

Жить без заикания. С детства!



- **Методика профессора Л.З. Арутюнян (патент № 2616993)**
- **Команда профессионалов: логопеды, психотерапевт, ритор**
- **Программы для всех возрастов (от 2-х лет)**
- **Устойчивые долгосрочные результаты**
- **Возможность дистанционной работы**
- **Филиалы центра – в разных городах России**

Речевой центр «Арлилия»

www.arlilia.ru
+7 (929) 588-12-38
+7 (926) 220-73-73

МЕДРАБОТНИК ДОУ №6/2021

РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№6/2021

ОРВИ: СИМПТОМЫ,
ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

ПОМОЩЬ ПРИ СИЛЬНОМ
КРОВОТЕЧЕНИИ

РАЗРЕШЕНИЕ
КОНФЛИКТНЫХ
СИТУАЦИЙ



ГОСТЬ НОМЕРА:

ДИРЕКТОР ГОСУДАРСТВЕННОГО КАЗЕННОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ ЦЕНТРА
СОДЕЙСТВИЯ СЕМЕЙНОМУ ВОСПИТАНИЮ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ»

ТАТЬЯНА ЮРЬЕВНА ТЕЛЕГИНА

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА:

**ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ
ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ**



SFERA-PODPISKA.RU

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Подписные индексы в каталогах:

«Урал-Пресс» — 80553, 36804 (в комплекте)
 «Пресса России» — 42120, 41230 (в комплекте)
 «Почта России» — ПЗ419, П8641 (в комплекте)

№ 6/2021

**Актуальная тема****Острые респираторные вирусные инфекции****Содержание****КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА***Белов А.И.* ОРВИ и эмоции5**ГОСТЬ НОМЕРА***Телегина Т.Ю.* Опыт работы Центра содействия семейному воспитанию «Центральный»6

Медицина и гигиена

ПРОФИЛАКТИКА*Белов А.И.* Энурез у детей14**НАУКА***Лысенко И.С.* ОРВИ: симптомы, профилактика, лечение28

Практика

ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА*Тарасова В.В.* Первая помощь при сильном наружном кровотечении38

Педагогика и психология

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА*Тарасова В.В.* Формирование у ребенка пространственных представлений42

<i>Дьяченко М.Н., Мягкова Л.П.</i> Актуальность и способы сенсорного развития детей раннего возраста	44
<i>Ракутина А.Э.</i> Новый способ устранения спазматических задержек в рамках методики устойчивой нормализации речи заикающихся.....	47

ПСИХОГИГИЕНА

<i>Волосова А.М.</i> Стили воспитания в семье и их влияние на развитие детских неврозов.....	56
<i>Волосова А.М.</i> Что такое прокрастинация и как с ней справляться?	67

РЕАБИЛИТАЦИЯ

<i>Потапкина А.А., Кузнецова Ю.В.</i> Пять советов, как помочь ребенку с особенностями развития справиться с проблемным поведением	70
--	----

Актуально!

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

Порядок разработки индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидам и детям-инвалидам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающим в психоневрологических интернатах и детских домах-интернатах.....	72
--	----

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

<i>Курочкина А.А., Лейбзон П.М.</i> Разрешение конфликтных ситуаций	93
Указатель статей журнала «Медработник ДОУ» за 2021 год	103

КНИЖНАЯ ПОЛКА 13, 37, 41, 55, 71, 108

ПОВЫШАЕМ КВАЛИФИКАЦИЮ 109

ВЕСТИ ИЗ СЕТИ 110

КАК ПОДПИСАТЬСЯ 111

АНОНС 112

Уважаемые коллеги!

Приглашаем в интернет-магазин www.sfera-book.ru!

Здесь вы найдете весь ассортимент издательства «ТЦ Сфера», возможность купить в розницу или оптом из любой точки страны, это разнообразные фильтры, поля для отзывов, простые инструменты формирования заказа и многое другое — полезное и нужное.

Заходите, изучайте, действуйте! Мы вас ждем!

Редакционный совет

Безруких Марьяна Михайловна — академик РАО, д-р биол. наук, профессор, лауреат Премии Президента РФ в области образования (Москва).

Горелова Жанетта Юрьевна — д-р мед. наук, главный научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков (Москва).

Макарова Людмила Викторовна — канд. мед. наук, зав. лабораторией физиолого-гигиенических исследований в образовании ФГБНУ «Институт возрастной физиологии Российской академии образования» (Москва).

Сафонкина Светлана Германовна — доцент, заместитель главного врача ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» (Москва).

Склянова Нина Александровна — д-р мед. наук, профессор, Отличник здравоохранения, почетный работник общего образования РФ, директор «Городского центра образования и здоровья “Магистр”» (г. Новосибирск).

Скоблина Наталья Александровна — д-р мед. наук.

Степанова Марина Исааковна — д-р мед. наук.

Чубаровский Владимир Владимирович — д-р мед. наук, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Ямщикова Наталия Львовна — канд. мед. наук, доцент, зав. учебной частью кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, главный научный сотрудник ФНЦ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана (Москва).

Редакционная коллегия

Белов Александр Иванович, врач-психиатр, руководитель службы медицинской помощи детям ГКУ ЦСПР «Дом Детей», инструктор по первой помощи, главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

Горбунов Сергей Георгиевич — д-р мед. наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва

Парамонова Маргарита Юрьевна — канд. пед. наук, декан факультета дошкольной педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журналов «Воспитатель ДОУ», «Инструктор по физкультуре», член-корреспондент МАНПО.

Танцюра Снежана Юрьевна — канд. пед. наук, доцент кафедры психологии и педагогики ГАУ ИПК ДСЗН «Институт переподготовки и повышения квалификации руководителей кадров и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы», главный редактор журнала «Логопед».

Цветкова Татьяна Владиславовна — канд. пед. наук, член-корреспондент Международной академии наук педагогического образования, генеральный директор и главный редактор издательства «ТЦ Сфера».

Чугайнова Оксана Геннадьевна — канд. пед. наук, доцент кафедры теории и методики дошкольного образования ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журналов «Управление ДОУ», «Методист ДОУ».

Индекс

ГКУ ЦСПР «Дом Детей», Москва 14, 38, 42, 56, 67, 70, 93	МБДОУ д/с № 160, г. Самара..... 44
ГКУ ЦССВ «Центральный», Москва 6	Речевой центр «Арлилия», Москва 47
Детская клиника доказательной медицины Docdeti 28	
<hr/>	
Белов Александр Иванович 14	Лысенко Ирина Сергеевна 28
Волосова Анна Михайловна 56, 67	Мягкова Людмила Петровна 44
Дьяченко Марина Николаевна 44	Потапкина Анна Александровна 70
Кузнецова Юлия Вячеславовна 70	Ракитина Анна Эдуардовна 47
Курочкина Анна Александровна 93	Тарасова Валентина Владимировна 38, 42
Лейбзон Полина Михайловна 93	Телегина Татьяна Юрьевна 6

Уважаемые коллеги!

Приглашаем в интернет-магазин www.sfera-book.ru!

Здесь вы найдете весь ассортимент издательства «ТЦ Сфера», возможность купить в розницу или оптом из любой точки страны, это разнообразные фильтры, поля для отзывов, простые инструменты формирования заказа и многое другое — полезное и нужное.

Заходите, изучайте, действуйте! Мы вас ждем!

ОРВИ и ЭМОЦИИ

Наступила зима, а значит возрастает риск заболеть острыми респираторными вирусными инфекциями. Почему одни люди болеют часто, другие редко? Причин может быть много, но одна очень важная — это наши эмоции. Мы знаем множество психосоматических расстройств, связанных с эмоциями. Это и гастриты, колиты, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка, нейродермиты, аллергические заболевания и др. Здесь связь можно объяснить. Но какая связь может быть между вирусами и нашими эмоциями?

Ученые Университета Карнеги Меллон в Питтсбурге (США) выяснили, что тревожные люди заболевают ОРВИ в 2 раза чаще, чем эмоционально устойчивые. С чем это может быть связано? Длительные отрицательные эмоции, такие как тревога, страх, могут менять физиологию человека, и постепенно начинают увеличивать и преобладать гормоны «стресса»: кортизол, глюкокортикоиды, которые оказывают иммуносупрессивным действием, снижают защитные силы организма, и чаще, в связи с этим, возникают острые респираторные вирусные инфекции, медленнее идет выздоровление, отмечаются осложнения в виде вторичного бактериального инфицирования.

Увеличение уровня кортизола можно проследить по явным физиологическим проявлениям. Например, гормон стресса способствует набору лишнего веса даже при соблюдении нормы калорий и высоком уровне физической активности. Также это может приводить к хронической усталости, нервозности, бессоннице, проблемам с пищеварением (вздутию живота, запорам, диарее), потливости и частому мочеиспусканию. Тем более, массовый «психоз» и «паника», в связи с новой коронавирусной инфекцией, неопределенность, значительно повышают уровень тревогу у населения, особенно у предрасположенных к ней людей.

Забота о своем эмоциональном состоянии, своевременное обращение к специалистам очень важны для профилактики не только психосоматических расстройств, но и острых респираторных вирусных инфекций. В связи с этим, хотелось бы пожелать нашим читателям и авторам журнала в Новом наступающем году крепкого здоровья, хорошего настроения, радости, семейного счастья и благополучия, уверенности в завтрашнем дне.

С уважением главный редактор А.И. Белов

Опыт работы Центра содействия семейному воспитанию «Центральный»

Телегина Татьяна Юрьевна,
директор ГКУ ЦССВ «Центральный», Москва

Добрый день, Татьяна Юрьевна, я знаю, что Центр насчитывает не одно десятилетие, расскажите, пожалуйста, историю Центра, которыми Вы руководите.

История «Центрального дома ребенка» насчитывает более 98 лет. Наше учреждение было создано в 1923 г. как «Дом матери и ребенка», с 1929 г. переименовано в «Карантин-распределитель для подкидышей», в 1976 г. — в «Центральный дом ребенка — Дом ребенка № 6», ГКУЗ «Специализированный Дом ребенка № 6 для детей с органическим поражением центральной нервной системы и нарушением психики Департамента здравоохранения города Москвы».

В 2012 г. учреждение объединило два бывших дома ребенка — СДР № 6 в ЦАО Москвы и СДР № 15 в ВАО и в 2014 г. в новом составе дом ребенка перешел в ведомственное подчинение Департамента труда и социальной защиты населения города

Москвы, с 2015 г. учреждение называется ГКУ Центр содействия семейному воспитанию «Центральный».

Кто является Вашими воспитанниками?

Наши воспитанники — дети от 0 до 4 лет, выявленные на территории Москвы, изъятые из асоциальных условий, находящиеся в трудной жизненной ситуации, имеющие ограничения жизнедеятельности, с генетическими нарушениями, а также дети группы риска (фото 1, 2).

Какие специалисты работают в Вашем Центре?

Специалисты нашего Центра создают для малышей домашние условия, проводят медицинское обследование и лечение, с детьми занимаются педагоги, психологи, специалисты, пытаемся максимально компенсировать отсутствие родительской заботы. За последние 6 лет качество предоставляемых учреждением социальных, медицинских, психолого-педагогических и юридических услуг значительно выросло.



Фото 1

Какие интересные проекты Вы реализуете?

Реализован один из важнейших проектов, открыта новая площадка для специалистов города, работающих с детьми раннего возраста, — Ресурсный Центр ЦССВ «Центральный». На базе Центра реализуются новые развивающие технологии, созданы необходимые условия для организации обучения специалистов города и повышения качества социального и психолого-педагогического сопровождения детей, оказания ранней помощи детям с ОВЗ дошкольного возраста и их семьям.

Разработаны и реализованы проекты по совершенствованию

работы службы сопровождения семей и детей учреждения: по поиску, отбору и подготовке потенциальных приемных родителей, опекунов (попечителей), подготовке детей к передаче в приемные семьи, проведению информационно-правового консультирования родителей и родственников, чьи дети находятся в учреждении, замещающих родителей (социальная, психологическая, педагогическая, медицинская и юридическая помощь).

Школа приемных родителей ЦССВ «Центральный» — одна из первых школ в городе, которая на протяжении 6 лет оказывает помощь в формировании у кандидатов в замещающие родители

*Фото 2*

представления о ребенке раннего возраста (от рождения до школы), в том числе об особенностях воспитания малыша с ОВЗ и оптимальных способах взаимодействия будущих родителей и ребенка, способствующих нормальному его развитию (предоставление информации по режиму, уходу и кормлению ребенка раннего возраста, организации условий для его содержания и воспитания в семье, возможных способах реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья). Школа пользуется особой популярностью у будущих родителей.

Возможно, у многих слово «школа» вызывает классическую ассоциацию с уроками, звонками, экзаменами и, в целом, с довольно жесткой системой. Может быть, данное слово не очень подходит для того, что происходит в нашей Школе приемных родителей. По своей сути, мы проводим цикл групповых занятий в формате психологического тренинга, где учителя — сертифицированные тренеры, педагоги-психологи, социальные педагоги, педиатры, юристы, специалисты опеки, состоявшиеся приемные родители.

Основные методы работы в таком обучении — ролевые

игры, упражнения, дискуссии, беседы. Теоретический материал для слушателей — рабочая тетрадь слушателя, книги, литература, фото- и видеоматериал. Дополнительно расширены направления по обучению будущих родителей, введен онлайн-интерактив.

Опыт 2020 г. дал нам новые ресурсы и возможности: в нашей школе смогли обучиться люди из дальнего и ближнего зарубежья, те граждане РФ, кто по долгу службы длительное время находится вне дома.

Школа приемных родителей сразу завоевала признание у кан-

дидатов в приемные родители, ведь наши специалисты не только теоретики, но и большие практики, особенно по детям раннего возраста.

Со студентами много говорим об адаптации. Ведь мало кто об этом задумывается всерьез. Мы же рассказываем все, что реально может ждать семью. Есть иллюзия, что достаточно взять ребенка, полюбить его, и все сразу будет замечательно, все будут счастливы. Так не бывает, все происходит намного сложнее, и важно просто быть к этому готовым, снять «розовые очки». Затрагиваем возрастные особен-



Фото 3

ности. И обязательно те особенности, к которым приводит нахождение в детском учреждении, потеря родной семьи.

Параллельно с групповой работой всегда можно получить индивидуальную консультацию

психолога, поговорить о том, что волнует или пугает, бесплатно получить помощь любого специалиста Центра. Так, в связи с запросом приемных родителей произошло рождение клуба приемных родителей «Навстречу



Фото 4

друг другу», зародилось много мероприятий и встреч, например: «Родительские субботы», «Дни открытых дверей», «Дни Аиста».

Проведение практических занятий, обучение важным навыкам, развитие родительской компетентности служат профилактикой отказов от детей с особыми потребностями.

Сколько человек прошли обучение в Вашей школе?

Мы смогли предоставить возможность более чем 410 слушателям пройти обучение и получить свидетельство об окончании школы приемных родителей, из них более 130 семей смогли найти своего ребенка.

На протяжении многих лет учреждение занимает лидирующие позиции в городе по семейному устройству детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (фото 3, 4). Более 70% воспитанников, устроенных в семьи, — дети группы риска и дети с ОВЗ, инвалиды.

Сколько детей удалось вернуть в семьи?

С 2014 г. 1410 детей вернулись домой (в кровную семью 912 детей и нашли новую приемную семью 498 детей).

С целью максимальной адаптации переданных детей и профилактики возвратов из семей организованы индивидуальные

занятия с родителями и малышами. Работает мультидисциплинарная команда специалистов по сопровождению, предоставлены современная реабилитационная площадка, передовое профессиональное оборудование для проведения бесплатного восстановительного лечения детям с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста.

Какие инновационные методики Вы используете в работе?

Малышам предоставляются услуги с использованием инновационных педагогических методик (Монтессори-технология, лекотека, музыкальная и песочная терапия, канес-, сказко-, арт-терапия, работа в сенсорной комнате, логоритмика, коммуникативные игры). Проводятся психолого-педагогическая диагностика, психокоррекция, занятия в сенсорной комнате, занятия с логопедом, учителем-дефектологом, музыкальные, театрализованный досуг, приобщение к изобразительному искусству. С целью сенсорного развития проводятся занятия в сенсорном саду на свежем воздухе.

Какая медицинская помощь оказывается детям в Вашем Центре?

Осуществляются осмотр детей и консультирование врачами: педиатром, неврологом, физиотерапевтом, врачом УЗИ, при не-



Фото 5

обходимости выдается направление на обследование к узкопрофильным специалистам.

Медицинский и педагогический персонал проводит занятия с использованием здоровьесберегающих технологий, адаптивную и лечебную физкультуру, массаж, оказывают услуги отделения бальнеотерапии (гидромассажный мини-бассейн с кислородонасыщением, ванны: вихревая для малышей, «Сухая иммерсия», сенсорная с цветотерапией), физиотерапии, ультразвуковой диагностики, проводятся процедуры в Галоккомплексе, используется современное интерактивное оборудование (интерактивный пол, развивающие столы, солнцетерапия (фото 5)).

Ваш Центр сотрудничает с общественными организациями?

Наш Центр активно ведет работу с НКО и общественными организациями, сформирована правовая основа волонтерской и благотворительной деятельности.

Например, для использования новейшего развивающего материала, отвечающего индивидуальным потребностям воспитанников, в рамках благотворительного проекта специалисты Центра разрабатывают оборудование и пособия с учетом особенностей детей, выполненные по индивидуальному заказу, апробируют и направляют их для массового изготовления (интерактивные столы, учитывающие

особенности детей-инвалидов, развивающие материалы и игры для развития моторики, мышления, внимания, памяти и т.д.). Фирма производит разработанные образцы, необходимое оборудование бесплатно остается для работы с детьми в Центре.

Учреждение выступает в качестве научно-экспериментальной площадки по реализации Монтессори-педагогике в уч-

реждениях города. Центр разрабатывает методические рекомендации, проводит научно-исследовательскую деятельность, семинары, методические встречи по проведению практикумов и трансляции лучшего опыта для коллег города, мастер-классы для продолжения и развития деятельности. Опыт транслируется профессиональному сообществу.

Беседовал А.И. Белов



Книжная полка



НАВСТРЕЧУ ДРУГ ДРУГУ

Психолого-педагогическая программа по работе с родителями

Автор — О.Ю. Конончук

Современные мониторинговые опросы показывают, что родители, воспитывая детей, все больше нуждаются в помощи специалистов. Актуальнее становятся вопросы: чему и как нужно научить ребенка, как с ним играть, как справляться с его капризами и непослушанием? В Программе поступательно дана информация о каждом периоде дошкольного возраста; в содержательной части представлены конспекты занятий с различными формами проведения (круглый стол, лекция, беседа, практикум, семинар-практикум, игровые тренинги и т.д.).



ШКОЛА РАЗУМНОГО РОДИТЕЛЬСТВА

Автор — Воронова А.А.

Как педагоги, психологи и другие специалисты могут помочь родителям в воспитании детей, что нужно знать и уметь родителям для формирования благоприятных условий развития детей? Нужно ли учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка, или существуют универсальные способы воспитания? Пособие предназначено не только для специалистов — педагогов, психологов, тьюторов, логопедов, но и для родителей, заинтересованных во всестороннем развитии своего ребенка.

Закажите в интернет-магазине www.sfera-book.ru

Энурез у детей

Белов А.И.,

*руководитель службы медицинской помощи детям,
врач-психиатр ГБУ ЦСПР «Дом Детей», Москва*

Аннотация. В обзорной статье даются современные представления о причинах и лечении такого распространенного расстройства у детей, как энурез.

Ключевые слова. Энурез, недержание мочи, недержание мочи, лечение, клиника.



Энурез (от греч. *epureo* — мочиться) — расстройство, проявляющееся стойким, непроизвольным мочеиспусканием днем или ночью. У детей 1,5—2 лет недержание мочи — физиологическое явление, связанное с незрелостью соматовегетативной регуляции. В возрасте 3—4 лет начинают устанавливаться навыки задержки мочи при наполнении мочевого пузыря, к 5 годам контроль над тазовыми функциями устанавливается в преобладающем большинстве случаев.

Мы будем говорить о неорганическом энурезе, не затрагивая энурез как осложнения других заболеваний: неврологических, урологических, нефрологических, эндокринных и пр.

По разным данным, ночным недержанием мочи страдают от 10 до 20% детей в возрасте 5 лет, 5 — десятилетних и 2% — больных в возрасте от 12 до 14 лет. По мере взросления распространенность энуреза снижается, и к 18 годам он сохраняется лишь у 1% подростков. У мальчиков ночное недержание мочи наблюдается чаще, чем у девочек, дневное недержание чаще отмечается у девочек. На долю ночного энуреза приходится около 85% всех случаев, на долю дневного — 5, оставшиеся 10% случаев составляют сочетанные формы энуреза.

Физиология мочеиспускания у новорожденных и грудных детей осуществляется рефлекторно. Дуги рефлексов

закрываются на уровне спинного и среднего мозга. Период наполнения мочевого пузыря сменяется неконтролируемым его опорожнением. Чувство наполнения мочевого пузыря появляется между первым и вторым годами жизни, к третьему году возникает способность удерживать мочу в течение короткого времени, когда пузырь полон.

О «зрелом типе мочеиспускания» говорят, когда оно становится полностью управляемым ребенком. Этот контроль представляет собой умение активно сокращать сфинктер и мышцы тазового дна, подавлять детрузорную активность и тем самым регулировать и задерживать (при необходимости) опорожнение мочевого пузыря. Считается, что этот процесс завершается к 3—4 годам жизни и его клиническими признаками являются:

- соответствие объема мочевого пузыря возрасту ребенка, в среднем 100—125 мл;
- число мочеиспусканий в сутки 7—8 раз;
- полное удержание мочи днем и ночью;
- умение задерживать и прерывать при необходимости акт мочеиспускания;
- опорожнение мочевого пузыря без предшествующего позыва на мочеиспускание при его малом объеме;

— волевое управление сфинктерными механизмами.

Иннервация мочевого пузыря и расстройства мочеиспускания.

Оно осуществляется согласованной деятельностью двух мышечных групп: детрузора и сфинктера мочевого пузыря. Сокращение мышечных волокон детрузора приводит к сжатию стенки мочевого пузыря, выдавливанию его содержимого, что становится возможным при одновременном расслаблении сфинктера. Происходит это в результате взаимодействия соматической и вегетативной нервной системы. Детрузор и внутренний сфинктер мочевого пузыря состоят из гладких мышц, получающих вегетативную иннервацию. Наружный сфинктер мочеиспускательного канала построен из поперечнополосатых мышечных волокон и иннервируется соматическими нервами.

В акте произвольного мочеиспускания принимают участие и другие поперечнополосатые мышцы, в частности мышцы брюшной стенки, диафрагмы, дна таза. Мышцы брюшной стенки и диафрагмы при своем напряжении вызывают резкое повышение внутрибрюшного давления, что дополняет функцию детрузора. Механизм регуляции деятельности отдельных мышечных образований, обе-

спечивающих функцию мочеиспускания, довольно сложен. С одной стороны, на уровне сегментарного аппарата спинного мозга существует вегетативная иннервация гладких волокон детрузора и внутреннего сфинктера; с другой — у взрослого человека сегментарный аппарат находится в подчинении церебральной корковой зоны, так осуществляется произвольный компонент регуляции мочеиспускания.

Этиология

Результаты многочисленных исследований отечественных и зарубежных авторов определили полиэтиологичность энуреза и невозможность в большинстве случаев выявления очевидной его причины. При подобном подходе вполне объяснима сравнительно широкая вариабельность исхода ночного энуреза: от спонтанного самопроизвольного излечения до явной резистентности ко всем существующим на сегодняшний день видам лечения. В этой же концепции можно найти объяснение тому, как пациенты реагируют на различные виды терапии, которую необходимо подбирать с учетом этиологии энуреза. Согласно современным представлениям, энурез может быть обусловлен следующими причинами:

- задержка созревания и контроля ЦНС за процессом мочеиспускания;
- врожденные аномалии развития МВС (урологическая патология) и микробновоспалительные заболевания мочевыводящих путей;
- нарушения реакции активации во время сна;
- ритма секреции антидиуретического гормона;
- генетические факторы;
- психологические (стрессы, умственные, физические и эмоциональные перегрузки, конфликты в семье и школе), депрессия;
- прочие причины (глистные инвазии, диабет, эпилепсия, хронические запоры и т.д.).

Действие психологических факторов и стресса. Эмоциональные расстройства играют большую роль в прогрессировании энуреза у детей. В ряде исследований последних лет показано, что не только психологические факторы ведут к энурезу, но и он приводит к поведенческим аномалиям и проблемам социальной адаптации, причем нарушение поведения у детей 5 лет и старше отмечается вне зависимости от частоты энуреза. Установлен несомненный факт: после излечения от энуреза у детей обычно наблюдаются положительные психологические изменения.

