

НАРВСКИЙ КОЛЛЕДЖ ТАРТУСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ЛЕКТОРАТ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ

Ольга Жадова

ЗНАНИЯ ПЕДАГОГОВ ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ О
ПРОБЛЕМЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО КОЛЛЕКТИВА

Бакалаврская работа

Научный руководитель: Марге Грауберг, MS

НАРВА 2015

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina Olga Zhadova

(sünnikuupäev: 24.05.1990)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Eelkooli pedagoogide teadmised allergiaprobleemide esinemisest lastekollektiivis,
mille juhendaja on Marge Grauberg,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil,
sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja
lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu,
sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega
isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus/Tallinnas/Narvas/Pärnus/Viljandis, 10.08.2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	7
1.1. Аллергия у детей: основные понятия и причины появления аллергии	7
1.2. Анализ аллергических заболеваний в Эстонии	11
1.3. Аллергены и виды аллергии у детей.....	15
1.3.1. Пищевая аллергия	17
1.3.2. Поллиноз.....	20
1.3.3. Перекрестная аллергия.....	21
1.3.4. Инсектная аллергия	23
1.4. Аллергические заболевания у детей	26
1.4.1. Бронхиальная астма	26
1.4.2. Аллергический ринит	28
1.4.3. Крапивница и Отёк Квинке	30
1.4.4. Анафилактический шок	32
1.5. Оказание первой помощи педагогом ребенку с острыми аллергическими реакциями	34
1.5.1. Первая помощь при анафилактическом шоке	34
1.5.2. Первая помощь при приступе бронхиальной астмы	35
1.5.3. Первая помощь при укусе насекомых	36
1.5.4. Первая помощь при крапивнице и Отёке Квинке.....	36
1.5.5. Первая помощь при поллинозе	36
1.6. Выводы по теоретической части	37
2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....	38
2.1. Цель и задачи исследования.....	38
2.2. Выборка исследования	38
2.3. Методика исследование	41
2.4. Результаты исследования	42
2.5. Выводы по практической части.....	49

2.6. Рекомендации педагогам детского сада SITSI LASTEAED	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	52
RESÜMEE.....	56
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА	59
ПРИЛОЖЕНИЯ	61
Приложение 1. Аллергенность продуктов питания	62
Приложение 2. Меры предосторожности для детей, страдающих аллергией на яд насекомых	63
Приложение 3. Физические упражнения для детей-астматиков	65
Приложение 4. Анкета для педагогов детского сада	66
Приложение 5. Меню детского сада SITSI LASTEAED.....	70
Приложение 6. Дневник посещений детей-аллергиков группы детского сада «SITSI LASTEAED»	71

ВВЕДЕНИЕ

Тема работы «Знания педагогов детских дошкольных учреждений о проблеме аллергических заболеваний в условиях детского коллектива» является актуальной, так как за последние годы во всем мире можно наблюдать рост аллергических заболеваний, как у взрослых, так у детей.

Объект исследования: педагоги детского сада «SITSI LASTEAED».

Предмет исследования: знания об аллергических заболеваниях у педагогического коллектива детского дошкольного учреждения.

Цель работы – исследовать знания педагогов детского дошкольного учреждения об аллергии у детей и об уходе за ребёнком - аллергиком в условиях детского коллектива.

Для реализации цели работы поставлены следующие задачи:

1. Изучить научно-теоретический материал по аллергическим заболеваниям.
2. Исследовать осведомленность педагогов об аллергических заболеваниях и особенностях ухода за детьми – аллергиками в детском дошкольном учреждении.
3. Проанализировать результаты анкетирования педагогов и медработника.
4. Сделать предложения руководству детского сада, с целью обновления и дополнения информации об аллергических заболеваниях.

Для достижения цели и задач автором работы были использованы такие методы, как:

- наблюдение,
- анализ документации,
- сравнение и обобщение результатов,
- беседа (интервью) с медработником,
- анкетирование педагогов детского сада.

Дипломная работа состоит из титульного листа, содержания, введения, основной части, которая состоит из двух глав, заключения, литературы и приложений.

В первой главе рассмотрены теоретические основы об аллергии, видах аллергии, аллергических заболеваниях, оказании первой помощи педагогом ребенку-аллергику, а также представлены статистические данные об аллергических заболеваниях у детей в Эстонии.

Во второй главе представлена исследовательская часть работы, а именно: проанализирована ситуация и выявлены проблемы, связанные с аллергией у детей в детском саду «SITSI LASTEAED».

При написании теоретической и практической части работы автором были использованы научные статьи, монографии, учебные пособия, материалы прессы, статистические данные, Интернет-источники.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1. Аллергия у детей: основные понятия и причины появления аллергии

В 1906 году К. Пирке ввел термин «аллергия» (от лат. *allos érgon* – другое действие) для обозначения измененной чувствительности к субстанциям, с которыми организм ранее контактировал. В 1923 году А.Кока и Р. Кук ввели понятие «атопия» для обозначения наследственной предрасположенности к развитию реакций гиперчувствительности. Об аллергии говорят тогда, когда чрезмерно сильная или необычная иммунная реакция имеет патологические последствия. В начале прошлого столетия аллергия считали редким явлением. Об этом свидетельствует и этимология термина, введенного К. Пирке для обозначения «другой», т.е. не обычной, а исключительной реактивности организма (Баранов и др. 2006: 32).

Аллергия – это повышенная чувствительность организма в отношении какого-либо фактора, чуждого организму – аллергена (Путник 2005: 4).

Антигены, провоцирующие аллергию, называются аллергенами. Это в основном низкомолекулярные белки или гаптены, способные связываться с белками организма, которые при первом поступлении в организм вызывают образование Ige-антител, а при последующих поступлениях – аллергические реакции (Баранов и др. 2006: 32).

При контакте человека, страдающего аллергией, с веществом, которое обычно считается безвредным, происходит образование антител, которые вступают во взаимодействие с аллергеном, активизируя цепочку химических реакций. Человек начинает часто чихать, у него появляется насморк, слезятся глаза (Бахман 1998: 7).

В разделе 1.2. автор работы более подробно рассмотрит зависимость различных аллергенов с видами аллергии.

В последние годы аллергия понимается как собирательное определение группы типовых иммунопатологических процессов, развивающихся в сенсibilизированном организме генетически предрасположенных индивидов (Баранов и др. 2006: 32).

В настоящее время в мире отмечается ярко выраженная тенденция к нарастанию частоты аллергических заболеваний. По данным эпидемиологов от 12 до 45% жителей планеты сталкивались в своей жизни с различной степени выраженности аллергической реакцией хотя бы один раз. Эпидемиологические данные по наиболее распространенному в детском возрасте аллергическому заболеванию – атопическому дерматиту таковы: 10-35% в общей популяции, от 1 до 25% детей до 11 лет страдает атопическим дерматитом (Лаврентьев 2002) причем:

- 45% детей заболевает им в течение первых 6 месяцев жизни,
- 60% - в возрасте до 1 года,
- 85% в течение первых 5 лет.

В условиях большого города аллергия имеет тенденцию к неблагоприятному течению, исследования показывают, что у 50% детей, манифестировавших аллергические реакции в первые два года жизни в дальнейшем развивается такое серьезное проявление аллергии как бронхиальная астма. Ранее проявление пищевых аллергических реакций серьезно повышает риск развития респираторной аллергии (аллергические риниты, конъюнктивиты и бронхиальная астма) в более позднем возрасте. Следует отметить, что пищевой аллергией страдает от 10 до 40% детей и 2-7% взрослых. Поэтому автор работы считает, что аллергия является серьезным заболеванием, особенно для детей (Лаврентьев 2002).

В настоящее время широко распространена классификация типов аллергических реакций, предложенная P. Gell, R. Coombs, которая основана на патогенетическом принципе. Согласно этой классификации в зависимости от механизма иммунной реакции выделяют четыре основных типа аллергических реакций (Баранов и др. 2006: 38):

1-й тип, к которому относятся немедленные аллергические реакции, включает реактивный подтип, связанный с выработкой антител IgE-класса и лежащий в основе

атопических заболеваний, обусловленный в основном IgE- и IgG4-антителами и наблюдаемый при анафилактическом шоке.

2-й тип – цитотоксический, который связан с образованием IgG (кроме IgG1) и IgM – антител к детерминантам, имеющимся на собственных клетках организма. Аллергические болезни этого типа включают в себя некоторые формы гематологических болезней. Например, аутоиммунную гемолитическую анемию, миастению и некоторые другие.

3-й тип – иммунокомплексный, связан с образованием комплексов аллергенов и аутоаллергенов с IgG или IgM-антителами и с повреждающим действием этих комплексов на ткани организма. По этому типу развиваются сывороточная болезнь, анафилактический шок и др.

4-й тип – клеточно-опосредованный (часто используют другое определение – гиперчувствительность замедленного типа, ГЗТ) связан с образованием аллергенспецифических лимфоцитов (Т-эффекторов). По этому типу развивается аллергический дерматит и этот же механизм участвует в формировании инфекционно-аллергических заболеваний.

К факторам риска развития аллергии относятся (Savisaar 2015: 4):

- Пол ребенка (в детстве больше у мальчиков, в подростковом возрасте у девочек)
- Раса / этническая особенность (азиаты и темнокожие дети чаще страдают от аллергических заболеваний)
- Генетическая предрасположенность
- Атопия (проявление атопического дерматита)
- Дефицит витамина D
- Диета (маленькое содержание антиоксидантов и омега-3 жирных кислот в пище)
- Употребление антацидов (лекарственных препаратов, предназначенных для лечения кислотозависимых заболеваний желудочно-кишечного тракта)
- Ожирение (воспаленное состояние организма)
- Теория гигиены.

Аллергическое заболевание может возникнуть в раннем детстве, но может проявляться лишь во взрослом возрасте.

На рисунке 1 можно рассмотреть проявление аллергических заболеваний, начиная с детского возраста.

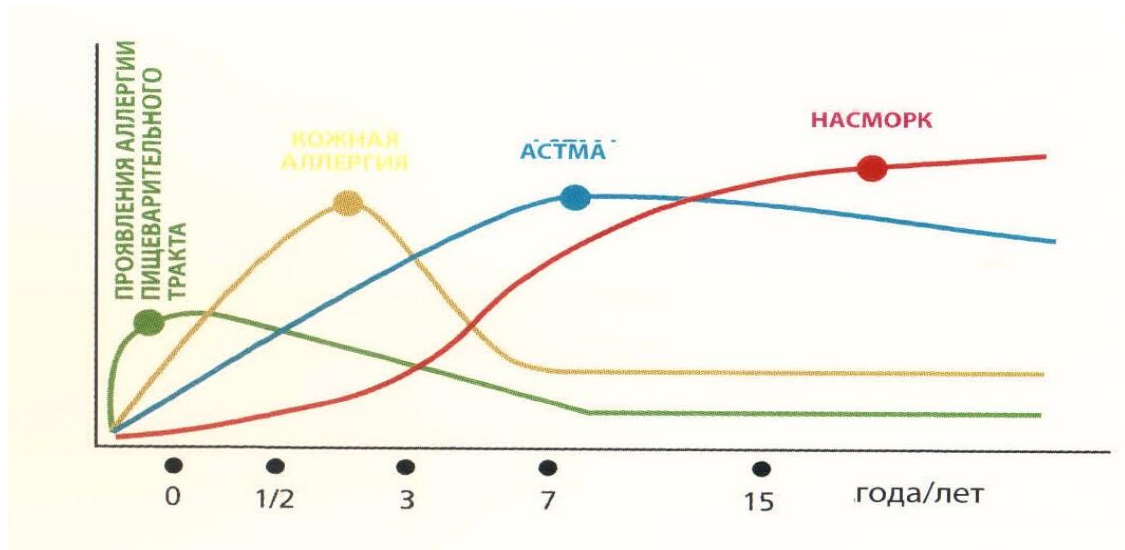


Рисунок 1. Частота проявления аллергических заболеваний у детей разного возраста (Pärlist 1995:11).

Как показывает рисунок 1, частота проявления того или иного аллергического заболевания зависит от возраста у детей. Например, младенцы и маленькие дети больше всего страдают от пищевой аллергии в связи с изменением питания. С возрастом удельный вес пищевой аллергии уменьшается. У детей дошкольного и младше школьного возраста возрастает количество следующих аллергических заболеваний, таких как: бронхиальная астма, атопический дерматит и аллергический ринит.

Далее автор работы анализирует распространенные аллергические заболевания у детей в Эстонии.

1.2. Анализ аллергических заболеваний в Эстонии

Эстонский Союз Аллергологов основали в 1992 году. Вначале союз включал объединения аллергии Таллинна, Тарту и Сааремаа. В 2004 году к союзу аллергологов присоединились общества аллергии и астмы Ярвамаа. Союз аллергологов передаёт информацию через вебсайт, телефон доверия, буклеты и журналы. Каждый год печатаются информационные листовки с ознакомлением аллергических заболеваний, которые пациент может получить у врача, что закрепить знания, полученные от доктора (Laaniste 2012: 34).

Аллергия затрагивает многих детей. Уже несколько лет действует в Тарту детская группа по аллергическим заболеваниям. В 2005 году открыли на деньги Евросоюза специальную группу для детей с аллергией также в детском саду Прийсле в Таллинне. Благодаря обучению персонала и родителей можно ограничить обострение аллергии у детей (Laaniste 2012: 34).

Эстонский Союз Аллергологов организует также мониторинг пыльцы в Эстонии. Данные о том, какие частицы пыльцы растений содержатся в воздухе, публикуются раз в неделю. Из-за отсутствия денег в Союзе Аллергологов нет возможности спрогнозировать ожидаемый уровень содержания пыльцы в воздухе. Это особенно важно больному, чтобы в нужное время начать лечение. У Союза Аллергологов много партнёров. Если раньше с союзом сотрудничали в основном фармацевтические фирмы, то теперь имеются договора также с изготовителями гипоаллергенных товаров и предприятиями импортёрами в Эстонию, что лучше знакомит пациентов с подходящими товарами (Laaniste 2012: 34).

В последние десятилетия аллергические заболевания превратились в серьёзную проблему, особенно в развитых странах. Учащение аллергических заболеваний связывают с различными обстоятельствами, самые важные из них - наследственность и окружающая среда. Фактор среды включает в себя как глобальные экологические изменения, промышленное и вызванное транспортом загрязнение, так и плохое состояние внутренних помещений, а также неправильное питание и бытовую химию (Юриссон 2011: 22).

Аллергические заболевания начинаются уже в раннем детском возрасте. Наблюдения за больными аллергией детьми в Эстонии показали, что в течение пяти лет какое-либо аллергическое заболевание наблюдалось у 31% детей (Юриссон 2011: 22).

На рисунке 2 можно увидеть самые распространенные аллергические заболевания у детей.



Рисунок 2. Аллергические заболевания у детей в Эстонии (Юриссон 2011: 22)

Данные рисунка показывают, что самые распространенные аллергические заболевания у детей в Эстонии следующие:

- атопический дерматит - у 19% детей,
- бронхиальная астма - у 6% детей,
- аллергический ринит - у 5% детей,
- крапивница - у 4,5% детей.

По данным Tervise Arengu Instituut в Эстонии атопический дерматит является широко распространенным заболеванием у детей (таблица 1 и рисунок 3).

