



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№6/2017



**Значение грудного
вскармливания
для роста и развития
ребенка**

**Первый год жизни:
этапы роста
и развития**

**Врожденные
пороки развития
челюстно-лицевой
области**

**Психическое развитие
ребенка в условиях
сенсорной
депривации**



ГОСТЬ НОМЕРА

**Ранко
РАЙОВИЧ**

ДЕЙСТВУЮЩАЯ ФОРМА РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ



Ширмочки информационные

В комплект входят:

Ширмочка

с пластиковым карманом, формат 1000 x 330 мм, 4+0

Буклет

формат А4, 4+4



Пластиковый карман для буклетов,
входит 10 буклетов



1 МЕТР важной информации и рисунков!

Закажите на www.sfera-book.ru





МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 6/2017

**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

«Пресса России» — 42120, 39757 (в комплекте)

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Содержание

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дружиловская О.В. Здоровье детского населения
на современном этапе развития общества..... 5

ГОСТЬ НОМЕРА

Ранко Райович. Учеба должна быть игрой..... 6

Гигиена

РЕЖИМ ДНЯ

Андреева С.В., Воропаева И.Е., Болотникова Е.С.
Гигиенический подход к организации режима сна
и бодрствования у старших дошкольников 18

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Абрамова Т.В. Значение грудного вскармливания для роста
и развития ребенка 29

ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ

Олендарева Е.В. Гигиенические требования
к логопедическим занятиям 38

Педиатрия

ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК

Голубникова Л.А. Как заботятся о здоровье детей в Испании 44

НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Килим А.А. Врожденные пороки развития
челюстно-лицевой области 48

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

Харламова Т.А. Соблюдение гигиенических норм в учебном
процессе младших школьников..... 66

ЛЕКОТЕКА

<i>Голубева В.А.</i> Особенности развития ребенка в первый год жизни	76
---	----

Педагогика

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ

<i>Вражнова Н.В.</i> Формирование у детей игровых навыков (на примере игр с мячом)	88
---	----

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

<i>Кузьмина Н.А.</i> Психическое развитие ребенка в условиях сенсорной депривации	93
<i>Самсонова Е.С.</i> Арт-терапия: понятие и направления использования	99

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

<i>Дружиловская О.В., Романова И.В.</i> Культурно-историческое пространство музеев Московского Кремля в социальной адаптации младших школьников	104
<i>Шайдова Т.А., Тишина Л.А.</i> Психологические аспекты формирования связной речи у дошкольников с ОВЗ	110

Актуально!

СОВЕТЫ РОДИТЕЛЯМ

<i>Голубева В.А.</i> Первый год жизни: этапы роста и развития	116
---	-----

ЭТО ИНТЕРЕСНО

<i>Романова И.В.</i> Как лечились на Руси	122
---	-----

КНИЖНАЯ ПОЛКА	87, 92, 125
----------------------------	-------------

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?	37, 47, 75, 86, 103
------------------------------	---------------------

ВЕСТИ ИЗ СЕТИ	126
----------------------------	-----

КАК ПОДПИСАТЬСЯ	127
------------------------------	-----

АНОНС	128
--------------------	-----

Уважаемые коллеги!

Интернет-магазин www.sfera-book.ru открыт!

Новый сайт — это новый дизайн, обновленный рубрикатор, весь ассортимент в одном месте, 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, директор ФГБНУ «Институт возрастной физиологии Российской академии образования» (Москва).

Горелова Жанетта Юрьевна — д-р мед. наук, зав. лабораторией эпидемиологии питания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

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

Малямова Любовь Николаевна — д-р мед. наук, главный специалист-педиатр Министерства здравоохранения Свердловской обл. (г. Екатеринбург).

Сафонкина Светлана Германовна — канд. мед. наук, доцент, заместитель главного врача Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «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, заведующий Отделом комплексных проблем гигиены детей и подростков НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Степанова Марина Исаковна — д-р мед. наук, старший научный сотрудник, зав. лабораторией гигиены обучения и воспитания НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Чубаровский Владимир Владимирович — д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Ямщикова Наталья Львовна — канд. мед. наук, доцент, зав. учебной частью кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

Редакционная коллегия

Боякова Екатерина Вячеславовна — канд. пед. наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Институт художественного образования и культурологии Российской академии образования», главный редактор журналов «Управление ДОУ», «Методист ДОУ».

Дружиловская Ольга Викторовна — канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

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 руководящих 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».

Индекс

АО «Скоуп Интернэшнл АГ», Москва 48	Кафедра специального (дефектологического) образования ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва 110
ГАОУ «Гимназия № 1306», Москва 38	ООО «Медицинский центр “Невро-Мед”», Москва 76, 116
ГБОУ «Школа № 953», Москва ... 66	ООО «Центр развития ребенка “Росток”», Москва 110
ГБПОУ № 15, Москва 104, 122	Приморский университет, г. Копер (Словения) 6
ГОУ «Центр психолого-медико- социального сопровождения детей и подростков», Москва 18	ФГБОУ ВО «Всероссийская академия внешней торговли», Москва 44
Детский центр «Сёма», Москва 88	ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва 18, 99
Дошкольное подразделение ГБОУ «Школа № 2121 “Образовательный комплекс имени Маршала Советского Союза С.К. Куркоткина”», Москва 93	ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва 29
Кафедра анатомии, физиологии и клинической дефектологии Института детства ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва 104	ЮНИСЕФ 6
<hr/>	
Абрамова Татьяна Владимировна 29	Килим Анна Александровна 48
Андреева Светлана Витальевна 18	Кузьмина Наталья Анатольевна 93
Болотникова Евгения Сергеевна 18	Олендарева Екатерина Владимировна 38
Воропаева Ирина Евгеньевна 18	Райович Ранко 6
Вражнова Нина Владимировна 88	Романова Ирина Валерьевна 104, 122
Голубева Варвара Андреевна 76, 116	Самсонова Елена Сергеевна 99
Голубникова Лилия Андреевна... 44	Тишина Людмила Александровна 110
Дружиловская Ольга Викторовна 104	Харламова Татьяна Анатольевна 66
	Шайдова Татьяна Андреевна ... 110

Здоровье детского населения на современном этапе развития общества

Состояние здоровья подрастающего поколения — важный показатель благополучия общества и государства. Политическая стабильность, экономическое положение, нравственный уровень населения зависят от состояния здоровья детей и подростков. Поэтому состояние их здоровья — забота общества. Факторы, влияющие на здоровье детей: экологические (20—25%), биологические (наследственные) (20%), развитие медицины и организация системы здравоохранения (10%). Основной фактор, определяющий состояние здоровья, — образ жизни (50%).

В последние годы состояние здоровья детского населения ухудшилось. По данным статистики, дошкольники 4 лет имеют 1—3, а к 6 годам — уже 4—5 функциональных нарушений. В ДОО и общеобразовательных школах встречается большое количество детей, неблагополучных в психофизическом развитии. Значительную по численности группу составляют воспитанники с нерезко выраженными, трудно выявляемыми отклонениями в развитии двигательной, сенсорной, интеллектуальной сфер, нарушениями слуха, зрения, оптико-пространственных представлений, опорно-двигательного аппарата, фонематического восприятия, эмоциональными нарушениями, недостатками речевого развития, расстройствами поведения, задержкой психического развития, соматически ослабленные. Им необходима помощь специалистов.

В этом номере журнала мы хотим ознакомить читателей с особенностями развития детей первых месяцев жизни. Особое внимание уделено возможным генетическим нарушениям, наблюдаемым в раннем детстве. Они требуют тщательного исследования, поскольку генетический аппарат претерпевает значительные изменения особенно в новых условиях. Современные исследования в области генетики показывают необходимость создания условий для реализации программ развития в ДОО и школах, а также ответственности семьи за состояние здоровья детей.

Мы описываем опыт европейских стран в реализации программ развития детей и создания благоприятных условий для их осуществления. Приглашаем вас поучаствовать в новой рубрике «Консультация специалиста». Ждем ваших вопросов, а также обсуждений предлагаемых тем.

С уважением, главный редактор О.В. Дружиловская

Учеба должна быть игрой

Ранко Райович,

специалист по развитию интеллекта у детей, магистр и д-р мед. наук в области нейрофизиологии и физиологии спорта, автор метода обучения по программе Центра для талантливых детей имени Николы Теслы (НТЦ), который применяется в 20 странах Европы, сотрудник ЮНИСЕФ по дошкольному образованию, обладатель награды международной Менсы за общий вклад в развитие общества, профессор Приморского университета г. Копер (Словения)

Расскажите, пожалуйста, немного о себе.

Я родился в Сербии, в г. Белграде, но мое раннее детство прошло в Словении. Затем моя семья вернулась в Сербию (Бачка Паланка, Нови-Сад). Я окончил медицинский факультет Университета города Нови-Сад, отделение общей медицины (специализация — терапевтическая медицина), защитил магистерскую диссертацию по нейрофизиологии и нейроэндокринологии, докторскую диссертацию в области физического воспитания и спорта. Моя супруга Елка по профессии гинеколог. У нас четверо детей. Старшая дочь Ива — специалист по молекулярной биологии, преподает в Приморском университете г. Копер (Словения), сын Вук заканчивает докторантуру по химии на технологическом факультете Универ-

ситета города Нови-Сад, дочь Катарина по образованию технолог, а младший сын Данило учится в гимназии.

А что повлияло на Ваше решение стать врачом?

Мой отец был врачом в небольшом городке Дивача на границе Югославии с Италией. Его часто вызывали в отдаленные села, а я сопровождал его. Дождь или снег — мне было все равно. Я сидел возле отца и с благоговением держал его докторский чемоданчик, полный разных лекарств, шприцов. Он никогда не уходил от больного сразу, всегда оставался некоторое время, разговаривал с пациентом, его семьей, давал советы, объяснял что-то. Помню, как он повторно пришел в один дом через пять дней. У грудного ребенка была температура, он все время пла-

кал, отказывался от пищи. Отец спросил у родителей, зачем они кутают его, когда в доме так тепло. Он попросил мать ребенка лечь в постель, укрыться тем же покрывалом и полежать так в течение 10 минут (при этом засек время). Женщина сразу вспотела, попросила сократить время, поняв свою ошибку. Но отец был неумолим, велел ей лежать под покрывалом указанное время. Она получила урок на всю жизнь. И я тогда убедился, что трудно выучить урок, который ты только прослушал, а наглядный пример усваивается на всю жизнь.

Мне кажется, что я полюбил медицину уже в раннем детстве. Я хотел, как и мой отец, помогать людям и не только как врач. У меня было желание давать советы всем, кто в них нуждается, помогать беспомощным, находить нужные и добрые слова для каждого, кому они необходимы.

Как получилось, что Вы начали совмещать в своей работе медицину и педагогику?

Я руководил центром для одаренных детей при Союзе учителей Сербии в Матице Сербской и в организации Менса Сербии для одаренных детей. Начал разрабатывать программу развития детей с целью научить их мыслить, анализировать, делать выводы, но в игровой форме.

Мне довелось много работать с одаренными детьми, ор-



Ранко Райович
с Анатолием Карповым

ганизовывать летние лагеря. Два года в г. Нови-Сад я был членом оргкомитета детской шахматной олимпиады вместе с Анатолием Карповым. Мы много с ним разговаривали, меня интересовал его опыт. В то время я работал над магистерской диссертацией о РЕМ-фазах, поэтому меня интересовало, снились ли ему важные партии, находил ли он решения во сне, на что получил положительный ответ.

Много подобных разговоров я вел с выдающимися учеными, математиками, спортсменами, одаренными детьми, и у меня начала складываться общая картина. Стала формироваться концепция программы НТИЦ, главный принцип которой: «Учение — это игра». К сожалению, такой подход не принят в классическом образовании, в результате скрытый потенциал детей не реализуется. Я убежден, что если физиологически здоровый ребенок выучи-

вает родной язык к третьему году жизни, а это самое трудное, чему мы учимся в жизни, значит, он может достичь гораздо большего, но это зависит от метода работы с ним в первые годы жизни.

Ближайшее окружение значит очень много, но и сейчас еще нет ясности: насколько важна генетика, а насколько окружение. Факторы окружения и наследственности тесно переплетаются, нельзя выделить их отдельное влияние. Это можно подтвердить таким мысленным экспериментом: предположим, что в семье родилась дочь. Мать и отец имеют высокий интеллект, но девочка живет в совершенно пустой белой комнате, и с ней никто не разговаривает. Будет ли у нее высокий интеллект, как у родителей? Конечно, нет, а возможно, он не будет развит и на 10%, поскольку отсутствовало положительное влияние микросреды. Девочка станет умственно отсталой. Значит, роль ближайшего окружения велика. А генетика? И она важна на 100%, но только в потенциале.

Итак, я допускаю следующее наиболее вероятное объяснение: роль генетики в развитии ребенка составляет 100% и окружения — около 100%. К сожалению, будущих психологов и педагогов сейчас учат, что окружение важно на 50% или менее. Поэтому необходимо, чтобы все,

кто работает с детьми, поняли: генетика — только потенциал, а его развитие в большой степени зависит от микросреды, влияющей на связывание нервных путей, т.е. на создание связей (синапсов) между нервными клетками.

Я часто задаю родителям, учителям и воспитателям такой вопрос: «Согласны ли вы, что влияние ближайшего окружения на развитие ребенка составляет около 100%?» Большинство отвечают утвердительно. Тогда я задаю еще один вопрос: «Можно ли считать, что окружение сегодня и 20—30 лет назад одинаковы?» Большинство отвечают, что нет. Тогда следующий вопрос: «Почему же сегодня образовательные программы в детских садах и школах остаются почти такими же, как 30 и более лет назад?» И тогда люди начинают понимать, что нужно многое изменить, а если мы не будем идти в ногу со временем, т.е. трансформировать социальное окружение, наши дети заплатят за это высокую цену.

Что послужило стимулом для создания Центра для талантливых детей имени Николая Теслы и системы обучения НТЦ?

Анализируя литературу для студентов, изучающих педагогику, я заметил, что открытия в области неврологии представлены в ней весьма скудно. В основном

излагались классические положения. Новые открытия в медицине с трудом пробивают себе путь в мир педагогики и психологии. Тогда я решил полностью посвятить себя этой проблеме. У меня уже была магистерская степень по неврологии, и я начал работать над докторской диссертацией в области спорта, пытаясь найти ответы на многие вопросы о когнитивном развитии. Изучив большое количество литературы, я начал связывать разрозненные сведения и работать над программой, которую назвал Центр для талантливых детей имени Николы Теслы. Программа НТЦ базируется на новых достижениях нейрофизиологии и педагогики, использует методы, направленные на физическое и умственное развитие ребенка, причем все они построены на игре. Центры НТЦ существуют в 30 городах бывшей Югославии и предназначены для работы с детьми 4—12 лет.

Специфику программы НТЦ составляет работа над интеграцией сенсомоторного аспекта с высшими когнитивными функциями путем занятий, проводимых в игровой форме. Это сейчас чрезвычайно важно, поскольку дети все меньше двигаются и не получают необходимого физического развития. Данные занятия требуют выполнения комплексных моторных движений

в соединении с мыслительными процессами. 30 лет назад об этом ничего не было известно. Дети часами играли на улице, в парках, на спортивных площадках, а по выходным — целыми днями. В прошлом процесс развития больше соответствовал человеческой природе, нежели сегодня. А между тем движение очень важно для формирования мозга и связывания различных его областей, особенно комплексные движения, как ходьба, бег, подпрыгивания, перепрыгивания и т.п. Известно, что мозг интенсивнее всего развивается до пятого года жизни, поэтому очевидно, что именно такие движения должны составлять двигательную активность ребенка. Если этим пренебрегать, некоторые области мозга останутся недостаточно связанными между собой. Во многих странах Европы увеличивается число детей с проблемами в чтении, письме, счете. У них слабо развиты внимание и концентрация, память, им тяжело дается учеба.

Имеющаяся литература не дает возможности понять, с чем это связано, что происходит с детьми. Я начал искать ответы на эти вопросы и пришел к выводу, что один из важнейших факторов — недостаток физической активности. Есть и другие факторы, которые я исследую. Необходимо расширять знания

родителей и педагогов по вопросам развития интеллекта у детей, а также проводить комплексные исследования (психология, педагогика, медицина, спорт, дефектология).

В чем суть Вашей программы? Какова ее теоретическая и практическая значимость?

В основу программы НТЦ легли современные научные открытия в области неврологии и педагогики. В этом заключается ее теоретическое значение. Цель программы — развитие у детей творческих способностей и функциональных знаний. Исследования и научные труды позволяют посмотреть на проблемы образования с другой стороны. Особенно важна проблема развития функциональных знаний. Чтобы дать ребенку сформировать их, нужно как можно раньше начать развивать его мозг. И первая часть программы НТЦ посвящена именно этому. Если не добиться хорошего взаимодействия различных областей кортекса в раннем детстве, есть большая вероятность того, что ребенку будет трудно даваться учеба. Вторая часть посвящена методам обучения, активизирующим большие области мозга и облегчающим запоминание. Третья часть направлена на развитие способности связывать информацию, анализировать ее и на формирование функционального знания. В рам-

ках программы НТЦ мы работаем с детьми, но акцент делается на обучение родителей, воспитателей и учителей.

Практическое значение программы заключается в том, что она позволяет ребенку легче реализовать его биологический потенциал. Также необходимо модернизировать систему образования во многих европейских странах, поскольку, по результатам теста PISA, они находятся ниже среднего уровня относительно стран Восточной Азии. PISA — международные программы, по которым оцениваются образовательные системы на основе проверки успехов учеников. Значение этого теста в том, что выявляется уровень прикладного, т.е. функционального знания, что служит важным показателем развития государства и его образовательной системы. Учитывая, что этот тест проверяет функциональное знание учеников, которые будут экономически продуктивны через 15—20 лет, становится ясно, что PISA-тест — один из индикаторов экономического и хозяйственного развития страны на перспективу 15 и более лет. Возникает вопрос: «Где мы будем через 15—20 лет, если сейчас находимся ниже среднего уровня относительно стран Восточной Азии?» Образование — один из важнейших столпов общества, поэтому необходимо инвестиро-

вать в него средства, внедрять эффективные методы, просвещать и обучать родителей, воспитателей и учителей.

Какова связь НТЦ с другими центрами развития детей?

Программа НТЦ дает ответы на многие вопросы современного образования, особенно в области функционального знания, так что специалистов Центра приглашают во многие страны мира. Результаты работы по программе становятся очевидными очень быстро, нет необходимости следить за учениками 2—3 года. Они видны уже через несколько месяцев. Работа по программе НТЦ проводится в 20 странах.

В одних странах мы работаем по соглашению с министерствами образования, в других — сотрудничаем с образовательными учреждениями. Программы получили аккредитацию министерств образования Сербии, Словении, Хорватии, Боснии и Герцеговины, Македонии, Чехии и Черногории. Аккредитация начата в Италии и Швейцарии. Мы сотрудничаем с образовательными учреждениями Венгрии, Словакии, Румынии, Греции, Болгарии, Сьерра-Леоне, Австрии, Швеции и Испании. Начали налаживать контакты с организациями России, Исландии, Канады, США, Франции и Чили.

Программа НТЦ внедрена более чем в 500 детских садах и

школах Сербии, Боснии и Герцеговины, Словении, Хорватии, Македонии, Чехии и Черногории. После обучения специалисты применяют ее в работе с детьми 3—12 лет. Более чем в 50 школах мы создали специальные центры для одаренных детей, также проводим мастер-классы, с учениками работают учителя, которые отлично усвоили методы НТЦ. Программы для одаренных детей предназначены для детей 10—11 лет. В дальнейшем мы наблюдаем за ними и включаем при необходимости в работу.

Выполнено несколько проектов, которые финансировал Европейский союз (Сербия, Хорватия, Черногория, Румыния, Словения, Чехия, Италия, Испания, Англия, Словакия, Австрия).

Каковы проблемы в психическом здоровье детей, их развитии?

Исследования показывают, что учащаются случаи нарушений в развитии детей, у многих наблюдаются нарушения речи, слабая моторика. В школе они испытывают трудности в обучении, запоминании материала, сосредоточивании внимания. У детей наблюдаются синдром дефицита внимания и гиперактивности, импульсивность, низкий порог толерантности, агрессивность. Это негативные тенденции, и если ничего не предпринимать,

будет все больше детей с нарушениями в развитии. Можно выделить три главные проблемы: гиперопеку, гиподинамию и чрезмерное использование детьми новых информационных технологий.

Большинство родителей все делают из добрых побуждений в целях защиты ребенка. Но это не исключает ошибок в воспитании. У многих детей нет чувства ответственности, они чрезмерно опекаемы, им все дозволено, и они теряют ориентацию, у них формируется искаженная система ценностей. Использование видеоигр с самого раннего детства принимает характер эпидемии. Во время игры мозг работает иначе, обмен импульсами происходит очень быстро, что не соответствует эволюции и естественному развитию мозга. Мы повернулись спиной к природе, и дети платят за это высокую цену, ведь человек — неотъемлемая часть природы, и наше развитие зависит от социальной среды, в которой мы выросли.

Еще одна проблема связана с чрезмерным использованием новых технологий, что вызывает недостаток движения. Необходимо найти равновесие и установить правила. Каждый родитель должен определить границы, которые он считает оптимальными для своего ребенка. Часто мы видим, что дети их не

соблюдают. Идет ли речь о том, сколько времени они проводят перед экраном компьютера, о количестве купленных игрушек или разбросанных вещах, необходимо помнить, что самое главное — последовательность. Если достигнут договор, ребенок должен его соблюдать. Родителям нельзя уступать, поскольку уступки приводят к заколдованному кругу. К этому может привести и противоречивость в поведении родителей: если они подают ребенку пример, идущий вразрез их словам и ими установленным правилам. Скажем, мама ограничивает время занятий ребенка за компьютером, а сама каждую свободную минуту проводит перед его экраном. Какое сообщение она тем самым посылает ребенку? Родители тоже жертвы новых технологий, как и их дети. Мы поддались массовому гипнозу современных технологий, меняющих способ функционирования мозга: все труднее направлять и удерживать внимание, а импульсивность становится массовым явлением.

Дети от природы наделены огромной энергией, чтобы активно двигаться, ведь именно в движении развиваются и устанавливаются связи между структурами головного мозга. Ребенок должен двигаться, а родители могут понять значение движения через

такую аналогию: неподвижные живые существа (растения) не имеют нервной системы, а у живых существ, которые двигаются, она есть. Самую сложную нервную систему имеет человек. Люди — живые существа, для которых необходимо движение, а это означает, что оно влияет на развитие мозга. И «работа» ребенка состоит в том, чтобы двигаться, бегать, скакать, вертеться и т.п. Это особенно важно в самом раннем детстве, когда мозг развивается наиболее интенсивно. Таким образом, задача родителей — добиваться того, чтобы ребенок был подвижным и ловким, чтобы много времени проводил в парках, на природе, игровых площадках и т.п. К сожалению, родители не осознают до конца важности движения для развития детей. А исследования показывают, что у многих из них наблюдаются нарушения развития, низкая концентрация внимания, им все труднее слушать уроки, запоминать, учить, все чаще появляется неприязнь к школе. Возможно, это связано с недостатком движения, на что указывают исследования, проведенные в США: у детей, которым не хватает аэробной активности и движения в повседневной жизни, уменьшены структуры головного мозга (базальные ганглии), что коррелирует с когнитивным контролем и вниманием.

Как нужно обучать студентов? Как правильно общаться с родителями и педагогами?

Необходимо обогащать классическую педагогику и психологию новыми знаниями. Преподаватели должны знакомить студентов с научными открытиями в области неврологии, а не ждать 10 и более лет, пока они появятся в учебниках. Необходимо создавать проблемные группы, которые бы занимались прогнозированием влияния изменений окружающей среды на развитие ребенка. Я выступаю за то, чтобы выделить новую область в педагогике — предиктивную педагогику, которая бы включала педагогику, психологию, дефектологию (специальное образование) и неврологию.

Родители чувствуют, что с детьми что-то не так, просят совета. Между тем, имея многолетний опыт общения с родителями, могу сказать, что с некоторыми очень трудно работать. Им не нужны советы, они итак «все знают». Они ищут «рецепты» в Интернете, сами лечат своих детей, зачастую не обращают внимания на очевидную проблему или игнорируют ее в надежде, что все само разрешится. Для развития мозга важен каждый день, а они годами не обращаются к специалистам за советом. Необходимо обучать родителей путем телевизионных про-

грамм, через журналы, лекции, проводить семинары, издавать специальные книги и таким образом помогать им справляться с издержками современного воспитания детей, ведь никогда раньше не было столько негативного влияния на их развитие, как сегодня. Я написал две книги в помощь родителям: «IQ ребенка — забота родителей» и «Развитие интеллекта через игру». Социальное окружение изменится все быстрее, а в будущем это станет еще большей проблемой. Нужно организовывать перманентное обучение родителей и своевременно указывать на все, что может негативно повлиять на развитие ребенка. Об этом я сделал доклад на конференции ЮНИСЕФ «Игры, замедляющие или наносящие ущерб развитию ребенка, о которых мы не знаем» (www.ntclearning.com).

Какие советы Вы можете дать родителям?

Родители совершают ошибки с самого момента рождения ребенка, когда чрезмерной опекой препятствуют активации важных отделов коры его головного мозга, что может привести к снижению определенных способностей. Например, родители часто держат голову младенца так, как будто речь идет о транспортировке пациента: она фиксирована, не может повернуться ни влево, ни вправо ни на 1 см. Фикса-

ция головы — большая ошибка, особенно в первые 30—60 дней жизни, поскольку ее вращение включает процесс связывания структур мозга, отвечающих за координацию движений плеч, шеи и головы. Последствия фиксации головы сказываются позже, в школе, когда у ребенка начинаются проблемы с письмом. Родители часто оправдываются тем, что они следуют рекомендациям педиатра. Но это неверно, педиатры советуют «придерживать» голову, а не «фиксировать» ее. Родители стремятся излишне опекать младенца, что часто приводит к негативным последствиям. Хорошо, если бы педиатры не только давали советы по уходу за новорожденным, но и разъясняли последствия их несоблюдения.

Многие ошибки совершаются с первого по третий год жизни. Одна из них — оформление комнат для девочки в розовых, а для мальчиков — в голубых тонах. Первые 30 дней новорожденные видят мутно и распознают только контрасты, поэтому в комнате должны быть контрастные цвета. Контрасты важны для развития головного мозга — это нужно знать. Взрослые все время беспокоятся, как бы ребенок не упал, не дают ему ходить по ступенькам вверх и вниз, прыгать, лезть, что тоже большая ошибка, поскольку движение важно для развития мозга.

Дополнительные проблемы сейчас создают новые технологии, поскольку дети все чаще погружаются в виртуальный мир и там проводят часы и дни за счет сокращения времени на обычные подвижные игры. Они слишком привязываются к компьютерам, особенно к видеоиграм, которые становятся для них стимуляторами, так как дают яркие переживания, ожидания, радость, хорошее настроение. Поэтому дети стремятся все больше времени проводить в виртуальном мире. Часто родители позволяют ребенку самому решать, что ему делать, даже когда знают, что это вредно и мешает его развитию. Детям вообще позволено намного больше, чем раньше. Идя у них на поводу, родители соглашаются на игру без временных ограничений. Дело доходит до того, что дети практически диктуют распорядок дня и правила. Была бы воля ребенка, он бы целый день сидел за компьютером и ел мороженое. Конечно, нужно уважать его желания, но родители должны устанавливать границы. В рамках ясно очерченных (но и дозированных) границ любое желание легче исполнить и дать ребенку некоторую свободу, пока он не достигнет определенной зрелости и не научится откладывать сиюминутное удовольствие.

Решение проблем, как правило, лежит в умеренности. Если

предоставить ребенку самому распоряжаться свободным временем (исключив компьютер и гаджеты), ему станет скучно, он не будет знать, чем заняться. Однако если мы ему навяжем наш план, он будет чувствовать, что его ограничивают и лишают свободы выбора. Нужно найти золотую середину — подсказать, предложить что-то, придумать занятие, но так, чтобы ребенок чувствовал свободу в тех рамках, в которых он может проявить свое творчество. Быть родителями сегодня — и легче и труднее, чем когда-либо. Наибольшее искушение представляют современные технологии, и многое зависит от того, как родители к ним относятся: как к дополнительному средству обогащения ежедневных занятий или как к заместителям большинства видов обычной детской активности. Если вы хотите меньше заниматься с ребенком, оставьте его на несколько часов с электронными устройствами, и его будет не видно и не слышно. К сожалению, многие родители в моменты усталости, рассеянности или озабоченности своими проблемами позволяют и даже поощряют такое времяпрепровождение. Все это нормально, если ограничено время пользования компьютером или гаджетами, пока это не перерастет в привычку. С точки зрения краткосрочного эффекта



Ранко Райович с детьми

современные технологии могут облегчить исполнение родительских обязанностей, и еще как. Но, чем больше мы их используем в работе с детьми, тем большая вероятность того, что в будущем они создадут много трудностей, и прежде всего — для наших детей.

