

# МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ В ДОУ

№ 0 / март / 2010

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

**Анишина Т.П.** – главный редактор информационного центра “МЦФЭР Ресурсы образования”

**Басова Е.Ю.** – руководитель информационного центра “МЦФЭР Ресурсы образования”

**Безруких М.М.** – д-р биол. наук, проф., акад. РАО, директор Института возрастной физиологии Российской академии образования

**Богданова Е.В.** – главный редактор Издательского дома МЦФЭР

**Комарова Е.С.** – начальник управления дошкольного образования Министерства образования и науки Челябинской области

**Краснорудская М.В.** – заведующая отделом правовой и социальной защиты Профсоюза работников здравоохранения РФ

**Кучма В.Р.** – д-р мед. наук, проф., директор НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, зав. кафедрой гигиены детей и подростков Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова г. Москвы

**Лившиц В.Б.** – секретарь ЦК профсоюза работников народного образования и науки РФ

**Рычкова С.В.** – главный специалист Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга по профилактической и оздоровительной работе у детей

**Яновская Г.В.** – заместитель начальника отдела организации санитарного надзора по гигиене питания, гигиене детей и подростков Роспотребнадзора

## ОТДЕЛ ПО РАБОТЕ С КЛИЕНТАМИ:

тел.: (495) 937-90-82, факс: (495) 933-52-62  
e-mail: ap@mcfrr.ru

## ПОДПИСНЫЕ ИНДЕКСЫ:

Роспечать – 37291  
Почта России – 10270  
Пресса России – 88522

[www.resobr.ru](http://www.resobr.ru), [www.menobr.ru](http://www.menobr.ru)

## Издатель: ЗАО “МЦФЭР”

Генеральный директор Межанский М.А.

## Издательский дом МЦФЭР

Директор Гирихиди В.П.

Главный редактор Богданова Е.В.

## Информационный центр “МЦФЭР Ресурсы образования”

Руководитель Басова Е.Ю.

Главный редактор Анишина Т.П.

Заместитель  
главного редактора Синельникова Н.А.

## Редакция

Шеф-редактор Кушнарева Н.В.

Ответственный редактор Коваленко Т.В.

Старший  
выпускающий редактор Кашкина С.Ю.

Дизайн Прыкина Ю.В.,  
Демчук Д.В.

Технический редактор Исламова Е.Р.

Верстка Соболев В.Ю.

Корректор Хоренко В.Н.

## Секретарь редакции

тел.: (495) 937-90-80 Калганова Н.Н.  
(многоканальный)

## Отдел рекламы

тел.: (495) 937-90-80, доб. 2745 Синицина Н.Ю.

E-mail: nsinitsina@mcfrr.ru

## Отдел продвижения Полуэктова-Жежеря Ю.В.

тел.: (495) 937-90-80 Арцишевская А.В.

## Претензии по доставке направляйте по факсу:

(495) 933-52-62, e-mail: [pressa@mcfrr.ru](mailto:pressa@mcfrr.ru)

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале “Медицинское обслуживание и организация питания в ДОУ”, допускается только с письменного согласия редакции

Свидетельство: ПИ № ФС77-38635 от 25.12.2009

Подписано в печать 25.02.2010. Формат 84 x 108 1/16

Печать офсетная. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 8,4.  
Уч.-изд. л. 3,44. Тираж 17000 экз.

Изд. № 100207. Заказ № 504

ЗАО “МЦФЭР” (Международный центр финансово-экономического развития)

129090, Москва, ул. Щепкина, д. 25/20

Почтовый адрес редакции: 129164, г. Москва, а /я 9.

E-mail: [med@resobr.ru](mailto:med@resobr.ru)

Отпечатано в ОАО «Типография “Новости”».

105005, г. Москва, ул. Фридриха Энгельса, 46

© ЗАО “МЦФЭР”, 2010

# Содержание



## Актуальная тема

**Комарова Е.С.**

### Кто отвечает за медицинское обслуживание в ДОУ?

Во многих регионах РФ встал вопрос о необходимости перевода среднего медицинского персонала из штатов дошкольных учреждений в штаты лечебно-профилактических учреждений. Эксперт нашего журнала попытался разобраться, чем обусловлена такая необходимость и есть ли она на самом деле .....5



## Регламент работы

**Бойченко Ю.Я.**

### Лицензирование медицинской деятельности в дошкольных учреждениях

Примерный перечень документов, предоставляемых соискателями лицензии на медицинскую деятельность. Порядок рассмотрения заявления о предоставлении лицензии. Ответственность за нарушение лицензионных требований .....12

**Вавилова А.А.**

### Разглашение врачебной тайны

Пример разглашения врачебной тайны. Расследование обстоятельств. Привлечение виновных работников ДОУ к ответственности .....22

**Томашева Г.Т., Пряничникова Е.С.**

### Работа детского сада в период карантина

Документация, разрабатываемая и используемая в период карантина. Контроль исполнения противоэпидемических мероприятий .....27



## Медицинская помощь

*Рычкова С.В.*

### Распределение детей по группам здоровья

Критерии оценки состояния здоровья детей. Схема распределения детей раннего и дошкольного возраста по группам здоровья .....37

*Желтикова-Вострокнутова Т.М.*

### Оказание медицинской помощи детям с аллергическим ринитом

Причины возникновения аллергического ринита. Мероприятия по устранению контактов с аллергенами .....42



## Профилактика заболеваний

*Рапопорт И.К., Соколова С.Б.*

### Комплексный подход к укреплению здоровья детей в ДОУ

Результаты медицинских осмотров детей. Направления профилактической работы. Принципы реализации оздоровительных мероприятий .....44

*Брычкова Н.Н.*

### Опыт оздоровительной работы в дошкольном учреждении

Организация двигательной активности детей. Годовой план проведения фито- и витаминотерапии. Комплексы упражнений для дыхательной гимнастики и самомассажа .....49



## Контроль качества питания

*Нагорная В.А.*

### Организация лечебного питания детей с пищевой аллергией

Продукты, вызывающие пищевую аллергию. Виды диетического питания. Рекомендованное меню домашних ужинов для детей с пищевой аллергией .....60

### Технологические карты рецептов блюд

Технологические карты рецептов салатов, разработанные в дошкольных образовательных учреждениях Челябинской области .....77



## А также

<p><b>Письмо Минобрнауки России от 22.04.2009 № 03-768 “О медицинском обслуживании детей в дошкольных образовательных учреждениях”</b> .....</p>	9
<p><b>Письмо Минздравсоцразвития России от 13.04.2009 № 15-2/10/2-2569 &lt;Об организации медицинского обслуживания детей в дошкольных учреждениях&gt;</b> .....</p>	10
<p><b>Заявление о предоставлении лицензии на медицинскую деятельность, утв. приказом Росздравнадзора от 09.10.2007 № 3063-Пр/07 “Об утверждении форм документов, используемых Росздравнадзором при лицензировании медицинской деятельности”</b> .....</p>	20

### Читайте в следующих номерах:

- Взаимодействие дошкольного учреждения с поликлиникой
- Должностные обязанности медицинских работников детского сада
- Циклограмма работы старшей медицинской сестры ДОУ
- Предоставление медработникам дошкольного учреждения ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска
- Аттестация среднего медицинского персонала
- Оказание первой помощи воспитанникам, получившим солнечный или тепловой удар
- Выявление и профилактика кишечных инфекций
- Реализация календаря прививок в детском саду
- Хранение продуктов в летний период
- Питание детей, перенесших кишечную инфекцию
- Разработка программы производственного контроля организации питания

**Е.С. Комарова,**

канд. пед. наук, начальник управления дошкольного образования  
Минобрнауки Челябинской области

# Кто отвечает за медицинское обслуживание в ДОУ?

Традиционно медицинским обслуживанием большинства дошкольных образовательных учреждений занимались два ведомства: образования и здравоохранения. В общеразвивающих ДОУ работали штатные медицинские сестры, а врачебное обслуживание детей осуществляли штатные педиатры лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), в зоне деятельности которых находились детские сады.

Пару лет назад во многих городах и районах встал вопрос о необходимости перевода среднего медицинского персонала из штатов дошкольных учреждений в штаты ЛПУ. Попробуем разобраться, чем именно такая необходимость обусловлена и есть ли она на самом деле.

Согласно п. 4 ст. 51 Закона РФ от 10.07.1992 № 3266-1 “Об образовании”, медицинское обслуживание обучающихся, воспитанников образовательного учреждения обеспечивают органы здравоохранения. Образовательное учреждение обязано предоставить помещение с соответствующими условиями для работы медицинских сотрудников. При этом в п. 23 Типового положения о дошкольном образовательном учреждении, утв. постановлением Правительства РФ от 01.07.1995 № 677, опреде-

лялось, что медицинское обслуживание детей обеспечивается штатным или специально закрепленным органами здравоохранения за дошкольным образовательным учреждением медицинским персоналом.

В 2008 г. вышло новое Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении, утв. постановлением Правительства РФ от 12.09.2008 № 666, где указание на штатный медицинский персонал детского сада отсутствует, а в п. 25 прописывается норма Закона РФ “Об образовании” о том, что медицинское обслуживание детей в ДОУ обеспечивают органы здравоохранения. Некоторые юристы стали толковать данное изменение как прямое указание на необходимость перевода штатного медицинского персонала детских садов в штаты ЛПУ. Вопрос, главным образом, встал по старшим медицинским сестрам, поскольку именно эти штатные единицы традиционно присутствуют в большинстве ДОУ и их потеря может нанести урон как сложившейся организации работы учреждения, так и непосредственно медицинскому обслуживанию детей.

Однако в письме Минобрнауки России от 22.04.2009 № 03-768 “О медицинском обслуживании детей в дошкольных обра-



зовательных учреждениях” (приложение 1) разъясняется, что “...органы местного самоуправления, являющиеся учредителями муниципальных дошкольных образовательных учреждений, вправе принять самостоятельное решение о взаимодействии органов здравоохранения и органов управления образованием в организации медицинского обслуживания детей в дошкольных образовательных учреждениях и, в частности, о том, штатными сотрудниками дошкольных образовательных учреждений или учреждений здравоохранения являются медицинские сестры ДОУ”.

Таким образом, согласно разъяснению Минобрнауки России, действующие нормативные правовые акты не обязывают переводить штатных медицинских сестер ДОУ в штаты ЛПУ. Тем не менее вопрос о необходимости такого перевода сохраняется, но в связи с другими нормами законодательства, связанными с обязательностью лицензирования медицинской деятельности.

Ключевым в данном вопросе является решение о том, кто должен получать лицензию на медицинскую деятельность, осуществляемую в дошкольном образовательном учреждении: ДОУ или ЛПУ.

Действующее законодательство устанавливает двухстороннюю ответственность отраслей здравоохранения и образования за здоровье и физическое развитие детей, но не определяет получателя лицензии на осуществление медицинской деятельности в образовательных учреждениях. Это обстоятельство вызвало в регионах острые споры между специалистами двух отраслей, в которых высказывались совершенно противоположные мнения.

Точка зрения Минздравсоцразвития России изложена в письме от 13.04.2009 № 15-2/10/2-2569 (приложение 2): “...Министерство здравоохранения и социального развития не считает получение дошколь-

ным образовательным учреждением лицензии на осуществление медицинской деятельности противоречащим действующим нормативным правовым актам в случае, если медицинский персонал является штатным персоналом дошкольного образовательного учреждения. В противном случае лицензию на медицинскую деятельность должно получать учреждение здравоохранения, в штат которого включен медицинский персонал для оказания медицинской помощи в данном дошкольном учреждении”.

Руководители ЛПУ (в известных автору статьи случаях) связывают получателя лицензии на право осуществления медицинской деятельности с наличием в штате учреждения медицинской сестры: если медицинская сестра в штате детского сада, то лицензию получает детский сад, а если медицинская сестра в штате ЛПУ, тогда лицензию получает ЛПУ. При этом врач-педиатр был и остается в штате ЛПУ.

Таким образом, у руководителя ДОУ обозначилось два варианта решения проблемы: получить лицензию на право осуществления медицинской деятельности или передать штаты медицинских сестер в ЛПУ, которое в этом случае оформит лицензию на себя. Но вопросы все равно остались. Непонятно, в частности, следующее:

1. Каким образом органы здравоохранения будут обеспечивать медицинское обслуживание воспитанников в соответствии с Законом РФ “Об образовании”, если детский сад, получив соответствующую лицензию, осуществляет медицинскую деятельность самостоятельно?

2. В Положении о лицензировании медицинской деятельности, утв. постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30 (далее – Положение о лицензировании), устанавливается, что “лицензионными тре-

бованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются: ...наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, – соискателя лицензии (лицензиата) – высшего (среднего – в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет”. Однако в обычных детских садах нет подразделений, осуществляющих медицинскую деятельность, а есть только один работник – старшая медицинская сестра, работающая в соответствии со штатным расписанием на 0,5; 1; или 1,5 ставки. Если лицензию такие детские сады начнут получать сами, то насколько это будет соответствовать Положению о лицензировании?

3. В Положении о лицензировании также указывается, что лицензионным требованием к осуществлению медицинской деятельности является обеспечение лицензиатом “контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам)”. Однако, как уже отмечалось, в обычных учреждениях только один медицинский работник. Кто должен обеспечивать контроль выполняемых медицинских работ этим единственным работником?

Таким образом, вопросы остались. Тем не менее проблему нужно как-то решать. И решать ее нужно в образовательной отрасли, поскольку претензии надзорные органы предъявляют сегодня руководителям образовательных учреждений. В отдельных случаях доходит до судебных разбира-

тельств (впрочем, о судебных решениях говорить преждевременно, пока не пройдены все судебные инстанции).

Руководители детских садов опасаются следующих возможных последствий передачи штатов медицинского персонала в штаты ЛПУ:

1. Ухудшение укомплектованности детских садов средним медицинским персоналом (в условиях нехватки кадров главные врачи в первую очередь будут “закрывать” кадровые потребности ЛПУ).

2. Уменьшение в некоторых случаях штатных единиц среднего медицинского персонала и связанное с этим сокращение времени деятельности медицинских сестер в дошкольных учреждениях (Штатным расписанием яслей-садов\* предусматривались ставки старших медицинских сестер из расчета 0,5 ед. на 2 группы; 1 ед. на 3–7 групп; 1,5 ед. на 8–12 групп. Штатным расписанием городских поликлиник\*\* предусмотрены должности медицинских сестер для детских садов, в штате которых отсутствуют должности среднего медицинского персонала, из расчета 1 должность на 100 детей).

3. Изменение функциональных обязанностей медицинской сестры в соответствии с нормативными актами, которыми руководствуется ЛПУ, и представлением главных врачей ЛПУ об этих обязанностях.

4. Отвлечение медицинского персонала детских садов на решение производственных вопросов ЛПУ (особенно в периоды эпидемий).

5. Потеря “управляемости” работником детского сада, принятым в штаты ЛПУ, от-

\* Штатные нормативы медицинского персонала яслей-садов были установлены приказом Минпросвещения СССР от 31.12.1971 № 103. Документ отменен.

\*\* Штатные нормативы медицинского персонала детских городских поликлиник установлены приказом Минздрава России от 16.10.2001 № 371 для городов с населением свыше 25 тыс. чел. В населенных пунктах с меньшей численностью населения штатные нормативы регулируются другими документами.



существование возможности влиять на подбор и расстановку кадров.

Возможно, что не все эти опасения оправдываются, но если оправдывается даже их часть, то и это может внести определенный разлад в сложившуюся за многие годы систему работы детского сада.

Справедливости ради следует отметить и положительную сторону передачи штатов медицинских работников из детских садов в ЛПУ: у медицинских сестер детского сада будет нарабатываться стаж в области здравоохранения, за который после 20 лет работы полагаются надбавки к заработной плате.

Правда, как изменится заработная плата конкретных медицинских сестер при переходе из отрасли образования в отрасль здравоохранения, сказать сложно. У должности теряется приставка “старшая”, так как для работы в детских садах штатами ЛПУ предусмотрена должность “медицинская сестра”. Вполне вероятно изменение трудовой нагрузки, потому что в ЛПУ и ДОУ штатные единицы медицинских сестер рассчитываются по-разному и результаты этих расчетов не во всем совпадают. Кроме того, в ЛПУ и ДОУ действуют различные положения о надбавках и доплатах к заработной плате.

Альтернатива передачи штатов медицинского персонала в штаты ЛПУ – получение лицензии на право осуществления медицинской деятельности самим детским садом.

Что следует за принятием решения о получении лицензии?

1. Оформление пакета лицензионных документов и оплата услуг по его оформлению специалистам в области здравоохранения.

2. Направление медицинской сестры детского сада на курсы повышения квалификации не реже одного раза в 5 лет и оплата этих курсов работодателем, получение медицинской сестрой соответствующего сертификата.

3. Прохождение процедуры лицензирования, оплата лицензирования, получение лицензии.

4. Соблюдение всех лицензионных условий и наступление ответственности руководителя детского сада за осуществление медицинской деятельности в учреждении в соответствии с действующим законодательством.

Получение лицензии на право осуществления медицинской деятельности налагает на руководителя детского сада дополнительную ответственность в сложнейшей и весьма специфической области знаний, в которой он специалистом не является. Наверное, не случайно в Положении о лицензировании в качестве условия ведения медицинской деятельности оговаривается наличие у руководителя или его заместителя профессионального (медицинского) образования. Так, руководитель детского сада, взявший на себя ответственность за осуществление медицинской деятельности, должен будет следовать при организации этой работы нормативным правовым актам, действующим в сфере здравоохранения. Насколько руководитель детского сада готов к профессиональному пониманию и трактовке этих актов – большой вопрос.

В настоящее время в регионах по-разному решают проблему лицензирования медицинской деятельности: где-то лицензии получают детские сады, а где-то штатные единицы медицинских сестер были переданы в штаты ЛПУ вместе с ответственностью за медицинское обслуживание детей. Какой вариант предпочтительнее с точки зрения качества медицинского обслуживания воспитанников детских садов – покажет время.

Минобрнауки России  
Письмо  
от 22.04.2009 № 03-768

## **О медицинском обслуживании детей в дошкольных образовательных учреждениях**

Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 сентября 2008 г. № 666 утверждена новая редакция Типового положения о дошкольном образовательном учреждении (далее – Типовое положение). Субъекты Российской Федерации обращаются в Департамент государственной политики в образовании Минобрнауки России с вопросами по реализации пункта 25 Типового положения об организации медицинского обслуживания детей в дошкольных образовательных учреждениях (далее – ДОУ), в частности с вопросом о том, должны ли медицинские сестры ДОУ быть зачислены в штаты детских поликлиник или могут оставаться штатными сотрудниками дошкольных образовательных учреждений.

