



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№8/2017



**Биоритмы
и нарушение
биоритмической
активности**

**Взгляд невролога
на развитие детей
1—3 лет**

**Гигиена сердечно-
сосудистой системы**

**Малыш и вода:
раннее плавание**

**Психологическая
поддержка ребенка
с ОВЗ**



ГОСТЬ НОМЕРА

**Наталья
Сергеевна
ДЕМИКОВА**

СОБЛЮДАЕМ РЕЖИМ ДНЯ В ДЕТСКОМ САДУ



Комплект стендов
(4 стенда, 325×235 мм,
с карманом формата А5)

Стенд. Режим дня.
(325×235 мм, с карманом формата А5)



Ширмочка. Информация для детей и родителей
(1800×280 мм, 9 листов формата А4)



Ширмочка информационная с буклетом
(1000×330 мм, с пластиковым карманом
и буклетом формата А4)



Закажите на www.sfera-book.ru

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Адрес: 129226, Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, к. 3

Тел.: (495) 656-72-05, 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





МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 8/2017

**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.* Наследственность и здоровье ребенка 5**ГОСТЬ НОМЕРА***Демикова Н.С.* Генетика — это актуально сегодня 6

Гигиена

ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ*Дружиловская О.В.* и др. Понятие о биоритмах, нарушение
биоритмической активности 12**ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ***Капарулина О.В., Филиппова Н.Н., Чеснокова М.М.*
Гигиена сердечно-сосудистой системы 22

Педиатрия

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ*Сапожников Я.М., Мхитарян А.С.* Возможности и значение
своевременной диагностики тугоухости у детей
раннего возраста, перенесших острый средний отит 42**ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК***Азаренко Т.Д.* Малыш и вода: раннее плавание 50**РЕАБИЛИТАЦИЯ***Колягина В.Г.* Музыкаотерапия в психолого-педагогической
работе с дошкольниками с ОВЗ 57**КОНСУЛЬТАЦИЯ ПЕДИАТРА***Джиганшина Ф.И.* Взгляд невролога на развитие
детей 1—3 лет 63

ЛЕКОТЕКА

Римская Е.С. Речь ребенка на втором году жизни. Консультация для родителей.....	69
------------------------------------------------------------------------------------	----

Педагогика

РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

Лукашина И.А. Значение правильного режима дня для здоровья детей	72
---------------------------------------------------------------------------	----

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Миронова М.Н. Новая «культура» против ребенка: «группы смерти».....	76
------------------------------------------------------------------------	----

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА

Коваленко О.М. Коррекция антонимических связей и отношений графическими средствами у старших дошкольников с ЗПР	92
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОПИЛКА

Поликарпова Л.А. Домашние животные. Занятие по ознакомлению с окружающим миром и развитию речи для детей 4—5 лет с ЗПР	105
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Актуально!

ЭТО ИНТЕРЕСНО

Романова И.В. Императрица Екатерина II: наставления о воспитании здоровых внуков.....	110
------------------------------------------------------------------------------------------	-----

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ

Указатель статей журнала «Медработник ДОУ» за 2017 год.....	116
----------------------------------------------------------------	-----

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?	41
------------------------------	----

КНИЖНАЯ ПОЛКА	56, 123
----------------------------	---------

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

АНОНС	128
--------------------	-----

Уважаемые коллеги!

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

Здесь представлен весь ассортимент издательства «ТЦ Сфера», предоставлена 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

Всемирная конфедерация подводной деятельности (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques, CMAS)	50	Кафедра медицинской генетики ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава РФ», Москва	6
ГБОУ «Школа № 1206», Москва	12	МБОУ НШДС ОВЗ, Мытищи Московской обл.	22
ГБОУ «Школа № 1394», Москва	72, 105	МБОУ «Школа № 32», г. Балашиха Московской обл.	22
ГБПОУ № 15, Москва	110	ОАНО МОШ «Интеграция XXI век», Москва	12
ГБУЗ «ДГП № 148 ДЗМ», Москва	63	ООО «РЦ Три сестры», д. Райки Щелковского р-на Московской обл.	12
Департамент здравоохранения Москвы	6	ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского», г. Калуга	76
ДО ГБОУ «Школа № 1394», Москва	69	ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет им. К.Э. Циолковского», Москва	57
Кафедра анатомии, физиологии и клинических основ дефектологии Института детства ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва	12	ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», Москва	42
Кафедра логопедии НОУ ВО «Московский психолого-социальный университет», Москва	92	ЦРР «Перспектива», г. Мытищи Московской обл.	22
<hr/>			
Азаренко Татьяна Дмитриевна ..	50	Мхитарян Анна Суриковна	42
Демикова Наталия Сергеевна	6	Поликарпова Людмила Александровна	105
Джиганшина Фаина Исаевна	63	Прошкина Екатерина Алексеевна	12
Дружиловская Ольга Викторовна	12	Римская Екатерина Самвеловна	69
Земцева Наталья Владимировна	12	Романова Ирина Валерьевна ..	110
Капарулина Ольга Викторовна ..	22	Савкова Регина Сабировна	12
Коваленко Оксана Михайловна	92	Сапожников Яков Михайлович ..	42
Колягина Виктория Геннадьевна	57	Филиппова Наталья Николаевна	22
Лукашина Ирина Алексеевна	72	Чеснокова Марина Михайловна	22
Миронова Марина Николаевна ..	76		

Наследственность и здоровье ребенка

Состояние здоровья человека зависит от многих факторов: его образа жизни, биологической конституции организма, окружающей среды, качества здравоохранения и многого другого.

В последнее время, когда значительно улучшилась система здравоохранения, и успешно лечатся различные заболевания, остро встала проблема наследственности. Наследственные факторы важны во все периоды жизни человека, особенно в детском возрасте, поскольку в процессе развития ребенка раскрываются основные этапы его генетической программы. Большинство наследственных заболеваний в практике специалистов встречаются редко, однако некоторые наблюдаются достаточно часто (один случай на 500—1000 новорожденных).

Клиническая практика показывает большое значение знаний о молекулярно-генетических нарушениях для диагностики и профилактики наследственных болезней. Если раньше для их профилактики рекомендовали воздерживаться от деторождения, то сейчас генные инженеры разрабатывают диагностические зонды, позволяющие обнаружить генетические аномалии не только у родителей, но и у плода.

Наследственные болезни длительное время не поддавались лечению, но сегодня большинство из них можно лечить методами генотерапии. На страницах этого журнала рассматривается актуальная проблема влияния наследственности на здоровье.

Роль педагога в помощи детям с наследственными заболеваниями и членам их семей трудно переоценить. Убедить родителей в необходимости медико-генетической консультации и разработать индивидуальный образовательный маршрут ребенка — задачи дефектолога и других специалистов. В консультации врача-генетика нуждаются семьи, в которых наследственное заболевание есть у одного из супругов или у кого-то из родственников. Кроме того, медико-генетическое консультирование показано, когда при наличии сходных заболеваний или симптомов у нескольких членов семьи можно предположить наследственные проблемы.

Уважаемые читатели! В нашем журнале есть рубрика «Письмо в редакцию». На ваши вопросы относительно наследственности ответят врачи-генетики. Ждем ваших писем!

Главный редактор журнала О.В. Дружиловская

Генетика — это актуально сегодня

Демикова Наталия Сергеевна,

д-р мед. наук, врач-генетик, профессор кафедры медицинской генетики ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава РФ», главный внештатный специалист по медицинской генетике Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Наталия Сергеевна, верно ли, что сегодня генетика — передовое направление научного знания о человеке?

Генетика — одна из фундаментальных наук естествознания, изучающая такие свойства живой природы, как наследственность и изменчивость. Под наследственностью мы понимаем способность организмов передавать свои признаки потомству, благодаря чему у него сохраняются характерные черты вида. А изменчивость означает возможность появления новых, не характерных для родительского поколения признаков. Благодаря этому качеству в природе даже внутри одного вида существует большое разнообразие признаков. Несмотря на то что наследственность и изменчивость — два противоположных качества, они определяются одними и теми же структурами клетки: генами и хромосомами. Напомню, что ген — единица наследствен-

ности, представляющая собой участок молекулы ДНК, отвечающий за определенный признак. Эта молекула находится в хромосоме. Всего у человека в ядре любой клетки 46 хромосом, кроме половых клеток, в которых их в два раза меньше.

Причиной изменчивости служат мутации — случайные изменения наследственных структур клетки, и их последствия непредсказуемы. Они могут быть положительными, и тогда изменения закрепляются, передаются из поколения в поколение, определяя эволюцию вида. Однако мутации могут быть и вредными для организма. В таком случае они служат причинами заболеваний.

Насколько генетика определяет состояние здоровья человека?

Современная генетика — сложная наука, в которую входит генетика человека, изучающая наследование и изменчивость всех признаков, а также меди-

цинская генетика, исследующая роль наследственных факторов на развитие нормальных и патологических признаков у человека. Основной раздел медицинской генетики составляет клиническая, изучающая причины, механизмы развития, симптомы наследственных болезней, разрабатывающая методы диагностики, лечения и профилактики этих болезней.

Наследственные, или генетические, болезни — заболевания, возникающие в результате изменений (мутаций) в наследственном аппарате клетки (в генах или хромосомах). Я как раз занимаюсь клинической генетикой и медико-генетическим консультированием, поэтому эти проблемы мне наиболее близки и интересны. Если говорить о статистике наследственных болезней, то примерно 5—6% детей рождаются с теми или иными наследственными заболеваниями. Наследственные болезни, несмотря на их название, не всегда наследуются. Если мутация произошла впервые (новая мутация), то и заболевание возникает в семье в первый раз, но по своей природе оно наследственное, поскольку появилось в результате мутации наследственных структур клетки. Наследственные болезни в большинстве случаев врожденные, т.е. симптомы заболевания

формируются еще до рождения или сразу после него. Однако есть наследственные болезни, проявляющиеся гораздо позже, даже в пожилом возрасте.

В зависимости от уровня организации наследственного материала, на котором произошла мутация, выделяют хромосомные (изменения числа или структуры хромосом) и генные болезни (мутация в пределах одного гена). Кроме того, существует большая группа так называемых многофакторных, или мультифакториальных, болезней, в происхождении которых принимают участие как наследственные, так и средовые факторы.

Таким образом, генетические факторы в большей или меньшей степени участвуют в развитии многих болезней. Задачи генетиков — изучение и выявление этих факторов, что важно для диагностики, лечения и профилактики наследственных болезней.

Генетика — динамичная, быстро развивающаяся область, в которой используются разнообразные современные методы исследований. Это так?

Да, все верно. В настоящее время генетика располагает широким спектром лабораторных методов диагностики наследственных заболеваний. В связи с этим мы имеем возможность установить точный диагноз. Ди-

агностике поддаются все хромосомные болезни, даже те, при которых хромосомные нарушения нельзя увидеть под микроскопом и можно выявить только с помощью современных молекулярно-цитогенетических методов.

В 2003 г. был полностью расшифрован геном человека, теперь можно «прочитать» любой ген, состоящий из последовательного расположения отдельных его элементов — нуклеотидов. Это означает, что можно отличить «здоровый» ген от «больного». Таким образом, методы молекулярной генетики позволяют выявить причины генных болезней. Знание точной причины болезни дает возможность врачам-генетикам помочь семье предупредить появление тяжелых наследственных заболеваний, своевременно начать их лечение. Кроме того, с помощью молекулярно-генетических методов можно диагностировать скрытое носительство патологических генов. Это не опасно для самих носителей, но при наличии одинаковых генов у обоих супругов риск рождения ребенка с тяжелым наследственным заболеванием достигает 25%. В связи с этим сейчас в некоторых случаях показана диагностика носительства, что даст возможность предотвратить зачатие ребенка (первичная профилактика)

с патологическим генотипом с помощью современных методов вспомогательных репродуктивных технологий.

Насколько опасно воздействие неблагоприятных условий, например, радиации, электромагнитного излучения, неблагоприятных экологических факторов, на наследственность?

Это сложный вопрос. Могут ли внешние факторы влиять на наследственность? Выше я говорил о мутациях, возникающих спонтанно, без видимых внешних воздействий. Однако изменения, например, в хромосомах могут возникать и под их влиянием. Это явление называется индуцированным мутагенезом. К таким факторам относится радиация, при воздействии которой в больших дозах могут возникать поломки хромосом у облученных, что повышает риск возникновения определенных заболеваний (злокачественные болезни крови, например). Однако не доказано, что внешние факторы повышают частоту мутаций в половых клетках и, следовательно, увеличивают риск генетических заболеваний у потомков лиц, подвергшихся действию вредного фактора.

Доступны ли сегодня медико-генетические консультации семьям, в которых воспитыва-

ется ребенок с особенностями развития?

Медико-генетическое консультирование — вид медицинской помощи пациентам и семьям с наследственными заболеваниями. Основные его задачи — диагностика наследственных заболеваний, оценка риска наследственного заболевания в семье, профилактика и лечение таких болезней. Медико-генетическая служба в нашей стране включает медико-генетические консультации или медико-генетические центры, которые есть во всех областных городах, краях и республиках РФ.

Наиболее частой причиной обращения в медико-генетическую консультацию служит наследственное или предположительно наследственное заболевание у ребенка, т.е. родители обращаются после рождения больного ребенка (ретроспективное консультирование). Кроме того, на медико-генетическое консультирование направляются супружеские пары с бесплодием, невынашиванием беременности, повторными случаями сходного заболевания в семье. Все консультации начинаются с клинико-генеалогического анализа, т.е. сбора сведений и анализа родословной, а также осмотра и обследования пациента

и его родственников. Благодаря этому методу врачу-генетику удастся определить тип наследования заболевания в семье и оценить генетический риск, т.е. вероятность возникновения наследственного заболевания в семье. Это возможно только в том случае, если установлен диагноз заболевания.

Как я сказала выше, для диагностики наследственного заболевания используются различные лабораторные методы: цитогенетические, биохимические, молекулярно-генетические, что значительно увеличивает вероятность установления точного диагноза.

В медико-генетическую консультацию обращаются и супружеские пары еще до рождения ребенка (проспективное консультирование), если в родословной был случай наследственного заболевания или супруги — кровные родственники.

Еще одна задача медико-генетической консультации — разъяснить семье результаты проведенных исследований и генетическое заключение, дать рекомендации по профилактике повторных случаев заболевания в семье. В Москве консультирование семей, направленных врачами разных специальностей, для исключения наследственных заболеваний проводится в

медико-генетическом отделении Морозовской детской городской клинической больницы.

Можно ли вылечить наследственные болезни?

В последнее время появились довольно эффективные методы лечения наследственных заболеваний. Напомню, что результативность лечения зависит от уровня лечебного воздействия. Максимальную эффективность можно ожидать при влиянии на причину болезни. Однако для наследственных болезней говорить о таких методах с точки зрения практического применения еще рано, хотя проведено много экспериментов в области генной инженерии и генной терапии и уже разработаны методы, с помощью которых можно влиять на мутации, предотвращая их вредное воздействие. Гораздо более значительные успехи достигнуты в лечении наследственных заболеваний, механизмы развития которых известны, или если определен недостающий продукт (фермент), дефицит которого возникает вследствие мутации гена, кодирующего этот фермент. Введение недостающего фермента в организм предотвращает развитие тяжелых симптомов заболевания. Такой подход используется при лечении наследственных нарушений обмена веществ, например, мукополи-

сахаридозов. В других случаях применяется специальная диета, при которой ограничивается поступление в организм веществ, накапливающихся в избытке из-за генетического дефекта. Могут сказать, что число наследственных заболеваний, поддающихся лечению, растет. Конечно, есть и проблемы, но врачи-генетики занимаются их решением.

Наталья Сергеевна, расскажите о скрининге новорожденных.

Скрининг в диагностике наследственных заболеваний означает массовое (просеивающее) обследование широких групп населения с целью выявления заболеваний. Скрининг новорожденных — обследование с целью раннего выявления наследственного заболевания, даже до развития его клинических признаков. В нашей стране проводится скрининг на выявление пяти наследственных заболеваний: фенилкетурии, галактоземии, врожденного гипотиреоза, муковисцидоза, адреногенитального синдрома. Для проведения неонатального скрининга достаточно сухого пятна крови новорожденного. При подозрении на эти заболевания проводится повторная подтверждающая диагностика, и в случае постановки окончательного диагноза назначается соответствующее

лечение. Число наследственных заболеваний, поддающихся лечению, растет, поэтому и число болезней, включаемых в скрининг, будет расти. Есть страны, в которых новорожденные обследуются на 30—50 заболеваний.

С целью расширения возможностей раннего выявления новорожденных с наследственными болезнями обмена веществ в Москве, помимо массового скрининга, проводится селективный скрининг среди детей с определенными симптомами. В связи с этим Департамент здравоохранения Москвы издал Приказ № 500 от 14.06.2016 «Об организации проведения селективного скрининга». Для оказания диагностической и лечебной помощи детям с редкими наследственными заболеваниями в Морозовской городской детской клинической больнице работает Референс-центр врожденных наследственных заболеваний.

Может ли пренатальная диагностика предупредить возникновение наследственного заболевания?

Пренатальная диагностика — выявление различных отклонений (необязательно наследственной природы) развития у плода (вторичная профилактика). Она широко используется для выявления у последнего хромосомной патологии и моногенных

заболеваний. Можно ли выявить наследственное заболевание в период внутриутробного развития? Я не буду касаться проблем морально-этического характера и остановлюсь только на методических и технических возможностях. Если мы знаем причину заболевания (патогенная мутация или известный биохимический дефект), то проведение пренатальной или дородовой диагностики наследственного заболевания возможно. Однако это требует определенного вмешательства (инвазивная диагностика), поскольку необходимо получить клетки для исследования, в результате которого можно определить, есть ли у плода соответствующее наследственное заболевание. Получив эту информацию, родители принимают решение о продолжении беременности. В случае возможности лечения заболевания пренатальная диагностика позволяет как можно раньше начать лечение.

В заключение я бы хотела обратить внимание читателей на то, что все вопросы, касающиеся диагностики наследственных болезней, их лечения, профилактики, необходимо решать с врачами-генетиками, которые проведут необходимое обследование, сделают квалифицированное заключение и дадут рекомендации семье.

Беседовала О.В. Дружиловская

Понятие о биоритмах, нарушение биоритмической активности

Дружиловская О.В.,
*канд. пед. наук, доцент кафедры анатомии,
физиологии и клинических основ дефектологии
Института детства ФГБОУ ВО «Московский
педагогический государственный университет»,
Москва*

Земцева Н.В.,
*логопед-аффазиолог ООО «РЦ Три сестры»,
д. Райки Щелковского р-на Московской обл.;*

Прошкина Е.А.,
куратор ОАНО МОШ «Интеграция XXI век»;

Савкова Р.С.,
учитель-логопед ГБОУ «Школа № 1206», Москва

Аннотация. В статье раскрывается значение биоритмов, что служит отражением суточных, сезонных, годовых и других ритмов физиологических процессов, рассматриваются нарушения биоритмической активности как следствие проблем адаптации организма, профилактика десинхронозов.

Ключевые слова. Биоритмология, биоритмы человека, нарушения биоритмической активности, десинхроноз, асинхроноз.



Все живые организмы, начиная от простейших одноклеточных и заканчивая такими высокоорганизованными, как человек, обладают биологическими ритмами, которые проявляются в периодическом изменении жизнедеятельности и как самые точные часы отмеряют время. В 1931 г. шведские ученые Г. Агрен, О. Виландер и Е. Жорес впервые доказали существование суточного ритма изменения

содержания гликогена в печени и мышцах, а в 60-е гг. XX в. было обнаружено уже более 50 биологических функций, имеющих суточную периодичность. В настоящее время их насчитывается более ста.

Интенсивность большинства физиологических процессов на протяжении суток имеет тенденцию к повышению в утренние часы и падению в ночное время. Примерно в это же время увеличивается чувствительность всех органов: человек утром лучше слышит, лучше различает оттенки цветов и т.д.

Управление внутренними ритмами человека имеет большое значение не только для нормализации ночного сна, но и для устранения ряда заболеваний нервной системы, имеющих функциональный характер (например, неврозов). Установлено, что суточное изменение внутренних ритмов, свойственных здоровому человеку, при болезненных состояниях искажается. По характеру искажений врачи могут судить и о ряде заболеваний на начальной стадии.

Биоритмология — одна из быстроразвивающихся наук XX в., изучающая циклические биологические процессы, происходящие на всех уровнях организации живой системы. Дело

в том, что живая система — саморегулирующаяся и самовоспроизводящаяся. Она постоянно находится в состоянии обмена веществ с окружающей средой и обладает сложной динамикой процессов. Биологические часы в организме отражают суточные, сезонные, годовые и другие ритмы физиологических процессов.

Бездумное отношение человека к самому себе и к окружающей среде часто выступает следствием незнания биологических законов, эволюционных предпосылок, адаптивных возможностей и т.д. Чтобы сохранить здоровье, всесторонне и гармонично развивать его физические и духовные качества, необходима не только настойчивая и плодотворная научно-исследовательская, но и большая просветительская работа.