Нужно всегда помнить, что главный стимул подвижности ребенка — игра, и нужно помочь ему вернуться к исходным, естественным детским играм. Точно так же и в школе необходимо применять игровые методы, чтобы ребенок думал, анализировал информацию, делал заключения

и учился играя. Например, на уроке по теме «Времена года» обычно детям объясняют, что осенью опадают листья. А можно задать вопрос: «Почему охотнику труднее внезапно подобраться к дичи осенью, чем весной или летом?» Ребенок будет искать ответ, размышляя об осени, и поймет, что охотнику мешает опавшая листва. У детей есть опыт хождения по листьям, и они знают, что сухая листва под ногами шуршит, сообразят, что этот специфический звук не даст охотнику подобраться незаметно к своей жертве. Или например, сформулируем вопрос

так: «Какое животное можно нарисовать и раскрасить только одним цветом?» При этом детям напоминают, что мы его видим каждый день, переходя улицу, и что это на самом деле не животное, но имеет такое же название. Они обычно отвечают, что это кошка или компьютерная мышь, но надо объяснить, что мы не видим их каждый день на улице. Поразмыслив, дети догадываются, что это зебра. А классический вопрос обычно звучит так: «Какое животное черно-белой окраски похоже на лошадь и живет в Африке?» Но всегда полезнее задать вопрос на сообразительность, в этом случае не так важен сам ответ, как ход размышлений, ведущий к его нахождению, ведь задача школы — научить ребенка мыслить. И это особенно важно, если учесть тот факт, что 7 из 10 самых востребованных ныне профессий еще 10 лет назад не существовали. Значит, нужно готовить детей к тем профессиям, которые появятся в ближайшей перспективе. Отсюда вывод: дошкольное образование играет большую роль в подготовке детей к школе, которая должна учить их мыслить, а не зубрить. К сожалению, у детей, живущих в странах Европы, недостаточно сформированы навыки связывания информации, что показывают международные тесты PISA.

Когда был установлен первый контакт с российскими специалистами и в какой мере программа НТЦ представлена сейчас в нашей стране?

Первый контакт с российской аудиторией состоялся в мае 2017 г., когда я дважды выступил на Международной конференции по раннему развитию детей в МГУ им. М.В. Ломоносова. После этого были налажены взаимоотношения с некоторыми образовательными учреждениями в Москве и начаты переговоры о будущем сотрудничестве. Мы создали сайт на русском языке: www.ntcrussia.com и страницу в социальной сети (ВКонтакте). Моя книга «IQ ребенка — забота родителей» переведена на русский язык, и ее можно заказать на нашем русскоязычном сайте.

Каковы Ваши планы на 2017/18 уч.г.?

В этом учебном году мы планируем проведение в Москве мастер-классов для воспитателей в детском саду «L'petit Crief». На нашем сайте будут появляться статьи на актуальные темы, предназначенные всем родителям, заинтересованным в эффективном развитии своих детей. Также мы планируем проводить мастер-классы для детей и семинары для родителей, воспитателей и учителей. Вся информация будет представлена на нашем сайте.

Беседовала О.В. Дружиловская

Гигиенический подход к организации режима сна и бодрствования у старших дошкольников

Андреева С.В.,

*учитель ГОУ «Центр психолого-медико-социального
сопровождения детей и подростков»;*

Воропаева И.Е., Болотникова Е.С.,

*магистранты ФГБОУ ВО «Московский
педагогический государственный университет»,
Москва*

Аннотация. В статье описаны психофизиологические особенности развития детей старшего дошкольного возраста, определены ключевые нейродинамические параметры готовности ребенка к обучению, предложены рекомендации по соблюдению гигиены сна и бодрствования.

Ключевые слова. Сон, бодрствование, гигиена, старший дошкольный возраст, нейродинамика, психические процессы, готовность к обучению.

Гигиена



Созревание и развитие организма ребенка требуют активного состояния нервной системы, прежде всего коры больших полушарий головного мозга. Эта активность стимулируется притоком информации из окружающего мира. Значительное влияние на сбалансированную и полноценную работу мозга оказывает правильная в гигиеническом отношении организация режима сна и бодрствования, включающая в себя комплекс мероприятий, направленных на формирование активной, всесторонне развитой, гармоничной, физически и психически здоровой личности [9].

Большую роль в вопросах сна и бодрствования играет возраст. Эти физиологические процессы протекают по-

разному у детей различных возрастных категорий, базируясь на зрелости нервной системы.

В шестилетнем возрасте в организме ребенка происходит перестройка всех психофизиологических процессов, обусловленная сменой ведущей деятельности: игровой на учебную. Развивается произвольность всей деятельности. В конце старшего дошкольного возраста отмечается сформированность регуляторных и нейродинамических процессов, определяющих готовность к обучению в школе. Активная познавательная и физическая деятельность требует правильного распределения энергии и сбалансированной работы детского организма. В свою очередь, различные нарушения в состоянии здоровья сказываются на активности ребенка и уровне его нервно-психического развития [2; 3; 10]. Утомление приводит к снижению активности и проявляется:

- в повышенной отвлекаемости;
- частой смене позы;
- непривычных движениях рук, ног (трясание, постукивание и т.п.);
- неприятной мимике (кривляние, тики);
- неудержимых всплесках эмоций (крик, плач, прыжки и т.д.).

Итак, в 6—7 лет резко изменяется вектор психического развития, и задача нормализации режимов сна и бодрствования выступает одной из первостепенных.

По мнению Н.М. Щелованова, режим жизни детей — четкое распределение во времени и правильная последовательность в удовлетворении основных физиологических потребностей организма ребенка — сна, питания и бодрствования.

В советские годы Н.М. Аскарина и Н.М. Щелованов в клинике здорового ребенка Института педиатрии АМН СССР разработали рекомендации по контролю за нервно-психическим развитием детей, основываясь на базовых составляющих, в частности соблюдении режима дня, гигиене процессов сна и бодрствования. Данные рекомендации стали основополагающими при разработке «Программ воспитания в детском саду» [8] и сохранили свою актуальность в наши дни.

Сегодня при разработке государственных программ по воспитанию и обучению детей учитываются мероприятия по профилактике утомления дошкольников, которые основываются на организации правильного режима дня с соблюдением основных гигиенических тре-

бований, в первую очередь — нормализации режима сна и бодрствования [4]. Это способствует формированию прочных условных нейронных связей, которые облегчают переход от одной деятельности к другой [6]. Следует отметить, что распорядок дня дисциплинирует детей, улучшает их аппетит, сон, работоспособность, способствует нормальному физическому развитию и укреплению здоровья. Сон, прогулки, занятия и т.п. — необходимые элементы жизнедеятельности дошкольников. Правильная организация режима и жизни детей позволяет нормализовать развитие нервной системы и предупредить раннее или сильное утомление во время бодрствования.

Восстановлению работоспособности организма в целом и профилактике способствует здоровый полноценный сон — естественное физиологическое состояние сознания человека, включающее в себя ряд стадий, закономерно повторяющихся в течение ночи (при нормальном суточном графике).

Наступление сна связано с возбуждением определенных структур мозга, так называемых центров сна, расположенных в базальных отделах переднего мозга, таламуса и задней части

ретикулярной формации, раздражение которых подавляет активность последней, и наступает глубокий сон. Повреждение центров сна вызывает бессонницу [10].

И.П. Павлов и его ученики показали, что сон и внутреннее торможение по своей природе составляют единый процесс. Внутреннее торможение во время бодрствования охватывает лишь отдельные группы клеток, а во время сна иррадирует по коре больших полушарий и на нижележащие отделы головного мозга, обеспечивая необходимый покой и возможность восстановления. И.П. Павлов расценивал сон как охранительное торможение, распространяющееся в высших отделах нервной системы [7].

Различают две стадии сна: медленный (дельта-волны) и быстрый (альфа- и бета-волны) сон. Последняя составляет 25% у взрослого и 58% у новорожденного от общей длительности сна.

Сон состоит из чередующихся циклов, а каждый цикл — из пяти стадий (одной быстрого и четырех медленного сна). Данные периоды образуют биологический ритм продолжительностью в 1,5 ч. Быстрый сон крайне необходим организму человека. Его длительное отсутствие мо-

жет привести к расстройству психики. Наиболее уязвимы к недостатку сна дети [10].

Гигиенически полноценным считается сон, имеющий достаточную для возраста продолжительность и глубину, с точно установленным временем отхода к нему и пробуждения [9].

В таблице представлена нормальная продолжительность сна детей и подростков, обеспечивающая полноценное восстановление сил.

Основные гигиенические принципы организации режима сна и бодрствования дошкольников

Полноценный ночной сон:
— продолжительность — 9,45 ч;

— время отхода ко сну — от 20:30 до 22:30 ч;

Обязательный дневной сон:

— продолжительность — 1,45 ч;
— «тихий час» в установленное время.

Дневной сон необходим независимо от того, посещает ребенок ДОО, группу кратковременного пребывания или нет.

Важно придерживаться данного режима также в выходные и каникулярные дни.

Правильно организованный сон ребенка помогает восстановить функции нервной системы при утомлении, которое возникает в детском возрасте достаточно быстро.

Таблица

**Нормальная продолжительность сна
детей и подростков [7]**

Возраст, года / лет	Продолжительность сна, ч
Первые месяцы жизни	20—22
1	16—17
2—3	14—15
4—5	13
6—7	12
8—10	11
11—12	10
13—16	9
17—18	8,5

У детей быстро формируются условные рефлексы на засыпание. Это означает, что создание ритуала отхода ко сну очень важно. Определенная последовательность действий: умывание и чистка зубов, чтение интересной книги, мамин поцелуй на ночь сделает переход от бодрствования к отдыху легким и естественным.

Гигиена сна дошкольников предполагает наличие отдельного спального места, достаточно просторного и удобного. Имеет значение и поза во время сна — длительное пребывание в одном и том же положении (например, только на правом боку) может привести к деформации позвоночника, грудной клетки и черепа. Необходимо следить за качеством спальных принадлежностей. Подушки должны быть небольших размеров (30 × 30 см), изготовлены из мягкого пера или пуха. Самые гигиеничные наполнители для матрасов — конский волос и морская трава.

Некоторые исследователи отмечают важность сна ребенка в собственной постели, поскольку это способствует созданию условий для полноценного отдыха, а также препятствует заражению инфекциями.

Чередование сна и бодрствования — необходимое усло-

вие нормальной психической деятельности человека. Сон и бодрствование — сопряженные состояния, поскольку активное бодрствование обеспечивает глубокий сон, а достаточный по длительности и глубине сон способствует активному бодрствованию.

Бодрствование — функциональное состояние, на основе которого происходит продуцирование любого вида деятельности, характеризующееся достаточно высоким уровнем электрической активности мозга, свойственным активному взаимодействию индивида с внешним миром. В поддержании состояния бодрствования большую роль играет ретикулярная формация среднего мозга, от нейронов которой восходящие влияния идут к неспецифическим ядрам таламуса, а от них — ко всем зонам коры больших полушарий. Состояние бодрствования неоднородно. В нем выделяют разные проявления: спокойное (диффузное) и активное [2; 3].

Спокойное бодрствование — функциональное состояние при отсутствии какой-либо конкретной деятельности, характеризующееся устойчивым альфа-ритмом частотой 8—13 Гц. У детей частота этого ритма значительно

ниже, чем у взрослых, что связано с незрелостью нервного аппарата коры больших полушарий. Специалисты считают такой ритм аналогом альфа-ритма.

По мере взросления созревает кора больших полушарий, частота альфа-ритма возрастает и приближается к показателям взрослого человека. В возрасте 6—7 лет формируются основные показатели ЭЭГ, отражающие функциональную организацию коры больших полушарий [11].

Активное бодрствование — переход реагирующей системы на более высокий уровень активности, связанный с подготовкой и выполнением запланированной деятельности, характеризующийся распадом альфа-ритма и регистрацией в ЭЭГ бета- и гамма-активности. Нормальное функционирование таламо-кортикальной системы мозга, обеспечивающее весь спектр сознательной деятельности человека в бодрствовании, возможно только при наличии тонических мощных воздействий со стороны определенных подкорковых структур, называемых активирующими [5; 11].

Если полноценный, правильно организованный сон необходим ребенку для профилактики переутомления и восста-

новления работоспособности организма в целом, то период бодрствования — время, когда удовлетворяются его основные физиологические и психологические потребности. От того, как организовано бодрствование, в значительной степени зависит, насколько продуктивным будет ребенок в своей деятельности и насколько успешным будет его развитие.

Большое значение имеют гигиенические условия среды, в которой находится ребенок во время бодрствования: достаточная освещенность, низкий уровень шума, свежий воздух, соответствие мебели, оборудования, игрушек его возрасту и уровню развития. Не менее важны адекватный физиологическим потребностям ребенка ритм кормлений, чередование занятий и гигиенических процессов.

Важное условие бодрствования в любом возрасте — активность. Обеспечение достаточной двигательной активности — необходимое условие, повышающее эффективность обучения и оздоровления ребенка. Потребность дошкольника в движении при пребывании в детском коллективе не может быть обеспечена только гимнастикой, зарядкой и музыкальными занятиями. Для движения не-

обходимы пространство и стимуляция со стороны взрослых. В группе обязательно должно быть предусмотрено место для подвижных игр, чтобы ребенок во время самостоятельной деятельности мог побегать, попрыгать, залезть куда-то, посидеть и даже полежать. Искусственное ограничение движений детей недопустимо. Наоборот, если ребенок не двигается достаточно активно, сотрудники ДОО должны поинтересоваться его самочувствием.

Важное условие гигиены бодрствования — правильная организация занятий, их длительность. Занятия, помимо выполнения обучающей функции, вносят разнообразие в деятельность детей, развивают их любознательность, повышают эмоциональный настрой. Однако они могут вызывать утомление и негативную реакцию. Поэтому необходимо строго соблюдать требования к их длительности и допустимой нагрузке, обращать внимание на эмоциональную реакцию ребенка.

Организуя деятельность дошкольника, нужно учитывать не только его возраст, но и состояние здоровья, индивидуальные особенности и жизненный опыт. Детский организм отличается от организма взрослого человека

прежде всего быстрым ростом и развитием.

Во время бодрствования обеспечиваются условия для физического и умственного развития. Дети овладевают новыми, более сложными движениями, с удовольствием включаются в деятельность окружающих взрослых в детском саду и дома [1; 3; 6].

Следует отметить, что активность ребенка во многом зависит от его темперамента. Темперамент — врожденные особенности человека, которые обуславливают динамические характеристики интенсивности и скорости реагирования, степени эмоциональной возбудимости и уравновешенности, особенности приспособления к окружающей среде.

В зависимости от соотношения этих свойств нервной системы И.П. Павлов выделил четыре основных типа высшей нервной деятельности [2]:

1) «безудержный» (сильный, подвижный, неуравновешенный тип нервной системы — соответствует темпераменту холерика);

2) «живой» (сильный, подвижный, уравновешенный тип нервной системы — соответствует темпераменту сангвиника);

3) «спокойный» (сильный, уравновешенный, инертный тип

нервной системы — соответствует темпераменту флегматика);

4) «слабый» (слабый, неуравновешенный, малоподвижный тип нервной системы — соответствует темпераменту меланхолика).

Тип нервной системы влияет на состояние активности. Он не оказывает патологического воздействия, а лишь обуславливает разнообразие реагирования и поведения.

И.П. Павлов выделил три основных свойства нервной системы: силу, уравновешенность процессов возбуждения и торможения и подвижность нервных процессов. Их нарушения позволяют заподозрить патологическое или дефицитарное психическое развитие организма ребенка и требуют применения неотложных мер коррекционного воздействия.

В частности, сила нервной системы (выносливость) характеризуется способностью выдерживать длительное возбуждение (сенсорную, интеллектуальную, эмоциональную и т.д. нагрузку), не обнаруживая запредельного торможения. Данный показатель служит ведущим критерием в тестовых показателях готовности ребенка к школьному обучению.

Уравновешенность процессов торможения и возбуждения представляет собой баланс нервных процессов по силе, способность нервной системы выносить длительное или очень сильное торможение. Дисбаланс вышеуказанных процессов проявляется в искаженном психоэмоциональном развитии ребенка и неблагоприятно сказывается на адаптации к новым условиям, поведении в целом.

Подвижность нервных процессов — скорость переделки знаков раздражителей [8], т.е. способность к переключению с одного вида деятельности на другую без потери работоспособности. Данное свойство нервной системы выступает важнейшим показателем функционирования головного мозга индивидуума, определяя его полноценное психическое развитие.

В конце XX в. основные свойства нервной системы И.П. Павлова были дополнены Б.М. Тепловым и В.Д. Небылицыным еще двумя — лабильностью и динамичностью.

Лабильность — свойство нервной системы, характеризующее скорость возникновения и прекращения нервных процессов. Она напрямую связана с динамичностью нервной системы, т.е. скоростью образо-

вания новых рефлексов и дифференцировок. Информация, поступающая в головной мозг, должна быть не только воспринята, но и обработана, усвоена, сохранена в памяти. Затем вырабатывается афферентная реакция.

Свойства нервной системы, сформулированные Б.М. Тепловым и В.Д. Небылицыным, служат основополагающими в диагностике когнитивного развития ребенка.

Базовые меры коррекции дефицитарного функционирования нервной системы ребенка — мероприятия, направленные на укрепление выносливости нервной системы, в частности, соблюдение режима дня, физическая активность, правильное дозирование сенсорной нагрузки, питание, полноценный сон.

Таким образом, гигиена режима сна и бодрствования — важный аспект профилактики хорошего самочувствия, крепкого здоровья, психического развития ребенка в целом. Она служит базой в коррекции нарушений вышеуказанных состояний.

На основании вышеизложенного, мы разработали рекомендации для родителей и педагогов ДОО по организации режима дня, а также сна и бодр-

ствования старших дошкольников в соответствии с требованиями СанПиНов, основанных на современных научных данных в области педиатрии и неврологии.

Рекомендации по организации режима дня старших дошкольников

- Режим дня старших дошкольников строится с учетом активного бодрствования — до 6—6,5 ч, дневного сна — один раз продолжительностью 1,5 ч, ночного сна — 9,5—10 ч и приема пищи 4 раза в сутки.

- Период бодрствования должен быть заполнен программными занятиями, трудовыми процессами, играми, прогулками. Эти компоненты режима дня обеспечивают решение задач всестороннего умственного, физического развития, нравственного, эстетического и трудового воспитания детей.

- Большую роль в режиме дня играет пребывание детей на свежем воздухе. В теплое время года при хорошей погоде все игры и занятия физической культурой должны проводиться на улице, в холодное время года предусматриваются прогулки 2 раза в день по 1,5—2 ч.

- Чрезвычайно важный элемент режима дня — обязательные за-

нения, в процессе которых у детей формируются качества и умения, необходимые для учебных занятий в школе (активность, умение спокойно сидеть за столом, сосредоточенность и т.д.). Важно чередовать статические занятия с динамическими. В результате будут созданы оптимальные условия для достаточного функционирования коры головного мозга во время занятий.

- Согласно действующему СанПиН 2.4.12660-10, максимально допустимый объем недельной образовательной нагрузки для детей 6—7 лет составляет 8 ч 30 мин. Продолжительность занятий для детей 5—7 лет не должна превышать 25—30 мин [4]. При построении занятия необходимо учитывать работоспособность детей: наибольшая активность в первой половине дня и ближе к середине занятия. Следует помнить, что наибольшая работоспособность отмечается у дошкольников во вторник, среду и четверг.

- При организации режима дня учитываются возрастные особенности высшей нервной деятельности, индивидуальные особенности ребенка, состояние детей в периоды выздоровления после болезни, адаптации к ДОО, условия жизни дома, время года.

Рекомендации по организации режима бодрствования

- Важно соблюдать режим сна. Отход ко сну и особенно пробуждение должны быть в одно и то же время ежедневно, включая выходные.

- Необходимы регулярные физические нагрузки. Они полезны для здорового сна и снятия стресса. Однако если заниматься поздно вечером, эффект может быть обратным: стимуляция нервной системы мешает расслаблению и засыпанию.

- Период бодрствования должен быть заполнен разнообразными занятиями, трудовыми процессами, прогулками.

- Важно учитывать функциональные возможности детей, состояние здоровья, уровень работоспособности при составлении режима дня.

- Максимальная длительность занятий для детей 6—7 лет не должна превышать 30 мин.

- Важно соблюдать режим питания, не злоупотреблять тяжелой пищей.

Рекомендации по организации режима сна

- Следует укладывать ребенка спать в одно и то же время, желательно до 21:00.

- Нужно составить подходящее по возрасту расписание дневного сна.

- Нужно придерживаться определенного порядка подготовки ко сну.

- Комната, в которой спит ребенок, должна быть прохладной, темной. Также важна тишина.

- Важно научить ребенка самостоятельно ложиться спать.

- Ночью в комнате, в которой спит ребенок, должно быть темно, а утром — максимально светло.

- Перед сном следует избегать тяжелой пищи, продуктов и напитков, содержащих кофеин (включая кофе, чай, многие газированные напитки), и энергичных упражнений.

- Из спальни ребенка нужно убрать всю электронику, включая телевизор, компьютер, мобильный телефон.

- Также необходимо ограничивать их использование перед сном.

- Важно четко следовать распорядку дня, соблюдать режим питания.

Литература

1. Блок В. Уровни бодрствования и внимания // Экспериментальная психология / Под ред. П. Фресса, Ж. Пиаже. М., 1970.
2. Данилова Н.Н. Психофизиология. М., 2000.

3. Обреимова Н.И., Петрухин А.С. Основы анатомии, физиологии и гигиены детей и подростков: Учеб. пособие для студ. дефектол. ... фак-тов высш. пед. учеб. заведений. М., 2000.
4. Примерная общеобразовательная программа дошкольного образования «От рождения до школы» / Под ред. Н.Е. Вераксы, Т.С. Комаровой, М.А. Васильевой. М., 2012.
5. Сапин М.Р., Брыксина З.Г. Анатомия и физиология детей и подростков: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М., 2002.
6. Сердюковская Г.Н. Гигиена детей и подростков: Учеб. М., 1989.
7. Смирнов В.М., Будылина С.М. Физиология сенсорных систем и высшая нервная деятельность: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2003.
8. Теплов Б.М., Небылицын В.Д. Изучение основных свойств нервной системы и их значение для психологии индивидуальных различий: Хрестоматия по психологии. М., 1987.
9. Тонкова-Ямпольская Р.В., Черток Т.Я., Алферова И.Н. Основы медицинских знаний. М., 1981.
10. Уманская Т.М. Невропатология. М., 2015.
11. Физиология / Под ред. К.В. Суданова. М., 2000.
12. Чабовская А.П. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: Учеб. для студ. пед. ин-тов. М., 1980.

Значение грудного вскармливания для роста и развития ребенка

Абрамова Т.В.,

канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории возрастной нутрициологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва

Аннотация. В статье рассматривается значение вскармливания для развития детей и его влияние на здоровье матери.

Ключевые слова. Грудное вскармливание, женское молоко, психическое развитие, дети раннего возраста, рациональное питание.

Рациональное питание (вскармливание) ребенка первого года жизни обеспечивает его гармоничный рост, адекватное морфологическое и функциональное созревание различных органов и тканей, оптимальные параметры психомоторного и интеллектуального развития, устойчивость младенца к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов.

Кормление ребенка молоком матери — золотой стандарт вскармливания детей первых месяцев жизни. Ничуть не умаляя значения современных адаптированных детских молочных смесей, максимально приближенных по своему составу к женскому молоку, следует признать, что сформированное в ходе биологической эволюции

человечества грудное молоко служит единственно физиологически адекватным питанием для ребенка с первых минут его жизни [1—3; 8; 9]. При этом сохраняется биологическая основа функциональной системы. Это высокая степень единства ребенка и матери. Эта взаимосвязь выходит далеко за рамки простого пищевого обеспечения. Грудное вскармливание оказывает многостороннее влияние на физическое и психическое развитие детей, формирование их поведения, устойчивость к действию внешних неблагоприятных факторов [1; 3; 4; 9; 11].

Важнейшие биологические эффекты грудного вскармливания:

— собственно пищевое обеспечение. При естественном вскарм-

- ливании ребенок получает оптимальное качество и количество как основных нутриентов, так и микрокомпонентов, имеющих значение для полноценного роста и развития;
- управление ростом, развитием и тканевой дифференцировкой через широкий комплекс гормонов и других биологически активных веществ, поступающих с женским молоком;
 - иммунологическая (неспецифическая) защита от бактериальных и вирусных инфекций, неинфекционных антигенов;
 - формирование иммунологической толерантности (устойчивости) к антигенам пищевого рациона, используемых матерью продуктов;
 - обеспечение адекватного пищевого поведения;
 - формирование тесной психоэмоциональной связи ребенка с матерью в процессе длительного и самого тесного физического и эмоционального контакта в ходе кормления грудью. В последующем происходит постепенная трансформация этого узкоспециального типа связи в постоянную устойчивую и независимую от кормления реакцию на мать как источник и символ защиты ребенка;

— обеспечение правильного анатомического формирования мозгового и лицевого отделов черепа, а также анатомо-физиологических компонентов аппарата звуковоспроизведения, что обеспечит в ходе сосания ребенком груди матери усилий и напряжений челюстной системы [1; 5; 8].

К непосредственным положительным эффектам грудного вскармливания, которые могут проявляться уже в первые месяцы и даже дни жизни ребенка, можно отнести снижение риска кишечных, респираторно-вирусных инфекций и аллергических заболеваний; более благоприятные показатели физического и нервно-психического развития детей; сохранение физиологических темпов биологического взросления [1; 20]. Имеются данные, что от того, сколько времени ребенок проводит в контакте с матерью после родов и в первые дни жизни, а также от качества этого контакта, зависят частота его плача в первые два года, привязанность к матери и некоторые психологические проблемы в старшем возрасте [4; 12].

Нахождение ребенка рядом с матерью помогает ему регулировать температуру тела, метаболические процессы, уровень ферментов и гормонов, частоту

сердечных сокращений и дыхательных движений [1; 9; 19]. Ряд исследований подтверждает представление о том, что недостаток грудного молока и непродолжительный контакт младенца с матерью негативно влияют на формирование психофизиологических функций ребенка [7]. Важно и то, что вскармливание грудью оказывает положительное влияние на здоровье матери, обеспечивая предотвращение повторной беременности без применения дополнительных средств контрацепции (во всяком случае, в первые месяцы лактации при ее значительной интенсивности), а также снижение риска возникновения злокачественных новообразований молочной железы [8].

Положительное воздействие грудного вскармливания на нервно-психическое развитие, интеллект и социальную адаптацию ребенка до сих пор не доказано и вызывает споры. В то же время имеется много работ, подтверждающих его благоприятное влияние на развитие у младенца познавательных функций и интеллекта [10; 13—18; 21; 22]. У детей, которые находились на грудном вскармливании, активно формируется словарный запас, образное мышление, вербальная память, навыки чтения и письма. Показано благоприятное влияние

естественного питания на психомоторное развитие 2—3-летних детей [15; 18]. По результатам исследования М.С. Крамер и др., основанном на большом числе наблюдений (более 13 000 детей 5—6 лет), длительное грудное вскармливание улучшает умственное развитие детей [17]. Лучшие показатели IQ, успеваемости, рабочей памяти и моторной функции были получены также у детей 7 лет, родившихся недоношенными и находившимися на естественном кормлении. При этом авторы подчеркивают важность продолжительности грудного вскармливания — не менее 4 мес. [13; 14; 16].

Д.М. Перес Руис и др. проанализировали возможную связь между длительностью грудного вскармливания и улучшением когнитивного развития детей в школьном возрасте. Были установлены благоприятные эффекты естественного кормления в течение первых месяцев жизни на когнитивное развитие, а также его роль в профилактике синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей. В настоящее время эти данные представляют особый интерес с учетом роста числа детей с указанным нарушением поведения [18]. Н. Страуб и др. даже попытались оценить экономическую выгоду от улучшения когнитивного раз-

вития детей, находившихся на грудном вскармливании [22].

Состав и свойства женского молока. Преимущества естественного вскармливания обусловлены главным образом уникальностью состава и свойств женского молока. Это не только источник всех необходимых ребенку пищевых веществ, но и большого количества биологически активных соединений и защитных факторов, оказывающих влияние на рост, развитие, формирование иммунной системы, поведенческих и психических реакций ребенка, его интеллектуальный потенциал и способность к обучению.

К числу важнейших достоинств женского молока относятся оптимальное и сбалансированное содержание пищевых веществ, их высокая усвояемость организмом ребенка, наличие широкого спектра биологически активных веществ и защитных факторов, благоприятное влияние на становление микрофлоры кишечника ребенка, низкая осмолярность, стерильность, оптимальная температура [1; 5; 8]. Состав женского молока существенно изменяется в раннем послеродовом периоде: в первые 5 дней после родов оно представляет собой молозиво, в течение следующих 6—10 дней жизни ребенка носит черты переходного

го, после 15-го дня вырабатывается зрелое молоко.

Грудное молоко примерно на 87,5% состоит из воды, общее содержание в нем сухих веществ варьирует от 10 до 17 г/100 мл. Около половины этого количества (7 г/100 мл) представлено углеводами, другая часть (25—40%) — жирами (4 г/100 мл). Около 1 г сухих веществ на 100 мл приходится на долю белков и 0,2 г/100 мл — на долю минеральных веществ (зола) [8]. Молозиво отличается от зрелого женского молока значительно более высоким содержанием белка (2,3 г/100 мл против 1,1 г/100 мл в зрелом молоке) в сочетании с более низким уровнем жира (2,9 г/100 мл против 4,5 г/100 мл соответственно) и существенно более высоким содержанием комплекса природных антиоксидантов — витаминов А, Е, бета-каротина, цинка, селена. Считается, что эти изменения были выработаны в ходе длительной эволюции с целью адаптации младенца к новым для него условиям внеутробного существования. Высокий уровень белков в молозиве обусловлен, вероятно, необходимостью введения в организм новорожденного в первые часы после рождения защитных белковых факторов (имуноглобулинов, лактоферрина и др.). При этом с учетом малого

объема желудка младенцев указанные белковые факторы должны поступать в очень небольшом объеме, с чем и связана высокая концентрация белка в молозиве [1; 5; 8].

Биологически активные и защитные факторы молока. Наряду с уникальным составом пищевых веществ, женское молоко содержит также широкий спектр биологически активных и защитных факторов, что позволяет отнести его к «живым структурам».

Женское молоко содержит высокоактивные ферменты, необходимые для ребенка: протеазы, анти-протеазы, α -амилазу, липазу и пр. В грудном молоке обнаружен широкий спектр гормонов и гормоноподобных веществ: гормоны гипоталамуса и гипофиза (рилизинг-факторы тиреотропина, гонадотропина, гормона роста), пролактин, окситоцин, тиреоидные гормоны (тироксин и трийодтиронин). Присутствуют различные кортикостероиды, половые гормоны: эстрогены и их метаболиты, прогестерон и его метаболиты, инсулин.

