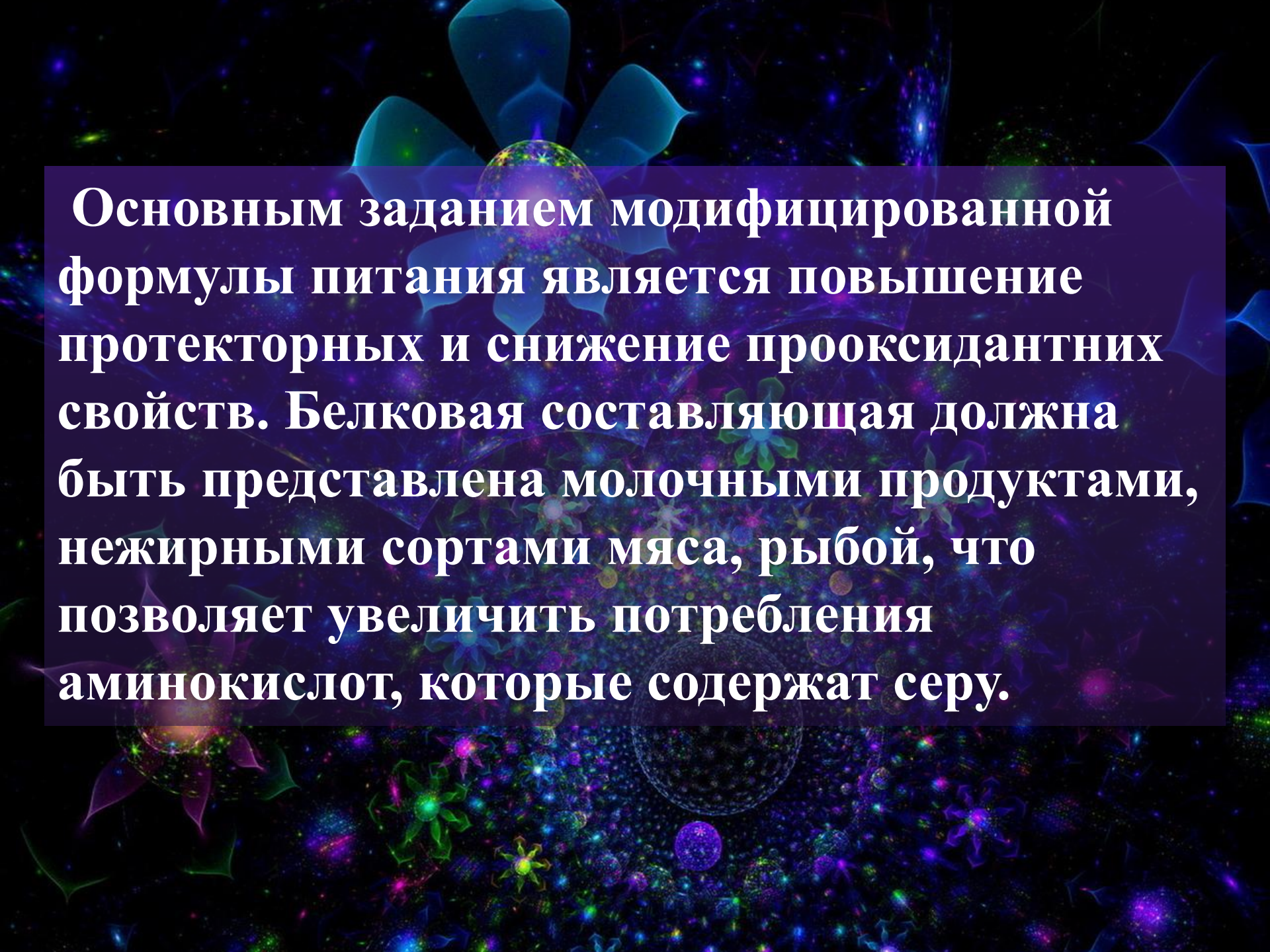


Прогулка перед сном, проведение дискотек	18.50-20.45	19.20-21.15
Ужин 2	20.45-21.00	21.15-21.30
Подготовка к сну	21.00-21.30	21.30-22.00
Отход к сну	21.30	22.00

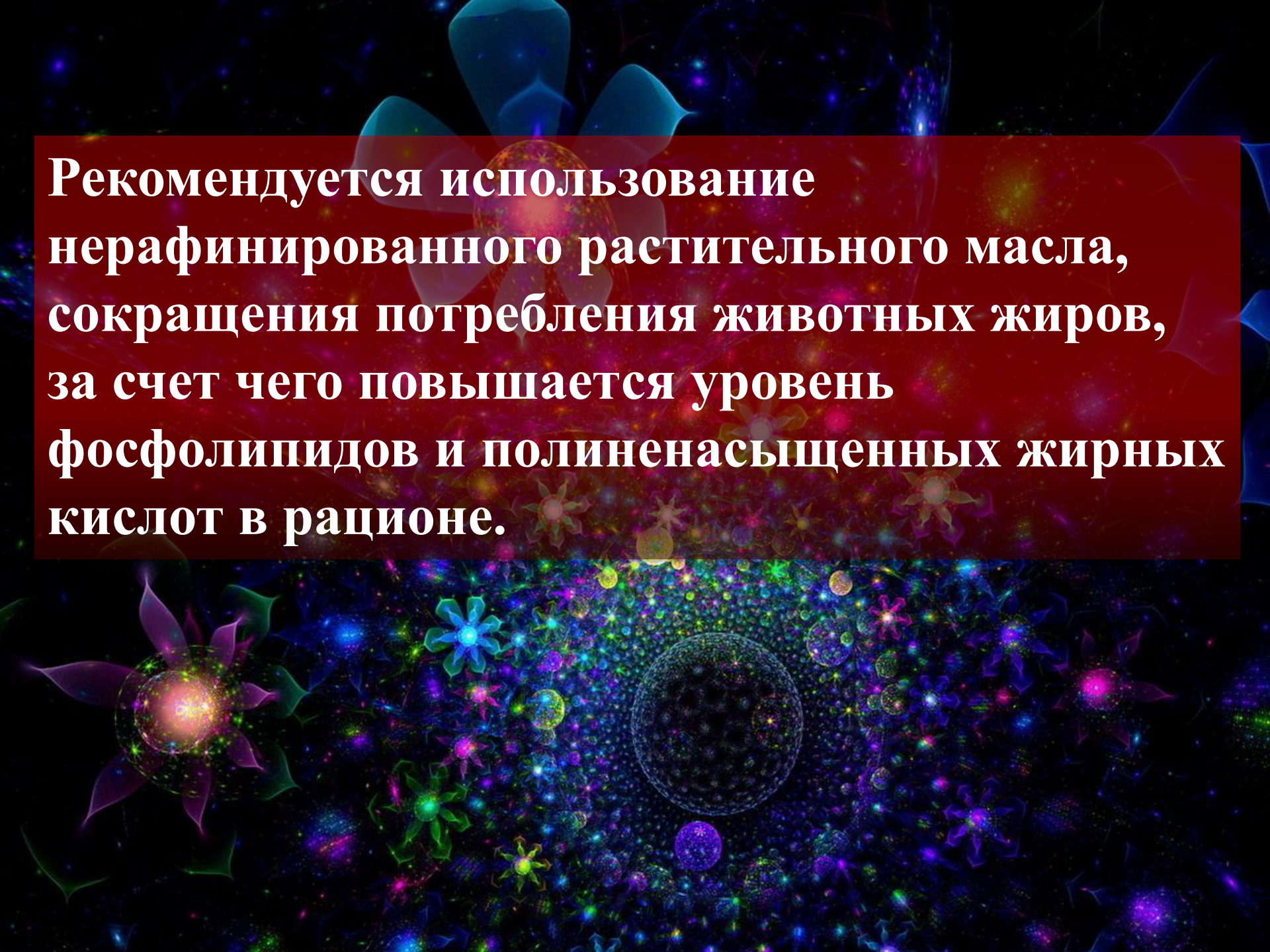


Организация питания "чернобыльских" детей во время оздоровления должна строиться на принципах рационального питания с учетом основных положений концепции радиозащитного питания. В соответствии с требованиями оздоровления, калорийность рациона повышается на 10-15% в сравнении с физиологичными нормами.

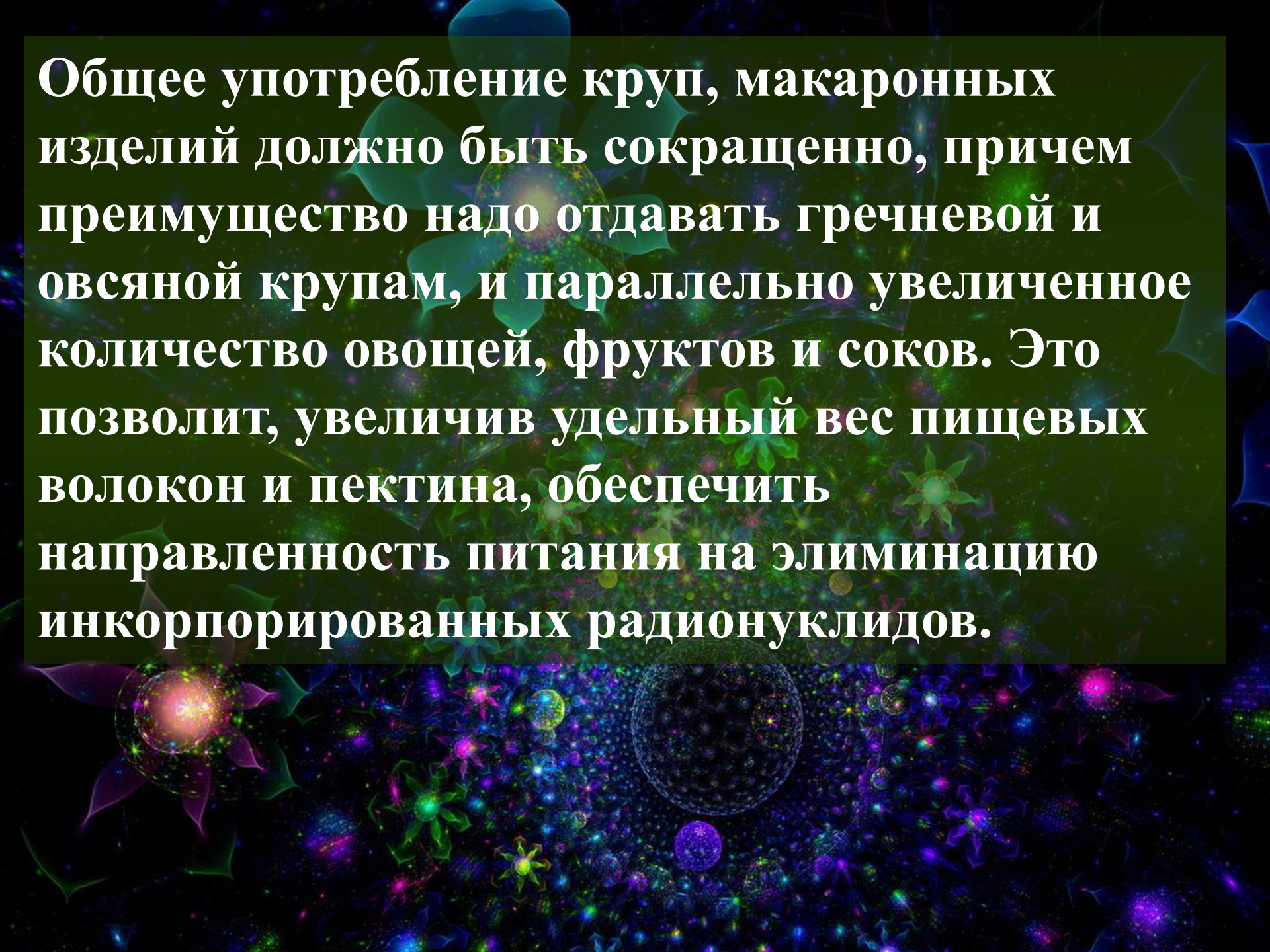
Распределение рациона по калорийности на протяжении дня должно быть равномерным с небольшим преимуществом калорийности в обед. Режим питания должен быть пятикратным с введением последнего приема за 30 минут до сна. Предоставление целевой направленности алиментарному фактору достигается за счет обогащения рациона естественными антиоксидантами и адаптогенами, усиление выведения радионуклидов, которые инкорпированы.