Психотерапевты и психологи (особенно зарубежные) говорят о том, что энурез служит своего рода ответной или защитной реакцией ребенка на психологический конфликт, стресс или боязнь оказаться брошенным, способом реагирования ребенка на внутренние психологические проблемы. Доказательством тому служит признаваемый большинством клинических специалистов невротический энурез. Недостаточно внимания уделяется энурезу как соматическому проявлению депрессии у детей.

Глистные инвазии в медицинской литературе редко рассматриваются как причина энуреза. Гельминтоз, особенно энтеробиоз, у девочек возраста 5—10 лет приводит к ночному недержанию мочи, которое при отсутствии своевременной дегельминтации и наличии предрасполагающих факторов переходит в стойкий энурез. Причиной служит постоянное раздражение острицами области ануса и наружных половых органов в ночное время. После курса антигельминтной терапии энурез исчезает. Кроме того, гельминтозы приводят к астенизации, невротизации ребенка, иммунным нарушениям, что само по себе способно спровоцировать энурез.

В отдельную группу причин энуреза стоит выделить эндо-

кринные нарушения (сочетание ночного энуреза с диэнцефальной патологией, диабетом, ожирением, эндокринопатиями и т.д.) и эпилепсию с ночными приступами. Факторы, не являющиеся собственно причиной, но способствующие развитию энуреза:

- астенический, церебрастенический синдром;
- эмоциональная лабильность;
- низкая толерантность к стрессам;
- слабость волевой сферы;
- нарушение режима дня, труда, отдыха и сна;
- нарушение питьевого режима, пищевые погрешности;
- нарушение сна (поверхностный или, наоборот, чересчур глубокий сон);
- хронические (привычные) запоры.

Интенсивная игровая деятельность у детей с низким уровнем предпульсовой ингибиции может приводить к немонотомическому ночному энурезу. Поскольку дети, страдающие энурезом, характеризуются сниженным контролем мочевого пузыря, методом измерения которого служит предпульсовая ингибиция стартл-рефлекса. Немецкие авторы высказывают гипотезу, что увлеченность игрой (в проводимых исследованиях — просмотр видеофильмов

и компьютерная игра Nintendo's Wii) сопровождается дальнейшим уменьшением этого контроля и последующим недержанием мочи при немоносимптоматической форме энуреза. Применение некоторых медикаментозных средств может приводить к энурезу. К ним относятся препараты вальпроевой кислоты, фенитоин, баклофен, тиоридазин, ботулинический токсин, сочетания диазепама с хлордиазепоксидом и т.д. Этот побочный эффект описан при использовании нейролептиков / антипсихотических препаратов. В первую очередь, описываемое нежелательное явление относится к антипсихотическим средствам второго поколения, особенно к препарату клозапин.

Патогенез

Основной патогенетический фактор связан с ослаблением нисходящих тормозных влияний корковых центров на спинальные центры мочеиспускания в состоянии сна.

Классификация

В отечественной и зарубежной литературе нет единой общепринятой классификации энуреза. Все они отражают специфику предложивших их специалистов (неврологов, психиатров, психотерапевтов, нефрологов) и их

подходы к этиологии и патогенезу данного заболевания. Между тем при всех различиях этих классификаций существуют основные, признаваемые большинством авторов, формы и типы энурезов. Приведем некоторые из них.

Первичный энурез характеризуется монотонным течением, ранним началом, отсутствием «сухого» периода, отсутствием со стороны ребенка переживаний, критики и мотиваций относительно своего заболевания. Часто сопровождается задержкой психического развития, умственной отсталостью.

Вторичный энурез чаще связан с воздействием патологических факторов: инфекций (в том числе и нейроинфекций), острых или хронических интоксикаций, травм, обострений хронических заболеваний. Может отмечаться «сухой» период. Дети достаточно критичны к своему состоянию, если только пусковое заболевание не привело к ослаблению высших нервно-психических функций.

Невротический энурез возникает через некоторое время после овладения ребенком навыками опрятности (характерно наличие «сухого» периода). Его возникновение связано с перенесенной острой или хронической психотравмирующей ситуацией,

сильным испугом, депрессией и т.д. При этом виде энуреза ребенок, как правило, осознает свой «дефект», переживает по поводу своего заболевания, имеет внутреннюю мотивацию к изменению ситуации.

Неврозоподобный энурез патогенетически связан либо с задержкой созревания нейродинамических механизмов, регулирующих мочеиспускание (первичный), либо с повреждением данных механизмов на этапе большей или меньшей их сформированности (вторичный вариант).

Клиника

Клиника невротического энуреза характеризуется выраженной зависимостью от ситуации и обстановки, в которой находится ребенок, от различных воздействий на его эмоциональную сферу. Временное изъятие больного из психотравмирующей обстановки может привести к заметному урежению и даже прекращению энуреза. В связи с тем, что возникновению невротического энуреза способствуют такие черты характера, как робость, тревожность, впечатлительность, неуверенность в себе, заниженная самооценка, дети болезненно переживают свой недостаток, у них возникают чувство собственной не-

полноценности, тревожное ожидание ночного упускания мочи. В тех случаях, когда заболевание не заканчивается выздоровлением, у детей и подростков происходит субдепрессивный сдвиг настроения с появлением недовольства собой, замкнутости, сенситивности, ранимости или повышенной аффективности, возбудимости, несдержанности, озлобленности.

Диагностика

Диагностические критерии энуреза по МКБ-10:

- хронологический и психологический возраст не менее 5 лет;
- непроизвольное или преднамеренное недержание мочи в кровати или в одежде, которое происходит с частотой не реже 2 раз в месяц у детей в возрасте до 7 лет и не реже 1 раза в месяц в возрасте 7 лет и старше;
- энурез не является прямым следствием анатомических аномалий мочевых путей, эпилептических припадков, неврологических расстройств или какого-либо не психиатрического заболевания;
- отсутствие психического расстройства, которое отвечало бы другим категориям МКБ-10;
- состояние должно отмечаться в течение не менее 3 мес.

Дифференциальный диагноз

Периодически под маской энуреза проходит совершенно иная патология, где недержание мочи является лишь симптомом другого заболевания, и больной длительное время не получает необходимого лечения. Возникает необходимость дифференцировать энурез со следующими патологическими состояниями:

1) ночные эпилептические приступы;

2) аллергические заболевания (кожные, пищевые и лекарственные формы аллергии, уртикария);

3) эндокринные заболевания (сахарный и несахарный диабет, гипотиреоз, гипертиреоз);

4) ночные апноэ и частичная обструкция дыхательных путей;

5) побочные эффекты вследствие приема лекарственных препаратов (в частности тиоридазина и препаратов вальпроевой кислоты).

Терапия

Огромную роль в формировании типа мочеиспускания играют родители. Важно своевременно приучить ребенка к горшку, правильно применять памперсы, которые в раннем возрасте существенно облегчают уход за ребенком. К сожалению,

многие родители привыкают к использованию памперсов, поздно отказываются от них. Это приводит к запоздалому формированию рефлекса мочеиспускания, для которого важна реакция ребенка на дискомфорт. Ребенок, чувствуя, что он мокрый, реагирует беспокойством, учится контролировать мочеиспускание, сдерживает позывы, формирует достаточный функциональный объем мочевого пузыря. В памперсе ребенок всегда остается сухим, реакции на дискомфорт не возникает, рефлекс формируется с опозданием, закрепляются патологические особенности: дети часто мочатся, не сдерживают легкие и средние позывы, стремятся реализовать каждый из них. С возрастом формируются патологические модели мочеиспускания: передерживание мочи, например, из-за нежелания прервать игру; в других случаях ребенок мочится лишь в том минимальном объеме, который снижает императивность или позыв, оставляя большой объем мочи в мочевом пузыре на длительное время (остаточная моча). Неполное опорожнение мочевого пузыря становится причиной мочевой инфекции, которая вызывает раздражение его стенки, учащение мочеиспускания и недержание мочи. В последующие периоды детства начинают фор-

мироваться и «вредные привычки»: мочиться «на всякий случай», мочиться «за компанию». Таким образом, мочевого пузыря «подчиняет себе» поведение человека. Терапия, направленная на отказ от подобных патологических установок, называется поведенческой. Она становится начальным видом лечения большинства функциональных расстройств у детей.

Немедикаментозные методы терапии

Диетотерапия. Как уже отмечалось выше, суточный объем выпиваемой жидкости не должен быть ниже возрастной физиологической потребности в ней. В рационе ограничиваются острые, консервированные блюда (маринады), специи. Не стоит давать ребенку на ночь чай (особенно зеленый или с молоком), кофе, кефир, квас. Эти продукты обладают выраженным мочегонным действием. Пища должна быть разнообразной, содержать достаточное количество растительной клетчатки (для профилактики запоров). Полезны продукты, препараты, подкисляющие мочу: клюквенный сок, аскорбиновая кислота.

Enuresis alarms («мочевые будильники») получили большую распространенность и широко рекомендуются к использованию

в некоторых странах (Австралия, США и др.), но практически не применяются в России (в связи с их ограниченной доступностью). Это устройство подает сигнал тревоги и будит ребенка, как только он начинает мочиться. Действие этих приборов основано на принципе замыкания электрической цепи под действием первых капель непроизвольно выделившейся мочи (моча действует как электролит) или повышения температуры на контактах прибора (термодатчика). Контакты прибора располагаются под простыней, или фиксируются на внутренней стороне бедер ребенка. При срабатывании аппарат подает звуковой сигнал, чтобы ребенок мог закончить мочеиспускание в горшок или в туалете после пробуждения (при этом одновременно постепенно формируется нормальный стереотип физиологического отправления). После срабатывания меняют мокрое белье, постель. На первых этапах лечения ребенка можно укладывать в постель без трусов (это способствует наиболее быстрому срабатыванию прибора). По мере урежения ночных мочеиспусканий в качестве своеобразного «жеста доверия», «морального поощрения» ребенка на ночь одевают в чистое, новое, красивое белье. Первые несколько недель ребенок просыпается только после того, как мо-

чевой пузырь полностью опорожнен. В последующие несколько недель достигается способность частично удерживать мочеиспускание. И наконец пробуждение наступает как условная реакция на сокращение (позыв) мочевого пузыря до начала мочеиспускания. Такое лечение может потребовать нескольких месяцев для достижения эффекта и в качестве монотерапии дает временный результат.

По данным Дж.А.Б. Кольера с соавт. («Оксфордский справочник для клиницистов»), результативность этого метода в качестве монотерапии — 65%, частота рецидивов — 30%. Упражнение «будильник». В течение 3—4 недель по 3—5 раз в день выполняется упражнение «будильник». Методика: днем при позывах на мочеиспускание лечь на спину (на кровать, диван и т.д.), положить руку на самый низ живота (область мочевого пузыря) и 5—10 раз плавно надавливать по 10 с, прислушиваясь к возникающим ощущениям (усиливается желание помочиться). Стараться запомнить, «прочувствовать» эти ощущения, после чего сходить в туалет и опорожнить мочевой пузырь. Тренировка сфинктера. В течение 3—4 недель тренировать сфинктер мочевого пузыря при мочеиспускании днем (прерывистое мочеиспускание).

Методика: во время мочеиспускания, напрягая мышцы таза усилием воли, прекратить мочиться (удержать струю), затем продолжить мочеиспускание. Повторить так 2—3 раза за время каждого мочеиспускания. Можно сочетать с «будильником».

Психотерапия. Предусматривает использование внушения и самовнушения (с произнесением так называемых формул самостоятельного пробуждения при начале мочеиспускания или позыве к нему). Может применяться лишь по достижении детьми 10-летнего возраста. Обязательное условие — сохраненный интеллект. Психотерапия рекомендована при наличии у ребенка психологических проблем, например при бессоннице, тревоге, внутреннем напряжении. Психотерапия также может быть полезной, если стрессовый фактор (например, семейный кризис), вызвавший вторичный энурез, еще не устранен. Психотерапия у ребенка, страдающего энурезом, включает две различные стратегии. При энурезе, вызванном бессознательными страхами быть брошенным, следует направить усилия на осознание ребенком этой проблемы с необходимостью обсуждения ее с родителями. Таким образом, ребенка можно подготовить к реалистической оценке событий. При лечении

энуреза следует делать акцент на независимость, самостоятельность ребенка и выработку у него чувства ответственности. Имеет право на жизнь и такой психотерапевтический прием: на определенном этапе терапии (определяется врачом) осуществляют «мягкие» психотерапевтические мероприятия. Цель их — устранение того, что может повлиять на проявления энуреза, так как на этом этапе он должен наблюдаться в «чистом» виде. Эти мероприятия включают отсутствие ограничения жидкости, отказ от ночных пробуждений, отсутствие указаний, оценочных выражений и комментариев, касающихся симптоматики. Разрешена лишь резиновая подкладка в постели. Проявления энуреза как бы «отпускаются», становятся «разрешенными» и принимаются «как есть». В результате своеобразной релаксации ребенка возможна редукция симптоматики, а иногда и полное устранение. Кроме того, эти мероприятия помогают определить реальную частоту случаев ночного недержания мочи (без учета насильственных пробуждений и использования сорбирующего белья). Вид и длительность психотерапии определяют детский психиатр, психотерапевт или психолог. В любом случае применения психотерапии необходимо наличие двух условий:

- желание ребенка и готовность его родителей к лечению;
- доступность психотерапевтической помощи.

Медикаментозные методы лечения

При назначении лекарственных препаратов основой успешного лечения остаются постановка четкого клинического диагноза, правильный подбор препарата, разумная комбинация медикаментозных и немедикаментозных методов терапии.

Импипрамин (мелипрамин, имизин) в 1960-х гг. впервые применен американскими педиатрами для лечения энуреза. Его можно назначать как при первичном, так и при вторичном энурезе с нейрогенными дисфункциями мочевого пузыря. Механизм действия препарата многогранный. Он потенцирует активность ЦНС, уменьшает глубину сна, способствует активации «сторожевых центров мочеиспускания». Снижение глубины сна (повышение чувствительности центров) и уменьшение возбудимости мочевого пузыря позволяют почувствовать импульсы со стороны мочевого пузыря (позыв во сне) и усилить держание мочи. Обладает холинолитическим действием — увеличивает емкость мочевого пузыря. Повышает тонус наружного сфинктера уретры.

Нормализация резервуарной или адаптационной функции мочевого пузыря при энурезе чаще всего связана с разрешением проблемы нестабильности или гиперрефлексии мочевого пузыря. Для этого применяется оксибутирин (дриптан) — антихолинэргический препарат, эффективный при лечении энуреза в сочетании с дневным недержанием мочи, при поллакиурии, императивных позывах на мочеиспускание, императивном недержании мочи, т.е. при гипермоторных нарушениях функции мочевого пузыря.

Скрининг-тестом на наличие гипермоторных дисфункций мочевого пузыря, который прогнозирует возможность применения оксибутина или дриптана, является стремительное мочеиспускание (анамнез, урофлоуметрия).

Дриптан (третичный амин оксибутина) — его эффективность в различных группах наблюдения составляет 90%. Он вызывает расслабление гладкой мускулатуры детрузора, увеличивает объем мочевого пузыря, уменьшает случаи спонтанных сокращений его мышц. Европейские исследователи считают, что курс лечения должен составлять не менее 2—3 мес. Совместно с дриптаном нельзя назначать имипрамин (суммация холинолитического эффекта). Наиболее частые осложнения

М-холинолитиков: сухость во рту, запоры, снижение остроты зрения, тошнота, желудочный дискомфорт, приливы (последние характерны для детей и снижаются с уменьшением дозы), затрудненное мочеиспускание.

Десмопрессин (адиуретин-СД) — синтетический аналог природного антидиуретического гормона (АДГ) вазопрессина, который действует непосредственно на почки, регулируя реабсорбцию и экскрецию воды. Действие десмопрессина обусловлено прямым действием на почечные рецепторы. Он регулирует объем и осмолярность мочи; обладает более мощной антидиуретической активностью, чем вазопрессин; восполняет низкий уровень вазопрессина, характерного для большинства детей с первичным энурезом, тем самым уменьшает вероятность недержания мочи; отличается отсутствием действия на рецепторы сосудов и гладких мышц в отличие от вазопрессина и повышения кровяного давления; отсутствием существенного влияния на секрецию эндогенного вазопрессина. Показания к применению: недостаток эндогенного АДГ (вазопрессина) и связанных с этим полиурии и энуреза.

В последние годы получены данные, что десмопрессин изменяет архитектуру ночного сна,

тем самым улучшает способность к пробуждению при наполнении мочевого пузыря. Лечение десмопрессином в настоящее время — самый распространенный метод лечения ночного энуреза, поскольку оно патогенетически обосновано, удобно для применения и безопасно для использования. Препарат применяется как интраназально, так и через рот. Недостатки этого метода лечения: абсолютная неэффективность у $\frac{1}{3}$ больных, а также значительная дороговизна препаратов.

Общие советы, полезные для взрослых по отношению к детям с энурезом

Ребенка ни в коем случае нельзя ругать или наказывать. Конечно же, он делает это специально и страдает не меньше родителей. Поговорите с ребенком, объяснив, что энурез — это заболевание, точно такое же, как насморк или кашель, следовательно, его не надо стыдиться или скрывать. Его надо лечить. Не стесняйтесь признаться ему, что, возможно, в свое время вы тоже не всегда успевали проснуться ночью или добежать до туалета. Создавайте у ребенка эмоционально-положительную психологическую установку на выздоровление.

Режим дня: следите за тем, чтобы шести-семилетний ребенок соблюдал строгий режим дня, отправляясь спать не позже 21:00—21:30. Необходимы достаточный сон (не менее 9—10 ч в сутки), утренняя гимнастика, спокойная вечерняя прогулка, ограничение просмотра динамичных телевизионных программ, видео, компьютерных игр за 3 ч до сна, исключение нервно-психических и физических перегрузок, подвижных игр в вечернее время.

Питьевой режим: рекомендуется ограничить прием жидкостей вечером и на ночь (за 2—3 ч до сна), восполняя необходимое суточное количество питьем в первой половине дня и после обеда (объем суточного потребления жидкости должен соответствовать возрастной норме!). Эта мера иногда способна помочь. Если можно стимулировать ребенка для соблюдения такого режима питья, этот прием может быть удачным, если нет — лучше прием жидкостей не запрещать. Определенные трудности в выполнении данного пункта возникают при отсутствии должного контроля над ребенком в вечернее время. Предоставленный сам себе ребенок может самостоятельно получить доступ к чайнику, бутылке с напитком или попросту пить воду из-под

крана. Методы, в которых ограничивается суточный объем выпиваемой жидкости или применяется солевая нагрузка на ночь с целью осмотического удержания жидкости, на сегодняшний день следует признать устаревшими и нефизиологичными. Более того, снижение суточного потребления жидкости, по данным нефрологов, провоцирует и / или поддерживает микробную инфекцию мочевой системы.

Перед сном обязательно предложите ребенку *посетить туалет*. Возможен режим принудительных мочеиспусканий за 2 ч до сна: попросить ребенка несколько раз за это время сходить в туалет и помочиться. Будить или не будить его ночью? В некоторых случаях родители будят для того, чтобы он сходил в туалет и остался ночью сухим. Можно сказать, что в таком случае ребенок физиологически не проснулся, он находится в полусне, поскольку разбудить его полностью довольно сложно. Чаще всего врачи не рекомендуют делать этого. Но если уж вы решили будить ребенка ночью, нужно делать это, полностью приводя его в сознание, в противном же случае, вы только закрепите механизм энуреза.

Если ребенок привык к тому, что его будят каждую ночь, чтобы сходить в туалет (иногда и по 2—3 раза за ночь), необходимо

постепенно (в течение трех недель) сокращать количество насильственных подъемов. К концу третьей недели вообще не будить по ночам, настраивая ребенка на то, что если он ночью захочет в туалет, должен проснуться сам. Не стоит заострять его внимание на неудачах, которые будут неизбежно встречаться на этом этапе.

Использовать или не использовать памперсы? Использование памперсов нежелательно. Их применение оправдано только на ранних этапах, кратковременно, на время приучения ребенка к опрятной сухой постели, отучения от насильственных ночных подъемов, у тревожных детей, эмоционально переживающих свои ночные «неудачи». Длительное применение памперсов препятствует формированию у ребенка мотивации к выздоровлению, осознанию доли собственной ответственности за свое состояние. Необходимо следить за чистотой, опрятностью нижнего и постельного белья ребенка, эстетикой его спального места (комнаты). На первых этапах можно подстилать под простыню клеенку. Спальня не должна быть холодной или чрезмерно жаркой. Оптимальная температура 21—22 °С. Соблюдать режим проветривания — обеспечить свежий, слегка увлажненный воздух в спальне. Если ре-

бенок боится темноты или одиночества, не выключайте в его комнате ночничок, оставляйте открытой дверь в вашу спальню или повремените с выселением его в отдельную комнату.

Можно попросить (убедить, научить) ребенка вести дневник (календарь) «сухих» (хороших, удачных) ночей, акцентируя его внимание на любую положительную динамику. Ни в коем случае не ругать его и не заострять его внимание на эпизоды «неудач». Хорошие дни пометать в календаре «солнышком», «звездочкой», неудачные дни не отмечать вообще. Если была хотя бы одна «сухая» ночь — не скупитесь на похвалы. Если ребенок остается «сухим» несколько недель, следует предложить ему убрать (хотя бы временно) клеенку из-под простыни на его кровати. Пусть это будет своеобразной наградой и поводом для торжества.

Необходимо помнить, что даже после прекращения энуреза стрессовые факторы (психотравмирующие ситуации, смена привычной обстановки, режима дня — отъезд в лагерь, санаторий, начало учебного года, смена школы), а также острые заболевания, обострения хронических заболеваний могут привести к рецидиву энуреза. Ребенку необходимо объяснить причину данного рецидива, успокоить и

ненавязчиво возобновить лечение, убедив его в необходимости и эффективности.

Литература

- Ахмедова С.В., Патрушев А.В.* Энурез у детей: метод. рекомендации. Новосибирск, 2008.
- Гузева В.И.* Руководство по детской неврологии. М., 2009.
- Дуб И.Д., Курленко Р.Н., Пархоменко А.В.* Энурез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика // Военная медицина. 2009. № 2. С. 79—86.
- Лебедев Б.В., Фрейдков В.И.* и др. Справочник по неврологии детского возраста / Под ред. Б.В. Лебедева. М., 1995.
- Маркушкин Д.В.* Ночное недержание мочи у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1995.
- Папаян А.В.* Энурез у детей. СПб., 1998.
- Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А.* Нервные болезни: Учеб. пособие. М., 2008.
- Студеникин В.М.* Проблема ночного энуреза у детей: Обзор литературы (2012—2013). Ч. 1 // Лечащий врач. 2013. № 5. С. 50—53.
- Студеникин В.М.* Проблема ночного энуреза у детей: Обзор литературы (2012—2013) Ч. 2 // Лечащий врач. 2013. № 6. С. 26—29.
- Студеникин В.М., Турсунхужаева С.Ш.* и др. Ночной энурез в нейропедиатрии: современные подходы к лечению // Эффективная фармакотерапия. Педиатрия. 2012. № 4. С. 44—49; 76—78.

ОРВИ: симптомы, профилактика, лечение

Лысенко И.С.,

*врач-педиатр Детской клиники доказательной
медицины Docdeti, Москва*

Аннотация. В статье представлена информация о частых вирусных инфекциях у детей дошкольного и школьного возраста без подробного патогенеза проникновения вируса в организм, но с кратким описанием симптомов и причин, почему вирусная инфекция требует лишь симптоматического лечения, выжидательной тактики. Также представлены данные рандомизированных исследований по лечению и профилактике, неэффективности гомеопатических и других альтернативных методов лечения. Вся информация составлена на основе данных доказательной медицины.

Ключевые слова. Острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ), кашель, насморк, дети, лечение, профилактика.

Простуда или острая респираторно-вирусная инфекция (ОРВИ) — самоизлечивающаяся вирусная инфекция верхних дыхательных путей, включающая в различной степени такие симптомы, как чихание, заложенность носа и выделения (ринорея), боль в горле, кашель, температуру, головную боль и недомогание. Вызывается различными видами вирусов; например наиболее распространены более 100 серотипов риновирусов, которые вызывают до 50% простудных заболеваний у детей и взрослых.

Многие другие вирусы, вызывающие простуду, также вызывают характерные клинические синдромы у детей:

- коронавирусы — пневмонию и круп;
- вирусы гриппа — грипп, пневмонию и круп;
- респираторно-синцитиальный вирус (РСВ) — бронхиолит у детей младше 2 лет;
- вирусы парагриппа;
- аденовирусы;
- вирус Коксаки А (энтеровирус) — герпетическую ангину.

Последующий иммунитет — вирусы гриппа, рино-, адено- и

энтеровирусы формируют стойкий иммунитет, но последние мало что делают для предотвращения последующих вирусных заболеваний, потому что существует очень много серотипов. RSV, вирусы парагриппа и коронавируса не вызывают длительного иммунитета. Может произойти повторное заражение, но последующее заражение тем же возбудителем, как правило, протекает легче и короче.