Таблица 1. Количество детей в Эстонии, имеющих atopический дерматит за 2003 – 2013 годы

Год	До 1 года	1–4 года	5–9 лет	Всего
2003	1414	2031	715	4160
2004	2155	3034	987	6176
2005	2546	3523	1130	7199
2006	3077	4129	1249	8455
2007	2991	3986	1265	8242
2008	2778	3770	1248	7796
2009	2807	3937	1212	7956
2010	3031	3923	1480	8434
2011	2488	3827	1216	7531
2012	2413	3956	1409	7778
2013	2230	3408	1408	7046

Источник: Tervise Arengu Instituut 2003 – 2013

По данным таблицы 1 видно, что больше всего детей, имеющих atopический дерматит в возрасте от 1 года до 4 лет. Спад atopического дерматита у детей можно наблюдать в возрасте от 5 до 9 лет. Пик этого заболевания был в 2006 и 2010 годах, когда показатели увеличились почти в 2 раза по сравнению с 2003 годом. В последние годы количество детей, имеющих atopический дерматит в Эстонии, сокращается в динамике. Но общий показатель данного заболевания у детей с 2003 года по 2013 год увеличился на 69,3% или на 2886 человек.

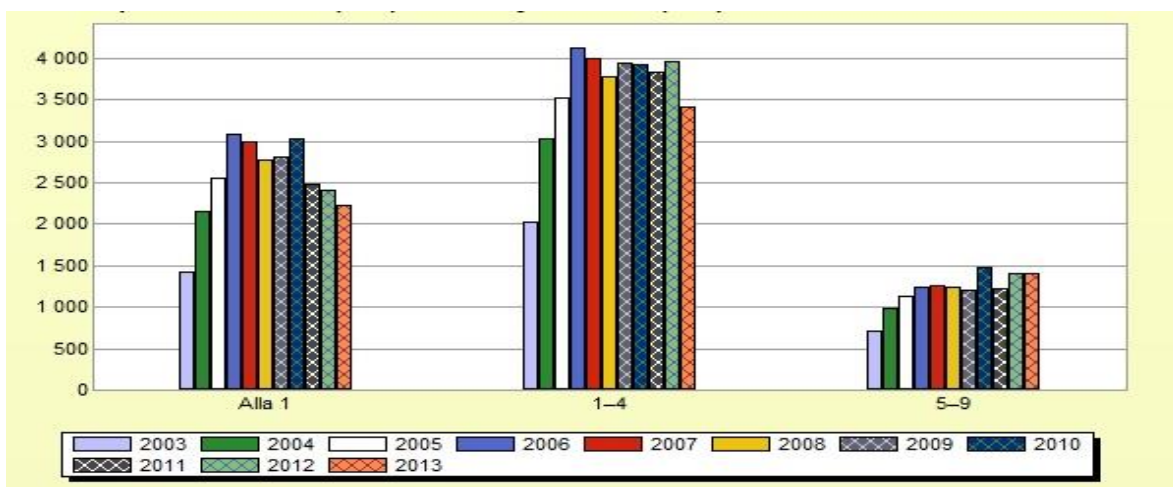


Рисунок 3. Количество детей в Эстонии, страдающих atopическим дерматитом за 2003 – 2013 годы (Tervise Arengu Instituut 2003 – 2013)

Бронхиальная астма является вторым по распространенности аллергических заболеваний в Эстонии (таблица 2 и рисунок 4).

Таблица 2. Количество детей в Эстонии, имеющих бронхиальную астму за 2003 – 2013 годы

Год	До 1 года	1–4 года	5–9 лет	Всего
2003	48	426	442	916
2004	35	631	572	1238
2005	77	892	691	1660
2006	61	1005	828	1894
2007	61	1161	1000	2222
2008	76	1338	1330	2744
2009	105	1431	1408	2944
2010	104	1578	1513	3195
2011	105	1860	1609	3574
2012	50	1605	1582	3237
2013	62	1530	1632	3224

Источник: Tervise Arengu Instituut 2003 – 2013

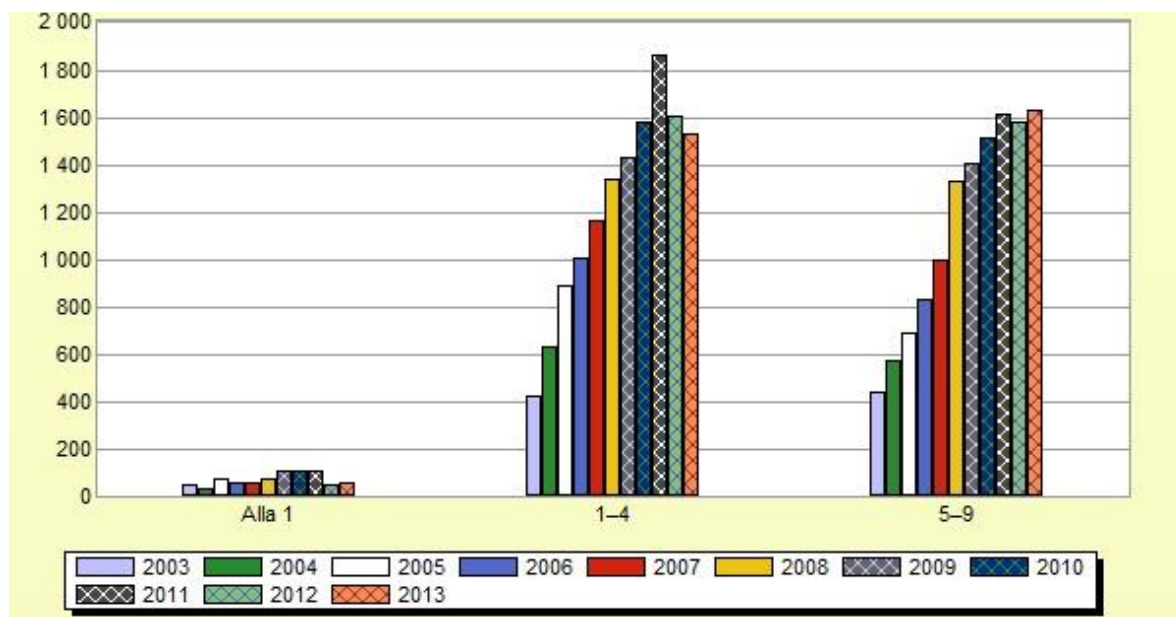


Рисунок 4. Количество детей в Эстонии, больных бронхиальной астмой за 2003 – 2013 годы (Tervise Arengu Instituut 2003 – 2013)

По данным Tervise Arengu Instituut показатели заболевания бронхиальной астмы у детей в Эстонии увеличились с 916 человек до 3224 человека. Рост составил на 2308 человек или в 3,5 раза. По данным таблицы 2 больше всего детей, больных бронхиальной астмой в возрасте от 1 до 4 лет и в возрасте от 5 до 9 лет. Меньше всего бронхиальная астма была обнаружена у детей до 1 года. Пик этого заболевания можно наблюдать в 2011-2012 годах. В последние годы количество детей, больных бронхиальной астмы в Эстонии, уменьшается в динамике.

Исходя из выше изложенного материала, автор работы делает вывод, что в Эстонии можно наблюдать рост числа аллергических заболеваний за 2003 – 2013 годы, особенно, это касается атопического дерматита и бронхиальной астмы. Положительная тенденция – это снижение в 2013 году количества больных детей с атопическим дерматитом на 732 ребенка или на 10%, и больных бронхиальной астмой на 13 человек по сравнению с 2012 годом.

1.3. Аллергены и виды аллергии у детей

Аллерген (allergenium; аллергия + греч. -genes порождающий) – это вещество антигенной или гаптенной природы, способное сенсибилизировать организм и вызывать аллергию (Покровский 2005: 29).

В ответ на попавшие в организм аллергены возникает аллергическая реакция в виде воспаления слизистой оболочки дыхательных путей, кожи или пищеварительного тракта. Реакцию вызывают антитела, возникшие в организме (Путник 2005: 4). Существуют различные виды аллергенов:

1. Пищевые продукты. У детей аллергию чаще всего вызывают яйца, рыба, сыр, шоколад, какао, клубника, цитрусовые, помидоры, орехи, мед и др. Для некоторых малышей аллергенами является коровье или даже материнское молоко. Аллергенность продуктов представлена в Приложении 1.
2. Пыльца. Во время цветения цветов, трав и деревьев (например, пыльца тополя, березы, ольхи, амброзии и др.) многие дети страдают аллергией.

3. Яд насекомых, пчел; корм для аквариумных рыбок.
4. Наиболее часто аллергическая реакция у детей появляется на шерсть (например, шерстяная одежда) или мех животных, птичий пух (например, в подушках) и др.
5. Домашняя пыль.
6. Химические вещества. Аллергия может проявляться на синтетические моющие средства, краски, средства для уничтожения сельскохозяйственных и домашних насекомых, косметические средства, лекарственные препараты.
7. Физические факторы. Холод и солнечное излучение.
8. Инфекционные аллергены. Аллергенами могут быть различные вирусы, микробы, глисты и болезнетворные грибы.

Аллергены могут проникать в организм через кожу, легкие, желудочно-кишечный тракт и при инъекциях.

В зависимости от различных видов аллергенов, которые указаны ниже, различают следующие разновидности аллергии:

- пищевая аллергия,
- поллиноз,
- инсектная аллергия,
- лекарственная аллергия,
- бытовая аллергия,
- инфекционная аллергия.

В структуре заболеваемости детей раннего возраста большой удельный вес приобрела патология, обусловленная непереносимостью пищевых продуктов, в особенности аллергия к их белковым компонентам. Наибольшую частоту атопической патологии у детей составляют аллергические заболевания кожи и бронхиальная астма (Федосеев 2001: 360).

Далее автором работы будут рассмотрены основные и распространенные виды аллергии и аллергических заболеваний у детей.

1.3.1. Пищевая аллергия

Начальной разновидностью аллергии является пищевая аллергия, которая часто возникает уже на первом году жизни (Юриссон 2011: 22).

Пищевая аллергия (a. alimentaria; син. А. алиментарная) – это аллергия к каким-либо пищевым продуктам (Покровский 2005: 30).

Пищевая аллергия – это болезнь, при которой иммунная система организма борется со считающимися обычно безопасными пищевыми белками, например, с содержащимися в молоке или куриных яйцах и т.п. Пищевая аллергия проявляется, как и большинство других заболеваний, в виде воспаления. У детей аллергическое воспаление часто проявляется в виде сыпи на коже (Юриссон 2011: 23).

Последнее исследование по изучению распространенности пищевой аллергии в странах Европы среди детей и взрослых показывает, что реакции пищевой непереносимости отмечаются (Vasar 2015: 3):

- 4% - среди подростков и взрослых
- 10% - среди детей
- 6-8% - младенцы
- 2-3% - у детей с аллергией на молоко
- 8-9% - у детей с аллергией на яйцо
- 30-40% у детей с атопическим дерматитом
- 6-8% - среди детей астматиков

Частота встречаемости пищевой непереносимости в странах различна. Так, самая низкая частота зарегистрирована в Австрии – 1,7%, в Германии – 3%, в Словении – 4,6%, самая высокая в Финляндии – 11,7% и Польше – 8,3% (Борисова и Смирнова 2011: 14).

Не выявлено различий распространенности пищевой аллергии в зависимости от пола. Так S. Bischoff, изучив сенсibilизацию к различным аллергенам у более 1000 больных, показал, что мальчики и девочки в равной степени восприимчивы к основным пищевым аллергенам (Bischoff 2005: 1092).

По данным эпидемиологических исследований в структуре аллергической патологии удельный вес пищевой аллергии среди детей составляет 40-70%, среди взрослых – до 10%. Выявлено, что дети с атопией (бронхиальная астма, атопический дерматит) чаще имеют пищевую аллергию, чем дети без атопии (Crawford, Blaisi 1991: 138).

Атопический дерматит – одно из основных проявлений пищевой аллергии с кожной сыпью (Юриссон 2011: 22).

Атопия (atoria) – (греч. нечто необычное, странность) – общее название аллергических болезней, в развитии которых значительная роль принадлежит наследственной предрасположенности к сенсibilизации, напр. поллинозы, аллергический ринит, крапивница (Покровский 2005: 105).

Для атопического дерматита характерна сверхчувствительная, сухая и зудящая кожа, расположение сыпи на теле зависит от возраста ребенка (Юриссон 2011: 22).

Пищевая аллергия может проявляться на коже и в виде крапивницы, которую характеризует зудящая сыпь в виде волдырей (Юриссон 2011: 22).

Если кожная сыпь не такая сильная и/или без зуда, но, тем не менее, она вызывает озабоченность, то также следует обратиться к врачу. Наблюдение и исследования могут не подтвердить диагноз аллергии. Несмотря на это, принципы лечения аллергических и неаллергических кожных воспалений схожие. Симптомы атопического дерматита и пищевой аллергии часто проходят с возрастом, причем более легкие формы - быстрее, чем сложные (Брукс 2003: 115).

Несколько реже пищевая аллергия проявляется в виде следующих симптомов (Брукс 2003: 115):

- желудочно-кишечные симптомы: боли от газов, отрыжка, рвота, тошнота, понос или запор, и др.;
- головные боли;
- проблемы с суставами и мышцами;
- симптомы в ротовой полости: язвочки во рту, зуд нёба, припухлость губ и языка;

- симптомы в носу и ушах: заложенность ушей, риниты;
- психологические симптомы: тревога, депрессия, утомление, гиперактивность у детей;
- кожные симптомы: отек губ, лица, языка, гиперемия лица, крапивница, отеки;
- симптомы истинной аллергической реакции с выделением иммуноглобулинов: экзема, сыпь вокруг рта, диарея, колики, быстрый отек губ, сильная рвота после приема пищи, обширная крапивница, свистящее дыхание, резкое падение артериального давления, боль в желудке.

Основными и наиболее информативными методами диагностирования пищевой аллергии являются элиминация (исключение) и провокация (новая проба), или метод проб и ошибок (рисунок 5).



Рисунок 5. Диагностика пищевой аллергии (Путник 2005: 28).

Целесообразно вести дневник питания. Если симптомы болезни проявляются быстро и интенсивно уже при приеме небольшого количества пищи, то при элиминации этого пищевого продукта следует соблюдать точность. Но бывают ситуации, когда легкое недомогание возникает только после большого количества съеденной пищи, и тогда не нужно полностью отказываться от этих продуктов. В этом случае вызвавший аллергию продукт нужно потреблять меньше и реже, что может даже помочь при формировании так называемой толерантности (переносимости). Необходимость исключения каждого пищевого продукта должна быть доказана и не должна приводить к недоеданию (Путник 2005: 28).

Для диагностики пищевой аллергии вызывающий подозрение продукт исключают из меню на 2-4 недели. После этого его пробуют осторожно и, начиная с маленьких количеств, вновь вводят в рацион. В случае необходимости врач назначает дополнительные исследования - кожные тесты и анализ крови. Дополнительные исследования не заменяют исключения продукта и его повторного введения в рацион. Если диагноз пищевой аллергии подтвердится, то вызывающий аллергию продукт исключают из рациона на 6-12 месяцев. Важно исключить его из меню, как в чистом, так и в скрытом виде (Юриссон 2011: 23).

1.3.2. Поллиноз

Поллиноз (pollinosis; лат. pollen, pollinis пыль, пыльца + -оз; син.: аллергия пыльцевая, лихорадка сенная, насморк сенной) - аллергическая болезнь из группы атопий, вызываемая пылью растений; характеризуется воспалительными изменениями, гл. обр. конъюнктивы и слизистых оболочек дыхательных путей (Покровский 2005: 940).