Пунктом 25 Типового положения установлено, что медицинское обслуживание детей в дошкольном образовательном учреждении обеспечивают органы здравоохранения. Медицинский персонал наряду с администрацией несет ответственность за здоровье и физическое развитие детей, проведение лечебно-профилактических мероприятий, соблюдение санитарно-гигиенических норм, режима и обеспечение качества питания. Дошкольное образовательное учреждение обязано предоставить помещение с соответствующими условиями для работы медицинских работников, осуществлять контроль их работы в целях охраны и укрепления здоровья детей и работников дошкольного образовательного учреждения. Положения указанного пункта 25 соответствуют пункту 4 статьи 51 Закона Российской Федерации “Об образовании”.

Однако ни в Законе Российской Федерации “Об образовании”, ни в Типовом положении нет указаний на то, что медицинский персонал образовательных учреждений, в частности, дошкольных образовательных учреждений, должен числиться в штате учреждений здравоохранения.

Кроме того, в соответствии с пунктами 41, 46 Типового положения дошкольное образовательное учреждение самостоятельно устанавливает порядок комплектования персонала дошкольного образовательного учреждения (он регламентируется уставом ДОУ); структуру управления деятельностью дошкольного образовательного учреждения; штатное расписание и должностные обязанности работников.

Учитывая вышеизложенное и руководствуясь положениями законодательства, согласно которым организация общедоступного и бесплатного дошкольного образования отнесена к компетенции органов местного самоуправления (подп. 11 п. 1 статьи 15 Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ “Об



общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации”, подп. 2 п. 1 статьи 31 Закона Российской Федерации “Об образовании”), органы местного самоуправления, являющиеся учредителями муниципальных дошкольных образовательных учреждений, вправе принять самостоятельное решение о взаимодействии органов здравоохранения и органов управления образованием в организации медицинского обслуживания детей в дошкольных образовательных учреждениях и, в частности, о том, штатными сотрудниками дошкольных образовательных учреждений или учреждений здравоохранения являются медицинские сестры ДОУ.

Департамент направляет для использования в работе письмо Минздравсоцразвития России от 13 апреля 2009 г. № 15-2/10/2-2569 по вопросу организации медицинского обслуживания детей в дошкольных образовательных учреждениях.

Также Департамент рекомендует использовать положения “Санитарно-эпидемиологических требований к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249-03” (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26 марта 2003 г. № 24) при определении должностных обязанностей медицинского персонала дошкольного образовательного учреждения. В частности, пунктом 2.16.1 СанПиН 2.4.1.1249-03 установлен перечень основных мероприятий, отнесенных к должностным обязанностям медицинского персонала дошкольного образовательного учреждения.

*Директор Департамента  
И.М. Реморенко*

## Приложение 2

Минздравсоцразвития России  
Письмо  
от 13.04.2009 № 15-2/10/2-2569

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации рассмотрело обращение по вопросу организации медицинского обслуживания детей в дошкольных учреждениях, в том числе в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 12 сентября 2008 г. № 666, и сообщает.

В соответствии с п. 25 указанного постановления медицинское обслуживание детей в дошкольном образовательном учреждении обеспечивают органы здравоохранения. Медицинский персонал наряду с администрацией несет ответственность за здоровье и физическое развитие детей, проведение лечебно-профилактических мероприятий, соблюдение санитарно-гигиенических норм,

режима и обеспечение качества питания. Дошкольное образовательное учреждение обязано предоставить помещение с соответствующими условиями для работы медицинских работников, осуществлять контроль их работы в целях охраны и укрепления здоровья детей и работников дошкольного образовательного учреждения.

Указанный выше нормативный правовой акт не содержит положения о том, что дошкольное образовательное учреждение не имеет права осуществлять медицинскую деятельность в рамках своей компетенции.

Кроме того, пп. 41, 46 указанного постановления Правительства Российской Федерации предусмотрено, что порядок комплектования персонала дошкольного образовательного учреждения регламентируется уставом учреждения самостоятельно. Также дошкольное образовательное учреждение устанавливает штатное расписание и должностные обязанности работников.

Таким образом, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации не считает получение дошкольным образовательным учреждением лицензии на осуществление медицинской деятельности противоречащим действующим нормативным правовым актам в случае, если медицинский персонал является штатным персоналом дошкольного образовательного учреждения. В противном случае лицензию на медицинскую деятельность должно получать учреждение здравоохранения, в штат которого включен медицинский персонал для оказания медицинской помощи детям в данном дошкольном образовательном учреждении.

*Заместитель министра  
В.И. Скворцова*

## Нормативные документы

Закон РФ от 10.07.1992 № 3266-1 “Об образовании” (ред. от 27.12.2009)

Типовое положение о дошкольном образовательном учреждении, утв. постановлением Правительства РФ от 12.09.2008 № 666

Положение о лицензировании медицинской деятельности, утв. постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30 (ред. от 07.04.2008)

Письмо Минобрнауки России от 22.04.2009 № 03-768 “О медицинском обслуживании детей в дошкольных образовательных учреждениях”

Письмо Минздравсоцразвития России от 13.04.2009 № 15-2/10/2-2569 <Об организации медицинского обслуживания детей в дошкольных учреждениях>



Если дошкольное учреждение самостоятельно осуществляет медицинскую деятельность, ему необходимо получить специальную лицензию. Тем не менее, по приблизительным оценкам экспертов, более 10 тысяч ДОУ ее не имеют. О порядке получения лицензии на медицинскую деятельность рассказывает эксперт нашего журнала.

**Ю.Я. Бойченко,**

канд. мед. наук, зам. начальника Управления лицензирования и правового обеспечения – начальник отдела лицензирования медицинской деятельности Росздравнадзора

## Лицензирование медицинской деятельности в дошкольных учреждениях

**Лицензирование** – это мероприятия, связанные: с предоставлением лицензий; переоформлением документов, подтверждающих наличие лицензий; приостановлением действия лицензий в случае административного приостановления деятельности лицензиатов за нарушение лицензионных требований и условий; возобновлением, прекращением действия или аннулированием лицензий; контролем лицензирующих органов соблюдения лицензиатами соответствующих лицензионных требований и условий; ведением реестров лицензий и т. д.

Согласно ст. 37.1 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, любая организация имеет право на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) только при наличии лицензии, выданной соответствующим органом исполнительной власти субъекта РФ или органом исполнительной власти РФ. Данное требование закреплено также в ст. 17 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ “О лицензировании отдельных видов деятельности”.

Дошкольные образовательные учреждения независимо от ведомственной подчиненности должны лицензироваться Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (или ее территориальными органами).

## Заявление о предоставлении лицензии

Для получения лицензии соискатель должен направить или представить в соответствующий лицензирующий орган заявление о предоставлении лицензии по установленной форме (приложение). **В заявлении указываются:**

- полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, организационно-правовая форма юридического лица, место его нахождения, адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица и данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц;
- идентификационный номер налогоплательщика и данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;
- лицензируемый вид деятельности в соответствии с п. 1 ст. 17 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ “О лицензировании отдельных видов деятельности”, который соискатель лицензии намерен осуществлять (например, медицинская деятельность).

### **К заявлению о предоставлении лицензии прилагаются:**

- копии учредительных документов (с представлением оригиналов в случае, если верность копий не засвидетельствована в нотариальном порядке);
- документ, подтверждающий уплату государственной пошлины за рассмотрение лицензирующим органом заявления о предоставлении лицензии;
- копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;
- копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;
- копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг);
- копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;
- копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;
- копия выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.

Примерный перечень документов, прилагаемых к заявлению о предоставлении лицензии на основании лицензионных требований, представлен в таблице.



### Примерный перечень документов, предоставляемых соискателями лицензии на медицинскую деятельность

Лицензионные требования	Документы, подтверждающие выполнение лицензионных требований
Наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Свидетельство о регистрации права собственности;</li> <li>– свидетельство о регистрации права хозяйственного ведения;</li> <li>– свидетельство о регистрации оперативного управления;</li> <li>– договор купли-продажи зданий, помещений, заключенный до 1998 г.;</li> <li>– договор о закреплении за учреждением имущества на праве хозяйственного ведения или оперативного управления, заключенный до 1998 г.;</li> <li>– договор аренды, заключенный с собственником помещений;</li> <li>– договор субаренды;</li> <li>– договор безвозмездного пользования недвижимым имуществом;</li> <li>– прочие документы, оформленные в соответствии с законодательством РФ, в т. ч. договоры, соглашения, распоряжения и иные нормативные акты, подтверждающие наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений</li> </ul>
Наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Договор купли-продажи техники;</li> <li>– договор аренды;</li> <li>– договор субаренды;</li> <li>– договор безвозмездного пользования;</li> <li>– выписка из баланса предприятия, организации (оборотной ведомости основных средств);</li> <li>– товарные чеки, накладные;</li> <li>– регистрационные удостоверения на используемые изделия медицинского назначения (медицинскую технику) выпуска 2000 г. и позднее;</li> <li>– сертификаты соответствия на используемые медицинские изделия (медицинскую технику) выпуска 1998 г. и позднее;</li> <li>– сведения о материально-техническом оснащении (медицинская техника, медицинское белье, перевязочный и вспомогательный материал, медицинский инструментарий, медицинская мебель);</li> <li>– прочие документы, оформленные в соответствии с законодательством РФ, в т. ч. договоры, соглашения, распоряжения и иные нормативные акты, подтверждающие наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимого для осуществления медицинской деятельности</li> </ul>
Наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, – соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего – в случае выполнения работ (услуг)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Лицензия на медицинскую деятельность (для лицензиатов);</li> <li>– трудовые книжки главного врача, заместителя руководителя юридического лица либо руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, или иные документы, подтверждающие стаж работы;</li> <li>– копии дипломов о профессиональном (медицинском) образовании, документов о послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации главного врача, заместителя руководителя юридического лица либо руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности</li> </ul>

Лицензионные требования	Документы, подтверждающие выполнение лицензионных требований
по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет	
Наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Штатное расписание;</li> <li>– должностные инструкции;</li> <li>– трудовой договор, заключенный с работником на определенный срок (срочный) и на неопределенный (бессрочный) срок;</li> <li>– договор возмездного или безвозмездного оказания услуг (договоры о сотрудничестве, о совместной деятельности);</li> <li>– приказ или распоряжение по учреждению, организации о назначении главного врача;</li> <li>– приказ о назначении заместителя руководителя юридического лица либо руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности;</li> <li>– положение о структурном подразделении</li> </ul>
Повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Копии дипломов о профессиональном (медицинском) образовании, документов, подтверждающих наличие послевузовского, дополнительного профессионального образования, повышения квалификации специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг)</li> </ul>
Соблюдение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности медицинских технологий, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством РФ	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Перечень медицинских технологий, применяемых соискателем лицензии (лицензиатом), составленный руководителем лицензиата и заверенный в установленном порядке;</li> <li>– подлинник или нотариально заверенная копия регистрационного удостоверения или разрешения с приложением и полным описанием технологии (с 2005 г.);</li> <li>– Методические рекомендации, утв. Минздравом России, или пособия для врачей, утв. профильной секцией Ученого совета Минздрава России (до 2005 г.; срок действия данной разрешительной документации – 5 лет с момента утверждения);</li> <li>– лицензионный договор на использование патента на изобретение</li> </ul>
Соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении медицинской деятельности	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Санитарно-эпидемиологическое заключение о соответствии санитарным правилам, согласно заявленным на лицензирование видам работ и услуг;</li> <li>– журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у);</li> <li>– договоры на санитарно-гигиенические, санитарно-бактериологические лабораторные исследования (смывы на стерильность, бактериальная обсемененность воздушной среды помещений лечебного учреждения и др.);</li> <li>– договоры с организациями на вывоз мусора, утилизацию отходов и изделий медицинского назначения, стирку белья и др.;</li> <li>– карты профилактических прививок (форма № 063/у);</li> <li>– личные медицинские книжки персонала;</li> <li>– журнал учета времени работы бактерицидных облучателей;</li> </ul>



Лицензионные требования	Документы, подтверждающие выполнение лицензионных требований
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– журнал контроля качества предстерилизационной очистки и дезинфекции изделий медицинского назначения;</li> <li>– журнал контроля работы стерилизующей аппаратуры;</li> <li>– журнал расхода дезинфекционных средств;</li> <li>– наличие посиндромного набора лекарственных препаратов для оказания неотложной медицинской помощи, аварийной аптечки</li> </ul>
Обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля соответствия качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Приказы о создании комиссий по экспертизе качества медицинской помощи;</li> <li>– карты оценки качества медицинской помощи;</li> <li>– стандарты оказания медицинской помощи больным;</li> <li>– медицинская документация, используемая в поликлиниках (медицинская карта амбулаторного больного, история развития ребенка, медицинская карта ребенка и т. д.)</li> </ul>
Соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Лицензия на медицинскую деятельность;</li> <li>– наглядная информация с содержанием сведений об исполнителе платных услуг (наименование учреждения, организации, место ее нахождения (адрес), режим работы), телефоны и адрес вышестоящей организации;</li> <li>– разрешение соответствующего органа управления здравоохранением субъекта РФ, муниципального управления или вышестоящей организации;</li> <li>– учетные и отчетные формы бухгалтерского и статистического учета результатов предоставленных платных медицинских услуг;</li> <li>– паспорт версии модели контрольно-кассовой машины, карточка регистрации контрольно-кассовой машины, журнал учета вызовов технических специалистов и регистрации выполненных работ;</li> <li>– журнал кассира-операциониста;</li> <li>– бланк, подтверждающий оплату медицинских услуг, утвержденный в установленном порядке;</li> <li>– перечень (прейскурант) платных медицинских услуг, утвержденный в установленном порядке с указанием их стоимости и сведений о льготах для отдельных категорий граждан;</li> <li>– копии дипломов о профессиональном (медицинском) образовании, документов, подтверждающих наличие послевузовского, дополнительного профессионального образования, повышения квалификации специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг);</li> <li>– договор, которым регламентируются условия и сроки получения платных услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон;</li> <li>– документ, подтверждающий наличие информированного согласия пациента</li> </ul>
Наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Штатное расписание;</li> <li>– документы, подтверждающие соответствующую подготовку специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники (копии дипломов о профессиональном образовании, о повышении квалификации);</li> <li>– договор(ы) с организацией, осуществляющей гарантийное или техническое обслуживание медицинской техники с перечнем изделий медицинского назначения;</li> <li>– договор(ы) с организацией, осуществляющей проверку измерительных приборов с перечнем измерительных приборов;</li> </ul>

Лицензионные требования	Документы, подтверждающие выполнение лицензионных требований
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– копии лицензий организаций, осуществляющих гарантийное или техническое обслуживание медицинской техники, а также копии лицензий или аттестатов аккредитации организаций, осуществляющих проверку измерительных приборов;</li> <li>– акт о выполнении работ по комплексному техническому обслуживанию медицинской техники;</li> <li>– акт о выполнении работ по метрологическому обеспечению средств измерения</li> </ul>
<p>Ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Медицинская документация, используемая в учреждениях и организациях всех форм собственности, оказывающих стационарную помощь (журнал приема больных и отказов в госпитализации, медицинская карта стационарного больного и т. д.);</li> <li>– медицинская документация, используемая в учреждениях и организациях всех форм собственности, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (медицинская карта амбулаторного больного, история развития ребенка, медицинская карта ребенка и т. д.);</li> <li>– медицинская документация, используемая в учреждениях и организациях всех форм собственности, оказывающих санаторно-курортную помощь</li> </ul>

Лицензионные требования к осуществлению медицинской деятельности определены в п. 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утв. постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30.

Формы документов, используемые при лицензировании медицинской деятельности, введены приказом Росздравнадзора от 09.10.2007 № 3063-Пр/07.

## Порядок рассмотрения заявления о предоставлении лицензии

Заявление о предоставлении лицензии и прилагаемые к нему документы в день поступления в лицензирующий орган принимаются по описи, копия которой с отметкой о дате приема направляется (вручается) соискателю лицензии.

При рассмотрении заявления о предоставлении лицензии лицензирующий орган проводит проверку полноты и достоверности сведений о соискателе лицензии, содержащихся в представленных заявлении и документах, а также проверку возможности выполнения соискателем лицензионных требований и условий.

Лицензирующий орган принимает решение о предоставлении или об отказе в предоставлении лицензии в срок, не превышающий 45 дней со дня поступления заявления о предоставлении лицензии и прилагаемых к нему документов.

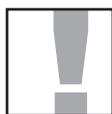
### Основанием отказа в предоставлении лицензии являются:

- наличие в документах, представленных соискателем лицензии, недостоверной или искаженной информации;
- несоответствие соискателя лицензии, принадлежащих ему или используемых им объектов лицензионным требованиям и условиям.



## Переоформление лицензии

В соответствии со ст. 11 Федерального закона от 08.08.2001 № 128-ФЗ “О лицензировании отдельных видов деятельности” в случае реорганизации юридического лица в форме преобразования, изменения его наименования или места его нахождения, а также в случае изменения адресов мест осуществления медицинской деятельности лицензиат, его правопреемник либо иное предусмотренное федеральным законом лицо обязаны подать заявление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии. В заявлении указываются новые сведения о лицензиате, его правопреемнике либо об ином предусмотренном федеральным законом лице и данные документа, подтверждающего факт внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц.



обратите  
внимание

Заявление о переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии, подается лицензиатом в лицензирующий орган не позднее, чем через 15 дней со дня внесения соответствующих изменений в единый государственный реестр юридических лиц либо со дня изменения адресов мест осуществления юридическим лицом лицензируемого вида деятельности, если федеральным законом не предусмотрено иное.

В переоформлении документа, подтверждающего наличие лицензии, может быть отказано в случае представления лицензиатом или его правопреемником неполных или недостоверных сведений.

За переоформление документа, подтверждающего наличие лицензии, уплачивается государственная пошлина в размерах и порядке, установленных законодательством РФ о налогах и сборах.

## Ответственность за нарушение лицензионных требований

За нарушение лицензионных требований и условий предусмотрена административная и уголовная ответственность. Меры административной ответственности устанавливает Кодекс РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ. **Взыскания предусмотрены за совершение следующих правонарушений:**

1. Осуществление предпринимательской деятельности без государственной регистрации или специального разрешения (лицензии) (ст. 14.1).

Если наличие лицензии обязательно, то осуществление без нее предпринимательской деятельности влечет наложение административного штрафа на должностных лиц – от 4 до 5 тыс. руб. с конфискацией изготовленной продукции, орудий производства и сырья или без таковой; на юридических лиц – от 40 до 50 тыс. руб. с конфискацией изготовленной продукции, орудий производства и сырья или без таковой.

Осуществление предпринимательской деятельности с нарушением условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), – влечет наложение административного штрафа на должностных лиц – от 3 до 4 тыс. руб.; на юридических лиц – от 30 до 40 тыс. руб.

Осуществление предпринимательской деятельности с грубым нарушением условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), – влечет наложе-

ние административного штрафа на должностных лиц – от 4 до 5 тыс. руб.; на юридических лиц – от 40 до 50 тыс. руб. или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток.

2. Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, без специального разрешения (лицензии) (ст. 19.20).

Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, без лицензии, если ее наличие обязательно, – влечет наложение административного штрафа на должностных лиц – от 1 до 2 тыс. руб.; на юридических лиц – от 10 до 20 тыс. руб.

Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с нарушением требований или условий лицензии, – влечет наложение административного штрафа на должностных лиц – от 500 руб. до 1 тыс. руб.; на юридических лиц – от 5 до 10 тыс. руб.

Осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с грубым нарушением требований или условий лицензии, – влечет наложение административного штрафа на должностных лиц – от 1000 до 1500 руб.; на юридических лиц – от 10 до 15 тыс. руб. или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток.

**Уголовная ответственность** регулируется Уголовным кодексом РФ от 13.06.1996 № 63-ФЗ и **предусмотрена за совершение следующих правонарушений:**

1. Незаконное предпринимательство (ст.171).

Осуществление предпринимательской деятельности без лицензии в случаях, когда наличие лицензии обязательно, или с нарушением лицензионных требований и условий, если это деяние причинило крупный ущерб гражданам, организациям или государству либо сопряжено с извлечением дохода в крупном размере, – наказывается штрафом в размере до 300 тыс. руб. или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 2 лет. Либо обязательными работами на срок от 180 до 240 ч, либо арестом на срок от 4 до 6 месяцев.

То же деяние, совершенное организованной группой и (или) сопряженное с извлечением дохода в особо крупном размере, – наказывается штрафом в размере от 100 до 500 тыс. руб. или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от 1 года до 3 лет. Либо лишением свободы на срок до 5 лет со штрафом в размере до 80 тыс. руб. или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 6 месяцев либо без такового.

2. Незаконное занятие частной медицинской деятельностью или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235).

Занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензии на избранный вид деятельности, если это повлекло по неосторожности причинение вреда здоровью человека, – наказывается штрафом в размере до 120 тыс. руб. или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до 1 года. Либо ограничением свободы на срок до 3 лет, либо лишением свободы на тот же срок.

То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, – наказывается лишением свободы на срок до 5 лет.

3. Самоуправство (ст. 330).



**Заявление\***  
(для юридического лица или индивидуального  
предпринимателя)  
**О предоставлении лицензии на медицинскую  
деятельность**

1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица; фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество, данные документа, удостоверяющего личность индивидуального предпринимателя	
2	Сокращенное наименование (в случае, если имеется)	
3	Фирменное наименование	
4	Место нахождения юридического лица; место жительства индивидуального предпринимателя (с указанием почтового индекса)	
5	Почтовый адрес лицензиата/соискателя лицензии, адреса мест осуществления деятельности (с указанием почтового индекса)	
	Государственный регистрационный номер (для юридического лица). Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации (для индивидуального предпринимателя)	
	Идентификационный номер налогоплательщика	
	Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц или индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей	Выдан _____ (орган, выдавший документ) Дата выдачи _____ Бланк: серия _____ № _____
	Наименование, код подразделения, адрес налоговой инспекции (с указанием почтового индекса)	Код подразделения _____ Адрес налоговой инспекции _____

\* Форма заявления утверждена приказом Росздравнадзора от 09.10.2007 № 3063-Пр/07 "Об утверждении форм документов, используемых Росздравнадзором при лицензировании медицинской деятельности". В приложении приводится извлечение из документа.

	Данные документа о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе	Выдан _____ (орган, выдавший документ)
		Дата выдачи: _____
		Бланк: серия _____
		№ _____
6	Контактный телефон, факс	
7	Адрес электронной почты (при наличии)	

в лице \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., должность руководителя юридического лица или индивидуального предпринимателя)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия)

просит предоставить лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Достоверность представленных документов подтверждаю

Руководитель организации-заявителя,  
индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О.) (подпись)

М.П. “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Приложение 1  
к заявлению**

## Перечень заявляемых работ (услуг) для осуществления медицинской деятельности

\_\_\_\_\_ (наименование юридического лица или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

По адресам мест осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указываются для каждого территориально обособленного объекта отдельно)

№	Работы (услуги)	Примечание

Руководитель учреждения  
(индивидуальный предприниматель) \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О.) (подпись)

М.П. “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



Согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, не допускается. Это требование закона в полной мере относится не только к медицинским, но и остальным работникам образовательного учреждения.

**А.А. Вавилова,**

канд. юрид. наук, зам. директора Центра прикладных разработок Института развития Государственного университета – Высшей школы экономики, эксперт информационного центра “МЦФЭР Ресурсы образования”

## Разглашение врачебной тайны

Дошкольное образовательное учреждение (далее – ДОУ) в силу специфики своей деятельности в той или иной форме получает информацию о здоровье воспитанников. При этом работники учреждения должны соблюдать врачебную тайну. Согласно Основам законодательства об охране здоровья граждан (ст. 61) **врачебную тайну составляет информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении.** Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается лишь в исключительных случаях, в т. ч.:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- при оказании помощи несовершеннолетнему, для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Таким образом, сведения о состоянии здоровья воспитанников не могут передаваться третьим лицам без согласия их законных представителей. За разглашение

врачебной тайны наступает дисциплинарная, административная или уголовная ответственность.

## Расследование обстоятельств разглашения врачебной тайны

Рассмотрим ситуацию с разглашением врачебной тайны на конкретном примере.



пример

*Медицинская сестра беседовала в коридоре ДОО с воспитателем. Во время разговора она поведала о том, “какие нынче пошли диагнозы” – раньше, мол, дети из нормальных семей вшей в учреждение не приносили. Когда воспитатель поинтересовалась, кто этот ребенок, ей была названа фамилия. Разговор слышали дети, и уже на следующий день мальчика дразнили все его одноклассники, отказывались общаться с ним, хотя он уже был здоров. Родители ребенка потребовали уволить сотрудницу и компенсировать моральный вред.*

В данной ситуации возникает вопрос, была ли информация распространена именно таким образом. Имела ли место беседа двух лиц, шла ли речь о врачебной тайне, действительно ли разговор услышали дети. Необходимо исследовать все детали происшествия. В частности, понять, чем подтверждается факт беседы указанных лиц, по какой причине она стала доступна окружающим и т. п.

Для прояснения обстоятельств потребуются показания свидетелей. Хорошо, если инцидент наблюдали взрослые. Однако в описанном случае вероятно, что единственными свидетелями будут воспитанники детского сада. Использовать свидетельские показания детей крайне сложно – они, в силу возрастных особенностей, забывают или путают детали и последовательность событий, додумывают их в соответствии со своим восприятием и фантазиями, легко поддаются влиянию и т. п. Поэтому опровергнуть показания детей в суде достаточно просто.

Если дети были единственными очевидцами, следует закрепить их показания наиболее приемлемым для суда способом, т. е. в письменной форме. Опрос нужно проводить как можно быстрее, учитывая, что психофизиологические особенности ребенка дошкольного возраста не позволяют ему точно фиксировать в памяти произошедшее событие в течение длительного времени. Также **следует создать Комиссию по служебному расследованию (служебной проверке) из незаинтересованных работников ДОО**. Комиссия должна стремиться к выяснению всех имеющих отношение к делу нюансов. Главное, чтобы были устранены противоречия между показаниями опрашиваемых, например, с помощью дополнительных вопросов, повторного опроса и т. д. Если один ребенок говорит, что воспитатель беседовала с медсестрой, и он слышал, как они разговаривали о болезни одноклассника, а другой – что о болезни рассказывала мама одноклассника воспитателю, надо попытаться выяснить, что же произошло на самом деле.

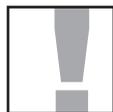
## Привлечение к ответственности за разглашение врачебной тайны

Для привлечения к ответственности медицинского работника, разгласившего врачебную тайну, важно понять, каков его статус. Это может быть либо сотрудник дет-



ского сада, за все действия которого несет ответственность работодатель, либо сотрудник иного юридического лица (медицинского учреждения). В случае **если речь идет о работнике детского сада, возмещать вред будет дошкольное учреждение**. Если же данный сотрудник являлся работником иного юридического лица, претензии о разглашении врачебной тайны необходимо предъявлять работодателю данного юридического лица.

За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей работники могут быть подвергнуты дисциплинарному взысканию, в т. ч. увольнению. При этом есть ряд норм трудового законодательства, которые устанавливают правила применения дисциплинарных взысканий. Взыскание может быть применено только за дисциплинарный проступок (неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по вине работника возложенных на него трудовых обязанностей). Соответствующие обязанности должны быть возложены на работника трудовым договором (или в соответствии с трудовым договором должностной инструкцией, правилами внутреннего трудового распорядка и т. п.) или непосредственно законом. Запрет разглашать врачебную тайну содержится в законодательстве.



обратите  
внимание

Поведение работника должно быть виновным, т. е. умышленным или неосторожным. Если есть уважительные причины, по которым работник не исполнил обязанность надлежащим образом, взыскание не может быть наложено. Такой причиной может стать, например, отсутствие необходимых условий работы.

В зависимости от того, насколько тяжелым было нарушение трудовой дисциплины, работодатель может применять различные дисциплинарные взыскания. Статья 192 Трудового кодекса РФ от 30.12.2001 № 197-ФЗ (далее – ТК РФ) предусматривает **следующие виды взысканий**:

- замечание;
- выговор;
- увольнение.

При наложении дисциплинарного взыскания должен строго соблюдаться порядок его наложения. Следует внимательно отнестись к выполнению этого требования: если работник совершил дисциплинарный проступок, но взыскание было применено с нарушением установленного ст. 193 ТК РФ порядка, оно будет признано неправомерным.

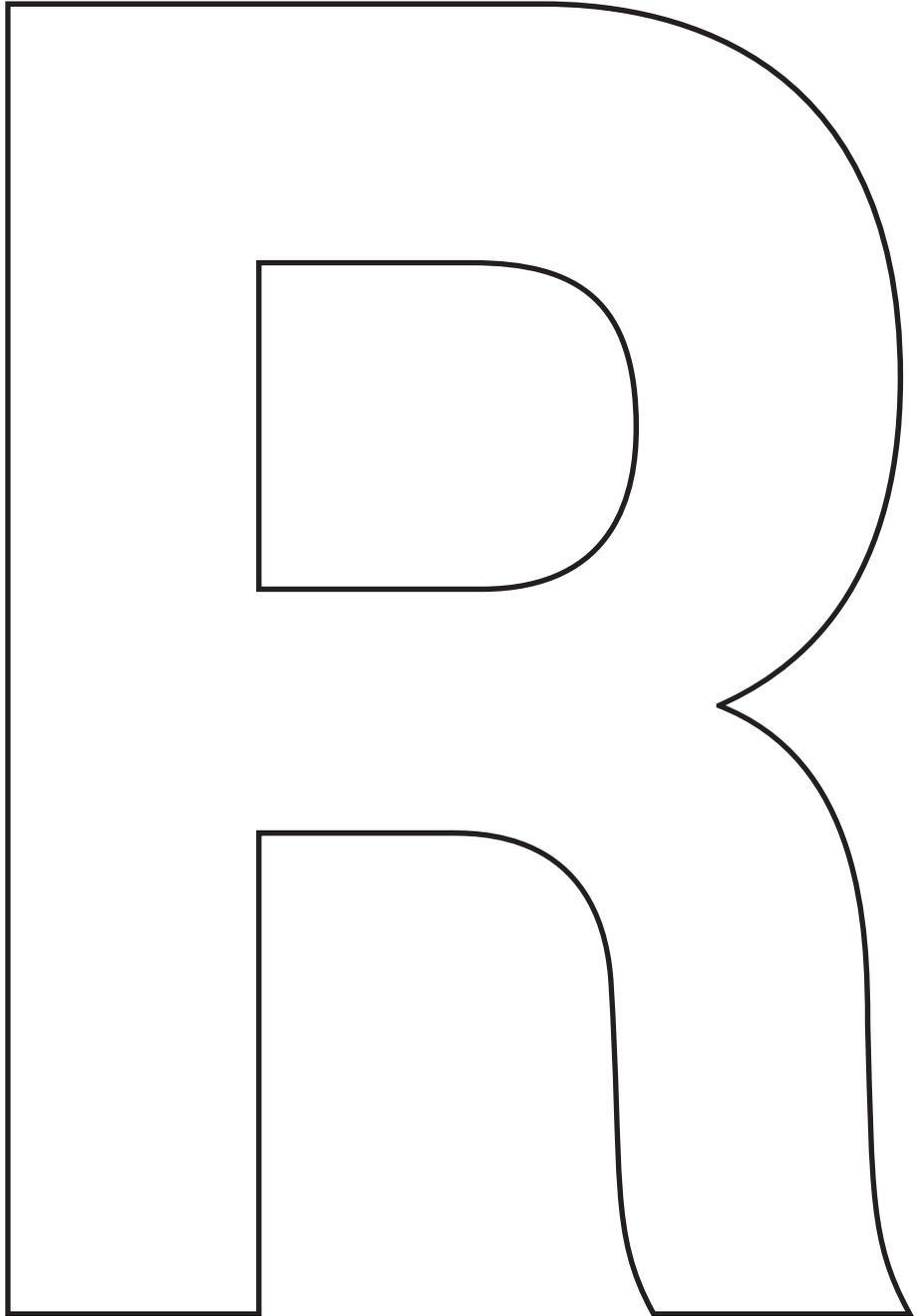
**Дисциплинарное взыскание применяется только к работникам учреждения**, т. е. к работнику иного учреждения оно может быть применено лишь его работодателем. Также следует отметить, что никакое третье лицо, в т. ч. родители пострадавшего ребенка, не вправе требовать от администрации ДОУ привлечения работника к дисциплинарной ответственности. Администрация самостоятельно решает, виновен работник в инциденте или нет, а в случае вины – какова тяжесть совершенного им нарушения. Однако компенсация морального вреда вполне возможна, если будет доказано, что факт распространения врачебной тайны действительно был и от этого пострадал ребенок.

## Нормативные документы

Трудовой кодекс РФ от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 25.11.2009)

Основы законодательства об охране здоровья граждан, утв. Верховным Советом РФ 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 27.12.2009)

R



**Г.Т. Томашева,**  
зав. МДОУ “Центр развития ребенка – детский сад № 306”  
г. Красноярска,

**Е.С. Пряничникова,**  
зам. зав. по УВР МДОУ “Центр развития ребенка – детский сад  
№ 306” г. Красноярска

# Работа детского сада в период карантина

Высокий уровень инфекционных заболеваний у дошкольников связан с незрелостью их иммунной системы и множеством вирусов – возбудителей инфекций в окружающей среде.

Чаще всего дошкольники заражаются болезнями, передающимися воздушно-капельным путем (при кашле, чихании), и реже – передающимися при непосредственном контакте (через общие игрушки, носовые платки, столовые принадлежности и др.).

**Карантин** (итал. quarantena, от quaranta giorni – сорок дней) – система мероприятий, проводимых для предупреждения распространения инфекционных заболеваний из эпидемического очага и ликвидации самого очага.

Эпидемический процесс данных заболеваний характеризуется сезонными изменениями, вспышками и возникающими эпидемиями различной интенсивности, которые поражают около 20% детей.

**Если в детском саду возникает инфекционное заболевание (грипп), то на группу, которую посещал заболевший ребенок, накладывается карантин.**

Сегодня сроки карантина устанавливаются на основании данных о наибольшей продолжительности инкубационного периода заболевания. Так, при гриппе и скарлатине карантин длится 7 дней, при ветряной оспе, краснухе и паротите – 21 день, при менингококковой инфекции – 10 дней, а при вирусном менингите – 20 дней.

Ответственность за соблюдение карантина в детском саду возлагается на заведующего.

Рассмотрим подробнее деятельность заведующего детским садом во время карантина в связи с гриппом на примере МДОУ “Центр развития ребенка – детский сад № 306” (далее – ДОУ).



## Документация, разрабатываемая и используемая в период карантина

С целью обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, предупреждения возникновения и распространения инфекционного заболевания в ДОУ в день регистрации заболевания заведующий издает приказ “О неотложных мерах по недопущению распространения инфекционного заболевания (гриппа) в дошкольном учреждении” (далее – Приказ; приложение 1).

Одновременно с изданием Приказа на основе санитарно-эпидемиологических правил и нормативов “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249-03”, утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 25.03.2003 (далее – СанПиН), врач-инфекционист\* и старшая медицинская сестра разрабатывают:

- график влажной уборки (приложение 2);
- график проветривания помещения (приложение 3);
- график кварцевания (приложение 4);
- журнал инструктажа при карантине (приложение 5);
- план противоэпидемических мероприятий в период подъема заболеваемости гриппом, ОРВ (приложение 6);
- памятку по предупреждению инфекционного заболевания (гриппа) (далее – Памятка; приложение 7);
- лист медицинского наблюдения за контактными детьми (приложение 8);
- журнал осмотра контактных детей (приложение 9);
- журнал проведения профилактических мероприятий (приложение 10);
- журнал передачи контактных детей (приложение 11).

Все документы утверждает заведующий ДОУ.

Кроме того, старшая медицинская сестра обязана в период карантина вести следующую документацию:

- журнал регистрации бактерицидной установки\*\*;
- журнал учета инфекционных заболеваний\*\*\*.

Памятку по предупреждению инфекционного заболевания (гриппа) медицинский персонал размещает на информационном стенде. Согласно данному документу воспитатели групп проводят с родителями воспитанников консультации, собрания и беседы.

\* Врач-инфекционист работает в ДОУ по договору с районной поликлиникой.

\*\* Форма журнала бактерицидной установки утверждена руководством “Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях. Руководство. Р 3.5.1904–04”, утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004.

\*\*\* Журнал учета инфекционных заболеваний (форма № 060у) утвержден приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 “Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения”.

## Проведение внепланового административного совета

После издания Приказа заведующий ДООУ организует внеплановый административный совет (далее – Совет), в котором участвуют: заместители заведующего по УВР и АХР, медицинский персонал, а также воспитатели и младший воспитатель карантинной группы.

На заседании Совета заведующий доводит Приказ до сведения сотрудников, а **старшая медицинская сестра проводит инструктаж о соблюдении профилактических мероприятий и сообщает:**

- сроки наложения карантина;
- графики проведения дезинфекционного режима в группе, проветривания и кварцевания в группе, где установлен карантин;
- особенности питьевого режима;
- сроки проведения заключительной дезинфекции;
- особенности отстранения детей, не бывших в контакте с больными воспитанниками\*.

После проведения инструктажа все присутствующие работники расписываются в журнале инструктажа при карантине.

Согласно Приказу **контроль исполнения противоэпидемических мероприятий осуществляют заместитель заведующего по АХР и старшая медицинская сестра.**

Особое внимание заместитель заведующего по АХР и старшая медицинская сестра должны уделять проведению ежедневных обходов с целью контроля соблюдения дезинфекционного режима.

Результаты контроля сообщаются на административных советах.

## Мониторинг состояния здоровья детей, обратившихся в медпункт ДООУ

В период карантина руководитель организует мониторинг состояния здоровья детей, обратившихся с признаками инфекционного заболевания в медицинский пункт ДООУ.