Эпидемиология

ОРВИ может произойти в любое время года, но, как правило, особенно высока заболеваемость в осенне-зимний период. Энтеровирусы чаще всего вызывают заболевание летом, но могут быть диагностированы в течение всего года.

Вирусы, вызывающие инфекцию дыхательных путей, передаются тремя способами:

- контакт с руками — контакт со слизистой оболочки носа или глаз после прикосновения к человеку или предмету, зараженному вирусом;
- вдыхание мелких капель, попадающих в воздух при кашле, сморкании;
- отложение крупных капельных частиц, которые выбрасываются во время чихания и попадают на слизистую носа или конъюнктивы другого

человека (обычно требуется тесный контакт с инфицированным человеком).

Наиболее частый способ распространения вируса для большинства инфекций верхних дыхательных путей, включая риновирусы, — передача инфекционных выделений контактным путем, т.е. занос с рук на слизистые.

Риск передачи вируса от человека к человеку зависит от количества времени, которое люди проводят вместе, близости их контакта друг с другом и количества вируса, распространяемого инфицированным пациентом.

В экспериментальных исследованиях риновирус передавался через руки после минимального контакта (10 с), и последующий контакт со слизистой оболочкой носа или конъюнктивы приводил к инфекции. Аэрозоли в виде частиц были неэффективным методом передачи риновируса. Однако и вирус гриппа и коронавирус могут передаваться аэрозольным путем.

Значительные титры риновируса присутствуют в носовых выделениях инфицированных людей. Низкие титры риновируса присутствуют в слюне примерно у половины инфицированных людей. Риновирусы могут оставаться жизнеспособными на коже человека до 2 ч. Они также могут

выжить до одного дня на поверхностях, хотя пористые материалы, такие как ткани и хлопковые носовые платки, по данным исследований, не поддерживают выживаемость вируса.

Поверхностное загрязнение детских игрушек респираторной вирусной РНК, по-видимому, не является важным путем передачи. В исследовании примерно 20% игрушек в приемной педиатрического кабинета были заражены РНК рино- или энтеровирусом. Очистка одноразовой бактерицидной салфеткой (содержащей четвертичный аммоний со спиртом) была лишь умеренно эффективной в удалении вирусной РНК.

Период заразности

Для каждого вируса период выделения разный, например пик выделения риновируса происходит на третьи сутки после попадания в организм; это совпадает с пиком симптомов. В экспериментальных исследованиях титры вирусов в смывах для носа возвращались к значениям, близким к исходным, через пять дней. Низкий уровень выделения вируса может сохраняться до двух недель.

Инкубационный период

Инкубационный период (время между контактом с инфекционным материалом до появления симптомов) для большинства

распространенных вирусов простуды от 24 до 72 ч.

Клинические особенности

Частота и продолжительность — дети младше 6 лет имеют в среднем от шести до восьми вирусных инфекций в год (до одного в месяц, с сентября по апрель), с характерной длительностью симптомов 14 дней. Маленькие дети в детских садах чаще болеют простудными заболеваниями, чем не посещающие детский сад. Однако при поступлении в начальную школу дети, посещавшие детские сады, менее подвержены простудным заболеваниям, чем вторая группа.

Дети старшего возраста и взрослые заболевают в среднем от двух до четырех простудных заболеваний в год с типичной продолжительностью симптомов от пяти до семи дней. Продолжительность симптомов увеличивается у курильщиков.

Симптомы и признаки

Обзор — симптом насморка варьируется от пациента к пациенту, отчасти из-за возраста, а отчасти из-за возбудителя вируса. Однако широкое разнообразие серотипов и одинаковые проявления различных вирусов, вызывающих инфекцию дыхательных путей, делают невозможным

определение конкретного вируса-возбудителя без лабораторных исследований.

У младенцев частыми проявлениями выступают лихорадка и выделения из носа. Дополнительные проявления могут включать беспокойство, трудности с кормлением, снижение аппетита и проблемы со сном.

У детей дошкольного и школьного возраста преобладают симптомы заложенности носа, выделений из него и кашля. В проспективном исследовании 81 простуды у детей школьного возраста (6—12 лет) родители регистрировали признаки и симптомы в течение первых 10 дней болезни.

Признаки и симптомы включали кашель, чихание, лихорадку, заложенность носа, выделения из него и головную боль; боль в горле и охриплость голоса не оценивались. РНК риновируса выявлялась в 46% случаев.

Приблизительно у $\frac{3}{4}$ детей симптомы болезни сохранялись на 10-й день болезни (обратите внимание, что это нормальное явление при вирусных инфекциях!).

Кашель — возникает у более чем $\frac{2}{3}$ детей с простудой и может быть самым «надоедливым» симптомом для родителей ребенка.

Кашель может повлиять на сон ребенка, его успеваемость в

учебе и способность играть; это также может нарушать сон других членов семьи. Кашель может сохраняться еще 3—4 недели после исчезновения других симптомов, но должен постепенно прекращаться.

Если он усиливается или не проходит, следует рассмотреть другие диагнозы, кроме инфекции верхних дыхательных путей.

На фоне вирусных инфекций часто обнаруживается отрицательное давление в ухе (по данным тимпанометрии), что может давать субъективные жалобы на дискомфорт.

Аномальное давление в среднем ухе может предрасполагать к развитию острого среднего отита. На развитие последнего не влияет лечение комбинированными противовоспалительными и антигистаминными препаратами.

Осложнения

Любая вирусная инфекция может привести к осложнениям: от острого среднего отита до инфекции нижних дыхательных путей, обострения бронхиальной астмы, синусита.

Диагностика

Диагноз ОРВИ ставится клинически на основании анамнеза и результатов обследования, включая контакт с инфекцион-

ным больным, заложенность носа, выделения из него, боль в горле, лихорадку, переднюю шейную лимфаденопатию и эритему слизистой оболочки носа и ротоглотки. Лабораторные анализы не помогают при постановке диагноза.

Симптоматическая терапия

Симптомы простуды не нуждаются в лечении, если они не беспокоят ребенка.

Дискомфорт из-за температуры — можно облегчить самочувствие ребенка с помощью препаратов ацетаминофена или ибупрофена в жидкой форме.

Важно помнить, что не следует одновременно использовать жаропонижающие препараты во избежание передозировки незначительными лекарствами.

Назальные симптомы — включают ринит и заложенность носа, что особенно может мешать сосанию груди или содержимого бутылки и быть самым неприятным, доставляющим дискомфорт симптомом у младенцев и маленьких детей.

Для **терапии первой линии** рекомендуется промывание носа солевыми растворами и его санация, адекватное увлажнение помещения, где находится ребенок (увлажнитель или мойка воздуха, контроль температуры возду-

ха — не более 22 °С). Хотя в рандомизированных исследованиях не была продемонстрирована эффективность всех этих методов, потому что вирусная инфекция дыхательных путей является самоизлечивающимся заболеванием, при этом промывание носа и санация — безопасный и недорогой метод облегчения симптомов заложенности носа.

При кашле рекомендуется облегчить раздражение дыхательных путей, вызывающее кашель с помощью питья теплых жидкостей (например, чая, куриного супа), меда (детьми старше 1 года), леденцов (не используются детьми младшего возраста из-за риска аспирации). Жидкости, мед, леденцы от кашля и леденцы от боли в горле недороги и вряд ли могут причинить вред, хотя могут обеспечить только эффект плацебо.

Мед рекомендован как средство от кашля у детей ≥ 1 года, страдающих простудой. Мед (от 2,5 до 5 мл [от 0,5 до 1 ч. л.]) можно давать в чистом виде или разбавлять жидкостью. Если мед недоступен, его можно заменить кукурузным сиропом. Мед оказывает умеренное благотворное влияние на ночной кашель и вряд ли причинит вред детям старше 1 года. Следует избегать употребления меда детям младше 1 года из-за риска заболевания ботулизмом.

В рандомизированном исследовании 300 детей (1—5 лет) с инфекцией верхних дыхательных путей и ночным кашлем получали разовую дозу (10 г) меда или плацебо (экстракт финика, похожий на мед по внешнему виду и вкусу) перед сном; у детей, получавших мед, уменьшались частота кашля и беспокойство из-за него по сравнению с теми, кто получал плацебо.

Учитывая относительную безопасность и дешевизну меда, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Американская академия педиатрии (AAP) предлагают его в качестве потенциального средства лечения ОРВИ у маленьких детей старше одного года. Американский колледж врачей предполагает, что мед более эффективен, чем плацебо, от кашля, вызванного вирусной инфекцией.

Пастилки — рекомендованы в качестве варианта лечения кашля у детей, у которых они не представляют риска аспирации. Хотя в контролируемых испытаниях нет доказательств того, что леденцы от кашля эффективны для его уменьшения, они вряд ли будут вредными. AAP предполагает, что леденцы можно использовать для снятия симптомов раздраженного горла у детей старше 6 лет.

Не рекомендуется использовать кодеин или другие противо-

кашлевые средства для лечения кашля у детей, вызванного вирусной инфекцией. У них есть потенциальный вред без доказанной пользы.

Не рекомендуется использовать *гомеопатические средства* для лечения простуды у детей. Систематический обзор не обнаружил доказательств в поддержку гомеопатических средств для лечения острых инфекций дыхательных путей у детей. Также нет данных об их безопасности.

Витамины и растительные продукты

Витамин С — не рекомендуется использовать для лечения простуды у детей. В метаанализе рандомизированных исследований 2013 г. витамин С (≥ 200 мг/день), применяемый после появления симптомов, не уменьшал продолжительность или тяжесть симптомов. О серьезных побочных эффектах не сообщалось.

Не рекомендуется использовать **цинк** для лечения простуды у детей. Его эффективность в сокращении продолжительности или тяжести симптомов простуды остается неясной, и часто встречаются побочные эффекты.

Цинковые назальные препараты, включая гомеопатический интраназальный глюконат цинка,

связаны с длительной или постоянной потерей обоняния и не рекомендуются детям.

Эхинацея пурпурная — не рекомендуется использовать для лечения насморка у детей. Несколько тщательных рандомизированных исследований у взрослых показали, что эхинацея не лучше плацебо для лечения инфекций верхних дыхательных путей. Точно так же рандомизированное исследование с участием детей (возраст от 2 до 11 лет) не обнаружило различий в продолжительности или тяжести симптомов ОРВИ у получавших эхинацею или плацебо. Однако у детей, получавших эхинацею, наблюдалась повышенная частота высыпаний.

Экстракт *Pelargonium sidoides* (Umckaloabo, южноафриканская герань) — не получено данных об эффективности экстракта герани

Профилактика

Уход за детьми и школа — большинство детей с простудными заболеваниями могут быть исключены из коллектива только на время острых явлений из-за плохого самочувствия, однако ребенок может продолжить посещение при хорошем самочувствии даже при сохранении симптомов ОРВИ, потому что передача вируса может произойти до того, как

у ребенка проявились симптомы инфекции. Риск распространения можно снизить, следуя здравому смыслу профилактических мер, обсуждаемых ниже.

Гигиена — лучшие способы для предотвращения передачи вируса — частое мытье рук и избегания контакта со слизистыми (рот, нос, глаза). Обучение ребенка правильной технике чихания и кашля в локтевой сгиб руки, а не в ладонь. Использование одноразовых бумажных платков или салфеток, их следует сразу выбрасывать в корзину для мусора.

Дезинфицирующие средства — обеззараживание поверхностей дезинфицирующими средствами, такими как фенол / спирт (например, лизол) может помочь уменьшить скорость передачи вирусов.

Рандомизированное испытание антибактериальных чистящих средств по сравнению со стандартными чистящими средствами в семьях, где есть хотя бы один ребенок дошкольного возраста, не выявило различий в респираторных симптомах (насморк, кашель, боль в горле).

Иммунизация — важный и нужный раздел профилактики острых инфекций. Всем лицам старше 6 мес. рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа для предотвращения заражения им и его осложнений.

Недоказанные профилактические меры — растительные продукты, витамины, минералы, гомеопатия или пробиотики для предотвращения простуды у детей. В исследовании они не показали своей эффективности и могут быть вредными.

Витамин D — в рандомизированных исследованиях ни ежедневное, ни ежемесячное введение витамина D не снизило частоту или тяжесть простуды.

Витамин C — мета-анализ 24 испытаний (10 708 участников), проведенный в 2013 г., не выявил доказательств того, что ежедневный прием витамина C предотвращает простуду в обществе в целом.

Цинк — хотя рандомизированные исследования показывают, что цинк для перорального приема может обеспечить некоторую пользу в предотвращении вирусной инфекции и уменьшении продолжительности и тяжести симптомов, преимущества ограничены необходимостью длительного ежедневного приема (≥ 5 мес.) и побочными эффектами, включая неприятный вкус и тошноту.

Гомеопатия — систематический обзор не обнаружил доказательств в поддержку гомеопатических средств для профилактики острых респираторных инфекций у детей. Недостаточ-

ное сообщение о побочных эффектах не позволило сделать выводы о безопасности.

Пробиотики — мета-анализ 12 рандомизированных исследований с участием детей и взрослых в 2015 г. выявил доказательства низкого качества того, что по сравнению с плацебо пробиотики (различные штаммы лакто- и бифидобактерий) снижали количество людей, у которых наблюдалось ≥ 1 острой респираторной инфекции средней продолжительности заболевания.

Подведение итогов

- Простуда или острая респираторно-вирусная инфекция верхних дыхательных путей — это острый, самоограничивающийся вирусный синдром верхних дыхательных путей, включающий в различной степени чихание, заложенность носа и выделения из него, боль в горле, кашель, субфебрильную температуру, головную боль и недомогание.

- Симптомы простуды могут быть вызваны различными вирусами. Риновирусы вызывают до 50% простудных заболеваний у детей и взрослых. Другие частые причины простуды у детей включают коронавирусы, вирусы гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус.

- Большинство простудных заболеваний передается при

контакте рук. Вирусы могут оставаться жизнеспособными на коже человека не менее 2 ч, а на поверхностях — в течение дня.

- Дети младше 6 лет в среднем болеют от шести до восьми простудных заболеваний в год с типичной продолжительностью симптомов 14 дней. Дети старше простужаются в среднем от двух до четырех простудных заболеваний в год с типичной продолжительностью симптомов от пяти до семи дней. При этом дети, посещающие детские организованные коллективы, болеют чаще, и это норма. Частота заболеваемости снижается у таких детей к школе, тогда как дошкольники, не посещавшие детские сады, начинают болеть в школе чаще.

- Отрицательное давление в среднем ухе часто возникает во время вирусной инфекции, особенно в течение первой недели, что может вызывать субъективно дискомфорт. Рентгенологические аномалии придаточных пазух носа (риносинусит) также часто возникают во время простуды и проходят без лечения антибиотиками.

На развитие острого среднего отита не влияет лечение противовоспалительными и антигистаминными препаратами.

- Диагноз простуды ставится клинически на основании анам-

неза, клинических симптомов и результатов обследования, включая контакт с инфицированным человеком.

- Лечение неосложненной вирусной инфекции включает в себя обильное питье, увлажнение воздуха помещения, где находится ребенок, частое проветривание. Для снижения симптомов болезни можно использовать жидкие формы жаропонижающих (для детей только препарата ибупрофена и парацетамола), туалет носа солевыми растворами и его санация, леденцы для горла у детей старшего возраста. Мед — для облегчения симптомов кашля у детей старше года (при отсутствии аллергии!)

- Ребенок может возвращаться в детский организованный коллектив (детский сад, школу) при нормализации самочувствия. Остаточные явления ОРВИ не противопоказаны посещению.

- Доказанный метод профилактики — соблюдение правил гигиены (частое мытье рук, отсутствие контакта со слизистыми носа, рта, глаз, обучение детей правильной технике чихания и кашля в локтевой сгиб руки, использование одноразовых салфеток для санации носа, выбрасывание их сразу же в мусорное ведро).

- Ежегодная вакцинация от гриппа взрослых и детей, начи-

ная с 6 мес. — надежный метод профилактики вирусов гриппа и их осложнений.

Литература

Adler F.R., Stockmann C., Ampofo K. et al. Transmission of rhinovirus in the Utah BIG-LoVE families: Consequences of age and household structure. *PLoS One*, 2018.

Armengol C.E., Hendley J.O., Winther B. Occurrence of acute otitis media during colds in children younger than four years. *Pediatr Infect Dis J* 2011.

Boivin G., Abed Y., Pelletier G. et al. Virological features and clinical manifestations associated with human metapneumovirus: a new paramyxovirus responsible for acute respiratory-tract infections in all age groups. *J Infect Dis* 2002.

Espes F., Boucher D., Weibel C. et al. Human metapneumovirus infection

in the United States: clinical manifestations associated with a newly emerging respiratory infection in children. *Pediatrics* 2003.

Heikkinen T., Järvinen A. The common cold. *Lancet* 2003.

Pappas D.E., Hendley J.O., Hayden F.G., Winther B. Symptom profile of common colds in school-aged children. *Pediatr Infect Dis J*. 2008.

Pappas D.E., Hendley J.O., Schwartz R.H. Respiratory viral RNA on toys in pediatric office waiting rooms. *Pediatr Infect Dis J*. 2010.

Winther B., McCue K., Ashe K. et al. Environmental contamination with rhinovirus and transfer to fingers of healthy individuals by daily life activity. *J Med Virol* 2007.

Winther B., McCue K., Ashe K. et al. Rhinovirus contamination of surfaces in homes of adults with natural colds: transfer of virus to fingertips during normal daily activities. *J Med Virol* 2011.



Книжная полка



ПРИБОЩАЕМ ДОШКОЛЬНИКОВ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ Методическое пособие

Авторы — Н.В. Полтавцева и др.

Методическое пособие посвящено изложению программы и методики формирования здорового образа жизни детей в условиях ДОО. В нем изложен подход, основанный на применении принципа осознанности в работе с дошкольниками, т.е. самостоятельного понимания детьми важности сохранения своего здоровья.

Закажите в интернет-магазине www.sfera-book.ru

Первая помощь при сильном наружном кровотечении

Тарасова В.В.,

учитель-дефектолог, инструктор по первой помощи ГКУ ЦСПР «Дом Детей», Москва

Аннотация. В статье представлена информация по оказанию первой помощи пострадавшему при сильном наружном кровотечении, не требующей от человека медицинских знаний и медицинского образования.

Ключевые слова. Первая помощь, артериальное кровотечение, венозное кровотечение, жгут, средства индивидуальной защиты (СИЗ), давящая повязка.

Сильное наружное кровотечение смертельно опасно! Счет может идти на минуты. Чтобы спасти человеку жизнь, нужно действовать быстро и правильно.

Как оказать первую помощь человеку с наружным кровотечением? Невольно в голове появляется образ жгута Эсмарха и наши руки напрягаются, мысленно растягивая его края. Школьные уроки по основам безопасности жизнедеятельности, или по начальной военной подготовке, если учитывать более ранний период, надежно закрепили в памяти многих людей связку слов «кровь — жгут». Да, нам говорили, что жгут нужен при артериальном кровотечении, только вот забыли упомянуть, что артериальная кровь с низким содержанием кислорода, внешне вполне сойдет за венозную. Забыли сказать, что при плохом освещении понять, алая она или бордовая, не просто сложно, а скорее невозможно. Да и, в принципе, человеку далекому от медицины и частого вида крови не разобраться в ее цветовой палитре.

Признаки «фонтан», или «струя» также не всегда могут быть точными. Получается, что про жгут помним, в каком случае он нужен — помним, но как понять, что это тот



самый случай, и как правильно наложить жгут, знают немногие. Правильное, эффективное и безопасное для пострадавшего наложение жгута требует периодической отработки данного способа временной остановки наружного кровотечения. Недостаточно один раз отработать. И, уж тем более, нельзя просто посмотреть и научиться. Что еще важно учитывать, говоря про жгут? Его отсутствие! Представьте, что именно сейчас Вы хотите помочь человеку с сильным наружным кровотечением. Где Ваш жгут? Вряд ли он всегда под рукой.

В последние несколько лет в нашей стране проблеме оказания первой помощи пострадавшим обычными гражданами уделяют большое внимание. Организовано немалое количество обучающих курсов как платных, так и бесплатных. Это дает свои плоды: в сумках и рюкзаках появились средства индивидуальной защиты для оказания первой помощи (маски для СЛР (сердечно-легочной реанимации), перчатки), бинты и даже жгуты, или турникеты. Но таких людей, готовых почти всегда иметь при себе «набор спасателя», мало. Поэтому необходимо закладывать в головы людей другой способ остановки наружного кровотечения. Способ, который можно

назвать доступным и более безопасным, в сравнении с наложением жгута. Ведь неправильно наложенный жгут, впоследствии, может привести к ампутации конечности.

Наложение жгута, прямое давление в рану, давящая повязка, максимальное сгибание / разгибание конечности, возвышенное положение — основные способы временной остановки наружного кровотечения.

Прямое давление в рану (фото 1) с последующим наложением давящей повязки — быстрый и надежный способ. Главное — помнить о собственной безопасности.

Кровь пострадавшего потенциально опасна. Оказывая помощь, необходимо защитить свои руки перчатками. Если пострадавший находится в сознании и готов воспринимать инструкции, не теряйте времени — скажите, чтобы он собственной ладонью,



Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4



Фото 5



Фото 6



Фото 7

или кулаком с максимальной силой давил туда, откуда вытекает кровь (фото 2).

Как только вы обезопасили себя, обеспечьте доступ к ране. Если место кровотечения скрыто одеждой, нужно ее снять, или разрезать / разорвать. Давление необходимо осуществлять непосредственно в рану.

Долго оказывать эффективное давление будет сложно, поэтому нужно наложить давящую повязку. Если, по счастливой случайности, у вас оказались бинты, используйте их (фото 3, 4).

Увы, бинты, как и жгут, обычно в кармане мы не носим. Поэтому используйте любую доступную ткань, лучше хлопок (фото 5—7).

Первая помощь при сильном кровотечении:

- попросите пострадавшего прижать рану или прижмите ее сами (используйте СИЗ);
- вызовите скорую помощь (лучше с помощью кого-либо, или включив в телефоне режим громкой связи, так ваши руки будут свободны);
- наложите на рану давящую повязку (используя ткань или бинт, сделайте валик и плотно примотайте его к месту, из которого вытекает кровь);
- если кровотечение продолжается, наложите поверх первой повязки еще одну.

Дополнительно можно приложить холод. Помните, что данный способ — вариант временной остановки кровотечения, поэтому необходимо как можно быстрее обеспечить пострадавшему медицинскую помощь.



Книжная полка



БЕСЕДЫ О ЗДОРОВЬЕ **Методическое пособие**

Автор — Шорыгина Т.А.

Представлены беседы, посвященные здоровому образу жизни: утренней зарядке, закаливанию, подвижным играм на свежем воздухе в любое время года, солнечным и воздушным ваннам. Новые сказки, стихи и загадки автора делают материал пособия увлекательным и доступным для детей. Рекомендуем использовать с плакатами «Чистота — залог здоровья» и «Закаливание — путь к здоровью».

Закажите в интернет-магазине www.sfera-book.ru

Формирование у ребенка пространственных представлений

Тарасова В.В.,

*учитель-дефектолог, инструктор по первой помощи
ГКУ ЦСПР «Дом Детей», Москва*

Аннотация. В статье даны простые, доступные и эффективные рекомендации по формированию у ребенка пространственных представлений. Эти советы подойдут как нормотипичным детям, так и детям с ОВЗ.

Ключевые слова. Ориентировка, пространственные представления, схема тела.

Одно из условий развития ребенка — способность к ориентировке в пространстве. Пространственные представления лежат в основе формирования высших психических функций.

Для большинства людей ориентация в пространстве кажется естественным процессом, не требующим особых навыков и усилий. На самом деле это постепенный процесс, берущий начало в способности ощущать собственное тело, поскольку именно оно служит стартовой точкой для выбора дальнейшего направления. Пойти направо можно, лишь когда есть понимание того, где находится правая половина тела. Для детей с особенностями интеллектуального развития процесс формирования базовых пространственных представлений является важным и непростым. Для закрепления знания ребенком схемы собственного тела часто требуется очень много времени и сил. Совместная работа специалистов, родителей и окружения дает возможность ускорить процесс освоения ребенком базовых пространственных представлений.



Для нормального ознакомления с пространством необходимо активное взаимодействие с ним. К сожалению, современные гаджеты, которые очень любят дети, лишь создают иллюзию пространства. И чтобы помочь ребенку сформировать начальные пространственные представления, нужно:

- формировать представление ребенка о схеме собственного тела (его части, что где находится);
- учить ориентироваться в реальном пространстве относительно собственного тела.

Предлагаем практические советы, которые помогут вашему ребенку получить базовые представления о пространстве.