Понятие биологического ритма

Под биологическим ритмом понимают закономерное воспроизведение через определенные приблизительно равные промежутки времени какого-либо функционального состояния организма в целом или его отдельных органов, систем, тканей, клеток. Например: перио-

дические сокращения сердечной мышцы через каждые 0,6—0,7 с, периодически наступающее состояние сна через каждые 24 ч, периодическая активизация моторики желудочно-кишечного тракта через каждые 90 мин. При этом очень важно помнить, что биоритм — не ответ организма на действия факторов внешней среды, а его внутреннее свойство, сохраняющееся и в постоянных, изолированных от внешней среды условиях жизнедеятельности.

При характеристике того или иного биологического ритма указывают следующие его пара-

метры: период, амплитуда, акрофаза, мезор, иногда ортофаза (см. рисунок).

Период — промежуток времени между повторяющимися одинаковыми состояниями организма или его отдельных органов и систем.

Амплитуда — разница между максимальным и минимальным значением параметра. Например, минимальная температура тела человека ночью — $36,4^{\circ}\text{C}$, а максимальная во второй половине дня — $36,8^{\circ}\text{C}$. Следовательно, амплитуда суточного биоритма температуры тела составляет $0,4^{\circ}\text{C}$.

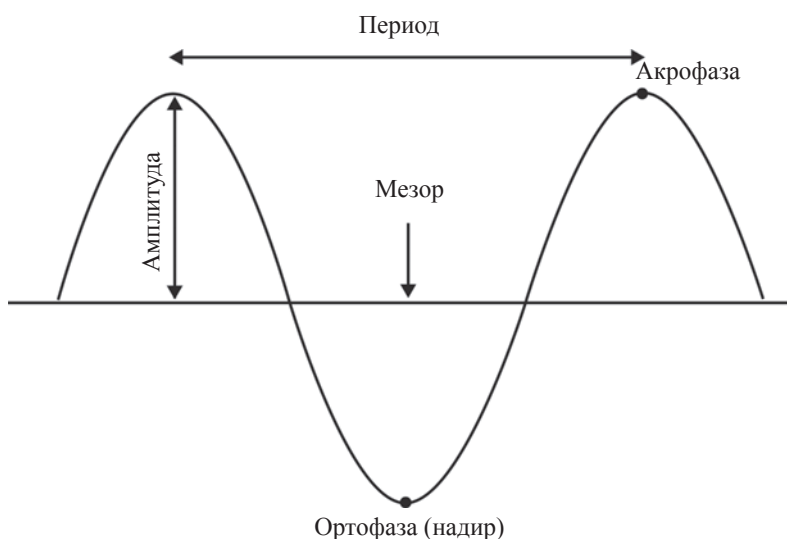


Рис. Схематическое изображение биоритма и его основные показатели

Акрофаза — время наступления максимальных значений показателя. Например, акрофаза суточного ритма температуры тела приходится на период с 17.00 до 19.00 ч, т.е. именно в эти часы суток температура тела максимальна. Акрофаза годового ритма выделения мелатонина (гормона эпифиза, регулирующего суточную ритмику организма) приходится на декабрь — январь, т.е. в это время года в крови человека содержится максимальное количество данного гормона.

Ортофаза — время минимальных значений показателя в том или ином биоритме.

Мезор — уровень ритма, представляющий собой среднюю величину физиологической функции на протяжении одного биологического цикла.

Классификация биоритмов

Классификация биоритмов основывается на длине их периода. Принимая за точку отсчета 24-часовой ритм как основной для всех организмов, населяющих Землю, биоритмы подразделяют:

— на ультрадиальные (от *ultra* — выше и *dies* — день, сутки) с периодом меньше 24 ч; примерами могут служить ритмы

сокращения сердца, электрической активности мозга, дыхания, секреции желудочного сока и моторики желудочно-кишечного тракта;

— циркадианные (от лат. *circa* — около) с периодом около 24 ч, например ритм «сон — бодрствование»;

— инфрадианные (от лат. *infra* — ниже) с периодом больше 24 ч; к ним относятся околонедельные, околосесячные (менструальный цикл), околосесячные и ритмы с периодами в несколько лет и даже в несколько десятков лет (например, семилетние циклы творческой активности, одиннадцатилетние циклы, связанные с солнечной активностью и др.).

Формирование биоритмов в онтогенезе

Ритм формируется задолго до рождения человека. Как и у матери, у плода меньшая частота сердечных сокращений ночью и большая днем. Организм матери служит основным источником сигналов времени для будущего ребенка. Начиная с 24-й нед. плод уже постоянно реагирует на шумы. Он даже слышит голоса матери, отца, другие звуки, доносящиеся

извне. Но ритмичное биение сердца матери доминирует над всеми шумами. Пока этот ритм не меняется, ребенок чувствует себя комфортно.

Подсознательное воспоминание о биении материнского сердца, по-видимому, служит причиной того, что после рождения малыш успокаивается, как только его берут на руки или когда он слышит тихие ритмичные звуки, например, тиканье часов.

Недавние исследования швейцарского педиатра М.Б. Стирнимана показали, что мать и ребенок приступают к синхронизации своих биоритмов и взаимных реакций задолго до рождения. Наиболее благоприятный период для образования связи между матерью и ребенком — последние месяцы беременности (особенно 2 мес., непосредственно предшествующие родам). Следовательно, образование тесной связи между матерью и ребенком после рождения, которое ранее рассматривалось как самостоятельное явление, на самом деле лишь продолжение процесса возникновения между ними привязанности, начинающейся задолго до появления малыша на свет. Еще одно очень важное качество организма плода — нахождение под контролем биологических часов. Это периоды

повышенной восприимчивости к влиянию различных внешних факторов. В данные временные отрезки плод может запомнить даже голос отца: его после рождения он будет отличать от других голосов.

Новорожденный сразу оказывается в стрессовой ситуации: новые ощущения для кожи, глаз, ушей. Облегчают адаптацию к новым условиям постепенность развития системы восприятия и ритмичность в ее работе. Около-суточная ритмичность формируется сначала для тактильных ощущений, которые появляются уже на 1-й нед. жизни. Затем проявляется ритмичность в восприятии слуховых и зрительных стимулов.

Околосуточный ритм сердечно-сосудистой системы у новорожденных оказывается таким выраженным и индивидуально характерным, что американские исследователи предлагают по 48-часовой записи (через полу-часовые интервалы) частоты сердечных сокращений и артериального давления выделять новорожденных группы риска в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. На основании анализа этих измерений ученые высчитывают индекс риска новорожденных. В первых, он может дать ценные

сведения о том, будет ли ребенок в дальнейшем страдать сердечно-сосудистыми заболеваниями (если да, то профилактику следует начинать с первых лет жизни), а во-вторых, позволяет оценить успешность профилактики гипертонической болезни у матери в период беременности. Приоритет в появлении ритма принадлежит тем функциям, которые особенно важны для поддержания жизни младенца: в первую очередь формируется ритм систем, обеспечивающих кровообращение, дыхание, акт сосания и т.д.

У недоношенных детей суточные ритмы тех же функций формируются позже. Исследователи связывают это с незавершенностью процессов их развития.

Ритмы бодрствования и сна устанавливаются через несколько недель жизни, с огромными различиями индивидуального характера. На это различие между отдельными индивидуумами указывают результаты ряда исследований, и его могут подтвердить все молодые родители относительно своих грудных детей. Обычно фаза бодрствования у младенцев, начиная с 9-й нед. жизни, смещается на вторую половину дня, а с 16-й нед. количество циклов «сон — бодрствова-

ние» в течение суток постепенно уменьшается. К полутора годам ребенок переходит на так называемый двухфазный ритм: в течение суток в этом возрасте он дважды спит (один раз ночью и один раз днем) и дважды бодрствует.

Постепенно все большее количество функций начинает действовать в суточном ритме, совершенствуется регуляция процессов в организме, приобретают стабильность и значительные резервные возможности все параметры ритма.

На процессы развития ритмичности организма новорожденного, прежде всего, влияют условия воспитания. Строгое соблюдение общего режима кормления ребенка ускоряет созревание околосуточных ритмов. Если новорожденному уделяют мало внимания, у него регистрируются менее регулярные ритмы бодрствования и сна. В целом же появление околосуточных ритмов во многом зависит от степени взаимного приспособления ритмов организма матери и ребенка. Именно присутствие матери больше всего важно ребенку для формирования ритмов, следовательно, для правильного развития. Итак, синхронизация ритмов у новорожденных, начинаясь во внутриутробном пери-

оде, продолжается после рождения. При этом первым трудным периодом оказывается период новорожденности, а вторым — подростковый возраст.

Амплитуда ритмов у подростков становится очень большой, возможна и некоторая неустойчивость их периода. Все это укладывается в хорошо знакомую врачам картину большой ранимости и функциональной лабильности организма подростков. В 20—30 лет ритмы разных функций протекают наиболее слаженно и в случае необходимости легче всего перестраиваются. Это обеспечивает прекрасное самочувствие, настроение и высокую работоспособность молодых людей. Таким образом, становление ритмичности происходит постепенно и начинается на самой ранней стадии развития человека.

Естественные биоритмы человека

Биологические часы нашего организма начинают работать уже с момента рождения. Рождаясь, человек начинает жить по собственным биоритмам. Диапазон частот биоритмов можно условно разделить следующим образом:

- высокие — с периодом менее 0,5 ч;
- средние — с периодом от 0,5 до 60 ч;
- низкие — с периодом от 2,5 дней до 1 года.

В зависимости от частоты различают биоритмы суточные, недельные, месячные, сезонные, годовые, индивидуальные и др.

Наиболее многочисленные суточные ритмы связаны с вращением Земли вокруг своей оси. Ритмы сна и бодрствования обусловлены сменой дня и ночи. Многие биологические ритмы зависят от световых и температурных факторов, их сезонных изменений, обусловленных вращением Земли вокруг Солнца. Месячные биоритмы вызваны вращением Луны вокруг Земли.

Нарушения биоритмов могут происходить из-за патологии отдельных органов и систем и, наоборот, приводить к различным заболеваниям. Наиболее частой причиной нарушения биоритмов служит нарушение режима сна и бодрствования.

Изобретение электричества позволило удлинить день. Для выравнивания биоритмов необходимо в одно и то же время ложиться и просыпаться, в одно и то же время принимать пищу, меньше лежать днем, поскольку

ку хорошая циркуляция энергии возможна лишь в вертикальном положении тела. Современная наука и медицина располагают возможностями снижать отрицательное влияние на биоритмы внешних факторов.

Важнейшими для человека выступают индивидуальные биоритмы. Все люди делятся на три основных хронобиологических типа:

- «жаворонки» (20—25%) — обладают повышенной работоспособностью в утреннее время, рано ложатся спать и рано встают;
- «совы» (30—40%) — обладают повышенной работоспособностью в вечернее время, поздно ложатся спать и поздно встают;
- «голуби» (30—50%) — сохраняют работоспособность на протяжении всего дня, могут лечь спать и встать в любое время суток.

Самая высокая работоспособность у каждого из названных типов наблюдается только в течение 3 ч в сутки. Для «жаворонков» и «сов» несвоевременные отход ко сну и подъем отрицательно сказываются на других (более ста) биоритмах, следовательно, и на здоровье.

Наибольший спад жизненной активности, повышенная

вероятность совершения ошибочных действий, наблюдается на втором от дня рождения биологическом месяце (с 30-го по 60-й день) и на двенадцатом (месяц непосредственно перед днем рождения). В этот период существует опасность внезапной смерти при некоторых заболеваниях или неадекватные действия, которые могут быть причиной аварии или катастрофы. В эти дни необходимо быть очень осторожными и предусмотрительными.

Желательно строить рабочий день с учетом физиологических особенностей организма. Так, рабочий день «жаворонка» может начинаться в раннее утреннее время (например, в 8.00), в то время как «совам» рекомендуется начинать его позже (например, в 9.00).

Зачастую из-за определенных графиков работы не всегда удается реализовать оптимальный вариант. Как правило, это относится к «совам». Однако наш организм обладает способностью в определенной степени приспосабливаться к условиям внешней среды. Поэтому, чтобы компенсировать в какой-то степени ущерб здоровью, «совам» рекомендуется в одно и то же время вставать и ложиться спать. И «жаворонкам» и «совам» не ре-

комендуется работать в ночные смены. Это должно быть уделом «голубей».

Следует помнить, что несоблюдение режима сна и бодрствования «совами» и «жаворонками» вызывает раннее проявление хронических заболеваний, вызванных генетической наследственностью; раньше проявляются заболевания, связанные с профессиональной деятельностью, неблагоприятными условиями окружающей среды и др.

Существуют также особенности приема пищи «совами» и «жаворонками»: если они не соблюдают рекомендации для своего хронобиологического типа, аппетит и готовность к приему пищи проявляются зачастую не в оптимальное, а в неудобное время. Конечно, при этом необходимо учитывать наличие определенных хронических или других заболеваний, особенности профессиональной деятельности и др.

При несоблюдении выполнения рекомендаций для своего хронобиологического типа особо важен отдых в выходные дни и во время отпусков.

Итак, чтобы всегда быть в тонусе, очень важно учитывать свой хронобиологический тип: соблюдать режим дня, не нагру-

жать себя работой в то время суток, в которое вы совершенно не работоспособны и, конечно, не пренебрегать сном и отдыхом.

Нарушения биоритмической активности

Нарушение согласованности биологических ритмов в силу тех или иных причин называется *десинхронозом* и служит явным, зачастую первым, сигналом неблагополучия, неспецифическим проявлением предпатологических и патологических состояний и нарушений адаптации человека к среде. Существуют различные формы десинхроноза: внешний и внутренний, острый и хронический, явный и скрытый, частичный и тотальный, а также асинхроноз.

Причины десинхронозов могут быть разными: резкое нарушение режимов дня, питания (голод, переедание во внеурочное время), перемена места жительства, перелет из одного часового пояса в другой и т.д.

Внешний десинхроноз развивается при несоответствии внешних раздражителей (датчиков времени) с внутренним ритмом организма. Он приводит к развитию внутреннего десинхроноза, проявлением которого служит временное рассогласо-

вание вегетативных функций, что свидетельствует о разбалансированности регуляторных систем организма и приводит к утомлению.

Острый десинхроноз возникает при рассогласовании датчиков времени и суточных ритмов организма, например, при смене часовых поясов, необходимости работать в ночные часы несколько дней подряд и т.д. Если такое рассогласование ритмов повторяется длительное время, возникает хронический десинхроноз. У человека нарушается цикл «сон — бодрствование», появляются сонливость в дневное время, головные боли, иногда нарушение ритма сердца (аритмия).

При *явном десинхронозе* изменяется самочувствие, сон становится прерывистым, ухудшается засыпание, снижаются аппетит и работоспособность. При *скрытом десинхронозе* у человека одни функции перестраиваются, другие находятся в состоянии адаптации.

Например, при смене поясного времени температура тела и цикл «сон — бодрствование» нормализуются в течение нескольких дней, а чтобы пришли в норму ритмы определенных гормонов, требуется месяц и более. В этот период человек

внешне как бы приспособился, а в его организме еще не все в порядке.

Тотальный десинхроноз характеризуется нарушением синхронности большинства биоритмов, такое состояние бывает при заболеваниях и существенно отражается на самочувствии и работоспособности человека.

При *частичном десинхронозе* нарушены биоритмы отдельных функций организма (печени, кишечника и т.д.).

Асинхроноз — наиболее выраженная степень рассогласования биоритмов человека, обычно сопровождается тяжелой болезнью. У детей дошкольного и младшего школьного возраста он проявляется в неадекватных эмоциональных реакциях, отказе от еды, повышенной раздражительности, грубости, нарушении сна и снижении уровня работоспособности.

Профилактика десинхронозов заключается в четком планировании и соблюдении режимных моментов, строгом нормировании умственной и физической нагрузки с учетом психофизиологических возможностей детей и подростков и их биоритмологических особенностей, повышении адаптивных возможностей организма.

Гигиена сердечно-сосудистой системы

Капарулина О.В.,

*учитель начальных классов, учитель-логопед
МБОУ «Школа № 32», г. Балашиха Московской обл.;*

Филиппова Н.Н.,

учитель-логопед МБОУ НШДС ОВЗ;

Чеснокова М.М.,

*учитель-логопед ЦРР «Перспектива»,
г. Мытищи Московской обл.*

Аннотация. В статье описаны анатомо-физиологические параметры сердечно-сосудистой системы у детей и взрослых, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и факторы риска, а также даны рекомендации по гигиене сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова. Сердечно-сосудистая система, гигиена, сердце.

Болезнь не сваливается на голову как гром среди ясного неба. Она является результатом постоянных нарушений законов природы. И если ты не в силах изменить свой образ жизни, никто и ничто не поможет.

Гиппократ

Сердечно-сосудистая система — замкнутая система трубок (сосудов) различного диаметра с циркулирующей по ней жидкостью, центральным органом которой служит сердце. По характеру жидкости эта система делится на кровеносную и лимфатическую. Кровеносная — система трубок, по которым цир-

кулирует кровь, включающая в себя артерии, артериолы, капилляры, венулы, вены, сердце. Лимфатическая — система трубок, по которым движется лимфа: капилляры, сосуды, стволы, протоки.

Лимфатическая система дублирует венозную часть кровеносной системы. Сердце —

полый мышечный орган, нагнетающий кровь в артерии и принимающий венозную кровь. В функциональном плане сердце состоит из двух последовательных насосов: один (правые предсердие и желудочек) проталкивает кровь через легкие для обеспечения обмена кислорода и углекислого газа. Это так называемая легочная циркуляция, или легочный круг кровообращения. Через другой насос (левые предсердие и желудочек) кровь движется ко всем остальным тканям тела. Это системная циркуляция. Правая половина сердца содержит венозную кровь, левая — артериальную. Между собой они не сообщаются. Движение крови в одном направлении обеспечивается системой клапанов. Каждое предсердие соединяется с соответствующим желудочком предсердно-желудочковым отверстием, каждое из которых закрывается створчатым клапаном. Легочный ствол и аорта у своего начала имеют полулунные клапаны.

Каждую минуту сердце перекачивает в кровеносную систему около 6 л крови, в сутки — свыше 8 тыс. л, в течение жизни (при средней продолжительности 70 лет) — почти 175 млн л крови. Сердце сокращается в течение жизни человека до 4 млрд раз.

Стенка сердца состоит из трех слоев: тонкий внутренний слой — эндокард, толстый мышечный — миокард и тонкий наружный — эпикард, служащий висцеральным листком серозной оболочки сердца — перикарда (околосердечная сумка).

Сердце получает чувствительную, симпатическую и парасимпатическую иннервацию. Симпатические волокна, идущие в составе сердечных нервов от правого и левого симпатических стволов, несут импульсы, убыстряющие ритм сердечных сокращений и расширяющие просвет венечных артерий, а парасимпатические волокна (составная часть сердечных ветвей блуждающих нервов) проводят импульсы, замедляющие сердечный ритм и суживающие просвет венечных артерий.

Ветви внеорганных сердечных сплетений переходят в единое внутриорганное сердечное сплетение. В его состав входят нервные клетки и их скопления, образующие нервные сердечные узелки небольших размеров, которые иннервируют различные участки сердца. Клетки миокарда находятся в состоянии ритмической активности (возбуждения).

Спонтанная генерация ритмических импульсов служит результатом слаженной деятель-

ности многих клеток синусно-предсердного узла. Возникнув в нем, возбуждение распространяется по проводящей системе на сократительный миокард.

Особенность проводящей системы сердца — способность каждой клетки самостоятельно генерировать возбуждение. Наличие проводящей системы обеспечивает ряд важных физиологических особенностей сердца:

- ритмическую генерацию импульсов (потенциалов действия);
- необходимую последовательность (координацию) сокращений предсердий и желудочков;
- синхронное вовлечение в процесс сокращения клеток миокарда желудочков (что увеличивает эффективность систолы).

У взрослого человека сердце в норме может иметь три разных положения: 1) косое, наблюдающееся у большинства людей — нормостеников; 2) горизонтальное — у гиперстеников, 3) вертикальное (капельное сердце) — у астеников.

Функции сердца

Нагнетательная функция, благодаря которой сердце человека имеет разноплановое давление в сосудах и движется в одном

направлении за счет системы клапанов.

Эндокринная функция — миоциты предсердий образуют атриопептид, или натрийуретический гормон. Он расслабляет гладкие мышечные клетки мелких сосудов, способствуя тем самым снижению артериального давления, а также гладкую мускулатуру кишечника.

Насосная функция — сердечный цикл происходит от одного сокращения мышцы до последующего. Сокращение создается за счет возбуждения миокарда собственным импульсом сердца (функция автоматизма). Непрерывная работа миокарда (сердечной мышцы) характеризуется чередованием систолы (сокращения) и диастолы (расслабления).