Мониторинг осуществляется по данным заполненных документов: журнала учета инфекционных заболеваний; листа медицинского наблюдения за контактными детьми; журнала осмотра контактных детей, куда вписываются результаты первого и заключительного осмотров; журнала передачи контактных детей, где медицинский персонал регистрирует каждый случай заболевания с целью передачи информации в лечебную организацию для дальнейшего принятия мер.

\* На время карантина вновь прибывшие дети могут быть определены в другие группы.



Муниципальное дошкольное образовательное учреждение  
“Центр развития ребенка – детский сад № 306”  
г. Красноярск

## Приказ

20.10.2009

№ 41

### **О неотложных мерах по недопущению распространения инфекционного заболевания (гриппа) в дошкольном учреждении**

В связи с регистрацией заболевания у воспитанника подготовительной группы Иванова Антона (дата рождения: 15.01.2004) с целью обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, предупреждения возникновения и распространения инфекционного заболевания в детском коллективе, руководствуясь приказом Главного управления образования администрации г. Красноярск от 19.10.2009 № 601/п “О санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях по недопущению распространения гриппа”

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Медицинским работникам:

1.1. Подготовить и разместить в родительских уголках индивидуальные памятки для детей и родителей по профилактике гриппа.

1.2. Не допускать в ДОУ детей и сотрудников, возвратившихся из зарубежных стран, в течение 7 дней с момента возвращения в РФ.

1.3. Не допускать в ДОУ детей и сотрудников с признаками заболевания острыми респираторными инфекциями.

1.4. Немедленно изолировать детей и персонал с признаками гриппоподобного заболевания на момент прихода в ДОУ или заболевших в течение дня от других детей и персонала.

1.5. Допускать до занятий детей и персонал только после полного выздоровления.

1.6. Обеспечить сотрудников ДОУ дезинфицирующими средствами и индивидуальными средствами защиты.

1.7. Запретить проведение профилактических прививок и RM (реакция манту).

1.8. Запретить прием в ДОУ вновь прибывших детей, не привитых против гриппа.

1.9. При регистрировании 5 и более случаев заболевания гриппом в ДОУ обеспечить медицинское наблюдение за контактными детьми в течение 14 дней (измерение температуры тела, осмотр слизистой носоглотки).

2. Воспитателям:

2.1. Проводить активную разъяснительную работу среди детей и родителей по профилактике гриппа.

2.2. Осуществлять обязательный ежедневный осмотр детей с последующей фиксацией в листе наблюдения за контактными детьми и персоналом группы.

2.3. Усилить соблюдение гигиены рук (частое мытье с мылом, смена полотенец 2 раза в неделю и по мере загрязнения на период подъема заболеваемости).

2.4. Провести 21–22 октября собрания с родителями (с обязательным присутствием медицинского персонала) о неотложных мерах по недопущению распространения гриппа.

2.5. В старших, подготовительных группах провести внеочередные занятия с детьми по предупреждению распространения инфекционных заболеваний.

3. Младшим воспитателям:

3.1. Регулярно и качественно проводить влажную уборку с применением дезинфицирующих средств, обладающих вирулицидной активностью, обращая особое внимание на поверхности и предметы, которые имеют наиболее частые контакты с руками.

3.2. Обеспечить кварцевание и сквозное проветривание групповых помещений в отсутствие детей, в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологических правил и норм.

4. Заместителям заведующего по УВР, АХР:

4.1. Провести собрания с трудовым коллективом (с обязательным присутствием медицинского персонала) о неотложных мерах по недопущению распространения гриппа.

4.2. Отменить запланированные массовые мероприятия до 30.10.2009.

4.3. Организовать усиленный контроль выполнения противоэпидемических мероприятий в группах, где установлен карантин.

4.4. Контроль исполнения приказа возложить на заместителя заведующего по АХР Н.А. Черных и старшую медсестру Т.С. Белову.

Заведующий МДОУ

Подпись

Г.Т. Томашева



### График влажной санитарной уборки

Время	Помещения		
	Групповая комната	Спальня	Приемная
9.00–9.30		+	
9.30–10.00			+
11.00–12.00	+		
13.00–14.00	+	+	
15.00–15.30			
16.00–16.30			+
16.30–17.00	+		

### График проветривания

Время	Помещения		
	Групповая комната	Спальня	Приемная
7.00–7.10	+	+	
9.10–9.20	+		
9.30–9.45			+
11.00–11.15	+		
11.20–11.30	+		
11.30–11.55			
13.15–13.30			
13.30–13.40	+		+
15.40–15.50	+	+	
17.50–18.00	+		+
18.30–18.45			
18.45–19.00			+

Приложение 4

### График кварцевания

Время	Помещения		
	Групповая комната	Спальня	Приемная
7.00–7.30			+
10.30–11.30		+	
13.30–14.00	+		
14.00–14.30			+
15.30–16.30		+	
17.00–17.30	+		

Приложение 5

### Журнал инструктажа при карантине

Дата	Группы	Ф.И.О.	Должность	Подпись

Приложение 6

### План противоэпидемических мероприятий в период подъема заболеваемости гриппом, ОРВИ в ДОУ на 2009/10 уч. г.

1. Организация профилактических мероприятий:
  - строгое соблюдение санитарного состояния помещений;
  - ежедневное проведение влажной уборки помещений с применением моющих средств;
  - своевременное проведение генеральных уборок;
  - обязательное проветривание всех помещений для создания благоприятных условий среды пребывания;



- выведение детей на прогулку не реже 2 раз в день;
  - недопущение сокращения времени пребывания детей на открытом воздухе;
  - обеспечение высокой активности детей во время прогулок.
2. Проведение закаливающих процедур в ДОУ:
- влажное обтирание лица, шеи рук;
  - контрастное обливание стоп;
  - воздушное закаливание.
3. Проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий:
- утренняя гимнастика;
  - использование подвижных игр и физических упражнений на прогулке.
4. Проведение дыхательной гимнастики.
5. Использование в пищу чеснока, лука.
6. Организация медицинских профилактических процедур:
- обработка носа оксолиновой мазью (0,25%) перед сном;
  - прием поливитаминов в течение 1 месяца;
  - прием элеутерококка (1–2 капли/год жизни за 30 мин до еды) в течение 3 недель.
7. Санитарно-просветительская работа по профилактике гриппа:
- проведение бесед с персоналом;
  - проведение бесед с родителями воспитанников;
  - выпуск санитарных бюллетеней.
8. Проведение лекций по профилактике гриппа (вакцинация).

Приложение 7

**Памятка  
по предупреждению инфекционного заболевания  
(гриппа)**

1. Избегайте близкого контакта с людьми, имеющими симптомы гриппа: жар (высокую температуру), кашель, боль в горле, насморк, ломоту в теле, головную боль, озноб и чувство усталости.
2. Постоянно мойте руки под проточной теплой водой с мылом. Используйте специальные гели или влажные гигиенические салфетки на спиртовой основе.

3. Воздержитесь от посещения массовых мероприятий в закрытых помещениях.

4. Во время чихания и кашля прикрывайте нос и рот одноразовым платком.

5. Если не поздно, сделайте прививку (с учетом появления защиты через 2 недели).

6. Если у вас поднялась температура, а также появились заложенность носа, насморк, кашель, боль в горле, водянистая диарея (понос), мокрота с прожилками крови:

- оставайтесь дома и не посещайте места скопления людей;
- в дневное время вызовите на дом врача из своей районной поликлиники, в вечернее или в ночное время – скорую помощь по телефону 03;
- сообщите семье и друзьям о вашей болезни;
- соблюдайте постельный режим и пейте не менее 3 л жидкости в день;
- носите марлевую или одноразовую маску, меняя ее на новую каждые 2 ч.

7. С целью профилактики:

- больше гуляйте на свежем воздухе;
- избегайте массовых мероприятий;
- правильно питайтесь, употребляйте достаточное количество витаминов, особенно витамин С (фрукты, овощи, сок);
- употребляйте в пищу чеснок и лук;
- перед выходом из дома смазывайте полость носа оксолиновой мазью;
- для профилактики гриппа принимайте “Арбидол” или “Анаферон”.

Приложение 8

**Лист медицинского наблюдения  
за контактными детьми**

Ф.И. ребен- ка	Утро					Вечер				
	тем- пера- тура тела	кожа	зев	стул	об- щее со- стоя- ние	тем- пера- тура тела	кожа	зев	стул	об- щее со- стоя- ние

**Журнал осмотра контактных детей**

Вид инфекции, срок карантина	Мероприятия	Осмотр карантинных групп	Списочный состав группы	Количество присутствующих	Ф.И. отсутствующих, причина	Рекомендации

**Журнал проведения профилактических мероприятий**

Вид инфекции, срок карантина	Мероприятия	Осмотр карантинных групп	Списочный состав группы	Количество присутствующих	Ф.И. отсутствующих, причина	Рекомендации

**Журнал передачи контактных детей**

Ф.И. ребенка	Адрес	Кто принял	Время	Инфекция

**Нормативные документы**

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249-03”, утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 25.03.2003

Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 “Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения”

Что такое группа здоровья – окончательный диагноз или система учета? Этот вопрос волнует многих родителей и педагогов, поскольку и в выписке из родильного дома, и в амбулаторной карте ребенка при оформлении в детский сад всегда обозначена группа здоровья. Статья эксперта нашего журнала поможет медицинскому персоналу дошкольного учреждения провести разъяснительную беседу с родителями воспитанников.

**С.В. Рычкова,**

доцент, главный специалист Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга по профилактической и оздоровительной работе у детей

## Распределение детей по группам здоровья

Термин “группа здоровья” во многом условный и отражает состояние здоровья ребенка по совокупности данных. Он вошел в медицинскую практику в 1983 г., когда Институтом гигиены детей и подростков были разработаны критерии комплексной оценки состояния здоровья детей, утв. приказом Минздравмедпрома России от 14.03.1995 № 60. Длительное время распределение детей по группам здоровья велось в соответствии с данным документом по схеме, приведенной в таблице.

**Схема распределения детей раннего и дошкольного возраста по группам здоровья**

Группы	Хроническая патология	Функциональное состояние основных органов и систем	Резистентность и реактивность	Физическое и нервно-психическое развитие
<b>Группа 1.</b> Без отклонений	Отсутствует	Без отклонений	Заболеваемость за период, предшествующий наблюдению, – редкие и легко протекающие острые заболевания	Нормальное, соответствует возрасту



Группы	Хроническая патология	Функциональное состояние основных органов и систем	Резистентность и реактивность	Физическое и нервно-психическое развитие
<b>Группа 2.</b> С функциональными отклонениями (группа риска)	Отсутствует	Наличие функциональных отклонений	Продолжительные острые заболевания с последующим затяжным периодом выздоровления (вялость, повышенная возбудимость, нарушения сна и аппетита, субфебрилитет и т. д.)	Нормальное физическое развитие или избыток массы тела 1-й степени. Нормальное или нерезко выраженное отставание нервно-психического развития
<b>Группа 3.</b> Состояние компенсации	Наличие хронической патологии, врожденных дефектов развития органов и систем без изменения функций	Наличие функциональных отклонений без клинических проявлений	Редкие, нетяжелые по характеру течения обострения хронического заболевания без выраженного ухудшения общего состояния и самочувствия	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела 1-й или 2-й степени, низкий рост, нервно-психическое развитие нормальное или отстает
<b>Группа 4.</b> Состояние субкомпенсации	Наличие хронической патологии, врожденных дефектов развития органов и систем	Изменение функций пораженных органов, клинические проявления заболевания	Частые обострения основного хронического заболевания. Частые простудные заболевания с затяжным периодом восстановления	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела 1-й или 2-й степени, низкий рост, нервно-психическое развитие нормальное или отстает
<b>Группа 5.</b> Состояние декомпенсации	Наличие тяжелой хронической патологии или тяжелого врожденного порока, приводящих к инвалидности ребенка	Выраженные изменения функций пораженных органов и систем	Частые тяжелые обострения основного хронического заболевания, частые острые заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела 1-й или 2-й степени, низкий рост, нервно-психическое развитие нормальное или отстает

## Критерии оценки состояния здоровья детей

В настоящее время распределение детей по группам здоровья осуществляется на основании Инструкции по комплексной оценке состояния здоровья детей, утв. приказом Минздрава России от 30.12.2003 № 621.

В соответствии с данным документом система **комплексной оценки состояния здоровья** каждого ребенка по-прежнему **основывается на четырех базовых критериях:**

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса);
- уровень функционального состояния основных систем организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

В зависимости от состояния здоровья **дети могут быть отнесены к следующим группам:**

- к 1-й – здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, без анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;
- ко 2-й – дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения. Также в данную группу входят реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые

По данным Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга только 12% детей в возрасте от 0 до 17 лет признаны здоровыми (1-я группа здоровья), от 56 до 73% имеют функциональные отклонения (2-я группа здоровья), в среднем 26% – хронические заболевания (3-я группа здоровья). Дети 4–5-й групп составляют 1–2%. Подобная ситуация с незначительными колебаниями прослеживается на всей территории России. К сожалению, в подростковом возрасте практически каждый третий ребенок имеет хроническую патологию и соответственно 3-ю группу здоровья.

и средней тяжести инфекционные заболевания, дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), дети с дефицитом веса тела или избыточной массой тела, дети часто и длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями, дети с последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

- к 3-й – дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания. Кроме того, в эту группу входят дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций, при условии компенсации соответствующих функций. Степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда ребенка;



- к 4-й – дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями или неполной компенсацией функциональных возможностей; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограничением функциональных возможностей. Также в группу входят дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что в определенной мере ограничивает возможность обучения или труда ребенка;
- к 5-й – дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей организма, наличием осложнений основного заболевания, требующим постоянной терапии. Также в эту группу входят дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения или труда.

Отойдем от сухого языка документов и поясним, что в **первую группу** входят дети, у которых нет отклонений в состоянии здоровья. Разве что иногда они болеют респираторными заболеваниями. К сожалению, таких практически здоровых детей на территории РФ почти нет.

**Во вторую группу** входят дети, имеющие какие-либо функциональные изменения, чаще всего связанные с неравномерным ростом и развитием. Например, функциональные систолические шумы в сердце, дискинезию желчевыводящих путей, нарушение осанки, дефицит или избыток массы тела 1-й степени. Это переходный период между здоровьем и болезнью. Ребенка со второй группой здоровья необходимо обследовать и лечить, чтобы заболевание не перешло в хроническое.

**Третью группу** составляют дети с хроническими заболеваниями в стадии компенсации. Среди заболеваний особенно распространены хронический пиелонефрит без почечной недостаточности, хронический гастродуоденит, хронический тонзиллит и др.

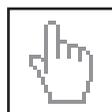
**В четвертую группу** входят дети с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации. Например, у ребенка имеется врожденный порок развития почек – гидронефроз, и на его фоне отмечается снижение функции почек, или у ребенка бронхиальная астма в периоде приступа с нарушением функции дыхания, ревматоидный артрит с ограничением функции суставов и т. д.

**К пятой группе** относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации. Как правило, это дети с ограниченными возможностями здоровья.

## Применение критериев оценки по группам здоровья

При внимательном изучении нормативных правовых актов становится ясно, что **понятие “группа здоровья” является больше статистическим, чем врачебным** и позволяет оценить состояние здоровья любого пациента по совокупности данных. Критерии оценки по группам здоровья учитываются при проведении Всероссийской диспансеризации детей и подростков, при составлении ежегодных отчетов любого

учреждения здравоохранения и т. д. Кроме того, с их помощью можно сравнивать состояние здоровья детей в различных районах или учреждениях города.



пример

*В одном районе города имеется пять дошкольных образовательных учреждений. В четырех детских садах дети с 1-й и 2-й группами здоровья суммарно составляют 80–82%. В пятом детском саду детей с 1-й группой здоровья – 10%, со 2-й – 18%, с 3-й – 72%. То есть в пятом детском саду большинство детей – с хроническими заболеваниями. Соответственно, такому детскому учреждению требуются дополнительные медицинские кадры, а возможно, и изменение статуса.*

Медицинскому работнику дошкольного образовательного учреждения группа здоровья говорит о комплексной оценке состояния здоровья ребенка без расшифровки диагнозов. Дети с 1-й и 2-й группами при поступлении в детское учреждение посещают его на общих основаниях и не имеют ограничений. Воспитанникам с 3-й группой здоровья зачастую требуется назначение специального питания и ограничение физической нагрузки.

Таким образом, по мнению специалистов, к группе здоровья следует относиться как к своеобразной форме учета (а не как к окончательному диагнозу). Тем более что группа здоровья может меняться в зависимости от динамики состояния здоровья ребенка.

## ГЛОССАРИЙ

<b>Декомпенсация</b>	расстройства деятельности организма, возникающие при неспособности его приспособительных механизмов компенсировать вызванные болезнью нарушения.
<b>Ремиссия</b>	период течения хронической болезни человека, характеризующийся ослаблением или исчезновением ее признаков.
<b>Реконвалесцент</b>	больной в стадии выздоровления.

## Нормативные документы

Инструкция по комплексной оценке состояния здоровья детей, утв. приказом Минздрава России от 30.12.2003 № 621

Инструкция по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов, утв. приказом Минздравмедпрома России от 14.03.1995 № 60 (ред. от 05.05.1999)



**Т.М. Желтикова-ВострокнUTOва,**

д-р биол. наук, заведующий лабораторией ГУ НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова РАМН, г. Москва

# Оказание медицинской помощи детям с аллергическим ринитом

Сегодня во многих странах мира отмечается рост такого заболевания, как аллергический ринит (далее – АР).

**Аллергический ринит** (насморк) – воспаление слизистой оболочки носа, вызываемое различными аллергенами. Для клинических проявлений аллергического ринита характерны отек и заложенность носа, выделения, зуд, повторяющиеся многократные чихания.

Пик заболеваемости АР приходится на молодой возраст. Опасность аллергического ринита заключается в том, что почти у половины детей с АР в последующем развивается более тяжелое заболевание – бронхиальная астма.

Аллергический ринит может быть круглогодичным (персистирующий) и сезонным (интермиттирующий).

Для детей с круглогодичным АР характерно развитие повышенной чувствительности к следующим аллергенам: клещам домашней пыли; домашним животным (кошкам, собакам, крысам, мышам); корму для аквариумных рыб; плесневым грибам; синантропным насекомым (тараканам, комарам, мухам). Это так называемые аллергены помещений.

Для детей с сезонным АР ведущими аллергенами являются: пыльца деревьев (в средней полосе России – березы, ольхи) и трав (злаковых, сложноцветных, полыни); плесневые грибы, преимущественно ассоциированные с листвой растений. Указанные аллергены относят к аллергенам внешней среды.

## Устранение контактов с аллергенами

Лечение детей с аллергическими заболеваниями должен осуществлять врач-аллерголог. Однако всем пациентам с АР на первых этапах необходимо проводить элиминационную терапию по устранению контактов с причинными аллергенами.