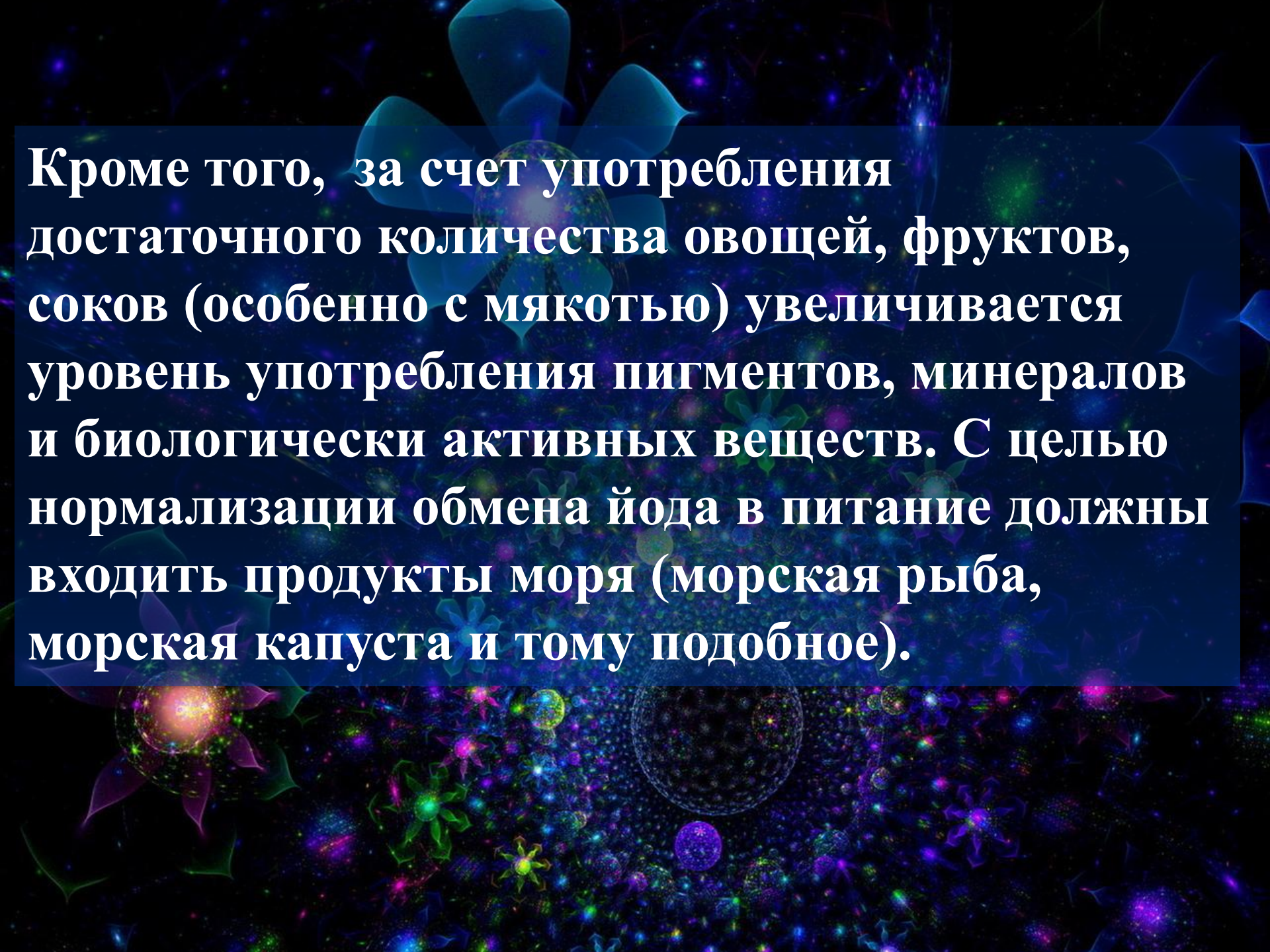
Основным заданием модифицированной формулы питания является повышение протекторных и снижение прооксидантных свойств. Белковая составляющая должна быть представлена молочными продуктами, нежирными сортами мяса, рыбой, что позволяет увеличить потребления аминокислот, которые содержат серу.



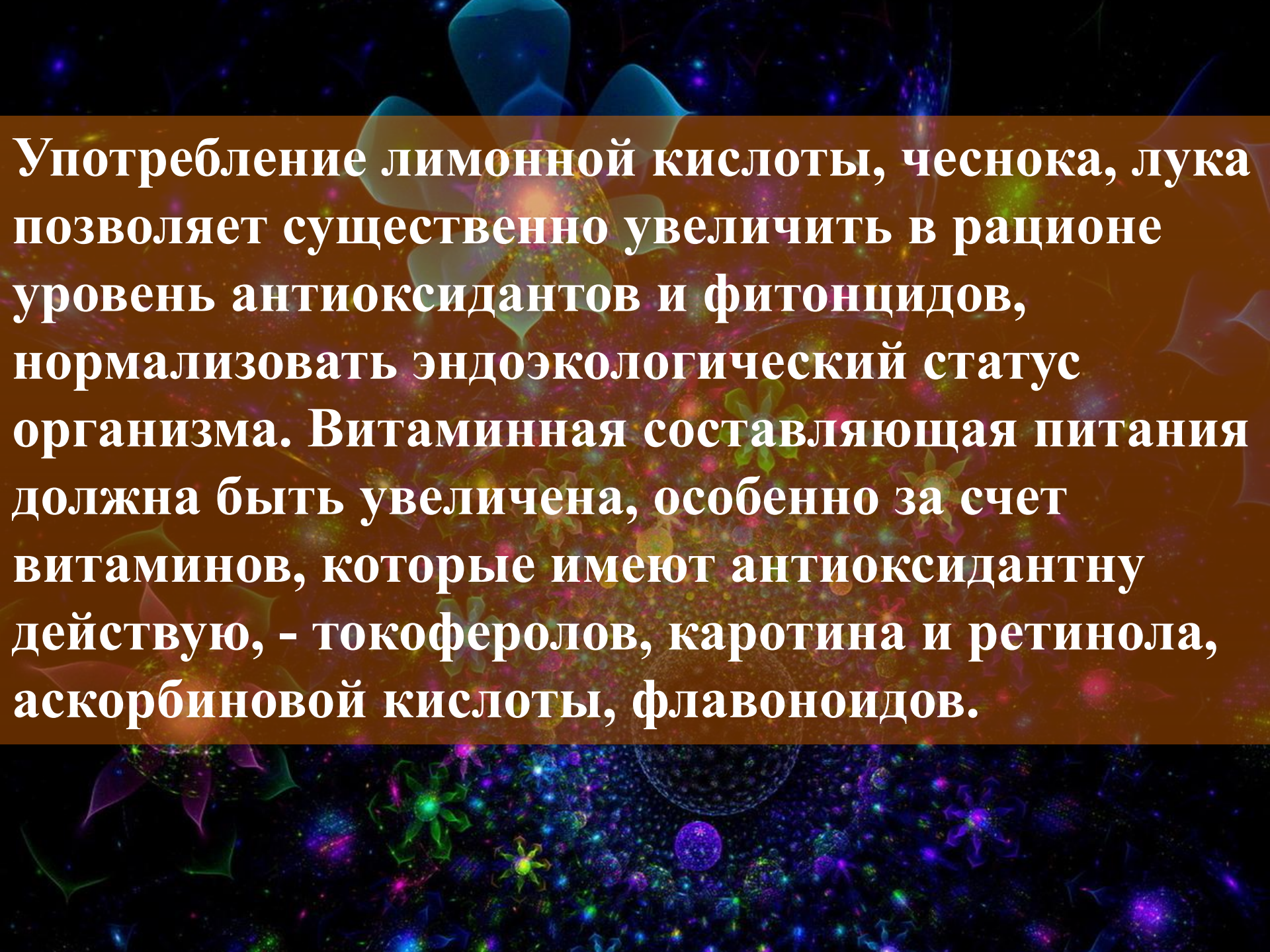
**Рекомендуется использование
нерафинированного растительного масла,
сокращения потребления животных жиров,
за счет чего повышается уровень
фосфолипидов и полиненасыщенных жирных
кислот в рационе.**



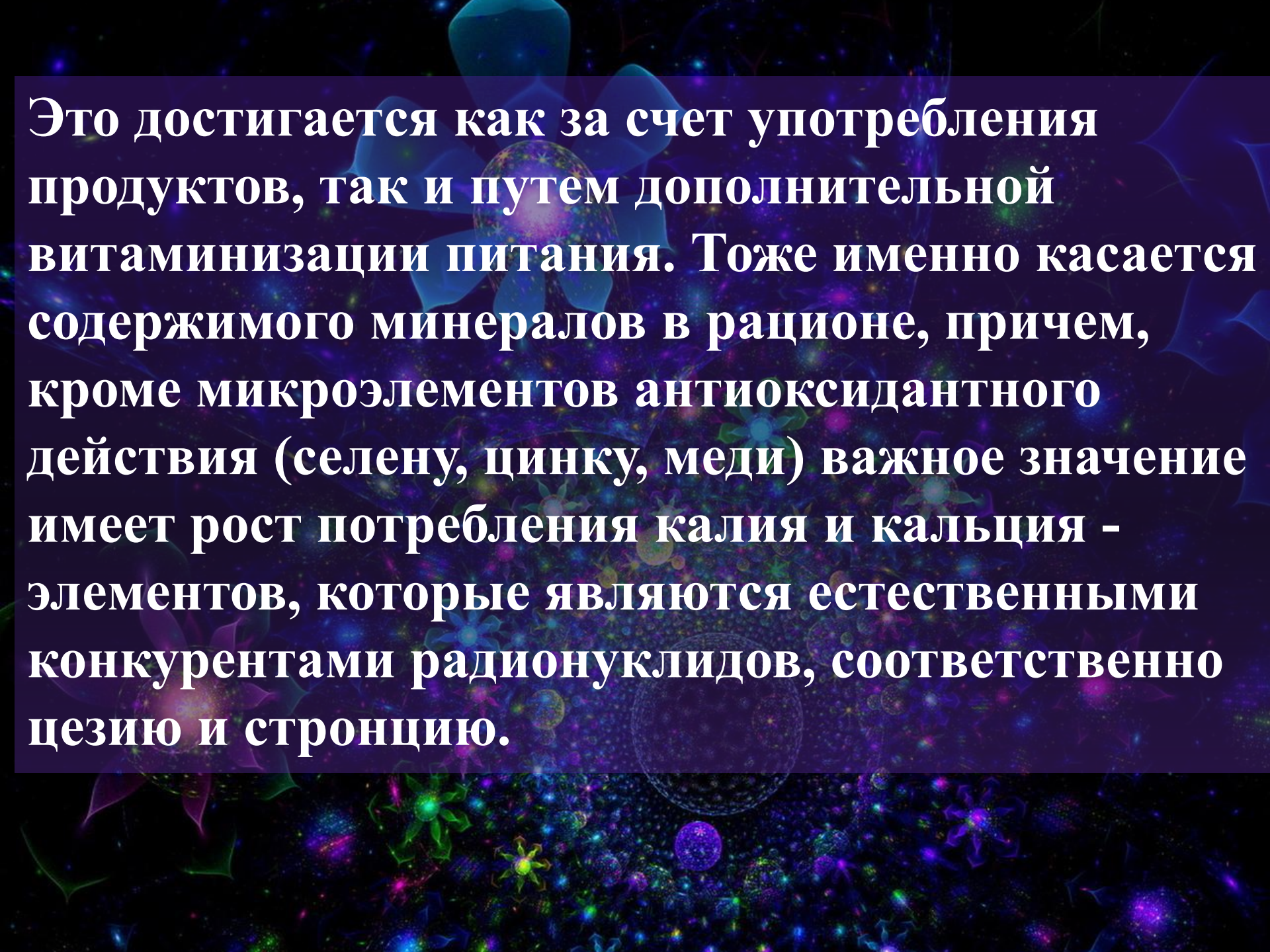
Общее употребление круп, макаронных изделий должно быть сокращено, причем предпочтение надо отдавать гречневой и овсяной крупам, и параллельно увеличенное количество овощей, фруктов и соков. Это позволит, увеличив удельный вес пищевых волокон и пектина, обеспечить направленность питания на элиминацию инкорпорированных радионуклидов.