Женское молоко содержит также гастроинтестинальные регуляторные пептиды, такие как желудочный ингибиторный полипептид, бомбезин, холецистокинин и нейротензин, которые

играют большую роль в регуляции процессов роста и созревания желудочно-кишечного тракта новорожденного. В последние годы в нем обнаружены также белки и пептиды, проявляющие опиоидноподобное действие, в частности, b-казоморфины, которые регулируют центральные процессы, ответственные за психоэмоциональное, интеллектуальное развитие человека, а также «фактор роста нервов», осуществляющий межнейронную связь между периферической и центральной нервной системой [8]. Женское молоко содержит сложный комплекс факторов, обеспечивающих защиту организма ребенка от действия патогенных бактерий, вирусов, токсинов и других болезнетворных агентов. Прежде всего это иммуноглобулины, которые представлены в нем, главным образом, секреторным иммуноглобулином А, играющим большую роль в обеспечении местной иммунной защиты слизистых оболочек пищеварительного тракта.

К защитным факторам женского молока относят также живые иммунокомпетентные клетки (Т-лимфоциты, нейтрофилы и макрофаги, а также комплекс белковых факторов — интерлейкины, интерфероны, регулирующие их активность), белковые вещества, обладающие неспеци-

фическим противoinфекционным действием (лактоферрин, лизоцим, а также лактопероксидаза) и «бифидогенные» факторы (пребиотики — лактозу, олигосахариды), способствующие развитию в кишечнике ребенка нормальной бактериальной бифидофлоры, которая защищает кишечник от колонизации патогенной микрофлорой [8].

Режим и техника грудного вскармливания. Большую роль в становлении лактации играет время первого прикладывания ребенка к груди, которое в настоящее время рекомендуется осуществлять сразу же после рождения малыша, непосредственно в родильном зале, в первые 30 мин после родов, с учетом состояния новорожденного и роженицы.

Следует подчеркнуть, что раннее прикладывание к груди, которое в настоящее время общепринято в большинстве стран, не выполняет сколько-нибудь значимой функции питания. Среднее количество молозива, поступающего к ребенку, составляет около 2 мл. Вместе с тем даже это количество играет большую роль в становлении иммунологической защиты и снижении заболеваемости новорожденных, служит важным моментом стимуляции лактации и обеспечения ее успешности и длительности.

Наконец, имеется убедительное подтверждение роли раннего прикладывания новорожденного к груди в первичной адаптации к внешнему миру и индуцировании психологической связи — привязанности матери и ребенка [1; 3; 4; 9; 11; 12; 20].

Прикладывание ребенка к груди и / или создание кожного контакта через 2—3 ч после родов значительно менее эффективно, чем в первые 30 мин после родов [1; 9]. Раннее прикладывание новорожденного к груди не только стимулирует образование и секрецию молока, но и способствует более быстрому отхождению плаценты, профилактике послеродовых кровотечений у рожениц, а также формированию нормальной микрофлоры кишечника, адекватного иммунного ответа и ускорению отхождения мекония.

В последние годы психологи и педиатры большое внимание уделяют контакту «кожа к коже» [1; 3; 9; 10]. Следует подчеркнуть, что телесный контакт, ласка новорожденного присущ только млекопитающим. Он действительно необходим и в следующие возрастные периоды. Таким образом, гармоничное развитие ребенка в послеродовой период связано с возобновлением контакта с матерью и постоянным его наличием [10].

К числу противопоказаний к грудному вскармливанию до самого последнего времени относилось родоразрешение путем кесарева сечения. Однако в настоящее время такой установки нет.

Большое значение для полноценной лактации имеет режим свободного вскармливания с первого дня жизни ребенка, под которым понимают прикладывание ребенка к груди столько раз и в такое время, в какое требует ребенок, включая ночные часы. Признана большая эффективность свободного вскармливания, или вскармливания по «требованию ребенка», чем вскармливания по часам. Исследования показали, что при свободном вскармливании объем лактации в первую неделю после родов в 1,5 и более раз выше, чем при вскармливании по часам. При этом удельное содержание (в расчете на 1 мл молока) белков, жиров, витаминов и активность ряда ферментов не ниже, а в ряде случаев выше, чем при вскармливании по часам. Следствием этого служит большая суммарная (суточная) секреция с молоком основных пищевых веществ. Тенденция к большему объему лактации и большей секреции с молоком пищевых веществ при свободном вскармливании сохраняет-

ся и в последующие периоды лактации.

Свободное вскармливание положительно влияет на становление лактации, длительность естественного кормления, состояние здоровья и физическое и психоэмоциональное развитие ребенка [2; 6]. Частота кормления при этом зависит от активности сосательного рефлекса новорожденного и массы тела при рождении. Ребенок может требовать от 8—10 до 12 и более прикладываний к груди за сутки. Длительность кормления может составлять 20 мин и более.

К концу первого месяца жизни частота кормления обычно снижается до 7—8 раз, продолжительность кормления уменьшается, в связи с чем длительность свободного вскармливания составляет 2—3 мес., а затем ребенок сам устанавливает режим кормления. Свободный режим вскармливания предусматривает сохранение ночных кормлений. Это обусловлено многочисленными наблюдениями, показавшими, что ночные кормления служат прекрасным средством поддержания лактации, поскольку именно ночью в гипофизе вырабатывается больше пролактина — основного гормона, стимулирующего лактацию, чем днем. Поэтому

ночью ребенка следует кормить столько, сколько он захочет [2; 6].

Основными критериями эффективности грудного вскармливания служат адекватная прибавка массы тела, темп роста, хорошее общее самочувствие и активное поведение ребенка.

Литература

1. *Воронцов И.М., Фатеева Е.М.* Естественное вскармливание. СПб., 1998.
2. *Гмошинская М.В.* Актуальные вопросы поддержки грудного вскармливания в Российской Федерации // Вопросы детской диетологии. 2008. Т. 6. № 1.
3. *Гмошинская М.В.* Биологические и психологические аспекты грудного вскармливания // Вопросы детской диетологии. 2007. Т. 5. № 5.
4. *Гмошинская М.В.* Установление контакта между матерью и ребенком при грудном, смешанном и искусственном вскармливании // Лечащий врач. 2011. № 8.
5. *Конь И.Я., Гмошинская М.В., Абрамова Т.В.* Питание беременных женщин, кормящих матерей и детей раннего возраста. М., 2015.
6. *Конь И.Я.* и др. Сравнительное изучение эффективности свободного режима грудного вскармливания и по часам // Российский педиатрический журнал. 1999. № 4.
7. *Лурье С.Б.* и др. Отдаленное влияние вида вскармливания на соматическое и психофизиологическое развитие детей // Мать и Дитя в Кузбассе. 2012. № 4(51).
8. Руководство по детскому питанию / Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. М., 2013.
9. *Фатеева Е.М., Воронцов И.М.* Актуальные проблемы естественного вскармливания // Педиатрия. 1997. № 1.
10. *Фатеева Е.М., Коваленко Н.П.* Перинатальная психология как новое направление исследований в системе поддержки грудного вскармливания // Вопросы детской диетологии. 2005. Т. 3. № 6.
11. *Фатеева Е.М., Конь И.Я.* Отдаленное влияние грудного вскармливания на здоровье и качество жизни человека // Вопросы детской диетологии. 2005. Т. 3. № 4.
12. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства. М., 2002.
13. *Anderson J.W., Johnstone B.M., Remley D.T.* Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis // Am. J. Clin Nutr. 1999. Oct. 70(4).
14. *Belfort M.B.* et al. Breast Milk Feeding, Brain Development, and Neurocognitive Outcomes: A 7-Year Longitudinal Study in Infants Born at Less Than 30 Weeks' Gestation // J. Pediatr. 2016. Oct. 177.
15. *Bernard J.Y.* et al. Breastfeeding duration and cognitive development at 2 and 3 years of age in the

- EDEN mother-child cohort // J. Pediatr. 2013. Jul. 163(1).
16. *Horwood L.J., Darlow B.A., Mo-
gridge N.* Breast milk feeding and
cognitive ability at 7—8 years //
Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2001 Jan. 84(1).
 17. *Kramer M.S., Aboud F., Mironova
E. et al.* Breastfeeding and child
cognitive development: new evi-
dence from a large randomized
trial // Arch Gen Psychiatry. 2008.
May. 65(5).
 18. *Leventakou V. et al.* Breastfeed-
ing duration and cognitive, lan-
guage and motor development at
18 months of age: Rhea mother-
child cohort in Crete, Greece //
J. Epidemiol Community Health.
2015. Mar. 69 (3).
 19. *Moore E., Anderson G., Bergman N.*
Early skin-to-skin contact for
mothers and their healthy newborn
infants // Cochrane Database Syst.
Rev. 2007. Vol. 18. № 3.
 20. *Oddy W.H.* The impact of
breastmilk on infant and child
health // Breastfeed Rev. 2002.
Nov. 10(3).
 21. *Pérez Ruiz J.M. et al.* Breastfeed-
ing and cognitive development; in-
terference evaluation by «5 digits
test» // Nutr. Hosp. 2014. Apr. 1;
29(4).
 22. *Straub N. et al.* Economic impact
of breast-feeding-associated im-
provements of childhood cognitive
development, based on data from
the ALSPAC // Br. J. Nutr. 2016.
Jan. 22.

ЙОГУРТЫ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Особо полезными для детского здоровья всегда считались йогурты. Производители — и отечественные и зарубежные — наперебой предлагают новинки, расхваливая их замечательные свойства. Как разобраться в этом изобилии и выбрать самый вкусный и качественный йогурт?

Предшественник йогурта появился в те далекие времена, когда древние народы-кочевники путешествовали, перевоза молоко в бурдюках из козьих шкур. Из-за негерметичности со- судов из воздуха в молоко попадали бактерии, оно, сквашиваясь на жаре, превращалось в особый продукт, похожий на современный йогурт. Позже заметили, что если взять часть скисшего молока и добавить в свежее, то сквашивание моло- ка ускоряется, а вкус полученного продукта будет лучше, если молоко предварительно прокипятить. Так появилась закваска. Ее сохраняли путем высушивания на натуральных тканях и использовали для сквашивания кипяченого молока.

Родина современного йогурта — страны Балканского полу- острова, где особое внимание уделялось культивированию и отбору лучших естественных заквасок для молока и где были выделены уникальные микробиологические культуры болгар- ской палочки и термофильного стрептококка.

Источник: <https://www.materinstvo.ru/art/1832 Materinstvo.ru>

Гигиенические требования к логопедическим занятиям

Олендарева Е.В.,

учитель-логопед ГАОУ «Гимназия № 1306», Москва

Аннотация. В статье представлен опыт работы учителя-логопеда с детьми, имеющими различные нарушения речи. Отражены основные гигиенические требования к проведению логопедических занятий, необходимые для достижения положительных результатов коррекционной работы, оздоровления, гармоничного психофизического развития ребенка в пределах возрастной нормы.

Ключевые слова. Гигиенические требования, коррекционные занятия, санитарные нормы, здоровьесберегающие технологии, организационно-педагогические технологии, дезинфекция.

По статистическим данным, 60—80% детей имеют речевые нарушения. Таким образом, диагностико-коррекционное и профилактическое направления деятельности учителя-логопеда наиболее значимы. Умение грамотно организовать и провести занятия — один из важнейших аспектов успеха.

Цель организации логопедической группы в ДОО — создание целостной системы, обеспечивающей оптимальные педагогические условия для коррекции речевых нарушений (первичного характера), освоения детьми дошкольных образовательных программ и подготовки к успешному обучению в общеобразовательной школе.

Логопедический кабинет при ДОО открывается по решению

администрации организации на основании данных обследования детей и выявления тех, кто нуждается в логопедической помощи.

Основные задачи учителя-логопеда ДОО:

- осуществлять коррекцию нарушений устной речи (формировать правильное произношение, развивать лексические и грамматические средства языка, навыки связной речи), недостатков эмоционально-личностного и социального развития;
- активизация познавательной деятельности детей;
- своевременно предупреждать возникновение нарушений чтения и письма;
- просвещать педагогов, родителей (законных представите-

лей) по вопросам коррекции речевых нарушений.

В логопедическую группу принимаются воспитанники, имеющие:

- общее недоразвитие речи (ОНР) разных уровней (алалии, дизартрии, ринолалии);
- фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН);
- фонетическое недоразвитие (ФН);
- заикание.

Зачисление в логопедическую группу проводится с согласия родителей (законных представителей) детей на основании заявления и заключения ЦПМПк, на основе обследования речи воспитанников, которое проводится ежегодно с 15 по 30 мая и с 1 по 15 сентября. Обследованные воспитанники с нарушениями речи фиксируются в журнале регистрации детей, имеющих речевые недостатки.

В логопедическую группу ДОО принимаются, как правило, дети одного возраста и уровня речевого развития.

В *логопедическую группу детей с ОНР* зачисляются дошкольники с 3—5 лет с алалией, афазией, дефектами речи, обусловленными нарушением строения и подвижности речевого аппарата (ринолалия, дизартрия). Продолжительность коррекционно-развивающей работы 2—3 года. Предельная наполня-

мость логопедической группы — не более 12 чел.

В *логопедическую группу детей с ФФНР* принимаются дошкольники с 5 лет с ринолалией, дизартрией и дислалией. Продолжительность коррекционно-развивающей работы 1—2 года. Предельная наполняемость логопедической группы — не более 15 чел.

В логопедическую группу ДОО не принимаются дети, имеющие:

- недоразвитие речи, обусловленное умственной отсталостью;
 - деменции органического, шизофренического и эпилептического генеза;
 - грубые нарушения зрения, слуха, двигательной сферы;
 - нарушения общения в форме раннего детского аутизма;
 - задержку психического развития;
 - фонетические нарушения, которые могут быть исправлены на логопедическом пункте дошкольного образовательного учреждения;
 - заболевания, которые служат противопоказаниями для зачисления в ДОО общего типа.
- На каждого ребенка, зачисленного в логопедическую группу, учитель-логопед заполняет речевую карту.

Основной формой организации коррекционно-развивающей работы выступают групповые

(фронтальные), подгрупповые и индивидуальные логопедические занятия.

Групповые логопедические занятия проводятся в соответствии с программой обучения детей с нарушениями речи.

Подгрупповые и индивидуальные логопедические занятия, как правило, проводятся вне занятий, предусмотренных сеткой занятий ДОО, с учетом режима работы образовательной организации и психофизических особенностей развития детей.

Периодичность подгрупповых и индивидуальных занятий определяется тяжестью нарушения речевого развития.

Индивидуальные занятия проводятся не менее 3 раз в неделю:

- с детьми, имеющими ОНР;

- детьми, имеющими дефекты речи, обусловленные нарушением строения и подвижности органов речевого аппарата (дизартрия, ринолалия).

По мере формирования произносительных навыков у детей занятия с ними проводятся в подгруппе.

Подгрупповые занятия проводятся:

- с детьми с ОНР — не менее 3 раз в неделю;
- детьми с ФФНР — не менее 2—3 раз в неделю.

Продолжительность группового логопедического занятия:

- в старшей группе — 20—25 мин;

- в подготовительной к школе группе — 25—30 мин.

Продолжительность подгруппового занятия составляет 15—20 мин, индивидуального — 15 мин.

Между групповыми занятиями допускаются перерывы в 10—15 мин, между индивидуальными и подгрупповыми занятиями — 5—10 мин.

Выпуск детей из логопедической группы осуществляется психолого-педагогическим консилиумом образовательной организации по окончании срока коррекционно-логопедического обучения.

В случае необходимости уточнения диагноза или продления срока логопедической работы дети с нарушениями речи с согласия родителей (законных представителей) направляются учителем-логопедом в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение для обследования врачами-специалистами (невропатологом, психиатром, отоларингологом, офтальмологом и др.) или в психолого-медико-педагогическую комиссию города.

Для логопедического кабинета выделяется помещение площадью не менее 20 кв. м., отвечающее санитарно-гигиеническим нормам. Кабинет обеспечивается специальным оборудованием. Ответственность за оборудова-

ние логопедического кабинета, его санитарное содержание и ремонт помещения возлагается на администрацию ДОО.

Требования к логопедическому кабинету

- Логопедический кабинет должен быть изолированным.
- Освещенность кабинета должна соответствовать уровню освещенности, при котором создается зрительный комфорт для воспитанников и педагога, а также гигиеническим и светотехническим нормам.
- С целью создания оптимальных условий для организации коррекционно-развивающей деятельности в кабинете организуются три зоны: рабочая — учителя-логопеда, зона индивидуальной коррекционной работы, учебная.
- В логопедическом кабинете или в непосредственной близости должен быть установлен умывальник для соблюдения санитарно-гигиенического режима.

Оформление и оборудование логопедического кабинета должно обеспечивать комфортность и многофункциональность.

В рабочей зоне учителя-логопеда размещаются:

- письменный стол;
- рабочее кресло;
- стеллаж для методических материалов, диагностического инструментария, служебной документации;

- полка для методической литературы;
- аудиопроигрыватель;
- принтер;
- сканер.

В учебной зоне для групповых занятий располагаются:

- комплекты мебели (стол, стул) для групповых занятий;
- наборное полотно;
- настенная азбука;
- доска;
- настольно-печатные игры;
- дидактический материал, учебно-методические пособия;
- фланелеграф.

В зоне индивидуальных занятий размещаются:

- комплект мебели;
- зеркала для индивидуальной работы;
- настенное зеркало;
- логопедический инструментарий (зонды, шпатели);
- индивидуальные веера букв;
- пособия для индивидуальных занятий.

Учитель-логопед должен знать и соблюдать инструкцию по охране жизни и здоровья детей, технике безопасности, строго соблюдать трудовую и производственную дисциплину, изучать и совершенствовать безопасные приемы труда, добиваться быстрее устранения недостатков в работе, вызывающих несчастные случаи, строго соблюдать инструкцию по пра-

вилам безопасного пользования электрооборудованием, санитарные правила, правила пожарной безопасности и личной гигиены.

На коррекционно-развивающих занятиях специалист активно использует здоровьесберегающие технологии: пальчиковую, артикуляционную и дыхательную гимнастики, логопедический массаж, занятия в сенсорной комнате.

Перед началом работы необходимо:

- тщательно вымыть руки;
- подготовить для работы все необходимое;
- произвести стерилизацию логопедических зондов (зондозаменителей), шпателей.

Все инструменты, соприкасающиеся со слизистыми оболочками, должны проходить трехэтапную обработку: дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию. Обработка инструментария предполагает прерывание путей передачи инфекции. (В случае с зондами это может быть стоматит, ангина и пр. Многие инфекции, бактерии и вирусы сейчас достаточно устойчивы к дезинфектантам, в том числе и к спирту.)

Сразу после использования логопедических зондов их необходимо промыть с моющим средством под проточной водой, далее провести предстерили-

зационную обработку инструмента. Для этого используются специальные ванночки и лотки, которые хорошо моются и безопасны в использовании.

Замачивание зондов в моющем растворе проводится при полном погружении изделия в рабочий раствор на 30—60 мин в зависимости от применяемого средства. При наличии у средства, наряду с моющими, дезинфицирующих свойств, предстерилизационная очистка может быть совмещена с дезинфекцией (Аламинол 5% или 8% — 60 мин, Велтолен 2,5% — 60 мин, Деконекс Денталь ББ — 30 мин, ИД-212 4% — 30—60 мин и др.).

Бокс для «замачивания» — удобное приспособление для дезинфекции логопедических зондов путем их погружения в раствор антисептика. Он сделан таким образом, что руки логопеда не контактируют с раствором. При открывании бокса ванночка с зондами поднимается микролифтом из раствора. Бокс для «замачивания» подходит для логопедических зондов любой длины.

После промывания логопедических зондов проточной водой можно приступить к следующему этапу: стерилизации. Самым доступным способом стерилизации служит кипячение в дистиллированной воде. Ее обычно проводят в стерилизаторе — металлической

коробке прямоугольной формы с плотно закрывающейся крышкой. Логопедические зонды помещают на имеющуюся в стерилизаторе сетку и заливают дистиллированной водой. Для повышения точки кипения и устранения жесткости воды добавляют 1—2% раствор гидрокарбоната натрия (если вода водопроводная).

Стерилизатор закрывают крышкой и подогревают. Началом стерилизации считают момент закипания воды, продолжительность кипячения — 15—30 мин. По окончании стерилизации сетку с инструментами извлекают за боковые ручки специальными крючками, а находящиеся в ней инструменты берут стерильным пинцетом, который кипятят вместе с остальными инструментами.

Обработанные таким образом зонды являются стерильными и готовы к работе. Хранить стерильные зонды рекомендуется в ультрафиолетовой бактерицидной камере. Она предназначена для хранения предварительно простерилизованных медицинских инструментов с целью предотвращения их вторичной контаминации микроорганизмами. Но следует помнить: камеру нельзя использовать для стерилизации и дезинфекции инструментов.

Бактерицидная камера обеспечивает готовность к работе логопедических зондов в про-

цессе их длительного (до 7 суток) хранения. Ее размещают в логопедическом кабинете в рабочей зоне.

Также можно использовать ионизирующий метод (ультрафиолетовые лучи обладают бактерицидными свойствами). Такой метод стерилизации хорошо подходит для зондозаменителей, которые изготавливаются из различных полимерных материалов.

Для обработки рук и логопедического оборудования (зонды, шпатели) утвержден норматив расхода этилового спирта из расчета 20 г на одного ребенка в год.

Обращаем внимание, что в статье приводятся рекомендации по обработке логопедических зондов. Это не норматив. Рекомендуем использовать для каждого ребенка набор индивидуальных логопедических инструментов. Нужно научить родителей ежедневно стерилизовать логопедические зонды и правильно их хранить.

Литература

- Паунова С. Гигиенические навыки с малых лет // Дошкольное воспитание. 1993. № 11.
- СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций».

Как заботятся о здоровье детей в Испании

Голубникова Л.А.,

*бакалавр факультета международных финансов
ФГБОУ ВО «Всероссийская академия внешней
торговли», Москва*

Аннотация. В статье представлен опыт воспитания здоровых детей в Испании, обращается особое внимание на состояние психической сферы, питание, условия физического развития. *Ключевые слова.* Детское питание, грудное вскармливание, гигиена, рацион питания в школах, индекс лучшей жизни, зарубежный опыт.

Испания — страна, которую многие отождествляют с фламенко, корридой, испанской гитарой. Страна, подарившая миру Веласкеса, Франциско Гойя, Эль Греко, Пабло Пикассо, Сальвадора Дали и многих других художников. Однако не все достижения можно измерить численно, увидеть и оценить сегодня, ведь ценности нации накапливались годами.

Главная ценность жизни для испанцев — дети. В 2017 г. В Испании родилось 236 246 малышей.

Показатели рождаемости и смертности в Испании в 2016 г. составили 9,88 и 9 на 1000 чел. соответственно, для сравнения в России — 11,87 и 13,83 на 1000 чел. Испания находится на 196-м месте по уровню рождаемости в мире и на 68-м — по смертности [4], с 2012 г. прирост населения стал отрицательным [2]. После 2010 г. наблюдалось падение коэффициента рождаемости и умеренный рост смертности, многие экономисты связывают это с мировым экономическим кризисом 2008—2009 гг., вызвавшим рост безработицы; также наблюдалось падение покупательной способности населения, что повлияло на сокращение рынка детских молочных смесей на 1,7% [5] за 2012—2014 гг.



Согласно данным Института Земли (ООН), индекс счастья Испании [3] — 6,4. Эта страна по таким показателям благополучия, как «уровень валового внутреннего продукта на душу населения», «ожидаемая продолжительность жизни», «наличие гражданских свобод», «чувство безопасности и уверенности в завтрашнем дне», «стабильность семей», «гарантия занятости», «уровень коррупции», «уровень доверия в обществе», «великодушие» и «щедрость», занимает 37-е место из 157 стран мира, что довольно неплохо (Россия — на 56-м месте).

Несмотря на то, что уровень Испании в рейтинге индекса лучшей жизни (по данным Организации экономического сотрудничества и развития — ОЭСР) ниже среднего по уровню дохода и благосостояния, гражданской активности, качеству окружающей среды, образованию и профессиональным навыкам, работе и заработной плате, традиции, которые передаются детям, помогают преодолевать трудности с улыбкой.

С ранних лет и до выпускных классов ребенку предоставляется полная свобода жизнеобеспечения. В Испании часто можно увидеть детей, сидящих на полу вагона метро, посреди улицы на тротуаре (независимо от пого-

ды). Основной принцип следующий: пока ребенок не получит опыт, бесполезно говорить, что так нельзя.

Несмотря на отсутствие излишней щепетильности родителей в отношении гигиены, свобода ребенка не наносит вреда ни окружающим, ни ему самому. Кроме того, дошкольники, с ранних лет посещающие детские сады, рано обучаются правилам гигиены ввиду отсутствия нянечек в таких учреждениях. Если ребенок намочил штаны и не в состоянии самостоятельно переодеться, вызывают родителей, поскольку воспитатели не имеют права трогать нижнее белье и гениталии детей.

Таким образом, задачи детского сада — расширять кругозор ребенка, социально адаптировать, а главный принцип — не навредить развитию личности. Время пребывания воспитанников в дошкольных учреждениях варьируется от 2 до 8 ч, остальное время они проводят с родителями; именно на них ложится ответственность за культурное воспитание ребенка.

Что касается взросления, никто не торопит детей переходить на следующий возрастной уровень развития. Таким образом, поступление в школу зависит исключительно от готовности

ребенка, а не от общих установленных правил.

Начальное и среднее образование в Испании обязательное. Дети обучаются с 6 до 16 лет. Затем подросток может выбирать: поступать в старшую школу или идти работать.

Особое внимание испанцы уделяют питанию детей с самого раннего возраста до окончания школы. С первых дней жизни младенцев кормят искусственными смесями, грудное вскармливание — редкость, несмотря на то что испанцы обожают маленьких детей и во всех родильных домах новорожденные постоянно находятся с матерью. Причиной может быть короткий декретный отпуск — всего 3 мес., затем малышей отдают в ясли или приглашают нянечек.

Согласно данным ОЭСР, государственная поддержка семей в Испании незначительна по сравнению с другими странами ЕС, социальные расходы на ребенка ниже среднего уровня. Матери вынуждены выходить из декретного отпуска и переводить детей на молочные смеси, которые максимально соответствуют составу материнского молока.

С ранних лет в рационе ребенка присутствуют ананас, цитрусовые (2—3 ломтика в день). Ананас содержит большое количество витаминов группы В,

А и особенно витамина С. Это отличный природный диуретик, его рекомендуют, если есть проблемы с мочевыводящей системой, избыточная масса тела или болезни обмена веществ. Этот фрукт, содержащий много солей калия, помогает избавиться от лишней жидкости, расщепить жиры, быстрее переварить мясо, которого испанцы едят довольно много.

Из экзотических фруктов маленьким испанцам дают нисперос (внешне напоминает абрикосы), киви, черимойю (мясистые зеленые плоды, обладающие специфическим вяжущим вкусом). Фрукты начинают вводить детям как прикорм в смесях, зачастую раньше овощей. Почти все баночные смеси (Nestle и Неро — наиболее распространенные) двухкомпонентные, а фруктовые в составе имеют мандарин, апельсин или ананас, как и детские каши.

Все готовые продукты детского питания содержат сахар.

Зеленые салаты (руккола, канонигос, шпинат) — также частый компонент детского рациона. Зелень, сдобренная маслом, способствует работе пищеварительной системы и печени. На обед детям готовят супы-пюре из фасоли, спаржи, брокколи, цветной капусты. Из кисломолочных продуктов им дают йогурты как

из козьего, так и коровьего молока, мягкий творог (Vrai, Danone), кефир (жидкий).

В детский рацион входит такой продукт из свинины, как хамон. Его дают с первого года жизни как самостоятельное блюдо, а также с белым хлебом, оливковым маслом, которое добавляют во всевозможные блюда.

Питание детей в школах осуществляется по системе катеринга (доставка готовых блюд в школьную столовую). Как в частных, так и в городских детских садах и школах оно оплачивается дополнительно, поэтому многие дети приносят еду из дома в контейнерах. Обеды в школах разнообразны и весьма необычны для российских детей. Например, в один день обед состоит из вермишелевого супа со свиным ребрышком и котлеты с чипсами, в другой — из макарон по-флотски с томатом и филе панги с зеленым салатом и оливками, также могут быть предложены

тушеные бобы и Сан Хакобо (обжаренные конвертики из ветчины с сыром) и помидор. Фрукты — неотъемлемая составляющая ежедневной трапезы.

Таким образом, питание детей в Испании обусловлено не общемировыми правилами, а регионом проживания. Для испанцев счастье детей — возможность полноценно жить здесь и сейчас.

Литература

1. <http://catcatalonia.livejournal.com/14633.html>
2. <http://countrymeters.info/ru/Spain>
3. <http://gtmarket.ru/news/2016/03/17/7295>
4. http://www.indexmundi.com/spain/death_rate.html
5. <http://www.nielsen.com/content/dam/nielsenglobal/de/docs/Nielsen%20Global%20Baby%20Care%20Report%20-%20August%202015.pdf>
6. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/ru/countries/spain-ru/>

РАСПОРЯДОК ДНЯ В ИСПАНСКОМ ДЕТСКОМ САДУ

Распорядок дня в каждом детском саду может быть разным, но есть и общее. Обычно учебный день длится 6—10 ч: с 9.30 до 17.00. Обед и полдник обязательны для всех, завтрак — по желанию родителей. Сиеста (тихий час) — с 13.00 до 15.00.

В каждой группе постоянно работают два воспитателя и один помощник (нянечка).

Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области

Килим А.А.,

научный сотрудник АО «Скоуп Интернэшнл АГ», Москва

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема помощи детям с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области.

Ключевые слова. Врожденные пороки челюстно-лицевой области, аномалии развития, несращения губы и нёба, расщелины губы и нёба, ринолалия, хейлопластика, пластика мягкого нёба, пластика твердого нёба, реабилитационные мероприятия, социальная адаптация.