- Чаще касайтесь ребенка, обозначая при этом часть тела (это правая рука, это живот, левое ухо, правая нога).
- Обозначьте яркой резинкой одну из рук (наденьте на запя-



Фото 1

стье). Просите ребенка в течение дня показывать эту руку («где твоя правая рука?»). Со временем можно использовать две резинки разного цвета (например, красная на правую руку, синяя — на левую) (фото 1).

- Устраивайте совместные игровые физкультурминутки. Они будут не только интересны, но и полезны. (Шагать на месте: правая нога, левая нога. Поочередное поднимание рук. Приседание.) Обязательно проговаривайте направление каждого движения: влево, вправо, вверх, вниз, вперед, назад.

- Во время прогулок на улице обозначайте направление движения (Сейчас мы поворачиваем



Фото 2

направо). При этом можно остановиться и показать рукой ребенка дальнейшее направление (правой — при повороте вправо, левой — при повороте влево) (фото 2).

• Указывая ребенку на тот или иной предмет, обозначайте его

положение. (Посмотри вверх, там птичка, солнышко, самолет. Посмотри вниз: лужа, трава, воробей.)

И не стоит забывать, что от частоты и кратности повторений напрямую зависит результат работы.

Актуальность и способы сенсорного развития детей раннего возраста

*Дьяченко М.Н.,
педагог-психолог;*

*Мягкова Л.П.,
учитель-логопед МБДОУ д/с № 160, г. Самара*

Аннотация. В статье дается описание новому взгляду на «игры в песочнице» как на арт-терапевтическую технику с использованием кинетического песка.

Ключевые слова. Сенсорное развитие, ранний возраст, игры с песком, мелкая моторика.

Кинетический песок — обычный материал для творческих игр, учебного и познавательного процессов, который может использоваться в терапевтических целях. Это инновационная арт-терапевтическая техника. Терапевтический эффект игры с песком впервые заметил

швейцарский психолог К. Юнг. Процесс игры в песок высвобождает заблокированную энергию и активизирует возможности самосоисцеления, заложенные в человеческой психике.

Ребенок строит что-то из песка, разрушает и снова строит. Именно это действие помогает

достичь состояния равновесия, когда уходят тревога и страх. Еще одно важное свойство песка — возможность изменения сюжета и событий. Поскольку игра происходит в контексте сказочного мира, ребенку предоставляется возможность изменить дискомфортную для него ситуацию. Он самостоятельно учится преодолевать трудности. Трогая песчинки, ребенок развивает не только мелкую моторику, но и творческие способности, фантазию. Постройки, созданные ребенком на песке, — отражение бессознательного. С их помощью он выводит наружу свои переживания, внутренние проблемы. Задача педагогов — вовремя увидеть и понять, какие мысли тревожат малыша. Хороша песочница еще и тем, что песок способствует также развитию речи.

Именно поэтому в своей работе в детском саду мы активно используем игры с песком как один из методов, формирующих всестороннее развитие ребенка: эстетическое развитие, развитие творческих способностей, мышления и речи. Цель наших занятий — стабилизация эмоционального состояния ребенка и развитие речи. Игра в песочнице не имеет методических ограничений. Это дает большие возможности для ра-

боты с детьми с речевыми нарушениями. Мы заметили, что такие дети, играя с песком, намного быстрее стали усваивать материал, отражая его на песке. При работе с этим материалом у детей развивается как диалогическая, так и монологическая речь.

Предлагаем вашему вниманию конспект одного из занятий с неговорящим ребенком 3 лет.

Во время работы с песком дети становятся раскованными и веселыми. Они познают окружающий мир, преодолевают трудности, учатся решать свои детские проблемы.

Индивидуальное бинарное занятие «День рождения зайчонка»

Цель: стабилизация эмоционального состояния ребенка, развитие речи.

Задачи:

- обогащать тактильный опыт ребенка;
- развивать мышление, внимание, наблюдательность;
- мелкую моторику и зрительно-моторную координацию;
- речь, обогащать словарный запас.

Оборудование: кинетическая песочница, игрушечный теле-

фон, песочный набор, плоскостные фигуры.

* * *

Организационная часть

(проводит психолог)

Психолог. Здравствуй, Агата! Ты слышишь, звонит телефон? Давай узнаем, кто нам звонит! Алло! (*Разговаривает по телефону.*) Нам только что позвонил зайка. У него сегодня день рождения. Он узнал, что мы умеем печь из песка куличики, и просит помочь ему приготовить угощение для своих гостей. Хочешь помочь зайке? Но прежде чем мы начнем печь, я предлагаю немножко поиграть с песочком.

Основная часть

Игра «Следы невиданных зверей» (проводит психолог)

«Идут медвежата» — кулаками надавливаем на песок.

«Прыгают зайцы» — кончиками пальцев ударяем по песку.

«Ползут змейки» — расслабляем, напрягаем пальцы на поверхности песка.

«Бегут жучки» — двигаем вместе пальцами в песке.

Психолог. Посмотри, какие получились интересные следы. А теперь можно лепить угощения.

Игра «Что изменилось?»

(проводит логопед)

Логопед показывает объемные геометрические фигуры на песке. Ребенок называет их. Затем убирается одна фигура. Ребенка просят сказать, что изменилось.

Игра «Подбери слово»

(проводит логопед)

Ребенок обнаруживает спрятанные в песке игрушки, называет их и подбирает к их названиям прилагательные. Например: синий шарик, колючий ежик, красивое кольцо и т.д.

Игра «Я пеку, пеку»

(проводит психолог)

Психолог. Начинаем делать из песка куличики (*объясняет и показывает*). Песок совочком накладываем в формочку. Приминаяем. Переворачиваем форму. Кладем на твердую поверхность. Осторожно снимаем форму. Куличик готов. Ребенок лепит куличики.

Заключительная часть

(проводит психолог)

Психолог. Молодец! Какие красивые куличики получились. Они понравятся зайке и его друзьям. А что тебе понравилось больше всего? Что для тебя было самым сложным? Что оказалось самым простым? Кто из героев понравился тебе больше всех?

Новый способ устранения спазматических задержек в рамках методики устойчивой нормализации речи заикающихся

(под ред. проф. Л.З. Арутюнян — автора методики устойчивой нормализации речи заикающихся)

Памяти Миграна Арутюновича Арутюняна...

Ракитина А.Э.,

логопед Речевого центра «Арлилия», Москва

Мигран Арутюнович Арутюнян — канд. физ.-мат. наук, по второму образованию — логопед (в 1997 г. окончил Армянский государственный педагогический университет им. Х. Абовяна).

В 1974 г. — пациент Лилии Зиновьевны Андроновой (Арутюнян).

С 1990 г. — переводчик Л.З. Андроновой (Арутюнян) во время ее преподавательской работы в Армянском государственном педагогическом институте им. Х. Абовяна и практической работы с заикающимися.

С 1997 г. — постоянный ассистент Л.З. Арутюнян в практической работе с заикающимися и научных исследованиях проблемы заикания.

В 2012 г. — соавтор Л.З. Арутюнян в книге «Я больше не заикаюсь (устойчивая нормализация речи заикающихся)».

В 2016 г. — соавтор Л.З. Арутюнян в патенте на изобретение № 2616993 «Способ лечения заикания».

В середине 1980-х гг. в процесс «эволюционного» развития методики устойчивой нормализации речи заикающихся Л.З. Андроновой (Арутюнян) постепенно вошел Мигран Арутюнович Арутюнян: сначала как переводчик, а позже как постоянный ассистент Лилии Зиновьевны в практической работе с заикающимися и научных исследованиях проблемы заикания.

Поскольку Мигран Арутюнович на собственном опыте знал, что такое заикание, его интерес к проблеме был вполне естественным, но погружение в нее в качестве специалиста стало достаточно неожиданным. В предисловии к книге «Я больше не заикаюсь» [4] он сам о себе писал так: «Если бы кто-то 30 лет назад сказал мне, что я стану логопедом, я счел бы это неудачной шуткой, поскольку я, во-первых, был физиком, а во-вторых, в

то время сам заикался. Однако встреча с Лилией Зиновьевной (я был ее пациентом) круто изменила мою жизнь. Проблема заикания буквально захватила меня...».

И действительно, его собственный опыт заикающегося, научное мышление физика-экспериментатора, интерес к этой проблеме, приобретенный в процессе работы переводчиком и ассистентом Лилии Зиновьевны, — все это вместе помогло Миграну Арутюновичу не только глубоко понять проблему заикания, но и взглянуть на нее под новым углом.

Методика устойчивой нормализации речи заикающихся прошла в своем развитии длинный путь. Он был связан с осмыслением практического опыта работы со взрослыми пациентами, анализом достигнутых результатов (как положительных, так и отрицательных) и глубокого погружения Л.З. Арутюнян в изучение смежных дисциплин, помогающих понять физиологические основы заикания. В результате она выдвинула гипотезу о том, что причиной возникновения спазматических задержек при заикании является нарушение внутренней синхронизации естественного речевого цикла в слуховом канале обратной связи, предложила и апробировала

на практике способ коррекции заикания, основанный на синхронизации речи с движениями пальцев «обученной» ведущей руки.

«Обученная» рука стала выполнять роль внешней опоры, «буксира», который помогает наладить «нарушенный у заикающихся механизм внутренней синхронизации естественного речевого цикла. Устраняя саму причину возникновения речевых судорог, она тем самым «компенсирует физиологический дефицит» [2]. Кроме того, «обученная» рука помогает справиться с такими разрушающими речь последствиями заикания, как аритмия, отсутствие правильного слияния слов в синтагме, искажение интонации» [2]. Предложенный способ оказался высокоэффективным и был запатентован в 1991 г. [1]. Он и сейчас используется многими специалистами — учениками Л.З. Арутюнян — в рамках традиционного варианта методики. Многие заикающиеся, включая и М.А. Арутюняна, полностью избавились от заикания благодаря ему.

Однако несмотря на бесспорные плюсы данного способа, в нем имели место и некоторые отрицательные моменты. Во-первых, на начальном этапе обучения его неотъемлемым элемен-

том было значительное замедление речи, что само по себе по понятной причине дискомфортно. Опыт бывшего заикающегося дал возможность Миграну Арутюновичу ощутить дискомфорт значительного замедления речи на себе, поэтому он пытался найти возможность лечения без использования *значительного* замедления речи.

Кроме того, чтобы перевести своего пациента от замедленной речи к речи обычной по темпу, логопеду приходилось в процессе обучения несколько раз менять привычные, отработанные, «речевые правила», привносить новые элементы в заученный навык. Необходимость «переучивания» сама по себе усложняла педагогический процесс.

Но минус «переучивания» состоял не только в этом. В связи с тем, что личностными характеристиками большинства заикающихся являются мнительность, тревожность, неверие в саму возможность достижения здоровой речи, изменение «речевых правил» (а значит, и темпа речи) в некоторых случаях отрицательно сказывалось на их эмоциональном состоянии и, как реакция на новизну, в этих случаях у них вновь могло возникнуть волнение, связанное с актом речи, которое на предыдущих этапах занятий уже было преодолено.

Это тормозило пациентов в их уверенном движении вперед, требовало дополнительных усилий, постоянной психотерапевтической «подпитки».

Способ, предложенный М.А. Арутюняном, помогал избежать этих сложных моментов: уже на начальных этапах стало возможным обойтись без значительного замедления темпа речи. В результате сама собой отпадала необходимость «переучивания» и заметного изменения темпа речи при переходе от этапа к этапу.

Крайне значимыми в понимании проблемы заикания стали знания о голографической модели памяти, почерпнутые Лилией Зиновьевной и Миграном Арутюновичем Арутюнянами из работ американского нейрофизиолога Карла Прибрама [7]. Его открытие состоит в том, что память как одна из центральных функций головного мозга имеет распределительный, а не локализованный характер. Это означает, что каждая часть мозга, как часть голографической пленки, может содержать информацию, восстанавливающую всю картину в целом.

В применении к проблеме заикания это означает, что для полного его преодоления недостаточно устранить лишь отдельные симптомы. Чтобы добиться

устойчивых результатов, нужно рассматривать заикание в более широком смысле слова и одновременно бороться со всеми его многочисленными симптомами, поскольку каждый из них служит памятным знаком заикания и способен в любой момент жизни восстановить всю картину заикания целиком.

Чаще всего во время терапии заикания внимание специалистов нацелено на самый очевидный его симптом — спазматические задержки, а остальное многообразие менее очевидных симптомов полностью или частично игнорируется. Поэтому даже после казалось бы успешной работы, когда спазматические задержки в основном преодолены, всегда остается риск возникновения так называемого рецидива заикания, который на самом деле, по мнению Л.З. Арутюнян, рецидивом не является, это результат неоконченного лечения [3].

Опираясь на теорию К. Прибрама, а также знания о том, что речевое дыхание — основа звучащей речи, М.А. Арутюнян высказал предположение о том, что именно нарушенное речевое дыхание считается главной причиной устойчивости спазматических задержек, что это не просто один из симптомов заикания, а самый важный памятный его знак. Не случайно многие спе-

циалисты в процессе терапии заикания серьезно занимаются дыханием, считая, что использование, в частности, диафрагмального дыхания в процессе речи поможет ее восстановлению.

М.А. Арутюнян подошел к решению этой задачи нестандартно, по-своему. Он выдвинул идею о том, что нужно не просто нормализовать речевое дыхание (эта работа всегда проводилась и в рамках традиционной методики), но сделать его «неузнаваемым» для тех структур мозга, которые отвечают за ассоциативную память. По его мнению, только в этом случае оно действительно перестанет быть памятным знаком заикания, ведь если изменить основу речи, изменится и вся речь.

М.А. Арутюнян сформулировал свои мысли и описал «новое» дыхание в статье «Уникальный способ лечения заикания с использованием колебательного движения диафрагмы» таким образом: «Вместе с тем, как нарушенное речевое дыхание записывается в долговременную память, оно приобретает статус коварного памятного знака заикания. И пока этот памятный знак не исключен, навсегда остается риск “оживить” картину заикания в целом... Мы предлагаем сформировать принципиально новое речевое дыхание, обеспе-

чивающее плавную речь, которая по звучанию практически не будет отличаться от обычной речи»... [6].

По его мнению, «новое» дыхание помогает заикающемуся «по-новому» звучать, «по-новому» артикулировать и в результате «по-новому» себя ощущать. Благодаря «новому» дыханию до неузнаваемости изменяются все важные аспекты речи: появляются свободный голос, легкость произнесения звуков, а значит, сглаживаются отрицательные эмоции, сопровождающие речь, и постепенно исчезает страх.

Чтобы разобраться в том, чем отличается естественное диафрагмальное дыхание от «нового» дыхания, М.А. Арутюнян предлагал сравнить их. Он писал: «Поскольку мы говорим на выдохе, то обычное речевое дыхание характеризуется коротким глубоким вдохом и продолжительным плавным выдохом. Если мы имеем дело с диафрагмальным дыханием, после напряжения на вдохе, диафрагма медленно и плавно расслабляется, соответственно легкие плавно “сдуваются”, обеспечивая ровный поток воздуха, приводящий в колебание голосовые связки. Если по какой-то причине (например, от страха) моментально “схватывает” дыхание, диафрагма не может плавно расслабиться, в результате чего

воздушный поток прерывается, что приводит к речевым неплавностям. Представим, что мы разрешили диафрагме *резко* расслабиться после вдоха. Благодаря упругости диафрагма раскачается подобно пружине. При помощи датчика давления мы визуализировали движения диафрагмы в этих двух случаях. Результаты представлены на рис. 1. Верхняя часть рисунка отображает монотонное расслабление диафрагмы, а нижняя — ее колебательное расслабление...» [6].

Как показала практика, предложенное «новое» дыхание оказалось полезным для снятия глоточных зажимов. Это особенно важно для заикающихся с дыхательной и вокальной формами заикания. В традиционном варианте методики снятие глоточных зажимов достигалось с помощью утрированной артикуляции гласных, ведь когда челюсть расслаблена и максимально опущена, рефлекторно расслабляются и мышцы глотки. При новом подходе необходимость в утрированной артикуляции отпадает, что, в свою очередь, начиная с первых дней занятий, приводит к более естественному звучанию «лечебной» речи, делая более комфортным процесс лечения.

Поскольку при правильном использовании предложенного способа спазматические задерж-

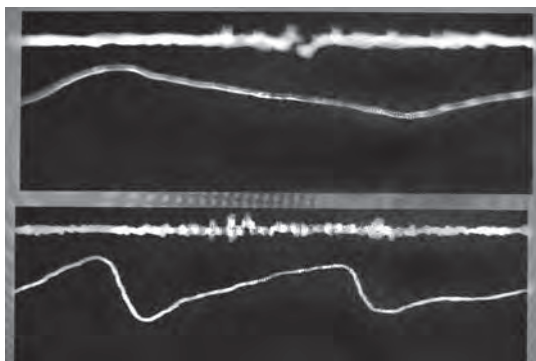


Рис. 1. Движение диафрагмы при обычном речевом выдохе и при выдохе с колебательным движением диафрагмы

ки сразу исчезают, и речь заикающихся становится плавной при незначительно замедленном темпе речи, М.А. Арутюнян назвал ее «речью с нулевым заиканием».

Как на практике осуществляется обучение речи с «нулевым заиканием»?

Сначала на фоне общего ослабления тела М.А. Арутюнян формировал у пациентов диафрагмальное дыхание с колебательным движением диафрагмы («новое» дыхание). Для этого с помощью специальной аппаратуры, записывающей кинетику диафрагмы пациента в виде эталонной кривой, М.А. Арутюнян отслеживал качество ее движения и пояснял нюансы этого процесса пациенту. После многократных повторений упражнения с опорой на зрительное восприятие через какое-то время пациент стано-

вится способным воспроизвести это движение без зрительной опоры, наблюдая уже не за эталонной кривой на экране монитора, а только за движением передней брюшной стенки (ПБС), которое соответствует движению диафрагмы. После автоматизации полученного навыка пациент воспроизводил это движение самостоятельно без зрительной и тактильной опоры, по памяти.

Когда «новое» диафрагмальное дыхание было сформировано, Мигран Арутюнович переходил **к формированию речевого навыка**, основанного на предлагаемом дыхании. Работа начиналась с самого сложного для заикающихся первого слога речевой синтагмы. Особенность его произнесения состояла в том, что он начинался не со звучания голоса, как это было раньше, а с еле заметного,

но резкого выдоха, который сам по себе провоцирует глубокий вдох и запускает «новое» дыхание. При таком вдохе нёбная занавеска автоматически поднимается, что препятствует возникновению спазматической задержки на первом слоге синтагмы независимо от того, какой слог произносится (даже так называемый «трудный», «страшный»).

Применение «нового» дыхания с колебательным движением диафрагмы не отменяло всех этапов работы по традиционной методике. Занятия проводились параллельно, по подгруппам: в тот момент, когда на фоне режима молчания М.А. Арутюнян обучал «новому» дыханию, Лилия Зиновьевна проводила работу по формированию невербальных компонентов речи, умению расслабляться, правильно звучать с использованием «нового» диафрагмального дыхания и мягкой атаки голоса. На этом же этапе начинались первые функциональные тренировки, поскольку пациенты еще были не готовы говорить, они отрабатывали в реальной жизни навыки невербального общения.

Когда «новое» дыхание вне речи было сформировано, его предстояло ввести в речь. Для этого, как и ранее, использовалась ведущая рука, но по сравнению с традиционной методикой

менялось движение большого пальца ведущей руки. Раньше он упреждал произнесение первого слога речевой синтагмы. Теперь он сначала запускал «новое» дыхание и только потом диктовал начало речи (первый слог речевой синтагмы). Этот момент тщательно отрабатывался, пока навык не стал автоматическим.

После того как первый слог был отработан, каждый пациент обучался произнесению коротких однообразных (эталонных) фраз. Графики (см. рис. 1) демонстрируют характер движения диафрагмы при произнесении одной и той же фразы обычной речью (верхняя диаграмма) и «речью с нулевым заиканием» (с колебательным движением диафрагмы). Кинетика движения диафрагмы во время обычного и «нового» выдоха соответствует тому, как движется диафрагма во время обычной речи и «речи с нулевым заиканием» при произнесении одной и той же эталонной фразы. Когда эталонные фразы были освоены, логопеды постепенно переходили к более сложным и разнообразным фразам. Несмотря на то, что темп произнесения первого слога синтагмы, а далее всей синтагмы, от самого начала занятий был приближен к нормальному, даже тяжелый заикающийся сразу чувствовал легкость произнесения, что, безусловно,

вдохновляло начинающего пациента, повышало его мотивацию и работоспособность. Ему уже не нужно было ждать, пока пройдет период замедления, чтобы только потом перейти к речи, комфортной для общения.

Наступал момент, когда функциональные тренировки в реальной жизни становились речевыми. Сначала они проводились под контролем и с помощью логопеда, а потом самостоятельно. Для тщательного анализа речи все они записывались на диктофон. Поскольку при правильном применении способа спазматические задержки были исключены, логопед анализировал качество речи с точки зрения наличия или отсутствия правил уверенного речевого поведения, «нового» дыхания, «нового» звучания и т.п. — всего, что являлось защитой «новой» речи и обеспечивало речь с «нулевым» заиканием.

Применение диктофона в процессе занятий было очень удачной идеей М.А. Арутюняна. Благодаря этой «находке» стало возможным тщательно анализировать речь пациентов не только непосредственно на занятии, но и в разнообразных ситуациях живого общения, когда логопед уже не было рядом. С этой целью пациенты высылали диктофонные записи речи своему логопеду. Но самое главное, что благодаря

диктофонным записям появилась возможность обучить пациентов самоанализу, сделать каждого «логопедом для самого себя». Поначалу диктофонные записи использовались в работе только со взрослыми пациентами, но в дальнейшем логопеды Речевого центра «Арлилия» стали успешно применять диктофон и в работе с детьми, помогая родителям анализировать качество речи своих детей и стать для них настоящими «логопедами на дому».

В результате многолетней экспериментальной и практической работы М.А. Арутюнян сформулировал новый способ устранения спазматических задержек, который в 2017 г. был запатентован и с успехом используется в работе со взрослыми заикающимися в Речевом центре «Арлилия», где последние годы работал Мигран Арутюнович. Новый способ дал возможность перейти от нарушенного дыхания заикающихся к «новому» дыханию с колебательным движением диафрагмы, что позволило без значительного замедления и утрированной артикуляции гласных:

- преодолеть глоточные зажимы;
- спазматические задержки;
- повысить мотивацию пациента и, как следствие, эффективность работы.

М.А. Арутюнян внес ощутимый бесценный вклад в развитие

современного варианта методики Л.З. Арутюнян, но, к сожалению, не успел закончить исследований, запланированных им совместно с учеными Курчатовского института, чтобы подтвердить свою гипотезу экспериментальным путем. Его идеи требуют дальнейшего осмысления и более подробной методической базы, но, судя по результатам, без сомнения заметно повышают эффективность работы со взрослыми заикающимися.

Литература

1. *Андропова Л.З.* Способ лечения заикания. Патент СССР № 1337085, 1991.
2. *Андропова Л.З.* (Арутюнян). Как лечить заикание. М., 1993.
3. *Арутюнян Л.З.* Миф о рецидивах заикания // Школьный логопед. 2007.
4. *Арутюнян Л.З., Арутюнян М.А.* Я больше не заикаюсь (устойчивая нормализация речи заикающихся). М., 2012.
5. *Арутюнян Л.З., Арутюнян М.А.* Способ лечения заикания. Патент РФ № 2616993, 2017.
6. Материалы логопедического форума 2018 г. Сочи «Логопедия новейшего времени», «Уникальный способ лечения заикания с использованием колебательного движения диафрагмы».
7. *Прибрам К.* Языки мозга. М., 1975.



Книжная полка



КОРРЕКЦИЯ ЗАИКАНИЯ У ДОШКОЛЬНИКОВ Методическое пособие

Автор — *Ворошилова Е.Л.*

В пособии представлен практический материал по диагностике и коррекции заикания у детей дошкольного возраста. Помимо описания этапов, содержания, планируемых результатов, практических заданий раскрываются результаты изучения заикающихся детей, приводится схема логопедического обследования. Предназначено для специалистов, работающих с заикающимися детьми. Простота и доступность изложения, а также практическая направленность пособия делают его привлекательным и для родителей.

Наш адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3

Тел.: (495) 656-72-05, 656-73-00

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

Стили воспитания в семье и их влияние на развитие детских неврозов

Волосова А.М.,

педагог-психолог ГКУ ЦСПР «Дом Детей», Москва

Аннотация. В статье рассматриваются системы и стили воспитания в семье, темперамент и акцентуации характера ребенка, а также различные факторы возникновения детских неврозов и психотравм.

Ключевые слова. Семья, дети, воспитание, неврозы, психология, психотерапия, темперамент, характер, социализация.

Крошка сын к отцу пришел,
И спросила кроха:
— Что такое *хорошо*
И что такое *плохо*?