Функции крови

Кровь выполняет несколько связанных между собой функций:

- транспортную — переносит необходимые для жизнедеятельности органов и тканей вещества, газы и продукты обмена; между кровью и тканевой жидкостью происходят постоянный обмен веществ и транспорт воды, несущей растворенные в ней продукты обмена, гормоны, газы, биологически активные вещества;

- защитную — с наличием в крови лейкоцитов связана специфическая (иммунитет) и неспецифическая (главным образом фагоцитоз) защита организма. К защитным функциям относятся сохранение циркулирующей крови в жидком состоянии и остановка кровотечения (гемостаз) в случае нарушения целостности сосудов;
- регуляторную — связана с поступлением в циркулирующую кровь гормонов, биологически активных веществ и продуктов обмена. Благодаря этой функции сохраняется постоянство внутренней среды организма, водного и солевого баланса тканей и температуры тела, осуществляются контроль за интенсивностью обменных процессов, регуляция гомеопоза и другие физиологические функции.

Остальные функции, приписываемые системе крови, служат лишь производными основных ее функций.

Внутриутробное развитие сердечно-сосудистой системы

Закладка сердца начинается на 2-й нед. внутриутробного развития из двух самостоятельных сердечных зачатков, ко-

торые затем сливаются в одну трубку, расположенную в области шеи. Она закрепленаверху артериальными стволами, внизу — развивающимися венозными синусами. Вследствие быстрого роста в длину на 3-й нед. трубка начинает изгибаться в виде буквы S, при этом примитивное предсердие и артериальный проток, находящиеся вначале на противоположных концах сердечной трубки, сближаются, а пути притока и оттока смыкаются.

На 4-й нед. сердце становится двухкамерным (как у рыб) с клапанами между венозным синусом и предсердием. На 5-й нед. образуется межпредсердная перегородка, и сердце становится трехкамерным (как у амфибий). На 6—7-й нед. общий артериальный ствол разделяется на легочную артерию и аорту, а желудочки делятся на правый и левый. Одновременно формируется проводящая система сердца (с 4-й нед.), кроме основных путей (синоатриального, атриовентрикулярного узлов, пучков Гиса, Бахмана, Венкебаха, Тореля) закладываются добавочные (пучки Махайма, Кента, Джеймса и др.). К рождению ребенка происходит инволюция добавочных пучков, лишь у 0,1—0,2% детей они остаются.

Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей

Сердце

- Величина сердца у новорожденного относительно больше, чем у взрослого, занимает относительно больший объем грудной клетки (0,8% от массы тела — около 22 г).
- Баталлов проток закрывается к 6-й нед., аортальный — к 2—3 мес., овальное окно — к 6—7 мес.
- Отделы сердца увеличиваются неравномерно.
- До 2—3 лет сердце имеет горизонтальное расположение, после 3—4 лет — косое.
- Правый и левый желудочки примерно равны, толщина их стенок составляет 5 мм.
- К 3 мес. масса сердца удваивается, к 3 годам — утраивается, к 6 годам увеличивается в 11 раз.

Сосуды

- Просвет сосудов относительно широк, артерии равны венам.
- Стенки артерий более эластичны и артериальное давление ниже.
- Вены растут более интенсивно.
- Проницаемость капилляров у детей выше.

Частота сердечных сокращений и величина артериального давления в покое зависит от возраста детей (табл. 1, 2).

Кровяное давление у детей ниже, чем у взрослых, а скорость кровообращения выше. Ударный объем крови у новорожденного составляет всего 2,5 см³, за первый год после рождения он увеличивается в 4 раза, затем темпы прироста снижаются. К уровню взрослого (70—75 см³) ударный объем приближается только к 15—16 годам. С возрастом увеличивается и минутный объем крови, что обеспечивает сердцу возрастающие возможности адаптации к физическим нагрузкам.

Биоэлектрические процессы в сердце также имеют возрастные особенности, поэтому электрокардиограмма приближается к форме взрослого к 13—16 годам.

Иногда в пубертатный период возникают обратимые нарушения в деятельности сердечно-сосудистой системы, связанные с перестройкой эндокринной системы: учащение сердечного ритма, одышка, спазмы сосудов, нарушения показателей электрокардиограммы и т.д. При наличии дисфункций кровообращения необходимо строго дозировать физические и эмоциональные нагрузки подростка.

Таким образом, сердечно-сосудистая система имеет сложную

Таблица 1

**Частота сердечных сокращений в покое
у детей разного возраста**

Возраст	Частота сердечных сокращений (уд./мин)
<i>Дети 0—6 лет</i>	
1—2 мес.	120—171
5—9 мес.	120—155
1 год	103—150
3 года	87—132
6 лет	83—119
<i>Мальчики</i>	
8 лет	50—93
10 лет	53—87
12 лет	53—86
14 лет	56—91
16 лет	50—77
<i>Девочки</i>	
8 лет	67—99
10 лет	60—89
12 лет	60—89
14 лет	68—99
16 лет	55—85

Таблица 2

**Величина артериального давления в покое
у детей разного возраста**

Возраст	Систолическое АД (мм рт. ст.)	Диастолическое АД (мм рт. ст.)
1—10 дней	65—100	35—70
1 год	70—95	45—50
2 года	75—98	45—51
7 лет	80—100	50—60
10 лет	90—100	60—65
14 лет	105—115	65—70
16 лет	110—120	65—70
18 лет	110—120	65—70
Взрослые	100—135	65—75

организацию, принимает участие в механизмах поддержания гомеостаза, таких как регуляция температуры тела, поддержание баланса жидкости в организме, регулирование снабжения клеток кислородом и питательными веществами при различных физиологических состояниях организма.

Нарушения нормального функционирования сердца и сосудов могут вызвать серьезные сердечные заболевания и провоцируют сбои в работе всех остальных систем организма. Знание основ работы кровеносной системы и умение вести грамотную профилактику ее болезней позволит

вовремя помочь как себе, так и другим людям.

**Сердечно-сосудистые
заболевания**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — одна из главных причин смертности среди населения развитых стран мира. В эту группу входят следующие заболевания:

— ишемическая болезнь сердца (поражаются кровеносные сосуды, снабжающие кровью сердечную мышцу);

- болезнь сосудов головного мозга;
- болезни периферических артерий, снабжающих кровью конечности;
- ревмокардит (поражение сердечной мышцы и клапанов, вызываемое стрептококками);
- пороки сердца, врожденные и приобретенные (его деформации);
- атеросклероз (сужение просвета сосудов за счет атеросклеротических бляшек);
- тромбоз глубоких вен и эмболия легких (образование сгустков крови, нарушающих кровообращение).

На долю трех заболеваний — ишемической болезни сердца (ИБС), включая инфаркт миокарда, артериальной гипертензии (АГ) и цереброваскулярных болезней (ЦВБ), включая инсульт — приходится порядка 80% летальных исходов. По прогнозу ВОЗ, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в мире в дальнейшем будет иметь тенденцию к росту.

Истоки большинства болезней системы кровообращения лежат в детском возрасте. Заболевания сердечно-сосудистой системы обычно медленно развиваются, субъективные симптомы патологии часто отсутствуют. По мере развития ребенка и воздействия множества факторов

патология проявляется и может привести к летальному исходу. В последнее время распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у детей возросла в 3 раза. Следует заметить, что изменилась также и структура сердечно-сосудистой патологии детского возраста: частота ревматических поражений сердца и инфекционных эндокардитов уменьшилась, но увеличился удельный вес нарушений ритма, артериальной гипертензии, кардиомиопатий, синдрома вегетативной дистонии, функциональных расстройств.

Ежегодно возрастает количество детей с врожденными пороками развития и нарушениями метаболизма миокарда. Развитие этих заболеваний часто обусловлено дисплазией соединительной ткани сердца, наследственной предрасположенностью или генетическими дефектами. Рассмотрим наиболее часто встречающиеся патологии развития у детей.

Факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний

Эпидемиологические исследования в России свидетельствуют о том, что факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний увеличиваются.

К группе корригируемых, или модифицируемых, факторов риска относятся:

- поведенческие — избыточное потребление алкоголя, низкие уровни образования, физической активности, нерациональное питание (недостаточное потребление овощей и фруктов), курение;
- биологические, главный из которых — артериальная гипертензия, а также повышенные холестерин и глюкоза, снижение скорости клубочковой фильтрации, отягощенная наследственность.

Врожденные пороки сердца и магистральных сосудов

Врожденные пороки сердца (ВПС) — аномалии морфологического развития сердца и крупных сосудов. Они обычно формируются на 2—8-й нед. внутриутробного развития в результате нарушения процессов эмбриогенеза.

Причины возникновения данной аномалии развития часто связаны с хромосомными аномалиями, выявляемыми при кариотипировании более чем у $\frac{1}{3}$ больных с ВПС. Чаще всего выявляют трисомию по хромосомам 21, 18 и 13.

Патогенные факторы воздействуют на плод в критические

моменты эмбриогенеза, нарушают формирование структур сердца и вызывают диспластические изменения в его каркасе. Происходят неполное, неправильное или несвоевременное закрытие перегородок между предсердиями и желудочками, дефектное образование клапанов, недостаточный поворот первичной сердечной трубки с образованием аплазированных желудочков и неправильно расположенных магистральных сосудов с сохранением при этом отверстий, свойственных эмбриональному кровообращению.

Клиническая картина патологии зависит от размера и расположения дефекта перегородок, степени сужения сосуда, направления сброса крови и изменения этого направления, степени падения уровня давления в системе легочной артерии и т.д.

ВПС наблюдают со средней частотой 5—8 случаев на 1000 живорожденных детей.

Пролапс митрального клапана

Пролапс митрального клапана (ПМК) — прогибание одной или обеих створок митрального клапана в полость левого предсердия во время систолы левого желудочка. Это одна из наиболее частых и клинически значимых аномалий клапанного аппарата

сердца. ПМК может сопровождаться пролабированием других клапанов или сочетаться с иными малыми аномалиями развития сердца.

Различают первичный и вторичный ПМК. Первичный связан с дисплазией соединительной ткани с аутосомно-доминантным типом наследования, проявляющейся также другими микроаномалиями строения клапанного аппарата (изменением структуры клапана и сосочковых мышц, нарушением распределения, неправильным прикреплением, укорочением или удлинением хорд, появлением дополнительных хорд и др.).

В развитии соединительнотканной дисплазии важную роль играют нарушение обмена веществ, дефицит микроэлементов, в частности магния и цинка. Вторичный ПМК сопровождает или осложняет различные заболевания. При вторичном ПМК, как и при первичном, большое значение имеет исходная неполноценность соединительной ткани.

ПМК сопровождает наследственные синдромы, ВПС, ревматизм и другие ревматические заболевания, неревматические кардиты, кардиомиопатии, некоторые формы аритмии, СВД, эндокринную патологию (гипертиреоз) и др.

ПМК выявляют у 2—18% детей и подростков.

Неревматические кардиты

Неревматические кардиты — воспалительные поражения сердца различной этиологии, не связанные с ревматизмом или иными заболеваниями системного характера.

Распространенность в популяции неизвестна. Выделяют ранний неревматический кардит (во внутриутробном развитии), поздний, острый, подострый, а также хронический неревматический кардит.

Инфекционный эндокардит

Инфекционный эндокардит — острое или подострое воспаление клапанного и / или пристеночного эндокарда, вызываемое различными инфекционными агентами.

Это одна из серьезных причин смертности детей и подростков. Инфекционный эндокардит может развиваться на интактных клапанах (5—6%), но чаще осложняет врожденные (90%) и ревматические (3%) пороки сердца, особенно после оперативных вмешательств по их поводу. Наиболее частые возбудители инфекционного эндокар-

дита в настоящее время — зеленый стрептококк и золотистый стафилококк (до 80% случаев заболевания).

Перикардиты

Перикардит — острое или хроническое воспаление листков эпи- и перикарда. Перикардиты могут протекать клинически бессимптомно или развиваться остро, приводя к тампонаде сердца и внезапной смерти.

Популяционная частота перикардитов неизвестна. Их диагностируют приблизительно у 1% детей.

Нарушения ритма и проводимости

Нарушения сердечного ритма и проводимости — изменения нормальной очередности сокращений сердца вследствие расстройства функций автоматизма, возбудимости, проводимости и сократимости. Нарушения ритма — одно из наиболее распространенных проявлений болезней сердца и других патологических состояний. У детей наблюдают те же нарушения ритма, что и у взрослых, однако причины их возникновения, течение, подходы к лечению и прогноз имеют ряд особенностей. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний детского воз-

раста аритмии составляют (по обращаемости) от 2,3 до 27%.

Синдром вегетативной дистонии

Синдром вегетативной дистонии (СВД) — симптомокомплекс многообразных клинических проявлений, затрагивающий различные органы и системы и развивающийся вследствие отклонений в структуре и функции центральных и / или периферических отделов вегетативной нервной системы. Признаки СВД выявляют у 25—80% детей.

Ювенильная артериальная гипертензия

Артериальная гипертензия — стойкое повышение АД выше 95-го центиля шкалы распределения значений АД для конкретного возраста, пола, массы и длины тела ребенка. Дети с таким АД составляют группу риска и нуждаются в диспансерном наблюдении. Распространенность артериальной гипертензии у детей, по данным разных авторов, составляет 1—14%.

При всем многообразии сердечно-сосудистых патологий у детей родителям и специалистам необходимо обращать внимание на некоторые сигнализирующие симптомы:

- слабость;
- одышку;
- жалобы, не свойственные детям (боли в сердце, сердцебиение и т.д.);
- окраску кожных покровов;
- деформации грудной клетки и пальцев;
- отставание в физическом развитии.

При обнаружении данных симптомов необходимо своевременно проводить обследование ребенка. Профилактику заболеваний сердечно-сосудистой системы и неблагоприятных исходов, связанных с патологией сердца и сосудов у взрослых, нужно начинать в детстве. Диспансерное наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы следует проводить у всех без исключения детей, начиная с периода новорожденности, с обязательным измерением АД на руках и ногах, проведением ЭКГ, ЭхоКГ.

Болезни сердечно-сосудистой системы зачастую ограничивают общую продолжительность жизни, служат основной причиной инвалидности. 14 апреля — День профилактики болезней сердца.

2015 год в России был объявлен Президентом РФ В.В. Путиным Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Разработаны мероприятия, направленные на повышение

эффективности организации и оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также предусматривающие популяризацию здорового образа жизни и образовательный сегмент.

Артериальная гипертензия

Риск наступления смерти по причине ССЗ удваивается при каждом повышении систолического АД, равного 20 мм рт. ст., и диастолического АД, равного 10 мм рт. ст., начиная с уровня 135/85 мм рт. ст. Оптимальный уровень АД, при котором наблюдается минимальный риск развития ССЗ, равен 115/75 мм рт. ст. У лиц с артериальной гипертензией ожидаемая продолжительность жизни на 5,1 года у мужчин и на 4,9 года у женщин короче, чем у лиц с нормальным уровнем АД.

Факторы, влияющие на повышение АД:

- стресс;
- повышенное употребление соли;
- снижение продукции половых гормонов (их защитного действия в отношении сосудистого русла, влияния на гемодинамику локальных нейрогуморальных систем: почечной, мозговой, сердечной, сосудистой);

- атеросклероз;
- курение и алкоголь;
- ожирение;
- низкая двигательная активность;
- напряженный темп жизни;
- наследственная предрасположенность.

Инфаркт миокарда

Крупномасштабные международные исследования показали, что определяющее влияние на риск развития инфаркта миокарда (ИМ) оказывают шесть факторов:

1) повышение в крови уровня жиров, проникающих в стенку сосуда и образующих атеросклеротическую бляшку,

2) курение,

3) высокое артериальное давление (артериальная гипертензия),

4) отложение жира в области живота (абдоминальное ожирение),

5) психосоциальные факторы (стресс, социальная изоляция, депрессия),

6) сахарный диабет и преддиабет.

Цереброваскулярные болезни

Факторы риска инсульта:

- повышение артериального давления;

- нарушение в крови уровня жиров, способствующих развитию атеросклероза сосудов;
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- длительный прием женщинами препаратов, содержащих эстрогены;
- ожирение;
- стресс;
- низкая физическая активность;
- нерациональное питание;
- избыточное употребление поваренной соли;
- неосведомленность людей об опасности развития инсультов.

К неустранимым факторам риска инсульта относятся пожилой возраст. Больше всего к этому заболеванию предрасположены женщины.

Методы выявления заболеваний сердца и сосудов

Исследования в целях выявления заболеваний сердца и сосудов:

- сбор анамнеза, жалоб, аускультация, измерение АД, ЧСС;
- электрокардиограмма в покое (ЭКГ покоя);
- эхокардиограмма (ЭхоКГ);
- цветное дуплексное сканирование сосудов;
- суточное мониторирование;
- суточное мониторирование артериального давления с определением артериальной

- жесткости (изменения абсолютного диаметра или площади сечения сосудов при определенном уровне давления);
- суточная пульсоксиметрия (насыщение крови кислородом);
- нагрузочные тесты: тредмил-тест (ЭКГ во время физической нагрузки), стресс-ЭхоКГ (УЗИ сердца во время нагрузки: фармацевтические препараты, тренажеры, возбуждение предсердий электро-током, холодовая стимуляция, гипервентиляция легких);
- рентгенологические исследования: аорто-, коронарография и т.п.

Врачи, наблюдающие больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: терапевт, кардиолог, ангиолог, ревматолог, невролог, по показаниям консультируются с аритмологом, сомнологом, кардиохирургом, сосудистым хирургом.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

По данным ВОЗ, более $\frac{3}{4}$ всех смертей от ССЗ можно предотвратить за счет коррекции образа жизни и ликвидации поведенческих факторов риска. Наблюдаемое в развитых странах Европы снижение смертности от ишемической болезни сердца объясняется успешной борьбой

с факторами риска, прежде всего — курением ($\frac{3}{4}$) и улучшением выживаемости больных ишемической болезнью сердца в связи с усовершенствованием подходов к лечению этого заболевания ($\frac{1}{3}$).

В 2002 г. началась реализация федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», цели которой — разработка, согласно рекомендациям ВОЗ, и реализация комплекса мероприятий, направленных на выявление лиц с артериальной гипертензией, разработку и внедрение новых методов диагностики и лечения лиц с этим заболеванием и проведение широкой просветительской работы по вопросам профилактики ССЗ среди населения.

В 2008 г. в стране началась реализация национального проекта «Оказание медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями». Его цели — улучшение качества и повышение доступности кардиологической, включая высокотехнологичную, помощи больным с инфарктом миокарда и современной неврологической помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения.

По всей стране открылись Центры здоровья — федеральная сеть учреждений, созданная

с целью профилактики неинфекционных хронических заболеваний. Их основная задача — формировать здоровый образ жизни, т.е. осуществлять комплекс мероприятий, направленных:

- на сохранение здоровья;
- пропаганду здорового образа жизни;
- мотивирование граждан к личной ответственности за здоровье свое и своих детей;
- разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа жизни, в том числе детям;
- борьбу с факторами риска развития заболеваний;
- просвещение и информирование населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем;
- предотвращение социально значимых заболеваний, в том числе среди детского населения;
- увеличение продолжительности активной жизни.

По прогнозам ученых, если не будут предприняты адекватные меры, ограничивающие потребление табака, к 2020 г. курение станет основной (лидирующей) причиной болезней, а одна из восьми смертей в мире будет связана с ним.

Вред курения: ухудшение кровоснабжения мозга — головные боли, снижение памяти, утомляе-

мость; повышение артериального давления; спазм коронарных сосудов, инфаркт миокарда; снижение способности гемоглобина присоединять кислород.

Вред алкоголя: повышение АД, ЧСС, калий-магниевого обмена, образование соединительной ткани вокруг сосудов, тромбообразование, структурное нарушение и увеличение сердечной мышцы (кардиомиопатия).

Вред недостаточной физической активности (гиподинамии): ослабление сердечной мышцы, быстрая утомляемость вследствие повышенной ЧСС при нагрузке, поскольку при малой физической активности миокард получает мало питательных веществ, волокна не растут в толщину, сила мышц снижается.

При расчете физической нагрузки необходимо руководствоваться максимально допустимой ЧСС, чтобы избежать негативного воздействия перегрузок (табл. 3).

В 2007 г. Комитет Европейского общества кардиологов выделил основные задачи профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы:

- отсутствие употребления табака;
- ходьба по 3 км в день, или 30 мин любой другой умеренной физической активности,
- ежедневное использование фруктов и овощей (5 плодов);

Таблица 3

Максимально допустимая ЧСС

Воз- раст, лет	Максимальная частота сердечных сокращений, уд./мин	Частота сердечных сокращений при физической активности, уд./мин	
		умеренной	интенсивной
30	190	105—133	133—162
40	180	99—126	126—153
50	170	94—119	119—145
60	160	88—112	112—136
70	150	83—105	105—128
80	140	77—98	98—119

- систолическое артериальное давление ниже 140 мм рт.ст.;
- уровень общего холестерина ниже 5 ммоль/л;
- уровень холестерина липопротеидов низкой плотности ниже 3 ммоль/л;
- отсутствие ожирения и сахарного диабета.

К этим основным задачам в полной мере можно добавить санацию очагов инфекции (лечение болезней зубов, десен и миндалин). Наличие хронических источников инфекции в организме приводит к длительной бактериемии, в результате чего может развиваться воспаление внутренней оболочки сердца — эндокардит, ревматизм и ишемическая болезнь сердца (опосредованно через возникшие заболевания

почек — снижение клубочковой фильтрации, повышение АД).

Кроме исключения факторов риска, в качестве профилактического мероприятия необходимо ежегодно проходить диспансеризацию.