Поллинозом страдает приблизительно 4% населения. Существуют основные условия аллергенности (Менджерицкий, Сафронова 1996: 73-74):

1. Размер пылинок не должен превышать 35 мкм.
2. Концентрация пыльцевых зерен должна многократно превышать предельно допустимую.

3. Пыльца должна быть летучей, а потому самые зловердные растения – ветроопыляемые.

4. Растение должно быть широко распространенным.

Для больных или для тех, кто предрасположен к аллергии, следует знать, что наиболее угрожающие растения разделены на три группы (Таблица 3):

Таблица 3. Растения, опасные для аллергиков

1	Злаковые культуры и травы	Пшеница, овес, рожь, пырей ползучий, лисохвост, овсяница, тимофеевка
2	Сорные травы	Одуванчик, подорожник, щавель , крапива, полынь, золотарник
3	Деревья	Береза, клен, ольха, ива, тополь, лещина, вяз

Источник: (Менджерицкий, Сафронова 1996: 74)

Специалисты выделяют шесть особенностей поллиноза у детей (Менджерицкий , Сафронова 1996: 78):

1. Врожденные иммунодефицитные состояния: избирательная недостаточность секреторных IgA иммуноглобулинов, недостаточность фагоцитоза;дефицит Т-супрессорной активности.
2. Снижение барьерных функций слизистых оболочек дыхательных путей и, как следствие, частые респираторно-вирусные инфекции.
3. Сенсibilизация одновременно к нескольким аллергенам.
4. Пыльцевая сенсibilизация на фоне других аллергических заболеваний.
5. Сочетание пыльцевой и пищевой сенсibilизации.
6. Зависимый от возраста характер аллергических реакций и спектр пыльцевой сенсibilизации.

1.3.3. Перекрестная аллергия

Перекрестная аллергия – это аллергическая реакция на перекрестно-реагирующие (общие) антигены (Покровский 2005: 30).

У детей постарше и взрослых часто наблюдаются также перекрестные реакции между аллергенами на пыльцу и пищевыми аллергенами, например: при аллергии на березовую пыльцу появляется аллергия на яблоки, морковь, картофель, косточковые плоды. При пищевой аллергии состояние здоровья ребенка усугубляют шоколад, чипсы, сладкие напитки и сладости (Юриссон 2011: 24).

Состав многих продуктов питания похож на состав цветочной пыльцы, вызывающей аллергию. У людей с аллергией на цветочную пыльцу перекрестная аллергия выражается обострением аллергического насморка после употребления в пищу определенных продуктов. Кроме того, могут появиться зуд во рту, отеки десен и губ, сыпь вокруг рта, боль в животе. Редко наблюдаются также сухой кашель и затрудненное дыхание (Путник 2005: 22).

При тепловой обработке фруктов и овощей их аллергенные свойства могут немного уменьшиться. Но это не распространяется на многие приправы, орехи, семена и мед – они вообще не подходят людям с аллергией на цветочную пыльцу. В таблице 4 можно ознакомиться с перекрестной аллергией между цветочной пыльцой и продуктами питания.

Таблица 4. *Перекрестная аллергия между цветочной пыльцой и продуктами питания*

Цветочная пыльца	Продукт питания
Береза	Яблоки, вишня, сливы, персики, груши, киви, манго, дыня, цитрусовые, морковь, картофель, помидоры, брюква, сельдерей, паприка, орехи, миндаль
Луговые травы	Пшеничная мука, рожь, помидоры, орехи, семена
Полынь	Сельдерей, петрушка, брокколи, морковь, чеснок, паприка, мед, семена подсолнечника, приправы

Источник: Путник 2005: 22

Некоторым аллергикам не подходит только один продукт из списка таблицы 1, но для некоторых аллергеном может являться большинство перечисленных продуктов.

1.3.4. Инсектная аллергия

Инсектная аллергия – это аллергическая реакция, возникающая на укусы, ужаления насекомых, а также при контакте с насекомыми, вдыхании их частиц и экскрементов.

Инсектная аллергия может быть вызвана (Федосеев 2001: 296):

- ядом при ужалении насекомым;
- укусом кровососущих насекомых;
- ингаляцией чешуек или других фрагментов тел живых или мертвых насекомых;
- непосредственным контактом чешуек или фрагментов тел насекомых с кожей больного.

Аллергические и неаллергические реакции на укусы насекомых могут быть следующие (Faeltен 1987: 159)

1. Нормальная реакция: мгновенная боль, покраснение в месте укуса, вокруг которого образуется беловатая зона или красное пятно наподобие волдыря, зуд, раздражение, жжение. Все следы исчезают в течение нескольких часов.
2. Местная реакция: необычно сильный отек, боль и покраснение в районе укуса. Эти симптомы также пропадают через несколько часов.
3. Аллергия, или общая реакция организма:
 - Симптомы первой стадии: зуд вокруг глаз, частый сухой кашель, широкое распространение сыпи, спазмы горла, одышка, тошнота, рвота, боль в животе, головокружение.
 - Более серьезные симптомы: затрудненное дыхание, хрипы и нарушения речи, затруднение глотания, смятение, чувство надвигающейся беды.
 - Анафилаксия: цианоз (посинение кожи), понижение давления, потеря сознания или коллапс.
4. Токсическая реакция на многочисленные укусы: головная боль, понос, тошнота, лихорадка, сонливость, отеки, потеря сознания, судороги.
5. Замедленная реакция на укусы: головная боль, недомогание, сыпь, боль в суставах, поражение лимфатических желез.
6. Психологическая реакция: учащенное сердцебиение, быстрое поверхностное дыхание, слабость, головокружение.

Руководители дошкольных учреждений, на попечении которых находятся дети, имеющие предрасположенность к аллергическим заболеваниям или болеющие ими, придают этому вопросу особое значение. Наибольшего внимания требуют дошкольники, имеющие повышенную чувствительность на укусы насекомых, которые наиболее активны именно летом. Дети, посещающие в весенние, летние и ранние осенние месяцы дошкольные учреждения, могут пострадать от укуса жалящих насекомых на прогулке. Воспитатели должны знать элементарные правила поведения в подобной ситуации, чтобы неожиданно не оказаться беспомощными. Необходимо различать аллергию на яд и укусы насекомых (Желтикова-Вострокнутова 2009).

Аллергию на яд насекомых связывают с представителями отряда перепончатокрылых: в первую очередь осами и пчелами, а также шмелями, шершнями и муравьями. Эти насекомые используют жало для введения яда. Жало – это модифицированный яйцеклад, которым насекомые откладывают яйца, а яд содержится в модифицированных придаточных железах. При укусе только зазубренное жало пчелы после прокола кожи человека остается в жертве. У других жалящих перепончатокрылых оно гладкое и, как правило, способно вводить яд повторно. Муравьи же повреждают кожу ребенка челюстями и впрыскивают яд из желез, расположенных на заднем конце тела (Желтикова-Вострокнутова 2009).

Реакции на яд насекомых могут быть местные и системные, вплоть до анафилактического шока, который может привести к гибели ребенка. Как правило, пострадавший отделяется местной кожной реакцией, сопровождающейся небольшим покраснением, отеком и болью. Эти симптомы могут сохраняться в течение нескольких часов и до нескольких суток. Гораздо серьезнее системные реакции, которые могут развиваться при массовом нападении перепончатокрылых насекомых и/или когда ребенок страдает предрасположенностью к аллергии (Желтикова-Вострокнутова 2009).

Аллергия на комаров широко распространена, особенно среди детей. Такие же проблемы могут вызвать и мошки, слепни, оленьи кровососы и другие кровососущие насекомые. Аллергия на комаров выражается сначала в виде чешущихся волдырей, потом - в виде узелковой сыпи. Временами зуд может быть очень сильным. По мере

выздоровления зуд может, к сожалению, усилиться и, если ребенок снова расцарапает укушенное место, то получается замкнутый круг, и выздоровление занимает много времени. При новых укусах укушенные раньше места могут снова начать чесаться. Важным считают определенное количество укусов, начиная с которого, в организме возникает естественный иммунитет, или толерантность. (Юррисон 2011: 26).

Было замечено, что одних детей комары кусают больше, других меньше. Исследователи предположили, что это зависит от физиологии конкретного человека: от состава и количества пота, особенностей запахов и т. д. Дети обычно страдают больше, чем взрослые, поскольку их нежную кожу легче прокусить. Принято считать, что человек может выдержать от 200 до 500 укусов комаров, после чего развивается токсическая реакция. Однако у детей с предрасположенностью к аллергии часто даже единичные укусы могут вызвать аллергическую реакцию на слюну комаров. Поэтому так же, как и в случае с перепончатокрылыми насекомыми, воспитателям в первую очередь необходимо соблюдать некоторые меры предосторожности. Следует завешивать окна и двери мелкоячеистой сеткой, чтобы комары не проникли в помещения ДОО. Можно использовать репелленты – вещества, которые отпугивают насекомых. В настоящее время в магазинах есть большой выбор химических репеллентов. Однако нужно учитывать, что врачи не рекомендуют использовать эти вещества для маленьких детей, а также наносить эти препараты на кожу их лица. Репеллентом следует пропитать сетку, которой прикрывают детскую кроватку, окна. Естественные репелленты вырабатывают листья томатов, лаванды, гвоздики, аниса, кедра, эвкалипта и др. Если в помещение уже залетело много комаров, следует использовать инсектициды – вещества, убивающие этих насекомых. Наибольшее распространение в настоящее время получили фумиганты – вещества, которыми окуривают комаров (спирали, свечи, жидкости, пластинки). Можно использовать ультразвуковые отпугиватели (Желтикова-Вострокнутова 2009).

Меры предосторожности для детей, страдающих аллергией на яд насекомых представлены в Приложении 2.

Далее автор работы рассмотрит самые распространенные аллергические заболевания у детей, вызываемые различными аллергенами.

1.4. Аллергические заболевания у детей

1.4.1. Бронхиальная астма

Астма бронхиальная (*asthma bronchiale*) - аллергическая болезнь, характеризующаяся повторными приступами экспираторной одышки в связи с нарушением бронхиальной проходимости. Существует несколько видов бронхиальной астмы (Покровский 2005: 101):

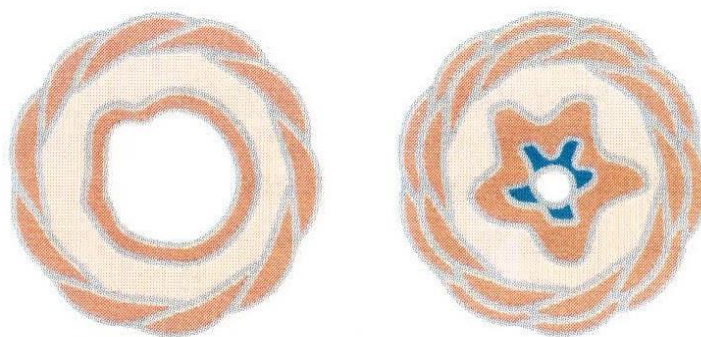
- 1) бронхиальная атопическая астма (*a. bronchiale atopicum*) - вариант неинфекционно-аллергической астмы, связанный с образованием реагинов;
- 2) бронхиальная гиперэозинофильная астма (*a. bronchiale hypereosinophilicum*) – астма, характеризующаяся высокой эозинофилией в крови и мокроте;
- 3) бронхиальная инфекционно-аллергическая (*a. bronchiale infectiosoallergicum*) - астма, вызываемая инфекционными аллергенами;
- 4) бронхиальная неинфекционно-аллергическая (*a. bronchiale noninfectiosoallergicum*) - астма, вызываемая неинфекционными аллергенами;
- 5) бронхиальная профессиональная (*a. bronchiale proffessionale*) - астма, вызываемая аллергенами, воздействующими на человека в условиях его производственной деятельности.

Бронхиальная астма – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, сопровождающееся сужением бронхов. Слизистая оболочка защищает организм от пыли, бактерий и пр. образованием слизи, которую клеточные реснички постепенно удаляют из легких. Кашель (резкие сокращения мышечного слоя бронхов) – это защитная реакция, направленная на удаление накопившейся слизи из дыхательных путей (Пладо 2005: 5).

При астме в бронхах возникает (рисунок 6) (Пладо 2005: 5):

- спазм, или сокращение, гладких мышц стенки бронха;
- отек слизистой оболочки;
- увеличение выделения слизи.

Из-за этих изменений затрудняется продвижение воздуха в дыхательных путях, что особенно сильно проявляется при выдохе, и возникают характерные для астмы проявления, или симптомы болезни.



Нормальный бронх.

Бронх во время приступа астмы.

Рисунок 6. Состояние бронхов у человека (Пладо 2005: 5)

Признаками астмы являются возникающие время от времени трудности с дыханием, долговременный и неподдающийся обычному лечению кашель и дыхание с присвистом. Приступ астмы возникает при вдыхании воздуха, содержащего аллергены. Состояние ухудшается также при физической нагрузке, т.к. дыхание ускоряется и становится более глубоким, и тем самым в дыхательные пути попадает больше аллергических частиц. В холодное время года холодный воздух также влияет раздражающе на дыхательные пути. Так, может случиться, что ребенок не сможет передвигаться в том же темпе, что и другие дети, присядет на корточки, сядет на пол и со временем даже начнет избегать нагрузки. Ребенок не сможет описать чувство нехватки воздуха, и со стороны может показаться, что ребенок капризничает. При вирусной инфекции симптомы астмы углубляются (Юриссон 2011: 24).

Факторы, вызывающие обострение бронхиальной астмы (Пладо 2005: 6):

- неинфекционные экзогенные аллергены,
- респираторно-вирусные инфекции,

- физическая нагрузка,
- эмоционально-стрессовая нагрузка,
- изменения метеорологических условий (холод, высокая влажность воздуха, гроза и др.),
- табачный дым,
- проживание в экологически неблагополучных районах,
- неадекватное лечение.

Педагогам следует обратить внимание на физическую нагрузку детей-астматиков. Физическая нагрузка ребенка, больного астмой, должна быть продуманна и приспособлена именно к его потребностям. Во время тренировки у ребенка укрепляются мышцы, увеличивается объем легких, благодаря чему улучшается снабжение организма кислородом. Увеличивается переносимость нагрузки ребенком, тем самым улучшается его самочувствие, повышается самооценка и укрепляется вера в себя (Приложение 3). В результате правильного лечения и индивидуально рассчитанной физической нагрузки ребенок, больной астмой, сможет хорошо чувствовать себя среди сверстников (Pärlist 1995: 41).

По мнению автора работы, педагогам и родителям необходимо, чтобы дети научились контролировать свою болезнь, тогда они смогут вести активный образ жизни, учиться в школе, заниматься физкультурой и спортом.

1.4.2. Аллергический ринит

Аллергический ринит (r. allergica) – это аллергическая реакция (чаще при поллинозе), проявляющийся отеком слизистой оболочки и выделением обильного слизистого секрета (Покровский 2005: 1049).

Аллергическим ринитом страдают около 5% дошкольников и 15-20% школьников. Для аллергического ринита характерны следующие симптомы – это водянистые выделения из носа, заложенность носа, зуд в носу, приступы чихания, жжение в глазах, покраснение и слезоточивость (Путник 2005: 21)

Аллергический ринит вызывают следующие аллергены: цветочная пыльца, аллергены, связанные с животными, домашняя или бытовая пыль, продукты питания (Путник 2005: 21):

Аллергический ринит может быть (Юриссон 2011: 25):

- 1) круглогодичным, будучи вызванным аллергенами внутренних помещений,
- 2) сезонным, т.е. возникающим в определенное время года, причиной бывает различная цветочная пыльца. Такой насморк начинается чаще всего в школьном возрасте, и проявляется он зудом в носу и глазах, мокрым насморком, чихании, кашле, а также покраснении глаз и слезоточивости. Симптомом может быть и «заложенный нос».