В. Маяковский

Каждый человек индивидуален. Мы рождаемся с определенным типом темперамента, но в процессе жизни и социализации в нас закладываются различные черты характера (фото 1).

Что же такое характер? Это сочетание наиболее устойчивых, существенных, приобретенных особенностей личности, проявляющихся в поведении человека. Характер человеческой жизни всегда многогранен. В нем могут быть выделены отдельные черты или стороны, которые являются связанными

вместе, образующими целую структуру.

В наше время до сих пор остается открытым вопрос о наследственном факторе формирования характера. На этот процесс большое влияние оказывают два фактора.

1. Биологический — реализуется через темперамент (врожденную характеристику) ребенка.

2. Социальный — наиболее значимый в формировании характера ребенка, включающий в себя: — родителей как пример подражания;

- влияние со стороны родителей через различные стили воспитания;
- непосредственно сами взаимоотношения между членами семьи;
- традиции и менталитет общества, в котором растет ребенок;
- правила и приоритеты, принятые внутри семьи.

Влияние семьи на формирование характера ребенка велико, но не безгранично. Бывает так, что родители всячески пытаются сделать или, правильнее будет сказать, «слепить» из ребенка веселого, позитивного активиста, а он по природе своей, к примеру, меланхолик. Тогда все попытки воспитания будут восприниматься как насилие, что приведет

к повышенной тревожности, депрессии и неврозам.

Как же понять, глядя на своего ребенка, каким темпераментом он обладает? Рассмотрим их виды.

1. Меланхолик — чувствительный, медлительный и очень ранимый человек с неустойчивой и слабой нервной системой. Это значит, что такой ребенок нуждается в большем количестве времени, чтобы принять решение, достичь желаемого результата и более раним, уязвим в отношении негативных воздействий извне. Такие дети склонны к плаксивости и унынию, но они достаточно усидчивые. В них хорошо развивается творческий потенциал, но это творчество не носит зрелищного характера.



Фото 1

Выступать на публике детям-меланхоликам крайне тяжело. Если не допускать ошибок в воспитании такого ребенка и придерживаться его биологически заложенных возможностей — удастся вырастить рассудительного, творческого, умного, чувственного и заботливого человека. Если заставлять меланхолика идти против своей природы, задавать ему чрезмерно активный темп жизни — это приведет к тому, что он станет еще более плаксивым, более тревожным, более ранимым, начнет замыкаться в себе. Родители должны как бы помочь ему адаптироваться в окружающем мире и реализовать свой творческий потенциал.

2. *Флегматик* — довольно медлительный, но достаточно устойчивый в отношении воздействия стрессовых факторов человек. Он не так раним, как меланхолик, но так же, как последний, не склонен спешить. Рассудителен, задумчив, не торопится принимать окончательное решение, может по нескольку раз проверять правильность своих действий. Например, ребенок-флегматик очень медленно убирает за собой разбросанные вещи, но убирает их очень аккуратно, ему не жалко на это времени. Его нервная система характеризуется относительной слабостью и устойчивостью. Флегматики,

благодаря своей усидчивости и упорству, имеют много шансов стать учеными. Поощрение достижений и адаптация среди сверстников — то, что должны сделать родители, чтобы он мог максимально реализовать себя в жизни.

3. *Сангвиник* — сильный, от рождения уверенный в себе, энергичный. Его нервная система характеризуется силой и устойчивостью. Поэтому сангвиник имеет все шансы стать лидером и социально-активной личностью. Он быстро усваивает информацию и легко находит ей применение, устойчив в стрессовых ситуациях. Этот ребенок — лидер, и, безусловно, его лидерский потенциал нужно поощрять. Однако увлеченному сангвинику стоит время от времени напоминать о важных мелочах, о которых он может забыть. Ребенок-сангвиник — активист, он старается быть лучше всех. Ему необходимо привить чувство ответственности за других людей. Проще говоря, сангвиника надо научить чувствовать флегматиков и меланхоликов, ведь они будут в его команде, он должен их понимать и уважать, ценить их достоинства, уметь приспособливаться к их медлительному темпу. Сангвиник, которого воспитали внимательные и ответственные родители, — со-



Фото 2

циально активная личность, лидер, руководитель, ответственный и мудрый человек.

4. *Холерик* — яркий и вспыльчивый. Его нервная система характеризуется силой и неустойчивостью. Ребенок-холерик, так же, как и взрослый-холерик, склонен к быстрым изменениям в настроении. Воодушевленный идеями, радостный и стремящийся к победе, он может, столкнувшись с трудностями, впасть в отчаянье. Склонен к взрывным реакциям, но он быстро успокаивается. Все холерики — яркие личности, как правило, стремящиеся к публичности, имеют активную жизненную позицию. Это дети, которые могут и любят быть в центре внимания, но пло-

хо переносят критику. Ранним и обидчивым. Если холерик становится лидером, он, безусловно, счастлив, но у него не хватает терпения быть внимательным по отношению к другим.

Родители ребенка-холерика должны учить его справляться со своими негативными эмоциями, не подавлять, но и учиться контролировать. Дети-холерики, научившиеся реализовывать свои эмоции, — это лидеры и яркие творческие личности с нестандартным подходом и генерированием идей (фото 2).

Перейдем к акцентуациям характера. Акцентуация характера или личности — чрезмерное усиление отдельных черт характера. Эта особенность личности

определяет поведение и поступки, накладывает отпечаток на все сферы ее деятельности: отношение к себе, окружающим, миру. Акцентуация выступает крайним вариантом нормы и не считается психическим расстройством или заболеванием. Какие же виды акцентуаций существуют? Рассмотрим классификацию по К. Леонгарду.

Застревающий (ригидный) тип

Умеренно общительный, неразговорчивый. В конфликтах такой человек обычно выступает инициатором. Имеет чувство справедливости. Слишком требователен к себе. Честолюбив, ревнив, иногда чрезмерно самоуверен. На работе предъявляет повышенные требования к подчиненным. В семье также чрезмерно требователен.

Возбудимый

Характеризуется низкой контактностью в общении, медлителен в реакциях. Они часто подавлены и склонны к конфликтам, которые сами провоцируют. Властны в семье. Если находятся в спокойном эмоциональном состоянии, они добросовестны и аккуратны, а в состоянии эмоционального возбуждения — бесконтрольны. Очень раздражительны и вспыльчивы.

Демонстративный

Иногда этот тип называют истероидным. Люди данного типа легко устанавливают контакты, стремятся к лидерству, любят власть и похвалу. Окружающих они раздражают своей самоуверенностью и высоким уровнем притязаний. Как правило, сами провоцируют конфликты, но при этом активно защищаются. Люди данного типа артистичны, обходительны, неординарны в мышлении и поступках. Их отталкивают присущие им негативные черты: хвастовство, отлынивание от работы, лицемерие, эгоизм.

Педантичный

Добросовестны, серьезны, надежны, аккуратны. В конфликты вступают редко. На работе предъявляют многочисленные формальные требования к членам коллектива. Слишком требовательны к аккуратности и порядку.

Гипертимный

Характеризуется чрезмерной контактностью. У этого типа ярко выражены жесты, мимика и пантомимика. Во время общения отклоняются от темы, либо меняют ее. Не терпят замечаний. Они инициативны, энергичны, полны оптимизма, жаждут деятельности. Однако часто бывают зачинщиками конфликтов, легкомысленны,

не всегда добросовестно относятся к своим обязанностям. Не любят одиночество, жесткую дисциплину и монотонную работу.

Дистимный

Этот тип характеризуют низкая контактность и пессимистическое настроение. Они обычно домоседы, избегают шумных компаний и ведут замкнутый образ жизни. Легко вступают в конфликты. Серьезны и добросовестны. Имеют обостренное чувство справедливости, замедленность мышления, пассивность, неповоротливость.

Циклоидный

Циклоидам свойственны частые смены настроения, высокомерность в обращении с людьми. В период хорошего настроения они общительны, в период подавленного настроения — замкнуты.

Экзальтированный

Людям этого типа свойственны высокая контактность, любчивость. Они часто спорят, но не доводят дело до открытых конфликтов, в споре могут быть как активной, так и пассивной стороной. Дорожат близкими и друзьями, очень к ним привязаны и внимательны. Склонны к состраданию, альтруистичны. Их негативные черты: неустойчивое настроение, паника.

Тревожный

Данный тип отличается низкой контактностью, робостью, неуверенностью в себе, часто доминирует подавленное настроение. Редко вступают в конфликты с людьми, играя в них лишь пассивную роль. Часто бывают мишенями для насмешек и «козлами отпущения». Они дружелюбны, самокритичны, исполнительны.

Эмотивный

Люди с таким типом акцентуации характера предпочитают общение в узком кругу избранных. В конфликтах играют пассивную роль, стараются их избежать. Обидчивы, но обиды носят в себе. Чрезмерно чувствительны и слезливы. Обладают сосредоточенностью, обостренным чувством долга, исполнительностью.

Экстравертированный

Отличаются высокой контактностью, у них много друзей и знакомых. Они открыты для любой информации. В общении не занимают лидирующих позиций, предпочитают подчиняться, находиться в тени. Исполнительны, всегда готовы внимательно выслушать другого. Негативные черты: подверженность влиянию, необдуманность поступков, легкомыслие, страсть к развлече-

ниям, склонны к распространению слухов и сплетен.

Интровертированный

Характеризуются очень низкой контактностью, замкнутостью, оторванностью от реальности, склонностью к философствованию. Конфликтуют только в тех случаях, когда другие вмешиваются в их личную жизнь. Любят одиночество. Принципиальны, сдержанны, имеют твердые убеждения. Они склонны упорно отстаивать свою точку зрения или идеи.

Акцентуации характера не являются врожденными. Как стиль воспитания может повлиять на формирование той или иной акцентуации? В каждой семье складывается определенная, далеко не всегда осознанная ее членами система воспитания. Какие существуют системы и стили воспитания?

Для начала разберем четыре основные системы воспитания в семье: диктат, опека, невмешательство и сотрудничество.

1. *Диктат* проявляется в систематическом подавлении одними членами семейства инициативы и чувства собственного достоинства у других его членов. Родители, разумеется, могут и должны предъявлять требования к своему ребенку. Однако те из них, которые предпочитают при-

каз и насилие, желают утвердить собственное превосходство на ощущении зависимости другого, более слабого человека — чаще всего именно ребенка. Последний может оказывать сопротивление — грубостью, вспышками агрессии и ненавистью. Но если сопротивление оказывается сломленным, вместе с ним оказываются сломленными и многие ценные качества личности: самостоятельность, чувство собственного достоинства, инициативность, вера в себя и в свои возможности. Систематическое подавление личности ребенка диктатурой, а также возможные акты физического и эмоционального насилия приводят к психотравмам, неврозам, возможно, даже к психопатиям.

2. *Опека* или *гиперопека* — система отношений, при которых родители, обеспечивая своим трудом удовлетворение всех потребностей ребенка, ограждают его от каких-либо забот, усилий и трудностей, принимая их на себя. Именно такие дети оказываются неприспособленными к жизни в коллективе, у детей отсутствует самостоятельность, инициатива, они так или иначе отстранены от решения общих проблем семьи. Все это может привести к апатии, повышенной тревожности у ребенка.

3. Система межличностных отношений, строящаяся на *незави-*

симом существования взрослых от детей может порождаться тактикой «невмешательства». Чаще всего в основе этого типа взаимоотношений лежит пассивность родителей как воспитателей, а порой их эмоциональная холодность, безразличие, неумение и нежелание учиться быть родителями. Как правило, это приводит к наличию у детей психотравм, неврозов, чувства неполноценности, различным комплексам, наличию эмоциональной депривации. Также повышается риск суицида и аутоагрессии.

4. *Сотрудничество* как тип взаимоотношений предполагает опосредованность межличностных отношений общими целями

и задачами совместной деятельности, ее организацией и высокими нравственными ценностями. Именно в этой ситуации преодолевается эгоистический индивидуализм ребенка. Такая семья становится группой высокого уровня развития — коллективом. Самая благоприятная система воспитания. Риск развития неврозов, психозов и психотравм значительно снижается (фото 3).

Перейдем к классификации стилей воспитания. Большое значение в становлении самооценки имеют стиль семейного воспитания, принятые в семье ценности. Выделяется три стиля семейного воспитания: демократический, авторитарный, попустительский.



Фото 3

1. *Демократические родители* ценят в поведении ребенка и самостоятельность и дисциплинированность. Они сами предоставляют ему право быть самостоятельным в каких-либо областях своей жизни, не ущемляя его прав, но при этом требуя выполнения обязанностей.

2. *Авторитарные родители* требуют от ребенка беспрекословного подчинения и не считают, что должны ему объяснять причины своих указаний и запретов. Они жестко контролируют все сферы жизни, причем могут это делать и не вполне корректно. Дети в таких семьях обычно замыкаются, и их общение с родителями нарушается.

3. *Попустительский стиль*. Сочетание безразличного родительского отношения с отсутствием контроля — крайне неблагоприятный вариант семейных отношений. Детям позволяется делать все, что им вздумается, их делами никто не интересуется. Поведение становится неконтролируемым. Чаще всего это неблагополучные семьи.

От условий воспитания в семье зависит адекватное и неадекватное поведение ребенка.

При негативных факторах и ошибочном стиле воспитания — личностной особенностью ребенка может стать повышенная тревожность. Такое возможно

при постоянном недовольстве со стороны родителей. Из-за нарастания тревожности и связанной с ней низкой самооценки снижаются учебные достижения. Неуверенность в себе приводит к ряду других сложностей: желанию бездумно следовать указанию взрослого, страх проявить инициативу, жить «по шаблону».

Если ребенок не получает должного внимания со стороны родителей, может произойти «уход от реальности». Наблюдается в тех случаях, когда у детей демонстративность сочетается с тревожностью. Эти дети тоже имеют сильную потребность во внимании к себе, но реализовать ее не могут из-за своей тревожности. Неудовлетворенная потребность во внимании приводит к нарастанию еще большей пассивности и нежеланию контактировать с окружающими, страху контактов.

Для воспитания адекватного представления нужна гибкая система наказания и похвалы ребенка. Исключается восхищение и похвала при нем. Редко дарятся подарки за поступки. Не используются крайние жесткие наказания. В семьях, где растут дети с высокой, но не завышенной самооценкой, внимание к личности ребенка сочетается с достаточной требовательностью (фото 4, 5).

Неврозы у детей и факторы их возникновения

Невроз — психологическое заболевание, представляющее собой реакцию на психическую травму. Проявление детского невроза зависит от самой психической травмы, а также от личности самого ребенка. Существуют следующие виды общих неврозов.

Истерия

Данное состояние у детей проявляется неадекватной реакцией на неудовлетворенность чем-либо. Дети с истерией часто «притворяются», например, показывая симптомы заболева-

ния. При этом врач, осматривая ребенка, не находит признаков заболевания. Это лишь способ манипуляции родителями.

Неврастения

У детей она проявляется раздражительностью и слабостью. Нередко возникают бурные реакции на незначительные замечания или действия. Характерные симптомы неврастении: изменчивость настроения, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, головная боль, ощущение сердцебиения, нарушение сна.

Навязчивые состояния

Развиваются у детей с определенными психологическими



Фото 4



Фото 5

особенностями: боязливостью, мнительностью, нерешительностью. С раннего возраста характерно образование различных страхов. У большинства больных детей появляются разнообразные защитные реакции в виде навязчивых действий (хлопки руками, частое мытье рук, прыжки). В старшем возрасте могут появляться навязчивые мысли. При этом дети могут осознавать абсурдность своих действий и пытаться бороться с ними.

Тики

Нередко предшествуют навязчивым состояниям и действиям. Для них характерны стереотип-

ные сокращения отдельных групп мышц. В раннем возрасте возникают частые моргания глазами. При прогрессировании возможно вовлечение в процесс других мышечных групп (дергание носом, заведение глаз, приподнимание бровей, плеч и др.). После перенесенных ОРВИ у таких детей возможно появление дыхательных тиков: кашель, откашливание, втягивания носом и др.

Энурез

Представляет собой недержание мочи. Энурез является неврозом только в том случае, если развивается на фоне психологической травмы или изменений

условий жизни. Довольно характерна связь с обстановкой и ситуацией, в которой может находиться ребенок. Со временем, из-за данного недуга у детей может развиться чувство неполноценности. В подростковом возрасте могут появиться негативные черты характера: несдержанность, злость, раздражительность. Иногда энурез может развиваться вместе с энкопрезом (недержанием кала).

Лечение невроза у детей

Основной способ лечения — психотерапия. Поскольку один из

факторов возникновения невроза — неблагоприятная обстановка в семье и проблемы детско-родительских отношений, посещение групповой психотерапии будет являться одним из более эффективных способов лечения невроза. Но не стоит забывать, что основу составляет правильно подобранное медикаментозное лечение. Невроз, как и многие другие заболевания, проходит ряд этапов. Эффект лечения зависит от своевременности оказания помощи. Чем раньше оказана помощь, тем более благоприятнее эффект от лечения.

Что такое прокрастинация и как с ней справиться?

Волосова А.М.,

педагог-психолог ГКУ ЦСПР «Дом Детей», Москва

Аннотация. В статье представлена информация о феномене под названием «прокрастинация». Описаны причины ее возникновения, виды, особенности, а также способы борьбы с ней.

Ключевые слова. Прокрастинация, страх, тревожность, депрессия, психология, оправдание, тестирование, психологическая помощь.

В последнее время в мире психологии и в быту мы часто слышим слово — прокрастинация. Что же это такое? Одно из обозначений данного понятия — откладывание человеком важных дел

«на потом» без отсутствия объективных на то причин. Иными словами, бездействие при наличии важных дел, задач, впоследствии влияющих на жизнь человека, которое приводит к проблемам и

отрицательно сказывается на психологическом состоянии.

Если говорить проще, у всех нас, в большинстве своем, есть работа, где нам дают задания, выполнить которые нужно в срок. Но порой кажется, что лучше все отложить «на завтра» или «успеется, сначала я посмотрю Youtube». При этом мы находим логичные причины, чтобы совершить это бездействие, как бы оправдывая самих себя.

Два типа людей

В основном люди делятся на два типа «прокрастинаторов». Первый копит энергию, впоследствии выкладываясь на все 100%, справляется со всеми задачами и имеет положительный исход своего бездействия.

Второй тип, как правило, продолжает бездействие, потом тратит множество сил, энергии, нервов, но не справляется со всеми отложенными задачами, и имеет негативный исход.

В обоих случаях у нас истощаются как физические, так и моральные силы.

Чем же опасна прокрастинация?

В первую очередь это «заболевание» влечет за собой ряд психологических проблем и внутренних конфликтов.

Возникают социальные конфликты, например, с коллегами или начальством, а также с семьей. Если человек постоянно винит себя за упущенное время — это приводит к раздражительности, вспыльчивости, стрессу, что, в свою очередь, влечет за собой нервное истощение, психосоматические расстройства, апатию и даже депрессию.

Как распознать в себе прокрастинатора?

Существует ряд признаков для понимания того, есть ли у вас такая проблема, например.

- Объем работы не выполнен в срок, но условия позволяли его выполнить.
- Ряд предупреждений от начальства, что вы не укладываетесь в сроки и подводите всех.
- Ухудшение взаимоотношений на работе и в семье.

Также можно пройти психологические тесты и измерить шкалу оценки прокрастинации.

Причины прокрастинации

1. Повышенная тревожность. Она мешает многим из нас сосредоточиться и выполнить поставленные задачи.

2. Педантичность и перфекционизм. Это уже черта характера, бывает так, что человек тратит слиш-

ком много сил, чтобы сделать все «идеально», но в итоге требуемый объем работы не выполняется.

3. Импульсивность. Также можно считать чертой характера, человек загорается идеей и также быстро остывает.

4. Страх и проблемы с критичностью. Бывает так, что люди боятся критики и по этой причине откладывают все важные дела.

5. Отсутствие мотивации. Если человек не видит развития и результата своих трудов так скоро, как ему хотелось бы, он откладывает важные дела.

6. Перегрузка. Некоторые из нас переоценивают свои возможности и берут на себя больше задач, чем способны выполнить.

7. Усталость и выгорание. При таком состоянии вряд ли получится что-либо выполнить, тем более в срок.

Способы борьбы с прокрастинацией

1. План. Попробуйте планировать свои задачи, запишите их и распределите время и сложность. Начните с покупки ежедневника.

2. Все в голове. Создайте установку в голове, например не воспринимайте это как «мне нужно так много сделать», а «я хочу это сделать и я справлюсь».

3. Четкость. Формулируйте свою цель более четко, тогда, возможно, у вас появится моти-

вация и неважные дела отойдут на второй план.

4. Сила воли. Ограничивайте время в социальных сетях и компьютерных играх или просмотре сериалов, если вы знаете, что вам сложно остановиться, лучше всего распределить время. Не нужно убирать это время совсем. Лучше начните выставлять себе несколько часов и убавляйте их каждую неделю.

5. Выполненная задача = вознаграждение. Попробуйте баловать себя после выполненной задачи, например: купите что-то приятное или сходите в кафе.

6. Отдых. Не стоит забывать давать организму разгрузку как эмоциональную, так и физическую. Выезжайте по возможности куда-то, где вы заряжаетесь положительными эмоциями. Или же проводите время дома, не ругая себя за то, что «вы лежите весь день на диване». Такие моменты имеют место быть, и в них нет ничего плохого.

В заключение хотелось бы отметить, что не каждый из нас способен победить прокрастинацию и справиться с ней самостоятельно. Если эти приемы не работают, и вы чувствуете, что все усугубляется, лучшим решением было бы обратиться за помощью к специалисту. Психолог поможет и подберет индивидуально ряд упражнений для улучшения вашего состояния.

Пять советов, как помочь ребенку с особенностями развития справиться с проблемным поведением

Потапкина А.А., Кузнецова Ю.В.,
педагоги-психологи ГКУ ЦСПР «Дом Детей»,
Москва

Аннотация. Даются пять простых советов родителям, которые могут значительно улучшить поведение детей с ОВЗ.

Ключевые слова. Ребенок с нежелательным поведением, коррекция нежелательного поведения.

Серьезная проверка «на прочность» для родителей, когда ребенок проявляет нежелательное поведение: устраивает истерики, плачет, кричит, ведет себя агрессивно. Предлагаем вам пять советов, как помочь ребенку с особенностями развития справиться с всплесками проблемного поведения, от педагогов-психологов особого семейного центра «Дом Детей».

1. Составьте визуальное расписание дня ребенка. Это последовательность картинок, фотографий, которые будут отображать этапы событий, происходящих в течение дня. Визуальное расписание позволит ребенку понять, что от него хотят, и снизит тревожность, поможет в формиро-

вании навыков самообслуживания.

2. Сделайте карточки с изображением любимых предметов ребенка. Многие дети проявляют нежелательное поведение из-за неумения осуществить свою просьбу, отсутствия коммуникации. Карточка будет визуальной подсказкой ребенку. Он сможет попросить нужную вещь, показывая ее. Причин для проявления нежелательного поведения станет меньше. Визуальная поддержка очень важна для детей с особенностями развития.

3. Развивайте мотивационную сферу ребенка. Подберите или вспомните интересные игры, занятия с предметами. Тогда на предложение поиграть, позани-

маться он откликнется охотнее. Для грусти не останется свободного времени и поводов.

4. Будьте последовательны. Если сегодня вы придерживаетесь режима дня ребенка, а завтра будете его нарушать, ваши усилия по предупреждению нежелательного поведения не принесут успеха.

5. Будьте внимательны к потребностям чада. Если ребенок

голоден, хочет пить, устал, плохо себя чувствует, скорее всего, от настойчивого предложения поиграть или выполнить задание он откажется, демонстрируя нежелательное поведение. Хорошее поведение, успешная игра, правильно выполненное задание — все это может быть поводом для поощрения. Радуйтесь и празднуйте маленькие победы вместе.



Книжная полка



ОБЩАТЬСЯ — ЭТО ПРОСТО **Занятия по взаимодействию с ребенком с ОВЗ**

Учебно-методическое пособие. Части 1, 2

Авторы — Савина Л.Ю., Танцюра С.Ю.

В учебно-методическом пособии важное место отводится практическим приемам реабилитационного воздействия в форме игровых упражнений, групповых занятий, которые позволят изучить особенности детей с ОВЗ, развить способность к эмпатии, поддержке, терпимости по отношению к людям с инвалидностью, выработать навыки межличностного взаимодействия детей с ОВЗ. Адресовано логопедам, дефектологам, педагогам ДОО.



АЛЬТЕРНАТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ **В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ**

Авторы — Танцюра С.Ю., Кононова С.И.

В пособии представлена альтернативная и дополнительная коммуникация в обучении детей с ОВЗ, описаны ее принципы, формы, приемы и методы. Даны характеристика категории детей, нуждающихся в этих видах коммуникации, этапы и программа обучения, рекомендации родителям по взаимодействию с детьми с ОВЗ.