Меры поддержки сердечно-сосудистой системы при ее заболеваниях

Диета

Рекомендовано: калийсодержащие продукты (капуста, бананы, орехи, гречневая, пшеничная, овсяная крупы, картофель в мундире, сухофрукты), пшеничный хлеб из муки 1-го и 2-го сортов, овощные и молочные супы, нежирное отварное или запеченное

мясо, нежирная морская и речная рыба, молоко, кисломолочные продукты, твердый сыр, фрукты и овощи свежие и после термической обработки, растительное масло.

Исключить: очень свежий хлеб, сдобное тесто, крепкие мясные и рыбные бульоны, бобовые, жирное мясо, субпродукты, консервы, копченые колбасы, жирную и соленую рыбу, острые закуски, рыбную икру, крепкие чаи, кофе.

Комплекс ЛФК при заболеваниях сердечно-сосудистой системы

Упражнение 1. Ходьба на носках, хлопки руками над головой (30—40 с). Следить за осанкой, дыхание произвольное.

Упражнение 2. Ходьба с высоким подниманием коленей (30—40 с). Не наклоняться вперед, выше поднимать колени.

Упражнение 3. Ходьба с глубокими выпадами (6—8 раз). Выпады широкие, не прыгать, спину держать ровно.

Упражнение 4. И.п.: о.с. Глубокий вдох носом. Долгий выдох через полуоткрытый рот, губы — «трубочкой» (4—5 раз). Выдох выполнять как можно дольше.

Упражнение 5. И.п.: сидя на полу, руки в упоре сзади. Согнуть ноги в коленях — выдох; вернуть в и.п.; ноги выпрямить — вдох

(5—6 раз). Носочки оттягивать, руки в локтях не сгибать.

Дыхательная гимнастика

Дыхательная гимнастика — аэробная нагрузка, имеющая много плюсов. Заниматься ею человек может в любом возрасте, имея различные патологии и будучи в любой физической форме. Аэробные тренировки приводят к следующим изменениям:

- диафрагма начинает двигаться правильно, что обуславливает массаж органов живота;
- газообмен ускоряется; к сердцу приливает кровь в нужном количестве;
- нервная система приходит в норму, исчезают стрессы, волнения;
- легкие увеличиваются;
- сердечные сокращения приходят в норму;
- положительный эффект для всей сердечно-сосудистой системы;
- достигается оптимальное снабжение клеток и крови кислородом;
- полное дыхание помогает избавиться от давления диафрагмы и легких на сердце;
- уменьшается гипоксия. Существует прямая зависимость между работоспособностью сердечно-сосудистой системы и количеством кислорода, содержащимся в крови.

Обязательным условием поддержания оптимально-возможного состояния ССС при наличии заболеваний служит постоянное наблюдение у профильных врачей и медикаментозная поддержка.

Влияние сердечно-сосудистых заболеваний на социальную адаптацию детей в образовательных условиях

С каждым годом число детей с сердечно-сосудистой патологией увеличивается. Наличие патологии накладывает отпечаток на психическое развитие ребенка и становление его личности.

Сердечно-сосудистым заболеваниям может сопутствовать задержка психического развития, обусловленная влиянием госпитализма, соматической ослабленностью, гиперопекой родителей, гипоксическими явлениями. В этом случае рассматривается вопрос об обучении в учреждениях компенсирующего типа или по адаптированным программам в условиях инклюзии.

Эти дети отличаются высоким уровнем тревожности из-за соматической ослабленности, высокой истощаемостью нервных процессов. Они некоммуникабельны, им тяжело адаптироваться, они склонны к фрустрациям и стрессам.

У младших школьников с сердечно-сосудистыми заболеваниями были выделены характерные страхи — смерти, войны, огня. На первое место выходят социально опосредованные страхи — одиночества, учителей, сверстников, выступления перед аудиторией, наказания. Это объясняется чертами личности детей — неуверенностью в себе, низкой коммуникабельностью.

У детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями есть большой страх болезни. Они научены соотносить окружающую ситуацию с безопасностью относительно своего состояния. Поэтому педагогам стоит прислушиваться к жалобам этих детей, внимательно оценивать их поведение, индивидуально подходить к физической и психоэмоциональной нагрузке, правильно выстраивать взаимоотношения в детском коллективе.

При соблюдении этих условий, а также медицинском сопровождении дети с сердечно-сосудистой патологией успешно адаптируются и осваивают общеобразовательные программы.

Организация обучения детей с заболеваниями сердца и сосудов

Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1598 предписы-

вает создание специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в том числе с заболеваниями сердца и сосудов, в соответствии с их возрастными, индивидуальными и особыми образовательными потребностями (ФГОС НОО), в числе которых:

- четкое соблюдение режима дня обучающихся в структуре здоровьесберегающих технологий (смена видов деятельности, обязательное проведение физкультурминутки) и т.д.;
- гигиена умственной деятельности детей с ОВЗ — при значительных умственных нагрузках ЧСС увеличивается и дестабилизируется;
- помощь в овладении учащимися с ОВЗ умением организовывать здоровьесберегающую жизнедеятельность (режим дня, подвижные игры, оздоровительные мероприятия, утренняя зарядка), формировании навыка систематического наблюдения за своим физическим состоянием, величиной физических нагрузок;
- осуществление профилактики переутомления — в годовом учебном плане должны быть предусмотрены равномерно распределенные периоды учебного времени и каникул;

— регламентация продолжительности учебных занятий и перемен действующими санитарно-эпидемиологическими требованиями к условиям и организации обучения детей с ОВЗ.

Литература

- Детские болезни: Учеб. / Под ред. А.А. Баранова. 2-е изд. М., 2009.
- Камкин А.Г., Киселева И.С. Атлас по физиологии: Учеб. пособие: В 2 т. Т. 2. М., 2013.
- Орлов Р.С. Нормальная физиология: Учеб. 2-е изд., испр. и доп. М., 2010.
- Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».
- Савко Л.М. Справочник гипертоника. СПб., 2014.
- Сапин М.Р., Билич Г.Л. Анатомия человека. Учеб. для студ. биол. и мед. спец. вузов: В 2 кн. Кн. 2. 3-е изд., перераб. и доп. М., 2002.
- Смирнов В.М., Будылина С.М. Физиология сенсорных систем и высшая нервная деятельность: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2003.
- Физиология человека / Под ред. В.М. Покровского, Г.Ф. Коротко. 2-е изд., перераб. и доп. М., 2003.

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ И ЗДОРОВЬЕ

Согласно концепции д-ра мед. наук, профессора Р.М. Баевско-го, диагностика здоровья должна базироваться на оценке адап-ционно-приспособительной деятельности организма. При прочих равных условиях можно считать, что любому заданному уровню функционирования организма соответствует эквивалентный уро-вень функционирования аппарата кровообращения.

На основе данного подхода Р.М. Баевский разработал класси-фикацию функциональных состояний (уровней адаптивных возмоз-ностей), обозначенных как адаптационный потенциал (АП). Клас-сификация включает 10 градаций. Ее упрощенный вариант состоит из следующих четырех градаций: 1) состояние удовлетворительной адаптации организма к условиям окружающей среды при высоких или достаточных его функциональных возможностях; 2) состояние напряжения адаптационных механизмов, при котором достаточные функциональные возможности обеспечиваются за счет мобилиза-ции функциональных резервов; 3) неудовлетворительная адаптация организма к условиям окружающей среды при снижении его функ-циональных возможностей; 4) срыв адаптации, сопровождающийся резким снижением функциональных возможностей организма.

Оценка уровня здоровья (по Р.М. Баевскому)

Р.М. Баевский связывает уровень здоровья человека с адап-тационным потенциалом системы кровообращения, который опре-деляется по формуле:

$$АП = 0,001 (ЧСС) + 0,014 (САД) + 0,008 (ДАД) + 0,009 (МТ) - 0,009 (Р) + 0,014 (В) - 0,27,$$

где АП — адаптационный потенциал; ЧСС — частота сердечных сокращений (уд./мин); САД — систолическое артериальное давле-ние (мм рт. ст.); ДАД — диастолическое артериальное давление (мм рт. ст.); Р — рост (см); МТ — масса тела (кг); В — возраст (годы).

Чем меньше величина, характеризующая адаптационный по-тенциал, тем он выше и тем выше уровень здоровья.

АП (усл. баллы)	Функциональное состояние	Группа здоровья	Мероприятия
Ниже 2,60	Удовлетворительная адаптация	I	Общие оздоровительные
2,60— 3,09	Напряжение механизмов адаптации	II	Оздоровительные и профилактические
3,10— 3,49	Неудовлетворительная адаптация	III	Профилактические и лечебные
3,50 и выше	Срыв адаптации	IV	Лечебные

Возможности и значение своевременной диагностики тугоухости у детей раннего возраста, перенесших острый средний отит

Сапожников Я.М.,
д-р мед. наук, профессор;

Мхитарян А.С.,
*канд. мед. наук, врач-оториноларинголог
ФГБУ «Научно-клинический центр
оториноларингологии ФМБА России», Москва*

Аннотация. В статье представлены современные методы диагностики тугоухости у грудных детей и детей раннего возраста, перенесших острый средний отит.

Ключевые слова. Острый средний отит, акустическая импедансометрия, диагностика тугоухости, эндоскопия носоглотки, дети раннего возраста.



Острый средний отит (ОСО) — одно из самых распространенных заболеваний детского возраста, составляет 25—70% всех ушных заболеваний и не имеет тенденции к снижению.

Пик заболеваемости ОСО приходится на 0—6 и 6—18 мес., после этого его частота медленно снижается и достигает минимума, характерного для взрослых, к 8—12 годам. 44% детей переносят ОСО на первом году жизни 1—2 раза; 7—8% — 3 раза и более. По данным разных авторов, на первом году жизни ОСО переносят от 21 до 62% детей, к 3 годам — 71—74% детей. В США и Западной Европе в течение первых пяти лет данный диагноз

ставится более 90% малышей хотя бы один раз. Отмечено, что чем меньше возраст ребенка, тем чаще острое воспаление среднего уха носит двусторонний характер. Двусторонний ОСО до 1 года встречается в 70—85% случаев; от 1 года до 3 лет — в 50—65%; от 4 до 7 лет — только в 18—25% случаев [3; 5; 7].

Проблема тугоухости, развивающаяся после ОСО, особенно актуальна для детей раннего возраста, поскольку первые два-три года жизни служат критическим возрастом для развития речи [4]. Дети до 3 лет, как правило, не жалуются на снижение слуха, особенно после одностороннего ОСО, а родители, к сожалению, длительное время не обращают внимания на неадекватную реакцию ребенка на речь и звуки, связывая ситуацию с ранним возрастом, его невнимательностью или рассеянностью. Это приводит к частичному нарушению контакта с внешним миром и задержке речевого развития, формированию дефектов речи [4; 2; 9].

Определенный период времени снижение слуха может носить флюктуирующий характер, т.е. отмечается периодическое снижение и восстановление слуха [8]. Даже минимальное его нарушение приводит к задержке речевого развития и проблемам

в овладении речью, снижению уровня развития слухового внимания и памяти. В определенной степени это касается даже односторонних нарушений слуха.

Недостаточность первичного распознавания невербальных и вербальных стимулов по физическим характеристикам обуславливает в детском возрасте частичную слуховую депривацию, вследствие чего расстраиваются последующие операции полного распознавания и классификаций лингвистических единиц любого ряда (звуков, слов, фраз) [13].

Учитывая вышеизложенное, цель нашей работы — повышение эффективности диагностики и лечения тугоухости при ОСО у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Всего было обследовано 135 детей в возрасте от 6 мес. до 3 лет. Обследовались малыши, которые находились на стационарном лечении в Морозовской ДГКБ, а также лечились амбулаторно. В возрасте от 6 мес. до 1 года обследовано 40 детей, от 1 года до 3 лет — 95. У 31 (77,5%) грудного ребенка диагностирован двусторонний, а у 9 (22,5%) — односторонний ОСО. От 1 года до 3 лет двухсторонний ОСО выявлен у 43 малышей (45,3%), а односторонний — у 52 (54,7%). Из 135 обследованных детей острый гнойный отит наблюдался в 35,8% случаев, а в

64,2% ОСО носил бесперфоративный характер.

Всем детям проводилась ото-скопия с помощью отоскопа. При необходимости для диагностики применялась видеоотоскопия с помощью видеоотоскопа фирмы Welch Allyn (США). Основным методом исследования слуха была акустическая импедансометрия (АИ), проводимая с использованием приборов «GSI TimpStar» фирм Grason@ Stadler (США) и «AT 235h» фирмы Interacoustics (Дания).

Вызванную отоакустическую эмиссию (ВОАЭ) регистрировали с помощью приборов «Oto-read» фирмы Interacoustics (Дания), а компьютерную аудиометрию по слуховым вызванным потенциалам (СВП) — прибором «Chart EP» фирмы Otometric (Дания).

Эндоскопию полости носа и носоглотки детей с аденоидами и рецидивирующими ОСО проводили с использованием жесткого и гибкого эндоскопа 2,7 мм в диаметре и углом обзора 0°, 25°, 30 и 70° фирмы Karl Storz (Германия). Дети с 2,5—3 лет проходили эндоскопию с помощью жестких эндоскопов, дети 1—2,5 лет — с помощью гибкой оптики с углом обзора 70°.

При эндоскопии оценивали цвет, отек, гипертрофию слизистой полости носа и носоглотки,

ее форму, размер аденоидов, их расположение и предлежание к хоанам или пролабирование в задние отделы полости носа. Возможность изменения угла изгиба дистального конца эндоскопа позволило оценить состояние глоточных устьев слуховых труб, закрытие их аденоидными вегетациями. Определяли также наличие и расположение трубных миндалин относительно глоточных устьев слуховых труб.

Результаты и их обсуждение. Большинство исследователей считают, что диагностика ОСО у детей грудного и раннего возраста может быть основана только на отоскопии как на наиболее верном диагностическом методе [1]. Использование отоскопии и видеоотоскопии существенно облегчает диагностику.

В случаях, когда, несмотря на учет всех вышеуказанных симптомов, имеются сомнения в диагнозе ОСО, мы исследовали слух с помощью объективного метода аудиологической диагностики — акустической импедансометрии. При регистрации тимпанограмм типов С и В, а также отсутствии акустического рефлекса, с учетом вышеуказанной симптоматики, можно ставить диагноз ОСО и начинать соответствующее лечение.

Разнообразие взглядов на длительность ОСО обусловле-

но неоднозначными критериями выздоровления. В подавляющем большинстве зарубежных источников, в том числе Национальных рекомендациях по диагностике и лечению Американской академии педиатрии, к ним относятся: купирование болевого синдрома, лихорадки и нормализация картины при пневматической отоскопии. В отечественной литературе критерием выздоровления при ОСО считают ликвидацию общей и местной симптоматики, нормализацию отоскопической картины, показателей периферической крови и состояния слуха по данным пороговой тональной аудиометрии, восстановление тимпанограммы и регистрацию акустического рефлекса [1].

По данным исследований [6], несмотря на клиническое выздоровление, $\frac{2}{3}$ детей после ОСО страдают тубарной дисфункцией. При этом у 60—70% малышей отмечается сохранение экссудата в среднем ухе в течение двух недель после клинического выздоровления, у 40—50 — в течение 4—6 нед., а у 10—26% — более 3 мес. [12].

Экссудативному среднему отиту (ЭСО) в 14,3—97% случаев предшествует ОСО, но нельзя отождествлять резидуальный экссудат в барабанной полости непосредственно после перене-

сенного ОСО с экссудатом при ЭСО ввиду разного патогенеза. По мнению ряда авторов, бесперфоративная форма воспаления среднего уха, перенесенная в раннем возрасте, служит основной причиной тимпаносклероза, тимпанофиброза, холестеатомы у взрослых. Исследователи также указывают на высокую распространенность необратимых отдаленных эффектов рецидивирующих средних отитов на слуховую функцию [14].

Мы считаем, что правильное при обсуждении частоты и длительности наличия тугоухости при клиническом выздоровлении после ОСО выделять отдельные группы больных в зависимости от характера течения ОСО: бесперфоративный, спонтанная перфорация, после парацентеза, рецидивирующий ОСО. В значительной степени длительность тугоухости зависит от рациональности лечения в острой стадии ОСО. Для детей раннего возраста это имеет особое значение, поскольку после клинического выздоровления использование таких методов реабилитации, как продувание по Политцеру, невозможно, а проведение пневмо(вибро)массажа барабанных перепонки крайне затруднительно.

Обследованные больные с гнойным ОСО прошли стацио-

нарное лечение. Медикаментозное лечение проводилось после парацентеза. Исследование слуха методом акустической импедансометрии осуществлялось перед выпиской из стационара. У всех больных при этом диагностировали наличие кондуктивной тугоухости: тимпанограммы (Т) — тип В или С, акустический рефлекс (а.р.) не регистрировался. При динамической акустической импедансометрии через 2 нед. сохранялась кондуктивная тугоухость в 74,2% случаев. У 36,8% обследуемых выявлялась кондуктивная тугоухость через 5—6 нед.; у 15,8% через 3 мес. после выписки из стационара, причем у большинства из них была спонтанная перфорация, а также рецидивирующие ОСО.

Наиболее неоднородной в плане сроков восстановления слуха после ОСО была группа больных с его бесперфоративной формой. У ряда больных восстановление слуха, по данным акустической импедансометрии, выявлялось уже через 2 нед. после ОСО, у некоторых тугоухость носила флюктуирующий характер, а у детей с патологией носоглотки, выявленной при эндоскопии, нормализация слуха наступала только после аденотомии. Пятерым больным (3,7%), у которых нормализация слуха не

наступала и после аденотомии, проводили шунтирование барабанной полости.

Хотя в большинстве случаев ОСО заканчивается выздоровлением, у некоторых пациентов остается стойкое снижение слуха, которое в большинстве случаев носит кондуктивный характер. Однако при тяжелом и затяжном течении ОСО нарушения слуха могут носить смешанный и даже нейросенсорный характер. Поэтому для уточнения диагноза мы используем регистрацию вызванной отоакустической эмиссии и компьютерную аудиометрию по слуховым вызванным потенциалам, если при акустической импедансометрии регистрируется Т тип А и не регистрируется а.р. Если при ВОАЭ последний не регистрируется, можно говорить о наличии нейросенсорной тугоухости. Мы выявили троих таких больных (2,2%). Для определения степени потери слуха регистрируют КСВП и ССВП [11].

Вышеизложенный материал проиллюстрируем клиническими примерами.

Ребенок Б., 10 мес. Находился на лечении по поводу правостороннего гнойного ОСО. Согласно анамнезу, мать во время беременности в связи с обострением пиелонефрита получила курс лечения гентамицином. Ребенок

родился недоношенным на 36-й нед. гестации. После проведенного лечения и закрытия перфорации барабанной перепонки на правом ухе зарегистрирована Т тип С, а.р. не обнаружен; на левом ухе Т тип А, а.р. не зарегистрирован.

При повторном исследовании слуха через 3 мес. от обоих ушей зарегистрирована Т тип А, а.р. не зарегистрирован, что свидетельствовало о нормализации состояния среднего уха, при этом наблюдалась высокая степень тугоухости за счет поражения внутреннего уха (сенсоневральная тугоухость). Для подтверждения этого проводились дополнительные исследования слуха: методом регистрации ВОАЭ, последняя не была зарегистрирована, методом регистрации СВП (КСВП и ССВП), при котором установлен порог слуха 90—100 дБ (в речевом диапазоне) на обоих ушах. Был поставлен диагноз двусторонняя нейросенсорная тугоухость IV степени. Ребенка направили на слухопротезирование и занятия с сурдопедагогом.

Ребенок С., 3 года. Жалобы родителей на затрудненное носовое дыхание в течение последних 6 мес., храп, кашель в утренние часы после пробуждения. В течение этого времени 2 раза болел двусторонним отитом (послед-

ний раз месяц назад). Лечился амбулаторно в поликлинике по месту жительства.

Родители заметили, что в последнее время ребенок стал переспрашивать и громко разговаривать. Объективно: при отоскопии барабанные перепонки с обеих сторон втянуты, контуры сглажены, световые рефлексы отсутствуют. На АИ — от обоих ушей зарегистрированы Т тип В, а.р. не зарегистрирован, что свидетельствует о нарушении функции среднего уха. На рентгенограмме носоглотки: аденоидные вегетации II—III степени, прилегающие к хоанам. Эндоскопия носоглотки: аденоиды II—III степени, прикрывающие глоточные устья слуховых труб. Был поставлен диагноз: аденоиды II—III степени, двусторонняя кондуктивная тугоухость. Рекомендована и проведена аденотомия. Через 1,5 мес. после операции при акустической импедансометрии зарегистрированы от обоих ушей Т тип А и а.р., что свидетельствует о нормализации слуха. При обследовании последнего через 3 и 6 мес. методом АИ — слух в норме на оба уха. Ребенок стал развиваться гармонично.