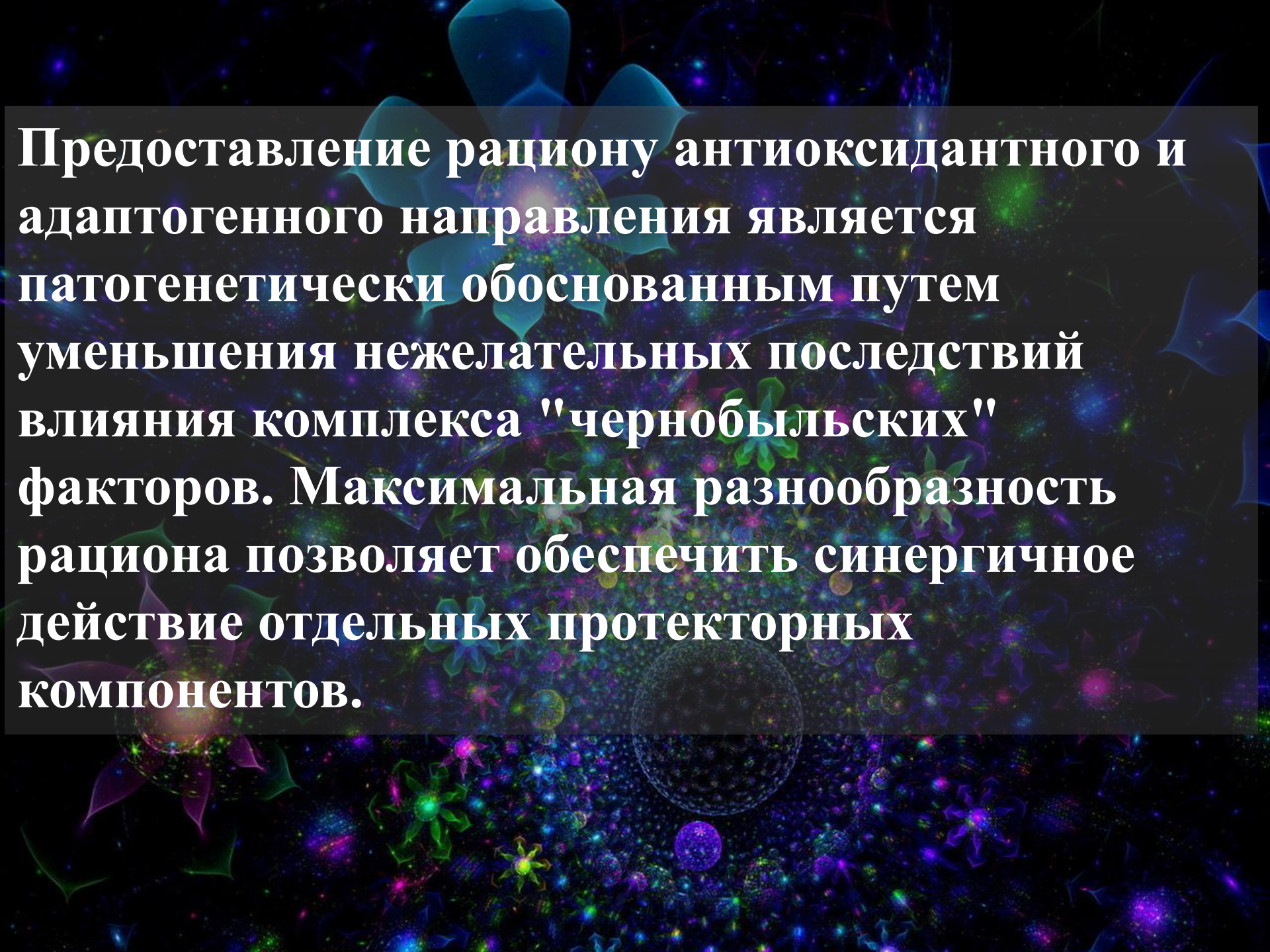
Кроме того, за счет употребления достаточного количества овощей, фруктов, соков (особенно с мякотью) увеличивается уровень употребления пигментов, минералов и биологически активных веществ. С целью нормализации обмена йода в питание должны входить продукты моря (морская рыба, морская капуста и тому подобное).



Употребление лимонной кислоты, чеснока, лука позволяет существенно увеличить в рационе уровень антиоксидантов и фитонцидов, нормализовать эндоэкологический статус организма. Витаминная составляющая питания должна быть увеличена, особенно за счет витаминов, которые имеют антиоксидантную функцию, - токоферолов, каротина и ретинола, аскорбиновой кислоты, флавоноидов.



Это достигается как за счет употребления продуктов, так и путем дополнительной витаминизации питания. Также именно касается содержания минералов в рационе, причем, кроме микроэлементов антиоксидантного действия (селену, цинку, меди) важное значение имеет рост потребления калия и кальция - элементов, которые являются естественными конкурентами радионуклидов, соответственно цезию и стронцию.

The background features a complex, multi-colored fractal pattern. It includes glowing blue and purple spheres, intricate floral-like structures in shades of green and blue, and a dense field of small, bright particles in various colors (blue, green, purple, yellow) scattered across a dark, almost black space. The overall effect is that of a vibrant, ethereal, and somewhat chaotic digital landscape.

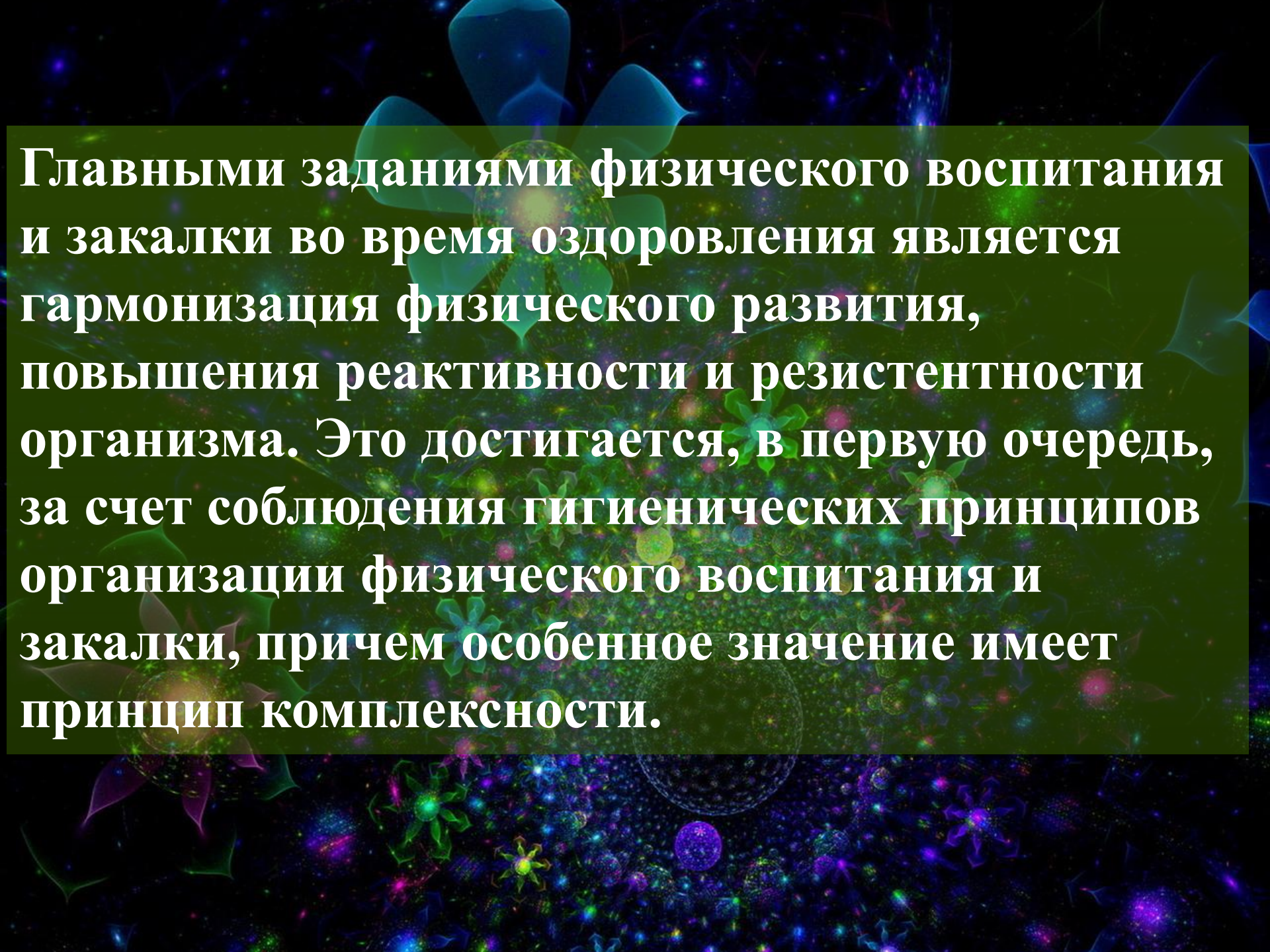
Предоставление рациону антиоксидантного и адаптогенного направления является патогенетически обоснованным путем уменьшения нежелательных последствий влияния комплекса "чернобыльских" факторов. Максимальная разнообразность рациона позволяет обеспечить синергичное действие отдельных протекторных компонентов.

Кроме увеличения уровней потребления нутриентов - антиоксидантов это достигается включением к рациону элементов фитодиететики и фитозергономики :

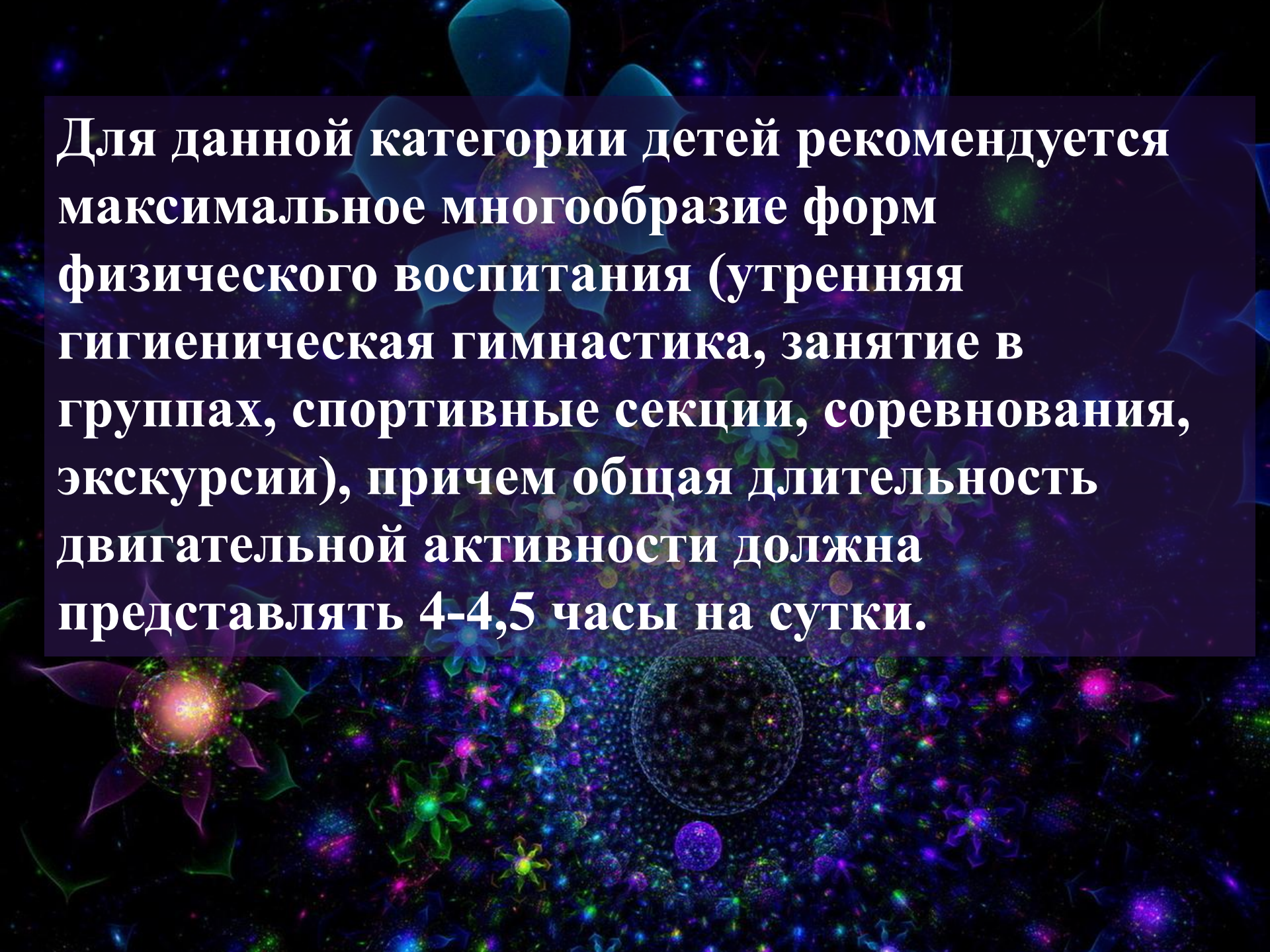
- потреблением пищевых фитоадаптогенов, которые добавляются в первые кушанья, салаты, используются в напитках;**
- употреблением салатов, заправленных нерафинированными растительными маслами и лимонной кислотой;**
- употреблением зеленого чая;**
- достижением общей щелочной направленности питания.**

Выходя из повышенной уязвимости детей этой категории, важное значение имеет экологическая чистота и безопасность пищевых продуктов, которые употребляются, которая позволяет предотвратить возможное усиление влияния ксенобиотиков разной природы.