Врожденные пороки развития — стойкие морфологические изменения, повлекшие за собой грубые нарушения функции органа, ткани или всего организма. В качестве синонимов используются термины «пороки развития» и «врожденные пороки».

Частота врожденных пороков развития в популяции — важная характеристика состояния здоровья населения. Общая частота таких пороков развития у детей до 1 года составляет примерно 27,2 на 1000 населения. Около 60% из них выявляются в первые 7 дней жизни уже в родовспомогательных учреждениях.

Среди прочих пороков одни из самых частых — поражения челюстно-лицевой области. Расщелины (несращения) губы и

нёба составляют 86,9% от всех врожденных пороков развития лица. В различных регионах их популяционная частота у новорожденных составляет от 1:1000 до 1:700 в год. Почти каждая пятая типичная расщелина выступает компонентом тяжелого синдрома.

По данным Е.Т. Лильина, 48,7% случаев пороков челюстно-лицевой области мультифакториальны. Среди причин, влияющих на развитие врожденного порока, отмечают степень антропогенного загрязнения территорий, экологически вредные профессии родителей (О.В. Антонов, А.А. Баранов, Т.А. Кулакова, В.Н. Муравьева, Т.В. Снеткова, А.Б. Ходжаян). В то же время данных, касающихся этого

аспекта проблемы, в литературе недостаточно.

Успешная реабилитация детей с данной патологией невозможна без комплексной характеристики их здоровья. Известно, что на здоровье ребенка действуют социальные и антропогенные факторы, однако исследований по характеристике здоровья детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области, проживающих на территориях с разной экологической нагрузкой, нет. В общей системе комплексного лечения не менее важна объективная оценка нервно-психического состояния пациентов. Известно, что позитивный результат реабилитации детей во многом зависит от поведения родителей (Т.А. Добровольская, Ю.Е. Вельтищев, Д.И. Зелинская, Н.Б. Шабалина).

Актуальность проблемы комплексного лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (ВРГН) обусловлена тем, что данная патология приводит не только к глубоким нарушениям челюстно-лицевой области, но и к общей инвалидизации ребенка. Полная медицинская и социальная реабилитация таких больных требует длительного этапного комплексного лечения с привлечением специалистов различного профиля (хирургов, педиатров, психологов, логопедов,

ортодонтов, ортопедов и т.д.). Качественное проведение комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, безусловно, возможно лишь в условиях специализированных центров по лечению детей с данной патологией.

Наиболее сложные проблемы связаны с реабилитацией речи ребенка с ВРГН. Речевые нарушения у таких больных имеют сложный патогенез. С самого рождения вследствие особенностей анатомического дефекта ребенок стремится всеми доступными средствами уменьшить просвет расщелины при дыхании и особенно при питании. Этого он добивается посредством компенсаторного смещения и положения языка, компенсаторных движений мимической и жевательной мускулатуры. Впоследствии такое аномальное положение фиксируется в привычное и переходит со временем в артикуляционные движения, что наряду с неадекватным нёбно-глоточным смыканием ведет к нарушению фонаторных способностей.

Вследствие выше описанного речь детей с ВРГН имеет назализованный, неприятный оттенок. Такие нарушения имеют не только медицинский, но и социально-адаптационный характер. При общении со сверстниками и окру-

жающими у детей с ВРГН возникают затруднения, которые ведут к психоэмоциональному напряжению и, безусловно, влияют на формирование личности. Именно поэтому восстановление речи у таких больных крайне важно для их медицинской и социальной реабилитации.

Этиология и патогенез.

В большинстве случаев расщелины губы и нёба не являются изолированными пороками развития. Практически каждая пятая типичная расщелина — тяжелая синдромальная патология. О его наличии свидетельствуют дополнительные фенотипические или морфологические изменения. Так, если в 1970 г. насчитывали 15 синдромов, в фенотипическую картину которых входили типичные орофациальные расщелины, в 1972 г. — 72 синдрома, в 1976 г. — 117 синдромов, в 2006 г. — более 600 синдромов.

Нижняя челюсть и нижняя губа развиваются из нижнечелюстных отростков, верхняя часть переносицы — из лобного отростка; верхняя челюсть, нёбо (кроме резцовой части), слезно-носовой канал (вместе с боковым носовым отростком) — из верхнечелюстных отростков, крылья носа — из латеральных (боковых) носовых отростков, носовая перегородка, резцовая часть

твёрдого нёба, средняя часть губы, нос — из медиальных (средних) носовых отростков

У эмбриона со 2—3-й недели происходит образование первичного рта. На переднем конце зародыша из эктодермы образуется углубление — ротовая бухта (стомодеум), которая еще сильнее углубляется до встречи с энтодермой (первичной кишкой), их разделяет глоточная перепонка. На 3-й неделе последняя разрывается и формируется первичный рот, имеющий сообщение с первичной кишкой. Незадолго до этого образуется карман Ратке — дорсальный вырост эктодермы верхней части первичного рта, а также закладка передней и средней долей гипофиза.

На 4—5-й неделях начинается образование верхне- и нижнечелюстных (4-я неделя) отростков. Ротовая бухта отграничена с боков производными первой жаберной дуги, которая делится с каждой стороны на верхне- и нижнечелюстные отростки (нижняя челюсть, верхняя челюсть, нёбо, кроме резцовой части, слезно-носовой канал вместе с боковым носовым отростком).

На 4—5-й неделях также формируется лобный отросток. Ротовая бухта отграничена сверху непарным лобным отростком (верхняя часть переносицы).

С 6-й недели начинается формирование носовых отростков и ямок. По бокам от лобного отростка сначала появляются носовые возвышения, центральная часть которых углубляется и образует носовые ямки, по бокам от них образуются носовые отростки — средний (медиальный) и боковой (латеральный).

Носовые ямки становятся постепенно все глубже, растут кзади и вниз и достигают той поверхности лобного выроста, которая образует крышу первичного рта (6—7-я недели). На этом месте носовые ямки прорываются и получают сообщение с первичной ротовой полостью, а образовавшиеся внутренние отверстия называются первичными хоанами. Верхнечелюстные отростки отделяются от бокового носового отростка щелью, соединяющей глазничные впадины с носовыми ямками (слезноносовой канал).

С 4-й недели формируется нижняя челюсть. Парные нижнечелюстные отростки срастаются и образуют нижнюю челюсть и соответствующую часть лица, в том числе и нижнюю губу.

С 6—8-й недель происходит образование верхней челюсти, носа, резцовой части твердого нёба. Из верхнечелюстных отростков развиваются верхние челюсти, включая нёбо, соот-

ветствующие участки лица и латеральные отрезки верхней губы. Верхнечелюстные отростки не срастаются между собой, а между ними вклинивается по средней линии средний (медиальный) носовой отросток и сверху подрастает боковой носовой отросток. Средний носовой отросток идет на образование носовой перегородки, резцовой части твердого нёба и средней части губы. Срастаясь с верхнечелюстными отростками, он замыкает вход в ротовую полость сверху. Перегородка носа — слившиеся средние носовые отростки. Крылья носа — боковые носовые отростки. Верхняя часть переносицы формируется из лобного отростка.

С 8—9-й недель происходит образование нёба и слезноносового канала. На внутренней поверхности верхнечелюстного отростка образуется валик, который растет по направлению к средней плоскости и носит название нёбной пластинки (отростка). Сначала между правой и левой нёбными пластинками имеется щель, а потом они срастаются, образуя нёбо, которое делит первичную ротовую полость на полость носа и собственно ротовую полость.

Верхний край верхнечелюстного отростка срастается

с нижним краем латерального носового отростка, вследствие этого борозда, соединяющая глазничную впадину с носовой ямкой, замыкается в слезноносовой канал.

При нарушении вышеописанных процессов развития челюстно-лицевой области формируются пороки, одним из которых является несращение губы и нёба.

Этиологические факторы аномалий организма человека, в том числе и несращения губы и нёба, делятся на экзогенные и эндогенные.

К *экзогенным факторам* относятся:

- физические (механические и термические воздействия; внешнее и внутреннее ионизирующее облучение);
- химические: гипоксия, неполноценное питание матери в критические периоды развития эмбриона, недостаток витаминов (ретинола, токоферола ацетата, тиамина, рибофлавина, пиридоксина, цианкобаламина), а также незаменимых аминокислот и йода в пище матери: гормональные отклонения; воздействие тератогенных ядов, вызывающих гипоксию и уродства плода; влияние химических соединений, имитирующих действие ионизирующего из-

лучения, например иприта; загрязнение воздуха, воды и почвы радиоизотопными отходами и фабрично-заводскими дымами; прочие вредные факторы, ухудшающие экологическую обстановку;

- биологические (вирусы коревой краснухи, эпидемического паротита, опоясывающего лишая, бактерии и их токсины);
- психические (вызывающие гипердренализм);
- патологическая наследственность (несращения нёба и губы могут передаваться как доминантным, так и рецессивным путем);
- биологическая неполноценность клеток;
- влияние возраста и пола родителей.

В анамнезе больных и их родителей часто есть факторы, с которыми приходится связывать появление врожденных дефектов: перенесенные матерью во время беременности инфекционные заболевания; токсоплазмоз; самопроизвольные и искусственные аборт; тяжелая физическая травма на 8—12-й неделях беременности; заболевания половой сферы; тяжелая психическая травма матери; поздние роды; нарушение питания.

По данным наблюдений, определенное медико-генети-

ческое значение имеют такие наследственные микропризнаки потенциальных несращений губы и нёба, как резко выраженный излом линии Купидона, снижение основания крыла носа, искривление перегородки носа, высокое (готическое) нёбо, деформация нёбного язычка, изгиб верхней альвеолярной дуги. Большое прогностическое значение эти микропризнаки имеют в районах повышенной частоты рождения детей с дефектами лица и челюстей.

Один из патогенетических факторов несращения половинок нёба — давление языка, размеры которого в результате дискоррекции роста оказались больше обычных. Такое несоответствие может возникать на почве гормонально-обменных нарушений в организме матери.

Одна из причин несращения половинок нёба — генетические и внешние воздействия, а также их сочетание: механическое воздействие на плод или его оболочку (удар в живот беременной женщины; езда верхом на лошади); пороки развития матки; узость амнионального мешка; опухоль матки; суженность таза; давление амниотических нитей на развивающийся плод; многоплодная беременность; многократные аборт; воздействие вы-

сокой или низкой температуры на плод; различные виды внешних и внутренних облучений, способных вызвать необратимые мутации генов половых клеток (в частности радиоактивные изотопы); гипоксия; неукротимая рвота, анемия на почве токсикоза беременности; недостаток питания, в частности недостаток или избыток витаминов А, Е, группы В; злоупотребление алкоголем, лекарствами (хлороформом, талидамилом, гормональными препаратами); инфекционные заболевания; токсоплазмоз; психические травмы беременной, влекущие гиперкортизонемию; заболевания мочеполовой системы; повышенная физическая нагрузка беременной и т.д.

Клиническая картина. Несращения губы и нёба могут сочетаться с аномалиями мозгового отдела черепа, ушных раковин, языка (макроглоссия), грудной клетки, позвоночного столба, различных внутренних органов и конечностей (В.В. Винарчук-Патерега, М.И. Мигович). Например, описаны синдром Гангарт (Hanhart) — несращение верхней губы и нёба, сочетающееся с одно- или двусторонним пороком развития почек; синдром Граухана (Grauchan) — сочетание несращения губы и нёба с недоразвитием кисти (дисфалангия,

полидактилия, шестипалость), мочевого пузыря, гениталий, почек.

Кроме того, наряду с дефектами губы или нёба у детей могут отмечаться соматические и хронические инфекционно-аллергические (гипотрофия, экссудативный диатез, рахит, пневмония, анемия, тубинтоксикация, ревматизм и др.), ортопедические (сколиоз, плоскостопие и др.), хирургические (пупочная грыжа, крипторхизм, водянка яичка), оториноларингологические (снижение слуха), нервно-психические (неврозы, задержка психического развития, олигофрения, эпилепсия, глухонмота) заболевания (Б.Я. Булатовская).

Наиболее частыми пороками развития внутренних органов у детей с ВРГН служат следующие: тетрада Фалло, открытый артериальный (боталлов) проток, фиброэластоз, стеноз отверстия легочного ствола, крипторхизм, стеноз мочеточника и трахеи, пилоростеноз, дополнительный анус и др. Все эти обстоятельства объясняют высокий (до 20%) уровень летальности. Таких детей нужно тщательно и всесторонне обследовать. Это тем более необходимо потому, что аномалии губы и нёба приводят (О.Е. Малевич) к хрониче-

ской дыхательной недостаточности II степени, которая вызывает усиление работы органов дыхания; энергетические затраты на это покрываются за счет ускорения обменных процессов и увеличения поглощения организмом кислорода за 1 мин.

Клиническая картина несращения губ зависит от их вида и числа. Наиболее тяжелое обезображивание, затруднение акта сосания груди матери, нарушение дыхания, а впоследствии и произношения звуков наблюдаются при двусторонних, особенно полных, несращениях верхней губы.

Иногда несращение, начинаясь от угла рта, переходит во врожденный щелинный дефект щеки, обуславливая картину одно- или двусторонней макростомии. Несращение губы и щеки может распространяться на нижнее веко, подглазничный край верхней челюсти, надбровную дугу и всю лобную кость.

При врожденных несращениях верхней губы и нёба в 76,3% случаев встречаются различные деформации зубочелюстной системы, устранение которых — неотъемлемая часть комплексного лечения больных. Самым частым видом зубочелюстных деформаций при врожденных несращениях губы и нёба слу-

жит сужение верхней челюсти (60,7%).

Несращения нёба делят на сквозные, несквозные и скрытые, а также на одно- и двусторонние (М.Д. Дубов).

К *сквозным* относят *несращения* всего нёба и альвеолярного отростка, к *несквозным* — несращения, не сочетающиеся с несращением альвеолярного отростка, которые подразделяются на полные (дефект нёбного язычка, всего твердого нёба) и неполные, или частичные (дефект в пределах мягкого нёба).

Скрытые несращения представляют собой дефект сращения правой и левой половины костного или мышечного слоев нёба (при целостности слизистой оболочки); их еще называют подслизистыми несращениями.

Эта классификация довольно схематична и не базируется на летальном анализе и учете топографо-анатомических особенностей многочисленных вариантов дефектов нёба. Г.И. Семенченко и Г.Г. Крыкляс предложили более подробную классификацию, предусматривающую деление несращений верхней губы и лица на срединные, боковые, косые, поперечные. Каждая из этих групп подразделяется на подгруппы, которых в общей сложности свыше 30. Эта клас-

сификация удобна для шифровки при статистической обработке материала о врожденных дефектах челюстно-лицевой области в целом. Что касается дефектов нёба, то их подразделяют на следующие группы: изолированные (не сочетающиеся с несращением губы), которые, в свою очередь, делятся на полные, неполные, скрытые и комбинированные (сочетающиеся с несращением губы). Все эти дефекты делят на сквозные (одно- или двусторонние) и несквозные (одно- или двусторонние).

Клиническая картина несращений нёба значительно варьирует в зависимости от того, выступает ли дефект нёба изолированным или сочетается с несращением губы.

Сопутствующие несращениям нёба общие, системные и локальные заболевания частично описаны выше.

Следует отметить, что почти у половины детей и подростков даже с изолированными дефектами нёба наблюдаются нарушения ЭКГ в виде синусовой тахикардии, синусовой аритмии, дистрофии миокарда, признаков блокады правой ножки предсердно-желудочкового пучка, экстрасистолы и т.д. Кроме того, у части больных на фоне изменений

ЭКГ были обнаружены повышенные показатели ревмопроб и С-реактивного белка, а со стороны крови наблюдались эритропения, гемоглобинопения, уменьшение цветного показателя, лейкопения, эозинофилия либо эозинопения, лимфоцитоз либо лимфоцитопения, моноцитоз либо моноцитопения (З.М. Нуритдинова).

О нарушении иммунной системы детей с врожденными дефектами челюстно-лицевой области свидетельствует снижение количества катионного белка в лейкоцитах периферической крови и мазках-отпечатках со слизистой оболочки твердого нёба до $0,93 \pm 0,03$ против $1,57 \pm 0,05$ у здоровых детей (А.М. Пасечник).

Почти каждый врожденный дефект нёба характеризуется топографо-анатомическими нарушениями его костной основы и мягких тканей ротовой части глотки, перегородки носа, а иногда и верхней челюсти, верхней губы и носа. Выраженность этих анатомических нарушений зависит от степени передне-задней протяженности, глубины и ширины несращения.

Наиболее выраженные изменения наблюдаются у больных с двусторонним несращением верхней губы, альвеолярного отростка и нёба. Функциональные

расстройства и косметические недостатки у таких больных обусловлены степенью тяжести анатомических нарушений. Так, при изолированном несращении только мягкого нёба внешне ребенок ничем не отличается от своих сверстников. Только позже (в школьном возрасте) могут быть обнаружены некоторое недоразвитие верхней челюсти и западение верхней губы.

Питание детей в таких случаях обычно нарушается незначительно, поскольку многие из них, используя язык в качестве «обтуратора», приспосабливаются к своему дефекту и способны сосать грудь матери.

При несращении твердого и мягкого нёба новорожденный внешне ничем не отличается от нормально развивающихся детей. Однако уже в первые часы его существования проявляются тяжелые функциональные расстройства: сосать грудь он, как правило, не может, а воздушная струя, попадающая в полость носа, сразу же как бы проваливается в полость рта. Эти нарушения обусловлены невозможностью создания вакуума в полости рта ребенка.

Если несращение нёба сочетается с одно- или двусторонним несращением десны и губы, описанные признаки еще более

выражены. Кроме того, при несращении губы ко всему этому присоединяется резкая обезображенность ребенка.

У большинства больных наблюдается прямой прикус или обратное резцовое перекрытие вплоть до резкого смещения подбородка вперед по типу прогения за счет увеличения тела нижней челюсти, между постоянными зубами которой видны диастемы и тремы.

Вследствие отставания развития верхней челюсти при несращениях нёба, альвеолярного отростка и губы нередко отмечается уплощение средней трети лица, верхней губы, западение щек.

Наиболее выраженные деформации скелета бывают при двусторонних несращениях нёба, сочетающихся с несращениями альвеолярного отростка и губы, а именно: увеличение длины тела верхней челюсти по сравнению с длиной тела нижней челюсти за счет смещения межчелюстной кости вперед; увеличение и резкое выступание вперед передней носовой ости; отклонение зубов вперед на межчелюстной кости; смещение основания перегородки носа кпереди; смещение нижнебоковых отделов грушевидной апертуры кзади по отношению к передней носовой ости; четко

выраженное сужение верхней челюсти.

С первых дней жизни у ребенка с дефектом нёба развиваются катаральные изменения в носу, носовой части глотки и нижележащих дыхательных путях, что связано с попаданием в них пищевых частиц и нарушением дыхания. Иногда развиваются четко выраженный фарингит, евстахиит, бронхит или бронхопневмония.

В связи с нарушением питания и дыхания, возникновением у новорожденного хронических воспалительных процессов постепенно развиваются общая дистрофия, а затем — рахит, диспепсия, диатез.

Смертность детей с врожденными дефектами нёба и лица достигает 20—30%, нередко они погибают вскоре после рождения.

Степень поражения слизистой оболочки носа у таких детей с возрастом значительно увеличивается. Наблюдения показали, что у всех детей в возрасте 1—3 лет отмечается острый и хронический катаральный ринит, а к 6 годам у 15% детей уже развивается хронический гипертрофический ринит.

Начиная с 3 лет у детей с врожденным несращением нёба и губы можно выявить грубые

изменения со стороны верхних дыхательных путей в виде деформации носа, довольно часто — искривления перегородки носа, хронических гипертрофических ринитов, приводящих к резкой гипертрофии нижних носовых раковин и покрывающей их слизистой оболочки. Эти изменения почти у половины больных являются причиной затрудненного носового дыхания и не уменьшаются даже после пластики нёба. По имеющимся данным, гипертрофия носовых раковин начинается в возрасте 4—5 лет и к 6 годам достигает значительной степени.

Врожденные нарушения акта жевания, глотания, слюноотделения приводят к резкому увеличению высеваемости из полости рта, носа и зева патогенного стафилококка и энтерококков, а также к появлению необычных для данных областей микробных видов: эшерихий, бактерий протей, синегнойных палочек и др. Этим можно объяснить то, что у больных с несращениями нёба часто воспаляются нёбные и увеличиваются носоглоточные миндалины, возникают фарингиты, нарушается вентиляция и проходимость евстахиевых труб, воспаляется среднее ухо, снижается слух в результате евстахиитов и отитов.

Тяжелые нарушения отмечаются в области не только верхних дыхательных путей, но и всей дыхательной системы; вследствие этого уменьшается жизненная емкость легких и давление струи выдыхаемого воздуха, что особенно выражено при сквозных несращениях.

Недостаточность функции дыхательной системы обуславливает нарушение мимики во время разговора, появление привычных обезображивающих гримас.

При расщелинах губы и нёба, пороках развития носа и носовых пазух все звуки приобретают носовой или назальный оттенок, который грубо нарушает внятность речи. Отмечается такое нарушение звукопроизношения, как ринолалия (открытая органическая при несращениях губы и нёба и закрытая органическая при пороках развития носа).

Лечение. За небольшим исключением дети с врожденными орофациальными расщелинами психически нормальны. Отмечаемая задержка психического развития во многом объясняется социальной дезадаптацией за счет отличного от окружающих внешнего вида, нарушения речи в связи с частичным поражением речевого аппарата и может быть успешно устранена с по-

мощью раннего хирургического вмешательства и дальнейшей комплексной реабилитации. Она включает в себя как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с федеральной базовой программой реабилитации инвалидов (постановление Правительства РФ от 11.12.1992 г. № 970 и ст. 13 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»), так и мероприятия, в оплате которых принимают участие сам инвалид, другие лица или организации независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Объем реабилитационных мероприятий, предусматриваемых индивидуальной программой реабилитации инвалида, должен быть больше установленного федеральной базовой программой реабилитации инвалидов.

Актуальный вопрос реабилитации данного контингента больных — создание концепции помощи, поскольку она имеет ряд специфических организационных, медико-технических и социальных аспектов. Необходимо обосновать срок оперативных вмешательств, определить место их проведения, центры по оказанию специализированной

помощи, ее последовательность, осуществить раннюю медико-педагогическую и социальную реабилитацию.

Нарушение социальной адаптации ребенка с патологией челюстно-лицевой области не всегда удается исправить в старшем возрасте. Так, по данным Украинского центра по оказанию помощи детям с врожденными и приобретенными заболеваниями челюстно-лицевой области МЗ Украины (Б.С. Биндер, Л.В. Харьков), у детей 3—15 лет наблюдались:

- робость, застенчивость, неуверенность в себе;
- раздражительность, возбудимость;
- обидчивость;
- отгороженность от мира, стремление к одиночеству;
- чрезмерная зависимость от матери;
- фиксация на эстетическом моменте.

Отмечается, что в возрасте от 10 лет отношения со сверстниками становятся более драматичными, причем чем старше ребенок, тем более выражены эмоциональные реакции и установки, ведущие к расстройствам поведения, социально-психологической дезадаптации.

Анализ материалов многочисленных исследований пси-

хологов и социологов показал, что в семьях, имеющих детей с внешними пороками развития, психологические проблемы оказываются более выраженными и требуют более длительной помощи, чем в семьях, воспитывающих детей с другими нарушениями развития.

Родители воспринимают такую ситуацию как семейную катастрофу, рушатся планы, ломаются представления о дальнейшей жизни. Возникают неровные, часто конфликтные отношения в семье, приводящие к тому, что 60% детей воспитываются одним родителем. Кроме того, частые болезни ребенка, подготовка к пластическим операциям, ортодонтическое лечение, логопедические занятия требуют постоянных материальных затрат, физических и душевных усилий.

Качественные изменения, происходящие в семьях с детьми с ВРГН, проявляются на нескольких уровнях: психологическом, соматическом и социальном.

Ужас, шок, недоумение, желание отказаться от своего ребенка возникают на первых порах у всех мам. Глубокий стресс усугубляется растерянностью и незнанием того, что делать дальше, как развивать и воспитывать детей. Многолетнее лечение усугубля-

ет психологические проблемы родителей. Многие из них ощущают чувство вины, тревоги, болезненно реагируют на внимание к внешности ребенка со стороны окружающих. Неизбежное выяснение причины дефекта приводит к само- и взаимообвинениям и в конечном счете к распаду семьи.

Постоянные переживания, вызванные рождением ребенка с аномалией, часто превышают уровень переносимых нагрузок. Это проявляется в различных соматических заболеваниях родителей, в астенических и вегетативных расстройствах, что, в свою очередь, сказывается на развитии, воспитании и нервно-психическом состоянии детей. Кроме того, семья с ребенком «уродом» часто находится в изоляции, поскольку члены семьи ограничивают контакты с друзьями, родственниками из-за личностных установок. Плюс долговременные материальные тяготы, вызванные не только затратами на лечение, но и вынужденным отказом одного из супругов от рабочей деятельности.

Кризисная ситуация, возникшая в отношениях современного общества к семьям, воспитывающим детей-инвалидов, привела к необходимости поиска новых

ценностных ориентиров. В масштабах государства предпринимаются попытки усовершенствовать систему помощи детям с особыми потребностями и их семьям, создать реальные условия для реабилитации.

Система ранней и сверхранней коррекции челюстно-лицевой патологии разработана в России ведущими специалистами в этой области. Комплексный подход к реабилитации детей с врожденной патологией черепно-лицевой области позволяет добиться стабильного результата в 70—75% случаев, снизить сроки инвалидности с 16-летнего до 2—5-летнего возраста. Это избавляет ребенка от серьезной психологической травмы, позволяет посещать общеобразовательные школы, открывает возможность для профессионального совершенствования, значительно уменьшает риск снижения социального и материального уровней его семьи.

Наряду с этим общество освобождается от необходимости принимать специальные меры по решению социальных и финансовых проблем данных больных, что, по минимальным оценкам экспертов, позволит сберечь до 300 млн рублей в год, поскольку общее число детей в РФ с заболеваниями челюстно-лицевой и

краниофациальной области составляет около 200 тыс. чел. и при условии, что инвалидность можно снять уже по достижении 5—6 лет, срок инвалидности у каждого больного сокращается в среднем на 12 лет. Полная медицинская и социальная реабилитация таких больных требует длительного этапного комплексного лечения с привлечением специалистов различного профиля (хирургов, педиатров, психологов, логопедов, ортодонтов, ортопедов и т.д.). Качественное проведение комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий возможно лишь в условиях специализированных центров по лечению детей с данной патологией.

Комплексное лечение включает:

- хирургическое лечение несращений губы и нёба;
- логопедическую помощь;
- психологическую помощь;
- лечение сопутствующих состояний.

Применяют и хирургическое лечение сквозных расщелин губы и нёба. Установлено, что раннее (в возрасте до 1,5—3 лет) хирургическое лечение приводит к раннему восстановлению коммуникативных функций, предупреждает психоэмоциональные

нарушения. В то же время позднее (в возрасте старше 5—10 лет) лечение больных даже при хороших анатомических и функциональных результатах не позволяет достичь необходимого уровня функций коммуникабельности, восстановить нормальный психологический статус.

Опыт многих клиник позволил обосновать сроки хирургических вмешательств и разработать методы и приемы помощи больным данного контингента.

В настоящее время основная задача хирургов — снижать возрастную цензу для операций у таких больных. Это позволит наиболее эффективно восстановить утраченные функции и провести раннюю медицинскую и социальную реабилитацию больного.

Положительные стороны ранних реконструктивных операций: восстановление анатомической формы и правильного пространственного положения тканей, нормализация функций, в том числе жизненно важной функции дыхания, гармоничное развитие всех отделов лицевого скелета, возможность протезирования (в связи с этим облегчение приема пищи, речи и эстетическая реабилитация). Более широкий репаративно-регенераторный потенциал больного ребенка в большинстве случаев

обеспечивает положительный исход.

Раннее операционное вмешательство предупреждает грубые деформации мягких тканей и лицевого скелета, атрофию на стороне поражения, вторичные деформации челюстей, зубоальвеолярное удлинение верхней челюсти, нормализует прорезывание зубов-антагонистов и формирует правильную окклюзию.

Социальная адаптация ребенка и формирование полноценной личности находятся в прямой зависимости от косметического и функционального результата операции.

Удовлетворительный функциональный результат возможен только при полной анатомической реконструкции пораженной области.

Первичную операцию следует проводить с учетом антропометрических изменений костного скелета, мимической мускулатуры, хрящевого отдела носа с целью ликвидировать разобщение, дистопию, натяжение всех элементов лицевого скелета.

Один из основных вопросов, решаемых хирургом, — время и объем оперативных вмешательств при различных видах патологии. Намечается тенденция к снижению возрастного ценза и увеличению объема вмешатель-

ства. Это становится возможным в связи с улучшением анестезиологического и реанимационного обеспечения, совершенствования техники и методики самих вмешательств.

Оптимальное оперативное лечение, разработанное в НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития челюстно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы, включает следующие этапы.

1-й этап хирургического лечения. До 6 мес. — первичная хейлопластика. Она ограничивается восстановлением анатомически, эстетически и функционально полноценной верхней губы.

2-этап оперативного лечения. В 6—8 мес. проводится пластика мягкого нёба. Выбор этого возрастного интервала не случаен, он обусловлен началом формирования речи. В 6—8 мес. большинство детей начинают произносить звуки [п] [б], для формирования которых необходимо активное участие мягкого нёба. Задачи операции: устранить расщелину мягкого нёба, восстановить непрерывный мышечный слой в области смыкания с задней стенкой глотки и сформировать глоточное кольцо. Именно это обеспечивает оптимальные условия для развития нормальной речи.

После первых двух этапов восстановленная тяга мышц носогубной области, с одной стороны, и мягкого нёба, — с другой, начинает воздействовать на смещенные фрагменты верхней челюсти.