Прерывание контакта слизистой оболочки верхних дыхательных путей с аллергенами может осуществляться тремя путями:

1. Переезд из места проживания в тот климатический регион, где отсутствуют аллергены.
2. Постоянное нахождение в помещении, где воздух с помощью специальных приборов очищается от аллергенов.
3. Элиминация, удаление, вымывание аллергенов из полости носа с помощью различных препаратов.

Первые два метода проблематичны для большинства больных, страдающих АР. Третий метод доступен каждому – он легко воспроизводимый, безвредный и дешевый.

Как правило, элиминационные мероприятия после консультации с врачом пациент проделывает сам. Когда же речь идет о маленьких детях, то дома эти процедуры проводят родители, а в условиях дошкольных образовательных учреждений (далее – ДОУ) – медицинские работники.

## Оказание помощи в “полевых условиях”

Особого внимания требуют дети с сезонным аллергическим ринитом в весенне-летний период, когда происходит массовое пыление растений. Выход аллергенов из пыльцы начинается с первых минут контакта пыльцы со слизистой оболочкой носа. В этой связи медперсоналу следует на месте оказывать первую помощь ребенку с АР – промывать и прочищать нос.

Промывание носовой полости с целью элиминации аллергенов возможно различными растворами. Однако очень важно, чтобы эти препараты не только хорошо вымывали частицы, но и увлажняли слизистую оболочку, оказывали терапевтическое, противоотечное воздействие, а по своим физико-химическим свойствам и составу были близки к назальному секрету человека.

Промывающий раствор обязательно должен быть в компактной упаковке, снабженной распылителем для удобного и быстрого использования.



обратите  
внимание

Для удаления пыльцы воспитаннику слегка запрокидывают голову и делают по два впрыска в каждую ноздрю. Затем ребенка просят тщательно высморкаться. Процедуру следует повторить 2–4 раза для смягчения и увлажнения слизистой носа.

Препарат для промывания полости носа (например, “Аква Марис”, “Ризосин”, “Физиомер”) рекомендуется хранить в аптечке. Родителям можно советовать снабжать им ребенка перед посещением ДОУ.

Быстрое и своевременное промывание полости носа с помощью противоотечных препаратов приводит к эффективному удалению причинных аллергенов из полости носа, тем самым не позволяя им проникать в организм ребенка и запускать механизм аллергии. В настоящее время подобную элиминационную терапию принято рассматривать как первый этап лечения аллергического ринита.



Важным компонентом здоровьесберегающей деятельности ДОУ является внедрение оздоровительных технологий. Обеспечить успех этой работе помогут рекомендации экспертов и локальные акты, опубликованные в рубрике.

**И.К. Рапопорт,**

д-р. мед. наук, заведующая лабораторией НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков ММА им. И.М.Сеченова,

**С.Б. Соколова,**

канд. мед. наук, старший научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН

## Комплексный подход к укреплению здоровья детей в ДОУ

Состояние здоровья дошкольников в последние годы стремительно ухудшается. Это подтверждается и данными официальной статистики, и результатами выборочных научных исследований.

### Результаты медицинских осмотров детей

Среди выпускников дошкольных образовательных учреждений (далее – ДОУ) по данным осмотров, проводимых детскими поликлиниками, здоровых детей только 20–25%, имеющих функциональные отклонения – свыше 50 и страдающих хроническими заболеваниями – почти 30%.

Выборочные углубленные обследования воспитанников в ДОУ, осуществляемые научными коллективами, свидетельствуют о еще большей по сравнению с данными поликлиник распространенности среди детей дошкольного возраста функциональных отклонений, нарушений физического развития, сниженных иммунологических возможностей.

Обследования дошкольников г. Москвы, посещающих ДОУ общеразвивающего вида, показали, что только 17,3% детей могут считаться абсолютно здоровыми (I группа здоровья), 29,4 – имеют функциональные отклонения (II группа здоровья), 52,8 – страдают хроническими заболеваниями в стадии компенсации (III группа здоровья) и 0,5% – хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, т. е. нуждаются в постоянном приеме лекарственных препаратов (IV группа здоровья).

Особую тревогу вызывает множественность функциональных отклонений у большинства детей. Причем нарушения, как правило, затрагивают несколько систем организма: костно-мышечную, пищеварительную, иммунную, центральные и вегетативные отделы нервной системы, органы зрения и др. Воспитанники с такими отклонениями в состоянии здоровья требуют диспансерного наблюдения у нескольких врачей-специалистов, а также проведения комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий в ДОУ.

Достигнутый уровень физического развития – еще один важный объективный критерий состояния здоровья каждого ребенка и детского коллектива в целом. За последние десятилетия отмечается увеличение процента детей с дисгармоничным физическим развитием: дефицитом или избытком массы тела, низким ростом. Уменьшается численность дошкольников, чье физическое развитие соответствует календарному (паспортному) возрасту. Растет количество детей, имеющих замедленный темп созревания отдельных систем организма. Прослеживается тенденция к снижению отдельных функциональных показателей у дошкольников.

По данным углубленных исследований, отклонения физического развития встречаются у 19–24% дошкольников г. Москвы, при этом низкий рост отмечается у 0,5–1% детей, дефицит массы тела – у 12–17% и избыток массы тела – у 8–12% детей. За последние 5 лет отмечено возрастание численности дошкольников с избытком массы тела, причем каждый третий из них наблюдался с диагнозом “ожирение I–II степени”.

## Направления профилактической работы

Сложившаяся ситуация требует внедрения и реализации комплексной программы профилактики и укрепления здоровья детей непосредственно в образовательных учреждениях.

К числу факторов, оказывающих благоприятное, оздоровительное влияние, относятся: гигиенически оптимальная окружающая среда, адекватный двигательный режим, закаливание, сбалансированное питание, рациональный суточный режим, здоровый образ жизни.

Участок, здание, внутренняя отделка и оборудование помещений, естественное и искусственное освещение, отопление, вентиляция, водоснабжение и канализация ДОУ должны соответствовать СанПиН 2.4.1.1249-03 “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений”.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детей, находящихся в ДОУ, является одной из актуальных проблем. В детском возрасте велика вероятность заражения инфекциями и паразитарными заболеваниями. Для воспитанников 3–7 лет (в силу незрелости иммунной системы) характерна высокая частота острых респираторных вирусных инфекционных болезней. Своевременное выявление



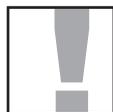
ние и изоляция больного ребенка, строгое соблюдение карантинных мероприятий могут уменьшить число заболевших детей в учреждении.

Для профилактики вышеперечисленных заболеваний применяются **санитарно-гигиенические**, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные **мероприятия**. От правильности и регулярности их проведения, использования современных методов профилактики инфекционных болезней и качества дезинфицирующих средств зависит здоровье воспитанников ДОУ.

Решающую роль в предупреждении детских инфекций играет **вакцинопрофилактика**, которая в нашей стране осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

На период пребывания детей в детском саду приходится относительно немного прививок. В шестилетнем возрасте дошкольникам проводится вторая вакцинация против кори, паротита и краснухи. В возрасте семи лет (зачастую уже в школе) – вторая ревакцинация против дифтерии и столбняка и первая ревакцинация против туберкулеза. По эпидемиологическим показаниям в дошкольных учреждениях практически ежегодно проводится вакцинопрофилактика гриппа.

Организация прививочной работы и вакцины строго контролируются специалистами прикрепленной к ДОУ детской поликлиники и территориального учреждения Роспотребнадзора.



обратите  
внимание

Фактором, оказывающим негативное влияние на состояние здоровья дошкольников, является недостаток двигательной активности, хотя она и значительно выше, чем у школьников. Гиподинамия приводит к снижению уровня физической подготовленности, физической работоспособности воспитанников и способствует появлению отклонений в состоянии здоровья детей.

Значительную роль в формировании здоровья дошкольников играет **сбалансированное** по макро- и микронутриентам **питание**. Принимая во внимание распространенность среди воспитанников ДОУ функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, в первую очередь дискинезии желчевыводящих путей, питание детей должно носить профилактическую направленность.

При формировании рациона питания дошкольников, закупках пищевых продуктов, составлении меню и приготовлении пищи, предназначенной для детей, персоналом ДОУ должны соблюдаться принципы рационального, щадящего питания с исключением из рациона продуктов и блюд, раздражающих желудочно-кишечный тракт ребенка.

В питании детей целесообразно использовать продукты с повышенной биологической ценностью, а также продукты, обладающие свойствами благотворно влиять на здоровье, рост и развитие (эубиотики; продукты, содержащие биологически активные добавки из группы нутрицевтиков; продукты, обогащенные незаменимыми пищевыми веществами, витаминами и минеральными веществами).

Современные научные исследования состояния здоровья дошкольников, проживающих в различных регионах России, показали нарушения витаминного статуса детей. Поэтому целесообразна искусственная **витаминизация рациона** воспитанников ДОУ с учетом возрастной потребности детей в витаминах. Для этого

используются специальные витаминизированные продукты или препараты витаминов в соответствии с нормативно-методическими документами, утвержденными органами здравоохранения и Роспотребнадзора.

Уровень и качество медицинского обеспечения дошкольников также являются значительной составляющей, от которой зависит состояние их здоровья. Наиболее перспективным путем улучшения здоровья детей является **профилактика нарушений** непосредственно **на базе ДООУ**. Не отрицая роли амбулаторно-поликлинической службы, следует признать, что профилактическую работу, общеоздоровительные и закаливающие мероприятия целесообразно осуществлять по основному месту воспитания и обучения детей. Высокая эффективность этой работы достигается при взаимодействии воспитателей, медицинского персонала ДООУ, родителей. Сочетание методик оздоровления и воспитания позволяют добиться быстрой и стойкой адаптации ребенка к условиям детского сада – снижения общей заболеваемости, обострений хронических заболеваний, пропусков занятий по болезни.

Вместе с тем при проведении оздоровительной работы, а также лечебно-коррекционных процедур в специализированных ДООУ (компенсирующего и комбинированного видов для детей с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и др.) крайне важно неукоснительное соблюдение режима дня дошкольников. Недопустимо проводить оздоровительно-закаливающие и лечебные процедуры, коррекционные занятия за счет времени, отведенного на длительные прогулки, дневной сон, игры, самостоятельную деятельность или прием пищи. Учебно-воспитательный процесс и оздоровительная работа должны быть сбалансированы в зависимости от вида ДООУ.

## Принципы реализации профилактических мероприятий

Разработка и реализация мер профилактики отклонений в состоянии здоровья детей должна строиться с учетом следующих принципов:

- комплексный подход к осуществлению профилактических мероприятий, предполагающий совместную работу администрации ДООУ, воспитателей, медицинского персонала, психологов и родителей;
- осуществление преемственности в работе ДООУ и детской поликлиники;
- вовлечение родителей в процесс формирования здорового образа жизни ребенка;
- реализация профилактических мероприятий с учетом результатов профилактических осмотров воспитанников ДООУ, направленных на выявление ранних признаков нарушений здоровья;
- анализ всей имеющейся информации (о состоянии здоровья детей, их физическом и умственном развитии, влиянии факторов среды в ДООУ и семье, а также воспитательно-образовательного процесса на здоровье детей) для выделения приоритетных направлений профилактической работы;
- непрерывность проведения профилактических мероприятий на протяжении всего периода пребывания детей в дошкольном учреждении;
- интеграция программы профилактики в воспитательно-образовательный процесс;



- проведение мероприятий, направленных на достижение санитарно-эпидемиологического благополучия среды ДОУ, режима и условий воспитания и обучения детей;
- периодическая оценка эффективности проводимой профилактической работы (снижение острой заболеваемости и заболеваемости по результатам профилактических осмотров; улучшение показателей физического развития детей, улучшение самочувствия дошкольников).

Правильно организованные профилактические мероприятия в ДОУ могут стать действенными мерами по охране здоровья дошкольников, т. к. здоровье, обучение и воспитание – неотъемлемые части единого процесса формирования здоровой, полноценной личности ребенка.

## ГЛОССАРИЙ

<b>Макронутриенты</b>	пищевые вещества (белки, жиры и углеводы), необходимые человеку в количествах, измеряемых граммами; обеспечивают пластические, энергетические и иные потребности организма.
<b>Микронутриенты</b>	незаменимые пищевые вещества, которые содержатся в пищевых продуктах в очень малых количествах (измеряемых миллиграммами или микрограммами), в отличие от так называемых макронутриентов (белков, жиров, углеводов), составляющих основной объем пищи; к микронутриентам обычно относят витамины и минеральные вещества (микроэлементы и макроэлементы), которые не являются источниками энергии, но участвуют в усвоении пищи, регуляции функций, осуществлении процессов роста, адаптации и развития организма.
<b>Нутрицевтики</b>	биологически активные добавки к пище, применяемые для коррекции химического состава пищи человека (дополнительные источники нутриентов: белка, аминокислот, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ, пищевых волокон).
<b>Эубиотики, или пробиотики</b>	биологически активные добавки к пище, в состав которых входят живые микроорганизмы и (или) их метаболиты, оказывающие нормализующее воздействие на состав и биологическую активность микрофлоры пищеварительного тракта.

## Нормативные документы

Закон РФ от 10.07.1992 № 3266-1 “Об образовании” (ред. от 27.12.2009)

Приказ Минздрава России от 27.06.2001 № 229 “О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям” (ред. от 09.04.2009)

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249-03”, утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 25.03.2003

**Н.Н. Брычкова,**

руководитель творческой группы по разработке программы “Здоровье”  
МДОУ «Детский сад комбинированного вида № 4 “Росинка”»,  
г. Шарыпово Красноярского края

# Опыт оздоровительной работы в дошкольном учреждении

Оздоровительная работа с детьми в МДОУ «Детский сад компенсирующего вида № 4 “Росинка”» (далее – ДОУ) осуществляется по программе “Растем здоровыми”. Цель данной программы – сохранение и укрепление физического и психического здоровья детей, совершенствование их физического развития.

В систему оздоровительной работы входят:

- создание условий, способствующих благоприятному развитию организма;
- организация рациональной двигательной активности детей;
- проведение специфической и неспецифической иммунопрофилактики.

## Создание условий для оздоровления воспитанников

Для эффективного оздоровления воспитанников в ДОУ необходимо соблюдать санитарно-эпидемиологические нормы и правила. Кроме того, особое внимание следует уделять следующим мероприятиям:

- проветривать в соответствии с графиком помещения, в которых находятся дети;
- дважды в день проводить влажную уборку групповых помещений;
- укоротить шторы на окнах для обеспечения естественного освещения;
- не загромождать групповые и спальные помещения мебелью;
- дважды в год выносить постельные принадлежности (матрацы, подушки, одеяла) на солнце и мороз;
- дважды в год чистить ковровые изделия (летом – стирка, зимой – чистка снегом);
- правильно подбирать и расставлять комнатные растения;
- своевременно (до начала цветения) производить покос газонов и участков;



- соблюдать правила применения (хлорирования) и хранения моющих средств;
- во время карантинных мероприятий строго придерживаться санэпидрежима.

## Организация двигательной активности детей

Важнейшим условием оздоровления является организация двигательной активности детей. Двигательная активность способствует:

- повышению устойчивости организма к различным заболеваниям;
- росту физической работоспособности;
- нормализации деятельности отдельных органов и функциональных систем;
- появлению положительных эмоций, способствующих укреплению психического здоровья.

При организации двигательной активности воспитанников необходимо применять индивидуальный подход и помнить о том, что физическая нагрузка должна быть

Можно выделить **следующие формы организации двигательной активности:**

- занятия в физкультурном зале и на спортивной площадке;
- плавание в бассейне;
- утренняя гимнастика;
- физкультминутки;
- оздоровительный бег;
- подвижные игры и физические упражнения на прогулках и в группе;
- физкультурные досуги, праздники, “Дни здоровья” и т. п.

адекватна возрасту и полу ребенка, состоянию его здоровья, уровню развития и биологической зрелости. Двигательную активность следует сочетать с общедоступными закаливающими процедурами. При этом обязательно включать в комплекс физического воспитания элементы дыхательной гимнастики. Режим двигательной активности воспитанников ДОУ представлен в приложении 1.

Все физкультурные мероприятия должны проходить под контролем медицинского работника ДОУ.

## Специфическая и неспецифическая иммунопрофилактика

Для укрепления здоровья воспитанников в ДОУ проводится специфическая и неспецифическая иммунопрофилактика.

Цель **специфической иммунопрофилактики** – усилить формирование иммунитета к возбудителю конкретного заболевания. Ведущим методом борьбы с инфекционными заболеваниями является вакцинопрофилактика. Вакцинация детей осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок, утв. приказом Минздрава России от 27.06.2001 № 229.

**Неспецифическая иммунопрофилактика** представляет собой совокупность методов стимуляции скрытых резервов защитных сил организма, их совершенствова-

ния, гибкости, универсальности. К средствам повышения неспецифической резистентности организма относятся:

- фито- и витаминотерапия, которые проводятся в соответствии с годовым планом (приложение 2);
- закаливающие мероприятия;
- физиопроцедуры;
- дыхательная гимнастика, массаж и самомассаж.

## Закаливающие мероприятия

Одним из основных направлений оздоровления детей является закаливание. Закаливающий эффект достигается систематическим, многократным воздействием на организм ребенка того или иного закаливающего фактора и постепенным повышением его дозировки.

**В ДОУ используются следующие методы закаливания:**

- контрастные температурные воздействия (контрастно-воздушные и воздушные ванны). Обязательным условием проведения воздушных ванн является поддержание оптимальной температуры воздуха в помещениях: 18–20 °С;
- хождение босиком;
- циклические упражнения в облегченной, не стесняющей движений одежде;
- полоскание горла (с 2,5–3 лет).

## Обучение детей дыхательной гимнастике и самомассажу

Для поддержания хорошего самочувствия дети должны научиться правильно дышать. Правильным принято считать медленное, глубокое, диафрагмальное дыхание, при котором легкие заполняются от самых нижних отделов до верхних. Такое дыхание позволяет ускорить кровообращение и газообмен, обеспечить вентиляцию всех участков легких, массаж органов брюшной полости, способствует общему оздоровлению организма.

**Универсальным является обучение детей четырехфазовым дыхательным упражнениям.** Каждое упражнение состоит из равных по времени этапов:

- 1-й – вдох (расслабить мышцы живота, начать вдох, опустить диафрагму вниз, выдвигая живот вперед; наполнить среднюю часть легких, расширяя грудную клетку с помощью межреберных мышц; приподнять грудину и ключицы, наполнить воздухом верхушки легких);
- 2-й – пауза;
- 3-й – выдох (приподнять диафрагму вверх и втянуть живот; опустить ребра, используя группу межреберных мышц; опустить грудину и ключицы, выпуская воздух из верхушек легких);
- 4-й – пауза.

В начале обучения продолжительность каждого этапа может составлять 2–3 сек, затем – до 7 сек.