**Определенное значение имеет применение рациональных кулинарных приемов :
исключение жарки, применения отваривания, запекания и приготовления кушаний на пару.**



Главными заданиями физического воспитания и закалки во время оздоровления является гармонизация физического развития, повышения реактивности и резистентности организма. Это достигается, в первую очередь, за счет соблюдения гигиенических принципов организации физического воспитания и закалки, причем особенное значение имеет принцип комплексности.

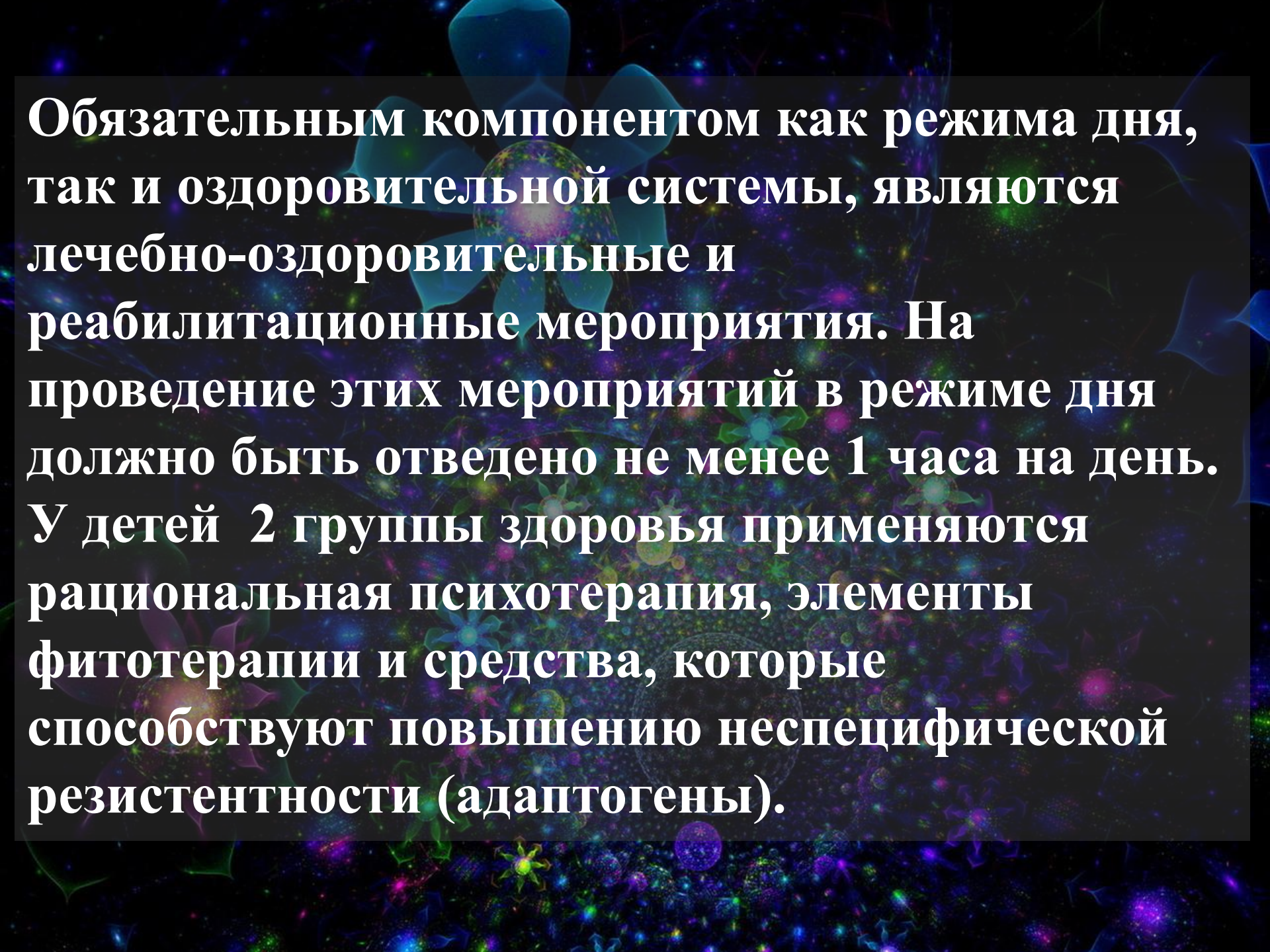


Для данной категории детей рекомендуется максимальное многообразие форм физического воспитания (утренняя гигиеническая гимнастика, занятие в группах, спортивные секции, соревнования, экскурсии), причем общая длительность двигательной активности должна представлять 4-4,5 часа на сутки.


В связи с наличием гиподинамии и сниженной двигательной активностью среди детей этой группы, увеличения ее объема должно предусматриваться, начиная с перехода на режим, который тренирует. Особенно значимыми для этой категории детей должны быть признаны циклические упражнения в спокойном темпе, которые проводятся систематически. При организации занятий плаванием особое внимание уделяется соблюдению параметров температуры воды (не ниже 20°C) и кратности (1-2 раза на день) и длительности занятий (25-30 минут).

Большое внимание нужно уделять организации экскурсий и прогулок для детей младшего школьного возраста, что позволяет увеличить длительность оздоровительной ходьбы. Для школьников 11-15 лет рекомендуется использование с оздоровительными целями бега в спокойном ритме. Во время изменения 1-2 раза осуществляются туристические походы, длительность которых складывается не больше 3,5 часов. Режим передвижения детей предусматривает малые остановки каждые 40 минут, большие - через 1,5 часа.

Выходя из того, что большинство детей этой категории относятся к подготовительной или специальной группе физического воспитания, необходимо постоянно контролировать их общее положение, соответствие нагрузок функциональным возможностям. Это позволит не только повысить эффективность оздоровления, но и предотвратить возможные неблагоприятные последствия (травмам, перетренированности и тому подобное).

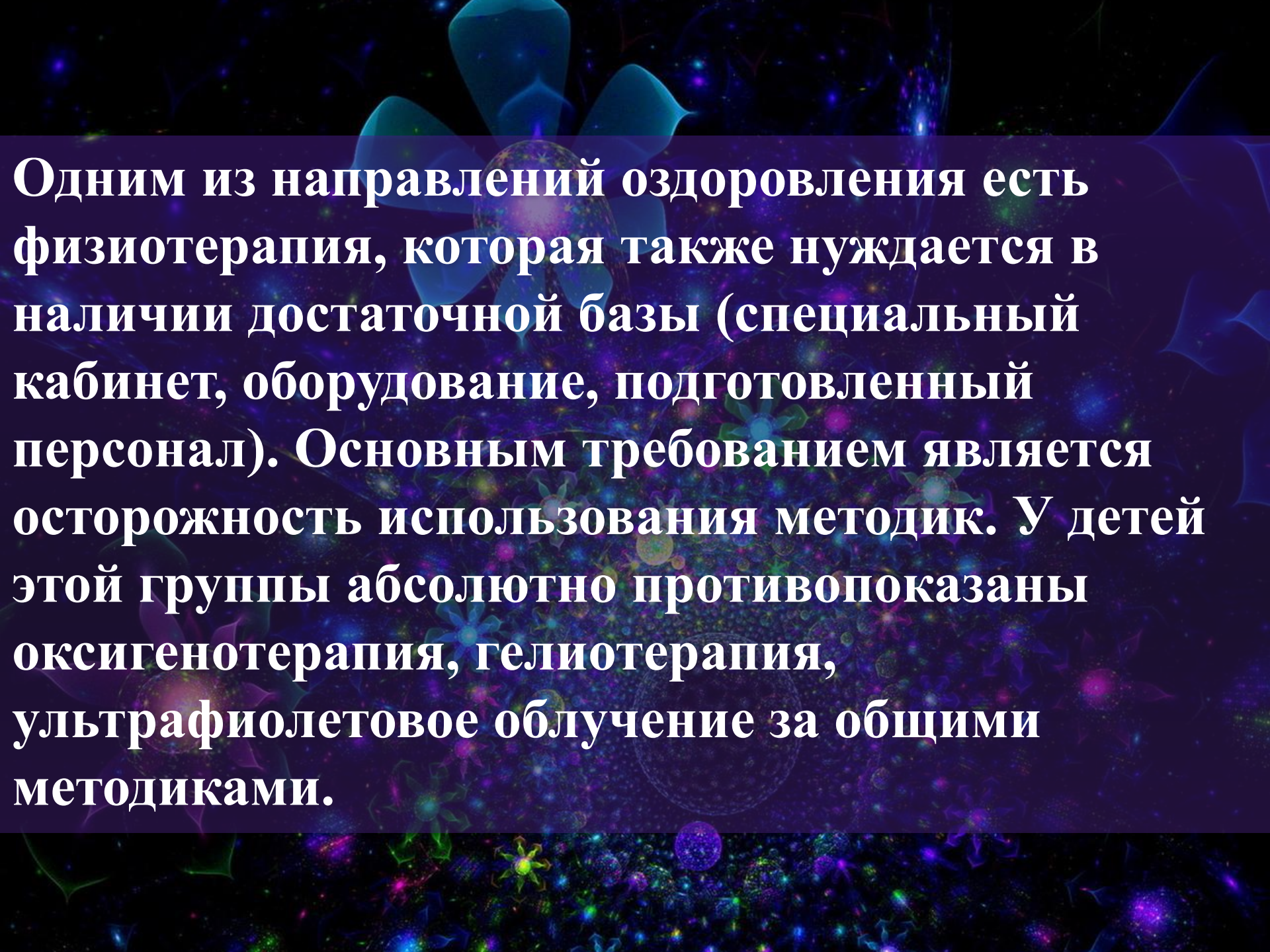


Обязательным компонентом как режима дня, так и оздоровительной системы, являются лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия. На проведение этих мероприятий в режиме дня должно быть отведено не менее 1 часа на день. У детей 2 группы здоровья применяются рациональная психотерапия, элементы фитотерапии и средства, которые способствуют повышению неспецифической резистентности (адаптогены).