Вызванный цветочной пыльцой аллергический ринит называют еще поллинозом, или сенной лихорадкой. Последнее название обусловлено тем, что, помимо насморка, может появиться небольшая температура. Иногда может и першить в горле. Возникновение симптомов поллиноза бывает связано с цветением деревьев и растений, в Эстонии он может наблюдаться с февраля по октябрь. Признаки болезни выражаются более остро с мая по сентябрь, потому что наиболее часто аллергию вызывает именно пыльца цветущих в этот период березы, луговых трав и полыни (рисунок 7).



Рисунок 7. Пыльца цветущих растений, вызывающий поллиноз и аллергический насморк

В основном аллергический ринит вызывают ветроопыляемые растения и деревья. С наступлением осени аллергический насморк возникает у людей, страдающих аллергией на плесневые грибы, очень много спор плесневых грибов находится в воздухе во время таяния снега (Юриссон 2011: 22).

Круглогодичный аллергический ринит в основном вызывают домашние пылевые клещи, а также шерсть, перхоть, слюна и выделения домашних животных (Юриссон 2011: 23).

1.4.3. Крапивница и Отёк Квинке

В основе этих заболеваний – аллергические реакции немедленного типа, развивающиеся чаще в результате медикаментозного лечения и применения антибактериальных препаратов. Крапивница и отек Квинке возникают также в результате воздействия физических факторов (холод, солнце), пищевых продуктов, химических и растительных веществ (Голубев 2013: 17).

Крапивница (urticaria) - болезнь, характеризующаяся внезапным распространенным высыпанием зудящих волдырей, окруженных зоной артериальной гиперемии; обычно имеет аллергическую природу. Основные виды – это крапивница солнечная (u. solaris), возникающая после инсоляции и крапивница холодовая (u. e frigore), возникающая под влиянием холода (Покровский 2005: 596).

На коже и на слизистой гортани быстро появляются красные пятна и волдыри, которые очень сильно чешутся. Появление сыпи свидетельствует о проявлении воспалительной реакции и отека кожи. Часто крапивница проходит через несколько часов. Крапивница — это заболевание, для которого характерны внезапные и быстрые высыпания на разных участках кожи — это волдырики, похожие на ожоги крапивой (отсюда и название), или пятна, похожие на укусы комара. Высыпания могут сопровождаться сильным зудом. Сыпь может быть на любом участке кожи; величина высыпаний различна: от мелких пузырьков до крупных волдырей (Голубев 2013: 18).

Заболевание развивается в том случае, если имеется повышенная чувствительность организма к некоторым пищевым продуктам, лекарствам, укусам насекомых, теплу

или холоду. Причиной появления крапивницы могут быть и некоторые нарушения функций центральной нервной системы. Среди пищевых продуктов крапивницу могут вызывать шоколад, яйца, цитрусовые, клубника, сыр, грибы, иногда и рыба и т.д. В большинстве случаев проявления крапивницы исчезают через несколько часов или дней, следы не остаются. Но бывает и так, что крапивница принимает затяжной характер, при этом могут наблюдаться и общее недомогание, и повышение температуры. Следует знать, что волдыри могут появляться и на слизистой оболочке гортани, и это может стать причиной кашля или даже удушья (Голубев 2013: 18).

Квинке отек (oedema Quincke; Н. I. Quincke; син.: Квинке болезнь, крапивница гигантская, Милтона крапивница, отек ангионевротический, отек ограниченный острый) - аллергическая или наследственная болезнь, характеризующаяся остро развивающимся и спонтанно проходящим, нередко рецидивирующим отеком кожи и подкожной клетчатки или слизистых оболочек (Покровский 2005: 531).

Чаще всего причиной отека является лекарственная аллергия, пищевая аллергия, укусы насекомых, гельминты и простейшие, заболевания крови и аутоиммунные болезни (Голубев 2013: 18).

Основным проявлением является безболезненный ограниченный отек кожи, подкожной жировой ткани и/или слизистой оболочки, иногда сопровождающийся чувством распирания кожи. Отек плотный, при надавливании на него пальцем не остается следов. Над отеком кожа сохраняет свой первоначальный цвет. Чаще всего появляется в области губ, век, языка, мягкого нёба, ушных раковин, кистей, стоп, половых органов. Иногда может отмечаться отек гортани, трахеи и крупных бронхов, в таких случаях возникают сиплость голоса, ощущение нехватки воздуха, лающий кашель (Голубев 2013: 18).

При отеке слизистых желудочно - кишечного тракта наблюдаются диспептические явления. Появление отека в слизистой кишечника может привести к болям в животе, а в слизистой мочевого пузыря — к нарушению мочеиспускания. Особенно опасен отек слизистой оболочки гортани, который в тяжелых случаях приводит к удушью (асфиксии) (Голубев 2013: 18).

1.4.4. Анафилактический шок

Анафилактический шок возникает как резко выраженное проявление анафилаксии или атопии (Покровский 2005: 1341)

Анафилаксия (anaphylaxia; ана- + греч. phylaxis защита) - аллергическая реакция немедленного типа, возникающая при парентеральном введении аллергена (Покровский 2005: 48).

Первые симптомы анафилаксии обычно появляются через 5-30 минут после внутривенного или внутримышечного поступления аллергена или через несколько минут до 1 часа при попадании аллергена через рот. Иногда анафилактический шок может развиваться в течение нескольких секунд или возникнуть спустя несколько часов (очень редко). Чем раньше начало анафилактической реакции после контакта с аллергеном, тем тяжелее будет проходить её течение (Ткач 2014). В таблице 5 показано влияние анафилактического шока на различные органы и системы организма человека.

Таблица 5. Влияние анафилактического шока на различные органы и системы организма человека

Органы и системы	Симптомы и их описание
Кожа и слизистые оболочки	Жар, зуд, высыпания в виде крапивницы часто возникают на коже внутренней поверхности бедер, ладоней, подошв. Однако высыпания могут возникнуть в любой области тела. Отек в области лица, шеи (губы, веки, гортань), отек гениталий и/или нижних конечностей. При быстро развивающемся анафилактическом шоке кожные проявления могут отсутствовать или возникнуть позже. 90% анафилактических реакций сопровождаются крапивницей и отеком.
Дыхательная система	Заложенность носа, слизистые выделения из носа, хрипы, кашель, чувство отека горла, затрудненное дыхание, осиплость голоса. Данные симптомы встречаются у 50% пациентов с анафилаксией.
Сердечнососудистая система	Слабость, головокружение, снижение артериального давления, учащение пульса, боль в груди, возможна потеря сознания. Поражение сердечнососудистой системы встречается у 30-35% пациентов с анафилактическим шоком.
Желудочно-кишечный тракт	Нарушения глотания, тошнота, рвота, понос, спазмы кишечника, боли в области живота. Нарушения со стороны ЖКТ встречаются у 25-30% пациентов с анафилактическим шоком.
Центральная нервная система	Головная боль, слабость, туман перед глазами, возможны судороги.

Источник: Ткач 2014

Тяжесть анафилактического шока определяется промежутком времени от момента поступления аллергена до развития шоковой реакции (Швец, Фогель 2011).

1. Молниеносная форма развивается через 1–2 мин после поступления аллергена. Иногда больной не успевает даже предъявить жалобы. Молниеносный шок может возникать без предвестников или с их наличием (чувство жара, пульсация в голове, потеря сознания). При осмотре отмечается бледность или резкий цианоз кожи, судорожные подергивания, расширение зрачков, отсутствие реакции их на свет. Пульс на периферических сосудах не определяется. Тоны сердца резко ослаблены или не выслушиваются. Дыхание затруднено. При отеке слизистых оболочек верхних дыхательных путей дыхание отсутствует.
2. Тяжелая форма анафилактического шока развивается через 5–7 мин после введения аллергена. Больной жалуется на ощущение жара, нехватку воздуха, головную боль, боль в области сердца. Затем появляются цианоз или бледность кожи и слизистых оболочек, затрудненное дыхание, артериальное давление не определяется, пульс — только на магистральных сосудах. Тоны сердца ослаблены или не выслушиваются. Зрачки расширены, реакция их на свет резко снижена или отсутствует.
3. Анафилактический шок средней тяжести наблюдается через 30 мин после поступления аллергена. На коже появляются аллергические высыпания. В зависимости от характера предъявляемых жалоб и симптоматики различают 4 варианта анафилактического шока средней тяжести.
 - Кардиогенный вариант — наиболее распространенный. На первый план выступают симптомы сердечно-сосудистой недостаточности (тахикардия, нитевидный пульс, снижение артериального давления, ослабленные тоны сердца). Иногда — выраженная резкая бледность кожи (причина — спазм периферических сосудов), в других случаях отмечается мраморность кожи (причина — нарушение микроциркуляции). На электрокардиограмме — признаки ишемии сердца. Нарушение дыхательной функции не наблюдается.
 - Астмоидный, или асфиктический вариант. Дыхательная недостаточность проявляется бронхоспазмом. Может развиваться отек альвеолокапиллярной мембраны, блокируется газообмен. Иногда удушье обусловлено отеком гортани, трахеи с частичным или полным закрытием их просвета.

- Церебральный вариант. Наблюдаются: психомоторное возбуждение, чувство страха, сильная головная боль, потеря сознания, тонико-клонические судороги, сопровождающиеся непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией. В момент судорог может наступить остановка дыхания и сердца.
 - Абдоминальный вариант. Появляются резкая боль в верхней части брюшной полости, симптомы раздражения брюшины. Картина напоминает перфоративную язву или кишечную непроходимость.
5. Медленная форма — может развиваться в течение нескольких часов.

1.5. Оказание первой помощи педагогом ребенку с острыми аллергическими реакциями

Острая аллергическая реакция на любой продукт или вещество может проявляться по-разному: краснотой кожи, зудом, сыпью, отеками, кашлем и одышкой, иногда отмечается повышение температуры тела.

Основные приемы оказания первой помощи:

1. Если видно ухудшение состояния ребенка, связанное с аллергией, необходимо немедленно устранить воздействие аллергена. При поллинозе, инсектной аллергии – ребенка уводят с улицы, закрывают дома окна, двери. При аллергии на животных – прекращают контакт с животными и т.д.
2. Немедленно вызвать «КПРАВИ».

1.5.1. Первая помощь при анафилактическом шоке

1. Если у ребенка появились симптомы анафилактического шока, то надо немедленно вызвать «КПРАВИ»!
2. Устранить воздействие аллергена.
3. Больного следует уложить и повернуть ему голову на бок (профилактика аспирации рвотных масс и западения языка).
4. Освободить больного от стесняющих его предметов одежды (ослабьте ремень, расстегните ворот рубашки).

5. Обеспечить приток к ребенку свежего воздуха.
6. Следить за пульсом, давлением, дыханием больного.
7. После приезда докторов предоставить им информацию о точном времени начала реакции, симптомах, оказанной помощи.

1.5.2. Первая помощь при приступе бронхиальной астмы

Приступ проявляется свистящим дыханием, кашлем, одышкой и затруднением выдоха. Нередко больные принимают специфическую позу: садятся, опираясь на руки; лицо больного при этом может краснеть, на шее – вздуться вены. Иногда свистящие хрипы бывают слышны на расстоянии. Обычно приступы возникают у тех людей, у которых раньше они уже были, но могут появляться и в первый раз (Пладо 2005: 13).



Рисунок 8. Положения тела, способствующие облегчению приступа астмы (Пладо 2005: 13)

Первая помощь во время приступа астмы (Пладо 2005: 14):

1. Сохранять спокойствие. Постараться обеспечить ребенку чувство спокойствия и безопасности.
2. По возможности прекратить воздействие фактора, вызвавшего приступ (избегать аллергена).
3. Принять удобную позу (см. рисунок 8), постараться дышать спокойно и глубоко.
4. Произвести ингаляцию бронхорасширяющего лекарства.

5. Пить больше жидкости.

1.5.3. Первая помощь при укусе насекомых

На практике полностью оградить детей от укусов комаров не удастся. Поэтому надо уметь оказать первую помощь укушенному ребенку. Педагогам ДОУ необходимо знать, как надо себя вести в разных критических ситуациях, связанных с укусами насекомых (Желтикова-ВострокнUTOва 2009: 13).

Первая помощь при укусе перепончатокрылых (Желтикова-ВострокнUTOва 2009: 13):

- удалить жало (пчелы) из места укуса. Нельзя сдавливать жало, т. к. яд из желез может дополнительно проникнуть в ранку. Лучше использовать пинцет;
- положить что-нибудь холодное на место укуса;
- исключить возможность перегрева ребенка и физическую нагрузку;
- для снижения зуда можно дать ребенку антигистаминные препараты;
- в тяжелых случаях, особенно если насекомое попало в рот и там ужалило, необходимо срочно вызвать «KIIРABI».

Первая помощь при укусе комара (Желтикова-ВострокнUTOва 2009: 13):

- положить что-нибудь холодное на место укуса;
- снять зуд и отек от укуса с помощью спиртосодержащих настоек, которые могут оказаться под рукой: настойка календулы;
- при развитии аллергической реакции, сопровождающейся нарастающим отеком, тошнотой и даже затруднением дыхания, необходимо срочно обратиться к врачу.

1.5.4. Первая помощь при крапивнице и Отеке Квинке

При проявлении грозных симптомов крапивницы или отека Квинке педагог должен немедленно вызвать врача или «KIIРABI».

До прихода специалистов необходимо:

1. Исключить действие аллергена (отменить лекарство, вид пищи, вызывающий аллергию).
2. Уложить ребенка в постель.

1.5.5. Первая помощь при поллинозе

1. Покинуть место, где ребенку стало плохо, уйти туда где нет пыльцы (домой

или в какое-то помещение).

2. Сменить одежду, помыть ребенка.
3. Если ребенок чувствует резкое ухудшение состояния, затруднение дыхания, головокружение, боли в животе, слабость – вызвать «KIIIRABI».

1.6. Выводы по теоретической части

Аллергические заболевания являются распространенными болезнями среди взрослых и детей. Распространенность аллергических болезней связана с загрязнением окружающей среды, изменением образа жизни, питания населения, увеличения аллергенной нагрузки на детский организм.

Наиболее распространены бронхиальная астма, атопический дерматит, поллинозы, аллергический ринит.

Больным, которые страдают различными формами аллергии, следует максимально избегать контакта с аллергенами: пищевыми продуктами, насекомыми, пылью, пылью, лекарствами и т.д.

Педагогам детского дошкольного учреждения необходимо уметь определять симптомы аллергии у ребенка, различать легкие и тяжелые проявления аллергических реакций.

При возникновении аллергической реакции, следует устранить какой-либо контакт больного с аллергеном и вызвать «KIIIRABI», ждать прибытия врача.

Необходимо помнить, что аллергическая реакция может выражаться и в замедленной форме, при которой симптомы появляются не сразу, но со временем могут перерасти в тяжелую степень реакции.