Закажите в интернет-магазине **www.sfera-book.ru**

*ФГБУ «Федеральное бюро
медико-социальной экспертизы
Минтруда России»*

Порядок разработки индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидам и детям-инвалидам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающим в психоневрологических интернатах и детских домах-интернатах*

Методическое пособие

Заключение «нуждается» выносится для следующих категорий инвалидов с нарушением психических функций:

- для инвалидов, имеющих стойкие расстройства функций опорно-двигательного аппарата, в том числе использующих кресла-коляски и иные вспомогательные средства передвижения;
- для инвалидов, имеющих стойкие расстройства слуха, при необходимости использования вспомогательных средств;
- для инвалидов, имеющих стойкие расстройства функций зрения, при необходимости использования собаки-проводника, иных вспомогательных средств;
- для инвалидов, имеющих одновременно стойкие расстройства функций слуха и зрения, при необходимости использования вспомогательных средств;
- для инвалидов, имеющих стойкие расстройства иных функций.

Актуально!



* Продолжение. Начало см. в № 2—5/2021.

4.5. Физкультурно-оздоровительные мероприятия, мероприятия по занятию спортом инвалидов (детей-инвалидов) с нарушениями психических функций, проживающих в ПНИ и ДДИ

В рамках ИПРА данный вид мероприятий включает в себя только одну позицию — «Информирование и консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта».

Безусловно, при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний: данное мероприятие предполагает интеграцию инвалида в систему физической культуры, физического воспитания и спорта.

Рекомендуется инвалидам и детям-инвалидам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающим в ПНИ и ДДИ и имеющим положительную установку для занятий физической культурой и спортом.

Обращаем ваше внимание, что допуск инвалидов (детей-инвалидов) к занятиям по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту определяется медицинской организацией и находится вне компетенции федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.

Адаптивная физическая культура

Адаптивная физическая культура — комплекс различных мер спортивно-оздоровительного характера, направленный на реабилитацию и адаптацию к социальной среде, для людей с ограниченными возможностями здоровья. Такие меры решают самые разные задачи: профилактические, коррекционные, компенсаторные, образовательные, воспитательные, оздоровительно-развивающие. Однако, независимо от частных аспектов, общий вектор адаптивной физической культуры направлен на повышение эффективности реабилитационных мер в целом и более полную интеграцию человека с ограниченными возможностями здоровья в общество.

В рамках реабилитации адаптивная физкультура способна обеспечить инвалида и ребенка-инвалида теми видами и техниками физической активности, которые будут доступны ему для выполнения с учетом степени и структуры нарушения функций организма. Подобная деятельность, безусловно, положительно влияет на соматическое состояние: обеспечивает достаточную двигательную активность, улучшает обмен веществ, стимулирует регенеративные процессы в организме и служит в качестве профилактики вторичных откло-

нений. На психическую сферу адаптивная физкультура также оказывает благотворное воздействие — она помогает инвалиду (ребенку-инвалиду) сформировать осознанное отношение к собственному телу и собственным физическим возможностям. Более того, интеграция в процесс адаптивной физической культуры может стать одним из лучших вариантов социализации инвалида (ребенка-инвалида) и обеспечить его максимально полноценную интеграцию в общество, что особенно актуально для детей-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой или дыхательной систем, психических, сенсорных и статодинамических функций.

Благодаря адаптивной физической реабилитации у инвалида (ребенка-инвалида) формируются адекватные психические реакции на заболевание. Кроме того, такой вид реабилитационных мероприятий позволяет лицу с ограниченными возможностями здоровья овладеть специальными комплексами физических упражнений, приемами самомассажа, гидровибромассажа и другими средствами.

Для инвалидов (детей-инвалидов), проживающих в ПНИ и ДДИ, применяются различные методики, построение которых связано с учетом психофизиологических особенностей инвали-

дов и детей-инвалидов с аутизмом и направлены на развитие у них адекватного образа тела (знание частей тела и понимание, как они работают), равновесия, статической и динамической гибкости, моторной координации, на улучшение функционального состояния мышечной и сердечно-сосудистой систем, в том числе используя методы визуальной поддержки. Занятия по программе упражнений будут способствовать улучшению физического и психологического состояния инвалида (ребенка-инвалида) с вышеуказанным расстройством, повышению его самооценки и созданию более гармоничных взаимоотношений с окружающими.

Выбор возможных направлений для развития и компенсации существующих нарушений, а также пропаганда здорового образа жизни и внимательного отношения к своему состоянию всегда ложится на ближайшее окружение и непосредственно на законных или уполномоченных представителей инвалида, ребенка-инвалида, однако информирование о существующих ограничениях и способах улучшения соматического и психического статуса, в том числе через посещение спортивно-оздоровительных программ, должно быть неотъемлемой частью реабилитационной программы.

Информирование и консультирование инвалида и членов его семьи по вопросам адаптивной физической культуры и адаптивного спорта может быть рекомендовано инвалидам (детям-инвалидам) с психическими расстройствами и расстройствами поведения (умственная отсталость, расстройства аутистического спектра, последствия детского церебрального паралича и т.д.), в том числе в сочетании с иными патологическими состояниями, приводящими к нарушению статодинамических функций, сенсорных функций и т.д.

В соответствии с Методическими рекомендациями по определению потребности в мероприятиях по реабилитации или абилитации — мероприятия по социально-бытовой адаптации рекомендованы инвалидам и детям-инвалидам, имеющим стойкие умеренные, выраженные и значительно выраженные нарушения функций: психических, сенсорных, языковых и речевых, нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических), сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной системы, кожи и связанных с ней систем (40—90%) с ограничением способности к самостоятельному

передвижению — 1, 2, 3 степени, к ориентации — 1, 2, 3 степени, к общению — 1, 2, 3 степени, контролировать свое поведение — 1, 2, 3 степени, у которых социально-средовой статус нарушен или утрачен (не сформирован).

4.6. Рекомендуемые технические средства реабилитации (ТСР) и услуги по реабилитации, предоставляемые инвалиду (ребенку-инвалиду) с нарушениями психических функций и расстройством поведения, проживающих в ПНИ и ДДИ за счет средств федерального бюджета

Решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации (далее — ТСР) принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами.

По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду ТСР, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида (ребенка-инвалида).

Перечень медицинских показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов и

детей-инвалидов техническими средствами реабилитации определяется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

При формировании ИПРА с определением нуждаемости в ТСР специалисты федеральных государственных учреждений медико-социального на момент проведения медико-социальной экспертизы руководствуются следующими нормативными правовыми документами:

Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

При определении нуждаемости в технических средствах реабилитации, предоставляемых за счет средств федерального бюджета:

Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета, утвержденным распоряжением правительством Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 2347-р;

Перечнем показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, утвержденным приказом Минтруда России от 28 декабря 2017 г. № 888н (далее — Перечень показаний и противопоказаний).

Сопровождение инвалида (ребенка-инвалида) к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР за счет средств федерального бюджета, и обратно

В соответствии с Методическими рекомендациями по определению потребности инвалида, ребенка-инвалида в мероприятиях по реабилитации и абилитации, нуждаются в сопровождении к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР за счет средств федерального бюджета и обратно, инвалиды (дети-инвалиды), имеющие стойкие выраженные и значительно выраженные нарушения функций: психических, сенсорных, языковых и речевых, нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических), сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной системы, кожи и связанных с ней систем (70—100%), с ограничением способности к самостоятельному передвижению — 2, 3 степени, к самообслуживанию — 2, 3 степени, к ориентации — 2, 3 степени, к общению — 2, 3 степени, контролировать свое поведение — 2, 3 степени, у которых социально-средовой статус нарушен или утрачен (не сформирован).

Необходимость сопровождения инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР, указывается для детей-инвалидов вне зависимости от степени ограничений жизнедеятельности.

4.7. ТСР и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду (ребенку-инвалиду) с нарушениями психических функций, проживающему в ПНИ или ДДИ за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации

При определении нуждаемости в технических средствах реабилитации, предоставляемых за счет средств субъекта Российской Федерации, в ИПРА вносятся технические средства реабилитации, позиционированные в региональных перечнях, определенных локальными актами субъектов Российской Федерации.

В данном разделе указываются рекомендации по обеспечению реабилитационными или абилитационными мероприятиями ТСР и услугами по реабилитации или абилитации, предусмотренными региональными перечнями реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг, предоставляемых инвалиду.

Решение о необходимости обеспечения инвалидов ТСР за счет средств бюджета субъекта Рос-

сийской Федерации принимается при установлении медицинских показаний и противопоказаний на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами в соответствии с медицинскими показаниями, определенными соответствующими правовыми актами субъектов Российской Федерации.

4.8. ТСР и услуги по реабилитации или абилитации, предоставляемые инвалиду за счет собственных средств инвалида либо средств других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности

Предоставление инвалидам (детям-инвалидам) ТСР за счет средств инвалида (ребенка-инвалида) либо других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности осуществляется в соответствии с медицинскими показаниями (при отсутствии медицинских противопоказаний), определенных в ходе проведенной медико-социальной экспертизы с учетом рекомендаций врачей медицинских организаций, при условии использования ТСР в целях компенсации или устранения имеющихся у инвалида (ребенка-инвалида) стойких ограничений жизнедеятельности.

При определении нуждаемости в технических средствах реабилитации, предоставляемых за счет собственных средств инвалида либо иных, не запрещенных законом источников, в ИПРА вносятся рекомендации о технических средствах реабилитации в формулировках, позиционированных в различных кодификаторах и классификаторах, в том числе перечнем вспомогательных средств для людей с ограничениями жизнедеятельности, позиционированными в ГОСТ Р ИСО 9999-2019.

4.9. Виды помощи, в которых нуждается инвалид, ребенок-инвалид для преодоления барьеров, препятствующих ему в получении услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами

1. Помощь инвалиду (ребенку-инвалиду), имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски.

Заключение «нуждается» выносится инвалидам, детям-инвалидам, имеющим стойкие выраженные и значительно выраженные

расстройства функции самостоятельного передвижения, в том числе использующим кресла-коляски.

2. Помощь инвалиду (ребенку-инвалиду), имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в самообслуживании вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур.

Заключение «нуждается» выносится инвалидам, детям-инвалидам, имеющим значительно выраженные ограничения самообслуживания вследствие нарушения (отсутствия) функции верхних конечностей.

3. Помощь инвалиду (ребенку-инвалиду) по зрению — слабовидящему — на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур.

Заключение «нуждается» выносится инвалидам, детям-инвалидам, имеющим стойкие выраженные и значительно выраженные расстройства функции зрения.

4. Помощь инвалиду (ребенку-инвалиду) по зрению — слепому — на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур.

Заключение «нуждается» выносится инвалидам, детям-инвалидам, имеющим стойкие выраженные и значительно выраженные расстройства функции зрения.

5. Обеспечение допуска на объекты социальной, инженер-

ной и транспортной инфраструктур собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение и выдаваемого по установленной форме.

Заключение «нуждается» рекомендуется инвалидам, детям-инвалидам, имеющим значительно выраженные нарушения функции зрения, обуславливающие необходимость в услуге собаки-проводника.

6. Помощь инвалиду (ребенку-инвалиду) по слуху — слабослышащему — на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур.

7. Помощь инвалиду (ребенку-инвалиду) по слуху — глухому — на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур.

8. Предоставление инвалиду (ребенку-инвалиду) по слуху — глухому — услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика (при необходимости).

9. Предоставление инвалиду (ребенку-инвалиду), имеющему одновременно нарушения функций слуха и зрения, услуг тифлосурдопереводчика, включая обеспечение его допуска (при необходимости).

Заключение «нуждается» выносится инвалидам, детям-инвалидам, имеющим одновременно выраженные и значительно выраженные нарушения функции слуха и зрения.

10. Оказание необходимой помощи инвалиду (ребенку-инвалиду), имеющему интеллектуальные нарушения, в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий.

Заключение «нуждается» выносится инвалидам, детям-инвалидам, имеющим выраженные и значительно выраженные нарушения психических функций, сопровождающиеся нарушением интеллекта.

В вышеуказанных видах помощи с п. 1 по п. 9 нуждаются инвалиды (дети-инвалиды), имеющие нарушения психических функций, у которых имеются нарушения иных видов функций организма, перечень которых позиционирован в Классификациях и критериях (нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, сенсорных (зрение, слух) и т.д.).

5. Порядок реализации ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида)

При реализации ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных или абилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий.

Федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы направляет выписку из ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) (далее — Выписка) не позднее трех дней с даты формирования ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) в соответствующие органы исполнительной власти, органы местного самоуправления, организации, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, на которые возложено проведение реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), посредством размещения соответствующих сведений в федеральной государственной информационной системе «Федеральный реестр инвалидов».

Выписка Федеральной государственной информационной системой «Федеральный реестр инвалидов» формируется в автоматическом режиме и направляется:

— в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения (в сфере социального обслуживания) — по обеспечению техническими средствами реабилитации, предоставляемыми инвалиду (ребенку-инвалиду) за счет средств федерального бюджета в случае передачи в установленном порядке полномочий Российской Федерации: по обеспечению техническими средствами реабилитации инвалида (ребенка-инвалида)

субъектам Российской Федерации, по обеспечению инвалида (ребенка-инвалида) техническими средствами реабилитации за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, по выполнению мероприятий по реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), проживающего в организации социального обслуживания и получающего социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания;

— в региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (далее — региональное отделение Фонда) — в части обеспечения техническими средствами реабилитации, предоставляемыми инвалиду (ребенку-инвалиду) за счет средств федерального бюджета.

Таким образом, с целью выполнения мероприятий по реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), помещенного под надзор в организацию социального обслуживания и получающего социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания, ИПРА направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения (в сфере социального обслуживания).

В соответствии со ст. 35 Гражданского кодекса Российской Федерации (часть первая), законным представителем недееспособных или не полностью дееспособных

граждан, помещенных под надзор в организации, оказывающие социальные услуги, в том числе в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является организация, в которой под надзором находятся недееспособные (не полностью дееспособные) граждане.

В соответствии с письменным разъяснением от 11.05.2016 «Об организации для детей-сирот» (Министерство образования и науки Российской Федерации № ДЛ-172/07, Министерство здравоохранения Российской Федерации № 15-3/10/2-2644, Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации № 12-3/10/В-3155), руководители организаций осуществляют в отношении таких детей функции законного представителя.

В соответствии с Правилами организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений, утвержденными приказом Минтруда России от 24.11.2014 № 940н, в организациях социального обслуживания предоставляются следующие виды социальных услуг с учетом индивидуальных потребностей получателей социальных услуг:

- 1) социально-бытовые;
- 2) социально-медицинские;
- 3) социально-психологические;
- 4) социально-педагогические;
- 5) социально-трудоустройство;
- 6) социально-правовые;

7) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов.

Организации социального обслуживания организуют свою деятельность по оказанию постоянной, периодической помощи получателю социальных услуг в целях улучшения условий его жизнедеятельности и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности с учетом категорий получателей социальных услуг, состояния их здоровья, возраста, социального положения и других обстоятельств, которые приводят или могут привести к ухудшению условий их жизнедеятельности.

При предоставлении социальных услуг в полустационарной форме или в стационарной форме социального обслуживания должны быть обеспечены также:

- возможность сопровождения получателя социальных услуг при передвижении по территории организации социального обслуживания, а также при пользовании услугами, предоставляемыми такой организацией;
- для самостоятельного передвижения по территории организации социального обслуживания, входа-выхода и перемещения внутри такой организации (в том числе для передвижения в креслах-ко-

лясах), для отдыха в сидячем положении, а также доступное размещение оборудования и носителей информации;

- дублирование текстовых сообщений голосовыми сообщениями, оснащение организации социального обслуживания знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля, ознакомление с их помощью с надписями, знаками и иной текстовой и графической информацией на территории такой организации, а также допуск тифлосурдопереводчика, допуск собак-проводников;
- дублирование голосовой информации текстовой информацией, надписями и (или) световыми сигналами, информирование о предоставляемых социальных услугах с использованием русского жестового языка (сурдоперевода), допуск сурдопереводчика;
- оказание иных видов посторонней помощи.

При необходимости, гражданам, в том числе родителям, опекунам, попечителям, иным законным представителям несовершеннолетних детей оказывается содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение организациями социального обслуживания).

В структуре стационарных организаций социального обслуживания могут предусматриваться следующие отделения:

- 1) социально-психологическое;
- 2) социально-медицинское;
- 3) отделение милосердия;
- 4) отделение активного долголетия;
- 5) социально-реабилитационное;
- 6) организационно-методическое;
- 7) иные структурные подразделения, деятельность которых не противоречит целям и задачам деятельности стационарных организаций социального обслуживания, в том числе отделения полустационарного социального обслуживания и социального обслуживания на дому (по согласованию с учредителем).

Основными задачами стационарных организаций социального обслуживания являются:

- а) предоставление социальных услуг гражданам, полностью или частично утратившим способность либо возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в случае заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;
- б) предоставление социальных услуг гражданам, которым такие услуги не могут быть предоставлены в соответствии с их индивидуальной нуждаемостью

в других формах социального обслуживания.

Учитывая вышеизложенное, исполнителями мероприятий по реабилитации или абилитации, рекомендованных в ИПРА инвалидов и детей-инвалидов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающих в ПНИ и ДДИ, являются органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения (в сфере социального обслуживания).

С 01.01.2021 вступит в силу приказ Минтруда России от 30.03 № 157н «О внесении изменений в Правила организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений, утвержденные приказом Минтруда России от 24.11.2014 № 940н», содержание которых закрепляют права и свободы граждан с нарушением психических функций и не допускают насилия и грубого обращения с ними. Кроме того, не допускается использование лекарственных средств в немедицинских целях, применение физического стеснения и изоляции.

Новые положения также закрепляют оказание поддержки ведения гражданами в ПНИ активного образа жизни, социализацию, содействие в профессиональном обучении, а также в трудоустройстве. В этой связи расширены нормы штатной численности и включены

должности социального педагога, инструкторов по адаптивной и лечебной физической культуре, педагога-психолога, учителя-дефектолога, логопеда, инструкторов по труду и трудовой терапии, педагога дополнительного образования, педагога-организатора, воспитателя и помощника воспитателя, сиделки, ассистента по оказанию технической помощи, инструктора по гигиеническому воспитанию, медицинского психолога и другие.

В новой редакции документа особое внимание следует обратить на содержание основных задач организаций социального обслуживания:

1) содействие в удовлетворении основных жизненных потребностей получателей социальных услуг, полностью или частично утративших способность либо возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности, в том числе обеспечение ухода и наблюдения за ними в соответствии с состоянием их здоровья;

2) развитие (восстановление) и (или) поддержка у получателя социальных услуг навыков самообслуживания и самостоятельного удовлетворения основных жизненных потребностей в соответствии с их возрастом и состоянием здоровья;

3) обеспечение в стационарных организациях социального обслуживания благоприятных условий проживания получателей социальных услуг, приближенных к домашним и способствующих ведению активного образа жизни содействием получателям социальных услуг, проживающим дома, в создании благоприятных условий проживания, способствующих ведению активного образа жизни;

4) содействие сохранению пребывания получателей социальных услуг в привычной благоприятной среде (их проживанию дома), в том числе содействие лицам, осуществляющим уход за получателями социальных услуг (членам семьи, опекунам, попечителям, иным лицам) в осуществлении ухода за ним; а также, по желанию получателя социальных услуг, проживающего в доме социального обслуживания, содействие в подготовке к жизни вне дома социального обслуживания, в выписке из него и социальной адаптации после выписки;

5) содействие в реализации мероприятий по реабилитации или абилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), в обеспечении необходимыми техническими средствами реабилитации и медицинскими изделиями;

6) осуществление мероприятий по социализации получате-

лей социальных услуг, включая детей, в целях их подготовки к жизни вне стационарной организации социального обслуживания, в том числе с предоставлением социальных услуг на дому с применением стационарозамещающих технологий, а также в целях содействия полноценному участию получателя социальных услуг в жизни общества, в удовлетворении своих жизненных потребностей;

7) содействие получателям социальных услуг, включая детей, в трудоустройстве;

8) содействие получателям социальных услуг, включая детей, в получении образования в образовательных организациях;

9) содействие получателям социальных услуг, включая детей, в получении медицинской помощи всех видов в медицинских организациях;

10) содействие получателям социальных услуг, включая детей, в сохранении (восстановлении, установлении) родственных и иных социальных связей;

11) создание условий для осуществления получателями социальных услуг деятельности в соответствии с их предпочтениями, в том числе вне места их проживания (квартиры дома, комнаты стационарной организации социального обслуживания);

12) иные задачи в соответствии с законодательством о социальном обслуживании граждан.

Исполнителем мероприятий по обеспечению техническими средствами реабилитации, предоставляемыми за счет средств федерального бюджета, является уполномоченный орган по обеспечению техническими средствами реабилитации (региональные отделения Фонда социального страхования субъектов Российской Федерации по г. Москва — Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы).

Сведения о выполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), представляются органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения (в сфере социального обслуживания) и региональным отделением Фонда, в бюро (главное бюро, Федеральное бюро) не позднее одного месяца до окончания срока действия ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида).

Форма предоставления информации о выполнении мероприятий, определенных в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), регламентирована приказом Минтруда России от 15.10.2015 года № 723н «Об утверждении формы и порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации

об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы».

Оценка результатов проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий осуществляется специалистами бюро (главного бюро, Федерального бюро) при очередном проведении медико-социальной экспертизы инвалида (ребенка-инвалида) и заносится в протокол проведения медико-социальной экспертизы гражданина в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы.

6. Порядок обеспечения техническими средствами реабилитации

Порядок обеспечения техническими средствами реабилитации определен положениями постановления Правительства Российской Федерации от 07.04.2008 № 240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями» (далее — Порядок).

Обеспечение инвалидов техническими средствами осуществляется в соответствии с индивиду-

альными программами реабилитации или абилитации инвалидов, разрабатываемыми федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, в порядке, установленном Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации.

Обеспечение инвалидов техническими средствами осуществляется путем:

а) предоставления соответствующего технического средства;

б) оказания услуг по ремонту или замене ранее предоставленного технического средства;

в) предоставления проезда инвалиду (при необходимости сопровождающему лицу) к месту нахождения организации, указанной в абзаце втором пункта 5 настоящего Порядка;

г) оплаты проживания инвалида (при необходимости — сопровождающего лица) в случае изготовления технического средства в амбулаторных условиях;

д) выплаты компенсации расходов на мероприятие, указанное в подпункте «в» настоящего пункта (в случае осуществления этих расходов за счет средств инвалида), включая оплату банковских услуг (услуг почтовой связи) по перечислению (пересылке) средств компенсации.

Заявление о предоставлении технического средства подается инвалидом либо лицом, представляющим его интересы, в территориальный орган Фонда соци-

ального страхования Российской Федерации по месту жительства инвалида или в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации по месту жительства инвалида, уполномоченный на осуществление переданных в соответствии с заключенным Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации соглашением полномочий Российской Федерации по предоставлению мер социальной защиты инвалидам (далее — уполномоченный орган).

Таким образом, получение инвалидом либо лицом, представляющим его интересы, ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) — это лишь первый этап в обеспечении инвалида ТСР.

При получении ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида) инвалиду либо лицу, представляющему его интересы (законному или уполномоченному представителю), необходимо направить заявление о предоставлении технического средства в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации по месту жительства инвалида или в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации по месту жительства инвалида, уполномоченный на осуществление переданных в соответствии с заключенным Министерством труда и социальной

защиты Российской Федерации и высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации соглашением полномочий Российской Федерации по предоставлению мер социальной защиты инвалидам.

Уполномоченный орган рассматривает заявление, указанное в пункте 4 настоящего Порядка, в 15-дневный срок, а в случае подачи указанного заявления инвалидом, нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи (лицом, представляющим его интересы), в 7-дневный срок с даты его поступления и в письменной форме уведомляет инвалида (ветерана) о постановке на учет по обеспечению техническим средством (изделием). При наличии действующего государственного контракта на обеспечение техническим средством (изделием) в соответствии с заявлением, указанным в пункте 4 настоящего Порядка, одновременно с уведомлением уполномоченный орган должен выслать (выдать) инвалиду (ветерану) направление на получение либо изготовление технического средства (изделия) (далее — Направление) в отобранные уполномоченным органом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд, организа-

ции, обеспечивающие техническими средствами (изделиями) (далее — организация, в которую выдано направление). В направлении уполномоченным органом указывается срок его действия, который устанавливается в пределах срока действия государственного контракта на обеспечение инвалида (ветерана) техническим средством (изделием) и составляет не менее половины срока действия указанного контракта.