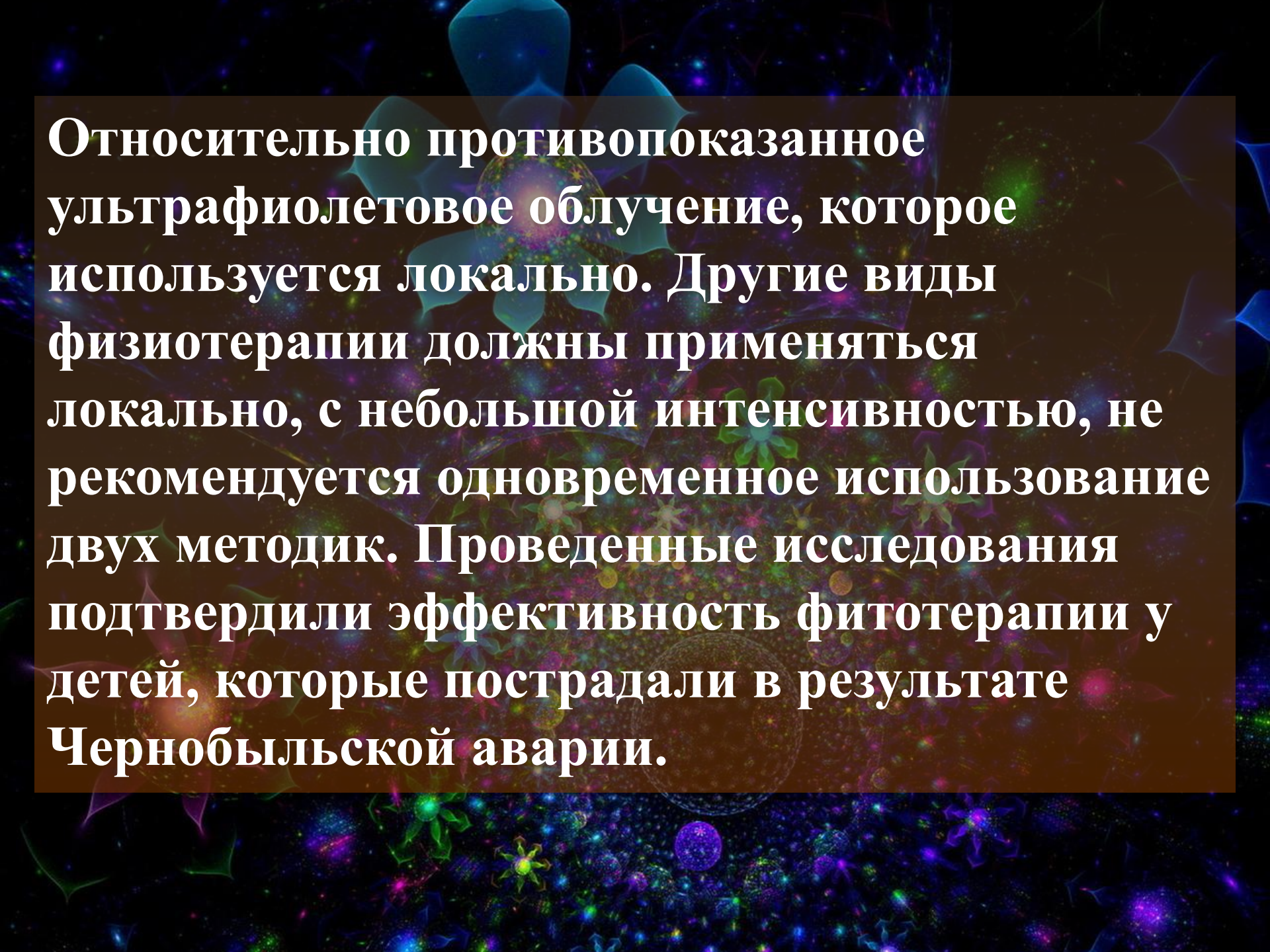
The background is a vibrant, abstract composition. It features several glowing, multi-petaled flowers in shades of blue, purple, and green. These flowers are set against a dark, starry field filled with numerous small, bright particles and larger, glowing spheres. The overall effect is one of dynamic energy and complex, organic forms.

Наличие стресса среди неблагоприятных "чернобыльских" факторов, высокая распространенность нервно-психических расстройств нуждаются в организации целеустремленной психопрофилактической работы.

Деятельность психолога должна быть направлена на профилактику психической и социальной дезадаптации, осуществлении психогигиенической работы, занятий психотренингом. Сочетая методы индивидуального и группового влияния, психолог должен формировать активную жизненную позицию детей относительно сохранения и укрепления собственного здоровья.



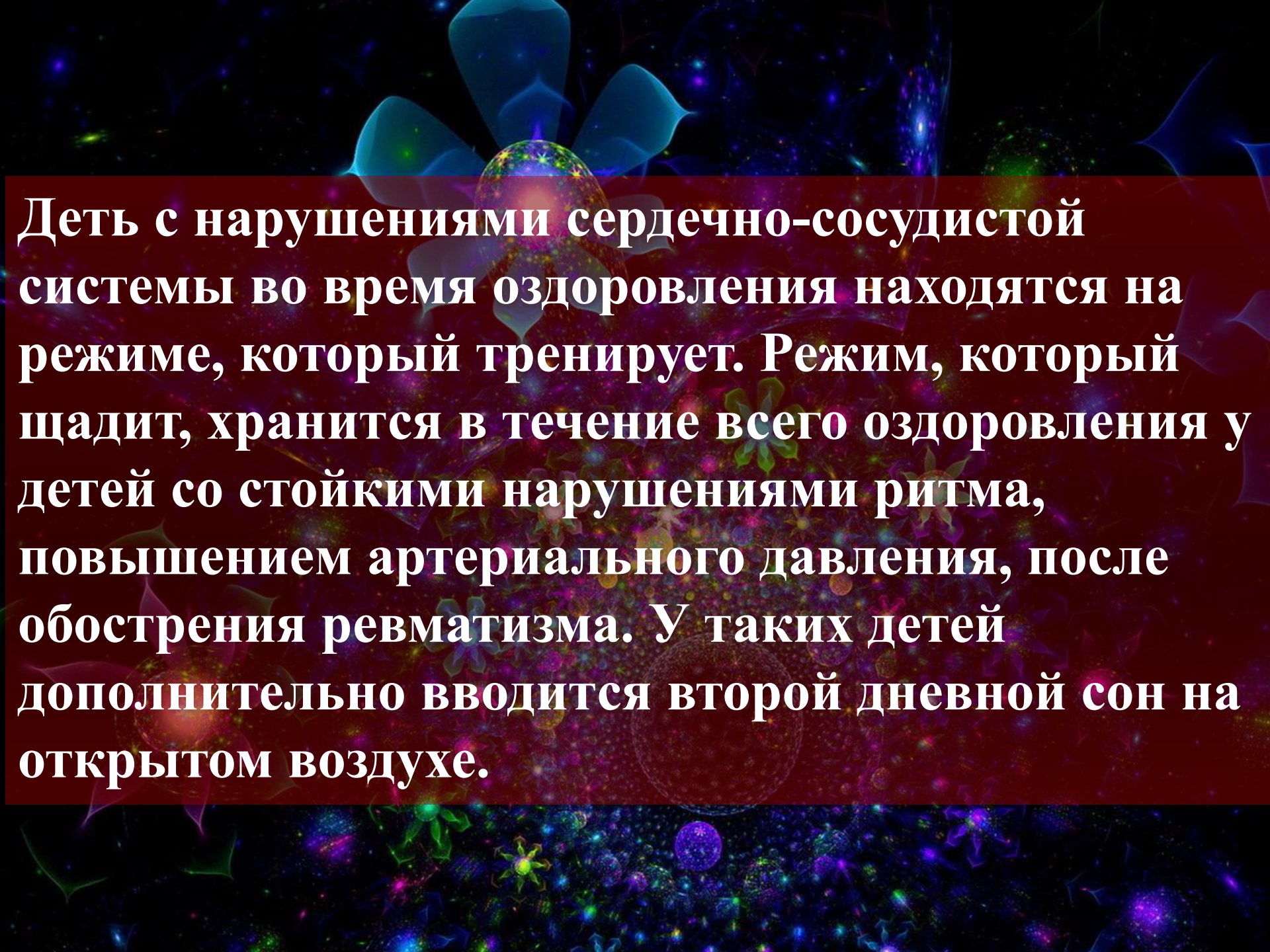
Одним из направлений оздоровления есть физиотерапия, которая также нуждается в наличии достаточной базы (специальный кабинет, оборудование, подготовленный персонал). Основным требованием является осторожность использования методик. У детей этой группы абсолютно противопоказаны оксигенотерапия, гелиотерапия, ультрафиолетовое облучение за общими методиками.



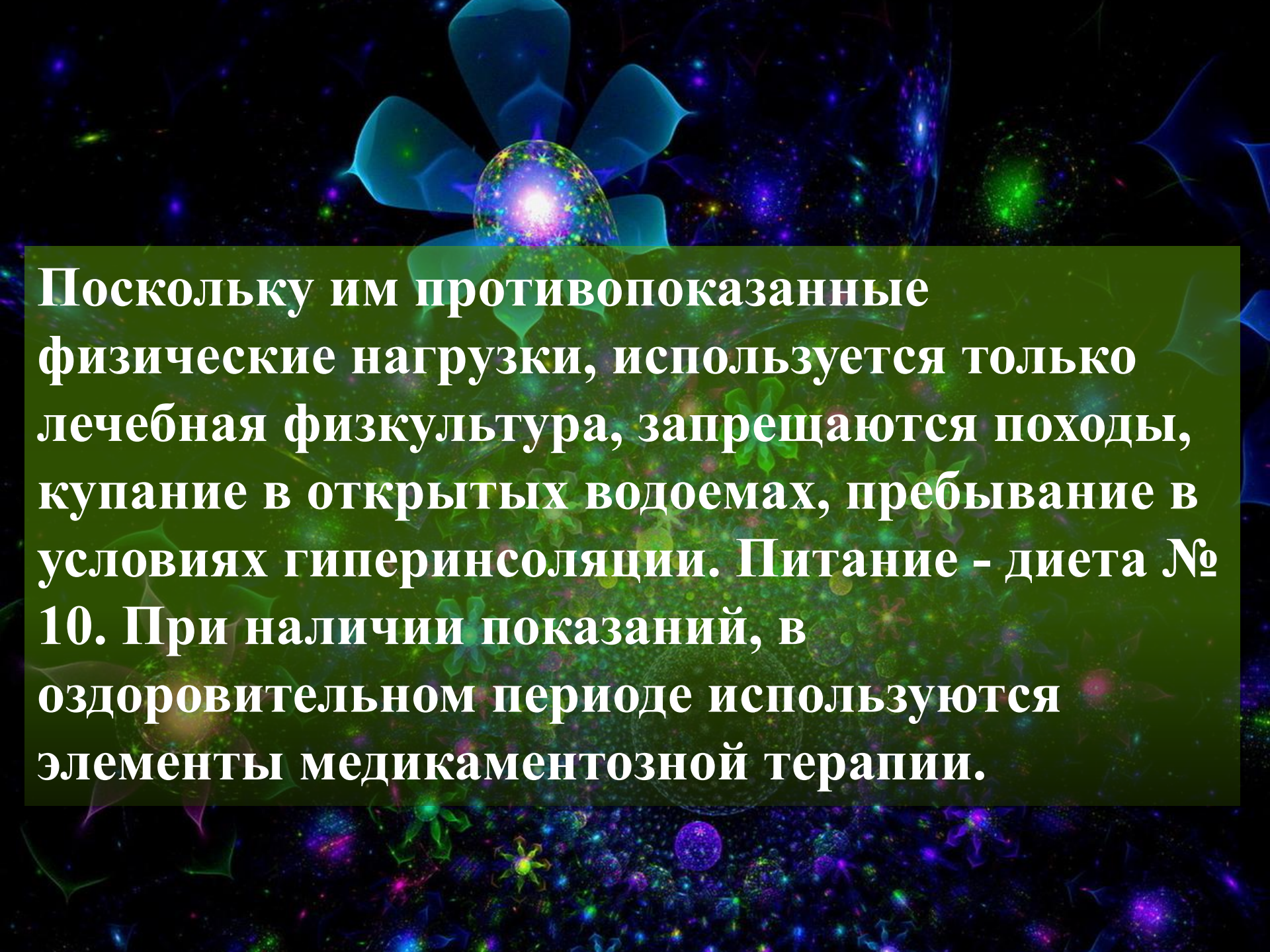
Относительно противопоказанное ультрафиолетовое облучение, которое используется локально. Другие виды физиотерапии должны применяться локально, с небольшой интенсивностью, не рекомендуется одновременное использование двух методик. Проведенные исследования подтвердили эффективность фитотерапии у детей, которые пострадали в результате Чернобыльской аварии.

Необходимо учитывать определенные отличия при организации реабилитации детей с разными видами патологии. Дети с нарушениями со стороны бронхиально-легочной системы (после пневмонии, те, что часто болеют острыми респираторными заболеваниями, с бронхитом) могут находиться на режиме, который тренирует, за исключением детей, которые перенесли пневмонию за 4-6 месяцев до оздоровления.

При организации закалки используются воздушный и водный факторы. Поскольку характер нозологии нуждается в использовании с оздоровительной целью массажа, необходимо расширение штата заведения. Для питания детей с патологией бронхиально-легочной системы используется диета № 15, обогащенная белками животного происхождения (к 60% от общего количества белков) и витаминами.