Ребенок В., 2,5 года. Жалобы родителей на частые простудные заболевания, снижение слуха, задержку речевого развития. В анамнезе — повторные

отиты, последний правосторонний отит был 3 нед. назад. Объективно: отоскопия; правое ухо — барабанная перепонка мутная, втянута, световой конус укорочен; левое ухо — при проведении видеоотоскопии обнаружена жидкость в среднем ухе. При проведении акустической импедансометрии зарегистрирована Т тип В на оба уха, а.р. не регистрировался, что свидетельствовало о нарушении функции среднего уха. При эндоскопии носоглотки выявлены: аденоиды II степени, гипертрофированные трубные миндалины, блокирующие глоточные устья слуховых труб.

Были поставлены диагнозы: аденоиды II степени, двусторонняя кондуктивная тугоухость, левосторонний экссудативный средний отит. Рекомендована аденотомия. Под эндотрахеальным наркозом и эндоскопическим контролем проводились операция и лазерная деструкция трубных миндалин. Через 1,5 мес. при проведении АИ на правом ухе зарегистрированы Т тип А и а.р., на левом ухе — Т тип В, а.р. не зарегистрирован, рекомендовано шунтирование барабанной полости.

Таким образом, необходимо динамическое аудиологическое наблюдение после клинического выздоровления от ОСО. Санация

верхних дыхательных путей, направленная на восстановление нормального носового дыхания, играет большую роль в профилактике ОСО и нормализации слуха после перенесенного заболевания.

Вышесказанное позволяет сделать следующие выводы:

- клиническое выздоровление после ОСО у детей раннего возраста в большинстве случаев не сопровождается восстановлением слуха;
- динамическая акустическая импедансометрия позволяет объективно следить за состоянием слуха после ОСО;
- для определения характера нарушения слуха и степени его потери при нормализации функции среднего уха после ОСО (тимпанограмма — тип А) следует использовать регистрацию вызванной отоакустической эмиссии и компьютерную аудиометрию по слуховым вызванным потенциалам;
- при рецидивирующих ОСО и в случаях отсутствия нормализации слуха через 3 мес. после заболевания использование эндоскопии носа, носоглотки и области устьев слуховых труб позволяет выявить патологию и при необходимости под визуальным контролем провести необходимую операцию.

Литература

1. Богомильский М.Р. Значение среднего отита для педиатрической практики и вопросы диагностики: Тезисы конференции «Антибактериальная терапия в педиатрической практике». М., 1999.
2. Богомильский М.Р. и др. Острые средние отиты у детей раннего возраста и их местная терапия. Учеб.-метод. пособие для врачей. М., 2003.
3. Богомильский М.Р., Самсыгина Г.А., Минасян В.С. Острый отит у новорожденных и грудных детей. М., 2007.
4. Володин Н.Н., Таварткиладзе Г.А., Козлов Ю.В. Выявление патологии органа слуха в системе медицинского обеспечения детей раннего возраста // Российский вестник оториноларингологии и педиатрии. 2000. № 5.
5. Дериглазов М.А. Острые воспалительные заболевания среднего уха // Детская оториноларингология: В 2 т. / Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. Т. 1. М., 2005.
6. Меркулова Е.П. Состояние слуховой трубы у детей раннего возраста после перенесенного острого среднего отита // Труды XV съезда оториноларингологов России. Т. 1. СПб., 1995.
7. Минасян В.С. Особенности заболеваний среднего уха у новорожденных и детей грудного возраста: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2004.
8. Сапожников Я.М. Значение акустической импедансометрии в определении показаний к аденомотомии и в контроле за процессом реабилитации слуха у детей // Глухота и тугоухость у детей: Сб. тр. РГМУ. М., 1993.
9. Сапожников Я.М. Методы исследования слуха. Современные методы аудиологической диагностики у детей // Детская оториноларингология: В 2 т. / Под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой. Т. 1. М., 2005.
10. Сапожников Я.М., Богомильский М.Р. Современные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости у детей. М., 2001.
11. Сапожников Я.М., Минасян В.С., Радциг Е.Ю. Аудиологическое исследование новорожденных и детей грудного возраста: Мат-лы XVI съезда оториноларингологов РФ. Сочи, 2001.
12. Тарасова Г.Д. Кондуктивная тугоухость у детей (системный подход к патогенезу, диагностике, лечению и реабилитации): Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1998.
13. Черкасова Е.Л. Нарушение речи при минимальных расстройствах слуховой функции (диагностика и коррекция). М., 2003.
14. Brechtje A. et al. Hearing Deficits in Young Adults Who Had A History of Otitis Media in Childhood: Use of Personal Stereos Had No Effect on Hearing. Pediatrics, 2003. Vol. 111.

Малыш и вода: раннее плавание

Азаренко Т.Д.,

*мастер спорта, дайвер Всемирной конфедерации
подводной деятельности (Confédération Mondiale
des Activités Subaquatiques, CMAS), г. Харьков, Украина*

Аннотация. В статье рассказывается о раннем плавании, способствующем физическому и психомоторному развитию, снижению повышенного тонуса сгибательных и регуляции отводящих мышц, формированию адаптивных двигательных умений, укреплению нервной системы. Описывается закаляющее действие воды.

Ключевые слова. Обучение плаванию, задержка дыхания, ныряние, двигательные рефлексы, раннее плавание.

Какая тайна влечет человека к водной стихии? В поисках ответа вот уже 19 лет я обращаюсь к маленьким человечкам, которым порой лишь несколько дней от рождения. Ребенок, зарождающийся и развиваясь в водной среде, пребывает в состоянии гармонии и блаженства. Возвращая его в воду после появления на свет, мы позволяем ему вновь и вновь переживать подобные ощущения.

Испокон веков подводный мир манил к себе людей. В волнующей подводной стране можно созерцать чудесные сокровища и фантастические существа, там есть пещеры и расщелины, густые, мерцающие леса, горные

вершины, величественные, как Эверест, и раковины.

Маленькие «подводные путешественники» третьего тысячелетия делают свои первые шаги в домашних ваннах и маленьких бассейнах, и старый Нептун ждет их с нетерпением в своем подводном царстве, чтобы открыть мир, полный тайн и чудес!

Еще в древности была замечена положительная роль водных процедур и плавания на здоровье человека. Древние греки считали, что у человека может быть три состояния: «рождение», «смерть» и «в море», т.е. в воде. Состояние «в море» — особое, ни с чем не сравнимое состоя-

ние души и тела, которое ребенок тонко ощущает.

Прежде всего следует изучить физиологические основы раннего плавания, поскольку они помогут родителям и инструкторам лучше понять природу обучения плаванию малышей. В 1966—1976 гг. плавание детей раннего возраста широко распространилось в России, Германии, США, Японии. Серьезные исследования в области физиологии плавания грудных детей проводились профессором И.А. Аршавским.

Обращение к плаванию и другим водным процедурам основывается на природных задатках маленьких детей. Находясь в материнской утробе, ребенок все время плавает. В течение 9 мес. он развивался в жидкой среде в условиях невесомости. Маленький «инопланетянин» рождается на свет уже с готовыми плавательными рефлексам, которые постепенно угасают, если их не закреплять. Особенно важны дыхательный и толчковый рефлексы. Первый заключается в том, что ребенок еще до появления на свет обладает способностью инстинктивно задерживать дыхание, когда вода попадает на лицо. Это позволяет при обучении плаванию применять ныряние, не опасаясь, что

малыш захлебнется. Толчковый рефлекс заключается в том, что при принудительном сгибании ног ребенок реагирует немедленным их разгибанием. Этот рефлекс обуславливает некоторые методические рекомендации: при обучении плаванию в первую очередь необходимо развивать те формы движения ногами (сгибание в коленных и тазобедренных суставах), которые проявляются в этом рефлексе.

Физически беспомощный и не способный координированно двигаться на суше из-за резкого перехода от относительной невесомости в период эмбрионального развития к воздействию сил гравитации после рождения, ребенок на удивление комфортно чувствует себя в наполненной водой ванне. Здесь он успокаивается, начинает улыбаться и гулить. Из-за большого количества лецитиновых жиров удельный вес младенца меньше веса взрослого человека. Поэтому малыш имеет положительную плавучесть и легко держится на воде.

Большое значение имеет и рефлекс задержки дыхания при погружении в воду, который используется при обучении младенцев плаванию и нырянию. Ежедневные систематические

занятия плаванием позволяют научить грудного ребенка плавать раньше, чем ходить, т.е. уже к концу первого года жизни. Приобретенные в грудном возрасте навыки остаются на всю жизнь, если продолжать занятия в 2—3-летнем возрасте. Под влиянием регулярных занятий плаванием двигательная активность ребенка увеличивается, совершенствуется гораздо быстрее, наряду с этим интенсивнее развиваются познавательные способности и интеллект малыша. Опыт показывает, что если начать занятия в ванне спустя 2—3 нед. после рождения ребенка, т.е. когда заживет пуповина, и проводить их регулярно, у ребенка уже на четвертом месяце появятся осознанные активные движения руками и ногами. Этого можно достичь специальными упражнениями, побуждающими его к самостоятельным активным движениям.

Во время занятий плаванием на кору головного мозга воздействует комплекс сигналов и раздражений, вызываемых: осязанием воды и ее механическим действием; зрительным и слуховым восприятием всей обстановки в ванне; углубленным дыханием и его задержкой; состоянием полувесомости;

многократным повторением однотипных движений. Под влиянием такого широкого потока систематически, изо дня в день повторяющихся сигналов в коре головного мозга происходит зарождение новых нервно-проводящих путей и связей, активизирующих не только двигательные, но и другие центры, находящиеся во взаимодействии с ними и регулирующие слаженность функций всего организма. Такой диапазон воздействия, получаемого ребенком на занятиях по плаванию, способствует ускорению не только физического (малыш начинает самостоятельно стоять и ходить на 2—3 мес. раньше), но и общего развития, познания окружающего мира.

Механическое воздействие воды на тело ребенка состоит в том, что, передвигаясь по ее поверхности, он получает легкий, приятный и полезный массаж, благоприятно влияющий на периферическую нервную систему и укрепляющий кожный покров тела. Воздействуя на многочисленные кровеносные сосуды, находящиеся в кожном покрове, давление воды облегчает периферическое кровообращение, а значит, и деятельность сердца. Давление на грудную клетку, создаваемое водой, способству-

ет увеличению глубины выдоха, за которым обычно следует более глубокий вдох. А глубокое дыхание служит мощнейшим профилактическим средством, предупреждающим заболевания дыхательных путей.

Занятия в воде обычно дополняются специальным массажем и гимнастическими упражнениями на пеленальном столе, которые приучают ребенка к активным движениям, укрепляющим мышцы, суставы и связки, благоприятно воздействующим на функциональную деятельность организма, повышающим общую его выносливость. После нескольких месяцев занятий в ванне малыш постепенно начинает выполнять активные движения ногами или руками, самостоятельно плавать в различных положениях, погружаться под воду и нырять, забавляться различными игрушками. К гигиеническому воздействию воды добавляется еще и влияние активных движений. А когда эти два оздоровительных фактора объединяются и их воздействие становится систематическим, ежедневным и продолжительным, результат оказывается впечатляющим.

Плавающие дети в 3 раза реже болеют острыми респираторными инфекциями, легче переносят

их, у них практически не возникает заболеваний кожи и желудочно-кишечного тракта. Раннее плавание малышей способствует их физическому и психомоторному развитию, снижению присущего младенцам первых месяцев жизни повышенного тонуса сгибательных мышц, что обеспечивает ускоренное формирование двигательных умений. Помимо этого, кожа ребенка при плавании испытывает благотворное массирующее воздействие воды, в связи с чем улучшается кровообращение и укрепляется нервная система.

Плавание позволяет рано использовать закаливающее действие воды путем регулирования ее температурного режима. Выполнение в воде физических упражнений вовлекает в процесс дыхания больший объем легких, способствует увеличению их жизненной емкости, обогащению крови кислородом. Все это, наряду с закаливающим действием воды, служит хорошей профилактикой заболеваний. И самое главное — плавание с раннего возраста способствует появлению положительных эмоций. Плавающие дети обычно ведут себя спокойно, хорошо спят, у них постоянно хорошее настроение, что выражается двигательным оживлением, улыбкой.

Забота о физическом развитии ребенка — столь же важная составляющая его гармоничного развития, как рациональный режим, регулярное и полноценное питание, достаточный сон, частое пребывание на свежем воздухе, развивающая среда, позитивное общение и т.п. Раннее физическое развитие — целый комплекс упражнений, методов и действий, направленных на физическое развитие детей. Несомненно, плавание в раннем возрасте влияет на улучшение физического развития ребенка. Плавание — физическое действие, основу которого составляет удержание и перемещение человека в воде в необходимом направлении. Оно служит средством массажа кожи и мышц, ребенок преодолевает значительные сопротивления воды, постоянно тренируя опорно-двигательный аппарат. Таким образом осуществляется своеобразная гимнастика.

Во время плавания очищаются потовые железы, что способствует активизации кожного дыхания и обильному притоку крови к периферическим органам. Горизонтальное положение во время плавания — своеобразное состояние невесомости, которое активизирует кровообращение, развивает и укрепляет сердеч-

но-сосудистую систему. Особое внимание хочется обратить на то, как водные занятия воздействуют на детей с родовой травмой, в том числе с ДЦП, а также на недоношенных и ослабленных в родах и / или в неонатальном периоде. Для таких детей очень важно как можно больше находиться в воде. Во взвешенной среде восстановление и нормализация функций мозга происходят намного быстрее, а благодаря задержке дыхания при ритмичных погружениях малыша под воду обменные процессы ускоряются. Это позволяет организму самостоятельно справиться с большинством «неполадок» в функционировании внутренних органов.

Практика показала, что положительные результаты появляются уже в первые дни после начала занятий плаванием.

Ежедневные занятия малыша в воде позволяют ему:

- отдохнуть от воздействия гравитации и свободно парить в трехмерном пространстве;
- получить физические нагрузки и благодаря задержкам дыхания улучшить обменные процессы;
- научиться плавать и играть в воде.

Кроме того, они оказывают терапевтическое воздействие на

ослабленный организм, дают закаливающий эффект, повышают сопротивляемость организма заболеваниям; формируют позитивную базу восприятия развивающихся интеллектуальных занятий.

Начинать учить ребенка плавать лучше в домашней ванне с самого раннего возраста под руководством опытного инструктора. Очень важно, чтобы у малыша было хорошее настроение. Пусть каждое занятие для родителей будет маленькой победой над страхами, тревогами и сомнениями. Помните: самая лучшая методика — та, которая устраивает и вас и ребенка. Главное — не только техника, но и душа, которую вы сумеете в нее вдохнуть. А лучшим показателем успешно проведенного занятия служит удовольствие, которое испытывает малыш. Согласно В. Леви, движение обязательно принесет радость ребенку. Выполняя упражнения, нужно ориентироваться на ощущения малыша. Момент перехода усилия, мышечного напряжения в удовольствие, радость, наслаждение — чрезвычайно важный, великий миг! Глубокое, здоровое физическое утомление обязательно возвратится малышу в виде глубокого здорового тонуса и огромного интереса к по-

знанию окружающего мира. Не нужно делать из ребенка виртуоза или чемпиона, но абсолютно точно доказано, что стимуляция в первые годы жизни компенсирует индивидуальные слабости натуры и развивает природные способности.

К 4—5 мес. домашняя ванна станет мала для полноценных занятий и можно смело отправляться в бассейн. Занимаясь по этой методике, к полутора годам малыши прекрасно проплывают под водой несколько метров и самостоятельно держатся на воде, плавая на спине. А на сакраментальный вопрос: «Когда же он поплывет, как мы с вами?» — ответить довольно просто. Пропорции тела маленького человека таковы, что удерживать голову над поверхностью воды ему очень трудно, ее можно лишь приподнять для вдоха, активно работая ногами и руками, и дальше, снова плыть под водой. Первые успехи самостоятельного плавания детей можно ожидать в возрасте примерно от 1 года до 2,5 лет, ведь у всех свои таланты. Главное — верить и понимать, что результатом занятий выступает процесс общения взрослого и малыша.

До 3—3,5 лет детям лучше находиться в воде вместе с мамами или папами. Чувствуя

себя в полной безопасности, они учатся нырять, преодолевая под водой все большие расстояния, самостоятельно держаться на воде, совершенствуют активные плавательные движения. С 3,5—4 лет, играя и импровизируя, можно освоить маску и трубку. Над и под водой разворачивается настоящее представление. В этой атмосфере среди маленьких «амфибий» легко и быстро преодолевают свои страхи их ровесники, которые еще только начинают заниматься плаванием. Даже самым встревоженным и напуганным малышам вскоре удается преодолеть водобоязнь, справиться со страхами и радоваться общению с водой, открыв-

шая свои ресурсы и новые возможности.

В дальнейшем умение плавать с аквалангом откроет ребенку красоту и величие подводного мира, а искусство подводной фотографии поможет запечатлеть и унести с собой частицу тайны. Самое удивительное, что человек никого не пугает под водой, никто от него не прячется, не уплывает, подводная жизнь разворачивается просто на наших глазах. Детей больше всего воодушевляют естественные чудеса. Когда созерцаешь безграничную морскую гладь или чарующее величие подводных пейзажей, чувство «Я могу все!» начинает казаться вполне естественным.

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу



ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Учебно-методическое пособие

Авт.-сост. Т.А. Максименко, Л.С. Вакуленко

Цель данного методического пособия — сформировать у читателей представления о возрастных рамках двигательного развития ребенка первого года жизни, а также ознакомить с путями преодоления моторных расстройств средствами кинезиотерапии. Для родителей, специалистов и воспитателей ДОО и коррекционных образовательных учреждений.

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

Музыкотерапия в психолого-педагогической работе с дошкольниками с ОВЗ

Колягина В.Г.,

канд. психол. наук, преподаватель ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Москва

Аннотация. В статье описано применение музыкотерапии в коррекционно-развивающем процессе с дошкольниками с различными проблемами в развитии. Она существенно улучшает благоприятный фон для формирования гармоничной личности ребенка и служит методом профилактики возникновения вторичных нарушений эмоциональной сферы.

Ключевые слова. Музыкотерапия, дошкольники с ограниченными возможностями здоровья, музыкотерапевтический сеанс, коррекционное воздействие.

О целительном воздействии музыки известно очень давно. Еще древнегреческий философ Пифагор считал, что голос и музыка оказывают на человека сильное воздействие. Швейцарский ученый Парацельс считал основным методом лечения больных слушание музыки. Среднеазиатский ученый Авиценна также применял музыку в лечении и утверждал, что она влияет на пульс. В Библии описывается исцеление царя Саула от меланхолии и душевного расстройства с помощью игры на арфе.

Музыка — вид искусства, в котором художественные об-

разы воплощаются через звуки. Это — сильный стимулятор психической энергии человека. Мы живем в мире звуков, они проникают в нас, касаясь тела и души человека и меняя его настроение.

Музыкотерапия зародилась в XIX—XX вв. на Западе и в Америке, а потом в России. Отечественные ученые В.М. Бехтерев, И.М. Догиль, С.С. Корсаковский, И.М. Сеченов, И.Р. Тарханов и др. выявили благотворное влияние музыки на различные системы организма человека: сердечно-сосудистую, дыхательную, двигательную, нервную, головной мозг. Отечественный музыкотерапевт

С.В. Шушарджан в своих исследованиях описывает благоприятное влияние различных видов музыкальных композиций на состояние человека: уходят депрессия, тревожность, бессонница, психосоматические расстройства. Музыка влияет даже на жизнедеятельность онкологических клеток. Ученые доказывают положительную динамику в коррекции и лечении психической сферы человека с помощью музыки.

При соприкосновении с музыкальным искусством стимулируются не только творческие ресурсы, но и снимаются психоэмоциональное напряжение, утомление, грусть, повышается работоспособность, улучшается настроение, создается благоприятный фон для излечения от многих психических и физических заболеваний.

В настоящее время музыкотерапия активно используется в психотерапии, медицине, психологии, педагогике.

Можно ли использовать музыкотерапию в таких практических науках, как специальная и коррекционная психологии, дефектология, логопедия и др.? Не только можно, но и нужно! И.В. Евтушенко, И.Ю. Левченко, Е.А. Медведева, С.М. Миловская и другие отечественные специалисты в своих работах подтверждают благотворное воздействие музыкального искусства на детей с раз-

личными проблемами развития: с умственной отсталостью (УО), задержкой психического развития (ЗПР), детским церебральным параличом (ДЦП), нарушением речи (заикание, общее недоразвитие речи), патологией слуха и зрения и др. Замечено, что в процессе занятий музыкой и пением у дошкольников с проблемами развития активизируется мышление, формируются целенаправленная деятельность, устойчивость внимания, память, развиваются фонематическое восприятие и слух. Применение музыки в различных сочетаниях с пением, движением, театрализованной деятельностью эффективно влияет на развитие речевой функции, ритмико-мелодической стороны речи, звукового произношения и др.

В последние годы детей с проблемами в развитии рождается все больше. К специалистам попадают «сложные» дети, имеющие помимо основного диагноза много сопутствующих, а также вторичных осложнений, возникших на фоне имеющегося дефекта. Практикующим логопедам, дефектологам, специальным психологам известно много случаев, когда в коррекционное учреждение приходят дошкольники, зачастую не имеющие медицинского и психологического сопровождения. В их психологическом статусе могут быть ги-

пердинамичный синдром, агрессия (вербальная, невербальная), тревожность, страхи, необщительность, быстрая астенизация, повышенная возбудимость, заниженная самооценка и другие проблемы, которые затрудняют работу с ними.

