

ву, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений», коэффициент естественной освещенности для спален, изоляторов детских дошкольных учреждений должен быть не менее 1,5 %, для раздевален – не менее 1 %. А согласно требованиям СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278–03 «Гигиенические требования к естественному, искусственному и совмещенному освещению жилых и общественных зданий» для указанных помещений – соответственно 0,5 и 0,7 %.

По инициативе Комитета по строительству и Центра госсанэпиднадзора в Санкт-Петербурге в 2001 г. были разработаны Территориальные строительные нормы (ТСН) для детских дошкольных учреждений, общеобразовательных учреждений, в том числе школ-интернатов для детей-инвалидов. Большинство гигиенических требований были учтены, но на данный момент по ряду вопросов ТСН расходятся с вновь изданными санитарными правилами. В настоящее время Управлением Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу предложено включить дополнительные вопросы в Закон Санкт-Петербурга «Об организации местного самоуправления» в целях привлечения муниципальных образований к решению таких вопросов, как участие в организации санитарно-защитных зон, размещение объектов, встроенных в жилые помещения, контроль за санитарным состоянием придомовых территорий и территорий детских образовательных учреждений.

Тем не менее разработка санитарных правил по планировке и застройке городских и сельских поселений необходима.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ КОМПЕНСИРУЮЩИХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ГРУПП

Н.А. Агафонова

Научно-исследовательский институт гигиены и охраны здоровья детей и подростков ГУ «Научный центр здоровья детей РАМН», Москва

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации о физической культуре и спорте сохранение и укрепление здоровья детей дошкольного возраста, формирование у них потребности в физическом совершенствовании и здоровом образе жизни является одной из основных задач дошкольных учреждений всех видов [3]. Подмена воспитательно-оздоровительных задач образовательными проявляется недостаточным физическим воспитанием, а также увеличением количества детей, функционально не готовых к школьному обучению. Среди выпускников подготовительных к школе групп только 21 % детей имеют высокий уровень физической подготовленности [2].

Цель данного исследования состояла в оценке уровня физической подготовленности старших дошкольников компенсирующих ортопедических групп.

Исследование выполнялось на базе трех ДОО компенсирующего и комбинированного видов для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Всего было обследовано 107 дошкольников из компенсирующих ортопедических групп. Контрольную группу составили 38 дошкольников без патологии опорно-двигательного аппарата, посещающих общеразвивающие группы ДОО комбинированного вида.

Оценка физической подготовленности детей проводилась по уровню развития скоростных (бег на 30 м) и скоростно-силовых (бросок набивного мяча и прыжок в длину с места) качеств.

Оценка уровня физической подготовленности показала, что 26,2 % дошкольников из компенсирующих ортопедических групп имели низкий уровень физической подготовленности. При сравнении полученных данных с результатами обследования детей из общеразвивающих групп отмечено, что низкий уровень физической подготовленности у них выявлялся только в 14 % случаев, т. е. в 1,9 раза реже, чем у детей из компенсирующих ортопедических групп ($p < 0,01$). По данным других авторов, этот показатель был еще ниже – 5 % [1].

Высокий уровень физической подготовленности, по результатам проведенного тестирования, был выявлен в 7,5 % случаев среди старших дошкольников из компенсирующих групп и в 34,2 % случаев среди их сверстников из общеразвивающих групп. Полученные различия статистически достоверны ($p < 0,01$). По данным других авторов, высокий уровень физической подготовленности выявлялся в 65 %, т. е. в 8,7 раза чаще, чем в компенсирующих ортопедических группах [1].

При оценке результатов выполнения отдельных тестов было установлено, что дети из компенсирующих групп преодолевали 30 м в среднем за $8,60 \pm 0,12$ с, средняя дальность броска набивного мяча составила $235,04 \pm 4,95$ см, длина прыжка с места – $102,21 \pm 1,46$ см. В общеразвивающих группах аналогичные показатели составили соответственно $7,02 \pm 0,29$ с, $297,58 \pm 21,43$ см и $112,58 \pm 7,70$ см. Полученные данные свидетельствуют о том, что у дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата достоверно ниже средние значения скорости бега на 30 м ($p < 0,01$) и дальности броска набивного мяча ($p < 0,05$).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о более низком уровне физической подготовленности старших дошкольников из компенсирующих ортопедических групп по сравнению с их сверстниками из общеразвивающих групп. По нашему мнению, это связано с тем, что в компенсирующих группах во время физкультурных занятий, у-

ренной гимнастики, гимнастики после дневного сна больше внимания уделяется коррекционным упражнениям, а не общеразвивающим, вследствие чего дети этих групп практически не тренируют те навыки, которые необходимы для выполнения тестов по физической подготовленности.