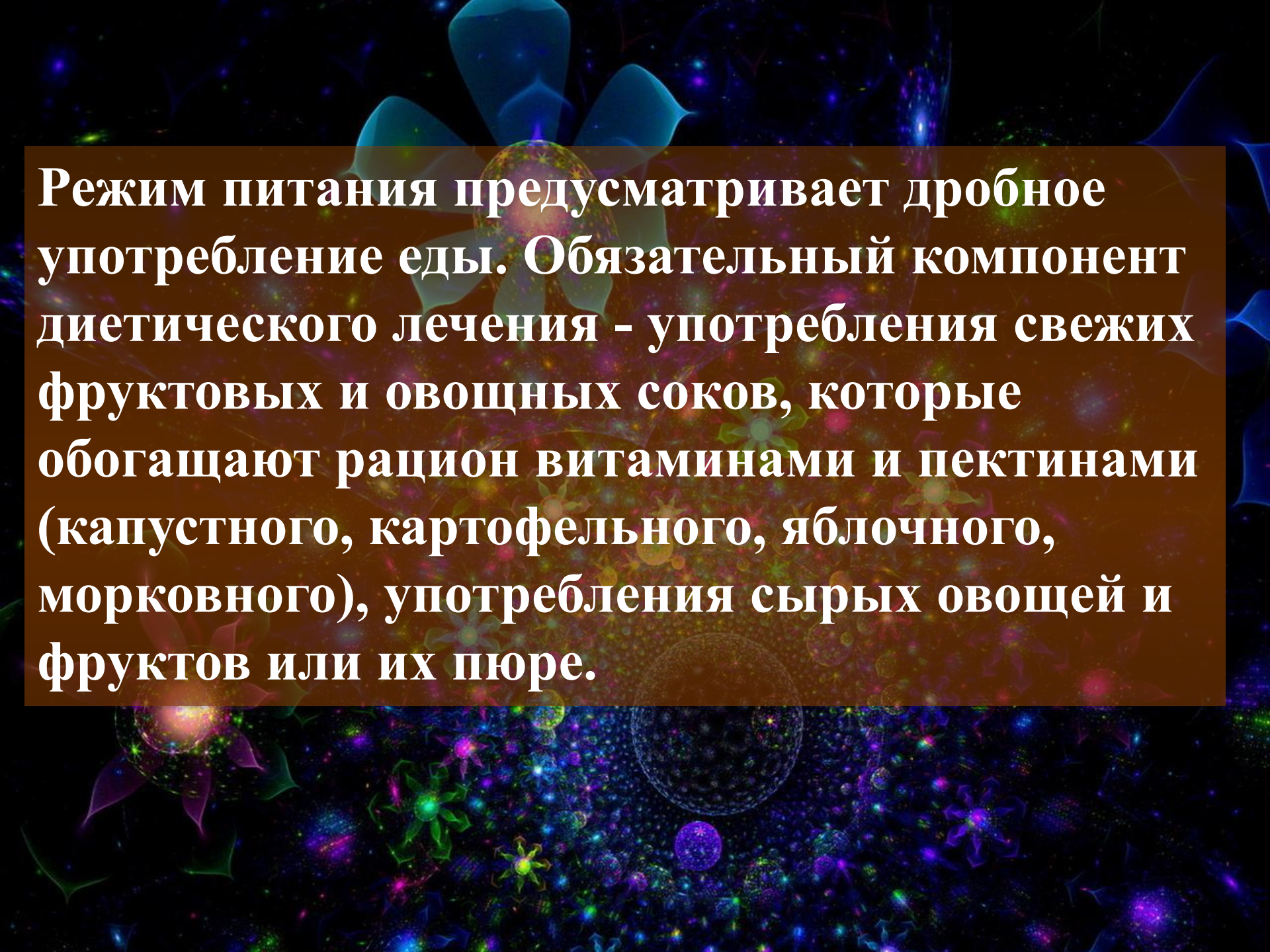


Дети с нарушениями сердечно-сосудистой системы во время оздоровления находятся на режиме, который тренирует. Режим, который щадит, хранится в течение всего оздоровления у детей со стойкими нарушениями ритма, повышением артериального давления, после обострения ревматизма. У таких детей дополнительно вводится второй дневной сон на открытом воздухе.



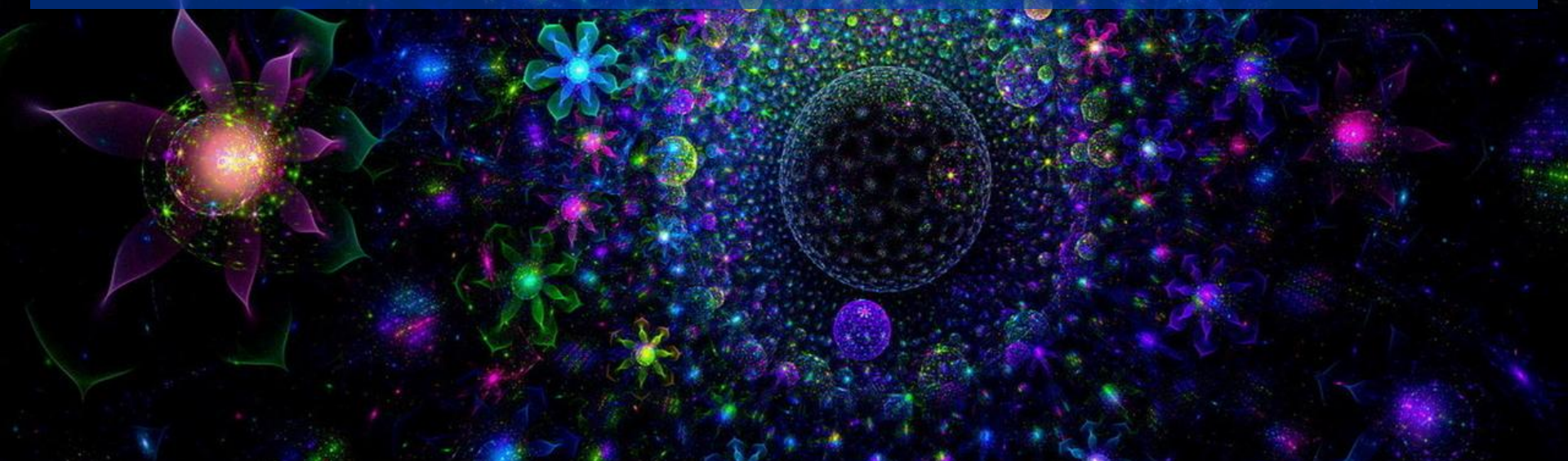
Поскольку им противопоказанные физические нагрузки, используется только лечебная физкультура, запрещаются походы, купание в открытых водоемах, пребывание в условиях гиперинсоляции. Питание - диета № 10. При наличии показаний, в оздоровительном периоде используются элементы медикаментозной терапии.

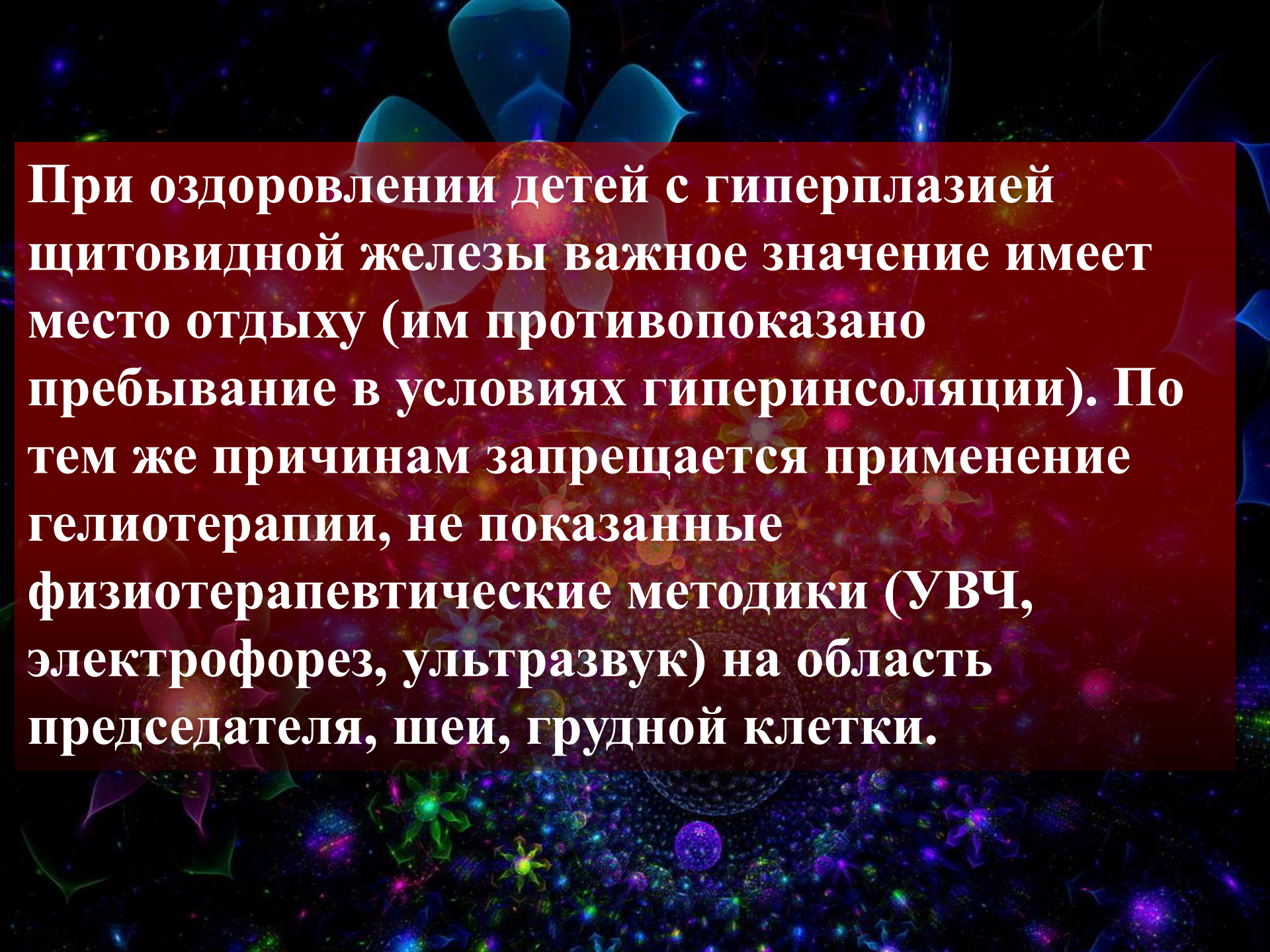
Наличие нарушений органов пищеварения (дискинезии желчного пузыря, хронических холециститов, гастритов, гастродуоденитов в стадии ремиссии) нуждается, в первую очередь, в организации диетотерапии с применением универсальной гастроэнтерологической диеты и соблюдением принципов механического, физического и химического щадения.



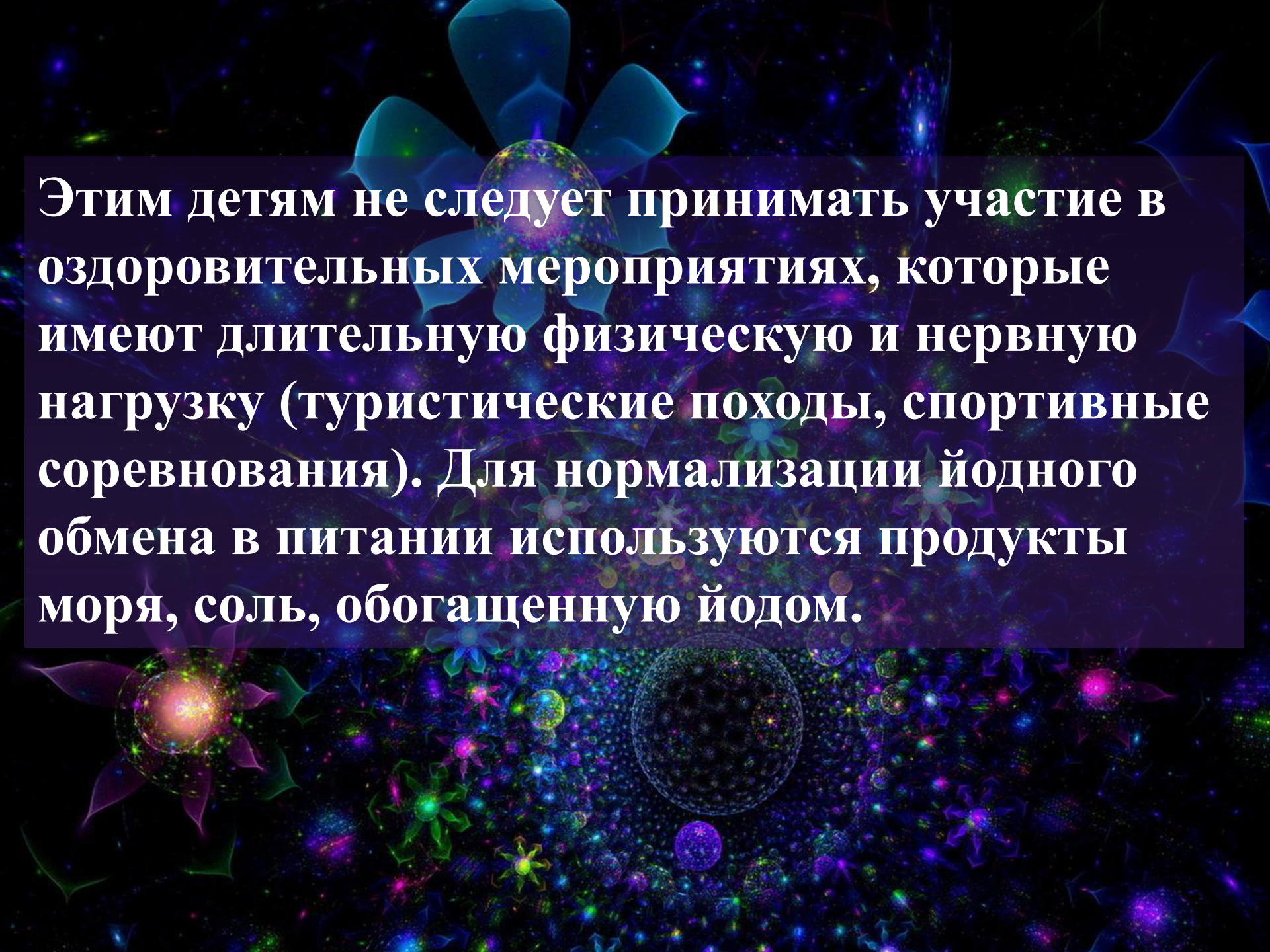
Режим питания предусматривает дробное употребление еды. Обязательный компонент диетического лечения - употребления свежих фруктовых и овощных соков, которые обогащают рацион витаминами и пектинами (капустного, картофельного, яблочного, морковного), употребления сырых овощей и фруктов или их пюре.