2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

2.1. Цель и задачи исследования

В ходе исследования автором работы были поставлены следующие цели:

1. Исследовать знания педагогов детского дошкольного учреждения об аллергии у детей и об уходе за аллергичным ребёнком в условиях детского коллектива.
2. Составить обзор на основании соответствующих источников об аллергических заболеваниях, о наблюдениях.

Задачи исследования:

1. Проведение анкетирования педагогов и помощников педагогов на тему «Аллергические заболевания у детей в детском саду»
2. Статистический анализ посещаемости детей-аллергиков в детском саду (журнала посещаемости группы).

2.2. Выборка исследования

Автор работы провел исследование на базе одного детского сада города Таллинна.

Детский сад SITSI LASTEAED («sitsi» в переводе с эстонского означает «ситцевый») расположен в районе Пыхья-Таллинн недалеко от пляжа Штротка. Местоположение детского сада предоставляет прекрасные возможности для проведения учебно-воспитательных мероприятий на свежем воздухе не только на его территории, но и в парке, вблизи моря.

В детском саду созданы необходимые условия для всестороннего развития детей в возрасте от 1,5 до 7 лет – 12 различных групп (таблица 6).

Таблица 6. Группы в детском саду SITSI LASTEAED

№	Группа	Возраст
1	Ясли "Rukkilill"	1,6 - 3
2	Ясли "Karikakar"	1,6 - 3
3	Ясли "Kelluke"	1,6 - 3
4	Ясли "Sinilill"	2 - 3
5	Группа "Mooniõied"	3 - 4
6	Группа "Saialill"	3 - 4
7	Группа "Kannike"	4 - 5
8	Группа "Vesiroos"	4 - 5
9	Группа "Kullerkupp"	5 - 6
10	Группа "Pübeleht"	3 - 7
11	Группа "Võilill"	6 - 7
12	Группа языкового погружения "Päevalill"	6 - 7

Источник: SITSI LASTEAED 2015, составлено автором работы

В 2015 году детский сад посещало 252 ребенка.

В процессе исследования посещаемости детьми группы детского сада принимало участие 252 детей, из них 133 мальчиков и 119 девочек.

В исследовании на тему «Аллергические заболевания у детей в детском саду» приняло участие 24 педагога и частично 12 помощников педагогов.

Автор работы с целью существует ли проблема аллергических заболеваний у детей детского сада SITSI LASTEAED и какие знания имеют педагоги об этой проблеме провел анкетирование педагогов анализируемого дошкольного учреждения. В Приложении 4 представлена анкета для педагогов детского сада SITSI LASTEAED.

В анкетировании приняли участие педагоги и частично помощники педагогов (рисунок 9).

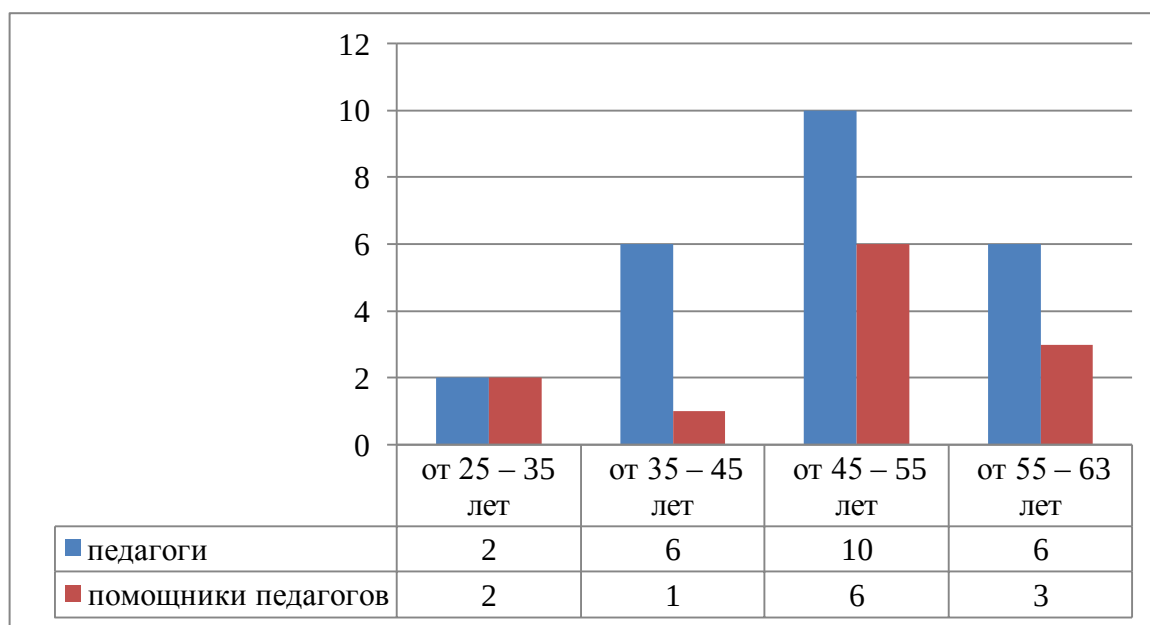


Рисунок 9. Количество педагогов и помощников педагогов в детском саду SITS I LASTEAED (составлено автором работы)

По данным рисунка 9 следует, что в детском саду SITS I LASTEAED 24 педагога и 12 помощников педагогов в возрасте от 25 до 63 лет.

По данным таблицы 7 педагоги детского сада SITS I LASTEAED имеют следующее образование и педагогический стаж работы в дошкольном учреждении.

Таблица 7. Образование и опыт работы (стаж) педагогов детского сада SITS I LASTEAED

Образование педагога	Количество	Опыт работы (педагогический стаж)	Количество
Средне специальное	11	До 5 лет	2
Высшее	8	От 5 лет до 10 лет	3
Курсы	5	От 10 лет до 20 лет	5
-		Более 20 лет	14
Всего педагогов	24	Всего педагогов	24

Источник: SITS I LASTEAED 2015

Из таблицы 7 следует, что 19 педагогов или 79% имеют средне специальное или высшее образование и у 19 педагогов (79%) опыт работы в детском саду более 10 лет.

2.3. Методика исследования

Период проведенного исследования «Аллергические заболевания у детей в детском саду»: февраль - апрель 2015 года.

Автор работы использовал следующие методы исследования:

1. Предварительным этапом исследования была беседа с медицинским работником данного учреждения. Период: февраль 2015 года до начала проведения анкетирования. Медицинский работник предоставил данные о детях, на основании медицинских карт (с разрешения), которые страдают аллергическими заболеваниями в данной группе, а также данные о всех детях-аллергиках детского сада SITSI LASTEAED.
2. Анкетирование педагогов и помощников педагогов детского сада. Цель анкетирования – выявление знаний педагогов и помощников педагогов об аллергических заболеваниях у детей. Данный метод заключается в том, что респондентам предлагаются опросные листы, в которых предлагаются вопросы закрытого типа. Период проведения анкетирования: февраль - март 2015 года. Анкета для педагогов и помощников педагогов составлена автором на основе беседы с медработником, в которой использовались закрытые вопросы. Анкетирование педагогов проводилось анонимно и индивидуально. С вопросами анкеты «Осведомленность педагогов об аллергических заболеваниях и особенностях ухода за ребенком-аллергиком в детском дошкольном учреждении» можно ознакомиться в Приложении 4.
3. Наблюдение за детьми-аллергиками. Период: апрель 2015 года. Автор работы проведет исследование посещаемости детей средней группы детского сада «Vesiroos» (см. Приложение 6: Дневник посещений детей-аллергиков группы детского сада SITSI LASTEAED). Для этого автор работы составил дневник/график посещаемости каждого ребенка по дням, где отмечалось отсутствие или присутствие каждого из детей.
4. Сравнение полученных результатов посещаемости детей с теми данными, которые были получены от медработника, на основании полученных результатов сделаны выводы.

2.4. Результаты исследования

В данном разделе представлены результаты наблюдения за детьми, беседы с медработником и выводы проведенного анкетирования.

Результаты анкетирования «Осведомленность педагогов об аллергических заболеваниях и особенностях ухода за ребенком-аллергиком в детском дошкольном учреждении» представлены ниже в таблицах и рисунках.

Вопросы анкеты: Есть ли в группе дети – аллергики (количество)? Количество детей – аллергиков?

Из рисунка 10 видно, что количество детей-аллергиков в 2015 году увеличилось на 2% и составило 15,1% (38 детей) по сравнению с 2014 годом – 13,1% (33 ребенка).

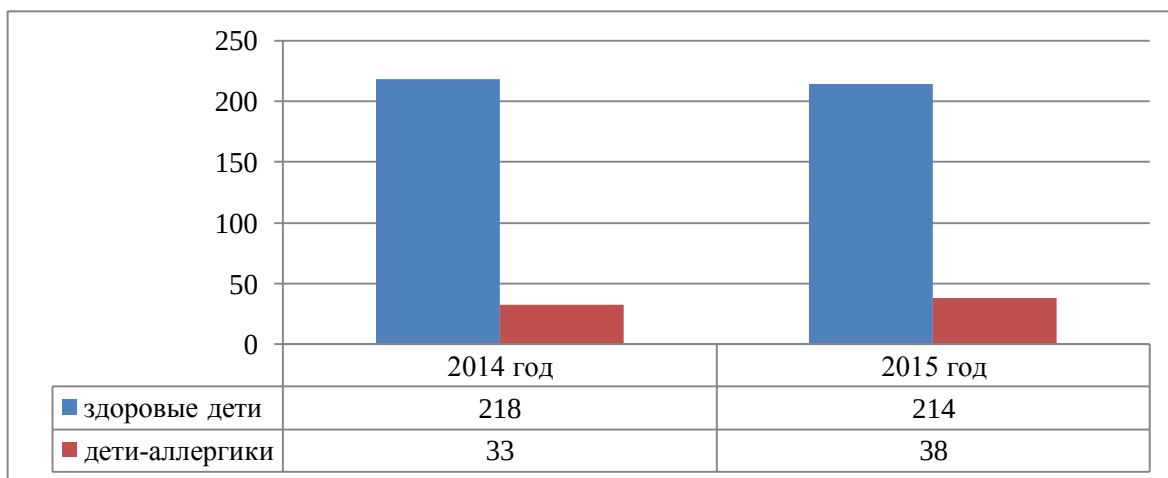


Рисунок 10. Количество здоровых детей и детей-аллергиков в детском саду SITSI LASTEAED, (составлено автором работы)

В таблица 8 представлено количество детей-аллергиков по возрастным группам.

Таблица 8. Количество детей-аллергиков по возрастным группам в детском саду SITSI LASTEAED

Возраст детей	2014 год	2015 год
1,6 - 3 года	7	10
3 - 5 лет	16	17
5 - 7 лет	10	11
Всего детей	33	38

Источник: SITSI LASTEAED 2015, составлено автором работы

По данным таблицы 8 следует, что больше всего детей, страдающих аллергическими заболеваниями, в возрасте от 3 до 5 лет около 50%. С возрастом у детей реакция на аллергию постепенно снижается в 2014 году – около 30%, в 2015 году – 28,9%.

Вопрос: Количество детей – аллергиков увеличилось за последние годы?

Педагоги детского сада SITS I LASTEAE D, а именно: 21 педагог, считают, что количество детей – аллергиков увеличилось за последние годы.

Вопрос: «Как вы получили информацию о детях-аллергиках?»

Результаты выглядели следующим образом:

- из анкетирования родителей (индивидуальная анкета для родителей на каждого ребенка) – 22 человека,
- из беседы с родителями – 24 человека,
- из собственных наблюдений – 8 человек.

Полученные результаты свидетельствуют о тесной и совместной работе педагогов с родителями с целью исключения несчастных случаев с детьми-аллергиками.

Вопрос: Дети с аллергией – это дети с особыми нуждами?

Воспитатели детского сада считают, что дети – аллергики – это дети с особыми нуждами: 29% (или 7 человек) или обычные дети: 71% (17 педагогов), т.е. большинство педагогов считают детей-аллергиков обычными детьми.

Большинству опрошенных педагогов известны такие аллергические реакции, как:

- отёк Квинке – 75% (или 18 человек),
- на укусы насекомых – 83,3% (или 20 человек),
- на продукты питания – 100% (или 24 человека).

Результаты исследования показали, что у детей детского сада SITS I LASTEAE D обнаружены следующие виды аллергии:

- пищевая аллергия,
- инсектная аллергия: контакты с насекомыми: осы, пчелы, комары,
- аллергия на цветочную пыльцу растений – поллиноз,

- аллергия на лекарства: витамины группы В, поливитамины, местные анестетики, йод, зеленка и т.д.,
- кожная аллергия: на лекарственные и косметические средства, средства бытовой химии и т.д.

На рисунке 11 можно увидеть количество детей-аллергиков с разными видами аллергии.

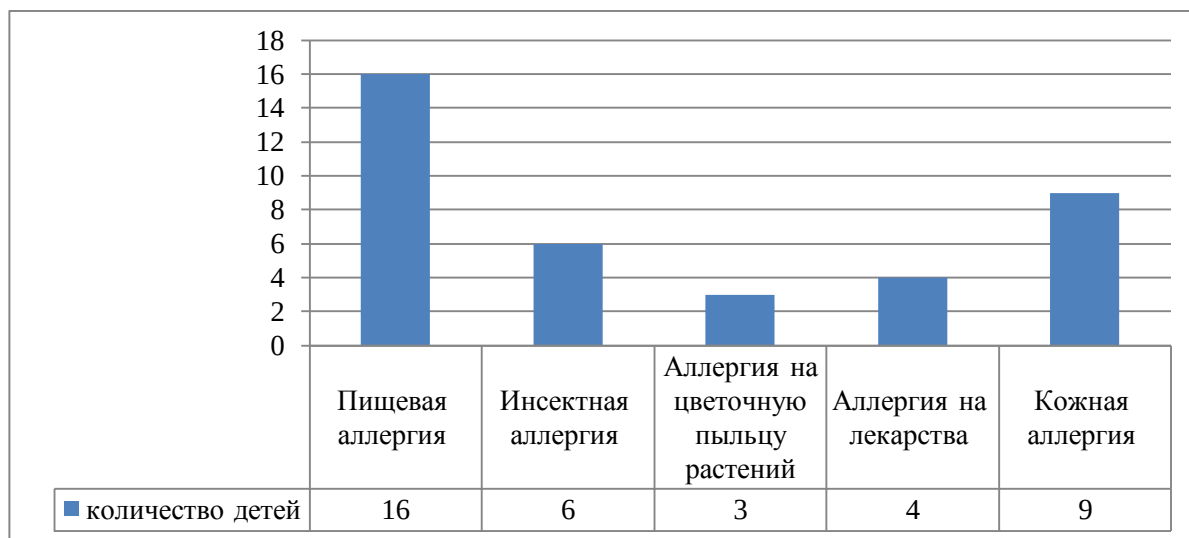


Рисунок 11. Количество детей, страдающих различными видами аллергии (составлено автором работы)

Из рисунка 11 следует, что больше всего детей страдают от пищевой аллергии – 16 детей-аллергиков или 42% от общего количества детей-аллергиков. На втором месте 23,6% (или 9 человек) – дети с кожной аллергией. Есть также дети, у которых была обнаружена аллергия на укусы насекомых (15,7% или 6 человек), аллергия на лекарства 10,5% (или 4 человека) и 7,9% (3 человека) с аллергией на цветочную пыльцу растений.