Данные отечественных ученых показывают, что применение музыкотерапии в работе логопеда, дефектолога, психолога и других специалистов существенно повышает качество коррекционного процесса. Используя специально подобранные музыкальные отрывки перед занятием или в его процессе, можно помочь ребенку настроиться на деятельность, активизировать или наоборот успокоить нервную систему. Эффективность и качество логопедического массажа во много раз возрастают, если сопровождать его прослушиванием музыкальных композиций. Наблюдения психологов показали, что воздействие мелодичной музыки обеспечивает седативный эффект, а ритмичная, энергичная музыка с умеренными темпом и динамикой действует тонизирующе.

Если у ребенка имеются гипердинамичный синдром, повышенная возбудимость, истощаемость, он трудно сосредоточивает внимание, у него плохая память, прослушивание спокойной музыки поможет ребенку

расслабиться, снять нервно-мышечное напряжение, настроиться на принятие информации. Детям с пониженной энергетикой, гипотонусом, астенизацией, плохим настроением, импульсивностью, повышенной тревожностью более подходит мобилизирующая и активизирующая музыка.

При моделировании эмоционально-психического состояния можно использовать следующие музыкальные произведения:

- при переутомлении и нервном истощении — «Утро» Э. Грига, «Полонез» М. Огинского;
- угнетенном, меланхолическом настроении — «К радости» Л. ван Бетховена, «Аве Мария» Ф. Шуберта;
- для снятия подавленного, угнетенного состояния — прелюдия до-минор Ф. Шопена, «Мелодия» К. Глюка, «Праздничная увертюра» Д.Б. Шостаковича, финалы «Венгерских рапсодий» № 6, 10, 11, 12 Ф. Листа, «Чардаш» В. Монти;
- при выраженной раздражительности, гневливости — «Сентиментальный вальс» П.И. Чайковского, «Аве Мария» Ф. Шуберта;
- снижении сосредоточенности внимания — «Времена года» П.И. Чайковского, «Лунный свет» К. Дебюсси, «Грезы» Р. Шумана;

- напряжении — «Баркарола», «Сентиментальный вальс» П.И. Чайковского, «Пастораль» Ж. Бизе, «Лунный свет» К. Дебюсси, «Лебедь» К. Сен-Санса, «Аве Мария» Д. Каччини, «Элегия» Г. Форте, начало 2-й части концерта № 2 С.В. Рахманинова, ноктюрн фа мажор, ноктюрн соль минор Ф. Шопена и др.;
- астении, апатии — «Чардаш» В. Монти, «Кумпарсита» Х.М. Родригеса, «Шербургские зонтики» М. Леграна и др.

Для оказания положительного эффекта музыки ребенка необходимо подготовить. Педагог предлагает сесть в удобную позу, не скрещивать руки и ноги, можно закрыть глаза и послушать музыку. Мелодия уводит детей от отрицательных переживаний, раскрывает красоту музыки и мира. Для активизации зрительных образов можно использовать различную музыку, передающую картины природы в аудиозаписи: «Морской прибой», «Волшебство леса», «Рассвет в лесу», «Шум дождя», «Искрящийся ручей» и др.

Исследования показывают, что восемь-десять целенаправленных музыкотерапевтических сеансов позволяют значительно улучшить психоэмоциональное состояние ребенка.

Сеансы музыкотерапии могут проводиться в форме моде-

лирования эмоционального состояния (регуляция, повышение эмоционального тонуса, снятие психоэмоционального возбуждения). Чтобы вывести ребенка из того или иного эмоционального состояния, ему необходимо сначала дать прослушать мелодии, созвучные его настроению, затем постепенно сменить характер музыки в соответствии с желаемой переменой. Лучший эффект при такой направленности музыкального восприятия дает программа, составленная из фрагментов разных по характеру музыкальных произведений. При этом выбираются, в первую очередь, музыкальные композиции, в которых преобладает мелодия с отчетливым ритмом.

В начале сеанса слушается музыкальный фрагмент, который в большей степени отвечает душевному, эмоциональному состоянию ребенка в данный момент (если он в тревоге, страхе, предлагается грустная мелодия, воспринимаемая в этот момент как сочувствие его переживаниям). Следующий отрывок должен противостоять действию предыдущего музыкального фрагмента и нейтрализовать его. Такое состояние дают мелодии со светлым звучанием, вселяющие надежду. И в завершение предлагается произведение, обладающее наибольшей силой

эмоционального воздействия, которое вызывало бы у детей необходимое настроение. Это музыка динамичная, жизнеутверждающая, формирующая уверенность в себе, твердость духа.

Предлагаем несколько вариантов сборников музыкальных произведений, снимающих нервно-мышечное напряжение, способствующих релаксации и мобилизации жизненных сил.

Первый вариант

- Вводная часть занятия — прелюдия №1 (до мажор) И.-С. Баха (2 мин); установка на покой и отдых.
- Расслабление мимических мышц — прелюдия и fuga ми бемоль минор И.-С. Баха (4,5 мин).
- Расслабление мышц рук — «Страсти по Матфею» (ария альта № 47) И.-С. Баха (3,5 мин).
- Расслабление мышц туловища — прелюдия № 4 Ф. Шопена (2 мин 5 с).
- Расслабление мышц ног — прелюдия № 13 Ф. Шопена (4 мин. 35 с).
- Регуляция ритма дыхания, сердечных сокращений — прелюдия № 15 Ф. Шопена (1 мин 10 с).
- Выход из состояния расслабленности — «Мелодия» К. Глюка (4 мин 5 с).
- Общая активизация — прелюдия соч. 28 № 17. Ф. Шопена (3 мин 45 с).

Второй вариант:

- Вводная часть занятия — прелюдия № 1 И.-С. Баха (2 мин); установка на состояние покоя и отдыха.
- Расслабление мимических мышц — прелюдия № 8 И.-С. Баха (4 мин 30 с).
- Расслабление мышц рук — «Страсти по Матфею» И.-С. Баха. (3 мин 20 с).
- Расслабление мышц туловища — прелюдия № 4 Ф. Шопена (2 мин 5 с).
- Расслабление мышц ног — прелюдия № 13 Ф. Шопена (4 мин 35 с).
- Мобилизация физического и психического тонуса — «Мелодия» К. Глюка (4 мин. 5 с).
- Формирование состояния уверенности и репродукции предстоящей деятельности — «Мгновение» М. Таривердиева (1 мин 10 с) или тема «Марш Тореодора» Ж. Бизе (45 с).

Авторы, использующие музыкотерапию в психокоррекции, предлагают применять разные музыкальные произведения, но наибольший эффект вызывают классические, хорошо известные слушателям. Для изменения состояния слушателя можно предложить десятки произведений, собранных в «лечебные каталоги».

Большой лечебный эффект проявляется при синтезе музыкального и зрительного воспри-

ятия. Занятия строятся таким образом, что восприятие музыки сопровождается просмотром видеозаписи картин природы. На музыкотерапевтическом сеансе, направленном на снятие психоэмоционального напряжения, можно использовать музыку П.И. Чайковского и С.В. Рахманинова и сопровождать ее прослушивание показом картин родной природы. А светлая, приподнятая музыка И. Гайдна, В. Моцарта хорошо сочетается с показом ярких лугов и порхающих над ними бабочек. Органичное сочетание двух способов восприятия дает более сильный психокоррекционный эффект.

Для создания радостного, оптимистичного настроения, снятия напряжения можно прослушивать детские песни. С этой целью используются:

- песни-формулы, способствующие гармонизации внутреннего мира ребенка («Если с другом вышел в путь» — муз. В. Шаинского, сл. М. Танича);
- песни, основанные на самовнушении положительных установок («От улыбки станет всем светлей» — муз. В. Шаинского, сл. М. Плещинского и др.);
- знакомые оптимистичные по содержанию детские песни, которые могут исполняться под фонограмму группой детей. Такое исполнение песен служит

коррекционной поддержкой, дает ребенку возможность почувствовать уверенность в себе во время пения, положительные эмоции от коллективной вокальной деятельности.

Можно предложить детям пропеть знакомые песни хором.

Музыкотерапия дополняет коррекционно-развивающее воздействие, способствует художественно-эстетическому развитию ребенка, а также ликвидирует нарушения познавательной и эмоционально-личностной сфер. При этом формируются предпосылки к развитию творческой активности и музыкальных способностей.

Литература

- Ветлугина Н.А. и др. Музыкальные занятия в детском саду. М., 1984.
- Медведева Е.А. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика: Учеб. пособие для студ. М., 2002.
- Медведева Е.А. и др. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учеб. для студ. сред и высш. пед. учеб. заведений. М., 2001.
- Овчар О.Н., Колягина В.Г. Формируем личность и речь дошкольников средствами арттерапии. М., 2005.
- Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия: Теория и практика. М., 1999.
- Шушарджан С.В. Музыкотерапия и резервы человеческого организма. М., 1998.

Взгляд невролога на развитие детей 1—3 лет

Джиганшина Ф.И.,
детский невролог ГБУЗ «ДГП № 148 ДЗМ», Москва

Аннотация. В статье представлены особенности психомоторного развития детей первых 3 лет жизни и причины его задержки, описаны заболевания и пограничные состояния, встречающиеся в этот период.

Ключевые слова. Невротические состояния, расстройства речи, дети раннего возраста.

Период 1—3 года жизни — время созревания корковых функций: развиваются сложные условные рефлексы, происходит интеллектуализация психической деятельности. Вследствие особенностей структуры высшей нервной деятельности ребенка он реагирует на внешние раздражители, прежде всего, эмоционально, поскольку еще не способен к обдумыванию, критическому отношению к происходящим событиям. Это делает его особенно ранимым и чувствительным к воздействиям внешней среды.

В разные периоды детства в зависимости от физиологических возрастных особенностей раздражители, вызывающие перенапряжение нервной системы, оказываются различными.

В грудном возрасте для перенапряжения слабых нервных процессов, особенно тормозного, может оказаться достаточным нарушение требований гигиенического режима, соответствующего возрасту ребенка: несоблюдение режима сна в отношении как его длительности, так и времени отхода ко сну, длительное ожидание приемов пищи, нарушение часов кормления. После такого перенапряжения иногда наблюдается отказ от пищи, а в дальнейшем ослабление аппетита.

В первые три года жизни перенапряжение тормозного процесса и невротическое состояние могут развиваться при изменении бытовых условий, например, когда избалованные постоянным присутствием матери дети

вынуждены подолгу и часто ее ожидать. Перенапряжение нервных процессов у малышек может быть вызвано ошибками воспитания: излишней суровостью или запугиванием, что создает патологическую тормозимость, или баловством, препятствующим тренировке и укреплению тормозного процесса. Особенно вредно неровное отношение родителей к ребенку, переходы от раздражения к ласке или повышенная забота и любовь одного из родителей при суровости и холодности другого.

При воспитании единственного в семье ребенка вне детского коллектива нередко имеют место баловство и захваливание. При этом у ребенка образуются патологический стереотип в виде эгоизма, эгоцентризма и излишнего самолюбия. Преобладание раздражительного процесса над торможением усиливается при употреблении ребенком в пищу возбуждающих средств: кофе, шоколада, острых блюд, горчицы, пряностей и других приправ.

Развитие ребенка после первого года жизни отличается интенсивностью, дифференцированностью, активностью и целесообразностью. Действия малыша начинают подчиняться определенной цели, формируются во-

левой акт и функция активного внимания. Ребенок этого возраста склонен к познанию мира. Он активно разбирает игрушки, чтобы узнать природу вещей. Эта познавательная направленность иногда неверно воспринимается как шалость. Развивается регулирующая функция речи, т.е. деятельность ребенка целенаправленно подчиняется словесным инструкциям взрослых. Эмоции на данном возрастном этапе характеризуются адекватностью, яркостью проявлений, наблюдаются различные оттенки эмоциональных переживаний.

Расстройства речи у детей первых 3 лет жизни проявляются в нарушениях ее формирования, которые могут быть относительно парциальными (нарушение звукопроизносительной стороны речи) и общими (задержка речевого развития). Кроме того, у этих детей часто бывают различные невротические и неврозоподобные речевые расстройства — заикание, мутизм. Нарушения речи в детском возрасте могут быть как относительно самостоятельными, так и симптомами различных нервно-психических заболеваний.

Физиологическое косноязычие — неправильное произношение отдельных звуков и звукосочетаний в первые 3—5 лет жизни.

ни, обусловленное возрастной незрелостью речедвигательного аппарата. По мере роста ребенка звукопроизношение самопроизвольно улучшается.

При *дислалии* выраженное нарушение звукопроизношения обусловлено затянувшейся незрелостью или дефектами анатомического строения артикуляционного аппарата. При этом дети не произносят большое количество звуков. При данной патологии помощь логопеда обязательна.

Дизартрия — нарушение звукопроизношения, обусловленное патологией иннервации мышц, участвующих в речевых движениях. Это может быть парез губных мышц, мышц языка, мягкого нёба. Такие дети нуждаются в неврологической и логопедической помощи.

Анатомическая близость расположения корковых зон моторной речи и произвольного движения приводит к нарушению двигательных систем мозга при дизартрии, и у ребенка с речевыми нарушениями также появляются двигательные расстройства различной степени выраженности. Наиболее часто дизартрия наблюдается при ДЦП. Стертые ее формы отмечаются и у детей с минимальной ММД.

Минимальные мозговые дисфункции (ММД) — наиболее распространенная форма нервно-психических нарушений детского возраста. Их рассматривают как последствия ранних локальных повреждений головного мозга, выражающиеся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии.

При ММД наблюдается задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как речь, внимание, память, восприятие и другие виды высшей психической деятельности. По общему интеллектуальному развитию дети с ММД находятся на уровне нормы или, в отдельных случаях, субнормы. Но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации.

При исследовании неврологического статуса у большинства детей с ММД выявляется легкая диффузная очаговая симптоматика резидуально-органического генеза (высокие сухожильные рефлексы, непостоянность мышечного тонуса и др.), характерна также недостаточность со стороны координаторной сферы. Эти состояния возникают в результате ранних локальных по-

ражений центральной нервной системы (ЦНС) при перинатальной патологии, черепно-мозговых травмах или нейроинфекциях. ЦНС при ММД поражается незначительно в отличие от таких состояний, как детские церебральные параличи или умственная отсталость. Изучение анамнеза показывает, что в раннем возрасте у многих детей с ММД обнаруживаются синдром гипервозбудимости, нарушения сна, трудности с кормлением и желудочно-кишечные нарушения. Это все наблюдается до одного года.

В возрасте от 1 года до 3 лет детей с ММД часто отличаются повышенной возбудимостью, двигательное беспокойство, нарушения сна и аппетита, слабая прибавка веса, некоторое отставание в психическом, речевом и моторном развитии. К 3 годам обращают на себя внимание такие особенности, как моторная неловкость, повышенная утомляемость, отвлекаемость, двигательная гиперактивность, импульсивность, упрямство и негативизм, нарушение формирования регуляторных механизмов мочеиспускания и каловыделения, что приводит к энурезу и энкопрезу. Как правило, нарастание симптомов ММД приурочено к началу посещения детского

сада (в возрасте 3 лет) или школы (в 6—7 лет). Подобная закономерность может быть связана с неспособностью ЦНС справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ребенку в условиях увеличения психических и физических нагрузок.

Кроме того, максимальная выраженность проявлений ММД часто совпадает с критическими периодами психоречевого развития. К первому периоду относят возраст 1—2 года, когда интенсивно развиваются корковые речевые зоны и активно формируются навыки речи. Второй период приходится на 3 года. На данном этапе у ребенка увеличивается запас активно используемых слов, совершенствуется фразовая речь, активно развиваются внимание и память. В это время у многих детей с ММД обнаруживаются задержка развития речи и нарушения артикуляции. Третий критический период относится к возрасту 6—7 лет и совпадает с началом становления навыков письменной речи (письмо, чтение).

Большинству детей с ММД свойственны слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, неуверенность в себе, заниженная самооценка. Нередко у них также наблюдаются простые и социальные фобии, вспыльчивость, задиристость,

оппозиционное и агрессивное поведение.

Развитие детской речи в норме проходит следующие этапы: от 1 года 3 мес. до 1 года 10 мес. — период предложений, состоящих из аморфных слов — корней; от 1 года 10 мес. до 3 лет — период усвоения грамматической структуры предложения; от 3 до 7 лет — период усвоения морфологической системы языка.

Задержка речевого развития — отставание развития речи от возрастного уровня. Темп развития речи замедлен, ребенок позже начинает говорить отдельные слова, предложения. ЗРР может наблюдаться у недоношенных, соматически ослабленных или перенесших асфиксию и родовую травму детей, при церебральных параличах, судорожном синдроме и др. Большое значение имеют также неблагоприятные условия окружения.

Заикание — функциональное расстройство речи, в основе которого лежит судорога мышц речевого аппарата. Это одна из форм невротических и неврозоподобных нарушений речи у детей. Возникает чаще всего у дошкольников с невропатией, соматически ослабленных.

Мутизм — функциональное нарушение речи, характеризу-

ющееся отсутствием речевого общения и возникающее обычно под влиянием психической травмы.

Невроз навязчивых движений (тик) — произвольные движения в отдельных группах мышц, по картине напоминающие защитную реакцию, направленную на освобождение от неприятных ощущений (мигательные движения, имеющие целью освободиться от яркого света, соринки в глазу, движения в шее как реакция на тесный воротник, движения головой как отрицательный ответ и др.). Иногда дети жалуются на то, что им что-то мешает. Наиболее часто встречаются тики в различных мышцах лица. Наблюдаются и тики мышц конечностей, а также различные респираторные тики: покашливание, кряхтение, придыхание. Как правило, тики появляются не ранее 2—3 лет. Тик принадлежит к очень стойким неврозам и требует больших усилий при лечении.

Все перечисленные пограничные состояния или функциональные расстройства нервной системы, т.е. неврозы, требуют обследования, наблюдения и лечения у детского невролога. Только он может поставить правильный диагноз, назначить лечение и в восстановительный период под-

ключить к работе логопеда, психолога, родителей.

Лечение и профилактика неврозов состоят, в первую очередь, в обеспечении отдыха для нервных клеток. Необходимо строго соблюдать режим питания и сна, следить, чтобы ребенок как можно больше находился на свежем воздухе. Большое значение при лечении неврозов у детей имеет поведение родителей и других окружающих лиц. Их повышенная тревожность, преувеличенные забота и внимание способствуют фиксации симптомов и условно-рефлекторному закреплению болезненного состояния детей. Родителям следует в спокойных, тихих беседах с ребенком доказать необходимость выполнения лечебных мероприятий, а также элементарных требований, предъявляемых к его поведению.

Не следует баловать ребенка на том основании, что он болен. Необходимо помнить, что при ослаблении нервной системы новые условные рефлексы и образующие временные связи легко становятся инертными, патологически прочными. Такие симптомы, как отказ от пищи на почве негативизма и тики, быстрее проходят при их игнорировании и прочно фиксируются при обращении на них внимания. При лечении как острых, так и про-

лонгированных астенических состояний главное заключается в том, чтобы устранить ту тяжелую жизненную ситуацию, вызвавшую патологическую реакцию, и тем самым ликвидировать гнетущий аффект.

Лечение назначает детский невролог. Необходимы общеукрепляющие средства, витамины группы В, хвойные ванны с морской солью, закаливание. Одновременно рекомендуются препараты валерианы, пустырника. Наибольшее значение имеет лечение сном. Врач вместе с родителями должен постараться повысить у ребенка уверенность в себе, создать бодрое, жизнерадостное настроение.

Дети 1—3 лет склонны к частым простудным заболеваниям. После грудного периода они больше контактируют с другими детьми и взрослыми, чаще контактируют с инфицированными людьми. Иммуитет у младших дошкольников еще не развит, что приводит к большой восприимчивости к инфекциям.

Несовершенство иммунной системы, слабость тормозных процессов в ЦНС делают детей 1—3 лет уязвимыми для неблагоприятных воздействий внешней среды. Родители должны знать это и быть очень внимательными к любым реакциям малышей.

Речь ребенка на втором году жизни

Консультация для родителей

Римская Е.С.,

*учитель-дефектолог ДО ГБОУ «Школа № 1394»,
Москва*

Аннотация. В статье описаны благополучное развитие речи, а также признаки и причины задержки речевого и психоречевого развития.

Ключевые слова. Понимание речи, активная речь, задержка психоречевого развития, дети раннего возраста.

На втором году жизни у ребенка резко возрастает способность подражать речи взрослых, интенсивно развиваются ее понимание, активная речь.

С первых месяцев второго года малыш все чаще начинает самостоятельно употреблять осмысленные слова. Однако до 1,5 лет слова, произносимые ребенком, не всегда отражают реальное название предмета. Разные игрушки он называет одним и тем же словом, пользуется упрощенными или звукоподражательными словами.