Запрещаются сильные возбудители секреции - бульоны, жареное или недостаточно проваренное мясо, яйца, сваренные круто, кофе, какао, соленые и копченые изделия, продукты, которые содержат грубую клетчатку, излишне горячие или переохлажденные напитки, газированную воду.





При оздоровлении детей с гиперплазией щитовидной железы важное значение имеет место отдыха (им противопоказано пребывание в условиях гиперинсоляции). По тем же причинам запрещается применение гелиотерапии, не показанные физиотерапевтические методики (УВЧ, электрофорез, ультразвук) на область предстательной железы, шеи, грудной клетки.



Этим детям не следует принимать участие в оздоровительных мероприятиях, которые имеют длительную физическую и нервную нагрузку (туристические походы, спортивные соревнования). Для нормализации йодного обмена в питании используются продукты моря, соль, обогащенную йодом.

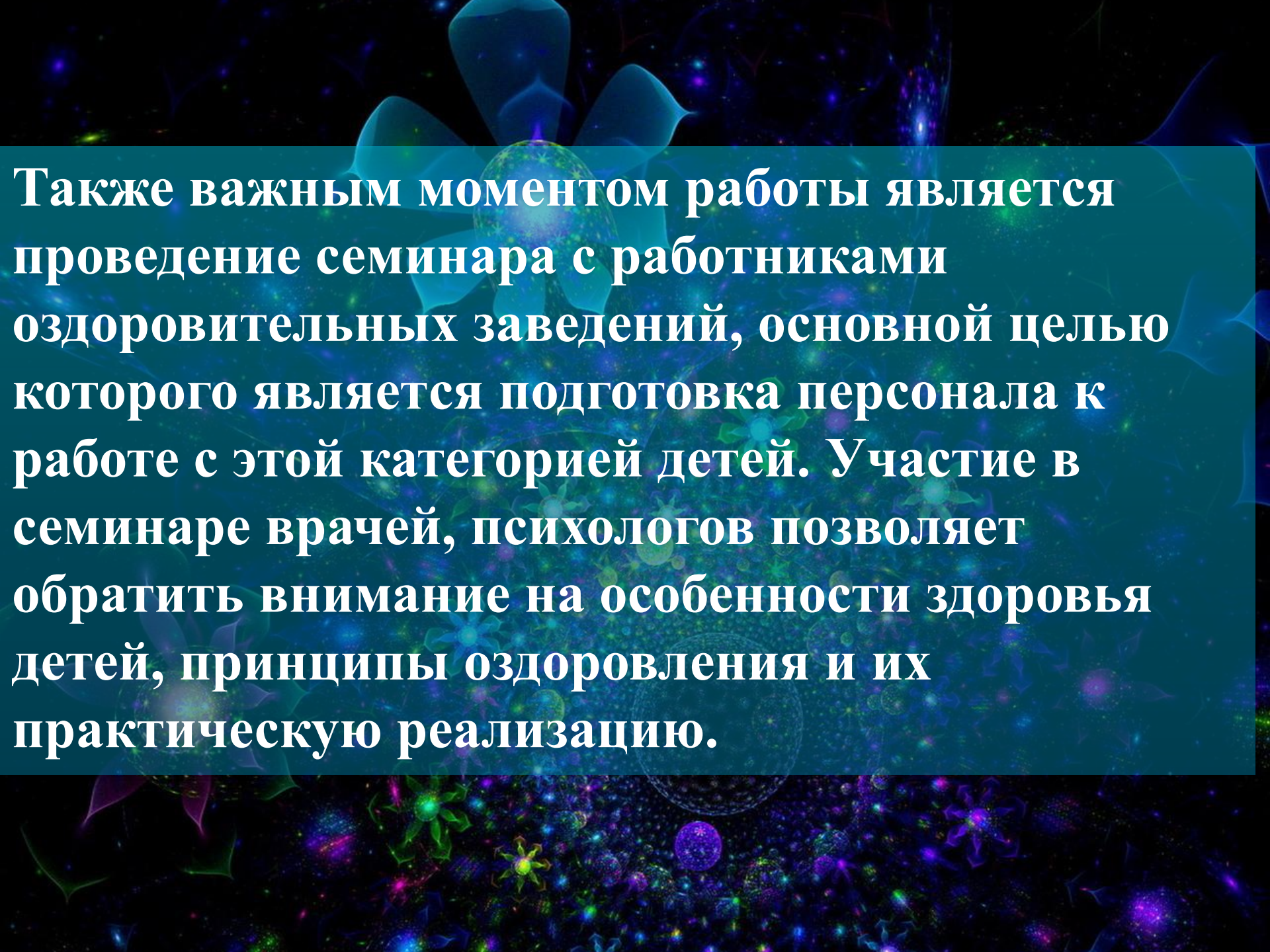
Особенности организации санитарно-эпидемиологического надзора за оздоровлением детей, которые пострадали в результате Чернобыльской аварии. Этот раздел работы врачей-гигиенистов является очень важным, что обусловлено особенностями здоровья детей. Осуществление присмотра распределяется на отдельные этапы, которые отличаются по содержанию и заданиями.

Мероприятия подготовительного этапа (к началу оздоровительного сезона) направленные на повышение качества подготовки оздоровительных заведений к работе, что позволяет повысить эффективность оздоровления.

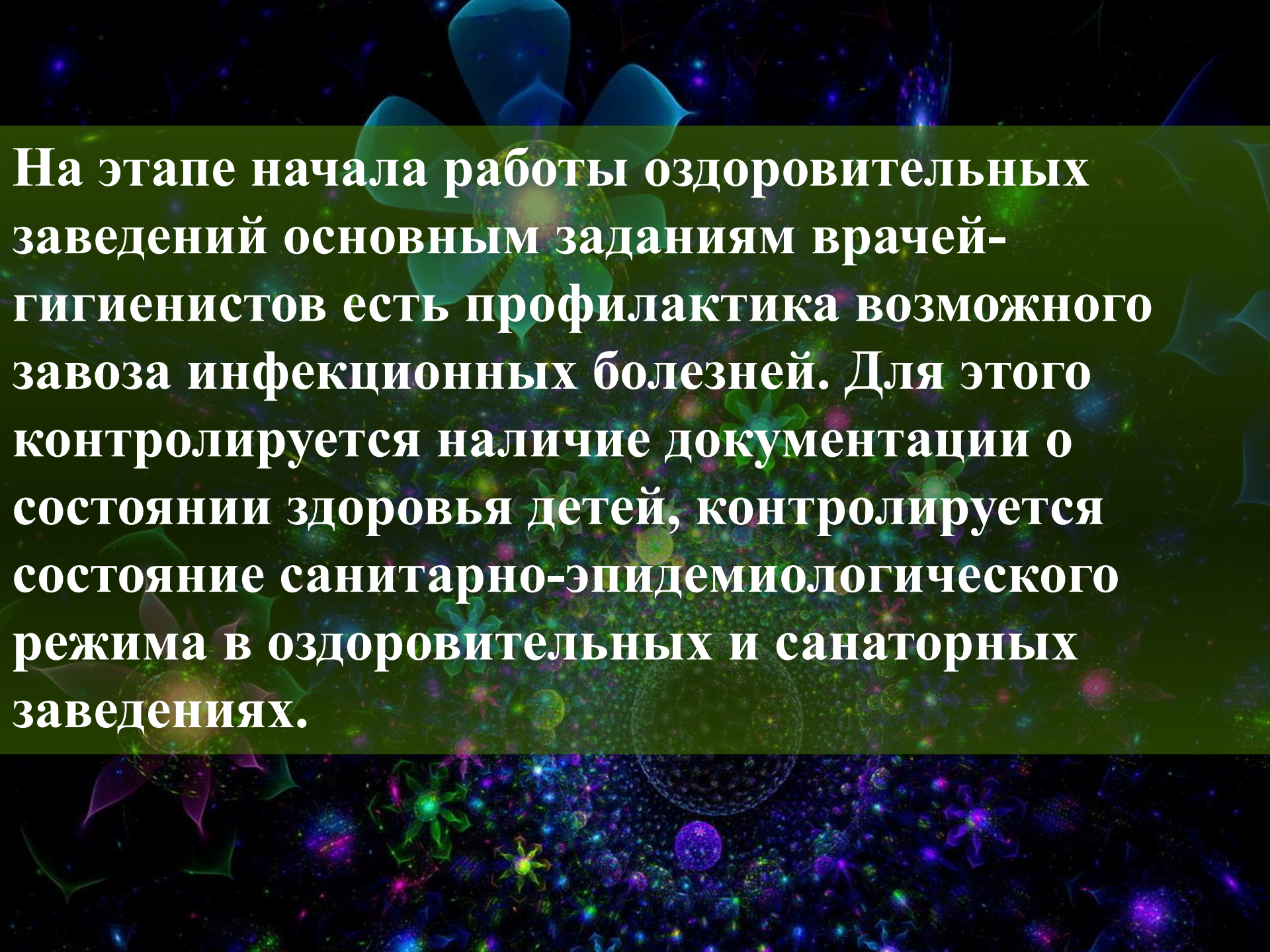
Необходимо уточнить численность контингента, которой планируется оздоровить на данной административной территории, если возможно, выяснить какие отклонения и нарушения со стороны здоровья могут быть.

На этом этапе также организуются комиссии, в состав которых входят представители органов образования, медицинской и санитарно-эпидемиологической службы, профсоюзных органов и тому подобное. Основными заданиями этой комиссии является выбор оздоровительных и санаторных заведений для приема "чернобыльских" детей, проверка состояния их готовности, выяснения потребностей в оборудовании и оборудовании.

В рамках работы проверяется выполнения планов-заданий, которые санитарная служба давала в прошлом году. Также на этом этапе необходимо решить вопрос о расширении штатного расписания оздоровительных заведений (введение должностей психолога, психотерапевта, физиотерапевта и тому подобное).