В случае необходимости проезда инвалида (ветерана) к месту нахождения организации, в которую выдано направление, и обратно должен быть выслан (выдан) ему специальный талон на право бесплатного получения проездных документов для проезда в железнодорожном транспорте (далее — специальный талон) и (или) именованное направление для бесплатного получения проездных документов на проезд автомобильным, воздушным, водным транспортом транспортных организаций, отобранных уполномоченным органом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

При отсутствии действующего государственного контракта на обеспечение инвалида (ветерана) техническим средством (изделием) в соответствии с заявлением, упол-

номоченный орган должен выслать (выдать) инвалиду (ветерану) соответствующие документы в 7-дневный срок с даты заключения такого государственного контракта, при этом извещение о проведении закупки соответствующего технического средства (изделия) должно быть размещено уполномоченным органом в единой информационной системе в сфере закупок не позднее 30 календарных дней с даты подачи инвалидом (ветераном) заявления.

Срок обеспечения инвалида техническим средством серийного производства в рамках государственного контракта, заключенного с организацией, в которую выдано направление, не может превышать 30 календарных дней со дня обращения инвалида в указанную организацию, а в отношении технических средств, изготавливаемых по индивидуальному заказу с привлечением инвалида и предназначенных исключительно для личного использования, — 60 календарных дней.

В соответствии с п. 5(1) Порядка, снятие инвалида с учета по обеспечению техническим средством осуществляет уполномоченным органом в случае, если:

а) инвалид обеспечен техническим средством (изделием) организацией, в которую выдано направление;

б) уполномоченным органом осуществлена компенсация, ука-

занная в пункте 15(1) настоящего Порядка;

в) инвалид (ветеран) либо лицо, представляющее его интересы, отказались от обеспечения техническим средством (изделием), рекомендованным программой реабилитации (заключением);

г) инвалид (ветеран) либо лицо, представляющее его интересы, не обратились в организацию, в которую выдано направление, в течение срока действия направления. При этом инвалид (ветеран) либо лицо, представляющее его интересы, вправе подать заявление с документами, а также с программой реабилитации (заключением), указанными в пункте 4 настоящих Правил, для получения нового направления.

В соответствии с пунктом 8 Порядка, ремонт технического средства (изделия) осуществляется бесплатно на основании заявления, поданного инвалидом (ветераном) либо лицом, представляющим его интересы, в уполномоченный орган, и заключения медико-технической экспертизы.

Срок пользования техническим средством исчисляется с даты предоставления его инвалиду (ветерану).

В соответствии с Порядком осуществления уполномоченным органом медико-технической экспертизы по установлению необходимости ремонта или досрочной замены технических средств реабилитации, протез-

зов, протезно-ортопедических изделий и формы заключения медико-технической экспертизы по установлению необходимости ремонта или досрочной замены технических средств реабилитации: протезов, протезно-ортопедических изделий, утвержденным приказом Минтруда России от 30.08.2019 № 605н, медико-техническая экспертиза осуществляется на основании заявления лица, представляющего интересы инвалида (ребенка-инвалида), о проведении медико-технической экспертизы (далее — заявление), поданного в уполномоченный орган по месту жительства инвалида в письменной форме.

Одновременно с заявлением предоставляется техническое средство (изделие), потребность в ремонте или досрочной замены которого необходимо установить, за исключением случаев невозможности предоставления технического средства (изделия) вследствие затруднения в его транспортировке или состояния здоровья инвалида, при которых медико-техническая экспертиза проводится уполномоченным органом с выездом.

Для осуществления медико-технической экспертизы уполномоченным органом создается экспертная комиссия (далее — Комиссия).

Комиссия в 15-дневный срок со дня получения уполномоченным органом заявления производит экспертную оценку состояния

работоспособности технического средства (изделия), соответствия технического средства (изделия) требуемым функциональным параметрам, медицинскому назначению и клинико-функциональным требованиям (далее — экспертная оценка) и выносит решение о необходимости ремонта или досрочной замены технического средства (изделия).

Решения Комиссии о необходимости ремонта или досрочной замены технического средства (изделия) в течение двух рабочих дней после проведения экспертной оценки оформляются протоколом, который подписывается председательствующим на заседании Комиссии и членами Комиссии, принимавшими участие в ее заседании.

На основании данного протокола уполномоченным органом готовится заключение медико-технической экспертизы, в котором делается вывод о необходимости ремонта или досрочной замены технического средства (изделия) с указанием причин принятия такого решения.

В соответствии с пунктом 10 Порядка, замена технического средства (изделия) осуществляется по решению уполномоченного органа на основании поданного инвалидом (ветераном) либо лицом, представляющим его интересы, заявления в двух случаях.

В первом случае — по истечении установленного сро-

ка пользования. Технические средства (изделия), перечень которых устанавливается Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации, подлежат замене по истечении установленного срока пользования, если необходимость замены подтверждена заключением медико-технической экспертизы. Установление необходимости ремонта указанных технических средств (изделий) или принятие решения о возможности и сроке дальнейшего пользования ими (после истечения установленного срока пользования) осуществляется по результатам проведения медико-технической экспертизы.

Во втором случае — при невозможности в пределах установленного срока пользования осуществления ремонта или установления необходимости досрочной замены, что подтверждено заключением медико-технической экспертизы.

Перечень технических средств реабилитации, протезов и протезно-ортопедических изделий, в отношении которых уполномоченным органом проводится медико-техническая экспертиза для определения соответствия приобретенного инвалидом (ветераном) за собственный счет технического средства реабилитации; протеза и протезно-ортопедического изделия предоставляемым уполномоченным органом техническим средствам

реабилитации, протезам и протезно-ортопедическим изделиям, а также подлежащих замене по истечении установленного срока пользования, если необходимость замены подтверждена заключением медико-технической экспертизы, утвержден приказом Минтруда России от 23.07.2019 № 521н (в ред. Приказа Минтруда России от 29.04.2020 № 227н).

В вышеуказанный перечень входят следующие технические средства реабилитации:

- протез кисти с внешним источником энергии, в том числе при вычленении и частичном вычленении кисти;
- протез предплечья с внешним источником энергии;
- протез плеча с внешним источником энергии;
- протез после вычленения плеча с электромеханическим приводом и контактной системой управления;
- протез бедра модульный с внешним источником энергии;
- протез при вычленении бедра модульный с внешним источником энергии.

В соответствии с пунктом 18 Порядка разработки и реализации ИПРА, органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности, региональное отделение Фонда в трехдневный срок с даты поступления заявления законного

или уполномоченного представителя инвалида (ребенка-инвалида) о проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида), совместно с органами местного самоуправления организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющими мероприятия по реабилитации или абилитации, организуют работу по реализации данных мероприятий. В связи с этим необходимо наладить (упорядочить) подачу заявления на обеспечение (ремонт, замена по истечении сроков пользования, досрочная замена) в возможно короткие сроки, в том числе после разработки ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) лицом, представляющим интересы инвалида (ребенка-инвалида).

Учет и контроль обеспечения инвалидов (детей-инвалидов), помещенных под надзор в организацию социального обслуживания и получающих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания техническими средствами реабилитации, определен положениями Формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти, субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм

информации об исполнении возложенных на них ИПРА инвалида и ИПРА ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы, утвержденного приказом Минтруда России от 15.10.2015 № 723н (далее — Порядок предоставления информации).

В соответствии с пунктом 3 Приложения 2 к Порядку предоставления информации, органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации и территориальное отделение Фонда представляют сводную информацию об исполнении мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида (ИПРА ребенка-инвалида):

— орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере социальной защиты населения — в части исполнения мероприятий по социальной реабилитации и абилитации, а также в части обеспечения ТСР, предоставляемыми инвалиду (ребенку-инвалиду) за счет средств федерального бюджета в случае передачи в установленном порядке полномочий Российской Федерации по предоставлению ТСР инвалидам субъекта Российской Федерации, и обеспечения ТСР за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации;

— региональное отделение Фонда в части обеспечения ТСР, предоставляемыми инва-

лиду (ребенку-инвалиду) за счет средств федерального бюджета.

В соответствии с пунктом 5 Порядка предоставления информации, сводная информация направляется в федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы в течение пяти дней с даты исполнения мероприятий, предусмотренных ИПРА инвалида, ИПРА ребенка-инвалида, но не позднее одного месяца до окончания срока действия ИПРА инвалида, ИПРА ребенка-инвалида.

Таким образом, контроль за поступившими и необходимыми техническими средствами реабилитации с учетом сроков их использования осуществляется не только уполномоченным органом по обеспечению ТСР, но и лицом, представляющим интересы инвалида (ребенка-инвалида), т.е. законным или уполномоченным представителем.

Для осуществления оптимизации работы в этом направлении с последующей оценкой ее эффективности предлагаем рассмотреть вопрос об организации соответствующего делопроизводства, сформировать Журналы по следующим направлениям деятельности (например):

— Журнал учета поступивших ИПРА с разбивкой на перечень реабилитационных или абилитационных мероприятий, услуг по реабилитации, технических средств реабилитации;

— Журнал учета заявлений о предоставлении технического средства реабилитации, услуг по реабилитации, направленных в уполномоченный орган;

— Журнал учета предоставленных уполномоченным органом технических средств реабилитации;

— Журнал учета технических средств реабилитации, находящихся в пользовании у каждого из воспитанников ПНИ / ДДИ, полученных в рамках ИПРА, с оценкой эффективности их использования;

— Журнал учета технических средств реабилитации, которые нуждаются в замене или в ремонте с последующим результатом (заменен или отремонтирован);

— Журнал контроля за сроками эксплуатации технических средств реабилитации, имеющихся у воспитанников, предусмотренных ИПРА с последующей заменой по истечении срока пользования;

— Журнал учета соответствия технических средств реабилитации, предусмотренных ИПРА, их антропометрическим данным.

Учитывая вышеизложенное, эффективность учета и контроля обеспечения техническими средствами реабилитации рассматриваемых категорий граждан может быть достигнута совместной работой в рамках межведомственного взаимодействия.

Разрешение конфликтных ситуаций

Курочкина А.А., Лейбзон П.М.,
медицинские психологи ГКУ ЦСПР «Дом Детей», Москва

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы исходов конфликтных ситуаций между сотрудниками детских организаций и родителями детей с ОВЗ, понятие «конфликт», причины трудностей взаимодействия между воспитателями и родителями.

Ключевые слова. Конфликт, профессиональная деятельность, трудности взаимодействия, стресс, агрессия.

Сотрудники детских дошкольных учреждений (воспитатели, медработники, психологи, логопеды, дефектологи и т.д.) относятся к системе «человек — человек», требующей большой эмоциональной отдачи, что грозит развитием синдрома профессионального выгорания.

Одна из причин эмоционального выгорания сотрудников детских учреждений — повышенная напряженность во взаимодействии с родителями воспитанников.

Родители детей с ОВЗ — особая категория. Обнаружение у ребенка дефекта развития часто вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние, которое может характеризоваться по-разному: растерянностью, чувством собственной неполноценности, беспомощностью,

страхом, агрессией и отрицанием, негативизмом, хронической печалью.

Сотрудникам детских учреждений необходимо учиться взаимодействовать с разными типами родителей, что сказывается на профессиональной деятельности. Безусловно, они испытывают повышенную напряженность, взаимодействуя с семьей воспитанников, чему способствуют, с одной стороны, ситуационные и личностные проявления родителей, с другой — недостаточный уровень подготовленности и знаний самих сотрудников.

Далее разберем, что такое конфликт как понятие, и в чем его особенность в педагогической среде.

Как у многих понятий у конфликта имеется множество определений и толкований. Одно из

них определяет его как отсутствие согласия между двумя или более сторонами, которые могут быть конкретными лицами или группами. Каждая сторона делает все, чтобы была принята ее точка зрения или цель, и мешает другой стороне делать то же самое. Сотрудникам детских учреждений во избежание углубления и расширения конфликтной ситуации желательно осуществлять на практике линию партнерского взаимодействия «на равных». Сотрудникам следует понимать, что родители в большинстве случаев высказывают свое недовольство не ради конфликта, а скорее имеют основания для жалоб и высказывают их, чтобы разрешить ситуацию, которая доставляет дискомфорт.

Причины возникновения трудностей взаимодействия между сотрудниками и родителями

1. Недостаточно высокий уровень психолого-педагогической культуры родителей.

2. Недостаточная компетентность многих сотрудников.

3. Неполная информированность сотрудников об условиях жизни ребенка дома и соответственно родителей о жизни ребенка в детском учреждении.

4. Отношение сотрудников к родителям как к объектам воспитания.

5. Стремление сотрудников избегать «живого» общения, подменить его анкетированием, информационными стендами.

6. «Закрытость» детского учреждения.

7. Неоправданно позитивные или неоправданно негативные ожидания родителей от детского учреждения.

Можно выделить несколько психологических типов родителей.

1. Портрет родителя авторитарного (импульсивно-инертного) типа

Эта группа родителей характеризуется активной жизненной позицией, стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны (советам родственников или специалистов). К родителям авторитарного типа мы относим две категории. Первые, узнав о дефекте ребенка, могут от него отказаться, оставив в роддоме. Вторая, представленная преобладающей частью родителей, проявляет другую позицию — стойкое желание найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка. На предложение отказаться от ребенка такие родители реагируют как на личное оскорбление. Позиция родителей авторитарного

типа характеризуется феноменом вытеснения негативных переживаний, связанных с проблемами ребенка. Это значительно оптимизирует их состояние.

Родителям авторитарного типа, принявшим дефект ребенка, свойственно стремление преодолевать проблемы, возникающие у ребенка, и облегчать его участь. Они направляют свои усилия на поиски лучшего врача, лучшей больницы, лучшего метода лечения, лучшего педагога, знаменитых экстрасенсов и народных целителей. Отрицательные свойства этой категории родителей проявляются в неумении сдерживать свой гнев и раздражение, в отсутствии контроля за импульсивностью собственных поступков, в склонности к участию в ссорах и скандалах, в откровенном противопоставлении себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации, родственникам, не принявшим их ребенка). «Пусть общество приспособляется к нам и нашим детям, а не мы к ним» — это высказывание может оказаться девизом многих из таких родителей.

В отношениях с ребенком некоторые авторитарные родители могут использовать достаточно жесткие формы взаимодействия, вплоть до холодности или отстраненности от его проблем. Поведение таких родителей мо-

жет перерастать иногда и в неприятие индивидуальности ребенка в целом.

Другая часть этой категории проявляет тенденцию к отказу замечать особенности в развитии ребенка. Они считают, что специалисты завышают требования к их ребенку, в то время как его недостатки лишь характеризуют своеобразие индивидуального развития. «Не все дети одинаковые» или «Ну не всем же быть учеными», — считают они. Такие родители излишне опекают своих детей. У них формируется неправильное понимание возможного пути развития больного ребенка. Проявляющееся у таких родителей настойчивое стремление всегда ориентироваться только на свои личностные жизненные установки (вопреки мнению значимых для родителей лиц) не позволяет им увидеть реальные перспективы развития ребенка.

Рекомендации по взаимодействию

- Не отвечайте гневом на гнев — это только накалит обстановку. Правильная внутренняя позиция. Сохраняйте спокойствие и уверьте себя, что справитесь с ситуацией. Постарайтесь, сохраняя объективность, понять мотивы такого поведения родителя (посмотрите на ситуацию его глазами). Останавливайте родителя спокойно, с невозмути-

мым лицом, не говорите прямо, что он не прав. Говорите кратко, ясно, спокойно, уверенно, чтобы чувствовалась ваша сила. Обсуждайте ситуацию только после того, как родитель успокоился.

- Переключите энергию родителя на поиск выхода из проблемы. Попробуйте выработать общую точку зрения на причины случившегося и наметьте общую стратегию, чтобы подобное не повторилось. Не избегайте общения после конфликта.

2. Портрет родителя невротичного (тревожно-сензитивного) типа

У родителей этой категории обычно не формируется способность к принятию проблемы ребенка и не развивается стремление к ее преодолению. Этот тип родителей чрезмерно фиксируется на отсутствии выхода из создавшегося положения, что значительно ухудшает их психологическое состояние.

Родители невротичного типа оправдывают собственную бездеятельность в отношении развития ребенка отсутствием прямых указаний со стороны специалистов, родственников или друзей на то, что с ребенком следует делать. Практически во всем они следуют жизненной формуле: пусть все идет в жизни, как идет. Они не понимают того, что неко-

торые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не болезни, а их собственной родительской педагогической несостоятельности.

В плане воспитания также часто проявляют несостоятельность. Они испытывают объективные трудности в достижении послушания ребенка. Это объясняется как проявлением инертности и нежелания соприкасаться с проблемами ребенка, так и собственной слабостью характера при реализации поставленной воспитательной цели. В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. Это проявляется в стремлении избегать трудных жизненных ситуаций, а в отдельных случаях и в отказе от решения проблем.

Рекомендации по взаимодействию

- Внимательно выслушивайте жалобу родителя, задавая при этом уточняющие вопросы, выясняя детали переживаний и самочувствия родителя. Это поможет снизить повышенный уровень тревожности подобных родителей, успокоит и стабилизирует их.

- Покажите, что вы понимаете проблему. Такому родителю важно, чтобы его услышали и поняли.

- В разговоре используйте местоимения «мы», «у нас». Это

будет для родителя поддержкой, что он не один.

- Спокойное, уверенное поведение педагога создаст у родителя ощущение стабильности и защищенности.

3. Портрет родителя психосоматического типа

Это самая многочисленная категория родителей. У нее проявляются черты, присущие родителям как первой, так и второй категорий. Эти родители эмоционально более лабильны, чем представители двух других групп. Им свойственны более частые смены полярных настроений (то радость, то депрессия, вызванная незначительным поводом). У некоторых из них в большей степени проявляется тенденция к доминированию, как и у авторитарных родителей, но отсутствует аффективная форма реагирования на проблему стресса, как у первых и вторых. Они не устраивают скандалов и ссор, в большинстве случаев ведут себя корректно, сдержанно, а иногда замкнуто. В поведении, как правило, проявляется нормативность. Проблема ребенка, чаще скрываемая от посторонних взглядов, переживается ими изнутри. Это объясняется тем, что канал отреагирования проблемы, фрустрирующей психику у данной категории родите-

лей, переведен во внутренний план переживаний. У первых двух категорий он проявляется во внешнем плане (у невротичных — слезы, истерики, у авторитарных — скандалы, агрессия, окрик). Это оказывается причиной нарушений, возникающих в психосоматической сфере, что и обусловило название этой категории родителей.

Для таких родителей характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка». Все усилия направляются на оказание ему помощи. Иногда такие матери работают со своими детьми, максимально напрягая и изнуряя себя. Они практически не отдыхают и не жалуются, как невротичные, на потребность в этом. Порой кажется, что желание отдохнуть у них отсутствует даже при большой нагрузке и возникшей усталости (особенно в первые годы жизни ребенка). Этим родителям, так же, как и невротичным, свойственно пожалеть ребенка, оказать ему помощь, услугу, а иногда и сделать за него то, что он не может еще сам.

Психосоматичные родители, так же, как и авторитарные, стремятся найти лучших специалистов. В некоторых случаях они сами становятся таковыми для собственного ребенка, активно включаясь в его жизнь: участвуют

в деятельности детских образовательных учреждений, повышают свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами и проблемами больного ребенка. Некоторые матери данного типа, приобретая дефектологическое образование, становятся высокопрофессиональными специалистами и успешно оказывают помощь не только своим детям, но и чужим.

Рекомендации по взаимодействию

Родители данного типа могут стать помощниками, союзниками для педагога. Важно направить их энергию в нужное русло. Исходы конфликтных ситуаций могут быть разными, давайте рассмотрим подробнее самые распространенные из них.

- Уход от конфликта — от разрешения возникшего противоречия со ссылкой на недостаток времени, на неуместность, несвоевременность спора и т.д. Этот способ следует использовать, чтобы не довести разговор до конфликта. Однако следует помнить, что такой способ — просто откладывание разрешения конфликтной ситуации. В таком случае воспитатель пока избегает открытого столкновения, дает противоположной стороне «остыть», ослабить психическое напряжение, обдумать свои претензии.

- Сглаживание конфликта — согласие с претензиями, но только на данный момент. Воспитатель старается таким способом успокоить опекуна ребенка, снять эмоциональное возбуждение. «Обвиняемый» может утверждать, что для конфликта нет весомых причин, но это не значит, что он принял претензии и осознал суть конфликта, просто сейчас готов проявить согласие и лояльность. В определенных ситуациях сглаживание конфликта может быть эффективным, но такой способ не может бесконечно спасать положение. Если использовать такое сглаживание конфликта редко и не по одному и тому же поводу, это позволит снять в данный момент напряженность в отношениях, но через некоторое время конфликтная ситуация будет снова обостряться.

- Конфронтация — жесткое противостояние сторон друг другу, когда ни одна из них не готова принять позицию другой. Опасность конфронтации в том, что возможен переход на личные оскорбления, когда все разумные доводы исчерпались и не принесли успеха. Хотя такой исход конфликтной ситуации неблагоприятен, он позволяет людям увидеть сильные и слабые стороны друг друга, понять интересы сторон. Конфронтация заставляет думать, сомневаться, искать новые пути выхода из тупика.

- Принуждение — тактика прямолинейного навязывания человеку того варианта решения, который устраивает родителя или педагога. Принуждение быстро и решительно устраняет причины недовольства, но в то же время оно является самым неблагоприятным исходом для сохранения хороших отношений.

- Более положительный вариант решения конфликта — компромисс. Это принятие наиболее приемлемого для обеих сторон решения проблемы путем открытого разговора, обсуждения мнений, поиска общих точек соприкосновения. Компромисс исключает принуждение в одностороннем порядке к одному единственному варианту, а также откладывание разрешения конфликта на неопределенный срок. Преимущество данного способа состоит во взаимной равности прав и обязанностей, принятых каждой стороной добровольно. При этом стоит понимать, что каждая сторона готова идти на уступки, реализуя только часть желаемых требований.

- Если причиной конфликта стало неправильное поведение или ошибочное утверждение одной из сторон, вызвавшее справедливое несогласие другой стороны, разрешить конфликт можно признанием своей ошибки или неправоты.

Как правильно построить диалог с родителями?

Чем больше открытого общения происходит между воспитателем и родителями, тем меньше конфликтов будет возникать в процессе работы. Не торопитесь высказывать свое мнение и давать советы. Внимательно выслушайте родителя, постарайтесь понять его проблему и покажите, что вы тоже заинтересованы в своем решении. Все проблемы решайте в личной беседе с родителем. Чтобы улучшить взаимодействие с родителями, используйте технику «Я-высказывания».

Техника «Я-высказывания»

Она помогает донести проблему без обвинений и негатива. Первым делом установите контакт с родителем, отметив положительные моменты в поведении ребенка. Только после этого приступайте к обсуждению проблемы.

Алгоритм

1. Опишите произошедшее событие без личной оценки происходящего.

2. Часто воспитатели используют эмоциональные фразы с использованием обобщений: «Вася нагло отказался убирать за собой игрушки и нахамил мне. Он очень невоспитанный». Говорите: «Я попросила Васю убрать

игрушки. Он отказался и сказал мне: «Сами убирайте»».

3. Точно выразите свои чувства, которые возникли в этой ситуации. Не обвиняйте ребенка или родителей, а скажите: «Меня это сильно задело» или «Мне было неприятно».

4. Опишите причину возникновения чувства: «Я уважительно отношусь к вашему ребенку и имею право на уважительное отношение к себе со стороны детей».

5. Сформулируйте просьбу к родителям: «Я прошу в течение недели обсудить с ребенком правила общения. Через неделю созвонимся с вами, и я расскажу, насколько изменилось поведение Васи. Тогда мы обсудим дальнейшие совместные действия».

Имеет значение не только что вы произносите, но и как вы это делаете. Говорите без эмоций, раскрепощенно и уверенно. Следите, чтобы в тоне не было высокомерия, задавайте открытые вопросы и внимательно слушайте ответы на них. Но будьте готовы, что даже такая формулировка может быть неприятна родителям. Но она увеличит шансы на формирование конструктивного диалога и совместное решение проблемы. Родитель увидит вашу заинтересованность в решении проблемы, положительное отношение к ребенку и желание совместного взаимодействия.

Для формирования эффективного сотрудничества с родителями можно использовать простой алгоритм, в котором отображены основные этапы построения взаимодействия при поступлении нового ребенка в учреждение.

Алгоритм поэтапного взаимодействия с семьей

Этап 1. Во время знакомства воспитатель устанавливает доброжелательный контакт с родителями. Взаимодействие должно начинаться со сдержанного деликатного общения. Воспитатель проявляет свое уважение к родителям, задает уместные вопросы и старается расположить к себе.

Этап 2. Воспитатель выясняет особенности ребенка. Вместе с родителем определяет, на что стоит делать акцент. Можно осторожно поделиться наблюдениями о поведении ребенка — в каких ситуациях он ведет себя нежелательным образом.