Полученные в работе данные определяют необходимость разработки и обоснования эффективных путей повышения физической подготовленности старших дошкольников ДООУ комбинированного и компенсирующего видов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузнецова М.Н., Шкляр Е.О. Уровень физического развития московских дошкольников //Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Здоровье и физическое воспитание детей и подростков». М., 2003. С. 66.
2. Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей. М.: Изд-во ГУ Научный центр здоровья детей, 2004. 154 с.
3. Основы законодательства Российской Федерации о физической культуре и спорте от 27 апреля 1993 г. № 4868-1.

ОПЫТ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГОССАНЭПИДНАДЗОРА ЗА ОРГАНИЗАЦИЕЙ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

И.В. Семушина

Управление Роспотребнадзора по Липецкой области

Ведущим фактором в формировании здоровья подрастающего поколения является полноценное сбалансированное питание. Адекватное питание является необходимым условием гармоничного роста, физического и нервно-психического развития, устойчивости к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, работоспособности и успешного обучения детей и подростков.

В условиях нестабильной экономической обстановки, снижения жизненного уровня значительной части населения, учитывая особую социально-гигиеническую значимость рационального питания детей и подростков в организованных коллективах, государственный санитарно-эпидемиологический надзор за организацией питания в образовательных учреждениях является одним из приоритетных направлений деятельности госсанэпидслужбы Липецкой области.

В конце 90-х годов в условиях сложной финансово-экономической ситуации в области произошло значительное снижение охвата школьников горячим питанием. Благодаря целенаправленной политике админи-

страции области, при активном участии госсанэпидслужбы, комплексной работе всех заинтересованных ведомств за последние пять лет отмечается увеличение охвата школьников горячим питанием: с 58 % в 1999 г. до 75 % в 2004 г. С учетом мини-завтраков и питания в буфетах охвачены питанием все школьники.

На всех территориях области приняты постановления глав муниципальных образований «О мерах по организации питания школьников образовательных учреждений области» бесплатным двухразовым питанием в школе обеспечиваются учащиеся групп продленного дня, шестилетнего возраста, с задержкой психического развития, дети-инвалиды, больные сахарным диабетом, хроническими заболеваниями органов пищеварения, дети из многодетных и малообеспеченных семей.

В большинстве районов области охват учащихся школ горячим питанием составляет 90–100 %.

За счет средств, предусмотренных целевой областной и территориальными программами «Здоровый ребенок», принятых в области по инициативе госсанэпидслужбы, значительно улучшена материально-техническая база школьных столовых. В ряде сельских школ пристроены здания столовых, завершено строительство ранее «замороженных» зданий, в малокомплектных школах оборудованы помещения для приема и приготовления пищи. Учащиеся отдельных школ питаются в столовых общественного питания, в которых созданы специальные для этого условия. В некоторых случаях используются пищеблоки нефункционирующих дошкольных учреждений. Все это способствовало увеличению охвата учащихся горячим питанием. Кроме того, во многих школьных столовых приобретено новое холодильное и технологическое оборудование, улучшилось обеспечение посудой и моющими средствами.

В целях предотвращения негативных явлений, связанных с нарушениями питания населения, в области приняты и реализуются постановления главы администрации «О реализации концепции государственной политики в области здорового питания населения Липецкой области», «О профилактике йоддефицитных состояний», «Об обогащении массовых продуктов питания витаминами и микроэлементами». В рамках реализации этих документов в области налажено производство продуктов питания, обогащенных витаминами и микроэлементами: молоко и молочно-кислые продукты, хлебобулочные и макаронные изделия. Эти продукты, а также йодированная соль используются в питании детей организованных коллективов.

Специалисты госсанэпидслужбы участвуют в работе межведомственного совета по организации питания детей, задачами которого являются координация работы по улучшению качества организации питания детей и подростков, разработка и внедрение новых технологий приго-