Комплекс дыхательных упражнений (приложение 3) необходимо выполнять сначала лежа, потом сидя и, наконец, стоя. Пока ребенок не научится дышать правильно, рекомендуется во время занятий класть одну его руку на грудь, другую – на живот (сверху зафиксировав их руками взрослого – педагога, медицинского работника, родителя) для контроля полноты дыхательных движений. При выполнении упражнения в положении сидя или стоя нельзя нагибаться вперед. Все упражнения делаются по 3–5 раз.

После выполнения упражнений рекомендуется приступить к самомассажу.

Обучение воспитанников рекомендуется проводить в несколько этапов. Сначала тело ребенка массирует взрослый, затем, положив свои руки на руки ребенка, он продолжает массаж. После совместного выполнения процедуры воспитанник может делать массаж самостоятельно. Важно попросить ребенка описать свои ощущения до и после массажа.

Комплекс упражнений для самомассажа представлен в приложении 4.

## Приложение 1

## Режим двигательной активности воспитанников ДОУ

Вид занятий и форма двигательной активности	Продолжительность, мин					Особенности организации
	1-я младшая группа	2-я младшая группа	Средняя группа	Старшая группа	Подготовительная группа	
<b>1. Учебные занятия</b>						
Физическая культура	10	15	20	25	30	2 раза в неделю. В теплое время года занятия проводятся на улице
Плавание	10	15	20	25	30	1 раз в неделю в 1-й и 2-й младших, в логопедических и коррекционных группах. 2 раза в неделю в группах, работающих по общеобразовательной программе
<b>2. Физкультурно-оздоровительные занятия</b>						
Утренняя гимнастика	5	5–7	6–8	8–10	10	Ежедневно в группах, в физкультурном и музыкальном залах. В теплое время года на улице
Двигательная разминка во время перерыва между занятиями	1,5–2		3–5	5–7	5–7	Ежедневно. В 1-й и 2-й младших группах проводится общая разминка утром и вечером

Вид занятий и форма двигательной активности	Продолжительность, мин					Особенности организации
	1-я младшая группа	2-я младшая группа	Средняя группа	Старшая группа	Подготовительная группа	
Физкульт-минутка	1,5–2	1,5–2	3	3	3	Ежедневно, по мере необходимости, в зависимости от вида и содержания занятий, состояния здоровья детей
Подвижные игры и физические упражнения на прогулках	5–7	7–10	10–15	10–15	10–15	Ежедневно, во время прогулок, организуются воспитателем
Подвижные игры и физические упражнения в группе	5–7	7–10	7–10	10–15	10–15	Ежедневно утром и вечером по 1–2 подвижной игре
Индивидуальная работа с детьми по освоению основных видов движений (ОВД)	–	5–8	5–8	8–10	8–10	Ежедневно, во время вечерней прогулки
Упражнения на кроватях после дневного сна, дыхательная гимнастика, самомассаж, закаливающие мероприятия	3–5	3–5	8–10	10–12	10–12	Дыхательная гимнастика – со средней группы, массаж и самомассаж – с 1-й младшей группы
Оздоровительный бег	–	–	–	3–7	8–10	1 раз в неделю, группами по 5–7 чел. Проводится во время утренней прогулки (с учетом погодных условий)
<b>3. Активный отдых</b>						
Целевые прогулки	–	10–15	15–20	25–30	25–30	Младшие, средние группы – 1 раз в 2 недели. Старшие, подготовительные группы – 1 раз в неделю
Физкультурно-спортивные праздники	–	–	20–30	30–40	30–40	2 раза в год на открытом воздухе или в зале



Вид занятий и форма двигательной активности	Продолжительность, мин					Особенности организации
	1-я младшая группа	2-я младшая группа	Средняя группа	Старшая группа	Подготовительная группа	
Дни здоровья, каникулы	–	–	–	–	–	Дни здоровья – 1 раз в квартал. Каникулы – 2 раза в год (январь, июнь – август). Отменяются все виды учебных занятий. Двигательный режим насыщается спортивными играми, соревнованиями, прогулками и т. д. Продолжительность зависит от индивидуальных особенностей детей, состояния их здоровья
Самостоятельная двигательная деятельность	–	–	–	–	–	Ежедневно (в группе и на прогулке), под руководством воспитателя. Продолжительность зависит от индивидуальных особенностей детей, состояния их здоровья
<b>4. Коррекционные занятия</b>						
Коррекционные занятия с часто болеющими детьми и детьми, имеющими отклонения в физическом развитии	–	10–15	15–20	20–25	25–30	По плану специалиста
<b>5. Дополнительные виды занятий</b>						
Плавание (дополнительное)	–	–	15–20	20–25	25–30	1 занятие в неделю – со средней группы
Хореография	–	–	15–20	20–25	25–30	1 занятие в неделю в средней группе, 2 занятия в неделю в старшей и подготовительной группах

**Годовой план проведения фито- и витаминотерапии**

Месяц	Препарат и рекомендации к применению	Продолжительность курса
Сентябрь	Поливитаминный фиточай по 50 мл после еды	1 месяц
Октябрь	Витамин В <sub>6</sub> по 1 таблетке 1 раз в день	1 месяц
Ноябрь	Сироп шиповника “Кудесник” по 1 столовой ложке 1 раз в день	1 месяц
Декабрь	Эликсир “Бодрость” (витамин С с глюкозой) по 0,05 г 1 раз в день.	2 недели
	Дрожжевой напиток “Изюминка” по 50 мл 2 раза в неделю	2 недели
Январь	Оксолиновая мазь “Чудесница” 2 раза в день.	1 месяц
	Аскорутин по 1 таблетке 1 раз в день	
Февраль	Целебная пилюля “Растишка” (глюконат кальция) по 1 таблетке 1 раз в день.	10 дней
	Витамин В <sub>6</sub> по 1 таблетке 1 раз в день.	10 дней
	Оксолиновая мазь “Чудесница” 2 раза в день	2 недели
Март	Капли “Крепыш” (элеутерококк) по 1 капле.	1 месяц
	Дрожжевой напиток “Изюминка” по 50 мл 2 раза в неделю	2 недели
Апрель	Эликсир “Бодрость” (витамин С с глюкозой) по 0,05 г 1 раз в день	1 месяц
Май	Гематоген “Целебный росточек” по 1 дольке 1 раз в день	1 месяц
Июнь	Целебная пилюля “Здоровейка” (витамин В <sub>6</sub> ) по 1 таблетке 1 раз в день	1 месяц
Июль	Эликсир “Бодрость” (витамин С с глюкозой) по 0,05 г 1 раз в день	1 месяц
Август	Гематоген “Целебный росточек” по 1 дольке 1 раз в день	1 месяц
Октябрь – май	Фиточай после бассейна по 50 мл	Ежемесячно, с октября по май



## Комплекс дыхательных упражнений

1. Сделать полный выдох, набрать воздух медленно через нос, следя за тем, чтобы передняя брюшная стенка все больше выдавалась вперед (набирать воздух свободно, не напрягаясь). При этом диафрагма уплощается, увеличивая объем легких, грудная клетка расширяется. На 2–5 сек задержать воздух, затем начать выдох ртом с подтягиванием брюшной стенки; в конце выдоха опускается грудь. Вдыхать и выдыхать плавно, избегая толчков.

2. Правую руку положить на область движения диафрагмы. Сделать выдох и, когда появится желание вдохнуть, с закрытым ртом сделать глубокий, без напряжения вдох носом. Затем пауза (задержать грудную клетку в расширенном состоянии). Сделать полный выдох, медленно и плавно выпуская воздух через нос. Пауза.

3. После выдоха начать дыхание через нос, следя, правильно ли работают диафрагма, нижние ребра и мышцы живота, спокойны ли плечи. Выдержав паузу, начать постепенный, плавный выдох через узкое отверстие, образованное губами. При этом должно возникнуть ощущение, будто струя воздуха является продолжением воздушного потока, идущего от диафрагмы. Необходимо следить за тем, чтобы не было напряжения в верхней части грудной клетки и шее. При ощущении напряжения следует, расслабившись, медленно покачать головой вправо-влево, вперед-назад, по кругу.

4. “Шарик”. Повышение эффективности выполнения дыхательных упражнений достигается благодаря использованию образного представления, подключению воображения, так хорошо развитого у детей. Например, можно предложить ребенку представить желтый или оранжевый теплый шарик, расположенный в животе (соответственно надувающийся и сдувающийся в ритме дыхания). Ребенку также предлагается на выдохе напевать отдельные звуки (“а”, “о”, “у”, “ц”, “х”) и их сочетания (“з” – “с”, “о” – “у”, “ш” – “г”, “ц”, “х” и т. п.).

5. “Ветер”. На медленном выдохе пальцем или всей ладонью прервать воздушную струю так, чтобы получился звук ветра, клич индейца, свист птицы.

6. Сесть или встать прямо. Сделать медленный вдох через нос и медленный выдох через узкое отверстие, образованное губами, на свечу (перышко, воздушный шарик), которая стоит перед ребенком. Голову вперед не тянуть. Пламя должно плавно отклониться по ходу воздушной струи. Затем немного отодвинуть свечу и повторить упражнение; еще больше увеличить расстояние и т. д. Следует обратить внимание ребенка на напряжение мышц живота при удалении свечи.

После усвоения ребенком первых 6 упражнений можно переходить к упражнениям, в которых дыхание согласуется с движением. Они выполняются на фазе вдоха и выдоха, во время пауз удерживается поза.

7. Исходное положение (далее – и. п.) – лежа на спине. По инструкции ребенок медленно поднимает одну руку (правую, левую), ногу (левую, правую),

затем две конечности одновременно на вдохе и удерживает в поднятом положении во время паузы; медленно опускает на выдохе; расслабляется во время паузы. После этого упражнение выполняется лежа на животе.

8. И. п. – сесть на пол, скрестив ноги, спина прямая. Поднимать руки вверх над головой с вдохом и опускать вниз на пол перед собой с выдохом, немного сгибаясь при этом.

9. И. п. то же, либо встать на колени и сесть на пятки, ноги вместе. Прямые руки расставлены в стороны параллельно полу. Кисти сжаты в кулаки, кроме больших пальцев. С вдохом поворачивать руки большими пальцами вверх; с выдохом – вниз. Вариант: руки вытянуты вперед, и большие пальцы поворачиваются в такт дыханию налево и направо.

10. И. п. то же. Прямые руки вытянуты вперед или в стороны на уровне плеч, ладони смотрят вниз. С вдохом поднять левую кисть вверх, одновременно опуская правую вниз (движение только в лучезапястном суставе). С выдохом левая кисть идет вниз, правая – вверх.

11. И. п. то же. Дыхание только через левую, а потом только через правую ноздрю. При этом правую ноздрю закрывают большим пальцем, а левую – мизинцем правой руки. Дыхание медленное, глубокое. Как утверждают специалисты в области восточных оздоровительных практик, в первом случае активизируется работа правого полушария головного мозга, что способствует успокоению и релаксации. Во втором случае активизируется работа левого полушария головного мозга, повышая рациональный (познавательный) потенциал ребенка.

12. И. п. – встать, ноги на ширине плеч, руки опущены, ладони обращены вперед. На быстром вдохе руки притягиваются к подмышкам ладонями вверх. На медленном выдохе опускаются вдоль тела ладонями вниз. Такой тип дыхания быстро снимает психоэмоциональное напряжение.

13. И. п. то же. На медленном вдохе руки плавно разводятся в стороны и поднимаются вверх (или в стороны и к груди) – “притягивающее движение”. На выдохе – “отталкивающее движение” – опускаются вдоль тела ладонями вниз. Это упражнение гармонично сочетается с представлением о втягивании в себя солнечного света и тепла, распространении его сверху вниз по всему телу.

14. И. п. – встать, ноги вместе, руки опущены. На вдохе медленно поднять расслабленные руки вверх, постепенно “растягивая” все тело (не отрывать пятки от пола); задержать дыхание. На выдохе, постепенно расслабляя тело, опустить руки и согнуться в пояснице; задержать дыхание. Вернуться в и. п.



## Комплекс упражнений для самомассажа

### 1. “Мытье головы”.

А. Пальцы слегка расставить и немного согнуть в суставах. Кончиками пальцев массировать голову в направлении: 1) ото лба к макушке; 2) ото лба до затылка; 3) от ушей к шее.

Б. Пальцы слегка согнуть, чтобы поверхность ногтей и первых фаланг плотно соприкасалась с поверхностью головы за ушами. Массаж производить обеими руками навстречу друг другу от ушей к макушке.

2. “Обезьяна расчесывается”. Пальцами правой руки массировать голову от левого виска к правой части затылка и обратно. Затем пальцами левой руки – от правого виска к левой части затылка. В более сложном варианте руки перекрещиваются у линии роста волос (большие пальцы – по средней линии). В такой позе интенсивно массировать голову ото лба к шее и обратно,

3. “Ушки”. Растирать уши ладонями, как будто они замерзли; разминать три раза сверху вниз (по вертикали); растирать возвратно-поступательным движением в другом направлении (по горизонтали). Пальцы, исключая большие, соединены и направлены к затылку, локти вперед. Затем уши закрыть ладонями, а пальцы приложить к затылку, сблизив их. Указательными пальцами слегка постукивать по затылку до трех раз. Это упражнение уменьшает ощущение шума в ушах, головную боль, головокружение.

4. “Глазки отдыхают”. Закрыть глаза. Межфаланговыми суставами больших пальцев сделать 3–5 массирующих движений по векам от внутренних к наружным уголкам глаз. Повторить то же движение под глазами. После этого помассировать брови от переносицы к вискам.

5. “Веселые носики”. Потереть область носа пальцами, затем ладонями до появления тепла. Повращать кончик носа вправо и влево 3–5 раз. После этого проделать 3–5 поглаживающих вращательных движений указательными пальцами обеих рук вдоль носа, сверху вниз, с обеих сторон. Это упражнение защищает от насморка, улучшает кровообращение верхних дыхательных путей.

6. “Рыбки”. Рот немного приоткрыть. Взять пальцами правой руки верхнюю губу, а левой – нижнюю. Выполнять одновременные и разнонаправленные движения рук, растягивая губы вверх, вниз, вправо, влево. Закрыть рот, взять руками обе губы и вытягивать их, массируя, вперед.

7. “Расслабленное лицо”. Руками проводить по лицу сверху вниз, слегка нажимая как при умывании (3–5 раз). Затем тыльной стороной ладони и пальцев рук мягкими движениями провести от подбородка к вискам; “разгладить” лоб от центра к вискам.

8. “Гибкая шея, свободные плечи”. Массировать шею сзади (сверху вниз) двумя руками: поглаживающими, похлопывающими, пощипывающими, спиральными движениями.

А. Правой рукой массировать левое плечо в направлении от шеи к плечевому суставу, затем левой рукой – правое плечо.

Б. Правой рукой взяться за левое плечо и сделать 5–10 вращательных движений по часовой стрелке и против нее; то же – левой рукой, затем обеими руками одновременно.

9. “Сова”. Поднять вверх правое плечо и повернуть голову вправо, одновременно делая глубокий вдох.левой рукой захватить правую надкостную мышцу и на выдохе опустить плечо. Разминать захваченную мышцу, выполняя глубокое дыхание и глядя как можно дальше за спину. То же – с левым плечом правой рукой.

10. “Теплые ручки”. Поднять правую руку вверх, двигая ее в разных направлениях. Левая рука при этом придерживает плечо (предплечье) правой руки, оказывая сопротивление движению и одновременно массируя. Затем руки меняются.

Растирать и разминать пальцы рук и всей кисти от кончиков пальцев к основанию и обратно. Особое внимание следует уделить большим пальцам.

11. “Домик”. Сложить пальцы “домиком” перед грудью и надавливать ими друг на друга сначала одновременно, затем отдельно каждой парой пальцев.

12. “Теплые ножки”. Сидя, энергично растирать (разминать, пощипывать) правой рукой подошву, пальцы и тыльную сторону стопы у межпальцевых промежутков левой ноги, то же – левой рукой со стопой правой ноги. После этого потереть (побарабанить) стопы друг об друга, а также о пол.

## Нормативные документы

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249–03”, утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 25.03.2003



Пищевая аллергия – одна из причин возникновения атопического дерматита и развития бронхиальной астмы у детей раннего возраста. Организация в дошкольном учреждении лечебного питания поможет избежать осложнений и сохранить здоровье воспитанников.

**В.А. Нагорная,**

канд. пед. наук, заведующий МДОУ “Центр развития ребенка – детский сад № 382” г. Челябинска

## Организация лечебного питания детей с пищевой аллергией

Под лечебным питанием следует понимать применение с лечебной или профилактической целью в режиме питания детей с пищевой аллергией специально составленных рационов.

### Продукты, вызывающие пищевую аллергию

К продуктам, вызывающим пищевую аллергию, относятся:

1. Коровье молоко.
2. Яйца.
3. Рыба.
4. Цитрусовые.
5. Мука, горох.
6. Мясо, овощи, шоколад, орехи.

Кроме того, зачастую наблюдается сенсibilизация к злакам – пшенице, овсу, гречихе, ржи.

Причиной пищевой аллергии могут также стать перекрестные реакции между аллергенами коровьего молока и говядины, белков риса и кукурузы, ржи и пшеницы.



обратите  
внимание

При организации в детском саду питания детей с аллергопатологией важно исключить причинно-значимые пищевые аллергены из употребления. Сроки такого исключения могут варьироваться от 1,5 месяца до 2 лет.

Следует иметь в виду, что создание единой диеты для детей с пищевой аллергией практически невозможно. К организации питания каждого ребенка необходим индивидуальный подход, с учетом медицинского анамнеза и характера облигатных аллергенов.

## Виды диетического питания

В МДОУ “Центр развития ребенка – детский сад № 382” (далее – ДОУ) организовано дифференцированное питание воспитанников, включающее 3 варианта диет:

- неспецифическая гипоаллергенная;
- дифференцированная гипоаллергенная;
- индивидуальная гипоаллергенная.

**Неспецифическая гипоаллергенная диета** назначается детям при поступлении в ДОУ. Она предусматривает исключение из питания предполагаемых и облигатных аллергенов: рыбы, шоколада, орехов, меда, цитрусовых, клубники, какао, цельного молока и др. Узнать продукты, вызывающие у детей аллергические реакции, помогают родители. Для этого они заполняют специальную анкету, разработанную в ДОУ (приложение 1).

При составлении меню соблюдаются возрастные физиологические нормы суточной потребности детей в основных веществах. В приложении 2 приведено извлечение из двухнедельного меню неспецифической гипоаллергенной диеты для детей с пищевой аллергией. Рацион питания обеспечивает организм воспитанников энергией и необходимыми микроэлементами, снижает риск обострения аллергических заболеваний. При необходимости в меню дня (приложение 3) могут вводиться замены продуктов.

**Дифференцированная гипоаллергенная диета** предусматривает объединение детей в группы по переносимости продуктов, исключение выявленных причинно-значимых и перекрестно реагирующих аллергенов, введение замены пищевых ингредиентов. Рекомендуемые и исключаемые из питания продукты представлены в приложении 4.