3-й этап хирургического лечения. В 12—14 мес. проводится пластика твердого нёба. Задачи операции: устранить дефект твердого нёба, предотвратить заброс жидкости и пищи во время еды и утечку воздуха во время речи через полость носа.

Логопедическая работа. Немаловажное значение для речевого развития детей с нёбной патологией имеет вопрос о сроках начала логопедического воздействия. Их реабилитация — длительный, порой многолетний процесс. В настоящее время ведутся активные поиски путей и методов коррекционного воздействия на воспитанников с ВРГН в первые годы жизни. В это время у ребенка появляются гуление и лепет, формируется интонационная система языка, совершенствуются сенсорное восприятие и познавательная деятельность, накапливается словарный запас, устанавливаются грамматические связи. Необходимость логопедической работы с детьми в раннем возрасте обусловлена естественной в онтогенезе фи-

зиологической активностью речевой функциональной системы. Один из приемов коррекционной работы в этот период — использование предметно-игровой деятельности для активизации речевого развития детей. Система коррекционной работы, в основе которой лежит предметно-игровая деятельность детей, в большинстве случаев оказывается эффективной.

Значительную помощь в речевом развитии детей с ВРГН могут оказать родители, которых необходимо вооружить определенными знаниями о данном нарушении и об особенностях коррекционной работы. Повседневная обязанность членов семьи — способствовать полноценному речевому развитию ребенка. Результаты коррекционного воздействия будут более эффективны, если родители станут закреплять сформированные навыки в домашних условиях.

Домашние занятия должны быть частыми (5—7 раз в день), но непродолжительными (10—15 мин), проводиться в игровой форме с использованием наглядного материала и предметов окружающего мира.

Интенсивность речевого развития детей зависит от характера отношений в семье, особенностей общения со взрослыми.

Эмоциональный фактор имеет большое значение, поэтому следует поддерживать у ребенка только положительные эмоции.

Таким образом, проведение своевременных профилактических мероприятий позволит избежать проявления вторичных нарушений и будет способствовать формированию правильной речи у ребенка, его адаптации в обществе. Наибольший эффект дает взаимодействие всех специалистов.

Психологическая помощь.

Речевой дефект при ринолалии накладывает отпечаток на структуру личности ребенка, поэтому на протяжении всех логопедических занятий большое внимание уделяется коррекции ее развития.

Необходимо дать ребенку возможность поверить в свои силы, полезность и эффективность проводимой работы. С этой целью его знакомят с записью речи детей до логопедических занятий и после них. Затем проводится сравнительный анализ звучания речи.

Полезно познакомить ребенка с детьми, окончившими курс логопедических занятий до и после операции.

В процессе занятий необходимо поощрять успехи детей, поддерживать у них положительный эмоциональный настрой. Лого-

пед должен стать участником внутреннего мира ребенка и помогать ему в решении определенных вопросов, в налаживании отношений с окружающими. Важна также разъяснительная работа логопеда в тех социальных микрогруппах, где живет и общается ребенок.

Оказываемая помощь должна быть тактичной, незаметной и вместе с тем значимой.

Таким образом, при врожденных пороках челюстно-лицевой области страдают все сферы развития ребенка: психомоторика, зрительно-моторная координация, способность к игровым видам деятельности и др. В наибольшей степени у этих детей проявляются недостаточность развития слуха и речи, а также социальная адаптированность.

Наиболее целесообразно проводить пластику нёба до 1 года и 1 мес., поскольку к началу активного речевого развития ребенка должны быть созданы нормальные анатомо-физиологические условия.

Полная медицинская и социальная реабилитация таких больных требует длительного этапного комплексного лечения с привлечением специалистов различного профиля (хирургов, педиатров, психологов, логопедов, ортодонтов, ортопедов и т.д.).

Логопедическая работа должна проводиться со всеми детьми с несращениями губы и нёба с самого раннего возраста (до 1 года).

Литература

- Блохина С.И., Сабитова Т.Ф.* Организация ранних восстановительных и реабилитационных мероприятий у детей с врожденной расщелиной губы и нёба // Вопросы реабилитации в стоматологии. Пермь, 1989.
- Вансовская Л.И.* Устранение нарушений речи при врожденных расщелинах нёба. СПб., 2000.
- Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области / Под ред. А.И. Неробеева, И.А. Плотникова. М., 1997.
- Гончаков Г.В., Притыко А.Г., Гончарова С.Г.* Врожденные расщелины верхней губы и нёба. М., 2009.
- Ермакова И.И.* Коррекция речи при ринопалии у детей и подростков. М., 1984.
- Ипполитова А.Г.* Открытая ринопалия. М., 1983.
- Медицинская и клиническая генетика для стоматологов: Учеб. для вузов / Под ред. О.О. Янушевича. М., 2009.
- Соломатина Г.Н.* Стимуляция речевого развития детей с врожденными расщелинами губы и нёба // Логопед. 2004. № 1.
- Фролова Л.Е.* Лечение врожденных расщелин верхней губы. Ташкент, 1967.

Соблюдение гигиенических норм в учебном процессе младших школьников

Харламова Т.А.,

учитель начальных классов ГБОУ «Школа № 953», Москва

Аннотация. В статье представлены условия, необходимые для благоприятной адаптации учащихся первого класса. Даны гигиенические требования к организации учебно-воспитательного процесса, предложены упражнения для профилактики переутомления, система заданий для создания благоприятной психологической атмосферы во время урока.

Ключевые слова. Адаптация, гигиенические нормы, переутомление, младшие школьники, упражнения, расслабление, гигиена.

Начало обучения в школе — радостное и долгожданное событие в жизни ребенка и его родителей, однако, это и серьезное испытание для многих детей, связанное с изменением всего образа жизни. Младшему школьнику нужно привыкнуть к коллективу, новым требованиям, повседневным обязанностям, адаптироваться.

Адаптация — естественное состояние человека, проявляющееся в приспособлении (привыкании) к новым условиям жизни, деятельности, социальным контактам и ролям. От благополучности протекания этого периода зависят успешность овладения учебной деятельностью, ком-

фортность пребывания в школе, отношение к школе и учебе в целом.

Как правило, дети очень хотят стать школьниками: идут в школу с интересом и большими ожиданиями, с готовностью выполнять учебные задания и поручения. Для многих новые требования оказываются слишком трудными, а правила слишком строгими. Для детей данной группы период адаптации к школе является травмирующим.

Обучение в школе требует устойчивой концентрации возбуждения в коре головного мозга. Для младших школьников характерны функциональная незрелость нервных клеток ЦНС,

слабость процессов внутреннего торможения с преобладанием возбуждения, это требует специально организованного режима умственной деятельности, чтобы не было негативного воздействия на здоровье.

Учебная деятельность связана с продолжительным сохранением определенной статической позы, что создает нагрузку на опорно-двигательный аппарат. Для предупреждения несоответствия между статическим и динамическим элементами (что может оказывать существенное неблагоприятное влияние на здоровье) следует организовывать дополнительные виды двигательной активности (физкультминутки), гимнастику до начала занятий, подвижные перемены, динамические уроки.

Основную нагрузку в школе ребенок испытывает на уроке — главной форме учебного процесса. Следовательно, необходимо правильно организовать урок (его содержание, объем, методы, средства и темп обучения) с целью повышения эффективности. Гигиеническая оптимизация уроков осуществляется за счет учета длительности каждого из них и отдельных видов учебной деятельности (чтение, письмо, счет, просмотр фильмов и др.).

Исследования показали, что для учащихся 1-го класса про-

должительность урока должна составлять 35 мин, что связано с длительностью активного внимания у детей этого возраста. При этом следует учитывать, что на последних 10—15 минутах урока работоспособность снижается, нарушается нейродинамика коры головного мозга.

Из опыта работы можно сказать об эффективности комбинированных уроков. В последние 10 мин на таком уроке дети находятся в классе, но это время используется для снятия утомления (настольных игр, разучивания комплекса физических упражнений, динамических пауз, малоподвижных игр).

Предупредить переутомление можно, нормировав не только длительность урока, но и его элементы. Продолжительность видов учебной деятельности на уроке опирается на степень воздействия занятий по предметам (письмо, чтение, математика), функциональное состояние организма и работоспособность детей. В 1-м классе наиболее трудны для детей уроки грамматики, математики, письма. С целью профилактики переутомления необходимо учитывать, что продолжительность непрерывного чтения для детей 6 лет не должна превышать 8 мин, а непрерывного письма для учащихся 6—7 лет — 2 мин.

Важно помнить о таком гигиеническом требовании к уроку, как постепенное усложнение заданий. Достигая максимума к середине урока, к его концу трудность заданий должна снижаться. В ходе урока нужно проводить физкультминутки.

Урок обычно делится на три части: вводную, основную и заключительную. Во вводной части проводятся организационные мероприятия, опросы, актуализация знаний, в основной — изучение нового материала, а в заключительной — тренировки и закрепление знаний и умений. На каждом этапе учащимся предлагаются разноуровневые задания в зависимости от их возможностей и способностей.

С целью развития познавательной активности учащихся, повышения наглядности и содержательности урока применяют информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) и технические средства обучения (ТСО). Использование в учебном процессе интерактивной доски, компьютеров снимает монотонность урока, придает эмоциональность и способствует повышению работоспособности и успеваемости учащихся. Однако важно помнить, что применение ТСО влияет на ЦНС, особенно на зрительный и слуховой анализаторы. В связи с этим необхо-

димо ограничить длительность просмотра кинофильмов, работы за компьютером с учебными программами. В 1-м классе она должна составлять не более 15 мин. Важно учитывать правильное расположение глаз и удаленность посадочных мест при работе с ТСО.

Все учебные предметы различаются по характеру деятельности, степени трудности и нагрузке. Начало дня соответствует высокой работоспособности учащихся. В это время следует предлагать детям предметы, основанные на вербальном, словесном преподавании. К концу дня, когда у учащихся снижается качество работы, проводят уроки, основанные на предметном, образном, конкретном восприятии (рисование, аппликация, лепка).

Не следует проводить уроки, требующие большого умственного напряжения первыми, так как дети еще не включены в работу, а также на последнем уроке, когда очевидно переутомление.

На основании проведенного опроса учащихся начальной школы было выявлено, что наиболее скучным и утомительным младшие школьники считают урок литературного чтения, поскольку процесс формирования навыков беглого чтения сложен.

Поэтому процесс чтения необходимо разнообразить заданиями («нарисуй словесно героя», «нарисуй наиболее запомнившийся отрывок или главного героя», «изобрази чувства главных героев»), а также инсценированием отрывков произведения.

В связи с низкими показателями работоспособности в понедельник и пятницу важно не проводить в эти дни диагностические работы, опросы, связанные со значительным нервным напряжением; нецелесообразно также объяснение нового материала.

Психологический комфорт учеников на уроке — важное условие предупреждения переутомления.

Для снятия эмоционального напряжения используют игровые технологии, оригинальные задания, задачи и др.

Чтобы диагностировать эмоциональное состояние учащихся на всех этапах урока, используют методику цветописи А.Н. Лутошкина, основанную на зависимости эмоционального состояния человека и его предпочтений при выборе определенной гаммы цветового спектра. Ученикам предлагают оценить с помощью цвета свое настроение («Цветок настроений»: нужно выбрать лепесток того цвета, который соответствует настроению, «Ро-

машка состояния»: надо выбрать лепесток, на котором записано их состояние: радость, грусть, обида, злость и др.).

Каждый цвет символизирует определенное настроение (красный — восторженность; оранжевый — радостное, теплое; желтый — светлое, приятное; зеленый — спокойное; синий — неудовлетворенность, грусть; фиолетовый — тревожность, напряжение; черный — уныние).

В начале урока для профилактики утомления можно использовать следующие упражнения.

- Растирание ладоней и пальцев рук (активизирует системы организма), массажирование ушных раковин, «моем руки», «надеваем перчатки на правую и левую руки».

- Упражнения для головы и шеи: наклоны головы вперед, медленное покачивание ею из стороны в сторону.

- Упражнение «Ленивые восьмерки» — активизирует структуры, обеспечивающие запоминание. Нужно нарисовать в воздухе в горизонтальной плоскости 3 раза цифру 8 сначала одной рукой, потом другой, затем сразу обеими руками, сидя одной, потом другой ногой.

В середине урока применяют такие упражнения.

- *Покачивания на стуле.* Расслабляет позвоночник, мышцы

шей и глаз. Нужно качаться из стороны в стороны, руки на пояс, в стороны.

- *«Скручивание»*. Улучшает кровоснабжение в позвоночнике. Сесть на стул боком, повернуться, чтобы грудь оказалась напротив спинки стула.

- *Упражнения для глаз*. Снижают напряжение глаз. Используется тренажер со зрительными метками.

- *Упражнения для пальцев ног*. Сидя на стуле, попеременно поднимать пальцы правой и левой ног, отрывать пятки, опираясь на пальцы.

В конце урока можно провести следующие упражнения.

- *«Медуза»*. Сидя на стуле, совершать плавные движения руками, подражая медузе, плавающей в воде.

- *«Мишка косолапый»*. Стоя, имитировать движения медведя.

В конце урока можно предложить учащимся *упражнения на релаксацию*. Их цель — снятие мышечного напряжения. Обычно такие упражнения проводятся под спокойную музыку (звуки природы, классические произведения и др.).

Учащиеся удобно располагаются на стульях, руки на коленях, на поясе. Закрывают глаза. Педагог говорит: «Представьте, что вы находитесь далеко-далеко в тихом месте. Может быть,

на лесной поляне или на берегу моря. Послушайте звуки природы: пение птиц, журчание ручья, шум листьев, моря и др. Посмотрите, что находится вокруг вас: зеленая трава, желтый песок, синее небо с белыми облаками. Вы чувствуете, как теплые лучи солнца согревают вас. Вы расслаблены. Напряжение постепенно уходит, вам легко, спокойно, комфортно. Вы отдыхаете, пока звучит музыка. На счет “три” вы открываете глаза. Раз, два, три! Открываем глаза!»

Если усталость детей очевидна, используют следующие упражнения.

- *«Пианино»*. Положить руки на стол и имитировать игру на пианино, прорабатывая каждый палец. Движения выполняют под классическую музыку.

- *«Маляр»*. Копировать движения маляра, «красить забор». Двигать кистью поочередно вверх-вниз и влево-вправо. Для удобства в руках — ручка, карандаш, кисточка.

- *«Поглаживания»*. Выполнять поглаживающие движения, можно комбинировать с расчесыванием, водить кистью и напряженными пальцами, использовать мягкую игрушку. Пальцы не просто скользят по поверхности, а активно работают.

- *«Курочка»*. Локти на столе, кистью и пальцами изображать

курочку. Далее выполнять наклоны кистью («головой»), будто курочка клюет зерно.

- *Упражнение на расслабление.*

Руки на коленях, пальцы сжаты в кулак. Держать руки в таком положении и считать до десяти. С каждым счетом сжимать кулаки все крепче. Досчитав до десяти, расправить ладони и положить их на колени. Прочувствовать, как мышцы расслабляются, как тепло переходит в колени.

- *Массаж ушей.* Взять себя большими и указательными пальцами за мочки ушей и подвигать их круговыми движениями вперед-назад. Благодаря этой эффективной технике уже через

несколько минут можно почувствовать прилив бодрости.

Проводят также *игры для профилактики утомления, вызванного интенсивными интеллектуальными нагрузками*. Их продолжительность зависит от содержания и может варьироваться от 1 до 2 мин. Общая длительность игр составляет 4—6 мин. Проводить их можно как с музыкальным сопровождением, так и с использованием ТСО.

- *«Цапля».* Дети встают. Ведущий объявляет конкурс на лучшую цаплю. По сигналу дети должны согнуть правую ногу в колене и поднять ее как можно выше, руки на поясе (фото 1).



Фото 1. Упражнение «Цапля»

Необходимо продержаться в таком положении как можно дольше. Тот, у кого это получилось, становится водящим. Эта игра тренирует вестибулярный аппарат и развивает способность концентрации внимания, а также поднимает настроение.

- «Уши». Для выполнения этого упражнения нужно сесть на стул. По сигналу дети наклоняют голову к плечам, поочередно слева направо и справа налево. Наклоны выполняются быстро, так, чтобы достать ухом до плеча. Игра выполняется 20 с. По окончании ведущий благодарит детей. Эта игра развивает подвижность шейных позвонков.

- *Игры с кварцевым песком.* Учащимся предлагается нарисовать то, что они захотят, на песке (фото 2).

Для детей 6—7 лет утомительно статическое напряжение (сидение за партой), поэтому нельзя требовать от них длительного сохранения фиксированной позы. В середине урока организуют физкультминутки, «помощь другу», предполагающую необходимость встать из-за парты, игру «Какой ряд быстрее».

Перемены между уроками составляют 15—25 мин. На них нужно организовать подвижные и малоподвижные игры.



Фото 2. Игры с кварцевым песком

В 1-м классе применяют «ступенчатый» метод наращивания учебной нагрузки:

- в сентябре, октябре — 3 урока по 35 мин;
- со 2-й четверти — 4 урока по 35 мин;
- со 2-го полугодия — 4 урока по 45 мин.

Применение дифференцированного обучения и индивидуального подхода с учетом состояния здоровья детей, динамики их умственной работоспособности предполагает снижение учебной нагрузки и повышение эффективности обучения. При индивидуальной работе каждый школьник получает свое задание, которое он выполняет независимо от других. Темп работы при этом не навязывается. Анализ этой системы организации занятий показывает, что у школьников возрастает интерес к учению, повышаются активность и успеваемость.

Учебная деятельность школьника менее утомительна, если она протекает в оптимальных условиях. Установлено, что в хорошо проветриваемых помещениях работоспособность в 1,5—2 раза выше. Проветривание осуществляется на каждой перемене, перед первым и после последнего урока.

Для профилактики утомления в течение учебной недели можно

использовать следующие укрепляющие упражнения.

Гимнастика для глаз

Это специальные упражнения для укрепления мышцы век, улучшения кровообращения и расслабления мышц глаз, снятия утомления глаз.

Физкультурно-спортивные упражнения

Это традиционная гимнастика под счет. Каждое упражнение рассчитано на определенную группу мышц (бег, прыжки, приседания, ходьба и т.д.).

Двигательно-речевые упражнения

Учащиеся коллективно читают небольшие веселые стихи и выполняют в соответствии с текстом движения. Выполнение двигательноречевых упражнений развивает творческие способности учителя и способствует формированию интереса учащихся к изучению того или иного предмета.

Когнитивные (познавательные) физкультминутки

Способствуют развитию познавательных процессов. В ходе этих физкультминуток могут использоваться дидактические игры с движениями. Например, на уроках природоведения при изучении темы «Растительный мир» проводят игру «Найди дерево по описанию», «Вершки и корешки» (с использованием на-

глядности), «Где мы были, мы не скажем, а что делали — покажем» и др.

Двигательные действия и задания

Педагог загадывает загадку, а учащиеся имитируют отгадку в движении.

Развивающие игры

Пример таких игр — игра «Испорченный телефон» (учащиеся передают друг другу комплекс из 3—4 упражнений или различные ритмические движения); «Запомни движение и повтори» (ученик показывает комплекс из 3—4 упражнений и предлагает повторить их, а затем выполнить в обратной последовательности).

Креативные (творческие) игры

Гимнастика для ума (с использованием «необычного» физкультурного инвентаря). Учащиеся придумывают необычные действия с физкультурным инвентарем. Например: «рисовать» мячом, качаться на нем, как на качелях, ходить с мячом на голове, придумать, на что похожи кегля, скакалка и т.п.

Сюжетно-ролевые игры. Эти игры развивают воображение, творчество, выразительность движений. Пример игр: «Магазин игрушек». Действующие лица: продавец, игрушки, покупатели. Все роли исполняют

учащиеся. «Покупатель» желает купить игрушку. «Продавец» «заводит» ее. «Игрушка» движется. В сюжетно-ролевых играх можно использовать карточки с изображением учащихся и животных, выполняющих образные физические упражнения (например, «Летящая птица», «Разминка балерины», «Любопытный щенок»). Глядя на карточку, учащиеся выполняют физические упражнения.

Пантомимическая гимнастика (подражательная, средствами невербальных сигналов). Задача — показать эмоциональное состояние персонажа. Предлагается карточка (со словесной инструкцией или картинкой), на которой описаны или изображены герои сказок, различные животные (добрая / злая) волшебница, Змей Горыныч, петушок, кошка и др.). Учащиеся должны передать движениями, мимикой, жестами эмоциональное состояние героя. Например: петушок — гордый, важный, грустный; кошка — гуляет, спит, умывается, сердится, сторожит.

Физкультминутки проводятся с учетом специфики предмета, зачастую под музыкальное сопровождение, включают элементы самомассажа и другие средства, помогающие восстановить оперативную работоспособность

и активизировать умственную деятельность.

Позже вводятся мнемонические физкультминутки, которые позволяют интегрировать учебную деятельность и динамическую активность.

Обязательное условие эффективного проведения физкультминуток, игр и упражнений — положительный эмоциональный фон. Выполнение упражнений

нехотя, из-под палки желаемого результата не даст.

Литература

Возрастная физиология (физиология развития ребенка): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер. 4-е изд., стер. М., 2009.

Лугошкин А.Н. Как вести за собой. М., 1981.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЕ УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ

Адаптация к школе — длительный процесс, имеющий психологический и физиологический аспекты.

Основные показатели психологической адаптации ребенка к школе:

- формирование адекватного поведения;
- установление контактов с учителями и учащимися;
- овладение навыками учебной деятельности.

Наблюдения за учащимися начальной школы позволило выделить три уровня адаптации:

— 1-й — дети относительно быстро вливаются в коллектив, осваиваются в школе, приобретают новых друзей в классе;

— 2-й — дети не принимают ситуацию обучения и общения с учителем, играют на уроках, выясняют отношения с товарищами, не реагируют на замечания педагога, испытывают трудности в освоении учебной программы;

— 3-й — дети не усваивают учебную программу, непредсказуемы, у них отсутствует контакт с учителем, отмечают отчуждение и плохие отношения со сверстниками, негативные формы поведения, резкое проявление отрицательных эмоций.

Особенности развития ребенка в первый год жизни

Голубева В.А.,

*педагог-дефектолог, медицинский работник
ООО «Медицинский центр “Невро-Мед”», Москва*

Аннотация. В статье рассматриваются особенности развития детей в первый год жизни, формирование у них сенсорного и зрительного восприятия, слухового внимания, речи, двигательной функции, социальное развитие.

Ключевые слова. Дети раннего возраста, родовспоможение, сенсорное восприятие, слуховое внимание, социальное развитие.

В последние годы в научных работах и литературе много внимания уделяется ранней педагогической помощи детям с теми или иными проблемами в развитии. Оно и понятно. Развитие современной медицины позволяет оказывать помощь детям не только с первых дней жизни, но и до рождения. Теория обростает практическим опытом, что позволяет с каждым годом все успешнее оказывать помощь маленьким пациентам. Чего, к сожалению, нельзя сказать о педагогике.

Несмотря на то что теоретическая база педагогической помощи детям раннего возраста достаточно хорошо разработана отечественными и зарубежными

специалистами, найдется немного медицинских работников, которые порекомендуют обратиться к педагогу ребенку до 2 лет, даже если проблемы в развитии совершенно очевидны. В свою очередь, не каждый дефектолог готов взять в работу малыша. Именно поэтому родителям зачастую приходится проявлять инициативу и самим искать пути оказания помощи своему малышу.

Как же делать это правильно? Вниманию родителей, настоящих и будущих, представляется материал, собранный педагогами, психологами и нейрофизиологами, изучающими проблемы раннего развития детей. Используя его, можно построить занятия

с ребенком с первого дня жизни правильно, физиологично, с учетом всех изменений, происходящих в детском организме.

Казалось бы, о каких занятиях с новорожденным может идти речь? Для ответа на этот вопрос необходимо понимать, что происходит с ребенком в данный период.

Во-первых, если родоразрешение шло естественным путем, ребенок проходит через родовые пути, получая сильнейшее сенсорное механическое воздействие на весь организм. Во-вторых, из водной среды он попадает в воздушную. С этого момента младенцу придется самому дышать, есть. Включаются системы самостоятельного кровообращения, пищеварения, выделения. И все это — весь мир света, звуков, прикосновений — предстает перед ребенком в виде новых ощущений, которые должны быть соответствующим образом обработаны, сохранены и преобразованы в чувственный опыт — фундамент дальнейших сенсорных, эмоциональных, поведенческих, рефлекторных связей. Именно поэтому заниматься с ребенком необходимо начинать сразу с рождения.

Рассмотрим варианты раннего педагогического воздействия на новорожденного с различных позиций.

Развитие сенсорного восприятия

Физический контакт матери и младенца крайне важен для формирования связи между ними и развития мозга малыша. Младенец видит, слышит, ощущает свое тело, но организовать эти ощущения не в состоянии, в то время как они служат основой для дальнейшего развития двигательных функций.

Прикосновения и ритмические движения очень важны на ранней стадии развития. Старайтесь, чтобы они были разнообразными. Это и ласковые поглаживания во время кормления, и интенсивное растирание полотенцем после купания, и энергичное разминание во время утреннего массажа. Также следует проконсультироваться с педиатром и узнать, какие упражнения малыш может выполнять самостоятельно. Как не парадоксально звучит такое утверждение, это вполне возможно. Например: ребенок лежит на животе, мама подтягивает его ножки, согнутые в коленях, к попе малыша и ждет, когда ребенок оттолкнется.

Разница температур тоже имеет большое значение для формирования чувственного опыта малыша. Во время утреннего массажа можно не бояться открыть форточку, после купания

облить ребенка водой, которая на 2—3 °С холоднее той, в которой его только что купали.

Ритмичные покачивания, как на руках, так и в кроватке, люльке, ванне во время купания, необходимы не только для того, чтобы младенец успокоился, но и для развития вестибулярного аппарата.

Пеленание тоже играет очень важную роль на ранней стадии развития ребенка. Именно тугое пеленание дает новорожденному четкие представления о границах собственного тела, которые он не осознает не только из-за перехода из водной среды в воздушную, но и из-за пока несовершенного строения сенсорной коры головного мозга. Чем раньше у ребенка сформируются представления о границах собственного тела, тем точнее будут его движения в будущем (например, он забудет свой первый гол уже в два года).

Конечно, в крайности впадать не следует, и держать ребенка спеленатым 24 ч в сутки не нужно, но и обходиться совсем без пеленок не стоит. Тем более что пеленание может стать и одним из способов успокоения малыша. Немецкие педиатры в последнее время настоятельно рекомендуют мамам пеленать детей, особенно если есть проблемы в развитии, поскольку пеленание дает возможность без

дополнительных усилий решить огромное количество проблем, например таких, как нарушения мышечного тонуса, которые, к сожалению, нередко встречаются у новорожденных.

В течение первого месяца ребенок автоматически хватается за любой предмет, который прикасается к его ладошке. Этот врожденный рефлекс не только необходим, чтобы малыш мог держаться за что-либо и не падать, но и служит важным информационным каналом. Поэтому ладошки ребенка во время бодрствования обязательно должны быть открыты. В процессе кормления можно поглаживать, растирать руки ребенка, раскрывать ладошку, массировать ее по кругу, отдельно разминать большой палец.

Итак, нужно растирать, разминать малыша во время утренней гимнастики, стараться, чтобы он делал какие-то движения самостоятельно. Пеленать ребенка, хотя бы на несколько часов в день. Укачивать в люльке и на руках. Открывать форточку во время зарядки, обливать прохладной водой (33—35 °С) после купания. Растирать руки ребенка во время кормления.

Что должно насторожить?

- Если кожа ребенка слишком бледная или имеет голубоватый оттенок.

- Если при сильном растирании, разминании кожа не краснеет, или покраснения остаются надолго после воздействия (примерно 30 мин).

- Если при сильном сенсорном воздействии у ребенка не наблюдается никакой реакции (например, обычно малыш громко кричит, если вода оказалась слишком холодной, или протестует против массажа и т.д., а сейчас нет).

- Если руки и ноги ребенка сильно прижаты к телу и их трудно разогнуть, или наоборот.

Все это служит поводом для обращения к врачу-невропатологу.

Развитие зрительного восприятия

Начиная беседу о формировании зрительного восприятия, хочется сказать несколько слов о том, каким образом мы пользуемся зрением, какие физиологические механизмы при этом задействованы.

Новорожденный сосет грудь матери, младенец подносит игрушку прямо к глазам, мальчик собирает микросхему и наклоняется над паяльником, женщина вдевает в иголку нитку. Все они действуют в первом уровне зрительного восприятия, которое формируется в период

новорожденности. Всем необходимо не только увидеть объект, но и рассчитать расстояние до него, оценить его величину. Это происходит бессознательно и контролируется головным мозгом.

Остальные уровни зрительного восприятия формируются вслед за первым уровнем и как бы надстраиваются над ним, так же как дом строится на фундаменте. От уровня сформированности зрительных полей зависит иногда и наша безопасность, поскольку в окружающем мире важно не только увидеть объект, представляющий опасность, но и оценить его величину и расстояние до него. (Например: вы переходите дорогу. Вам навстречу едет машина. Необходимо понять, с какой скоростью она движется, чтобы не попасть в дорожно-транспортное происшествие. Все дальнейшие ваши действия, осознанные и неосознанные, будут контролироваться головным мозгом.)

Следовательно, чтобы зрительный анализатор функционировал в полном объеме (не только фиксировал объект, но и мог послать импульс в головной мозг для дальнейшей обработки и оценки увиденного, а также для запуска механизма реагирования на происходящее), необходимо с самых первых дней развивать

зрительное восприятие новорожденного.

Как это правильно делать?