До 1,5 лет фразовая речь у детей в большинстве случаев отсутствует. Эту функцию выполняет слово-предложение. Например, прося у матери машин-

ку, ребенок произносит: «Би-би». Такие слова-предложения появляются у детей в 1 год 3 мес. — 1 год 8 мес. Далее ребенок все чаще начинает пользоваться двухсложными предложениями: «Мама, би-би».

Фразы возникают, лишь, когда словарный запас ребенка достигает 40—60 слов. Особенно быстро пополняется словарь в конце второго года жизни. Двухлетний малыш произносит 100—300 слов. Чаще всего это названия игрушек, предметов ближайшего окружения. Появляются слова, обозначающие размер предмета: «маленький», «большой».

Объем словаря зависит от условий воспитания ребенка, частоты общения со взрослыми.

Многие фразы малыш строит еще неправильно, и они не всегда доступны пониманию слушателя.

Большинство согласных звуков ребенок заменяет мягким их вариантом: вместо «санки» — «сяньки», «дай» — «дйай». Отсутствуют также шипящие звуки, звуки [л], [р], что указывает на недостаточно окрепший артикуляционный аппарат. Наряду с неправильным произношением звуков отмечается упрощение слов: они укорачиваются или произносятся только один слог («молоко» — «ко», «моко»). Часто одно и то же слово ребенок произносит по-разному, при этом может выпадать то один, то другой звук.

На этом возрастном этапе у ребенка еще недостаточно окрепший голосовой аппарат, речевой выдох очень слабый, в результате голос недостаточно громкий. Возможны замены звонких согласных глухими («пам-пам» вместо «бам-бам»). Дети уже в состоянии менять интонацию голоса, например, выражать просьбу требовательным тоном.

К концу второго года жизни речь малыша хоть и становится основным средством общения, но еще далека от совершенства.

Для нее характерны бедность словарного запаса, частое употребление облегченных слов («бай-бай», «ам-ам»), употребление лишь тех названий предметов, игрушек, с которыми ребенок постоянно действует. В предложениях отсутствуют правильные грамматические связи между словами (нет предлогов, неправильное окончание слов). Также отмечается неправильное произношение большинства звуков родной речи; неумение сохранять слоговую структуру слова (перестановки слогов местами или укорачивание слова).

На третьем году жизни потребность ребенка в общении со взрослыми и сверстниками возрастает. Интерес к окружающим предметам побуждает его обращаться к взрослым с вопросами: «что это?», «зачем?», «куда?», «когда?». Возрастает понимание ребенком речи. Малыш осознает, когда говорят не только о том, что свершилось в его присутствии сиюминутно, но и о том, что должно произойти.

Словарный запас к концу третьего года жизни увеличивается в 3—4 раза и составляет около 1000 слов. Ребенок знает названия многих предметов и начина-

ет активно пользоваться глаголами. С помощью прилагательных малыш обозначает не только размер предметов, но и называет цвет, свойства, качества предметов (горячий, чистый, хороший), а также форму (круглый шарик). Ребенок начинает широко пользоваться местоимениями («я», «он», «она»), предлогами (чаще всего — «на», «в»).

Все реже ребенок прибегает к облегченным словам (вместо «ав-ав» уже говорит «собака»). Иногда дети еще продолжают путать сходные предметы одного назначения. Например, ботинками называют и ботинки, и туфли.

В грамматическом отношении речь ребенка еще далеко не всегда верна. Хотя он правильно связывает слова в предложения, согласует их в роде и числе, но нередко допускает ошибки в падежных окончаниях.

На третьем году жизни ребенок воспринимает небольшие по объему сказки, может отвечать на вопросы по прочитанному. Небольшие тексты, читаемые многократно, малыш запоминает наизусть. На данном возрастном этапе ребенок уже может отгадывать простые загадки («На болоте живет и кричит “ква-ква”. Кто это?»).

Произношение ребенка еще далеко от нормы, хотя фонематический слух уже достаточно развит. Ребенок продолжает заменять сложные звуки более простыми для произношения ([р] и [л] на [j], [ш] на [с'] («сяпка» — шапка), [ч] на [тэ] («тяй» — «чай»), [ж] на [з'] («зяба» — «жаба»).

В произношении многосложных слов дети продолжают испытывать затруднения: укорачивают слова, переставляют слоги, «теряют» отдельные звуки. При стечении двух или трех согласных пропадают даже те звуки, которые легко произносятся в простых словах («пигин» — «пингвин»).

Большинство детей вслед за взрослыми неплохо воспроизводят различные интонации. Однако голосовой аппарат у них еще недостаточно окреп. Дети не умеют говорить шепотом, когда этого требует обстановка. У ребенка еще недостаточно устойчиво внимание к речи взрослого, он может часто отвлекаться.

Одновременно с развитием речи у детей формируются мышление, память, воображение. В этом возрасте у них велика склонность к подражанию. Это благоприятный фактор для развития активной речи.

Значение правильного режима дня для здоровья детей

Лукашина И.А.,
педагог-психолог ГБОУ «Школа № 1394»,
Москва

Аннотация. В статье рассказывается о правильном режиме дня детей, обеспечивающем физиологически необходимую продолжительность сна и бодрствования, определенное чередование всех гигиенических процессов и кормления, своевременность занятий и самостоятельных игр, прогулок, закаливающих процедур, нормальное функционирование организма.

Ключевые слова. Режим дня, дети раннего возраста, рациональное питание, сон, бодрствование, работоспособность нервной системы, нормальное развитие.



Режим дня — правильное распределение во времени и последовательность бодрствования, сна и кормления, а также своевременная смена различных видов деятельности.

Для детей раннего и дошкольного возраста правильный режим дня — основа воспитания. При соответствии возрасту, состоянию здоровья и индивидуальным особенностям ребенка он способствует нормальному функционированию всего организма, в том числе коры больших полушарий, и предохраняет нервную систему от утомления. Для детей раннего возраста правильный распорядок имеет очень большое значение. Это одно из условий спокойствия и бодрости, без чего невозможно нормальное развитие их нервно-психической деятельности.

При постоянном соблюдении правильного режима дня у ребенка формируется организованное поведение, устра-

няются причины возникновения отрицательных привычек, плача и негативизма. Если кормление, бодрствование и сон ребенка осуществляются всегда в одно и то же время и в определенной последовательности, потребность в еде и сне у него возникает в установленном время, и он спокойно, без возражений ест и ложится спать. И наоборот, несоблюдение режима дня детей раннего возраста — одна из наиболее частых причин нарушения возбудимости коры головного мозга.

Правильный режим дня надо устанавливать с первых дней жизни ребенка. При его составлении прежде всего необходимо:

- учитывать предел работоспособности нервных клеток — устанавливать длительность отрезков бодрствования;
- определять суточное количество сна, а также число и длительность отрезков дневного сна;
- устанавливать количество пищи, время кормлений и интервалы между ними.

На протяжении первых семи лет жизни работоспособность нервной системы ребенка изменяется. Если новорожденный большую часть суток спит, то 2—3-месячный малыш может активно бодрствовать около полтора часов. На протяжении

первого года жизни работоспособность быстро увеличивается. К 1 году ребенок бодрствует уже 3—3,5 ч. К 3 годам максимальная длительность активного бодрствования достигает 5,5—6 ч. На протяжении всего последующего дошкольного периода длительность отрезков бодрствования увеличивается примерно на один час.

Чем меньше ребенок, тем ниже работоспособность его нервных клеток, следовательно, он быстрее утомляется и нуждается в более частом отдыхе.

В первые месяцы жизни ребенок должен спать днем 3—4 раза по 1,5—2 ч, с 9—10 мес. он может спать днем только 2 раза (2—2,5 ч). После 1,5 лет малыш спит днем уже один раз: 3—3,5 ч. К 3 годам длительность дневного сна постепенно уменьшается до 2 ч и в 5—7 лет составляет 1,5 ч.

С увеличением длительности отрезков бодрствования снижается общая продолжительность сна в течение суток за счет уменьшения количества дневного сна.

Трехмесячный ребенок должен спать не менее 16,5 ч в сутки. Годовалый ребенок спит 14,5 ч в сутки, а в 3 года — только 12 ч. За последующие четыре года суточный сон сокращается примерно на 1 ч.

С возрастом изменяются также количество кормлений в течение суток и перерывов между ними.

Наибольшие изменения в длительности бодрствования и сна, а также в количестве кормлений и перерывов между ними происходят на протяжении первых двух лет жизни. Соответственно должен изменяться и режим дня. При его составлении необходимо придерживаться указанных норм бодрствования и сна, устанавливая соответствующее возрасту количество кормлений и длительность перерывов между ними.

Удлинение отрезков бодрствования без учета работоспособности клеток головного мозга или укорочение сна может привести к переутомлению нервной системы и нарушению поведения ребенка.

Нередко малыша раннего возраста слишком рано переводят на режим дня детей более старшего возраста; при этом не учитывают, что длительность бодрствования в этом случае превышает работоспособность его нервной системы. Например, детей 7—8 мес. переводят с режима с трехразовым дневным сном на двухразовый, рекомендуемый для детей 9—10 мес. В этом случае длительность отрезка бодрствования

увеличивается до 3—3,5 ч, в то время как дети этого возраста могут максимально бодрствовать только 2,5 ч. Также отрицательно отражается на развитии и поведении детей необоснованное сокращение отрезков бодрствования, не соответствующее работоспособности их нервной системы.

При назначении режима дня, кроме возраста, необходимо учитывать индивидуальные особенности ребенка и состояние его здоровья. Например, дети с повышенной возбудимостью нервной системы расходуют больше энергии и быстрее устают, чем спокойные дети, поэтому для них приходится сокращать отрезки бодрствования путем удлинения отрезков дневного сна или более раннего укладывания на ночь.

Работоспособность нервной системы ниже у ослабленных детей, а также при различных хронических и острых заболеваниях. Больные и ослабленные дети отличаются быстрой истощаемостью нервной системы, поэтому они не только менее активны, но и быстрее устают. Принимая во внимание повышенную утомляемость больного ребенка, до восстановления нормальной деятельности нервной системы следует установить режим дня детей помладше. Таким образом, сокращается длитель-

ность отрезков бодрствования, ребенок получает питание и спит чаще. Увеличивается суточное количество сна. Своевременное изменение длительности отрезков бодрствования и сна — основное условие нормального функционирования организма маленького ребенка, в частности, его нервной системы.

Большое значение при построении режима для детей в первые месяцы жизни имеет правильная последовательность в чередовании кормления, бодрствования и сна.

На протяжении первых трех лет жизни последовательность этих основных физиологических состояний меняется. До 9 мес. целесообразнее, если ребенок после кормления бодрствует, а затем спит до следующего кормления.

Дети раннего возраста в силу особенностей нервной системы не могут на протяжении одного отрезка бодрствования заниматься каким-то одним видом деятельности. Поэтому во время бодрствования необходимо обеспечить смену различных видов деятельности.

Итак, при составлении режима дня детей разного возраста необходимо:

— установить наиболее рациональный ритм деятельности и

отдыха нервной системы, согласованный с ритмом кормления;

- обеспечить необходимое суточное количество сна, кормлений и бодрствования;
- установить длительность отрезков бодрствования, не превышающую предела работоспособности нервной системы, а также длительность и количество отрезков дневного сна, во время которых могут быть восстановлены деятельное состояние ребенка данного возраста, правильная последовательность сна, кормления и бодрствования;
- обеспечить своевременную смену различных видов деятельности на протяжении бодрствования ребенка в целях поддержания его активного деятельного и эмоционально-положительного состояния.

Если режим составлен правильно и выполняется точно, дети активны в течение всего времени бодрствования и находятся преимущественно в уравновешенном состоянии. У них хороший аппетит. Они сравнительно быстро и спокойно засыпают, крепко спят и просыпаются бодрыми. Такое поведение детей является показателем соответствия режима их возрастным и индивидуальным особенностям.

Новая «культура» против ребенка: «группы смерти»

Миронова М.Н.,

канд. психол. наук, ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского», г. Калуга

Аннотация. В статье анализируются «группы смерти», которые рассматриваются не как игра, а как деструктивная психотехнология, эксплуатирующая особенности подросткового возраста, как феномен молодежной субкультуры, деструктивного культа. Приводятся возможные превентивные меры по снижению риска попадания подростков в подобные группы.

Ключевые слова. «Группы смерти», «рекомендованный» суицид, подростковый возраст, кризис, воспитание.

В любом, казалось бы, прогрессивном явлении обнаруживаются некоторые деструктивные тенденции. К великой культуре присосался ее антипод — антикультура. В пользу и необходимости компьютера и Интернета никто не сомневается: они обеспечили широкий и быстрый доступ к различным видам информации. Однако информационное пространство также быстро заполнилось и крайне опасными для человека угрозами. В Сети появились «группы смерти», группы подростков-самоубийц.

В данном случае мы имеем дело не с обычными, а с «реко-

мендованными» суицидами — формой скрытого насилия. В «рекомендованных» самоубийствах иная мотивация, иные психологические механизмы, приводящие к роковому шагу. Все это еще недостаточно изучено.

Данная статья — попытка восполнить этот пробел, поскольку именно вскрытие причин позволяет понять, как прекратить организованное убийство подростков.

К существованию «групп смерти» отношение неоднозначное: например, один из новостных каналов высказал мнение: «Поиграют, поиграют и забудут». Но подобные группы существо-

вали в Сети еще с конца 90-х гг. XX в. В Интернете есть «Смертесеть» с разделом: «Обучение искусству и науке умирания. Рекомендации по способам самоубийства». А далее анализируется работа трех смертоносных сайтов. Сегодня у организаторов уже накоплен огромный опыт.

Представители следственных органов в качестве оправдания своего длительного бездействия приводят официальную статистику: из 720 подростковых суицидов, совершенных в 2016 г. в России, только 1% можно отнести к деятельности этих групп. Однако известна ли истинная статистика «рекомендованных» суицидов подростков, если по фактам самоубийств расследование просто не проводится?

Не правильнее ли будет говорить о статистике только после того, как старые дела, как минимум за последние 10 лет, будут подняты из архивов и расследованы?

Интернет-провайдеры, в силах которых перекрыть все пути распространения заразы в Интернете, делать это категорически отказываются. Они утверждают, что это проблема не их, а родителей. Поскольку существует программа «Родительский контроль», обеспечение безопасности детей — функция родителей; и «у хороших родителей такого

не случается». Но жизнь показала, что случается и у хороших.

В качестве авторитетной поддержки этого утверждения приведем слова епископа Каменского и Алапаевского Мефодия (Кондратьева) в одной из телепередач телеканала «Спас». Когда обсуждался вопрос о том, почему подростки пробуют наркотики, и все эксперты говорили, что это упущение родителей, он возразил: «В раю Адам и Ева тоже попробовали от дерева добра и зла: Сам Творец не усмотрел».

Тем не менее взрослые поклонники Интернета, опасаясь урезания свободы в Сети, выступают против любых правил.

Наконец, суицидологи, ссылаясь на известный эффект Вертера (массовая волна подражающих самоубийств, которые совершаются после суицида, описанного в популярном произведении литературы или широко освещенного СМИ), утверждают, обсуждение суицида собственно и служит причиной всплеска суицидов.

В «группе смерти» «Синие киты» есть все, что и в других кибериграх: многоуровневая система доступа, задания по инициации, статусность, символы и знаки, но это не игра, а крайне деструктивная психотехнология, созданная компетентными специалистами. Она точно ложится на

психологическую почву возраста. Не будем приводить здесь все традиционные для психологической литературы его характеристики, но остановимся на некоторых наиболее важных в контексте рассматриваемой темы.

Подростковый возраст — кризисный, когда одновременно действуют конструктивная и деструктивная составляющие [5], которые принципиально нерасторжимы. Они обе максимально эксплуатируются преступными организаторами.

В результате действия деструктивной составляющей (преимущественно в начале кризиса, в 11—12 лет) многое из того, что ранее было интересно, важно, ценно, утрачивает смысл, обесценивается. Это прежде всего относится к семье, взаимоотношениям с родителями. Подросток начинает переоценивать общение с родными людьми, с помощью разных форм эмансипационного поведения разрушает прежние, детские отношения, привязанности, чтобы заменить их на будущие, взрослые. Это происходит практически всегда, даже когда родители были друзьями, не допускавшими педагогических ошибок (что в реальности почти недостижимо). Но нормальный процесс развития может осложниться. Так, подростку свойственна повы-

шенная критичность, он очень болезненно относится ко всему, что касается не только оценки собственных личных качеств, но и оценки достоинств и недостатков семьи и близких, поэтому велика вероятность возникновения конфликтов.

В результате формируется барьер к восприятию воздействий родителей, который искусственно раздувается в «группах смерти», поскольку кураторы (о которых еще пойдет речь) «помогают» посмотреть на родителей через кривую лупу и увидеть то, чего не было в действительности. Поэтому возгласы по поводу безответственности, которые звучат на различных ТВ-шоу в адрес родителей, потерявших детей, не только не всегда справедливы, но и неконструктивны. Никто не снимает с родителей ответственности, но не следует такими обвинениями поддерживать стратегию презумпции их виновности, которая играет на руку деструктивной практике необоснованного изъятия детей из семьи. Особенно если учесть, что «экран» для современного ребенка стал более авторитетен, чем родители. И виновны в этом далеко не только они.

Говоря об «экране», мы имеем в виду обобщенный образ многих информационных устройств: экран телевизора, компьютера,

киноэкран, рекламный щит-экран и т.д. Его исключительная роль определяется тем, что, во-первых, как показали исследования, он стал главной ценностью современного ребенка, а во-вторых, именно он выступает средством экспансии в сознание детей большинства перечисленных выше негативных явлений [1].

Эффект обесценивания распространяется не только на семью, но и на церковь: о временном отдалении подростков, которые ранее ходили на службы, причащались, посещали воскресную школу, хорошо известно православным педагогам.

Вступление в «группы смерти» совершается далеко не только по причине семейного неблагополучия, конфликтов в школе, с друзьями, с родителями, несчастной любви, как это обычно объясняют. Здесь используются специфически подростковые моменты возраста: жажда острых ощущений, желание показать свою «крутость», быть причастным к «тайному обществу», «на слабо», «здесь меня понимают и принимают». Другие мотивы, известные из анализа смертоносных сайтов: «просто так», «за компанию», «мы так договорились», «просто от скуки».

Возрастными особенностями подростка обусловлена и необ-

ходимость такого персонажа, как куратор сайта группы. У подростка есть очень важная потребность во встрече со взрослым человеком, который воплощает в себе социальную, обобщенную, но персонифицированную сущность и может стать жизненным идеалом. В этом стремлении подросток часто ошибается, встречая негативного взрослого героя (в «группах смерти» — молодые администраторы и кураторы в Сети). Возникает псевдолюбовь к такому персонажу, когда его воздействие не имеет границ, его цели становятся целями подростка.

Необходимо также учесть, что ведущая деятельность подростка — интимно-личностное общение и большое значение в нем имеет фантазия (опять же — свойственная подростку). Поэтому наиболее предпочтительное общение должно быть тайным. В этом случае вряд ли можно надеяться, что даже при хорошем взаимопонимании с родителями подросток о нем расскажет. Тем более что куратор дает подробные инструкции, как сохранить тайну.

Куратор — не волонтер, он работает по договору, работа оплачивается «по результату», в зависимости от того, какой подросток стал жертвой — если талантливый, перспективный, из хорошей

семьи, то оплата увеличивается в 5 раз. Если работа не доведена до конца — куратор платит штраф организаторам. Сейчас удалось доказать виновность двух кураторов, но кто является организаторами, заказчиками — до сих пор неизвестно. В группе у одного куратора примерно до 10 человек.

Существует и рынок по продаже и покупке заданий для подростков и детей для использования в подобных деструктивных действиях. В обязанности куратора входят индивидуальное дистанционное сопровождение жертв и оценивание реальной серьезности намерений. Так, при появлении у подростка подавленности, отчаяния, изоляции от окружения, индуцированности темами смерти, суицида куратор начинает более активную переписку.

Действие «темы» усиливается с помощью комментариев, одобрений и призывов, ценности подростка разрушаются и высмеиваются.

Если же вновь обратиться к теме деструктивной составляющей кризиса, она служит причиной того, что у подростка в принципе есть психологическая предрасположенность к суициду. Об этом еще в начале XX в. писал детский психоневролог В.К. Хоррошко [11]. Для усиления этой

предрасположенности кураторы в качестве заданий дают прочтение книг с суицидальной тематикой; прибавьте сюда знание о том, что суициды заразительны, и мы поймем, почему эта «игра» столь эффективна. Тем более, что на эффект заражения осознанно или нет, но работают СМИ: например, интервью со знаменитостью, считающей суицид достойной альтернативой естественной смерти.

Колоссальный вклад в процесс интоксикации сознания носит современная молодежная субкультура, выступающая по сути суицидальной*. Например, стихи и песни с суицидальной тематикой: «Киты умирают в лужах бензина», «Мы, наверное, вместе умрем. Нас закопают за подъездами пятиэтажек, откроют рядом круглосуточный цветочный даже...». Высказывания в стиле «Пора уходить» или «Я никому не нужен», клип Риты Дакоты, заканчивающийся прыжком исполнительницы с крыши. Самоубийства романтизируются, а суициденты героизируются и подаются как образцы для подражания.