При определении **индивидуальной диеты** для каждого воспитанника используется комплекс методов специфической диагностики. В него входят сбор аллергологического анамнеза, ведение пищевого дневника, наблюдение за воспитанником и рекомендации аллерголога, лабораторные исследования. Индивидуальная диета назначается на период от 2 недель до 1,5 месяца, после чего ребенка переводят на дифференцированную диету.

## Расчет норм питания

Расчет норм питания в ДОУ производится исходя из потребности детей в основных веществах.



Выход блюд соответствует рекомендуемым объемам порций для детей. Общая калорийность суточного рациона составляет 1540–1970 ккал. Распределение происходит следующим образом: завтрак – 25%, обед – 35%, полдник – 15%, ужин – 25%. В ДОО ребенок получает 75% суточного рациона, дома – 25%. В детском саду разработано специальное меню домашних ужинов для детей с пищевой аллергией, которое работники ДОО рекомендуют родителям воспитанников (приложение 5).

Следует отметить, что ассортимент основных продуктов питания, используемых в ДОО, отличается от ассортимента, рекомендуемого в санитарных правилах и нормах для детей дошкольного возраста. Это связано с особенностями питания детей-аллергиков. В частности, в ДОО произведены следующие изменения:

- норма сахара на одного ребенка снижена на 30–35%;
- исключено из ассортимента цельное молоко;
- масло сливочное, хлеб и рыба используются в питании с учетом индивидуальной переносимости;
- норма масла растительного увеличена на 3 г;
- выдается 50 г минеральной воды за 30 мин до обеда;
- яйцо добавляется только в запеканку и выпечку (1/8).

Анализ набора гипоаллергенных продуктов и выполнения натуральных норм проводится в ДОО каждые 10 дней.

### Приложение 1

#### **Анкета для родителей воспитанников**

*Уважаемые родители, просим вас заполнить анкету и отметить (подчеркнуть) продукты, вызывающие у вашего ребенка аллергическую реакцию.*

Фамилия, имя ребенка, № группы: \_\_\_\_\_.

1. Капуста свежая.
2. Капуста отварная.
3. Морковь свежая.
4. Морковь отварная.
5. Картофель отварной.
6. Консервированный зеленый горошек.
7. Консервированная морская капуста.
8. Фасоль отварная.
9. Соя.
10. Свекла отварная.
11. Крупа ячневая.
12. Крупа гречневая.

13. Крупа овсяная.
14. Крупа рисовая.
15. Крупа пшеничная.
16. Крупа перловая.
17. Пшено.
18. Манка.
19. Вермишель.
20. Яйцо в выпечку.
21. Яйцо в запеканку.
22. Курица.
23. Рыба (морская, речная, озерная).
24. Говядина.
25. Печень говяжья.
26. Хлеб пшеничный.
27. Хлеб ржаной.
28. Гренки.
29. Масло сливочное.
30. Масло растительное.
31. Сыр твердый.
32. Молоко сухое.
33. Сметана.
34. Творог.
35. Кефир.
36. Бифидок.
37. Сахар.
38. Кисель.
39. Отвар шиповника.
40. Изюм.
41. Сухофрукты (сушеные яблоки, урюк, чернослив, груша, алыча).
42. Сок яблочный.
43. Яблоко зеленое.
44. Банан.
45. Груша.

Родители

Подписи

Ф.И.О. родителей

*Спасибо за сотрудничество!*



## Двухнедельное меню\* неспецифической гипоаллергенной диеты для детей с пищевой аллергией

1-я неделя. Понедельник

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
8.00–8.30 Завтрак	<b>Хлеб с маслом</b>			<b>55</b>	<b>166,40</b>	<b>3,88</b>	<b>5,40</b>	<b>24,95</b>
	Хлеб	50	50		131,00	3,85	1,50	24,90
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,035	3,90	0,05
	<b>Макароны с сыром</b>			<b>200</b>	<b>275,90</b>	<b>9,83</b>	<b>10,25</b>	<b>34,90</b>
	Макароны	50	50		168,50	5,20	0,55	34,85
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	Сыр	20	20		72,00	4,60	5,80	–
	<b>Кофейный напиток</b>			<b>200</b>	<b>37,90</b>	–	–	<b>9,98</b>
	Кофе	2	2		–	–	–	–
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	<b>Энергетическая и пищевая ценность завтрака</b>				<b>480,20</b>	<b>13,71</b>	<b>15,65</b>	<b>69,83</b>
10.00	<b>Фрукты</b>			<b>150</b>	<b>67,50</b>	<b>0,60</b>	<b>0,60</b>	<b>14,70</b>
11.30	<b>Минеральная вода</b>			<b>50</b>	–	–	–	–
11.30–12.45 Обед	<b>Хлеб</b>			<b>70</b>	<b>183,40</b>	<b>5,39</b>	<b>2,10</b>	<b>34,86</b>
	<b>Салат из лука с зеленым горошком</b>			<b>50</b>	<b>50,25</b>	<b>1,70</b>	<b>3,01</b>	<b>3,98</b>
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Зеленый горошек	50	50		20,00	1,60	0,10	3,25
	<b>Солянка со сметаной вегетарианская</b>			<b>200</b>	<b>128,57</b>	<b>2,95</b>	<b>5,34</b>	<b>17,5</b>
	Картофель	100	75		60,00	1,50	0,30	12,90
	Сметана	10	10		20,60	0,28	2,00	0,32
	Капуста	60	40		10,80	0,72	0,04	1,88
	Морковь	10	8		2,72	0,104	0,008	0,672
	Солености	30	28,30		4,20	0,24	0,03	1,02
	Лук	10	8		3,28	0,112	–	0,73
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	<b>Плов с курицей</b>			<b>200</b>	<b>378,47</b>	<b>17,68</b>	<b>20,13</b>	<b>31,19</b>

\* В приложении приводится извлечение из двухнедельного меню – на первую неделю.

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
	Масло растительное	5	5		44,95	–	5,00	–
	Рис	40	40		132,00	2,80	0,40	28,56
	Морковь	20	16		5,44	0,20	0,02	1,34
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Курица	120	80		192,80	14,56	14,72	0,56
	<b>Компот из сухофруктов</b>			<b>150</b>	<b>60,50</b>	<b>0,80</b>	<b>–</b>	<b>15,48</b>
	Сухофрукты	10	10		22,60	0,80	–	5,50
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	<b>Энергетическая и пищевая ценность обеда</b>				<b>801,20</b>	<b>28,50</b>	<b>30,58</b>	<b>103,01</b>
15.00	<b>Сок</b>			<b>100</b>	<b>38,00</b>	<b>0,50</b>	<b>–</b>	<b>9,10</b>
16.00 Ужин	<b>Картофель отварной</b>			<b>140</b>	<b>146,17</b>	<b>2,85</b>	<b>4,21</b>	<b>24,50</b>
	Картофель	190	140		112,00	2,80	0,56	24,22
	Лук	5	3		1,23	0,04	–	0,27
	Масло сливочное	2	2		14,96	0,01	1,65	0,016
	Масло растительное	2	2		17,98	–	2,00	–
	<b>Булочка домашняя</b>			<b>50</b>	<b>180,67</b>	<b>4,39</b>	<b>4,975</b>	<b>29,23</b>
	Мука	35	35		116,90	3,60	0,39	24,15
	Масло растительное	2	2		17,98	–	2,00	–
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,035	3,90	0,05
	Яйцо	1/8	1/8		9,42	0,76	0,69	0,04
	Сахар	5	5		18,95	–	–	4,99
	Дрожжи	1	1		–	–	–	–
	<b>Кефир</b>			<b>200</b>	<b>112,00</b>	<b>5,60</b>	<b>6,40</b>	<b>8,20</b>
	<b>Энергетическая и пищевая ценность ужина</b>				<b>438,84</b>	<b>12,84</b>	<b>15,58</b>	<b>61,93</b>
	<b>Энергетическая и пищевая ценность за 1 день в ДОУ</b>				<b>1825,70</b>	<b>56,15</b>	<b>62,41</b>	<b>258,57</b>

## 1-я неделя. Вторник

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
8.00–8.30 Завтрак	<b>Хлеб с маслом</b>			<b>55</b>	<b>166,40</b>	<b>3,88</b>	<b>5,40</b>	<b>24,95</b>
	Хлеб	50	50		131,00	3,85	1,50	24,90
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,035	3,90	0,05



Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
	<b>Каша гречневая на сухом молоке</b>			<b>200</b>	<b>211,75</b>	<b>5,45</b>	<b>5,59</b>	<b>34,50</b>
	Гречка	40	40		133,60	4,12	0,44	27,60
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,035	3,90	0,05
	Сахар	5	5		18,95	–	–	4,99
	Молоко сухое	5	5		23,80	1,30	1,25	1,88
	<b>Чай зеленый</b>			<b>200</b>	<b>37,90</b>	–	–	<b>9,98</b>
	Чай	2	2					
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	<b>Энергетическая и пищевая ценность завтрака</b>				<b>416,05</b>	<b>9,33</b>	<b>10,99</b>	<b>69,43</b>
10.00	<b>Фрукты</b>			<b>150</b>	<b>67,50</b>	<b>0,60</b>	<b>0,60</b>	<b>14,70</b>
11.30	<b>Минеральная вода</b>			<b>50</b>	–	–	–	–
11.30–12.45	<b>Хлеб</b>			<b>70</b>	<b>183,40</b>	<b>5,39</b>	<b>2,10</b>	<b>34,86</b>
Обед	<b>Салат из моркови и лука</b>			<b>50</b>	<b>49,29</b>	<b>0,84</b>	<b>3,056</b>	<b>5,43</b>
	Морковь	70	56		19,04	0,728	0,056	4,70
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	<b>Щи со сметаной</b>			<b>200</b>	<b>134,20</b>	<b>3,29</b>	<b>5,38</b>	<b>18,40</b>
	Капуста	80	64		17,28	1,15	0,06	3,00
	Картофель	100	75		60,00	1,50	0,30	12,90
	Морковь	20	16		5,44	0,21	0,05	1,34
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Зелень	4	3,36		0,63	0,04	–	0,11
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	Сметана	10	10		20,60	0,28	2,00	0,32
	<b>Пюре картофельное, капуста тушеная</b>			<b>140</b>	<b>135,44</b>	<b>2,56</b>	<b>5,72</b>	<b>19,65</b>
	Капуста	100	80		27,20	1,04	0,08	6,72
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	Масло сливочное	3	3		21,27	0,02	2,34	0,03
	Картофель	100	75		60,00	1,50	0,30	12,90
	<b>Котлета мясная</b>			<b>60</b>	<b>190,56</b>	<b>13,64</b>	<b>13,25</b>	<b>4,18</b>
	Мясо говядина	100	70		152,60	13,02	11,20	–
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Масло растительное	2	2		17,98	–	2,00	–
	Мука	5	5		16,70	0,52	0,06	3,45
	<b>Компот из сухофруктов</b>			<b>150</b>	<b>60,50</b>	<b>0,80</b>	–	<b>15,48</b>

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
	Сухофрукты	10	10		22,60	0,80	–	5,50
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	<b>Энергетическая и пищевая ценность обеда</b>				<b>753,40</b>	<b>26,52</b>	<b>29,50</b>	<b>98,00</b>
15.00	<b>Напиток из шиповника</b>			<b>150</b>	<b>45,60</b>	<b>0,23</b>	<b>–</b>	<b>11,48</b>
	Шиповник	7	7		7,70	0,23	–	1,50
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
16.00 Ужин	<b>Запеканка творожная с масляным подливом</b>			<b>200</b>	<b>295,28</b>	<b>23,48</b>	<b>12,86</b>	<b>20,88</b>
	Масло сливочное	10	10		70,90	0,01	7,80	0,10
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	Яйцо	1/2	1/2		37,68	3,05	2,76	0,17
	Манка	10	10		32,80	1,03	0,10	6,79
	Творог (обезжиренный)	150	150		132,00	27,00	0,90	2,70
	Кефир	50	50		28,00	1,40	1,60	2,05
	<b>Кефир</b>			<b>200</b>	<b>112,00</b>	<b>5,60</b>	<b>6,40</b>	<b>8,20</b>
	<b>Энергетическая и пищевая ценность ужина</b>				<b>457,28</b>	<b>38,08</b>	<b>19,56</b>	<b>29,98</b>
	<b>Энергетическая и пищевая ценность за 1 день в ДОУ</b>				<b>1739,80</b>	<b>75,40</b>	<b>60,65</b>	<b>223,60</b>

## 1-я неделя. Среда

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
8.00–8.30 Завтрак	<b>Хлеб белый с маслом и сыром</b>			<b>75</b>	<b>238,40</b>	<b>8,48</b>	<b>11,20</b>	<b>24,95</b>
	Хлеб	50	50		131,00	3,85	1,50	24,90
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	Сыр	20	20		72,00	4,60	5,80	–
	<b>Каша геркулесовая на сухом молоке</b>			<b>200</b>	<b>169,65</b>	<b>4,63</b>	<b>7,01</b>	<b>21,94</b>
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,035	3,90	0,05
	Сухое молоко	5	5		23,80	1,30	1,25	1,88
	Сахар	5	5		18,95	–	–	4,99
	Геркулес	30	30		91,50	3,30	1,86	15,03



Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
	<b>Чай зеленый</b>			<b>200</b>	<b>37,90</b>	–	–	<b>9,98</b>
	Чай	2	2		–	–	–	–
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	<b>Энергетическая и пищевая ценность завтрака</b>				<b>445,90</b>	<b>13,11</b>	<b>18,21</b>	<b>56,87</b>
10.00	<b>Фрукты</b>			<b>150</b>	<b>67,50</b>	<b>0,60</b>	<b>0,60</b>	<b>14,70</b>
11.30	<b>Минеральная вода</b>			<b>50</b>	–	–	–	–
11.30–12.45	<b>Хлеб</b>			<b>70</b>	<b>183,40</b>	<b>5,39</b>	<b>2,10</b>	<b>34,86</b>
Обед	<b>Салат из фасоли</b>			<b>50</b>	<b>48,50</b>	<b>1,36</b>	<b>3,05</b>	<b>3,93</b>
	Фасоль	25	25		18,25	1,25	0,05	3,20
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	<b>Суп вермишелевый на курином бульоне</b>			<b>200</b>	<b>164,12</b>	<b>3,55</b>	<b>5,47</b>	<b>25,00</b>
	Вермишель	15	15		50,55	1,56	0,17	10,45
	Картофель	100	75		60,00	1,50	0,30	12,90
	Морковь	10	8		2,72	0,104	0,008	0,67
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Сметана	10	10		20,60	0,28	2,00	0,32
	<b>Картофельное пюре</b>			<b>140</b>	<b>147,40</b>	<b>2,83</b>	<b>4,46</b>	<b>24,27</b>
	Картофель	190	140		112,00	2,80	0,56	24,22
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	<b>Котлета куриная</b>			<b>60</b>	<b>240,18</b>	<b>15,94</b>	<b>4,46</b>	<b>4,78</b>
	Мука	5	5		16,70	0,56	0,06	3,45
	Масло растительное	2	2		17,98	–	2,00	–
	Яйцо	1/8	1/8		9,42	0,76	0,69	0,04
	Курица	120	80		192,80	14,56	1,72	0,56
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
<b>Компот из сухофруктов</b>			<b>150</b>	<b>60,50</b>	<b>0,80</b>	–	<b>15,48</b>	
Сухофрукты	10	10		22,60	0,80	–	5,50	
Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98	
	<b>Энергетическая и пищевая ценность обеда</b>				<b>844,10</b>	<b>29,87</b>	<b>19,54</b>	<b>108,32</b>
15.00	<b>Сок</b>			<b>100</b>	<b>38,00</b>	<b>0,50</b>	–	<b>9,10</b>
16.00	<b>Каша рисовая</b>			<b>150</b>	<b>160,65</b>	<b>3,09</b>	<b>5,40</b>	<b>24,76</b>
Ужин	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	Рис	25	25		82,50	1,75	0,25	17,85

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
	Сахар	5	5		18,95	–	–	4,99
	Молоко сухое	5	5		23,80	1,30	1,25	1,88
	<b>Ватрушка с изюмом</b>			<b>60</b>	<b>232,55</b>	<b>5,60</b>	<b>6,97</b>	<b>37,48</b>
	Мука	35	35		116,90	3,60	0,39	24,15
	Яйцо	1/8	1/8		9,42	0,76	0,69	0,04
	Сахар	5	5		18,95	–	–	4,99
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	Масло растительное	2	2		17,98	–	2,00	–
	Изюм	15	15		33,90	1,20	–	8,25
	Дрожжи	1	1		–	–	–	–
	<b>Кефир</b>			<b>200</b>	<b>112,00</b>	<b>5,60</b>	<b>6,40</b>	<b>8,20</b>
	<b>Энергетическая и пищевая ценность ужина</b>				<b>505,20</b>	<b>14,28</b>	<b>18,77</b>	<b>70,44</b>
	<b>Энергетическая и пищевая ценность за 1 день в ДОУ</b>				<b>1900,07</b>	<b>58,36</b>	<b>57,12</b>	<b>259,43</b>

## 1-я неделя. Четверг

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
8.00–8.30	<b>Хлеб с маслом</b>			<b>55</b>	<b>166,40</b>	<b>3,88</b>	<b>5,40</b>	<b>24,95</b>
Завтрак	Хлеб	50	50		131,00	3,85	1,50	24,90
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	<b>Каша ячневая на сухом молоке</b>			<b>200</b>	<b>182,55</b>	<b>4,78</b>	<b>6,05</b>	<b>26,86</b>
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	Сахар	5	5		18,95	–	–	4,99
	Ячка	30	30		104,40	3,45	0,90	19,95
	Сухое молоко	5	5		23,80	1,30	1,25	1,88
	<b>Кофейный напиток</b>			<b>200</b>	<b>37,90</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>9,98</b>
	Кофе	2	2		–	–	–	–
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	<b>Энергетическая и пищевая ценность завтрака</b>				<b>386,85</b>	<b>8,66</b>	<b>11,45</b>	<b>61,79</b>
10.00	<b>Фрукты</b>			<b>150</b>	<b>67,50</b>	<b>0,60</b>	<b>0,60</b>	<b>14,70</b>
11.30	<b>Минеральная вода</b>			<b>50</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>
11.30–12.45	<b>Хлеб</b>			<b>70</b>	<b>183,40</b>	<b>5,39</b>	<b>2,10</b>	<b>34,86</b>
Обед	<b>Салат из морской капусты</b>			<b>50</b>	<b>39,75</b>	<b>0,76</b>	<b>3,00</b>	<b>2,48</b>



Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
	Морская капуста	50	50		9,50	0,65	–	1,75
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	<b>Суп овощной вегетарианский со сметаной</b>			<b>200</b>	<b>135,90</b>	<b>3,37</b>	<b>5,39</b>	<b>19,01</b>
	Картофель	100	75		60,00	1,50	0,30	12,90
	Морковь	20	16		5,44	0,21	0,05	1,34
	Солености	30	28		4,20	0,24	0,03	1,02
	Щавель	20	10		1,90	0,13	–	0,35
	Капуста	70	50		13,50	0,90	0,05	2,35
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Сметана	10	10		20,60	0,28	2,00	0,32
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	<b>Тушеные овощи</b>			<b>140</b>	<b>132,92</b>	<b>2,87</b>	<b>5,34</b>	<b>18,52</b>
	Масло растительное	5	5		44,95	–	4,90	–
	Картофель	100	75		60,00	1,50	0,30	12,90
	Кабачки	50	25		5,75	0,15	0,075	1,20
	Морковь	20	16		5,44	0,208	0,016	1,34
	Лук	10	8		3,28	0,112	–	0,73
	Капуста	70	50		13,50	0,90	0,05	2,35
	<b>Котлета мясная</b>			<b>60</b>	<b>190,56</b>	<b>13,64</b>	<b>13,25</b>	<b>4,18</b>
	Мясо говядина	100	70		152,60	13,02	11,20	–
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Масло растительное	2	2		17,98	–	2,00	–
	Мука	5	5		16,70	0,56	0,06	3,45
	<b>Компот из сухофруктов</b>			<b>150</b>	<b>60,50</b>	<b>0,80</b>	–	<b>15,48</b>
	Сухофрукты	10	10		22,60	0,80	–	5,50
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	<b>Энергетическая и пищевая ценность обеда</b>				<b>743,00</b>	<b>26,83</b>	<b>29,08</b>	<b>94,53</b>
15.00	<b>Напиток из шиповника</b>			<b>150</b>	<b>45,60</b>	<b>0,23</b>	–	<b>11,48</b>
	Шиповник	7	7		7,70	0,23	–	1,50
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
16.00 Ужин	<b>Ватрушка с творогом</b>			<b>70</b>	<b>261,60</b>	<b>13,39</b>	<b>7,27</b>	<b>35,12</b>
	Мука	35	35		116,90	3,60	0,39	24,15
	Яйцо	1/8	1/8		9,42	0,76	0,69	0,04

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	Масло растительное	2	2		17,98	–	2,00	–
	Творог	50	50		44,00	9,00	0,30	0,90
	Дрожжи	1	1		–	–	–	–
	<b>Кефир</b>			<b>200</b>	<b>112,00</b>	<b>5,60</b>	<b>6,40</b>	<b>8,20</b>
	<b>Энергетическая и пищевая ценность ужина</b>				<b>373,60</b>	<b>18,99</b>	<b>13,67</b>	<b>43,32</b>
	<b>Энергетическая и пищевая ценность за 1 день в ДОУ</b>				<b>1616,50</b>	<b>55,31</b>	<b>54,80</b>	<b>225,80</b>

## 1-я неделя. Пятница

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
8.00–8.30 Завтрак	<b>Хлеб белый с маслом</b>			<b>55</b>	<b>166,40</b>	<b>3,88</b>	<b>5,40</b>	<b>24,95</b>
	Хлеб	50	50		131,0	3,85	1,50	24,90
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	<b>Каша пшеничная</b>			<b>200</b>	<b>182,55</b>	<b>4,78</b>	<b>6,05</b>	<b>26,86</b>
	Масло сливочное	5	5		35,40	0,04	3,90	0,05
	Сахар	5	5		18,95	–	–	4,99
	Крупа пшеничная	30	30		104,40	3,45	0,90	19,95
	Молоко сухое	5	5		23,80	1,30	1,25	1,88
	<b>Чай зеленый</b>			<b>200</b>	<b>37,90</b>	–	–	<b>9,98</b>
	Чай	2	2		–	–	–	–
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	<b>Энергетическая и пищевая ценность завтрака</b>				<b>386,80</b>	<b>8,66</b>	<b>11,45</b>	<b>61,79</b>
10.00	<b>Фрукты</b>			<b>150</b>	<b>67,50</b>	<b>0,60</b>	<b>0,60</b>	<b>14,70</b>
11.30	<b>Минеральная вода</b>			<b>50</b>	–	–	–	–
11.30–12.45 Обед	<b>Хлеб</b>			<b>70</b>	<b>183,40</b>	<b>5,39</b>	<b>2,10</b>	<b>34,86</b>
	<b>Салат из лука с зеленым горошком</b>			<b>50</b>	<b>50,25</b>	<b>1,70</b>	<b>3,01</b>	<b>3,98</b>
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Зеленый горошек	50	50		20,00	1,60	0,10	3,25
	<b>Рассольник со сметаной</b>			<b>200</b>	<b>163,37</b>	<b>4,10</b>	<b>5,70</b>	<b>24,17</b>
	Перловка	10	10		34,80	1,15	0,33	6,65



Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
	Картофель	100	75		60,00	1,50	0,30	12,90
	Капуста	60	40		10,80	0,72	0,04	1,88
	Морковь	10	8		2,72	0,10	0,008	0,67
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	Сметана	10	10		20,60	0,28	2,00	0,32
	Солености	30	28,30		4,20	0,24	0,03	1,02
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	<b>Пюре картофельное, свекла тушеная</b>			<b>140</b>	<b>141,84</b>	<b>2,72</b>	<b>5,35</b>	<b>20,93</b>
	Свекла	100	80		33,60	1,20	0,008	8,00
	Масло растительное	3	3		26,97	–	3,00	–
	Масло сливочное	3	3		21,27	0,02	2,34	0,03
	Картофель	100	75		60,00	1,50	0,30	12,90
	<b>Котлета рыбная с подливкой</b>			<b>60</b>	<b>117,26</b>	<b>14,80</b>	<b>3,53</b>	<b>6,27</b>
	Рыба (минтай)	140	84		60,48	13,35	0,76	–
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	Морковь	10	8		2,72	0,10	0,008	0,67
	Яйцо	1/8	1/8		9,42	0,76	0,69	0,04
	Мука	7	7		23,38	0,72	0,08	4,83
	Масло растительное	2	2		17,98	–	2,00	–
	<b>Компот из сухофруктов</b>			<b>150</b>	<b>60,50</b>	<b>0,80</b>	<b>–</b>	<b>15,48</b>
	Сухофрукты	10	10		22,60	0,80	–	5,50
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
	<b>Энергетическая и пищевая ценность обеда</b>				<b>716,62</b>	<b>29,50</b>	<b>19,69</b>	<b>105,69</b>
15.00	<b>Напиток из шиповника</b>			<b>150</b>	<b>45,60</b>	<b>0,23</b>	<b>–</b>	<b>11,48</b>
	Шиповник	7	7		7,70	0,23	–	1,50
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98
16.00	<b>Хлеб ржаной</b>			<b>50</b>	<b>131,00</b>	<b>3,85</b>	<b>1,50</b>	<b>24,90</b>
Ужин	<b>Биточек мясной</b>			<b>60</b>	<b>190,56</b>	<b>13,64</b>	<b>13,25</b>	<b>4,18</b>
	Мясо	100	70		152,60	13,02	11,20	–
	Масло растительное	2	2		17,98	–	2,00	–
	Мука	5	5		16,70	0,51	0,06	3,45
	Лук	10	8		3,28	0,11	–	0,73
	<b>Чай зеленый</b>			<b>200</b>	<b>37,90</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>9,98</b>
	Чай	2	2		–	–	–	–
	Сахар	10	10		37,90	–	–	9,98

Прием пищи	Наименование продукта	Масса, г			Калорийность, ккал	Химический состав, г		
		брутто	нетто	выход		белки	жиры	углеводы
	Энергетическая и пищевая ценность ужина			359,46	17,49	14,75	39,06	
Энергетическая и пищевая ценность за 1 день в ДОУ				1575,98	56,48	46,49	232,72	

## Приложение 3

## Меню дня

Дата:

Количество детей: 134 чел.

Прием пищи	Блюдо	Кол-во детей, чел.		Выход блюда, г	
		неспецифическая диета	дифференцированная диета	ясли	сад
8.00–8.30 Завтрак	Хлеб белый	129		40	50
	Сливочное масло	121		5	5
	Каша гречневая на сухом молоке	119		150	200
	<b>Замена:</b>				
	Хлеб ржаной		5	40	50
	Сыр		13	5	5
	Каша гречневая на воде		12	150	200
	Каша рисовая на воде с яблоком		13	150	200
	Чай	134		150	200
10.00	Фрукт	134		100	100
11.00	Минеральная вода	134		50	50
11.30–12.45 Обед	Хлеб ржаной	134		40	50
	Салат из фасоли	134		50	50
	Щи со сметаной	134		150	200
	Картофельное пюре	134		50	70
	Капуста тушеная	134		50	70
	Котлета рыбная	100		50	60
	<b>Замена:</b>				
	Котлета мясная		34	50	60
	Компот	134		150	150



Прием пищи	Блюдо	Кол-во детей, чел.		Выход блюда, г	
		неспецифическая диета	дифференцированная диета	ясли	сад
15.00 Полдник	Сок	134		100	115
16.00 Ужин	Слойка сдобная	112		50	50
	Картофель отварной	134		100	140
	Кефир	134		150	200
	<b>Замена:</b> Слойка без яйца		22	50	50

Медицинская сестра ДОУ

ПодписьФ.И.О. медицинской сестры

## Приложение 4

**Рекомендуемые и исключаемые продукты и блюда****1. Рекомендуемые продукты и блюда:**

- хлеб и мучные изделия: хлеб пшеничный из муки 1-го и 2-го сортов; ржаной из сеяной обдирной муки вчерашней выпечки; гренки; выпеченные не сдобные изделия;
- рыба (при переносимости): нежирные виды, куском и рубленая, варенная в воде или на пару. Ограниченно – запеченная и слегка обжаренная без панировки;
- молочные продукты: молоко цельное, сухое (при переносимости), в основном в блюдах; различные кисло-молочные напитки; свежий натуральный творог, в виде пасты, паровых и запеченных пудингов и сырников; сметана – в блюдах; неострый сыр;
- яйца (при переносимости): 1/8 в день, в основном в запеканки;
- крупы: различные каши (кроме манной и пшенной), включая рассыпчатые. На воде с добавлением 5 г сухого молока. Паровые и запеченные пудинги; запеканка и биточки; котлеты рисовые паровые; плов с фруктами;
- овощи: картофель; морковь; цветная капуста; тыква; кабачки; стручковая фасоль; белая чечевица. Отварные или паровые, не протертые, в виде пюре, запеканок. Вареные капуста белокочанная, свекла, зеленый горошек (при переносимости);
- плоды, сладкие блюда, сладости: ограниченно – сладкие спелые фрукты и ягоды в сыром виде; 100–150 г яблок, груш зеленых, бана-

нов, желтой черешни, желтой сливы, крыжовника, белой и красной смородины, винограда без кожицы (при переносимости); протертые свежие и печеные яблоки; компоты, в т. ч. из сухофруктов;

- напитки: чай зеленый; кофе ячменный без цельного молока; отвары шиповника и пшеничных отрубей (при переносимости); разбавленные натуральные фруктовые и ягодные соки без сахара из выпеченных ягод и фруктов;
- жиры: растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое) до 5 г в блюдо; сливочное масло на хлеб и в блюда 10 г на 1 прием пищи (при переносимости).

## 2. Исключаемые продукты и блюда:

- рыба: жирные виды, соленая, копченая; консервы;
- молочные продукты: острые, соленые сыры; молочные продукты с повышенной кислотностью;
- яйца: вкрутую, жареные;
- овощи: редис, редька, чеснок, брюква, репа, щавель, шпинат; грибы.
- напитки: виноградный, сливовый, абрикосовый соки;
- жиры: все виды жиров, кроме разрешенных.

## Приложение 5

### Рекомендованное меню домашних ужинов для детей с пищевой аллергией

Наименование блюд	Выход, г	
	1–3 г.	3–7 лет
<b>Понедельник</b>		
Котлеты мясные паровые	50	80
Картофельное пюре	100	200
Чай	150	200
<b>Вторник</b>		
Салат из свежей капусты с растительным маслом	50	50
Овощное рагу	100	200
Чай	150	200
<b>Среда</b>		
Котлеты мясные паровые	50	80
Картофель отварной со сливочным маслом	100	200
Чай	150	200



Наименование блюд	Выход, г	
	1–3 г.	3–7 лет
<b>Четверг</b>		
Голубцы ленивые с рисом и отварным мясом	150	200
Творог	50	50
Чай	150	200
<b>Пятница</b>		
Фасоль отварная с растительным маслом	100	120
Тефтели мясные паровые	50	80
Чай	150	200

## ГЛОССАРИЙ

<b>Аллерген</b>	вещество антигенной природы, обладающее способностью сенсibilизировать организм и вызывать аллергию.
<b>Анамнез</b>	совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путем расспроса самого обследуемого и (или) знающих его лиц.
<b>Атопический дерматит</b>	наследственное, зудящее, хроническое, аллергическое, неинфекционное (незаразное) заболевание кожи.
<b>Облигатные аллергены</b>	вещества, наиболее часто вызывающие пищевую аллергию.
<b>Сенсibilизация</b>	повышение чувствительности организма к воздействию какого-либо фактора окружающей или внутренней среды.

## Нормативные документы

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы “Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов. СанПиН 2.3.2.1078–01”, утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 06.11.2001

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы “Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных учреждений. СанПиН 2.4.1.1249–03”, утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 25.03.2003

# Технологические карты рецептур блюд

Все блюда, предлагаемые детям в дошкольном образовательном учреждении, следует готовить в соответствии с технологическими картами. Каждое блюдо должно обладать достаточной энергетической и биологической ценностью, соответствовать физиологическим возрастным потребностям детей, содержать необходимое количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ.

Наш журнал начинает публикацию технологических карт, разработанных и используемых в дошкольных образовательных учреждениях Челябинской области\*. В этом номере – технологические карты рецептур салатов.

## Технологическая карта № 1

Наименование блюда: **Винегрет овощной**

Наименование продуктов	Масса, г		Химический состав			Энергетическая ценность, ккал
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Картофель	14,7	11				
Свекла	9,5	7,5				
Морковь	6,5	5				
Огурцы соленые	19	15				
Лук репчатый		7,5				
Масло растительное	5	5				
<b>ИТОГО</b>			<b>0,63</b>	<b>5,07</b>	<b>4,16</b>	<b>64,63</b>

Выход: с маслом 50 г.

На диеты № 5, 8, 9, 15.

**Технология приготовления.** Свеклу варят в кожуре или запекают в жарочном шкафу до готовности, охлаждают, нарезают ломтиками толщиной 2×10 мм. Картофель очищают, нарезают ломтиками 2×10 мм, заливают (1/4 объема) кипящей водой, закрывают крышкой и припускают до готовности (7 мин), отвар сливают, охлаждают. Морковь очищают, нарезают и припускают (отдельно от картофеля), отвар сливают, охлаждают. Огурцы очищают от кожицы и семян,

\* Технологические карты предоставлены Г.Н. Панкратовой, специалистом Минобрнауки Челябинской области. – *Примеч. ред.*



нарезают ломтиками 1×6 мм. Лук репчатый нарезают мелким кубиком (рубят), бланшируют (ошпаривают).

Картофель и морковь можно отварить в целом виде очищенными по отдельности, затем охладить и мелко нарезать.

Овощи соединяют, заправляют нерафинированным растительным маслом, солью, хорошо перемешивают, и готовый винегрет выносят на раздачу.

Чтобы свекла не окрашивала другие овощи, ее заправляют отдельно, затем соединяют с овощами.

Огурцы соленые можно заменить капустой квашеной полностью или частично. Капусту перебирают, мелко рубят. Если капуста кислая, промывают до рубки охлажденной кипяченой водой, откидывают на сите.

Температура подачи – 14 °С.

**Требования к качеству.** Овощи аккуратно нарезаны, нарезка сохранилась, цвет и запах соответствуют виду овощей. Вкус в меру соленый. Винегрет уложен горкой. Консистенция вареных овощей – мягкая, сырых – слегка хрустящая.

## Технологическая карта № 2

Наименование блюда: **Салат витаминный**

Наименование продуктов	Масса, г		Химический состав			Энергетическая ценность, ккал
	брутто	нетто	белки	жиры	углеводы	
Капуста белокочанная	25	20				
Яблоки свежие	14	10				
Морковь	16	13				
Сахар	2,5	2,5				
Масло растительное	5	5				
Лимонная кислота	0,05	0,05				
Вода для разведения лимонной кислоты	2,5	2,5				
<b>ИТОГО</b>			<b>0,57</b>	<b>5,07</b>	<b>5,77</b>	<b>70,97</b>

Выход: с маслом 50 г.

На диеты № 5, 7, 8, 9, 10, 15 (9 – без сахара).

**Технология приготовления.** Капусту шинкуют тонкой соломкой (1,5×15мм), кладут в эмалированную кастрюлю, добавляют соль и перетирают деревянным пестиком. Морковь чистят, моют, ошпаривают, натирают на терке тонкой соломкой. Яблоки моют, ошпаривают, очищают от кожицы, удаляют сердцевину, шинкуют соломкой (2×15 мм), сбрызгивают раствором лимонной кислоты, чтобы не потемнели.

Овощи и яблоки соединяют в эмалированной посуде, заправляют растительным маслом, сахаром, хорошо перемешивают и выносят на раздачу.

Температура подачи – 14 °С.

**Требования к качеству.** Нарезка овощей аккуратная, сохранившаяся. Окраска овощей и яблок не изменилась. Аромат и вкус кисло-сладкий, свойственный входящим в салат продуктам, в меру соленый.

### Технологическая карта № 3

Наименование блюда: **Салат из белокочанной капусты с морковью и яблоками**

Наименование продуктов	Масса, г		Химический состав			Энергетическая ценность, ккал
	брутто	нетто	бел-ки	жиры	углеводы	
Капуста белокочанная	35,5	28,5				
Яблоки свежие	14,5	10				
Морковь	12,5	10				
Масло растительное	5	5				
Лимонная кислота	0,05	0,05				
Вода для разведения лимонной кислоты	2,5	2,5				
<b>ИТОГО</b>			<b>0,68</b>	<b>5,07</b>	<b>3,5</b>	<b>60,55</b>

Выход: с маслом 50 г.

На диеты: № 5, 7, 8, 9, 10, 15.

**Технология приготовления.** Капусту шинкуют тонкой соломкой (1,5×15 мм), кладут в эмалированную кастрюлю, добавляют соль и перетирают деревянным пестиком. Морковь моют, чистят, ошпаривают, натирают на терке тонкой соломкой. Яблоки моют, ошпаривают, очищают от кожицы, удаляют сердцевину, шинкуют соломкой (2×15 мм), сбрызгивают раствором лимонной кислоты, чтобы не потемнели.

Овощи и яблоки соединяют в эмалированной посуде, заправляют растительным маслом, хорошо перемешивают и выносят на раздачу.

Температура подачи – 14 °С.

**Требования к качеству.** Нарезка овощей аккуратная, сохранившаяся. Окраска овощей и яблок не изменилась. Аромат и вкус кисло-сладкий, свойственный входящим в салат продуктам, в меру соленый.