Все зрительные «достижения» основаны на способности глаз фиксировать или оптически удерживать подвижные и неподвижные цели. Младенец может делать это уже в середине первого месяца жизни. Необходимо только учитывать, что в младенческом возрасте формируется первое зрительное поле, а значит, все предметы необходимо предъявлять ребенку на расстоянии примерно 10—15 см от лица. (Например, ласково разговаривая с малышом, мама склоняется как можно ближе к личику ребенка.) Чем больше в жизни ребенка будет зрительных стимулов и чем внимательнее он будет рассматривать окружающие предметы, тем лучше овладеет одним из важнейших органов чувств — зрением.

Необходимо помнить и о том, какими должны быть предъявляемые ребенку зрительные стимулы. К моменту рождения фокус зрительного поля размыт, младенец не может распознавать сложные формы, нейтральные цвета. Поэтому при подборе игрушек не следует приобретать розовые и голубые погремушки. Лучше, если они будут яркие, контрастные (сине-красные, зе-

лено-желтые и т.д.) и простой формы. Первой погремушкой может стать яркая гирлянда из разноцветных звенящих шариков, подвешенная на уровне глаз младенца. Взрослый привлекает внимание ребенка, периодически позванивая ею. Однако не стоит оставлять игрушку на весь день. Лучше вешать ее на некоторое время (15—20 мин), а потом убирать. Суммарное время, на которое зрительный стимул предъявляется новорожденному, может составлять не более 4—5 ч в сутки.

Несколько слов хочется сказать о кормлении. Во время еды ребенок не только сосет грудь матери, но и очень внимательно ее рассматривает. Совокупность сенсорных ощущений, получаемых новорожденным во время кормления (запах, тепло, вкус) в тандеме с положительным эмоциональным фоном, служит незаменимой, а впоследствии невосполнимой (если таковая отсутствовала) базой для формирования всей личности ребенка в целом. Она очень важна и для выстраивания первичного зрительного поля.

Даже в том случае, если ребенок с самых первых дней жизни находится на искусственном вскармливании, необходимо кормить его на руках, а не в кроватке.

Накапливая подобного рода опыт, шаг за шагом ребенок развивает «зрительный интеллект», поэтому с первого дня его жизни не только можно, но и нужно способствовать правильному формированию зрительного восприятия.

Что должно насторожить?

- Глаза ребенка беспокойно двигаются из стороны в сторону.
- Малыш постоянно трет глаза.
- Ребенок косит.
- Малыш не смотрит на лицо человека, который к нему наклоняется.
- Когда ребенок плачет, у него из глаз не текут слезы.

Все это служит поводом для обращения к врачу-офтальмологу.

Развитие слухового внимания

Новорожденный хорошо слышит окружающие его звуки, но не понимает смысла услышанного. Несмотря на это, уже в начале жизни малыш прислушивается к различным звукам своего окружения. Он учится понимать, откуда исходит звук, какова связь между звуком, предметом и человеком, производящим его. Младенцу самому приходится точно определять направление, откуда исходит звук. Простая реакция на звук — первый кирпичик в здании развития речи.

Поэтому звуки должны окружать ребенка с момента его появления на свет.

Очень многие родители совершают большую ошибку, оберегая новорожденного от звуков окружающей среды: начинают очень тихо разговаривать дома, пользуются электроприборами только в отсутствие малыша и т.д. Некоторые не разговаривают с ребенком, считая, что он все равно ничего не понимает. И первое, и второе совершенно не верно.

Во-первых, если с ребенком не разговаривают родители, то как он научится говорить и понимать обращенную речь? Как образуются новые связи между ухом, которое к моменту рождения полностью готово к восприятию звуков, и корой головного мозга? Последняя к моменту рождения еще не «умеет» обрабатывать информацию. Сами по себе эти навыки не формируются. Если в период новорожденности, а также в последующие полгода младенец практически не слышит родной речи, если ему не поют колыбельные песни, если с ним не разговаривают, ребенок не становится носителем родного языка. Наверстать упущенное впоследствии очень трудно, а иногда невозможно.

Поэтому необходимо разговаривать с ребенком, обращаться к

нему по имени, рассказывать, что вы сейчас делаете, особенно, если ваши действия связаны с нуждами малыша. Лучше, если в это время родители склоняются к новорожденному, давая ему возможность увидеть, как двигаются губы говорящего во время разговора. Говорить нужно ровным, спокойным, ласковым голосом, не быстро, четко произнося слова.

Не стоит также растить младенца в атмосфере бытовой тишины. Если ребенок не будет слышать звуки окружающей среды, как он определит, какие из них опасны, а какие нет? Следует помнить о том, что большинство новорожденных привыкают к тишине очень быстро, но также быстро они адаптируются и к умеренному шуму. Именно поэтому не следует ходить на цыпочках и шептать, в то время как младенец спит. Этим вы только приучите ребенка к тишине, и впоследствии он будет просыпаться от каждого звука.

Если новорожденный привык к домашним и уличным шумам, родители могут спокойно входить в комнату, где он спит, принимать гостей в соседней комнате, смотреть телевизор. Если есть опасения, что малыша может напугать резкий звук (например, работающий пылесос), возьмите его на руки и ровным

голосом успокойте ребенка. Чем раньше ребенок адаптируется к звукам окружающей среды, тем лучше он приспособится к ней в дальнейшем, когда его чувственный опыт выйдет далеко за рамки звуков и ощущений, доступных новорожденным.

Что должно насторожить?

- Ребенок не реагирует на звуки.
- Младенец часто стучит руками по ушам.

Это служит поводом для немедленного визита к врачу-отоларингологу.

Развитие речи

Как уже было сказано выше, развитие зрительного и слухового восприятия служит базой для развития речи. К этому хочется добавить еще несколько слов.

В любом движении (а говорение — тоже движение) принимают участие мышцы. В процесс говорения вовлечены мышцы гортани, мягкого нёба, губ, языка, жевательные мышцы.

Первые звуки, издаваемые новорожденным, — громкий плач. Позже к этому добавляется смех, что открывает младенцу новые возможности для самовыражения. При плаче повышается или понижается тембр, голос становится тише или громче. В эти действия сначала вовлекаются

не все мышцы, участвующие в говорении.

В период новорожденности губы, язык, нёбо нужны исключительно для приема пищи. Следует помнить, что крик, сосание, глотание, облизывание губ — подготовительный этап для развития речи.

Если ребенок находится на грудном вскармливании, все мышцы, которые впоследствии будут участвовать в говорении, подвергаются достаточной нагрузке. Если младенец питается молочными смесями, не стоит подбирать соску, которая облегчит ему процесс сосания. Она должна быть достаточно жесткой, тугой. Только тогда мышцы речевого аппарата получают достаточную нагрузку.

В случае если новорожденный по тем или иным обстоятельствам находится на искусственной вентиляции легких, или его кормят через зонд, у него пониженный тонус мышц лица (об этом обычно предупреждает неонатолог), необходимо как можно раньше начать проводить массаж лица и мышц речевого аппарата. Его должен делать только специально обученный специалист. Направление на процедуры может дать педиатр или логопед, к которому необходимо обратиться во всех вышеперечисленных случаях.

Что должно насторожить?

- Ребенок плачет очень тихо, плач постепенно затухает.
- Малыш слабо сосет и плохо глотает.
- Его часто рвет.
- Из рта постоянно течет слюна.
- Мимика ребенка безжизненна и невыразительна.

Социальное развитие

В основе любого развития лежит эмоциональный контакт. Благодаря тесной эмоциональной связи с матерью ребенок учится строить социальные связи с окружающим миром. Мать выступает для малыша проводником в большую жизнь. А, как известно, каков проводник, такой будет и дорога. Поэтому, когда вы кормите ребенка, одеваете, купаете, меняете ему одежду, разговариваете с ним или просто находитесь в одной комнате, он все больше осознает, как много значит для вас, а вы для него. Когда вы его ласкаете, обнимаете и показываете ему, что он самый лучший на свете — вы делаете его счастливым. Ласка имеет такое же значение для эмоционального развития ребенка, как молоко для физического.

Разумеется, это не значит, что нужно без передышки разгова-

ривать с ребенком, постоянно носить его на руках, ласкать и тереть. Это утомит новорожденного и приведет либо к нервозности, либо к избалованности. Для ребенка важны тепло маминых рук, любящее выражение лица, нежные прикосновения, ласковая интонация.

Следует помнить, что пассивный контакт младенца с окружающим миром скоро переходит в активный. Очень важно, насколько мама смогла дать ребенку ощущение нежности, защищенности путем непосредственного контакта, взгляда, голоса.

Привитие ребенку гигиенических навыков также можно отнести к социальному развитию. Казалось бы, о каких гигиенических навыках может идти речь, если младенцу несколько дней от роду? Тут можно вспомнить народную мудрость: «Посейте поступок, пожнете привычку, посейте привычку, пожнете жизнь». Если с первого дня жизни лицо и тело младенца содержится в чистоте, маленький человек привыкает быть чистым. Поэтому ежедневно моя, умывая, подмывая ребенка, вы формируете у него привычку, которая впоследствии станет потребностью и в определенном возрасте (при контроле и помощи родителей) перерастет в навык самообслуживания.

И еще несколько слов о гигиене и формировании правильного поведения. У маленьких детей бывают периоды, когда они просыпаются ночью и начинают кричать. Ребенок может быть голоден, у него может болеть живот, да мало ли причин для детского плача. Родители очень часто совершают ошибку, укладывая младенца в свою постель. В такой момент это кажется им самым удачным выходом из положения. Родительская постель — не самое лучшее место для новорожденного. Поверьте, что состояние микрофлоры взрослого человека отличается от микрофлоры младенца, как атмосфера Земли от атмосферы Венеры. Нет гарантии, что такое времяпрепровождение не приведет в дальнейшем к развитию таких нарушений, как атопический дерматит, дисбактериоз, различные гнойничковые заболевания кожи и т.д.

Также это может привести к формированию неправильного поведения. Даже когда ребенок подрастет, он может продолжать приходить в постель к родителям. Будет очень трудно отучить его от этой привычки. Поэтому, если ребенок заплачет ночью, успокойте его, но будьте тверды и положите обратно в детскую кроватку. Разумно ни под каким

предлогом не брать младенца в родительскую кровать.

Развитие двигательной функции

За первый год своей жизни ребенок должен пройти огромный путь в освоении окружающего пространства при помощи формирования двигательной функции. Малышу предстоит научиться держать голову, переворачиваться, выпрямляться, садиться, ходить, удерживать равновесие. Никогда больше он не будет расти и развиваться так быстро, как в первый год своей жизни.

Движения в этот период совершенствуют функции ЦНС. При движении интенсивнее протекают все физиологические процессы (дыхание, кровообращение, пищеварение, процессы обмена), что ведет к улучшению работы соответствующих органов. Своевременное и разностороннее развитие движений в первый год жизни — одно из основных условий и показателей хорошего физического и нервно-психического развития ребенка. Несвоевременное становление движений создает трудности для его развития в более старшем возрасте.

Двигательные функции у младенцев развиваются по направлению от головы к ногам. Глаза и

шея — первые части тела, которые ребенок учится контролировать. Далее в процессе развития маленький человек учится (как сознательно, так и бессознательно) контролировать движения всего тела.

Ранее мы уже говорили о пеленании, утренней гимнастике, обливании младенцев. Все это способствует развитию двигательной функции, наряду с сенсорным развитием. Сейчас же хочется сказать о том, что очень часто и родители и, к сожалению, иногда врачи-педиатры не всегда вовремя определяют, что у ребенка имеются нарушения двигательной функции. Необходимо своевременно обратить внимание на особенности новорожденного. Раннее оказание помощи ребенку может иногда значительно сгладить, а иногда и полностью ликвидировать проблемы в дальнейшем развитии малыша. Возможно, что у новорожденного диагностируют и достаточно тяжелое заболевание. Не стоит отчаиваться! Чем раньше ребенок получит медицинскую помощь, чем быстрее начнется коррекционно-педагогическая работа, тем больше шансов для его нормального развития и социальной адаптации.

Что должно насторожить?

- Тело ребенка становится напряженным, малоподвижным и

периодически судорожно сжимается.

- Тело малыша полностью или наполовину вялое, лишено энергии, неподвижное.

- Ребенок излишне сгибает или вытягивает конечности.

- Вытянутые ноги младенца перекрещиваются.

- Ребенок слишком спокоен и почти не двигается.

- Голова ребенка наклонена в одну сторону.

- Малыш беспокоен и постоянно находится в движении.

- Одна рука или нога не двигается.

- Подергиваются лицо, тело или конечности.

- Лежа на спине, ребенок заметно изогнут в одну или в другую сторону.

Ну вот, пожалуй, и все, что нам хотелось рассказать о новорожденных. Хочется еще раз обратиться к родителям детей с теми или иными нарушениями. Независимо от того, насколько тяжело состояние ребенка, несмотря на отчаяние и чувство безысходности, соблюдая наши рекомендации, вы сможете помочь своему малышу в его дальнейшем развитии и адаптации к окружающему миру.

НЕСКОЛЬКО СЛОВ О ПАМПЕРСАХ

Многие родители забывают о том, что памперсы — не только удобно и комфортно, но зачастую не очень полезно. Если долгое время их использовать, может возникнуть ряд проблем. Первая проблема: сложно приучить ребенка к горшку. Использование памперса приводит к тому, что с самых первых дней жизни младенец лишен дискомфортных ощущений (не только тактильных, но и обонятельных). Это приводит к понижению чувствительности систем малого таза. Ребенок просто не понимает, когда ему необходимо проситься в туалет.

Вторая проблема: ранний онанизм. Когда в малом тазу ощущается острая нехватка сенсорных раздражений «снизу», головной мозг дает команду для возникновения таковых «сверху». Эта «революционная ситуация» и приводит к раннему возникновению расстройств сексуального характера.

Что делать, чтобы избежать таких проблем? Совсем обходиться без памперсов? Но ведь это так удобно! Все хорошо в разумных пределах. Подумайте, когда очень трудно обходиться без памперсов? На прогулке, во время визита к врачу, в дороге и т.д. В другое время лучше их не использовать. Чем раньше малыш получит новые, хотя и не очень приятные ощущения, тем быстрее и проще будет его приучить к горшку и, скорее всего, удастся избежать проблем в будущем.

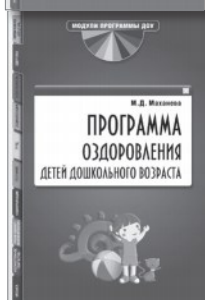
В.А. Голубева педагог-дефектолог

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги

**ОБУЧАЕМ ДОШКОЛЬНИКОВ ГИГИЕНЕ**

Автор — Баринова Е.В.

В книге представлены развернутые сценарии занятий по правилам поведения в детском саду и в школе, личной гигиене. Это авторское пособие для работы с детьми дошкольного возраста. Помимо основных тем в пособии отражены темы добра и зла, вежливости и доброты, речевого этикета, дружбы, семьи, безопасности жизнедеятельности.

**ПРОГРАММА ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Автор — Маханева М.Д.

В методическом пособии представлена программа оздоровления детей дошкольного возраста, раскрыты основные средства физического воспитания. В приложении представлен проект «С физкультурой дружить — здоровым быть».

**«К ЗДОРОВОЙ СЕМЬЕ ЧЕРЕЗ ДЕТСКИЙ САД»**

Методические рекомендации к образовательной программе

Под науч. ред. М.Е. Верховкиной, В.С. Коваленко

Методические рекомендации разработаны с целью проектирования системы обеспечения эмоционального благополучия и укрепления здоровья детей в семье и детском саду в контексте требований ФГОС ДО. Рассмотрен механизм укрепления физического и психического здоровья детей с опорой на ресурсы каждого ребенка.

**РАСТУ ЗДОРОВЫМ**

Программно-методическое пособие для детского сада. В 2 ч.

Автор — Зимонина В.Н.

В пособиях представлены программа и методическое обеспечение модуля «Расту здоровым», с помощью которых в ДОО реализуется образовательная область «Физическое развитие». В книге приводятся рекомендации по двигательной деятельности, перспективное планирование и др.



Формирование у детей игровых навыков (на примере игр с мячом)

Вражнова Н.В.,

*воспитатель-методист детского центра «Сёма»,
Москва*

Аннотация. В статье рассказывается об играх и упражнениях с мячами, направленных на развитие физических качеств, укрепление различных групп мышц, координации движений, общей и мелкой моторики, формирование правильной осанки.

Ключевые слова. Здоровье, игры с мячом, развитие моторики.

Игры с мячом с раннего возраста и на протяжении всего школьного периода присутствуют в жизни ребенка. Они способствуют развитию ловкости и координации движений, общей и мелкой моторики, ориентировки в пространстве, глазомера.

Мяч как основной, наиболее удобный для бросания и метания предмет должен постоянно находиться в свободном распоряжении детей. Взрослый показывает, что с ним можно выполнять разнообразные действия, помогает приобрести двигательный опыт, формирует умение обращаться с мячом: держать его в двух или одной руке, обхватывая пальцами, отталкивать, катать, бросать.

Метание в цель (горизонтальную и вертикальную) выполняется резиновыми или теннисными мячами, мешочками с песком, шишками, снежками. Горизонтальной целью может служить ящик, пенек, корзина, вертикальной — щит с нарисованным кругом, обруч, дерево и т.п. Большой мяч бросают в корзину или лежащий на земле обруч двумя руками снизу, маленький мяч или шишку — одной рукой.



В вертикально расположенную цель небольшой снаряд метают одной рукой.

При метании надо обращать внимание на чередование бросков правой и левой рукой. Это важно для гармоничного развития обеих рук, профилактики нарушений осанки. Метание проходит следующим образом: справа (слева) от метającego стоят ведерки или коробки с равным числом мячей или мешочков (2—3 в каждом), которые ребенок берет правой (левой) рукой. Для дошкольников младшего возраста целесообразно использовать игровую ситуацию («попади в корзинку», «сбей елочки, флажки, кегли»).

Расстояние от малыша до цели сначала 50—60 см, а затем — 100—125 см. Хорошо иметь несколько одинаковых мишеней, чтобы двое-трое детей одновременно могли выполнять упражнение. Кольцеброс — замечательная игра, которая будет интересна детям любого возраста. Она развивает ловкость и глазомер.

Метание в даль не требует такой точности, глазомера, как метание в цель. Движения здесь более свободные, размашистые, энергичные. Детей надо обучить правильному метанию вперед-вверх. По такой траектории мяч улетит далеко. Без зрительного

ориентира дети с трудом понимают, как правильно метать вдаль. Поэтому взрослый предлагает перебросить мяч через куст, ветку дерева или подвешивает веревку несколько выше поднятой руки ребенка. Младшие дети располагаются на расстоянии 1 м от веревки, старшие отходят дальше, примерно на 2—3 м.

Метание в даль выполняется разными способами: от плеча, из-за спины через плечо с предварительным замахом, снизу, сверху, сбоку.

В даль метают мячи, мешочки с песком, шишки, снежки. У водоема дети с увлечением бросают в воду мелкие камешки («кто дальше»). Вырезанные из картона круги метают способом сбоку, напоминающим метание диска. Мягкие и мелкие предметы можно метать снизу с заданием «кто бросит выше».

Мячи должны быть разнообразными: маленькими резиновыми или теннисными диаметром 5—6 см, средних размеров диаметром 8—12 см, большими диаметром 18—20 см. Для некоторых упражнений и игр используются надувные мячи, старшим детям необходимы волейбольные и набивные мячи весом до 1 кг. Мячи должны хорошо отскакивать от земли или стены.

Упражнения в метании в даль проводятся только на участке.

Исходное положение при метании: одна нога выносится вперед, носок другой ноги развернут в сторону. Правильный хват мяча: три пальца размещены сзади мяча, а мизинец и большой палец поддерживают его сбоку. Старшим дошкольникам и младшим школьникам можно давать более сложные задания с мячом.

Упражнения с мячом

- И.п.: лежа на спине, мяч за головой. Бросить мяч вверх перед собой и поймать.
- И.п.: стоя. Переложить мяч из руки в руку вокруг туловища в обе стороны, не касаясь тела.
- И.п.: мяч в руках за спиной. Перебросить мяч через голову и поймать его впереди.
- И.п.: стоя. Бросить мяч одной рукой из-за спины через плечо вверх и поймать его двумя руками, одной рукой.
- Встать на одну ногу, другую поднять вперед, бросить мяч под ногу с наружной стороны вверх и поймать.
- Вести мяч правой (левой) рукой, ударяя о пол через один, два, три шага.
- И.п.: стоя, ноги врозь. Наклониться вперед, бросить мяч назад-вверх, повернуться кругом, выпрямиться и поймать мяч.
- Подбросить мяч перед собой вперед-вверх, догнать его и пой-

мать, прежде чем он упадет на пол.

- Подбросить мяч вверх, сесть на пол, встать и поймать его; подбросить мяч вверх, повернуться кругом и поймать его; подбросить мяч вверх, сесть и поймать, из седа опять подбросить мяч вверх и поймать его стоя.
- Прыгать через препятствия (например, через гимнастическую скамейку), ударяя мячом о пол или подбрасывая и ловя его.
- Вести мяч, обводя препятствия справа и слева, кругом.

Упражнения с массажным мячом

В работе с детьми очень полезно использовать различные виды массажных мячей.

Для улучшения кровообращения в руках, повышения чувствительности кожи на ладонях и развития мелкой моторики оптимальным решением будет использовать маленький массажный мяч с шипами.

С массажными мячами можно выполнять следующие упражнения:

- поочередно сжимать и разжимать мяч в руках;
- перекатывать его с разной интенсивностью, то на одну, то на другую руку;
- делать круговые движения от середины руки до кончиков пальцев;

— прокатывать мяч на твердой поверхности с различной силой нажима и др.

Стопы имеют очень много нервных окончаний, каждое из которых отвечает за определенный орган, поэтому полезно регулярно делать массаж стоп:

- поочередно прижимать стопами массажный мяч к полу (или другой поверхности);
- катать массажный мяч то левой, то правой ногой, от пальцев к пятке и наоборот;
- зажимать массажный мяч аккуратно стопами, держать несколько мгновений и отпустить и т.п.

Массажный мяч для детей — очень интересная игрушка, но привлечь их большее внимание к нему можно еще и с помощью специальных занятий в виде игры. Нравятся им и забавные стихи, поэтому упражнения с массажным мячом можно сопровождать текстом. Например:

Круги мячом катаю,
Вперед-назад гоняю,
Поглажу им ладошку
И сожму немножко.
Каждым пальчиком прижму
И другой рукой начну.
И последний трюк —
Летит мяч между рук!

Дети выполняют движения в соответствии с текстом, а в конце

кидают мяч друг другу или подбрасывают его и ловят.

Таким образом, упражнения с массажными мячами не только укрепляют мышцы, улучшают питание тканей, повышают эластичность кожи и уменьшают болевые ощущения при ушибах, но и служат увлекательной игрой, формирующей правильную осанку и совершенствующей мелкую моторику.

Упражнения с фитболом

Фитбол в переводе с английского языка — «здоровый мяч». Это большой упругий мяч от 45 до 100 см в диаметре. Его можно использовать в любом возрасте и при различных функциональных и физических показателях.

Фитбол используется для занятий фитнесом, аэробикой, оздоровительной гимнастикой, спортом, лечебной физической культурой и в период реабилитации. Это универсальный спортивный снаряд для занятий физкультурой в домашних условиях.

Упражнения с фитболом способствуют коррекции осанки, нормализации мышечного тонуса, вытягивают и расслабляют позвоночник, тренируют вестибулярный аппарат, развивают координацию движений, тренируют мышцы рук, ног, спины, брюшного пресса и таза. Занятия

с фитболом подходят для людей с избыточной массой тела, варикозным расширением вен, остеохондрозом и артритом.

Упражнения с фитболом воздействуют не только на мышцы, которые участвуют в «обычных» движениях, но и на глубокие мышечные структуры, позволяющие выполнять сложноко-

ординированные движения. Простые прокатывания по мячу выполняют функцию расслабляющего массажа, а специальные укрепляют мышцы спины.

Упражнения с фитболом — щадящий, но в то же время эффективный способ укрепления здоровья. Она не предполагает нагрузку на нижние конечности.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги



ДЕТСКИЙ ФИТНЕС

Физкультурные занятия для детей 3—5 лет

Автор — Сулим Е.В.

В книге представлены календарно-перспективное планирование физкультурных занятий для детей, комплексы фитнес-тренировок, разработанные на весь учебный год с методическими рекомендациями, которые помогут правильно организовать занятия.

В приложении даются упражнения тренирующего характера (веселая зарядка), комплексы ОРУ, а также подвижные игры и игры малой подвижности.



ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ

В 2 ч: для детей 3—5 и 5—7 лет

Авторы — Бабенкова Е.А., Федоровская О.М.

В книгах представлены различные виды игр и физических упражнений, направленных на профилактику заболеваний и проведение оздоровительной работы с детьми. Даны критерии оценки физического и психического здоровья дошкольников.



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

Психическое развитие ребенка в условиях сенсорной депривации

Кузьмина Н.А.,

*учитель-логопед дошкольного подразделения ГБОУ «Школа
№ 2121 “Образовательный комплекс имени Маршала
Советского Союза С.К. Куркоткина”», Москва*

Аннотация. В статье представлены особенности формирования психических процессов детей с сенсорными нарушениями, влияющими на физическое и когнитивное развитие.

Ключевые слова. Сенсорная депривация, психические процессы, нарушения слуха и зрения, ограничение информационного потока.

Сенсорная депривация — отсутствие или критическое ограничение нейронных сигналов, идущих от одного или нескольких органов чувств в соответствующие отделы головного мозга. Она не только создает информационный дефицит, но и искажает в целом процесс прохождения нервных сигналов в ЦНС, снижая ее энергетический потенциал. Если такое нарушение происходит в уже сложившейся системе, т.е. у взрослого человека, это приводит к деформации сформированных психических процессов, лабильности психики и развитию посттравматического стресса, в том числе с психопатической деформацией личности.

Частично эти процессы купируются при активизации нейропластичности в ранний посттравматический период. Однако потенциал нейрореабилитации с возрастом резко снижается. Поэтому у детей влияние врожденных или приобретенных в раннем возрасте сенсорных нарушений на психические процессы носит не столь ярко выраженный и радикальный характер. Ограничение количества и качества поступающей информации, а также снижение нейронного потока в ЦНС приводит к перераспределению нервных сигналов в коре головного мозга: нормально функционирующие системы «захватывают» неиспользованные ресурсы, запуская процесс

формирования компенсаторных механизмов.

Согласно исследованиям Л.С. Выготского, Ж. Пиаже, М. Эриксона и др., сенсорная депривация нарушает процесс формирования ориентировочного рефлекса — базового фактора становления познавательной активности и социализации ребенка. Кроме того, именно на раннем этапе развития особенно активно протекают процессы ассимиляции и аккомодации — усвоения и присвоения информации из окружающей среды. Ограничение информационного потока сужает область образовательной активности ребенка, что без специального обучения провоцирует вторичную задержку психического развития при сохранении потенциала развития.

Дети с сенсорными нарушениями вне зависимости от их этиологии имеют нарушения в двигательной активности, отставание в развитии когнитивных процессов и коммуникативной сферы. Согласно концепции Л.С. Выготского, дефицитарное развитие всегда вызывает каскадный процесс вторичных и третичных нарушений, степень выраженности которых зависит от сроков их возникновения, степени выраженности, а также социального окружения ребенка и

адекватности специализированной помощи.

Самыми распространенными нарушениями сенсорной системы выступают нарушения слуха и зрения. Согласно статистическим данным, около 6% детей имеют те или иные отклонения в развитии слуха, 4% — в развитии зрения. При рассмотрении воздействия на процесс психического развития ребенка нарушения зрения носят более критичный характер, ведь до 85% всей поступающей информации мы получаем с помощью глаз. Зрительная система — важнейший базовый нейрофизиологический компонент большинства высших психических процессов, поэтому вторичные нарушения начинают развиваться с первых недель жизни ребенка, а своевременное выявление и комплексная медико-психолого-педагогическая поддержка служат важнейшими факторами профилактики тяжелых отклонений в развитии.

Детей, имеющих те или иные *нарушения зрения*, можно условно разделить на две категории.

К первой — наиболее многочисленной — относятся дошкольники, имеющие аномалии рефракции и / или понижение остроты зрения, которое корригируется современными оп-

тическими средствами (очками, контактными линзами). В таких случаях их зрительные возможности не ограничиваются, и процессы нормального развития практически не нарушаются. Однако при отсутствии своевременной коррекции и постоянной медицинской поддержки зрение у таких детей может ухудшаться, что повлечет за собой отклонения в их развитии на любом из его этапов. Особенно опасны так называемые сензитивные периоды, когда созревание многих психических функций носит скачкообразный характер. Также дети с корригуемыми нарушениями зрения, особенно при использовании очков, часто имеют отклонения в моторном развитии, нарушения коммуникации и незрелость эмоционально-волевой сферы, которые появляются вследствие вторичной социальной депривации.

Ко второй категории относятся дошкольники с нарушениями зрения, которые частично выполняются за счет оптической коррекции, а также дети с тотальной слепотой. Вследствие ограничения зрительных возможностей нарушается ход их развития. Таким детям необходима специальная психолого-педагогическая помощь.

- К этой категории относятся:
- слепые, с полным отсутствием зрения, дети и дети с остаточным зрением (острота зрения равна 0,05 дптр и не ниже на лучше видящем глазу);
 - слабовидящие дети со снижением зрения (острота зрения от 0,05 до 0,2 дптр на лучше видящем глазу с очковой коррекцией);
 - дети с косоглазием и амблиопией.

Такие дети резко ограничены в получении информации об окружающем мире. Они испытывают трудности с ориентацией в пространстве, в том числе с ощущениями своего тела, вертикализацией, пониманием направления движения и т.д. Отсутствие пространственных представлений приводит к искусственному ограничению подвижности и познавательной активности. Дети боятся новых помещений, предметов, движений. Кроме того, формирование базовых понятий на основе звуковых, тактильных и кинестетических ощущений требует от ребенка большей концентрации внимания, задействует больший объем оперативной памяти и форсирует формирование в его мозгу вторичных и третичных корковых полей симультанного

синтеза. Эти процессы нуждаются в огромном энергетическом потенциале, что приводит к быстрой утомляемости детей и дополнительно ограничивает их активность.