В ходе беседы с одним из педагогов, автор работы выяснил, что количество детей с признаками аллергий может увеличиться весной и летом в период цветения растений и прогулок на свежем воздухе весной и летом. Многие родители не знают, что у их ребенка может быть аллергия от укуса насекомых и это может быть обнаружено педагогом случайно после укуса насекомого. Поэтому очень важно, чтобы педагоги смогли оказать первую доврачебную помощь.

Если педагог видит признаки аллергии у ребенка, он может обратиться к медработнику детского сада. Медработник в детском саду работает на полставки (или частичная занятость), поэтому не всегда на месте и не может оперативно помочь ребенку.

Беседа с медработником детского сада

В ходе беседы (интервью) с медработником, автор работы получил следующую информацию о детях, страдающих аллергическими заболеваниями. По мнению медработника, самая острая проблема в детском саду – это пищевая аллергия. Дети с тяжелой формой аллергии в детский сад не принимаются, только с разрешения семейного врача и медицинской справки. Медработник знает и наблюдает детей-аллергиков в каждой группе, т.е. ведется четкий контроль.

В группе и на кухне есть список детей-аллергиков с пищевой аллергией с указанием запрещенных продуктов. При приготовлении пищи повара строго следят, например, чтобы не положить яйцо или молоко, т.е. откладывают небольшое количество или заменяют состав порции другими продуктами. Дополнительно ведётся контроль за питанием детей и помощником педагога, так как он получает питание из кухни и раскладывает порции в группе для всех детей. На рисунке 12 можно увидеть перечень продуктов, вызывающих аллергию у детей детского сада SITSI LASTEAED.

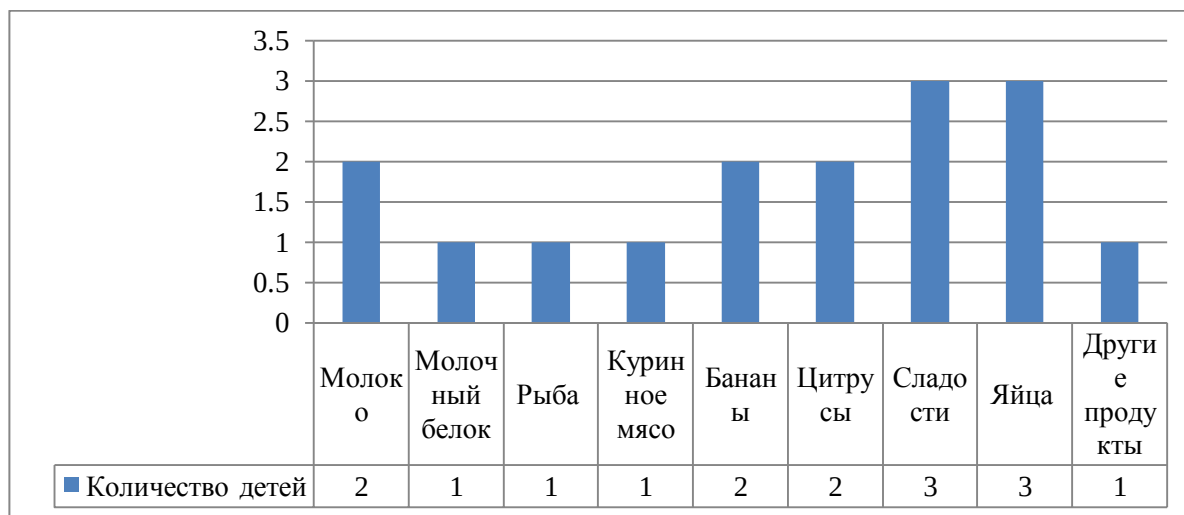


Рисунок 12. Продукты, на которые у детей аллергия в детском саду SITSI LASTEAED (составлено автором работы)

Больше всего у детей возникает аллергия на яйца (19%) и сладости (19%). По 12,5% аллергия на молоко, бананы и цитрусы. Также у детей можно наблюдать аллергию на молочный белок, рыбу, куриное мясо. Данные продукты строго запрещены детям-аллергикам. Гипоаллергенное питание для детей обеспечивает детский сад. Бывают исключения, когда родители приносят для своего ребенка определенные продукты (хлеб или др. продукты) на один день, так как хранение более одного дня запрещено в детском саду.

Еженедельно составляется меню поварами совместно с медработником, с которым можно предварительно ознакомиться в электронном виде на сайте детского сада или в группе (Приложение 5). Ответственный за составление меню – медработник детского сада SITSI LASTEAED.

Дети – аллергики и учебно-воспитательный процесс в детском саду

Вопрос: Как Вы считаете наличие у ребенка аллергии, требует специфического подхода в игровой и социальной деятельности?

Из полученных данных при анкетировании педагогов, автор работы обнаружил, что педагоги детского сада считают, что наличие у ребенка аллергии, не требует специфического подхода в игровой и социальной деятельности, а именно: 91,6% или 22 педагога. Только 2 педагога или 8,4% считают, что необходим специфический подход в игровой и социальной деятельности.

Вопрос: Отличается ли ребенок – аллергик в плане учебно-воспитательной деятельности от других детей?

По мнению педагогов детского сада (95,8% или 23 человека), дети-аллергики не отличаются в плане учебно-воспитательной деятельности от других детей.

Вопрос: Необходимо ли особое наблюдение и контроль учителя за ребенком аллергиком?

Педагоги детского сада (100% или 24 человека) считают, что необходимо наблюдение и контроль деятельности ребенка-аллергика.

В ходе исследования автора работы интересовало, проводятся ли профилактические мероприятия для детей – аллергиков в течение дня (Да / Нет)?, а именно:

- по закаливанию детей,
- дыхательная гимнастика,
- физические упражнения.

Результаты таковы: мероприятия по закаливанию детей-аллергиков не проводятся педагогами, дыхательную гимнастику проводят 79% (или 19 человек) и физические упражнения 91,6% (или 22 человека), т.е. большинство педагогов обращают внимание на физическое состояние детей-аллергиков.

Вопрос: Соблюдается ли щадящий режим для детей - аллергиков?

Автор работы обнаружил, что большинство педагогов детского сада не используют щадящий режим для детей – аллергиков. Только 12,5% (или 3 педагога) используют большее время для сна, и 4% педагогов занимаются индивидуальной работой с детьми-аллергиками и 4% педагогов используют сокращенное время организованных занятий. Этим занимается единственный педагог в детском саду в старшей группе, так как у ребенка тяжелая форма аллергии и к нему нужен особый подход.

Вопрос: Какие необходимы условия для комфортного пребывания и оздоровления детей с аллергическими заболеваниями?

По мнению педагогов детского сада необходимы следующие условия для комфортного пребывания и оздоровления детей с аллергическими заболеваниями:

- гипоаллергенные условия быта,
- щадящий режим,
- гипоаллергенное питание.

Все педагоги (100%) считают, что детям-аллергикам необходимы гипоаллергенные условия быта и гипоаллергенное питание. 91,6% педагогов полагают, что детям-аллергикам нужен щадящий режим.

Вопрос: Целесообразно ли создание специализированных групп или детских садов для детей-аллергиков?

Исходя из проведенного исследования в детском саду, автор работы и большинство педагогов детского сада (87,5% или 21 педагог) считают, что отсутствует необходимость в создании специализированных групп и детских садов на данный момент. Если в будущем, если число детей-аллергиков будет увеличиваться, то встанет вопрос об открытии специализированной группы в детском саду.

Вопрос: Необходимо ли Вам повышение своей компетенции в вопросах аллергии и оказание помощи?

Педагоги детского сада SITSI LASTEAED, а именно: 24 педагога, считают, что им необходимо повышение своей компетенции в вопросах аллергии и оказание помощи детям.

Вопрос: Какие методы для Вас лучше подойдут?

По мнению педагогов можно было провести курсы, семинары и создать инструкции об оказании первой помощи детям (рисунок 13).

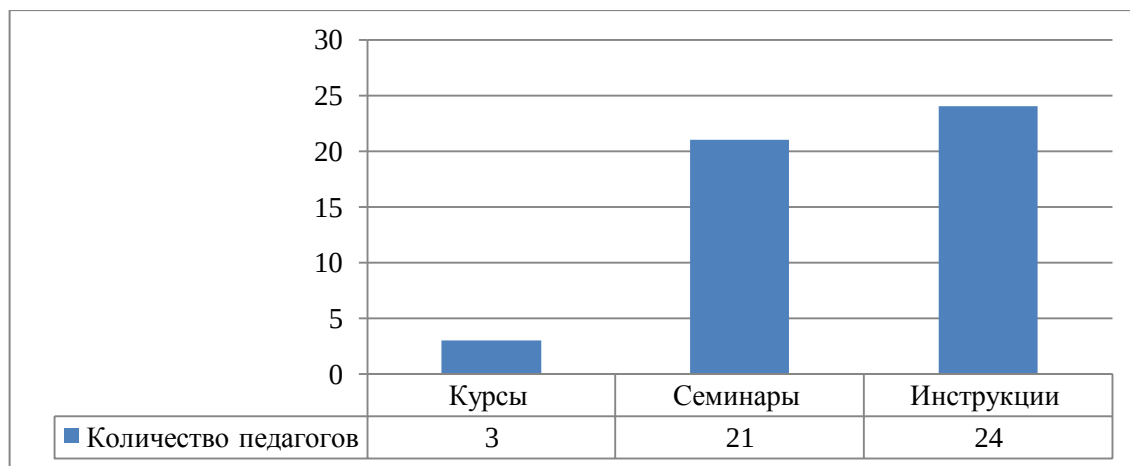


Рисунок 13. Методы повышения квалификации педагогов об аллергии у детей (составлено автором работы)

Из рисунка 13 следует, что педагогам необходима четкая инструкция об оказании первой помощи, результат – 100% (24 педагога). Также было бы полезно провести семинары на темы: «Аллергия и дети», «Оказание первой помощи» и т.д.

По мнению автора работы, как отрицательный момент – это отсутствие у педагогов инструкции действий педагога на случай возникновения у ребенка острой аллергической реакции или других экстренно-медицинских ситуаций.

Наблюдение за детьми-аллергиками

Период: апрель 2015 года.

Автор работы провел исследование посещаемости детей средней группы детского сада «Vesiroos» (см. Приложение 6: Дневник посещений детей-аллергиков группы детского сада SITSI LASTEAED). Для этого автор работы составил дневник/график посещаемости каждого ребенка по дням, где отмечалось отсутствие или присутствие каждого из детей.

Результаты исследования за апрель 2015 года показали, что дети-аллергики в группе часто не посещали детский сад и более 50% дней отсутствовали в садике из-за болезней.

В ходе данного наблюдения за посещаемостью детей группы «Vesiroos» детского сада видно, что 9 детей-аллергиков (37%) посещали детский сад менее 50%. По данным медработника, именно эти дети страдают аллергическими проявлениями в различной форме.

Поэтому автор работы делает вывод, что посещаемость детей, которые не подвержены аллергическим заболеваниям больше, чем у детей страдающих.

2.5. Выводы по практической части

Автором было предложено анкетирование педагогов детского сада SITSI LASTEAED с целью выявления знаний педагогов и помощников педагогов об аллергических заболеваниях у детей.

В результате проведенного анкетирования выяснилось, что знания у педагогов об аллергических заболеваниях на высоком уровне. Большинству опрошенных

педагогов известны такие аллергические реакции, как отёк Квинке – 75% (или 18 человек), на укусы насекомых – 83,3% (или 20 человек), на продукты питания – 100% (или 24 человека).

Но все педагоги считают, а именно 24, что им необходимо повышение своей компетенции в вопросах аллергии и оказание помощи детям. Педагоги недостаточно получают информации по вопросам профилактики и предупреждения аллергических заболеваний у детей дошкольного возраста. В детском саду отсутствует четкая инструкция инструкции действий педагога на случай возникновения у ребенка острой аллергической реакции или других экстренно-медицинских ситуаций.

Педагоги считают, что количество детей-аллергиков увеличилось в 2015 году на 2% или 5 детей по сравнению с 2014 годом. Больше всего детей, страдающих аллергическими заболеваниями, в возрасте от 3 до 5 лет около 50%. С возрастом у детей реакция на аллергию постепенно снижается в 2014 году – около 30%, в 2015 году – 28,9%.

Анкетирование показало, что больше всего детей страдают от пищевой аллергии – 16 детей-аллергиков или 42% от общего количества детей-аллергиков в детском саду. На втором месте 23,6% (или 9 человек) – дети с кожной аллергией. Есть также дети, у которых была обнаружена аллергия на укусы насекомых (15,7% или 6 человек), аллергия на лекарства 10,5% (или 4 человека) и 7,9% (3 человека) с аллергией на цветочную пыльцу растений.

Автором работы на базе группы «Vesiroos» детского сада провел анализ посещаемости детей в течение одного месяца (апрель 2015 год). Для этого целый месяц фиксировалась посещаемость каждого ребенка группы. На основании данного наблюдения был сделан следующий вывод, что 9 детей-аллергиков (37%) данной группы посещали детский сад менее 50% дней.

Использование разнообразных методов, таких как наблюдение, беседа (интервью с медработником), анкетирование педагогов дали возможность автору данной работы добиться достижения намеченных целей.

2.6. Рекомендации педагогам детского сада SITSI LASTEAED

Автор работы рекомендует руководству детского сада SITSI LASTEAED:

1. Проводить ежедневную влажную уборку помещений, сквозное проветривание.
2. Использовать гипоаллергенное постельное белье.
3. Исключить животных и цветущие растения, а также исключить контакт детей с веществами, имеющими сильный раздражающий запах;
4. Использовать очиститель воздуха в группах.
5. Использовать щадящий режим для детей-аллергиков:
 - неограниченность во времени дневного сна;
 - увеличение двигательной активности во время пребывания ребенка в детском саду;
 - ограничение времени прогулки во время появления пыльцы растений.
6. Составить инструкцию действий педагога на случай возникновения у ребенка острой аллергической реакции или других экстренно-медицинских ситуаций
7. Проводить лекции и семинары с оздоровительной тематикой: «Пищевая аллергия. Питание детей, имеющих аллергические заболевания», «Профилактика аллергических заболеваний», «Организация среды пребывания детей, имеющих аллергические заболевания» и т.д.
8. Устраивать практические занятия по обучению педагогов оздоровительным методикам и проведению оздоровительных мероприятий.
9. Организовывать курсы повышения квалификации педагогам.
10. Посещать открытые мероприятия с оздоровительной тематикой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время одной из приоритетных задач, стоящих перед педагогами, является сохранение здоровья детей в процессе воспитания и обучения. Поэтому главными задачами по укреплению здоровья детей в детском саду являются формирование у них представлений о здоровье как одной из главных ценностей жизни, формирование здорового образа жизни.

В детском саду SITS I LASTEAD созданы все условия для обеспечения психологического благополучия ребенка, а также благоприятные условия для комфортного пребывания и оздоровления детей с аллергическими заболеваниями:

1. Создана психологически комфортная и гармоничная развивающая среда, учитывающая возрастные особенности и интересы детей.
2. Разработан оптимальный двигательный режим, так как физкультурные занятия способствуют оптимальному развитию физических качеств детей и их физической подготовленности.
3. Проводится лечебно-профилактическая работа, которая включает следующее:
 - Гипоаллергенное питание. Питание детей, имеющих аллергические заболевания, осуществляется с учетом особенностей заболевания; исключением продуктов, вызывающих аллергическую реакцию; в соответствии с примерным 7-дневным меню. При составлении меню в рационы включаются низкоаллергенные продукты с соответствующим перерасчетом пищевой ценности рационов на основании таблицы замены продуктов питания. Индивидуальные противопоказания вносятся в индивидуальную медицинскую карту и в аллерголист, дубликат которого находится в группах. На основании этих данных производится индивидуальное питание детей.
 - Рефлексотерапия. Ежедневное проведение воспитателями оздоровительных гимнастик (дыхательной, пальчиковой), игрового массажа, самомассажа пальцев, лечебно-профилактических игр и упражнений (профилактика заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата). На занятиях по физической культуре помимо

оздоровительных гимнастик и упражнений, которые обязательно включаются в каждое занятие.