Этап 3. Важно установить общие принципы взаимодействия с ребенком. Воспитатель терпеливо выслушивает точку зрения родителей на этот вопрос, даже если считает ее ошибочной. Воспитатель не оспаривает их, а предлагает свои способы воспитания, призывая остановиться на едином мнении.

Этап 4. Если родитель согласился объединить с воспитате-

лем усилия для воспитания ребенка, обе стороны приступают к реализации тех форм воспитания, которые обсудили на ранних этапах. Воспитатель не старается доминировать. Он делится с родителями своими сомнениями, спрашивает совета и прислушивается к ним.

Этап 5. Проведя определенную работу, воспитатель предлагает способы совершенствования форм воспитания.

На каждом этапе общения желательно применять технику «Я-высказываний», чтобы сформировать конструктивное обсуждение без эмоциональных споров.

Если воспитателю удалось наладить доверительное открытое общение с родителями, конфликты прекращаются. И когда возникнет непростая ситуация, воспитатели не станут бороться с родителями. Они объединят усилия и решат возникшую проблему. Это возможно только в диалоге, наполненном взаимным уважением.

Памятка для воспитателей и педагогов: принципы предупреждения возникновения конфликтной ситуации

- *«Не отталкивай, а привлеки к сотрудничеству»*

Специалист может видеть в родителях оппозиционеров.

Чтобы предвратить возможные возражения, специалист начинает поучать, упрекать, а это, в свою очередь, лишает собеседника желания дальнейшего взаимодействия. Но важно понять чувства родителя, найти в них опору, выстраивая совместные действия.

- *«Развивайте в себе стремление к равной позиции с родителями»*

Важно помнить, что гармоничное развитие и воспитание ребенка возможно только в партнерстве действий детского учреждения и семьи. Объединить усилия можно только при взаимном и уважительном признании сторонами равенства друг друга. Первый шаг делает специалист, поскольку это в рамках его профессиональной компетенции.

- *«Покажите родителю свою любовь по отношению к его ребенку»*

Положительный психологический контакт между сторонами возникает сразу, как только специалист покажет, что он видит положительные стороны в характере ребенка, симпатизирует ему. Когда родитель видит и чувствует, что о благополучии ребенка заботятся, психологическая защита становится ненужной; возможен переход к сотрудничеству.

• *«Ищите новые формы сотрудничества с родителями»*

Предложить провести родительское собрание и рассказать, какие проблемы возникают в воспитании ребенка, кто и как пытается их разрешить. Дав возможность родителю открыто поделиться своим опытом в воспитании ребенка, специалист заслужит доверие и уважение.

• *«Не стремитесь во что бы то ни стало отстоять собственную позицию»*

Успешной можно назвать ту беседу, что сумеет привлечь родителей к активному участию в развитии и воспитании ребенка.

• *«Обсуждайте проблему, а не личные качества ребенка»*

Верная формулировка проблемы — выбор верного и эффективного пути ее разрешения.

• *«Учитывайте личные интересы родителей»*

Специалист порой требует, чтобы семья резко активизировала свое участие в воспитании ребенка. Это должен быть постепенный и грамотно организованный процесс, специалист может лишь подсказать, рекомендовать.

• *«Мы вместе против проблемы, а не против друг друга»*

Специалисту важно помнить, что беседа с родителями пойдет более успешно, если, во-первых, ему удалось избежать противоре-

чия и конфронтации, во-вторых, если обе стороны удержались от упреков и обвинений.

Литература

Анциупов А.Я. Конфликтология: учеб. для вузов. СПб., 2013.

Асаева И.Н. Основные проблемы и направления развития профессиональной компетентности воспитателей дошкольных учреждений // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4.

Введенский В.Н. Компетентность педагога как важное условие успешности его профессиональной деятельности // Инновации в образовании. 2013. № 4.

Казанская В.Г. Педагогическая психология: Кн. для психологов, педагогов, родителей. СПб., 2008.

Как воспитателю общаться с родителями дошкольников без конфликтов // Частное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Академия бизнеса и управления системами» URL: https://www.akbiz.ru/publications/doshkolnoye_obrazovaniye/kak-vospitatelyu-obchshatsya-s-roditelyami-doshkolnikov-bez-konfliktov (Дата обращения 01.10.2021).

Кибанов А.Я., Ворожейкин И.Е. и др. Конфликтология: Учебник. М., 2006.

Педагогическая конфликтология: Учеб. пособие / И.А. Курочкина, О.Н. Шахматова. Екатеринбург, 2013.

Указатель статей журнала «Медработник ДОУ» за 2021 год

Колонка главного редактора

<i>Лещенко М.В.</i> Медицинская активность родителей и здоровье детей	№ 1, с. 5
<i>Белов А.И.</i> Просто о сложном: я взрослею.....	№ 2, с. 5
<i>Белов А.И.</i> 2 апреля — Всемирный день распространения информации об аутизме	№ 3, с. 5
<i>Белов А.И.</i> Профилактика суицидального и самоповреждающего поведения у детей.....	№ 4, с. 5
<i>Белов А.И.</i> Органическому быть или не быть	№ 5, с. 5
<i>Белов А.И.</i> ОРВИ и эмоции.....	№ 6, с. 5

Гость номера

<i>Григорьев К.И.</i> Восстановление кадрового потенциала медицинских работников образовательных организаций необходимо.....	№ 1, с. 6
<i>Захарченко С.В.</i> Роль ЦССВ на современном этапе развития социальной помощи детям-инвалидам	№ 3, с. 6
<i>Касымов Р.Х.</i>	№ 4, с. 6
<i>Литикова Н.А.</i> Беседа о лечебной физкультуре	№ 5, с. 6
<i>Романова Ф.А.</i>	№ 2, с. 6
<i>Телегина Т.Ю.</i> Опыт работы Центра содействия семейному воспитанию «Центральный»	№ 6, с. 6

Неинфекционные заболевания

<i>Коломейцев М.Г., Лебедев В.С., Епихин Н.В.</i> Поллиноз в детском возрасте: подходы к диагностике, лечению, профилактике, оказанию первой помощи	№ 1, с. 10
<i>Лещенко М.В., Айриян Э.В., Арзуманова Л.О.</i> Железодефицитная анемия у детей.....	№ 1, с. 24

Оздоровительная работа

<i>Родин Ю.И.</i> Принципы здоровьесберегающего образования детей дошкольного возраста.....	№ 1, с. 34
---	------------

Оценка состояния здоровья

<i>Дворянинова В.В., Баландина О.В.</i> Трудности в обучении младших школьников: взгляд детского психиатра	№ 1, с. 28
--	------------

Психология дошкольника

<i>Мисак Т.А.</i> Эмоциональная разрядка — залог здоровья	№ 3, с. 67
<i>Салова М.Н., Болдырева М.Н., Хренова С.А., Колкина Е.В., Ковалева О.А., Салов А.В.</i> Определение школьной зрелости у детей с задержкой психоречевого развития	№ 1, с. 44

Коррекционная работа

- Абдрашитова А.Т.* Программа логопедической реабилитации пациентов с нарушением фонематического слуха..... № 3, с. 39
- Алатенко А.А.* Нейропсихологический подход в игровой деятельности детей 4—7 лет с использованием здоровьесберегающей технологии «SMART-игралочки» № 3, с. 60
- Арутюнян Л.З.* Основные положения методики «Устойчивая нормализация речи заикающихся» № 2, с. 50
- Галкина Е.Л., Емельянова Т.В., Неду О.Г., Зиновьева И.А., Наумова А.А.* Развитие тактильной чувствительности пальцев рук у дошкольников с нарушением зрения № 1, с. 53
- Дьяченко М.Н., Мягкова Л.П.* Актуальность и способы сенсорного развития детей раннего возраста № 6, с. 44
- Косова М.И.* Неговорящие дети № 3, с. 54
- Петренко Н.В., Колбаносова А.Н.* Долгосрочный проект в старшей логопедической группе «Марафон здоровья вместе с Ми-ми-мишками» № 5, с. 61
- Пилюсян Г.С.* Интеллектуальное развитие ребенка с ОВЗ № 3, с. 32
- Ракина А.Э.* Новый способ устранения спазматических задержек в рамках методики устойчивой нормализации речи заикающихся..... № 6, с. 47
- Тарасова В.В.* Применение кинезиологических упражнений дома и в детских учреждениях..... № 2, с. 46
- Тарасова В.В.* Формирование у ребенка пространственных представлений..... № 6, с. 42

Непрерывное профессиональное образование

- Деринова Е.А., Лещенко М.В.* Жестокое обращение с детьми и его последствия..... № 1, с. 60

Медицинской сестре ДОО

- Рапопорт И.К.* Профессиональный стандарт «Специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях» — медицинская сестра с высшим образованием (бакалавр) № 1, с. 69

Нормативные документы

- Порядок разработки индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидам и детям-инвалидам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, проживающим в психоневрологических интернатах и детских домах-интернатах № 2, с. 76, № 3, с. 78, № 4, с. 100, № 5, с. 84, № 6, с. 72
- Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 243648-20 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи”» № 1, с. 79

Профилактика

- Белов А.И., Тарасова В.В.* Некоторые меры по профилактике несчастных случаев у детей с тяжелыми психическими расстройствами..... № 2, с. 10
- Белов А.И., Тарасова В.В.* Некоторые меры по профилактике несчастных случаев у детей с тяжелыми психическими расстройствами..... № 3, с. 12
- Белов А.И.* Энурез у детей..... № 6, с. 14
- Ветрова Л.Н., Устинова В.Н.* Организация здорового образа жизни ребенка с ОВЗ в домашних условиях..... № 2, с. 21
- Коломейцев М.Г., Тарусин Д.И.* Вопросы профилактики андрологической патологии и гигиены половых органов у мальчиков дошкольного возраста..... № 5, с. 10
- Лосевский П.С., Белов А.И., Тарасова В.В.* Безопасность при приступах эпилепсии..... № 5, с. 24
- Тарасова В.В.* Первая помощь пострадавшим: сердечно-легочная реанимация..... № 3, с. 18
- Тарасова В.В.* Первая помощь пострадавшим: потеря сознания..... № 2, с. 16
- Тарасова В.В.* Первая помощь при аспирации инородного тела у детей..... № 4, с. 10

Психогигиена

- Аболина Ю.Б.* Психомоторная терапевтическая система Пессо Бойден: окно из детства..... № 4, с. 81
- Волосова А.М.* Стили воспитания в семье и их влияние на развитие детских неврозов..... № 6, с. 56
- Волосова А.М.* Что такое прокрастинация и как с ней справляться?..... № 6, с. 67
- Золотова А.Н.* Профилактика суицидального и самоповреждающего поведения у детей..... № 5, с. 66

Практическая работа

- Белов А.И., Лейбзон П.М.* Мягкая игровая комната для детей с тяжелыми нарушениями поведения..... № 5, с. 38
- Белов А.И., Тарасова В.В.* Особенности оказания первой помощи детям с ОВЗ..... № 5, с. 44
- Вернуть ребенку любознательность..... № 3, с. 28
- Гусова Ю.В.* Оценка навыков ухода за полостью рта у детей с ОВЗ..... № 4, с. 39
- Жекураева О.Э.* Клинический случай..... № 2, с. 31
- Золотарева В.Н.* Альтернативная коммуникация: средства и виды деятельности..... № 5, с. 58
- Коденцова В.М., Рисник Д.В.* Разрушаем мифы о витаминах. Витамины — не лекарства, а жизненно необходимые пищевые вещества!..... № 4, с. 65

<i>Константиновская О.В.</i> Плоскостопие у детей: профилактика и лечение	№ 3, с. 24
<i>Мисерова М.А.</i> О работе отделения медицинской помощи на дому.....	№ 4, с. 32
<i>Рафф А.И., Рафф-Ганачевский А.М.</i> Планирование и конструирование индивидуальных аппаратов при ортодонтическом лечении школьников и подростков	№ 4, с. 57
<i>Рахимов А.А.</i> Результаты ранней интенсивной профилактики и лечения зубочелюстных аномалий у детей в молочном и смешанном прикусе	№ 2, с. 26
<i>Тарасова В.В.</i> Первая помощь при сильном наружном кровотечении	№ 6, с. 38
Здоровьесбережение	
<i>Васильева Е.В.</i> Здоровьесберегающие технологии в работе специалиста на занятиях с детьми с ОВЗ.....	№ 2, с. 42
<i>Чозгиян О.П.</i> Реализация элементов здоровьесберегающих технологий в развивающей среде образовательной организации	№ 2, с. 36
Физическое воспитание	
<i>Коняшкин А.Н.</i> Оздоровительные занятия гимнастикой	№ 2, с. 60
<i>Симанькин К.А.</i> Кудо — Сила и Доброта	№ 4, с. 73
<i>Чихирев Р.А.</i> Упражнения с предметами.....	№ 4, с. 70
Гигиеническое воспитание	
<i>Мельник Т.П.</i> Развитие навыков личной гигиены у детей со сложной структурой дефекта	№ 2, с. 62
Наука	
<i>Зайцев В.О.</i> Все о витамине D: мифы и реальность	№ 4, с. 16
<i>Лысенко И.С.</i> ОРВИ: симптомы, профилактика, лечение	№ 6, с. 28
<i>Пичугина Ю.А.</i> Агрессия у детей.....	№ 5, с. 29
Вопросы полового воспитания	
<i>Курочкина А.А.</i> Особенности полоролевой идентификации у детей с ОВЗ	№ 5, с. 79
<i>Лейбзон П.М.</i> Сексуальное образование детей и подростков с ОВЗ.....	№ 4 с. 92
Реабилитация	
<i>Баранова Т.Ф.</i> Расширение социального поля учреждения как фактор эффективности реабилитации ребенка-инвалида	№ 4, с. 89
<i>Павлова Е.И.</i> Нейропсихологическая коррекция — действенная таблетка от школьной «неуспешности» (советы родителям и учителям).....	№ 2, с. 70

- Потапкина А.А., Кузнецова Ю.* Пять советов, как помочь ребенку с особенностями развития справиться с проблемным поведением № 6, с. 70
- Прудникова А.Х.* Лучшая практика развития ребенка в отделении интенсивного ухода № 5, с. 73
- Романова Ф.А.* Бизиборд от Марии Монтессори: междисциплинарный подход к реабилитации и абилитации ребенка № 2, с. 68
- Тарасова В.В., Маметьева И.Е.* Позиционирование как элемент ухода за детьми с тяжелыми двигательными нарушениями № 3, с. 72
- Это интересно**
- Белов А.И.* Расстройства аутистического спектра: «мифы и реальность» № 3, с. 105
- Коденцова В.М., Рисник Д.В.* Новая жизнь ДОО при новом СанПиНе № 2, с. 102
- Вопрос — ответ**
- Белов А.И.* Психотропные препараты — это № 5, с. 106
- Действительно ли безглютеновая диета может вылечить аутизм? № 2, с. 75
- Курочкина А.А., Лейбзон П.М.* Разрешение конфликтных ситуаций № 6, с. 93

Представляем новинки октября 2021 г.



ИГРЫ С СОЛНЕЧНЫМ ЗАЙЧИКОМ

Программа индивидуального развития для дошкольников 6—7 лет

Часть 1

Автор — Модель Н.А.

Вы держите в руках книгу-помощницу, созданную для педагогов и родителей, занимающихся с детьми по серии развивающих тетрадей «Академия солнечных зайчиков». Это первая часть методических рекомендаций по использованию тетрадей данной серии для детей 6—7 лет. Сценарии игровых сеансов составлены для работы с девятью рабочими тетрадями и рассчитаны на занятия с детьми по всем образовательным областям.



АЗБУКА ДЛЯ НЕПОСЕД

Для занятий с детьми 3—5 лет

Часть 1

Авторы — Львовская Н.И., Микляева Н.В., Панкратьева М.Е.

Ваш ребенок не может усидеть за книгой? Его тянет бегать, прыгать и подбрасывать книжки? Тогда эта книга для вас и вашего шалуна.

С помощью нашей «Азбуки для непосед» вы сможете изучать буквы, играя в машинки, читать слоги, хлопая в ладоши, усваивать грамоту, не отрываясь от любимых занятий: прыжки, песни, танцев, игры в салки... И при этом весело смеяться.



СТРЕСС-МЕНЕДЖМЕНТ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ЭМОЦИЯМИ

Автор — Воронова А.А.

Грамотно обходить конфликтные ситуации — в нашей власти. Управление своими эмоциями повышает личную эффективность, помогает быть успешными. В книге «Стресс-менеджмент: психологические приемы управления эмоциями» собраны простые и психологически грамотные способы управления не только стрессом, но и своим эмоциональным состоянием. Представленные техники стресс-менеджмента, тесты на определение эмоционального состояния, которые улучшат качество вашей жизни.

Закажите в интернет-магазине www.sfera-book.ru

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ПЕДАГОГОВ ДОШКОЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

- Повышение квалификации в дошкольном образовании
- Курсы онлайн с выдачей удостоверения установленного образца



**Бесплатные ВЕБИНАРЫ
для педагогов ДОО
с выдачей сертификата**

ТЦ СФЕРА – В сфере ваших интересов

Записаться на вебинары можно
на www.tc-sfera.ru

- 📍 Москва, Лазоревый проезд, 3
- ☎ +74956567505
- 🌐 www.sfera-book.ru
- ✉ sfera@tc-sfera.ru



Выбрать курс
и начать обучение

КНИГИ ПО ДОСТУПНЫМ ЦЕНАМ

в интернет-магазине издательства «ТЦ Сфера»

www.sfera-book.ru

ИНТЕРНЕТ-МАГАЗИН
ИЗДАТЕЛЬСТВА
Теоретический Центр Сфера
+7 (977) 845-05-95

КНИГИ И ЖУРНАЛЫ НАУЧНЫЕ ПОСОБИЯ ТРИКОМИКИ ПРОДУКЦИЯ ТРИКОМИКИ

Искать товары

ОТслеживание заказов

Выборка товаров по автору, жанру, возрасту (или 5 лет)

Фильтры: Жанр, Возраст, Тип

ОБ ИЗДАТЕЛЬСТВЕ

О нас

Дипломация преподавателей

Сведения о нашей продукции

СВЯЗЬСЬ С НАМИ

наши магазины

Способы доставки

Контакты

Подписка-2019 на журналы для детей

1+

Выбирают мамы, рекомендуют специалисты!

КАДЕМИЯ СОЛНЕЧНЫХ ЗАЙЧИКОВ

КУПИТЬ







ПРОИЗВОДСТВО* и ПРОДАЖА** в РОССИИ и СНГ

оптом в розницу

КНИГИ для образования	НАГЛЯДНЫЕ пособия	ПОЗДРАВИТЕЛЬНАЯ продукция
РАБОЧИЕ ТЕТРАДИ для детского сада и школы	КНИЖКИ развивающие для детей	ЖУРНАЛЫ для детских садов

* Производителем продукции издательства «ТЦ Сфера» и «Базис» и торговой марки «Многотема» является ООО «ТЦ Сфера».
** Продажи продукции собственного производства и издательства «Росин» (Иркутск), «Средне-Уральск» и «Росин» (С-Петербург).

НА САЙТЕ

-  Весь ассортимент издательства
-  Обновленный рубрикатор
-  Возможность купить оптом и в розницу
-  Разнообразные фильтры для отбора
-  Поля для отзывов и предложений
-  Новый дизайн и многое другое

ЗАХОДИТЕ, ИЗУЧАЙТЕ, ПОКУПАЙТЕ!
Мы вас ждем на **www.sfera-book.ru**



Издательство «ТЦ Сфера»
Периодические издания
для дошкольного образования

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Почта России	Урал- Пресс	Пресса России
Комплект для руководителей ДОУ (полный): журнал «Управление ДОУ» с приложением (4); журнал «Методист ДОУ» (2); журнал «Инструктор по физкультуре» (4); журнал «Медработник ДОУ» (3); рабочие журналы (1): — воспитателя группы детей раннего возраста; — воспитателя детского сада; — заведующего детским садом; — инструктора по физкультуре; — музыкального руководителя; — педагога-психолога; — старшего воспитателя; — учителя-логопеда.	П8641 Без рабочих журналов	36804 Подписка с рабочими журналами только в первом полугодии	41230 Без рабочих журналов
Комплект для руководителей ДОУ (малый): журнал «Управление ДОУ» с приложением (4) и «Методист ДОУ» (2)	П3012	82687	41229
Комплект для воспитателей: журнал «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)	П2974	80899	39755
Комплект для логопедов: журнал «Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом (5)	П3013	18036	39756
Журнал «Управление ДОУ» (5)	П2978	80818	41228
Журнал «Медработник ДОУ» (3)	П3419	80553	42120
Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)	П3423	48607	42122
Журнал «Воспитатель ДОУ» (6)	П2975	58035	41224
Журнал «Логопед» (5)	П2980	82686	41227

Чтобы подписаться на почте на все издания для специалистов дошкольного образования Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**

П8641, П2974, П3013 — по каталогу «Почта России»

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их в интернет-магазине: www.sfera-book.ru.

На сайте журналов: www.sfera-podpiska.ru открыта подписка РЕДАКЦИОННАЯ и ЭЛЕКТРОННАЯ

В следующем номере!

Тема номера:

Эмоциональные нарушения у дошкольников

- Готовим детей к школе вместе!
- Игровой массаж
- Как снять усталость и стресс у ребенка

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги оздоровительной тематики в интернет-магазине www.sfera-book.ru.



«Медработник ДОУ»
2021, № 6 (106)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Журнал издается с 2008 г.

Выходит 6 раз в год
 с февраля по май, с сентября по декабрь

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор А.И. Белов

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Выпускающий редактор Е.А. Кузнецова

Литературный редактор Д.В. Проинин

Оформление, макет Т.Н. Полозовой

Дизайнер обложки М.Д. Котова

Корректор Л.Б. Успенская

Точка зрения редакции может не совпадать
 с мнениями авторов. Ответственность
 за достоверность публикуемых материалов
 несут авторы.

Редакция не возвращает и не рецензирует
 присланные материалы.

При перепечатке материалов
 и использовании их в любой форме,
 в том числе в электронных СМИ,
 ссылка на журнал «Медработник ДОУ»
 обязательна.

Журнал зарегистрирован в Федеральной
 службе по надзору в сфере
 массовых коммуникаций, связи
 и охраны культурного наследия
 Свидетельство ПИ № ФС 77-28788
 от 13 июля 2007 г.

Подписные индексы в каталогах:

«Урал-Пресс» — 80553,
 36804 (в комплекте),
 «Пресса России» — 42120,
 39757 (в комплекте),
 «Почта России» — П3419
 П8641 (в комплекте).

Адрес редакции: 129226, Москва,
 ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3.
 Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

E-mail: dou@tc-sfera.ru

www.tc-sfera.ru; www.sfera-podpiska.ru

Рекламный отдел:

Тел. (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 29.11.21.
 Формат 60×90^{1/16}. Усл. печ. л. 7,0.
 Заказ №



© Журнал «Медработник ДОУ», 2021
 © Т.В. Цветкова, 2021

ДОСТУП К ИНФОРМАЦИИ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ НА САЙТЕ ПОДПИСНЫХ ИЗДАНИЙ

www.sfera-podpiska.ru

Подписка на первое полугодие 2022 года открыта
Для специалистов ДОО

Почтовая
Редакционная
Электронные журналы
sfera-podpiska.ru

У правление дефектологическое образование в дошкольных учреждениях	Журнал УПРАВЛЕНИЕ ДОО На стороне ребенка	В оспитатель дошкольного образования в учреждениях	Журнал ВОСПИТАТЕЛЬ ДОО Сердце отдаю детям	М едработник дошкольного образовательного учреждения	Журнал МЕДРАБОТНИК ДОО Растим детей здоровыми	И нструктор по физкультуре	Журнал ИНСТРУКТОР по физкультуре Учимся быть здоровыми
Журнал ДЛЯ САМЫХ МАЛЕНЬКИХ Дети - друзья!	Журнал МАСТЕРИЛКА И все получится!	Журнал ЛОГОПЕД Говорим и развиваемся	Л огопед Сотрудничаем во имя ребенка	Журнал МЕТОДИСТ ДОО дошкольного образовательного учреждения	Журнал МЕТОДИСТ ДОО дошкольного образовательного учреждения		

WWW.SFERA-PODPISKA.RU это:

- New** Свежие номера журналов
- Приложения к журналам
- Архив журналов
- Бесплатный доступ ко многим статьям
- Редакционная и электронная подписка

ЗАХОДИТЕ, ИЗУЧАЙТЕ, ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ!

Всем зарегистрированным пользователям предлагаются дополнительные бонусы, подарки и участие в образовательных программах «Творческого Центра Сфера»

Мы ждем вас на www.sfera-podpiska.ru

БЕРЕГИТЕ БЛИЗКИХ!

Информационные плакаты и наклейки, выпущенные «ТЦ Сфера», помогут сохранить здоровье детей и взрослых.



Яркие напоминания о мерах безопасности снизят риск возможного заражения коронавирусной инфекцией



Закажите на www.sfera-book.ru