Согласно исследованиям Л.И. Солнцевой, первые специализированные манипуляции и отдельные функциональные действия с предметом появляются у слепых детей только после 2 лет, а грубое недоразвитие пространственной ориентации обуславливает недоразвитие походки, тормозит формирование схемы тела. Нарушение зрения в раннем возрасте даже на уровне слабовидения вызывает и недоразвитие психомоторной сферы: отмечаются слабость акта хватания, запаздывание дифференциации движений, наблюдаются застывания с предметом либо, наоборот, ненужные стереотипные движения головы и рук. Дети испытывают трудности в восприятии и воспроизведении эмоций, формировании навыков невербальной коммуникации. Без опоры на мимику, жесты, без возможности зрительного контакта у них плохо формируются навыки социализации, понимание эмоционального настроения, особенно не связанного с физическими ощущениями, эмпатия.

Нарушение слуха так же, как и нарушение зрения, бывает полным или частичным, врожденным или приобретенным. Однако до последнего времени возможности коррекции таких нарушений были резко ограничены. В последнее десятилетие приобретенные нарушения слуха корригируются практически полностью с помощью современных цифровых аппаратов или, в случае тотальной глухоты, — при помощи кохлеарного импланта. Поэтому классические отклонения в психическом развитии позднооглохших детей и детей с тотальной глухотой, описанные в специальной литературе середины-конца XX в., встречаются крайне редко и, как правило, в большей степени обусловлены социальными, а не медицинскими факторами. Например, родители поздно оглохшего ребенка отказываются от ношения аппаратов, или глухие родители глухого ребенка отказываются от кохлеарной имплантации.

Выделяют три группы детей с нарушениями слуха, в числе которых:

- дети с полной потерей слуха, воспитывающиеся в среде глухих;
- слабослышащие дети (I—IV степени тугоухости);

— дети после кохлеарной имплантации.

В первом случае следует говорить, скорее, не об отклонении, а об особенностях развития ребенка, поскольку за последние десятилетия сформировалась субкультура глухих со своими традициями и приемами воспитания, в том числе и раннего речевого развития ребенка с помощью паралингвистических средств.

Слабослышащие дети — неоднородная масса. Уровень отклонения их развития от нормы зависит от множества факторов:

- сроков нарушения слуха (врожденное или приобретенное, временное или постоянное);
- своевременности диагностики нарушения;
- адекватности психолого-медико-педагогической поддержки;
- качества протезирования и настройки аппаратов.

Нарушения слуха не так радикально, как нарушения зрения, влияют на развитие ребенка на начальном этапе. Однако уже к 2 годам у детей наблюдается заметное отставание в развитии от нормально слышащих сверстников. Отсутствие слухового контроля мешает правильному формированию вестибуляр-

ного аппарата, что приводит к нарушениям в координации движений таких детей и замедлению их моторного развития. В сочетании с отклонениями в пространственной и соматопропространственной ориентировке такие нарушения приводят к общей моторной неловкости и искусственному ограничению активности.

Резкое ограничение слухового восприятия препятствует накоплению как активного, так и пассивного словарного запаса и усвоению даже примитивных речевых конструкций. Ограничение речевого опыта негативно влияет на развитие памяти и связанных с ней навыков классификации и сериации. Без специального педагогического сопровождения дети с нарушениями слуха начинают резко отставать в развитии, их понятийное мышление полностью построено на бытовой лексике и исключает самостоятельное формирование абстрактных понятий. Весь процесс запоминания основан на зрительных образах, при этом у таких детей часто внимание акцентируется на незначительных деталях и нюансах, что в сочетании с трудностями в длительном сохранении концентрации внимания и сужением объема памя-

ти приводит к формированию фрагментарного восприятия реальности.

Ограничение речевой активности приводит к недостаточной сформированности навыков коммуникации и социализации, что может спровоцировать формирование таких негативных черт и особенностей, как агрессивность, замкнутость и даже параутизм, чему также способствует недостаточное развитие эмоциональной сферы ребенка в связи с его невосприимчивостью к интонационной окраске разговорной речи.

Все сказанное выше можно отнести и к детям после кохлеарной имплантации. Однако у них отмечаются особенности психического развития. В первую очередь, у таких детей отсутствует навык слухового восприятия. На уровне нейрофизиологических процессов полностью не сформирована корреляция между знакомым образом предмета и звуком, который он может издавать, или его звуковым обозначением. Например, ребенок после кохлеарной имплантации может не обратить внимания на звук разбившейся чашки, сигнал автомобиля, т.е. у него отсутствуют базовые реакции на звуковые раздражители.

В заключение следует сказать, что сенсорная депривация не всегда носит негативный характер. При избыточной чувствительности к определенным сенсорным сигналам искусственное ограничение информационного потока может стать частью реабилитационного процесса. Так, при синдроме двигательной активности и дефицита внимания сужение информационного потока позволяет улучшить концентрацию внимания, при сенсорной алалии ограничение звукового раздражения помогает формированию фонематического слуха и т.д.

Литература

- Боскис Р.М.* Глухие и слабослышащие дети. М., 2004.
- Выготский Л.С.* Педагогическая психология / Под ред. В.В. Давыдова. М., 2011.
- Гуревич Н.И.* Компоненты психомоторики // Хрестоматия. Психология аномального развития ребенка: В 2 т. Т. 1. / Сост. В.В. Лебединский, М.К. Бардышевская. М., 2002.
- Плаксина Л.И.* Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушением зрения: Учеб. пособие. М., 1999.
- Солнцева Л.И.* Теоретические и практические проблемы современной тифлопсихологии и тифлопедагогики. М., 2006.

Арт-терапия: понятие и направления использования

Самсонова Е.С.,

*магистрант ФГБОУ ВО «Московский педагогический
государственный университет», Москва*

Аннотация. В статье рассматриваются понятие арт-терапии, лечебно-коррекционное воздействие этого метода, его особенности и направления использования.

Ключевые слова. Арт-терапия, психотерапия искусства, нетрадиционные методики лечения.

В дословном переводе с английского языка арт-терапия (*art-therapy*) означает «лечение, основанное на занятиях художественным творчеством», или «использование искусства как терапевтического фактора».

Метод арт-терапии предполагает использование приемов, направленных на обучение человека видению в собственном продукте творчества некоего смысла и осознание его связи со своим внутренним миром и опытом, а также на развитие способности к ведению внутреннего диалога, рефлексии. С точки зрения Н.Е. Пурнис, арт-терапия — метод художественной терапии, направленный на коррекцию эмоциональной, когнитивной, коммуникативной и регулятивной сфер личности, приводя-

щий к раскрытию личностного и творческого потенциала [7].

Арт-терапию можно рассматривать как систему организации, являющуюся своеобразной информационной структурой. Метод художественного творчества применяется при межличностных конфликтах, постстрессовых, невротических, психосоматических расстройствах, кризисных состояниях, а также для развития целостности личности, обнаружения смыслов через творческое самовыражение.

Положительное воздействие на человека занятий художественным творчеством анализировали отечественные и зарубежные ученые (Б. Джефферсон, А.В. Запорожец, Е.И. Игнатъев, Э. Крамер, В.С. Кузин, У. Лам-

берт, В. Лоунфельд, Б.М. Неменский, Н.П. Сакулина и др.).

В процессе занятий художественным творчеством создаются благоприятные условия для развития положительных эмоций. Они позволяют почувствовать себя художником, осознать свой потенциал, изменить самооценку и взаимоотношения с окружающими, миром, самим собой. Психоаналитические теории оказали большое влияние на представления арт-терапевтов М. Намбург, Э. Крамер, доказавших положительное воздействие занятий художественным творчеством на эмоциональную сферу человека.

Согласно М. Намбург, в результате художественных занятий постепенно преодолеваются сомнения в своей способности свободно выражать страхи, волнения, тревоги, потребности, фантазии в рисунках. Э. Крамер акцентирует внимание на других факторах воздействия арт-терапии. Основным в достижении положительных эффектов занятий художественным творчеством она считает неограниченные возможности изобразительного творчества, дающего возможность выражать и повторно переживать внутренние конфликты. По ее мнению, в процессе творческо-

го акта внутренние конфликты переживаются вновь, осознаются и, в конечном счете, разрешаются.

В русскоязычных публикациях арт-терапию необоснованно смешивают с психотерапией выразительными искусствами, или психотерапией искусством, связывая ее с применением различных форм творческого самовыражения с целью достижения лечебно-коррекционных и развивающих эффектов. Большинство отечественных авторов, использующих понятие арт-терапии, следуют принятому в международной литературе определению. Они рассматривают ее как одну из форм психотерапевтической работы психолога и пациента, основанную на использовании пациентами визуальных, пластических средств самовыражения в контексте психотерапевтических отношений.

Термин «арт-терапия» пришел из английского языка, и для его прояснения нужно обратиться к источникам англоязычных стран. Британская ассоциация арт-терапевтов считает, что арт-терапевт создает для клиента безопасную среду, какой может быть кабинет или студия, обеспечивает пациента различными изобразительными материалами, при этом находясь рядом с ним в процессе творческой рабо-

ты. Клиенты могут использовать предоставленные им материалы по своему желанию, выражая в присутствии арт-терапевта свои эмоции и чувства посредством изобразительной деятельности. Арт-терапевт побуждает к взаимодействию с изобразительными материалами и продукцией, благодаря чему арт-терапевтический процесс представляет собой одну из форм диалога.

Более развернутое понятие арт-терапии содержится в одном из документов Британской ассоциации арт-терапевтов. В нем говорится, что арт-терапия связана с созданием визуальных образов, и этот процесс предполагает взаимодействие между автором художественной работы (пациентом), самой художественной работой и психотерапевтом. Арт-терапия, так же как и любой вид психотерапии, направлена на осознание неосознаваемого психического материала. Этому способствует богатство художественных символов и метафор.

Арт-терапевты глубоко понимают особенности процесса изобразительного творчества, обладают профессиональными навыками невербальной, символической коммуникации и стремятся создавать для пациента такую рабочую среду, в которой

он мог бы чувствовать себя достаточно защищенным, чтобы выражать сильные переживания. Эстетические стандарты в контексте арт-терапии не имеют большого значения. Основой арт-терапевтического взаимодействия выступают выражение и конденсация неосознаваемого психического материала посредством изобразительной деятельности [4].

По мнению руководителя программы арт-терапевтического образования, профессора Лондонского университета, почетного президента Британской ассоциации арт-терапевтов Д. Уоллера, арт-терапия основана на представлениях о том, что создание и восприятие визуальных образов служит важным аспектом познавательной деятельности человека. Клиент в процессе занятия художественным творчеством в присутствии арт-терапевта актуализирует и выражает как ранние, так и актуальные в контексте «здесь и сейчас» осознанные и неосознаваемые чувства и потребности, в том числе и те, выражение которых с помощью слов слишком сложно.

Нарастание во всем мире интеграционных процессов и активация профессиональных контактов, развитие арт-терапевтического направления

в нашей стране трудно представить без понимания ответственными специалистами основополагающих принципов арт-терапии, согласующихся с ее общепринятым определением. В документах Европейского консорциума арт-терапевтического образования (ЕКАТО) обозначается место арт-терапии в системе психотерапии искусством. Одна из основных задач деятельности этой организации заключается во внедрении во всех входящих в ЕКАТО странах общих стандартов арт-терапевтического образования и профессиональной практики [4].

Важнейшие факторы лечебно-коррекционного воздействия: творческо-изобразительная деятельность, психотерапевтические отношения и обратная связь арт-терапевта и клиента. Арт-терапия во многих случаях имеет психопрофилактическую, социализирующую и развивающую направленность. Благодаря этому она может стать ценным инструментом в деятельности образовательных учреждений, реабилитационных проектах и в социальной работе.

Арт-терапия — естественная, древнейшая форма изменения психологического и эмоционального состояния, которой пользуются многие как осознанно, так и неосознанно. Она применяется

для снятия психического напряжения, сосредоточения, успокоения.

Арт-терапии принадлежит роль естественного проводника переживаний, симптомов, и это не зависит от пола или возраста, болезни или эмоциональных чувств.

Сегодня терапия искусством приобрела большую популярность. Методы арт-терапии относятся к проективным методикам и являются «переносом» на творческий продукт того, что нас беспокоит. В процессе терапевтической работы происходят тонкая проработка, коррекция тревожащих переживаний, событий.

С проблемами нельзя справиться только традиционными методами лечения. Подходить к их решению необходимо интегрально. Тело неотделимо от души, а душа от тела. Интегральным «лекарством» без каких-либо ограничений и выступает арт-терапия.

Таким образом, арт-терапия — один из методов психологической работы, использующий возможности искусства для достижения положительных изменений в эмоциональном, интеллектуальном, личностном развитии человека, раскрытия творческого потенциала, преодоления ограничений, вызванных

болезнью. Она может служить средством психического восстановления, способом интеграции личности в общество.

Литература

1. *Аметова Л.А.* Формирование арт-терапевтической культуры младших школьников. Сам себе арт-терапевт. М., 2003.
2. *Берн Э.* Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы // Игры, в которые играют люди. СПб., 2004.
3. *Выготский Л.С.* Психология искусства. М., 1965.
4. *Копытин А.И., Свистовская Е.Е.* Арт-терапия детей и подростков. 2-е изд. М., 2014.
5. *Копытин А.И.* Социальная и клиническая арт-терапия [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2013. № 2 (2).
6. *Липушина С.А.* Анализ актуального эмоционального состояния (на примере проективной графической методики «Человек под дождем») // <http://ovv.esrae.ru/pdf/2014/5/1036.pdf>
7. *Пурнис Н.Е.* Арт-терапия в психологическом сопровождении персонала. СПб., 2008.
8. *Шмилович А.Л., Загряжская Е.А.* Арт-терапия в психиатрической практике: Мат-лы науч.-практ. конф. М., 2012.

ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ

На коррекцию эмоционального напряжения хорошо влияют психомышечные тренировки, призванные:

— научить ребенка расслаблять мышцы тела и лица, выполнять самовнушение;

— сформировать умение удерживать внимание на мысленных объектах, воздействовать на свое состояние определенными словестными формами.

При этом следует неукоснительно придерживаться методических требований. Дети должны наблюдать за своими ощущениями во время выполнения упражнений и фиксировать их, самостоятельно повторять упражнения в течение дня.

Источник: Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. СПб., 2006

Культурно-историческое пространство музеев Московского Кремля в социальной адаптации младших школьников

Дружиловская О.В.,

*доцент кафедры анатомии, физиологии и клинической
дефектологии Института детства ФГБОУ ВО «Московский
педагогический государственный университет»;*

Романова И.В.,

преподаватель ГБПОУ № 15, Москва

Аннотация. В статье рассматривается значение культурно-исторического наследия в развитии детей младшего школьного возраста. Музеи Московского Кремля — исторически сложившаяся культурная среда, которая может обеспечить познавательное и личностное развитие.

Ключевые слова. Культурно-историческое пространство, культурное наследие, музейный экспонат, зрительно-пространственное восприятие, социальная адаптация, дети младшего школьного возраста.

Сегодня проявляется большой интерес к общечеловеческим ценностям, культурно-историческому наследию общества. Человек XXI века — личность, характеризующаяся социокультурным многообразием.

В основу раскрытия механизма культурного развития (социализации) ребенка в культурно-исторической концепции Л.С. Выготского было положено единство социального и ин-

дивидуального в становлении личности, отражающее внешний (присвоение культурного наследия, общественного опыта) и внутренние факторы развития (приобретение автономности, самостоятельности и ответственности в принятии решений и организации деятельности). Именно культура выступает связующим звеном между социальным и генетическим в личности и делает человека членом цивилизованно-

го общества. Создание условий для развития детей, освоения ими достижений предыдущего опыта поколений — основа культурно-исторического становления индивидуальности личности [3].

В настоящее время разрабатываются вариативные модели образовательного пространства, наполненные культурно-историческим содержанием, которое может обеспечить детям с различным психофизическим состоянием не только формирование познавательных процессов, но и необходимые условия личностного развития.

Культурно-историческому пространству музеев Московского Кремля всегда отводилось значимое место в образовании и воспитании. Это огромный ресурс формирования ценностных смыслов развития человека.

Фактически музеи Московского Кремля выступают как хранители опыта поколений. Каждый их экспонат наполнен особым ценностно-смысловым содержанием и служит предметом изучения.

Дети, еще не имеющие развитого ассоциативного мышления, получают возможность через освоение предметной и архитектурно-художественной среды связывать отдельные постройки, предметы, события и

видеть за ними образы ушедшей жизни [2].

По утверждению исследователей, содержание культуры, доступное детскому возрасту, обеспечивает развитие психики ребенка, включая процесс формирования его сознания через культурно-историческую среду. Культура не приобретается биологическим путем, каждое поколение воспроизводит ее и передает следующему. Этот процесс выступает основой социализации. В противном случае, как отметил А.Г. Асмолов, без детального анализа закономерностей развития личности в различные исторические эпохи и в различных культурах данной эпохи само представление о социальном мире общества как бы застывает, превращается в нечто вечное, неизменное, абстрактное.

Специально организованное культурно-историческое пространство, интегрированное в общую систему образовательного процесса, обеспечивает активное функционирование самовыражения ребенка, реализацию его потенциала в социокультурном становлении личности и компенсацию ее недостаточности развития [3], а также обеспечивает социально-педагогическую реабилитацию, т.е. создание такой социальной среды

и условий жизнедеятельности личности, которые не ограничивают, а формируют личностные качества, значимые для жизнедеятельности, активной жизненной позиции, способствующие интеграции в общество и получению необходимого образования.

В течение учебного года учащиеся 4-го класса одной из общеобразовательных школ Москвы один раз в месяц посещали музеи Московского Кремля. В задачи экскурсионной программы входили: углубление и расширение знаний, предусмотренных предметом «Мир вокруг нас»; развитие познавательной мотивации; формирование зрительного пространственного восприятия, функции рабочей памяти, произвольной саморегуляции, навыков социального взаимодействия средствами музейной педагогики.

Познавательная деятельность младших школьников определяется мозговой организацией процессов внимания, мышления и памяти.

В исследованиях отечественных психофизиологов М.М. Безруких, М.В. Дубровинской и Д.А. Фарбер подчеркивается, что активация, направленная на оценку и информационные составляющие среды, еще недостаточно сформирована, и поэтому сохраняется непосредственная

привлекательность стимула и его эмоциональная окраска. Созревание нейронного аппарата коры больших полушарий, ее проекционных и ассоциативных отделов создает предпосылки для перехода системы восприятия на качественно иной уровень функционирования.

У детей 9—10 лет происходит специализация заднеассоциативных областей, что существенно расширяет возможности анализа и опознания зрительных стимулов. При этом оценка значимости стимула и его классификация осуществляются и переднеассоциативными отделами коры.

Таким образом, у младших школьников возрастает степень восприятия новых сложных объектов и выработок соответствующих эталонов, что способствует значительному обогащению индивидуального опыта [1].

В задачи экспериментальной работы входили выявление особенностей восприятия отдельных памятников и экспозиций музеев Кремля учащимися, сравнение уровня восприятия детей с различными психофизическими возможностями, разработка методов для организации самостоятельных форм работы учащихся в условиях школы.

Развитие восприятия — переход от слитного, синкретического, фрагментарного восприятия

к расчлененному, осмысленному, категориальному отражению вещей, событий и явлений и их пространственных, временных и причинных связей. В младшем школьном возрасте дети могут испытывать затруднения в усвоении структуры восприятия и его целостности, с трудом осваивают временные представления, не видят логики временных отношений, последовательности событий [4].

Исследования восприятия у детей с темповой задержкой психического развития выявили отклонения в процессах переработки сенсорной информации. Скорость зрительного восприятия, показатели зрительного опознания были у них ниже, чем у нормально развивающихся сверстников. Педагоги и психологи школы отмечают, что недостаточность зрительного восприятия приводит к бедности и недифференцированности зрительных представлений, и это отрицательно влияет на овладение зрительными образами букв и цифр, приводит к трудностям в обучении грамоте. Также у детей обнаруживается недостаточность сформированности аналитико-синтетической деятельности как в области наглядно-образного, так и понятийного мышления; возникают затруднения в решении наглядно-образ-

ных задач, вычленении отдельных частей сложного многоэлементного комплекса.

Затруднения наблюдаются и при необходимости синтезировать определенные признаки объектов. Исследования мышления свидетельствуют о недостаточной подвижности наглядных образов, трудностях формирования отвлеченных закономерностей, усвоения абстрактных, временных и пространственных понятий.

Программа «История Отечества в памятниках музеев Московского Кремля» состояла из 7 занятий по темам: «Человек, вещь, эпоха», «Время и вещи», «Иван Грозный — первый русский царь», «Петр I — царь и император», «Императрица Екатерина II». Тематика занятий соответствовала школьной программе предмета «Мир вокруг нас».

На уроках в классе учащиеся получали навыки счета времени, работы с исторической картой, знакомились с предметным миром, изменениями окружающей среды во времени и пространстве. Дети впервые сталкивались с таким понятием, как «исторический источник», ролью музея в изучении истории, хранении памятников материальной и духовной культуры и приступали к изучению отечественной истории.

Курс истории для 4-го класса крайне сжатый и фрагментарный. Его задача — познакомить с основными событиями отечественной истории, дать учащимся элементарные пространственно-временные представления. Музеи Московского Кремля традиционно воспринимаются как сокровищница. Архивы музеев свидетельствуют, что уже в XIX в. педагогическая общественность отмечала их роль в эстетическом и патриотическом воспитании.

Во время занятий-экскурсий учащиеся получали представления о связи исторических событий, отдельных жизненных ситуаций, повседневной жизни прошлого с конкретными людьми и вещами. Вместе с музейным педагогом школьники рассматривали представленные в залах условные исторические портреты и связывали их с конкретными экспонатами. Подбор персоналий и вещей обуславливался необходимостью отметить отдельные события русской истории, связанные с той или иной исторической личностью и экспонатом музея. Во время занятий учащиеся получали опыт самостоятельной работы с экспонатами.

Музейный педагог предлагал информацию о времени создания и функциональном назначении отдельных вещей, а учащиеся

делали выводы о ситуациях, в которых они принимали участие и использовались. В залах музея дети воображали убранства пиршественного стола, парадный выезд царя из Кремля. Школьники совершали путешествия во времени и пространстве: то они около старинных доспехов и оружия заинтересованно смотрят и представляют бои и рыцарей древних времен, как бы сами оказываются на их месте; то они рядом с вещами Екатерины Великой слушают рассказ экскурсовода и мысленно перемещаются в тот период.

Каждый музейный экспонат представлялся детям как хранитель тайны, которую можно раскрыть для себя и других. Тайны, загадки, сказки — все это нравится им, а в обучении важен интерес. То, что интересно, привлекает и развивает ребенка. Доклады, выступления детей, творческие работы, итоговое занятие в Оружейной палате показали, что атмосфера музеев, зрительное восприятие предметов прошлых веков помогли понять, запомнить, представить различные исторические эпохи.

Учащиеся самостоятельно подбирали материал, готовили вопросы для команды соперников, писали сценарий. Во время подготовки дети много читали, что положительно отразилось на

технике чтения и развитии речи. Это дало возможность на уроке и итоговом занятии ярко представить эпоху, инсценировать ее, рассказать о ней. Во внеурочное время школьники делились впечатлениями, рассказывали родителям о жизни Екатерины Великой, ее старании и трудолюбии, идее ввести всеобщее образование и о любви к ней народа.

Ознакомление детей с музейной культурой существенно расширило границы предметного мира. Музей для них — дом, где хранят ценные вещи. Это способствовало более успешному изучению предмета «Мир вокруг нас».

Проблема участия предметных образов в структуре и функционировании высших форм познавательной деятельности изучалась многими известными психологами (Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, Е.И. Игнатьев, А.Н. Леонтьев и др.). После достигнутых успехов на уровне зрительных представлений и предметных действий с реальными предметами и их образами в условиях культурно-исторического образовательного пространства можно переходить к пониманию ценности культурного наследия, которое создавалось и осмысливалось человечеством в течение тысячелетий и теперь должно быть передано и усвоено

отдельным человеком в течение его жизни.

Разработка интерактивных методов обучения детей младшего школьного возраста в культурно-историческом пространстве актуальна в настоящее время, поскольку обеспечивает использование единых образовательных условий и технологий музейной педагогики в обучении детей с различными психофизиологическими возможностями. Культурно-историческое пространство музеев не ограничивается музейными экспонатами, а расширяется до образовательного пространства класса, что приводит к взаимодействию психического развития ребенка с прошлым, настоящим и будущим его страны, школы, семьи. В этом и заключается ценностный смысл развития человека в данном пространстве.

Культурно-историческое содержание образовательного пространства обеспечивает необходимые условия для преодоления трудностей в обучении, повышает уровень когнитивных функций, развивает самопроизвольные действия. Дети чувствуют себя успешными, повышается их мотивационная активность в обучении.

Культурно-историческое пространство образовательного процесса обуславливает интериоризацию ценностей культуры в

структуру развивающейся личности, что служит основой механизма социализации личности.

Литература

1. Безруких М.М., Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А. Психофизиология ребенка. М.; Воронеж, 2005.
2. Кремль — детям: Сб. ст. / Сост. Л.И. Кондрашова, Е.Н. Крючкова, О.В. Мареева. Вып. 1. М., 2002.
3. Медведева Е.А. Социокультурное становление личности ребенка с проблемами психического развития средствами искусства в образовательном пространстве: Автореф. дисс. ... д-ра. психол. наук. Нижний Новгород, 2007.
4. Цветкова Л.С. Методика диагностического нейropsychологического обследования детей. Российское педагогическое агентство. М., 1997.

Психологические аспекты формирования связной речи у дошкольников с ОВЗ

Шайдова Т.А.,

учитель-логопед ООО «Центр развития ребенка “Росток”», магистрант факультета клинической и специальной психологии;

Тишина Л.А.,

канд. пед. наук, доцент кафедры специального (дефектологического) образования ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы влияния сукцессивных функций на процесс формирования навыка пересказа у дошкольников с ограниченными возможностями здоровья, особенно с системными нарушениями речи.

Ключевые слова. Дети с ограниченными возможностями здоровья, системные нарушения речи, связная речь, сукцессивные функции, пересказ, память.

Сегодня наблюдается заметное увеличение количества детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), особенно с системными нарушениями речи (СНР). У них отмечается несформированность всех компонентов языковой системы, что ограничивает или делает практически невозможным связно и последовательно выражать мысли при построении связного речевого высказывания.

Анализ психолингвистической и специальной литературы (В.К. Воробьева, В.П. Глухов [2] и др.) позволил сделать вывод о том, что затруднения в овладении связной монологической речью у детей с ОВЗ возникают вследствие вторичных отклонений в развитии ведущих высших психических процессов (памяти, внимания, воображения, восприятия и др.).

В психолого-педагогических исследованиях указывается, что затруднения восприятия, а в дальнейшем и порождения связного высказывания детьми с ОВЗ обусловлены расстройством членения симультанного образа ситуации, трудностями перекодирования симультанных процессов в сукцессивные, невозможностью программирования сукцессивных серий; отсутствием способности удерживать программу, нарушением опера-

ций развертывания высказывания.

Интерес к изучению сукцессивных процессов у детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) обусловлен тем, что они во многом определяют способность к усвоению грамоты, формированию навыков чтения, текстообразования, морфосинтаксических операций.

В психолого-педагогической литературе (Э.П. Короткова, А.М. Леушина, Л.А. Пенъевская и др.) неоднократно отмечалось значение пересказа как метода развития связной речи у дошкольников.

А.А. Леонтьев [6] рассматривал пересказ как многоуровневое, иерархически организованное целое, как готовый продукт сложной многоуровневой деятельности. Необходимо отметить, что цельность — результат внутреннего, а связность — внешнего уровня программирования.

Чтобы понять механизм пересказа, следует помнить, что текст не переходит в готовом виде из речи в мысль и, наоборот, из мысли в речь, а формируется, порождается и рассматривается как результат сложной перцептивно-мыслительно-мнестической деятельности (А.А. Залевская, И.А. Зимняя, Т.В. Рябова-Ахутина и др.).

Нельзя забывать и о роли психических процессов, в частности мнестической деятельности, без которой невозможен навык овладения пересказом и связной речью в целом.

Л.С. Выготский [1] писал о том, что память, выступая одной из центральных психических функций, принимает участие в развитии всех видов познания. Представления о действиях, свойствах предметов, их назначении, возникающие в результате практической деятельности ребенка, его восприятия, мышления и воображения, закрепляются в памяти и только поэтому могут служить средствами дальнейшего познания. По мнению автора, существует большая вероятность того, что нарушение мнестических процессов усугубляет нарушение речи.

Речь ребенка возникает и формируется в процессе общения с окружающими. Дошкольник, владеющий речью, воспринимает все явления более осознанно и произвольно, поскольку она служит неотъемлемым условием развития не только мышления, но и деятельности в целом.

А.Р. Лурия [7] подчеркивал, что языковая компетентность и применение языка (речевые действия) не выступают независимыми явлениями. Также стоит отметить, что эта компетент-

ность есть в значительной мере результат развития его применения, что ребенок будет усваивать язык исключительно в процессе активного общения.

А.А. Леонтьев [6] указывал, что при исследовании развития речи детей необходимо различать формирование речевых механизмов (к ним автор относит речевые действия) и речевых умений.

Однако овладеть звуковой системой речи и словарем — еще не значит овладеть полноценной коммуникацией. Основной коммуникативной единицей речи выступает предложение. При программировании собственного высказывания происходит постоянное оперирование звуковым и словесным рядом — объединение слов в предложение в соответствии с усвоенным фразовым стереотипом, использование слов в определенных грамматических формах, что предполагает присоединение к их звучанию грамматических морфем соответственно усвоенным грамматическим стереотипам словоизменения и словообразования. При соотношении языковой программы с моторной происходит оперирование двигательным рядом. Это возможно только при сохранном сукцессивном синтезе (схватывание, удержание и воспроизведение звуковых и других речевых

рядов). При понимании речи необходимо одновременно учитывать и семантику входящих в нее слов, их грамматическое оформление, а также последовательность, что обеспечивает сохранностью симультанных синтезов.