- **Закаливание.** Система закаливания, реализуемая в детском саду, основана с учетом сезонности, учета возраста и состояния здоровья детей. Система включает в себя все виды закаливания: режим проветривания в течение дня, режим теплового комфорта, выбор одежды детей в помещении и на улице, воздушные ванны после сна, сон без маечек, воздушно-солнечные ванны на прогулке (весенне-летний период).

В ходе проведенного исследования автор работы делает следующие выводы:

1. В детском саду SITSI LASTEAEED есть дети, страдающие аллергией, и с каждым годом количество детей-аллергиков увеличивается:
 - в 2014 году – 33 ребенка или 13,1%,
 - в 2015 году – 38 детей или 15,1%. Рост составил 2%.
2. Больше всего детей, страдающих аллергическими заболеваниями, в возрасте от 3 до 5 лет около 50%. С возрастом у детей реакция на аллергию постепенно снижается в 2014 году – около 30%, в 2015 году – 28,9%.
3. Больше всего детей страдают от пищевой аллергии – 16 детей-аллергиков или 42% от общего количества детей-аллергиков в детском саду. На втором месте 9 человек или 23,6% – дети с кожной аллергией. Есть также дети, у которых была обнаружена аллергия на укусы насекомых 6 человек или 15,7%, аллергия на лекарства 4 человека или 10,5%, и 3 человека (7,9%) с аллергией на цветочную пыльцу растений.
4. Педагоги считают, что у детей, страдающих аллергическими заболеваниями, чаще отмечаются нарушения физического статуса (как пониженная, так и избыточная масса тела), различные отклонения в поведении (повышенная раздражительность, беспокойный сон), пониженная сопротивляемость к инфекциям.
5. Педагогам детского сада необходимо проводить совместно с родителями профилактику аллергических заболеваний у детей, так как общими усилиями детского сада и семьи можно достигнуть желаемого результата.

Автор работы рекомендует руководству детского сада:

1. Проводить ежедневную влажную уборку помещений, сквозное проветривание.
2. Использовать гипоаллергенное постельное белье.
3. Исключить животных и цветущие растения, а также исключить контакт детей с веществами, имеющими сильный раздражающий запах;
4. Использовать очиститель воздуха в группах.
5. Использовать щадящий режим для детей-аллергиков:
 - неограниченность во времени дневного сна;
 - увеличение двигательной активности во время пребывания ребенка в детском саду;
 - ограничение времени прогулки во время появления пыльцы растений.

Педагог должен обращать внимание, если:

1. У ребенка регулярно возникает насморк, чихание, слезятся глаза, появляются высыпания на коже, есть повод задуматься об аллергии.
2. Есть ли у симптомов зависимость от каких-либо внешних факторов.
3. Если насморк с обильным прозрачным отделяемым регулярно возникает в одном и том же помещении и пропадает в другом месте, скорее всего, это аллергия.
4. Отличать аллергические симптомы от простудных можно по отсутствию повышенной температуры тела, слабости, характерных для ОРВИ.

Автор работы предлагает руководству детского сада SITSI LASTEAED проводить:

1. Лекции с оздоровительной тематикой: «Пищевая аллергия. Питание детей, имеющих аллергические заболевания», «Профилактика аллергических заболеваний», «Организация среды пребывания детей, имеющих аллергические заболевания» и т.д.
2. Практические занятия по обучению педагогов оздоровительным методикам и проведению оздоровительных мероприятий.
3. Курсы повышения квалификации педагогам.
4. Посещение открытых мероприятий с оздоровительной тематикой.

В ходе исследования было проведено наблюдение, в котором воспитатели одной из группы детского сада SITSI LASTEAED вели дневник посещений детей в группе.

Данные за апрель 2015 года показали, что дети-аллергики в группе более 50% дней отсутствовали в садике из-за болезней.

Цель и задачи автором работы достигнута.

RESÜMEE

Töö teema „Koolieelsete lasteasutuste õpetajate teadmised allergiliste haigustega seonduvatest probleemidest lasteasutuses“ on aktuaalne, kuna viimastel aastatel täheldatakse allergiliste haigestumiste kasvu nii lastel kui ka täiskasvanutel.

Uuringu objekt: Sitsi Lasteaia õpetajad.

Uuringu teema: koolieelse lasteasutuse õpetajate teadmised allergilistest haigustest.

Töö eesmärk: uurida koolieelse lasteasutuse õpetajate teadmisi laste allergiast ja allergilise lapse hooldamisest lasteasutuse tingimustes.

Lõputöö eesmärkide saavutamiseks olid püstitatud järgmised ülesanded:

1. Tutvuda allergilisi haigusi kirjeldavate teadustöödega.
2. Uurida õpetajate teadmisi allergilistest haigustest ja allergiliste laste hooldamise iseärasustest.
3. Analüüsida pedagoogide ja meditsiinitöötaja anketeerimise tulemusi.
4. Teha lasteaia juhtkonnale ettepanekud allergeene ja allergilisi haigusi tutvustava informatsiooni uuendamiseks ja täiendamiseks.

Lõputöös seatud eesmärkide saavutamiseks kasutas autor selliseid meetodeid nagu jälgimine, dokumentide analüüs, tulemuste võrdlemine ja üldistamine, intervjuud õpetajate ja meditsiinitöötajaga, lasteaia õpetajate anketeerimine.

Lõputöö koosneb tiitellehest, sisukorrast, sissejuhatusest, põhiosast, mis koosneb kahest peatükist; kokkuvõttest, kasutatud kirjanduse loetelust ja lisadest.

Lõputöö esimeses peatükis vaadeldakse antud teemaga seonduvat teoreetilist osa - mis on allergia, allergia tüübid, allergilised haigused, allergilisele lapsele esmaabi osutamine õpetaja poolt, aga ka statistilised andmed laste allergiasse haigestumise kohta Eestis.

Lõputöö teises peatükis uuritakse anketeerimise, vestluse ja ülitundlike laste vaatluse tulemusi, analüüsitakse olukorda lasteaias ja selgitatakse välja Sitsi lasteaia allergiliste lastega seotud probleemid.

Uuringute käigus jõuab autor järeldusele, et allergiasse haigestumine saab alguse juba lapse varases eas. Laste seas kõige levinumad allergiasse haigestumised Eestis on:

- atoopiline dermatiit – 19% lastest,
- bronhiaalastma – 6% lastest,
- allergiline riniit – 5% lastest,
- nõgestõbi – 4,5% lastest.

Sitsi Lasteaias on ülitundlikke lapsi ja nende arv kasvab iga aastaga: 2014. aastal 33 last ehk 13,1%, aga 2015. aastal juba 38 last ehk 15,1%. Kasv 2%.

Kõige enam on allergiate all kannatavaid lapsi vanuses 3-5 aastat ehk siis 50% lastest. Vanuse kasvuga laste allergilised reaktsioonid järk-järgult vähenevad – kui 2014. aastal oli allergikuid 30%, siis 2015. aastal 28,9%.

Kõige rohkem on laste seas levinud toiduallergia – 16 last ehk 42% kõigist lasteaia allergilistest lastest. Teisel kohal on nahaallergia – 9 last ehk 23,6% kõigist lasteaia allergilistest lastest. 6 last ehk 15,7% on allergilised putukahammustustele, ravimite talumatus on 4. lapsel ehk 10,5% ja 3. lapsel on õietolmuallergia.

Õpetajad on märganud, et ülitundlikkuse all kannatavatel lastel on sageli kõrvalekalded ka füüsilises arengus (nii üle- kui ka alakaal), mitmesugused kõrvalekalded lapse käitumises (liigne ärrituvus, rahutu uni), nõrgenenud vastupanu nakkustele.

Õpetajad ja lapsevanemad peavad ühiselt tegelema laste allergiliste haiguste ennetamisega, sest ainult lasteia ja perekonna ühiste pingutustega on võimalik jõuda soovitud tulemusteni.

Töö autor soovib Sitsi Lasteaia juhtkonnale järgmist:

1. Teha lasteaia ruumides iga päev niiske koristus ja tuulutada tõmbetuulega.
2. Kasutada hüpoallergilist voodipesu.

3. Vältida loomade ja õitsvate taimede sattumist lasteaias ruumidesse ning vältida laste kokkupuude tugeva ärritava lõhnaga esemetega.
4. Kasutada gruppides õhupuhasteid.
5. Koostada allergilistele lastele säästev, rohkem nende laste eripära arvestav päevakava:
 - mitte piirata allergiliste laste päevast uneaega;
 - suurendada allergilise lapse lasteaias viibimise ajal tema kehalist aktiivsust;
 - piirata õietolmuühikutel päevadel allergeenide suhtes tundlike laste väljas viibimise aega.

Õpetaja peaks pöörama tähelepanu järgmistele sümptomitele:

1. Kui lapsel on pidevalt nohu, ta aevastab sageli, silmad jooksevad vett või nahale tekib lööve, on põhjust kahtlustada allergiat.
2. Tuleb jälgida, kas sümptomite ilmumine langeb kokku mingi välise teguri ilmumisega.
3. Kui rohke selge eritisega nohu tekib iga kord seoses lapse viibimisega mingis kindlas ruumis ja kaob teises ruumis, siis võib tegemist olla allergiaga.
4. Allergilisi sümptomeid on võimalik eristada külmetushaigustest, kui lapse kehatemperatuur ei ole tõusnud ja lapsel ei esine nõrkustunnet, mis on iseloomulikud ägedatele respiratoorsetele viirusnakkustele.

Lõputöö autor on oma ülesanded täitnud ja eesmärgi saavutanud.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. *Бахман – Бахман Д.* Аллергия у детей. Москва: «РОСМЭН», 1998.
2. *Борисова – Борисова И., Смирнова С.* Пищевая аллергия у детей. Красноярск, 2011.
3. *Брукс – Брукс П.* Аллергия. Полный справочник. Москва: ОЛМА – ПРЕСС, 2013.
4. *Голубев – Голубев В.* Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста. Санкт-Петербург, 2013.
5. *Кийскюла – Кийскюла М., Нигуль К., Пладо С., Путник У.* Аллергия. Таллинн, 2005.
6. *Менджеричкий – Менджеричкий И., Сафронова Т.* Аллергия у детей. Ростов-на-Дону: Феникс, 2003.
7. *Покровский – Покровский В.* Энциклопедический словарь медицинских терминов. Москва: Медицина, 2005.
8. *Федосеев – Федосеев Г.* Частная аллергология. Том 2. Санкт-Петербург: «Нордмед-Издат», 2001.
9. *Laaniste – Laaniste M.* Abiks allergikutele. Allergia ABC, 2012.
10. *Pärlist – Pärlist M.* Laps ja allergia. Tallinn: «Valgus», 1995.
11. *Savisaar – Savisaar M.* Allergia ja ristallergia - uus hooaeg on alanud. SA TÜK kopsukliinik- Loeng. 2015.
12. *Vasar – Vasar M.* Toiduallergia ja toidutalumatus. Tartu Ülikooli Lastekliinik. Loeng. 2015.
13. *Возрастная – Возрастная анатомия и физиология и основы педиатрии детей раннего и дошкольного возраста.* [Электронный документ]. URL: <https://lib.nspu.ru/umk/6121f7924a06cad8/t5/ch4.html> Проверено: 18.02.2015.
14. *Желтикова-Вострокнутова – Желтикова-Вострокнутова Т.* Оказание помощи детям-аллергикам при укусах насекомых // Справочник старшего воспитателя. [Электронный документ]. URL: <https://docs.google.com/document/d/1g0TZ8KAi6vj93ihKEtYqJphbrX0T45BORfHkHSy2hJg/edit> Проверено: 10.03.2015.

15. *Лаврентьев – Лаврентьев А.* Общий взгляд на развитие аллергических заболеваний у детей. [Электронный документ]. URL: <http://www.gabrich.com/science/programma.html> Проверено: 12.02.2015.
16. *Ткач - Ткач И.* Анафилактический шок. Причины, симптомы, алгоритм оказания первой неотложной помощи, лечение, профилактика. 2014. [Электронный документ]. URL: <http://www.polismed.com/articles-anafilakticheskiy-shok-01.html> Проверено: 11.06.2015.
17. *Швец, Фогель – Швец Н., Фогель Е.* Анафилактический шок: диагностика, неотложная помощь. [Электронный документ]. URL: <http://m-l.com.ua/?aid=868> Проверено: 11.06.2015.
18. *Bischoff – Bischoff S.* Gastrointestinal food allergy: new insights into pathophysiology and clinical perspectives. Gastroenterology. 2005.
19. *Crawford – Crawford L., Blaisi M.* Food allergy in childhood. Comprehensive Therapy // 1991. Vol.86. № 1. P. 138-139.
20. *Faelten – Faelten S.* The Allergy Self-Help Book. Emmaus. Rodale Press, 1987.
21. *Atoopiline dermatiit – Atoopiline dermatiit (L20).* Tervise Arengu Instituut. 2013. [Электронный документ]. URL: http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/igraph/MakeGraph.asp?onpx=y&pxfile=EH102015610403317.px&PLanguage=2&menu=y&gr_type=1 Проверено: 10.06.2015.
22. *Bronhiaalastma - Bronhiaalastma, astmaatilise seisund (J45 – J46).* Tervise Arengu Instituut. 2013. [Электронный документ]. URL: http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/igraph/MakeGraph.asp?onpx=y&pxfile=EH102015610493357.px&PLanguage=2&menu=y&gr_type=1 Проверено: 10.06.2015.
23. *Sitsi Lasteaed - Sitsi Lasteaed.* 2015. [Электронный документ]. URL: <http://sitsila.weebly.com/1052107710851102.html> Проверено: 24.04.2015.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Аллергенность продуктов питания

Продукты	Рекомендовано	Ограничить	Исключить
Молочные	Кисломолочные продукты, сливочное масло, неострые сорта сыра, сметана		Пресное молоко, сливки, детские сливочные сырки, плавленый сыр, острый сыр со специями
Крупы	Гречка, рис вымоченный, кукурузная	Овсянка	Манная крупа, пшеничная крупа, крупа Артек
Овощи	Картофель, капуста, петрушка, укроп, листья салата, кабачки, патиссоны, свежие огурцы, шпинат	Бобовые, зелёный горошек, репа, баклажаны	Тыква, брюква, помидоры, томатный соус, редис, семена подсолнечника, свекла, морковь, красный и зелёный перец, шавель
Фрукты	Яблоки зелёные, слива и чернослив, груши зелёные, сухофрукты: яблоки, чернослив	Бананы	Персики, абрикосы, дыни, цитрусовые, яблоки красные, хурма, гранат, все тропические: киви, манго, ананасы и др., консервированные соки и компоты, сухофрукты: изюм, курага, финики, инжир
Ягоды	Белая смородина, крыжовник, белая черешня	Брусника, черника, голубика, чёрная и красная смородина, клюква, арбуз	Земляника, клубника, малина, облепиха, виноград, вишня
Мясо	Говядина паровая, варёная, кролик, конина, баранина, нежирные сорта свинины (в отварном и тушёном виде)	Субпродукты: печень, почки	Курица, индейка, куриный бульон, утка, гусь, свинина, телятина, варёные колбасы, сардельки и сосиски, копчёные колбасы
Рыба		Речная рыба	Жирные сорта рыбы (красная и белая), рыбные консервы, икра (красная и чёрная), другие морские продукты
Углеводы	Хлеб с отрубями не сдобный (пшеничный и чёрный несладкий), сухари, простые, крекеры, сухое печенье, сухари, макаронные изделия, зефир, пастила	Мармелад яблочный в небольших количествах	Шоколад, торты с кремом, сдобный хлеб, пряники, мороженое
Прочее	Кукурузное или оливковое масло, чай некрепкий		Жевательная резинка, орехи, халва, мёд, квас, кофе, какао, майонез, перец сладкий, горчица, чеснок, корица, желток яиц, грибы

Источник: Борисова, Смирнова 2011: 24.