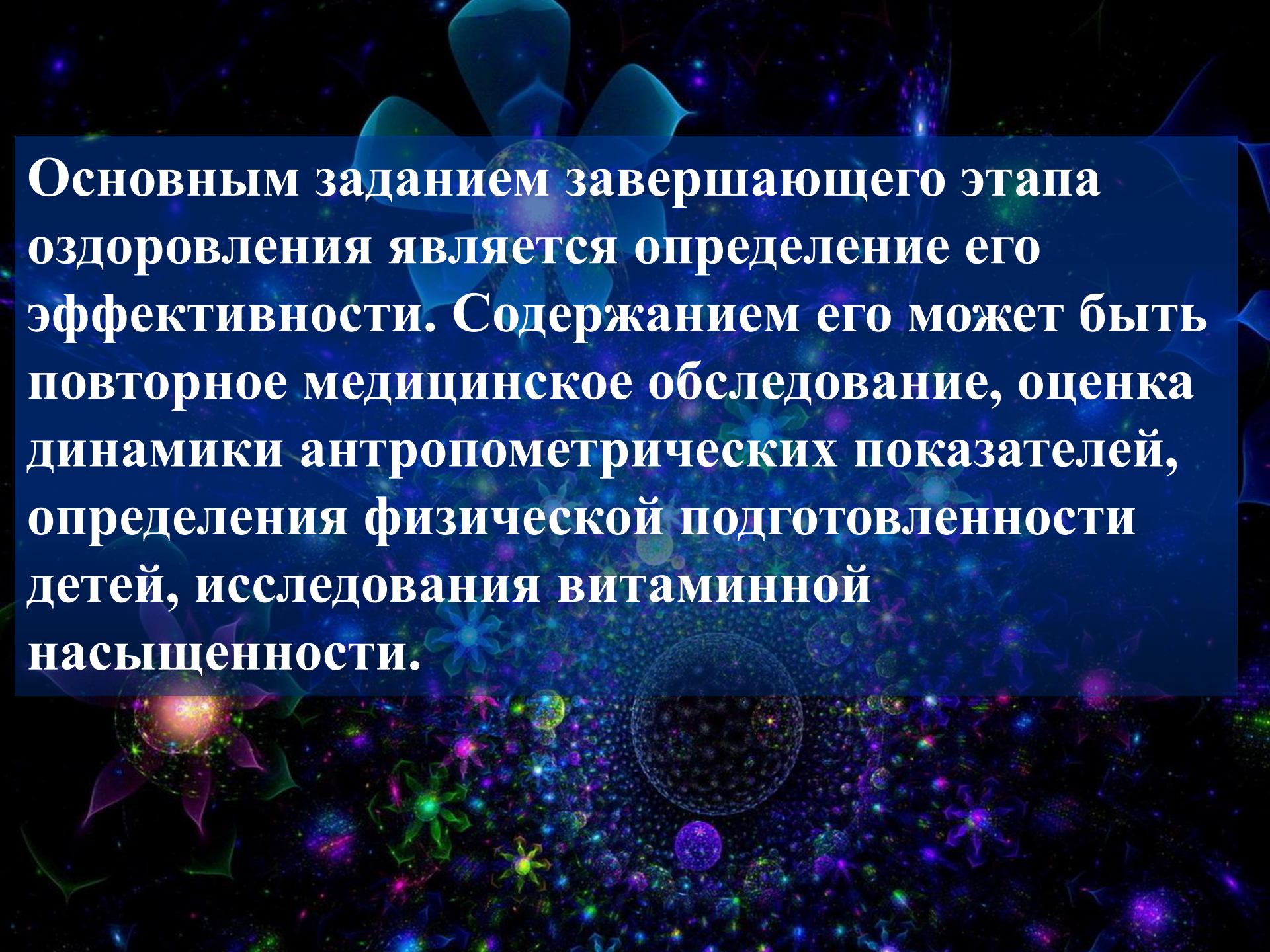
Также важным моментом работы является проведение семинара с работниками оздоровительных заведений, основной целью которого является подготовка персонала к работе с этой категорией детей. Участие в семинаре врачей, психологов позволяет обратить внимание на особенности здоровья детей, принципы оздоровления и их практическую реализацию.



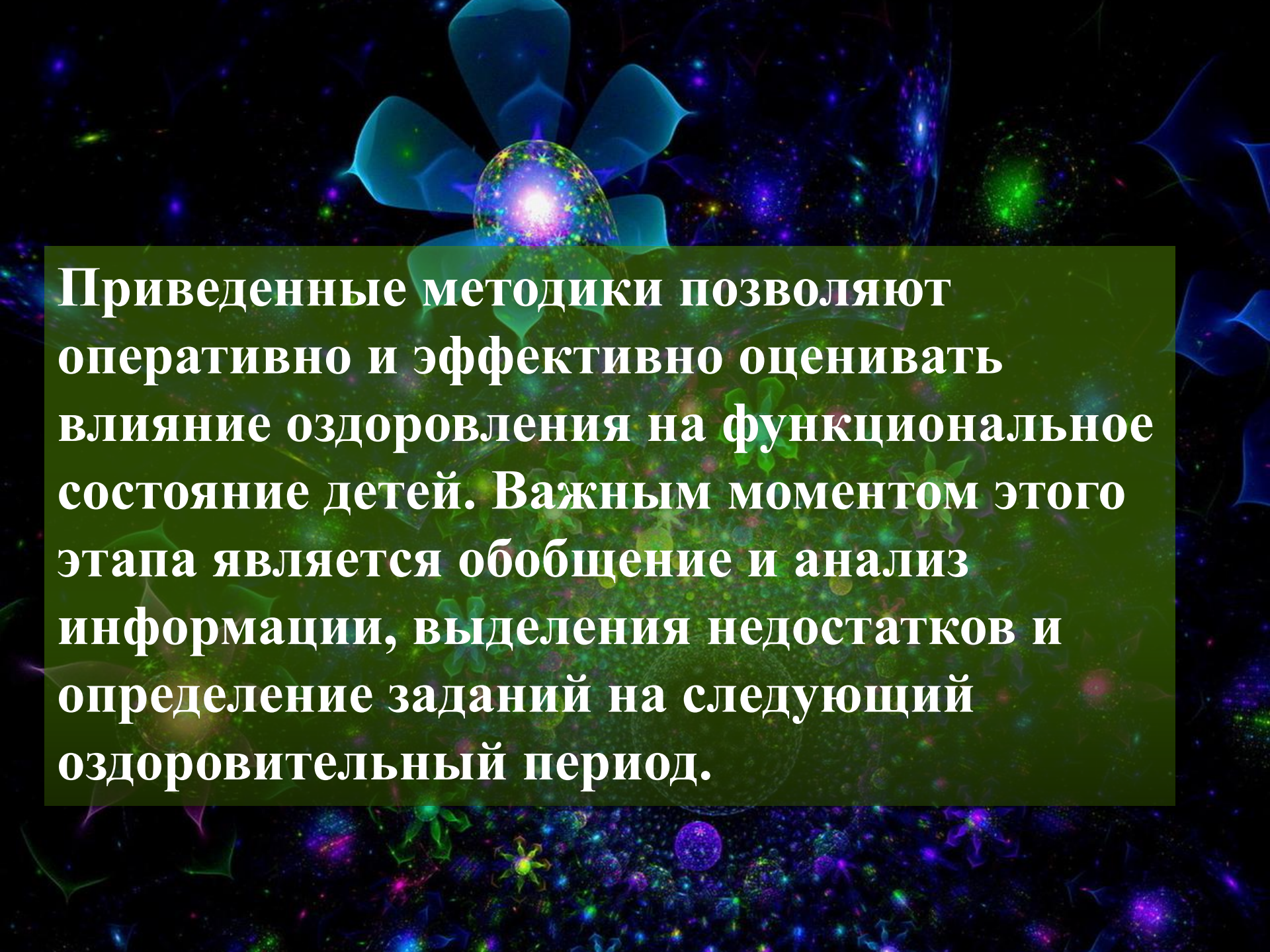
На этапе начала работы оздоровительных заведений основным заданием врачей-гигиенистов есть профилактика возможного завоза инфекционных болезней. Для этого контролируется наличие документации о состоянии здоровья детей, контролируется состояние санитарно-эпидемиологического режима в оздоровительных и санаторных заведениях.

Рекомендуется организация специальной медицинской бригады и проведение медицинского обследования детей. На этом этапе важное значение имеет контроль выполнения гигиенических требований к организации оздоровления и, в первую очередь, соблюдению принципа постепенности перехода к режиму, который имеет эффект тренировки.

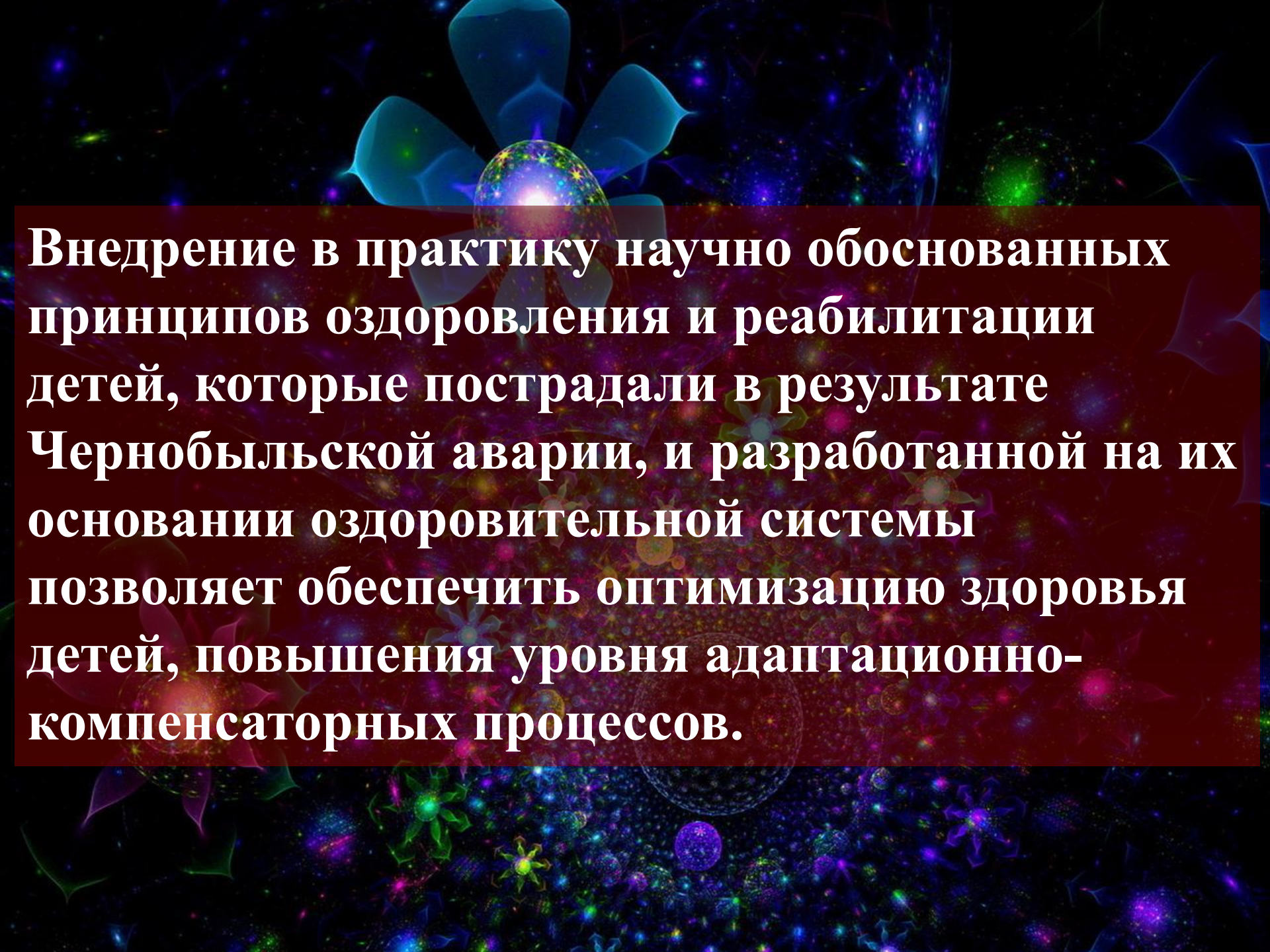
В собственное оздоровительном периоде все заведения, где находятся "чернобыльские" дети, должны быть под постоянным контролем. В пределах проведения комплексных проверок необходимо контролировать выполнение гигиенических принципов оздоровления и реабилитации. Проверки должны проводиться с использованием лабораторных и инструментальных исследований (хронометраж режима, оценка питания), что существенно повышает информативность полученных данных.



Основным заданием завершающего этапа оздоровления является определение его эффективности. Содержанием его может быть повторное медицинское обследование, оценка динамики антропометрических показателей, определения физической подготовленности детей, исследования витаминной насыщенности.



Приведенные методики позволяют оперативно и эффективно оценивать влияние оздоровления на функциональное состояние детей. Важным моментом этого этапа является обобщение и анализ информации, выделения недостатков и определение заданий на следующий оздоровительный период.



Внедрение в практику научно обоснованных принципов оздоровления и реабилитации детей, которые пострадали в результате Чернобыльской аварии, и разработанной на их основании оздоровительной системы позволяет обеспечить оптимизацию здоровья детей, повышения уровня адаптационно-компенсаторных процессов.

Спасибо за внимание!!!