В работах Л.С. Выготского и Ж. Пиаже показано, что внешняя сторона речи у ребенка развивается постепенно: от слова к сцеплению двух-трех слов, затем к простой фразе и к сцеплению фраз. В дальнейшем он овладевает объединением трех, четырех и большего количества слов в предложении. Таким образом, связь элементов ситуации и соответствующих им словесных знаков представляет собой специфическую операцию, формирующуюся постепенно и опирающуюся на сукцессивный синтез.

С.С. Мнухин, изучая нарушения письма и чтения, пришел к выводу о том, что они сопровождаются рядом расстройств. Исследователь назвал их нарушениями структурообразования. Дети не могут перечислить по порядку дни недели, месяцы, времена года, алфавит, хотя они их знают. Это указывает на затруднение и замедление у них процессов рядообразования и рядоговорения. Причем ошибки наблюдаются даже после много-

кратного воспроизведения рядов. Такие проявления в настоящее время обозначаются как *нарушение сукцессивных функций*.

Сукцессивные функции — операции различения, запоминания и воспроизведения временных и пространственных последовательностей, вербальных стимулов, действий, символов, звуковых ритмов, изображений, предъявленных в определенной последовательности [3]. Можно считать, что они — единство нескольких высших психических функций: восприятия, памяти, мышления, составляющих функциональный базис для развития и усвоения навыков письма и чтения.

В онтогенезе на сукцессивном анализе основывается формирование симультанных процессов. Симультанное и сукцессивное восприятие мира работает во взаимодействии. Отражение мира может быть построено на основании анализа стимулов, либо поступающих во временной последовательности (сукцессивно), либо поступающих одновременно (симультанно). Известно, что оба эти способа в индивидуальном опыте существуют во взаимодействии, но выделяют виды деятельности, которые преимущественно связаны с одним из них. Поэтому слуховое восприятие речи — процесс сукцессив-

ный, а зрительное восприятие предметов — симультанный.

Структура «глаз — мозг» действует в двух режимах: симультанном (панорамный быстрый обзор) и сукцессивном (постепенное детальное восприятие информации). При симультанном восприятии она мгновенно воспринимает большое количество информации. Узнавание осуществляется сразу, за счет молниеносного совпадения образа предмета, который находится в памяти, и объекта, наблюдаемого в момент опознавания. Если этого не случается, включается осмысленное и развернутое припоминание, а сукцессивное узнавание происходит постепенно при помощи мысленного сравнения, сопоставления признаков объекта, запечатленных в памяти и воспринимаемых при узнавании.

На начальных этапах обучения любое умение осваивается поэлементно, сукцессивно, а затем воспроизводится целостно, одновременно, симультанно. В норме, при условии, что сукцессивные функции развиты, процесс симультанизации протекает достаточно легко [4].

У детей с ОВЗ недостаточны сформированы сукцессивные функции. Проявляется это в связных высказываниях дошкольников, которые не могут

спланировать свое высказывание, вследствие чего нарушаются последовательность слов, причинно-следственные связи. Особенно это проявляется в монологической речи детей данной категории (в рассказе по серии сюжетных картинок, в пересказе без наглядной опоры). В пересказах дошкольников с СНР можно отметить трудности в воспроизведении всех смысловых звеньев в заданной последовательности, проблемы в удержании обобщающей сюжетной линии на протяжении всего пересказа. Прослеживаются бедность словарного запаса, повторение аграмматичных конструкций. Это доказывает актуальность изучаемой нами проблемы и определяет необходимость междисциплинарного подхода к ее решению.

С целью определения влияния сукцессивных процессов на формирование навыка пересказа у дошкольников с СНР мы провели экспериментальное исследование. Программа психолого-педагогического эксперимента состояла из двух блоков заданий, направленных на определение уровня сформированности сукцессивных процессов (слухоречевая память, линейная память, воспроизведение временных последовательностей событий,

установление последовательностей времен года, дней недели, удержание в памяти плана действий в заданной последовательности и его реализация) и определение способности к самостоятельному пересказу с опорой и без опоры на картинно-графический план.

Результаты проведенного исследования позволили сделать вывод о том, что у детей с СНР имеются специфические особенности уровня сформированности как успешивных процессов, так и навыка пересказа. Дети с общим недоразвитием речи испытывали большие трудности в установлении причинно-следственных связей при запоминании и воспроизведении слов в заданной линейной последовательности, с трудом могли определить последовательность событий, не могли удержать в памяти словесные ряды, содержащие смысловую организацию.

Полученные результаты позволили доказать прямую зависимость между степенью сформированности навыка пересказа у детей с СНР и уровнем сформированности успешивных процессов. Это показывает необходимость применения комплексного подхода к разработке содержания коррекционно-логопедической работы.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Мышление и речь. 5-е изд., испр. М., 1999.
2. *Глухов В.П.* Комплексный подход к формированию связной речи у детей дошкольного возраста с нарушениями речевого и познавательного развития: Моногр. М., 2013.
3. *Корнев А.Н.* Нарушения чтения и письма у детей: Учеб.-метод. пособие. СПб., 1997.
4. *Корсакова Н.К., Московичюте Л.И.* Клиническая нейропсихология. М., 1988.
5. *Лалаева Р.И.* Логопатопсихология: Учеб. пособие для студентов / Под ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. М., 2011.
6. *Леонтьев А.А.* Основы психолингвистики. 3-е изд. М.; СПб., 2003.
7. *Лурия А.Р.* Язык и сознание / Под ред. Е.Д. Хомской. 2-е изд. М., 1998
8. *Тишина Л.А.* Междисциплинарный подход к проблеме анализа текста у учащихся с ограниченными возможностями здоровья // Межотраслевые подходы в организации обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья. М., 2014.
9. *Филичева Т.Б.* Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста: Моногр. М., 2000.
10. *Фотекова Т.А.* Сочетание нарушений познавательной и речевой сфер в структуре дефекта у детей с общим недоразвитием речи // Дефектология. 1994. № 2.

Первый год жизни: этапы роста и развития

Голубева В.А.,

*педагог-дефектолог, медицинский работник
ООО «Медицинский центр “Невро-Мед”», Москва*

Аннотация. В статье рассказывается о развитии ребенка первых шести месяцев. Даются советы родителям по своевременной помощи малышу с учетом физиологических особенностей его организма.

Ключевые слова. Моторное развитие, сенсорное развитие, социальное развитие, ранний возраст.

Педагогическое воздействие в раннем возрасте должно быть правильным, своевременным, профессиональным, а главное, корректным.

Предложенные далее вашему вниманию нормативы развития ребенка первого года жизни снабжены рекомендациями по своевременной помощи ребенку с учетом физиологических особенностей человеческого организма. Необходимо сделать оговорку относительно гибкости нормы: в каждом конкретном случае можно увидеть либо превышение, либо запаздывание развития. Но когда запаздывание отмечается сразу в нескольких аспектах, это свидетельствует о проблеме.

Первый этап развития — первый триместр жизни

Первый месяц жизни

Моторное развитие — ребенок поднимает подбородок, лежа на животе; отталкивается ногами от рук родителей; удерживает голову вертикально несколько секунд; отмечаются движения «убегания» при стесняющих движениях (при прикосновении какого-то предмета к лицу, например ватного шарика, уклоняется, отворачивая голову).

Актуально!



Социальное развитие — ребенок кратковременно фиксирует взгляд на предмете; ищет потенциальный источник пищи, успокаивается на руках; реагирует на родителей, отличает их от чужих людей.

Слух и речь — ребенок вздрагивает от резких звуков; успокаивается от обращенной к нему речи или от звука погремушки; гулит больше, чем плачет.

Глаза и руки — ребенок несколько секунд следит глазами за движущимся предметом; смотрит на лицо родителей или на игрушку; смотрит на колокольчик, который звенит прямо перед ним.

Способность к игре — сжимает пальцы родителей; тянет руки в рот.

Второй месяц жизни

Моторное развитие — ребенок уверенно поднимает голову; лежа на животе, держит голову в вертикальном положении.

Социальное развитие — ребенок улыбается родителям.

Слух и речь — ребенок слушает колокольчик; поворачивает голову к шуму.

Глаза и руки — ребенок прослеживает за колокольчиком, игрушкой, лицом взрослого в горизонтальном направлении; пристально разглядывает яркий предмет.

Способность к игре — ребенок энергично двигает ручками; на-

правляет руку к погремушке, совершая размашистые движения.

Третий месяц жизни

Моторное развитие — ребенок энергично брыкается; длительно удерживает приподнятую голову в положении на животе.

Социальное развитие — наблюдается устойчивый «комплекс оживления» — малыш узнает родителей (реагирует улыбкой, голосом), появляется реакция на исчезающий объект (поворотом головы малыш реагирует, когда из его поля зрения пропадает объект, на котором он раньше был сосредоточен).

Слух и речь — ребенок гулит, произносит разные звуки; поворачивает голову в сторону источника звука.

Глаза и руки — увеличивается зрительное поле (у ребенка отмечается не только горизонтальное, но и вертикальное прослеживание, а также прослеживание по кругу — приблизительно на расстоянии и в радиусе 40 см), малыш оглядывается.

Способность к игре — ребенок удерживает вложенный в руку предмет до 10 с; пытается ухватить подвешенную к кровати игрушку.

Анализируя результаты развития ребенка в первые 3 мес. жизни, обратим внимание на то, что основной задачей *моторного*

развития служит формирование контроля за движениями головы. Если к концу 2 мес. ребенок не держит уверенно голову, необходимо немедленно проконсультироваться с врачом.

Если врач не найдет серьезных проблем, можно делать следующее упражнение. Ребенок лежит на животе. Взрослый подносит к его лицу ватный шарик и начинает щекотать нос и щеки. Если ребенок не отреагирует на этот слабый сенсорный раздражитель, силу воздействия можно увеличить. Упражнение повторяют несколько раз в день.

Очень важно дождаться ответной реакции. Это относится не только к предложенному упражнению, но и ко всем занятиям. Иногда реакции приходится ждать несколько часов, а то и дней.

Основной задачей *социального развития* служит формирование «комплекса оживления». Если к концу 3 мес. у ребенка нет реакции на родителей, нужно обратиться к врачу.

Основная задача развития *слуха и речи* — формирование поворота головы в сторону источника звука. Если ребенок не поворачивает ее, не реагирует на звук, нужно проконсультироваться с отоларингологом.

Если врач не найдет серьезных проблем, связанных со слухом, можно делать следующее упраж-

нение. Ребенок лежит на спине. Взрослый гремит погремушкой у уха ребенка так, чтобы он не видел ее. Другой рукой он поворачивает голову малыша в сторону звука. Важно одобрять действия ребенка. Главное — добиться того, чтобы он сам стал поворачивать голову.

Основной задачей формирования *зрительного восприятия* на данном этапе служит расширение зрительного поля. Естественно, перед этим ребенок должен научиться фиксировать взгляд на каком-либо предмете.

Если малыш хорошо фиксирует взгляд, но не прослеживает его за предметом, можно попытаться научить его этому. На расстоянии 20—40 см помещается игрушка, и к ней привлекается внимание малыша. Далее взрослый начинает проводить игрушкой в горизонтальном направлении, ища то место, до которого ребенок может следить за ней, не поворачивая головы. Не стоит расширять зрительные поля сразу во всех направлениях. Сначала младенец следит за предметами в горизонтальной плоскости, затем — в вертикальной и только потом — по окружности. И зрительный стимул нужно предъявлять сначала в горизонтальном направлении, и только потом во всех остальных.

Очень хорошо с целью расширения зрительных полей вешать над головой малыша игрушку —

карусельку. Яркие цвета и приятная мелодия обязательно привлекут к себе внимание ребенка.

Основные задачи развития *игровой деятельности* ребенка на данном этапе — формирование представлений об игрушке как об интересном объекте и умений находить и удерживать ее.

С ребенком обязательно нужно играть.

Второй этап развития — второй триместр жизни

Четвертый месяц жизни

Моторное развитие — ребенок при купании активно отталкивается ножками; поднимает голову и грудь, лежа на спине и животе; перекачивается с боку на спину; поднимается и удерживается на локтях.

Социальное развитие — ребенок реагирует на взгляд улыбкой или гулением; радуется, когда с ним играют; перестает плакать, когда с ним разговаривают; сопротивляется при попытке отнять игрушку.

Слух и речь — ребенок ищет глазами источник звука; гулит, если к нему обращаются; слушает музыку.

Глаза и руки — ребенок переводит взгляд с объекта на объект; следит за колокольчиком по кругу; взглядом исследует новый предмет; длительно удерживает

игрушку; исследует свои руки, волосы, лицо.

Способность к игре — ребенок играет со своими руками; удерживает в руках кубик; отталкивает игрушку; положительно реагирует на организованную игру в прятки; узнает любимую игрушку и реагирует на нее.

Пятый месяц жизни

Моторное развитие — ребенок перекачивается с боку на бок; играет с большим пальцем на ногах, убирает с лица мешающую пеленку; лежит на животе с опорой только на ладони.

Социальное развитие — ребенок поворачивает голову в сторону говорящего или поющего.

Слух и речь — ребенок гулит и прекращает плакать при звуке музыки; лепечет, обращаясь к человеку.

Глаза и руки — ребенок хватает раскачивающуюся игрушку, формируется связь: глаз — рука, хватает предмет, который ему протягивают.

Способность к игре — ребенок проявляет интерес к коробочкам, берет кубик со стола; размахивает игрушкой, которая находится у него в руке.

Шестой месяц жизни

Моторное развитие — появляется реакция ползания, ребенок подгибает коленки; сидит со сла-

бой поддержкой; пытается сесть при поддержке взрослого, делает уверенный поворот со спины на живот и с живота на спину.

Социальное развитие — ребенок тянется к взрослому, просит, чтобы его взяли на руки; держит ложку; пробует сесть при манящих жестах взрослого; дифференцирует эмоции близких людей.

Слух и речь — ребенок манипулирует колокольчиком; произносит четыре и более звуков.

Глаза и руки — ребенок играет с игрушкой, трясет ее, разглядывает; следит за человеком, который ходит по комнате; перекладывает предмет из одной руки в другую.

Способность к игре — ребенок играет с погремушкой; держит два кубика.

Во вторые 3 мес. жизни ребенок начинает перекачиваться с боку на бок, перекладывает предмет из одной руки в другую, играет со своими руками, держит в руках два кубика. Все это свидетельствует об активном созревании межполушарных связей. Зрелость данных связей позволяет в дальнейшем ползать, уверенно ходить, бросать и ловить двумя руками мяч, разбирать и собирать пирамидку, играть на фортепьяно и ездить на велосипеде и многое другое. Человеку с незрелостью межполушарных связей может быть недоступны очень многие подобные операции.

Поэтому, если к полугоду ребенок не переворачивается, не перекладывает предмет из одной руки в другую, необходимо обратиться к врачу-невропатологу.

Дома в этом случае можно делать простые упражнения.

- Ребенок лежит на спине. Взрослый сгибает в колене его правую ногу под прямым углом и заводит колено в левую сторону так, чтобы оно касалось стола. Данное положение вынудит ребенка перевернуться на живот. Затем то же делают в другую сторону. На начальном этапе можно слегка помогать ребенку, подталкивая его под ягодицу. Необходимо дожидаться, когда он начнет поворачиваться самостоятельно.

- Взрослый привлекает внимание ребенка яркой игрушкой. Она предъявляется с правой стороны. При этом правая рука ребенка придерживается. Он вынужден потянуться к игрушке левой рукой. Упражнение повторяется несколько раз с обеих сторон. Взрослый может помогать младенцу, подтягивая его ручку к погремушке. Постепенно помощь должна стать меньше. Ребенок должен легко и с удовольствием дотягиваться до игрушки.

Если ребенок хватается за игрушку, которую ему протягивает взрослый, это свидетельствует о формировании очень важной для дальнейшего развития связи между

глазом и рукой. Нам кажется само собой разумеющимся, что когда мы пишем, вырезаем и т.д., глаза контролируют движения руки. Как это не парадоксально, в последнее время очень часто встречаются дети, у которых вышеназванная связь по тем или иным причинам не формируется. Заметить это родители могут уже во втором триместре жизни ребенка. Что можно сделать в этом возрасте?

Во-первых, обратиться к невропатологу и офтальмологу. Возможно, причина этого кроется в соматическом нарушении.

Во-вторых, можно делать простое упражнение. Ребенка кладут на спину. Взрослый показывает ему яркую погремушку, привлекает внимание к ней и смотрит, на каком расстоянии он ее увидит, зафиксировать на ней взгляд. Далее ребенок захватывает погремушку или дотрагивается до нее. Необходимо следить за тем, чтобы малыш обратил внимание не только на погремушку, но и на свою руку. Для достижения этой цели рука ребенка сжимается постепенно, помощь взрослого становится все меньше и меньше (сначала ребенок учится сам захватывать игрушку, взрослый только придерживает ладонь и локоть; далее он придерживает только ладонь и т.д.). Упражнение считается выполненным, если ребенок сам поднесет игрушку к глазам и нач-

нет ее рассматривать. Сколько придется ждать результата? Этого никто не знает. Одни осваивают новый навык за несколько дней, другие за несколько месяцев. Залог родительского успеха — терпение и ежедневный труд.

Умение держать ложку — еще один навык, который формируется в этот период. Это не моторный, а социальный навык. Пока взрослый не вложит ребенку ложку в руку, он сам ее, скорее всего, не возьмет. К сожалению, очень часто встречаются дети, особенно с проблемами в развитии, которых родители кормят в 6 лет и более. Первый шаг к самостоятельному приему пищи — вложить в руку ребенка ложку во время кормления кашей или фруктовым пюре уже в 5—6 мес. Если малыш удерживает ложку, нужно похвалить его, обратить внимание, что такая же ложка есть и у вас, говорить о том, что вы теперь едите вместе. С помощью этих нехитрых действий можно не только научить ребенка самостоятельно есть, но и сформировать у него желание подражать. Даже если у малыша есть проблемы в развитии, очень важно научить его самостоятельно есть, хотя, конечно, на это уйдет намного больше времени, нежели на формирование такого же навыка у нормально развивающегося ребенка.

Как лечились на Руси

Романова И.В.,

преподаватель ГБПОУ № 15, Москва

Аннотация. В статье рассматриваются народные методы лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний у детей, целебные свойства растений и продуктов питания в Древней Руси.

Ключевые слова. Народные методы лечения, профилактика, лекарственные растения.

Лечением в Древней Руси занимались знахари, а также монахи. Однако и на членах семьи лежала ответственность за здоровье детей, чтобы они смогли выжить в суровых условиях. Существовали и народные способы лечения.

Наши предки жили в условиях леса и лесостепи и были тесно связаны с природой, наблюдали за жизнью растений и животных. Они знали, какое растение от каких болезней помогает, и использовали их для лечения. Народные методы и приемы лечения были разнообразны и достаточно эффективны. В основном использовались лекарственные растения и настойки из них, травяные сборы.

Нам интересны старинные методы лечения и профилактики детских заболеваний. Рассмотрим, какие растения при каких болезнях использовались, осо-

бенности приготовления травяных сборов. Эти знания формировались годами и передавались из поколения в поколение.

По мнению специалистов, наиболее часто у детей встречаются простудные заболевания, расстройства желудка, болезни зубов и десен, астения. Именно на лечение этих заболеваний мы и обратим внимание.

Издавна наши предки собирали в лесу, а также выращивали в своих садах малину и смородину. Эти растения эффективны при простудных заболеваниях, ангине и бронхите. Терапевтическое действие малины и смородины обусловлено высоким содержанием витаминов и микроэлементов.

Малина или ее стебли (в том числе и сухие) помогает снизить температуру, их можно заваривать как чай и принимать по мере необходимости при соблюдении постельного режима или перед

сном. Настоем ягод малины можно также полоскать горло.

Черная смородина помогает быстрее справиться с простудой и высокой температурой за счет высокого содержания витамина С, восстанавливает силы и используется как витаминное средство.

При заболеваниях горла и при стоматите можно использовать настой листьев и стеблей черной смородины. 2 ст. л. сухой смеси заливают 1 стаканом кипятка, настаивают в течение 30—40 мин, затем процеживают.

Для приготовления витаминного чая из черной смородины при простудных заболеваниях и для укрепления иммунитета 1—2 ст. л. ягод и (или) листьев заливают 2 стаканами кипятка, настаивают 20—30 мин и пьют.

Часто для лечения ангины применяли ржаной хлеб. Брали кусок хлеба, срезали тонкую корочку и, положив ее на ткань, обдавали кипятком. Давали немного остыть и прикладывали корочку хлебом к коже на переднюю часть шеи, завязав шерстяным шарфом. Компресс оставляли на всю ночь. Утром симптомы ангины ослабевали.

Достаточно часто у детей встречаются расстройства желудка, вызванные различными причинами. Наши предки не могли выяснять их, но использовали простые и до-

статочно эффективные средства. Отвар овса применялся при рвоте и поносе. Также при поносе давали горелую корку ржаного хлеба.

Для профилактики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта использовали березовые угольки, которые охлаждались, и дети их проглатывали. Березовый уголь содержит много микроэлементов и служит адсорбентом.

Для очищения и укрепления зубов и десен наши предки жевали смолу лиственных и хвойных деревьев и, в большинстве своем, не страдали заболеваниями зубов. Если все-таки зубы начинали портиться и болеть, дети и взрослые ели ложками из осиновой древесины.

При болезнях зубов и десен помогала рябина. Отваром рябиновых почек полоскали рот для укрепления десен. Кора и молодые ветки этого дерева помогали при зубной боли, их отваром несколько раз в сутки полоскали зубы.

Несмотря на здоровую среду обитания, иногда рождались хилые и ослабленные дети. Наши предки издавна подметили полезные свойства ряда продуктов и им в этом случае отдавали предпочтение.

Основным продуктом питания детей и взрослых был ржаной хлеб. Мать, пожевав хлебный мякиш и замотав его в тряпочку, делала соску для младенца. Если

ребенок хотел есть в перерывах между едой, ему давали кусок ржаного хлеба. Он обладает высокой насыщаемостью, а потому приносит быстрое чувство сытости. Современные исследования показали, что витамины, микроэлементы и вещества, содержащиеся в ржаном хлебе, полезны при многих заболеваниях. В отличие от белого, он благотворно влияет на организм, укрепляет его.

Гречка всегда была на столе русского человека. Особенно усиленно ею кормили ослабленных детей. Употребление гречневой каши увеличивает мышечную силу и выносливость, повышает сопротивляемость организма ко многим болезням. Незаменимые аминокислоты и белок, которые в ней содержатся, усваиваются лучше, чем содержащиеся в мясе. Гречка — природный иммуностимулятор благодаря высокому содержанию в ней фолиевой кислоты.

Растением, позволявшим вырастить детей крепкими и здоровыми, был и овес. Он улучшает умственную деятельность, поэтому его постоянно давали детям в виде каш и отваров. О последних нужно сказать отдельно.

Пользу овсяного отвара трудно переоценить. В нем содержатся различные аминокислоты, микроэлементы, белки, жиры, крахмал, витамины, эфирные

масла. Именно поэтому отвар овса давали ослабленным детям для укрепления здоровья.

С лета до зимы, бегая и играя, дети грызли яблоки и морковь. Сочные и сладкие яблоки были лакомством, но наши предки отмечали и его целебные свойства. Благодаря уникальному составу (содержанию витаминов С, В₁, В₂, Р, Е, каротина, калия, железа, марганца, кальция, пектинов, сахара, органических кислот и важнейших микроэлементов) они помогают при авитаминозе, пониженной сопротивляемости организма к заболеваниям, малокровии.

Морковь особенно необходима детям. Ее полезные свойства известны издревле. Употребление в пищу моркови повышает сопротивляемость организма к инфекциям. Морковный сок укрепляет нервную систему, дает силы и энергию. Детям давали сырую морковь, что укрепляло десны и улучшало структуру зубов. Было замечено, что она способствует росту ребенка.

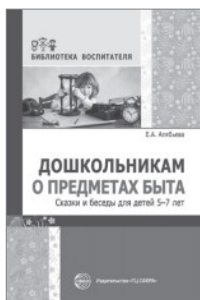
Сейчас мы знаем, что морковь — самый богатый источник витамина А, который организм быстро усваивает. В ее соке содержится большое количество витаминов В, С, D и Е, поэтому он укрепляет организм. В старину кормящие матери для улучшения качества молока ели морковь и пили морковный сок.

НОВИНКИ СЕНТЯБРЯ 2017 ГОДА

**ОРГАНИЗАЦИЯ РЕЖИМНЫХ ПРОЦЕССОВ В ДОО****Методическое пособие**

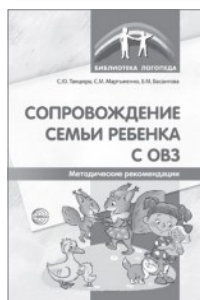
Автор — Зибзецева В.А.

В пособии представлены методические рекомендации по организации режимных процессов в ДОО. Описаны особенности организации образовательного процесса в ДОО в условиях федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования. Основная цель пособия — оказание методической помощи воспитателям по организации и планированию.

**ДОШКОЛЬНИКАМ О ПРЕДМЕТАХ БЫТА****Сказки и беседы для детей 5—7 лет**

Автор — Алябьева Е.А.

В книге представлены авторские познавательные сказки для детей 5—7 лет. Они знакомят с разными видами бытовой техники, домашних измерительных приборов, мебели и других бытовых предметов, окружающих ребенка каждый день, и их историей. Сказки помогают детям понять, что такое время, что у любого предмета есть прошлое и настоящее. Сказочные сюжеты и образы делают истории более понятными и близкими для детей.

**СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ РЕБЕНКА С ОВЗ****Методические рекомендации**

Авторы — Танцюра С.Ю., Мартыненко С.М., Басангова Б.М.

В книге содержится теоретический и практический материал по сопровождению семей детей с ограниченными возможностями здоровья, раскрывается значение сотрудничества специалистов с родителями воспитанников. Представлены тренинги для родителей, игры и упражнения для детей с нарушением развития, рекомендации по их воспитанию.

**ТЕХНОЛОГИЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ 5—6 ЛЕТ**

Авторы — Токаева Т.Э., Кустова Л.Б.

Данное учебно-методическое пособие по воспитанию ребенка 5—6 лет как субъекта физкультурно-оздоровительной деятельности является методическим обеспечением парциальной программы дошкольного образования по физическому развитию детей 3—7 лет «Будь здоров, дошкольник».

НОВЫЙ САЙТ — НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ!

Интернет-магазин
www.sfera-book.ru



НА НОВОМ 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**



« _____ »

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
Комплект для руководителей ДОО (полный): журнал «Управление ДОО» с приложением (5); журнал «Методист ДОО» (1), журнал «Инструктор по физкультуре» (4), журнал «Медработник ДОО» (4); 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.	36804 Подписка только в первом полугодии	39757 Без рабочих журналов	10399 Без рабочих журналов
Комплект для руководителей ДОО (малый): журнал «Управление ДОО» с приложением (5) и «Методист ДОО» (1)	82687		
Комплект для воспитателей: журнал «Воспитатель ДОО» с библиотекой (6)	80899	39755	10395
Комплект для логопедов: журнал «Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом (5)	18036	39756	10396
Журнал «Управление ДОО» (5)	80818		
Журнал «Медработник ДОО» (4)	80553	42120	
Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)	48607	42122	
Журнал «Воспитатель ДОО» (6)	58035		
Журнал «Логопед» (5)	82686		
Для самых-самых маленьких: для детей 1—4 лет	ДЕТСКИЕ издания	34280	16709
Мастерилка: для детей 4—7 лет		34281	16713

Чтобы подписаться на все издания для специалистов дошкольного воспитания Вашего учреждения, вам потребуется **три индекса:**
36804, 80899, 18036 — по каталогу «Роспечать»

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!

- Гипертензионно-гидроцефальный синдром у детей
- Остеопатия и проблемы развития ребенка
- Гигиена двигательной активности дошкольников
- Профилактика формирования зависимого поведения у старших дошкольников

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ», книги оздоровительной тематики в интернет-магазине www.tc-sfera.ru. В Москве можно заказать курьерскую доставку изданий по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, e-mail: sfera@tc-sfera.ru. (В заявке укажите свой точный адрес, телефон, наименование и требуемое количество.)



«Медработник ДОУ»
2017, № 6 (74)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

2008 .

8

77-28788

13 2007 .

« — 80553,

36804 (),

« — 42120,

39757 (),

« — 10399 ().

: 129226,

, .18, .3.

/ : (495) 656-70-33, 656-73-00.

E-mail: dou@tc-sfera.ru

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

. (495) 656-75-05, 656-72-05

25.09.17.

60×90¹/₁₆. . . 8,0.

©

« . . . », 2017
 © . . . , 2017



4 607 091 440 263 8 0 0 7 2

СОЗДАЕМ МИР ЧИСТОТЫ И ЗДОРОВЬЯ

ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПЛАКАТЫ

Яркие, красочные, формата А2



Особенность ребенка-дошкольника — преобладание предметного и наглядно-образного мышления. Поэтому наглядные пособия необходимы для полноценного развития ребенка.

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3

Тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05, 656-70-33

E-mail: sfera@tc-sfera.ru. Сайты: www.tc-sfera.ru, www.sfera-podpiska.ru

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru



ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ЗДОРОВЬЕ ДОШКОЛЬНИКОВ

Серия «Будь здоров, дошкольник!» включает в себя книги по физическому развитию и воспитанию дошкольников, а также физкультурно-оздоровительной и здоровьесберегающей деятельности в работе с детьми.



Закажите на www.sfera-book.ru

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва,

ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3

Тел.: (495) 656-75-05, 656-73-00, 656-70-33

E-mail: sfera@tc-sfera.ru

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

Интернет-магазин: www.sfera-book.ru