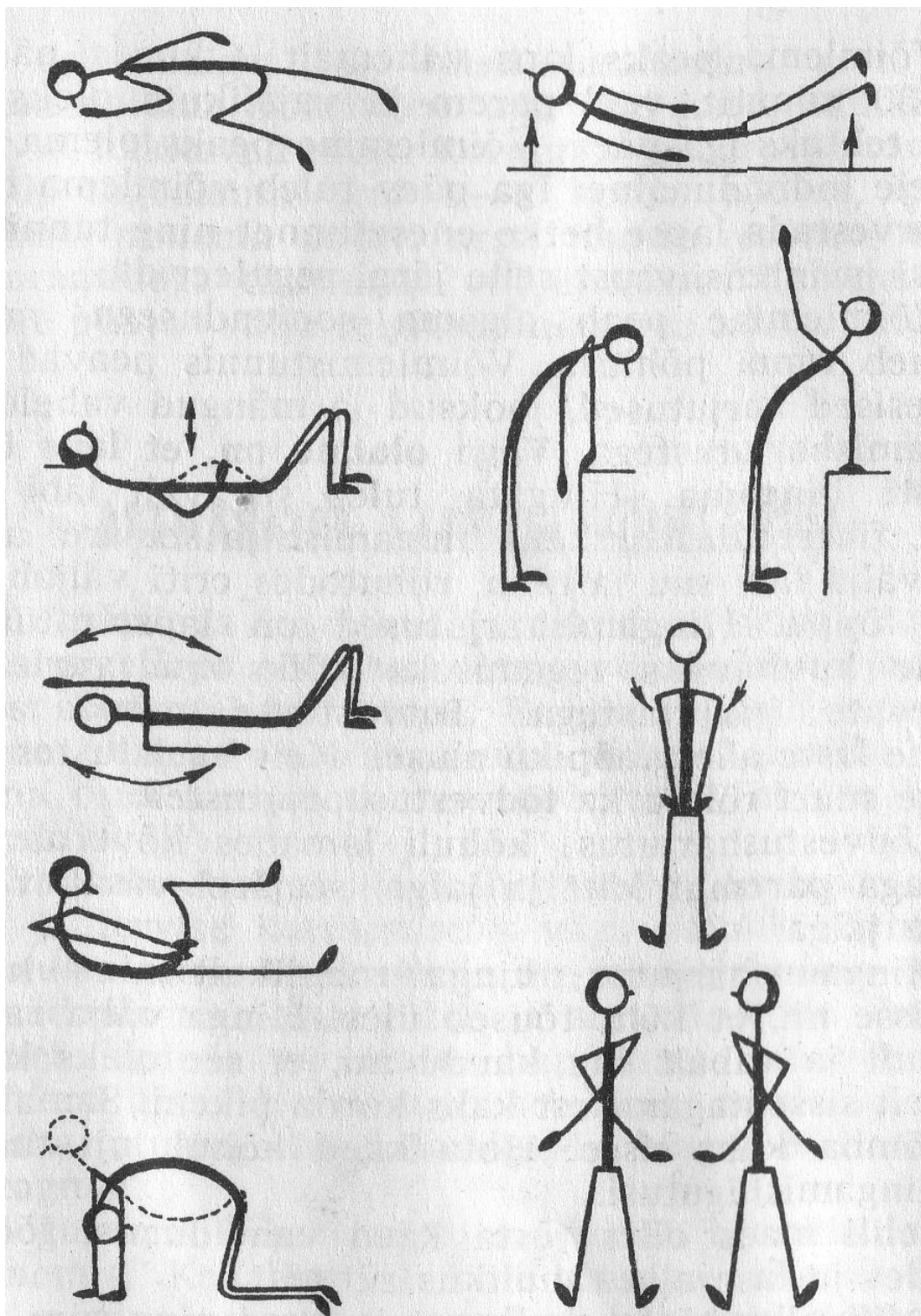
Приложение 2. Меры предосторожности для детей, страдающих аллергией на яд насекомых

Опасность	Меры предосторожности
Пчелы, осы, шмели, шершни в поисках пищи могут залететь в помещение	Закрывать окна и двери сеткой, не пропускающей насекомых в помещение, в период их вылета. Окна автобуса, в котором находятся дети, должны быть закрытыми
Муравьи строят гнезда в земле; шмели для гнезда часто используют старые гнезда грызунов или укрытия в почве	Не позволять ребенку ходить босиком по траве. Для прогулки в саду надевать на ребенка закрытую обувь. Не позволять ребенку сидеть, лежать на земле, не осмотрев предварительно поверхность почвы
Ос и пчел привлекает запах цветов, гниющих овощей и т. д.	Не посещать с детьми пасеки и держаться подальше от мест возможного скопления жалящих насекомых (овощные и цветочные рынки, мусоросборные контейнеры и т. д.)
Муравьи, осы, пчелы, шершни часто строят свои гнезда в непосредственной близости от жилища человека (при этом осы и пчелы, например, начинают проявлять агрессию и нападать на людей, защищая свое гнездо, а шершни вообще крайне агрессивны)	Найти и удалить с территории ДООУ гнезда насекомых
Ос и пчел привлекает запах сладкого	Не позволять детям есть на улице сладкое (мороженое, арбуз, леденцы и т. д.), т. к. это может привлечь к ним насекомых
Возможна перекрестная реактивность	Дети, страдающие аллергией, должны

между ядом жалящих насекомых и медом, прополисом	соблюдать диету: не есть мед и продукты, содержащие его. Не пользоваться лекарственными и косметическими средствами, содержащими яд насекомых, мед, прополис и т. д.
У некоторых людей укус перепончатокрылых может вызвать анафилактическую реакцию	Ребенок, у которого когда-либо была тяжелая (анафилактическая) реакция на укус перепончатокрылых, должен постоянно иметь при себе набор первой помощи (воспитатели ДОУ должны уметь им пользоваться. Инструктаж и обучение проводит медицинский персонал ДОУ)

Источник: Желтикова-Вострокнутова 2009: 14.

Приложение 3. Физические упражнения для детей-астматиков



Источник: Pärlist 1995: 40.

Приложение 4. Анкета для педагогов детского сада

АНКЕТА ДЛЯ ПЕДАГОГА

Осведомленность педагогов об аллергических заболеваниях и особенностях ухода за ребенком-аллергиком в детском дошкольном учреждении

1. Возраст педагога (воспитателя):

- от 25 – 35 лет:
- от 35 – 45 лет:
- от 45 – 55 лет:
- от 55 – 63 лет:

2. Образование педагога:

- Средне специальное –
- Высшее –
- Курсы –

3. Педагогический стаж –

- До 5 лет –
- От 5 лет до 10 лет –
- От 10 лет до 20 лет –
- Более 20 лет –

4. Есть ли в группе дети – аллергики?

- Да –
- Нет –

5. Количество детей – аллергиков?

1,6 - 3 года

3 - 5 лет

5 - 7 лет

6. Количество детей – аллергиков увеличилось за последние годы?

- Да –
- Нет –

7. Есть ли в детском саду медработник (медсестра) в течение рабочего дня?

- Полная занятость –

- Частичная занятость –
8. Дети с аллергией – это дети с особыми нуждами?
- Да –
 - Нет –
9. Как Вы оцениваете свои знания о причинах, симптомах и видах первой доврачебной помощи ребенку – аллергику?
- не имею –
 - общие представления –
 - имею все необходимые знания –
10. Имеете ли Вы возможность оказать ребенку первую доврачебную помощь при острой аллергической реакции?
- Да –
 - Нет –
11. Имеете ли Вы четкую инструкцию действий педагога на случай возникновения у ребенка острой аллергической реакции или других экстренно-медицинских ситуаций?
- Да –
 - Нет –
12. Знаете ли Вы, что такое отёк Квинке? Чем он опасен?
- Да –
 - Нет –
13. Знаете ли Вы о возможности острой аллергической реакции ребенка на укусы насекомых?
- Да –
 - Нет –
14. Как Вы получили информацию об аллергических детях (данные в процентах (%))?
- Из анкетирования родителей –
 - беседа с родителями ребенка –
 - собственные наблюдения –
15. Какие виды аллергии у детей в группе (Есть ли другая аллергия, кроме пищевой)?

- Пищевая аллергия – Да
- Инсектная аллергия (контакты с насекомыми: осы, пчелы, моль, комары) –
- Аллергия на цветочную пыльцу растений (поллиноз) –
- Аллергия на лекарства (инсулин, витамины (группы В или поливитамины), местные анестетики, йод, зеленка и т.д.) –
- Кожная аллергия (металлы, лекарственные и косметические средства, средства бытовой химии и т.д.) –

16. Если пищевая аллергия – перечислите продукты, на которые у детей аллергия?

- Молоко –
- Яйца –
- Рыба –
- Бананы –
- Цитрусы –
- Сладости –
- Другие продукты (в скобках уточнить) –

17. Гипоаллергическое питание обеспечивает детский сад или родители?

- Детский сад – исключает из меню продукты, вызывающие аллергию
- Родители – (как исключение, продукты на 1 день)

18. Как Вы считаете наличие у ребенка аллергии, требует специфического подхода в учебной, игровой и социальной деятельности?

- Да –
- Нет –

19. Отличается ли ребенок – аллергик в плане учебно-воспитательной деятельности от других детей?

- Да –
- Нет –

20. Необходимо ли Вам повышение своей компетенции в вопросах аллергии и оказание помощи?

- Да –
- Нет –

21. Какие методы для Вас лучше подойдут?

- Курсы –
- Семинары –
- Инструкции –

22. Необходимо ли особое наблюдение и контроль учителя за ребенком аллергиком?

- Да –
- Нет –

23. Проводятся ли профилактические мероприятия для детей – аллергиков (Да / нет)

Да Нет

- по закаливанию детей
- дыхательная гимнастика
- физические упражнения

24. Соблюдается ли щадящий режим для детей - аллергиков?

Да Нет

- большее время для сна
- индивидуальная работа
- сокращенное время организованных занятий

25. Какие необходимы условия для комфортного пребывания и оздоровления детей с аллергическими заболеваниями?

Да Нет

- Гипоаллергенные условия быта
- Щадящий режим
- Гипоаллергенное питание

26. Целесообразно ли создание специализированных групп или детских садов для детей-аллергиков?

- Да –
- Нет –

Источник: составлено автором работы

Приложение 5. Меню детского сада SITSI LASTEAED

М Е Н Ю

20.04 - 24.04. 2015

П О Н Е Д Е Л Ь Н И К

Завтрак

Каша из 4 зерновых с курагой. Чай с имбирем. Витаминная пауза-морковь (Pria).

Обед

Куриный суп. Зеленый лук, петрушка. Ржаной хлеб „Õnne“. Творог с клюквенным киселем из сиропа клюквы („Rõngu Mahl“).

Полдник

Тушеная капуста с сосисками. Хлеб. Напиток из сока черники (mahe). Груша (Pria).

В Т О Р Н И К

Завтрак

Молочный суп с лапшой. Бутерброд (сепик) toorjuustuga . Витаминная пауза - паприка.

Обед

Мясной рулет. Картофельное пюре. Зел. лук, укроп. Хлеб „Toolse“. Салат из огурцов и ледяного салата с оливковым маслом. Компот из яблок и малины.

Полдник

Гречневая каша с молоком 2.5% (koolipiim). Банан.

С Р Е Д А

Завтрак

Ванильный творожный крем . Семенная булочка. Кофейный напиток. Витаминная пауза - яблоко (pria).

Обед

Гороховый суп (свинина) с сухариками. Укроп, зел. лук. Цельнозерновой хлеб «mahe». Йогуртовое желе с ягодами клубники.

Полдник

Тушеные овощи . Бутерброд (хлеб) с селедочным паштетом. Чай с лимоном. Апельсин.

Ч Е Т В Е Р Г

Завтрак

Овсяная каша с вареньем «ассорти». Фруктовый чай. Витаминная пауза - капуста (pria), (дольки).

Обед

Бефстроганов из печени. Рис. Петрушка. Укроп. Салат из редиса, огурцов со сметаной. Ржаной хлеб „Rehe“. Компот из черной смородины.

Полдник

Выпечка: Пирожки с яблоками (тесто слоеное). Молоко 2.5% (koolipiim). Дыня.

П Я Т Н И Ц А

Завтрак

Омлет с луком порея . Помидоры. Семенная булочка с маслом. Чай с лимоном. Витаминная пауза - огурец (pria)

Обед

Свекольник (говядина). Сметана. Зел. лук, укроп. Цельнозерновой хлеб (mahe). Манная каша с апельсиновым киселем (из апельсинового сока).

Полдник

Рыбные палочки (минтай). Салат из моркови и ананасов с оливковым маслом. Сепик. Напиток из сока черной смородины (mahe). Киви.

Приятного аппетита!

27.04-01.05.2015.doc

Download File

Ответственный за составление меню: медработник А. Калинина

Источник: <http://sitsila.weebly.com/1052107710851102.html>

Приложение 6. Дневник посещений детей-аллергиков группы детского сада «SITSI LASTEAED»

АПРЕЛЬ 2015																																
Имя	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Σ(-)	%
Р.	+	+				+	+	+	+	-			-	-	-	-	-			-	+	+	-	-			-	-	-	-	13	61,9
О.	-	+				+	-	-	-	-			+	-	+	+	+			-	-	-	-	-			-	-	-	-	15	71,4
В.	+	-				+	+	+	-	-			+	+	-	-	-			+	+	-	-	+			+	+	+	+	8	38,1
М.	-	-				-	-	+	+	+			-	-	-	-	-			+	+	+	+	+			+	-	-	-	12	57,1
А.	+	+				+	-	+	-	-			+	+	+	+	+			+	-	-	+	-			-	-	-	+	9	42,8
Д.	-	-				-	-	-	-	-			+	+	+	+	+			-	-	-	-	-			-	-	+	+	14	66,6
И.	+	+				+	+	+	+	+			-	-	-	-	-			+	+	-	-	-			-	+	+	-	10	47,6
С.	+	+				-	+	+	+	+			+	-	-	-	-			-	+	+	+	+			+	+	+	+	6	28,5
И.	+	+				+	+	+	-	-			-	-	-	-	-			+	+	+	+	-			-	-	-	-	12	57,1
Всего	Среднее значение = 52,3%. Это означает, что дети-аллергики в группе более 50% дней отсутствовали в садике из-за болезней.																															

Источник: составлено автором работы