Так, гибель одной из участниц группы, Рины Поленковой, пропагандировалась в Сети как «геройский поступок», в резуль-

* Используется информация из лекции М.М. Хасминского.

тате она воспринимается подростками как новый культовый «мем», ей подражают фанаты, воспеваются ее посмертная «слава», создаются группы последователей.

Другой пример героизации и романтизации самоубийства подростков — случай в г. Струги Красные под Псковом. Действия суицидентов транслировали по видеосвязи в популярную социальную Сеть, их наблюдали зрители, несколько тысяч из которых одобрили «лайками».

Субкультуры смерти, такие, как эмо, анимэ, зацеперы, риферы и прочие, имеют свои представительства в Интернете. В «ВКонтакте» есть страницы с онлайн-голосованием: «Каким способом вы бы предпочитали умереть?»

А сколько возможностей для заражения в фильмах: их много, например: «Дуэлянт». Здесь на протяжении всего действия показана стрельба персонажа себе в голову. И это при том, что в науке давно показано: демонстрация насилия, агрессии, девиаций в произведениях искусства индуцирует их в реальной жизни [2; 10; 8]. Когда суицидологи выступают против того, чтобы подобные фильмы выходили в широкий прокат, их создатели оправдываются: художник свободен, он так видит, а те, кто его

критикуют — малообразованные лицемеры и ханжи, на которых не стоит обращать внимания. Но свобода без нравственной ответственности разрушительна, об этом говорили многие мыслители современности.

Чтобы составить более или менее полную картину того, в какой заразной, смертоносной атмосфере находятся современные подростки, необходимо добавить список книг с суицидальной тематикой, которые изучаются в школе. Он солиден, как будто создатели программ по литературе действовали строго по подсказке «врага нашего», знающего об эффекте Вертера: это «Гроза» и «Бесприданница» А. Островского, «Бедная Лиза» Н. Карамзина, «Ромео и Джульетта» У. Шекспира, «Темные аллеи» и «Митина любовь» И. Бунина, «Чайка» А. Чехова. Жизнеутверждающей литературы в программе практически нет [6].

Необходимо добавить в школьные факторы еще и дистрессы, вызванные ЕГЭ, перегрузки школьных программ, всевозможные рейтинги, хроническую тревогу за свое будущее. Однако еще в начале XX в. было известно, что подобные факторы увеличивают вероятность суицидов. По результатам исследования профессора М.Я. Феноменова, с 1899 по 1912 г. число

самоубийств в русской школе увеличилось в 13 раз. Это дух практицизма и утилитаризма, ставший преобладающим. Он пронизывает все современное воспитание, отсюда переполнение программы всевозможными предметами, нужными и ненужными, отсюда баллы, экзамены, переутомление учеников [9]. Сегодня эти выводы стали еще более актуальны.

Еще одну причину склонности к самоубийству связывают с типичными для возраста депрессиями. Они характеризуются безразличием и чувством пустоты, вакуума, частичной утери себя (к счастью, они непродолжительны и легко лечатся). Зная об этой особенности, организаторы технологии искусственно усиливают склонность к депрессиям психоделической музыкой, повторяющимися кадрами сцен смерти, во время общения всячески раздувают малейшие недостатки ребенка, убеждают их в безысходности будущей жизни. Это вновь работает: почти каждый подросток уже имеет опыт неудач в своих попытках «встроиться» во взрослую жизнь, но часто сталкивается с «невыносимой плотностью бытия», буквально спиной чувствует, как социум его выталкивает. В результате полосы неудач, поражений подросток легко идет на суицид из-за трудности процесса

вхождения в наш действительно жестокий и несправедливый мир: мысль о самоубийстве снимет разом все возможные жизненные трудности.

А для усиления этой мысли некоторые деятели культуры, как будто целенаправленно работая на вакханалию смерти, показывают все без изыяна оттенки мрачной жизни в нашей стране, убеждают их в отсутствии смысла жизни, Бога, любви и каких-либо перспектив. Через такие фильмы, как «Школа», идет пропаганда «чернухи» в национальных масштабах. Много преуспели в форматировании и нагнетании негатива некоторые наиболее издаваемые авторы, в том числе, пишущие для детей и молодежи.

А чтобы еще более усилить негативное восприятие жизни, интериоризировать, перенести деструкцию внутрь, кураторами предлагаются психологические упражнения по самоповреждению — самопорезы.

В результате взрослый организатор «групп смерти» не только констатирует, что ничего хорошего в жизни нет, единственный способ — уйти из нее добровольно и досрочно, но и дает подробные пошаговые инструкции как «выпиливаться». И даже инспирирует пример собственного суицидального пове-

дения: известный ныне куратор Филипп Лис присылал участникам группы видео со своей якобы неудавшейся попыткой суицида, снабженное комментарием о том, что он испытывал необыкновенные «возвышенные» ощущения.

Среди заданий, которые дают подросткам, есть такие: сфотографироваться с паспортом (своим, если он уже есть, или с паспортами родителей), на своей улице, на углу своего дома и пр. — таким образом, кураторы получают конфиденциальную информацию о ребенке, месте его проживания, о родителях, находят его семью. Потом, если психологические ловушки возраста не срабатывают в достаточной мере — применяется шантаж. Подростку сообщают: «Ты вступил в игру, я предупреждал, что обратного пути нет, к твоим родным уже едут, чтобы с ними расправиться», или: «... о тебе будет публично известно то, что ты скрываешь (или известно родителям, в школе)». Используются задания интимного характера, которые записываются на видео и в случае необходимости используются для шантажа. А если и это не подействует, и жертва прекращает общение в Сети, куратор подключает так называемые боты (автоматические программы). Они ищут сведения о подростке: следят за страни-

цами в Сети его родных, пишут его друзьям, спрашивают, где он, куда пропал. Задействуются все средства связи: телефон, «Вотсап», «Вайбер». В одном из случаев семья уехала из города, разорвала все контакты, но ее отследили, когда мама расплачивалась банковской карточкой.

В последнее время «группы смерти» стали активно использовать подростков-«лидеров», на которых перекладывают часть функций куратора. Их вербуют на этапе, когда лояльный, управляемый, т.е. подходящий по психологическим характеристикам подросток прошел все задания, но финального ему не дают и говорят: «Ты прошел испытания, ты молодец, теперь будешь помогать развиваться другим». Получается целая многоуровневая система.

После того как следовательно поймали первого куратора, остальные стали осторожнее. Если раньше все было открыто: дети вступали в группы со своих аккаунтов, вовлекали друзей, приносили все это в классы, теперь все скрывается. Такое быстрое реагирование говорит о том, что есть единый центр управления. Подросткам теперь даются четкие инструкции, что говорить и как реагировать на вопросы родителей, как создавать несколько аккаунтов, как и когда удалять переписку.

Для того чтобы подчинить человека, необходимо сформировать повышенную внушаемость. В Сети это также великолепно осуществляется. Усилению внушаемости служат такие моменты, как инициация (принятие в общество), обет покорности, постоянный контроль за жертвой. Есть и психофизиологические решения: так, в 4 ч утра внушаемость человека максимальна, поэтому сеанс связи начинается в 4.20. Дополнительный эффект от использования раннего времени: дети постоянно не высыпаются и находятся в «просоночном» состоянии, которое характеризуется повышенной внушаемостью и отсутствием критики. Этим неожиданно еще более усиливается влияние на суицидальное поведение — «просоночное» и предсмертное состояния аналогичны в отношении электроэнцефалограммы, следовательно, чем-то похожи физиологически! Недаром же пик естественных смертей приходится на утренние часы.

Кроме того, эксперты центра судебно-медицинской экспертизы Санкт-Петербурга, анализировавшие переписку подростков с кураторами, увидели в ней признаки НЛП (нейролингвистического программирования). В сознание «закладываются якоря», которые в нужный момент срабатывают: это определенные сло-

ва (например, «обрыв», «шаг», «облегчение», «освобождение»), цифры, имеющие значение для человека. На эту информацию накладывается психоделическая музыка, видео определенного содержания. Технология работает, даже если человек понимает, что на него воздействуют: есть примеры, когда подготовленные люди вступали в «игру» с исследовательскими целями — и у них появлялись суицидальные влечения.

Вероятно, применяются и другие методы скрытого психологического воздействия, так как один из участников игры, студент третьего курса, который готовился совершить суицид, уверен, что никто ему явно не сообщал информации о том, как и когда это должно произойти. Но в его случае схема движения к месту совершения суицида была весьма сложной, такой, которая исключает естественный ход событий, в нее даже входил перелет в другой город на самолете. Причем его отец утверждает, что он был в таком состоянии, когда критическое мышление не работает (он охарактеризовал его словами: «разговариваешь, как со стенкой»). Последнее говорит о том, что этот юноша находился в глубоком измененном состоянии сознания, которое наводится определенными психотехниками.

Есть еще одна важная эксплуатируемая психологическая особенность подростка: особый образ действий, промежуточный между детской игрой и серьезной ответственной деятельностью — «серьезная игра». Игры в Интернете of-lain и on-lain, которые «наполовину» предполагают действия в реальном мире, — идеальная модель «серьезной игры», где фантазия, действия в Сети и реальность сплетены. «Заботливые» организаторы, используя знания многих о бессмертии души, предлагают привлекательный миф о том, что душа после смерти переселяется в Сеть, в так называемый «Тихий дом». Как разъясняется в Интернете, «Тихий дом» — не только сайт «теневого» Интернета. Это состояние человека, прошедшего информационное перерождение. Причем после суицида можно будет не только быть там, но и появляться среди людей в этом мире. В Сети предпринимаются манипуляции, подтверждающие такую возможность: рассказывается, что якобы кто-то видел подростка, уже совершившего суицид.

Можно предполагать, что этот миф создан нью-эйджерской (окультурной, языческой, сатанинской) философией. Карта страны с наложенным на нее символом, размещенная на сайте, — веро-

ятно, с этой точки зрения не случайна, поскольку в некоторых сатанинских течениях считается, что если кто-либо, совершая ритуальные убийства, из мест их географического расположения «выполнит» пентограмму, получит более высокий статус в демоническом мире. По данным признакам можно считать организаторов «групп смерти» представителями деструктивной сатанинской секты (что не исключает психологического диагноза «бытовая некрофилия» и политического — гибридная война).

Нью-эйджерский миф хорошо ложится на подготовленную почву: современный подросток уже значительно «проработан» участием в сетях Интернета. В результате у него стирается представление о реальности, он живет в придуманных мирах, выйти из которых, даже если на то появится желание, не так просто. О том, что человек, являющийся членом сетевого сообщества, утрачивает свободу, уже известно [3]. Кроме того, в результате участия в деструктивных компьютерных играх у большинства произошла танатизация сознания и размыта граница между жизнью и смертью. Кроме того, играющий подросток привык, что смерть в игре — не настоящая, всегда можно все начать сначала.

Результаты нашего собственного, уже давнего исследования свидетельствуют о том, что воздействие некоторых компьютерных игр, отнесенных к деструктивным, блокирует процесс позитивного личностного развития, делает ребенка безнравственным, черствым, жестоким и эгоистичным, увеличивает склонность к проявлению агрессии, снижает возможности социальной кооперации и способствует превращению играющего в механического исполнителя чужой воли, создает предпосылки для развития аномалий и деструкций личности в будущем.

Интернет для многих современных детей — не искусственное образование, а «почва», родное пространство, причем имеющее высший статус, гораздо более высокий, чем планетарный; это уже, скорее, религиозное отождествление Интернета с «Высшими силами». В диагностических рисунках «Весь мир» зависимые компьютерные игроки помещают земной шар внутри экрана компьютера [4]. При этом у ребенка появляется стремление стать частью компьютера. Поэтому и «Тихий дом» в Интернете для зависимого подростка — это его высший мир, центр притяжения, а наш земной мир для него занимает более низкий статус.

Анализируя вышеизложенное, необходимо констатировать,

что из года в год, из раза в раз повторяется одна и та же история: самые современные достижения науки сначала используются преступниками и негодяями против детей, а взрослое сообщество педагогов и родителей вновь опаздывает. Так было с детскими мультфильмами в 1990-х, с компьютерными играми в 2000-х гг., так — и теперь с «группами смерти».

Государство, общество, церковь, каждый взрослый должны осознать, насколько важно противопоставить субкультуре смерти культуру жизни. Хотя бы потому, что сеть «группы смерти» — подростковый вариант глобальной Сети, в которой ведется информационно-психологическая война, вербовка террористов, рекрутируются участники протестных майданов. (Есть весьма обоснованное мнение специалистов, что «группы смерти» организованы некой силой, уже имеющей кибервойска, и организатор у всех этих явлений общий.)

Сейчас «ВКонтакте» насчитывается более 4000 групп, направленных на суицид. По данным уполномоченного по правам ребенка в РФ Анны Кузнецовой, количество детских самоубийств в 2016 г. выросло на 57% (по сравнению с 2015 г.). А далее технология будет стремительно совершенствоваться: к манипулированию

через Интернет уже подключается искусственный интеллект.

Тщетно надеяться только на программу «Родительский контроль», поскольку иногда именно факт обнаруженного подростком контроля может вызвать бурный протест с неопределенными последствиями. Или на Следственный комитет, полицию, ФСБ, которые в 2017 г. наконец начали работу против суицидальных групп. И на то мизерное количество психологов и психотерапевтов-суицидологов, общественников, которые сегодня реально умеют работать с этой проблемой.

Есть ли выход из сложившейся ситуации? Можно значительно уменьшить вероятность того, что подросток попадет в смертоносные Сети.

В первую очередь, нужно вспомнить, что воспитание ребенка должно начинаться, когда он еще «лежит поперек лавки». В современных условиях это прежде всего — запрет на пользование компьютером и любыми гаджетами, который должен сохраняться в дошкольном детстве как можно дольше. Сейчас уже известно, что у детей, слишком рано получивших доступ к компьютеру, нарушается развитие образной сферы: снижается возможность формирования вторичных образов (понятий), воображения, следовательно — творчества в будущем.

Кроме того, в подростковом возрасте важно, чтобы ребенок впитал традиционные представления о добре и зле, о красивом и безобразном, всего того, что обычно называют «человеческое в человеке». А так как сегодня в сознание ребенка проникают совсем иные, нетрадиционные представления через некоторые современные сказки, мультфильмы, телепрограммы, необходимо строго цензурировать всю эту продукцию «новой» культуры. Родители всегда должны знать, что смотрит, читает или рисует их ребенок. Особенно важно исключать из круга познания те произведения, в которых герои, традиционно являвшиеся представителями «злого», «черного» мира, всегда называвшиеся «нечистью», «нежитью», теперь являют собой положительные личности, имеют привлекательные черты характера, тогда как обычные люди — представлены негативными. И не нужно обращать внимание на то, что «детям это нравится».

После таких сказок или мультиков в сознании ребенка происходит переворот: добро и зло меняются местами. Необходимо исключать и продукцию, не соответствующую возрасту, причем не следует забывать, что сегодня есть мультфильмы, которые мимикрируют под детские, но

на самом деле, их содержание явно предназначено взрослым. Например, это «Шрэк»: да, он смешной и как нам может показаться, добрый, но это как раз пример попытки переворачивания сознания и неподходящего для детского возраста содержания. Нужно помнить и то, что дошкольник не понимает юмора и воспринимает все «напрямую».

А кроме традиционных сказок и добрых мультфильмов необходимо воссоздать игровую традицию детских подвижных игр, особенно групповых, создания художественных, игровых, бытовых изделий своими руками. Снижать психологический дискомфорт детей традиционными психологическими приемами (умыванием водой, спокойным, ласковым словом, тихой сказкой, подбадриванием, внимательной беседой и пр.). И не бояться прослыть маргиналами!

А когда использование компьютера уже станет неизбежным (поскольку в 1-м классе теперь есть предмет «Информатика»), родителям нужно знать о необходимости соблюдения временных ограничений, разработанных медициной:

- для детей 6—7 лет — 10 мин;
- для детей 8—11 — 15—20;
- для подростков — 25—30 мин.

Нельзя играть сразу после ночного сна, перед сном, сра-

зу после еды, при несделанных уроках.

Далее — родителям необходимо развивать у ребенка культуру пользования компьютером как инструментом, а не сверхценностью, принимать специальные меры, чтобы ребенок не оставался один на один с ним и не обожествлял его. Этому способствует использование компьютера, прежде всего для обучения, а не для развлечения. Например, это ознакомление с графическими редакторами, которые позволяют детям самостоятельно создавать изображения фигур различной сложности и экспериментировать с ними. Или с программами, позволяющими изучать нотную грамоту, создавать мелодии разной степени сложности. Или с играми, обучающими игре в шахматы. Сейчас на компьютерах реализована масса других дидактических игр.

Что же касается развлекательных игр, лучшим родительским решением было бы полное их избегание. Потому что среди них есть так называемые деструктивные, которые искажают развитие ребенка [4]. Это игры, насыщенные мотивами смерти, сценами гибели всего живого, экологических катастроф, напигованные всяческой нечистью: монстрами, скелетами, привидениями, киборгами, игры, которые цинично

показывают интимные стороны взрослой жизни, активируют архетипы бессознательной сферы. Особая опасность развлекательных игр состоит в том, что их вред не всегда можно увидеть непрофессиональным взглядом, потому что на поверхности — вполне доброкачественный сценарий, но используются скрытые деструктивные приемы или психотехники.

Кроме того, родители должны быть информированы о вредоносном воздействии на организм ребенка электромагнитного излучения, которое при значительном превышении времени пользования компьютером грозит мозговыми нарушениями, эндокринными заболеваниями, раковыми опухолями, снижением иммунитета и пр. И о том, что нормы излучения в компьютерных классах и компьютерных клубах завышены. Что у ребенка, много работающего за компьютером, снижена двигательная активность, это негативно отражается на его физическом развитии и соматическом здоровье. Формируются фобии, снижается зрение, из-за светового мелькания возможны судороги, эпилептоидные припадки. Часто возникает состояние «пассивного возбуждения», когда удовольствие достигается без усилий (как у экспериментальных крыс

с вживленными электродами в центр удовольствия). А психическое напряжение вызывает у детей состояние дистресса, хронического стресса, приводит к невротизации.

Для снижения вредного воздействия компьютера и интереса к компьютерным играм родителям рекомендуется следующее. Найти ребенку друзей, которые не увлекаются компьютерными играми. Покупать игры вместе с детьми, осуществлять цензуру их содержания, обсуждать с ребенком результаты игры, спрашивать его о его переживаниях, эмоциях, настроении. Нужно контролировать содержание игр, культивировать компьютерные игры творческой направленности; использовать электронные программы, исключая сцены насилия, сатанинскую тематику, блокирующие определенные взрослые сайты. Нужно почаще входить в комнату, где ребенок находится, и косвенно контролировать его деятельность. Самому не играть в компьютерные игры при детях и не говорить в его присутствии: «Я сам играю и нормальный же человек». Не нужно жаловаться в присутствии ребенка на то, что его не оторвать от компьютера. Следует вместе с ним играть в подвижные игры, следить за тем, чтобы дети делали перемены в игре (для детей среднего

и старшего школьного возраста — 15 мин через каждый час, а для детей младшего школьного возраста — гораздо чаще). Можно завести домашнее животное. Нужно приобщать ребенка к домашним делам, загрузить его интересными и полезными делами.

Родителей подростков необходимо познакомить с «бихевиоральными (поведенческими) ключами», позволяющими понять, вовлечен ли уже их ребенок в опасное занятие; необходимо обучение родителей, которое позволит правильно понимать особенности возраста и заранее начать перестраивать свое отношение к подростку. Есть и прекрасные программы для родителей, ориентированные на православное воспитание. Это обязанность психологов и педагогов. Однако работа с родителями не должна быть единственной мерой, общество и государство должны внести свой вклад в противодействие беде.

В тактическом плане необходима игра, которая бы усиливала конструктивную составляющую подросткового кризиса, но была бы «серьезной» и of-lain и on-lain игрой (если уже так произошло, что on-lain для наших подростков теперь родная среда). Необходимо, чтобы она учитывала потребность подростка в тайне (вспомним, что тимуровцы де-

лали свои полезные дела ночью, в тайне), в личностном общении с социальным взрослым. Должна появиться новая специальность — педагоги-психологи-администраторы подростковой Сети, которые будут заниматься не только интервенцией, т.е. осуществлять кризисное консультирование, работая с теми, кто уже участвует в деструктивных группах, но прежде всего — превенцией: играть в «серьезные», конструктивные игры с подростками. Необходимы различные диалоговые форматы в Сети для подростков, в том числе диалог со священником. Нужны священники, которые «специализируются» именно на подростковой социальной работе, способные к ней, компетентные.

К сожалению, пока все больше примеров того, как это поле занимают люди с асоциальными устремлениями. Так, недавно знакомый школьный психолог рассказал, что в районе их школы силами некой частной фирмы проводился квест для подростков (за не очень умеренную плату). Игра проходила ночью и имела сценарий военных действий. Вначале участникам делали укол, после которого они испытывали сильную боль, а затем обострялось их восприятие. Следовательно — их сознание изменялось. Поэтому участники

воспринимали происходящее не как игру, а весьма и весьма реалистично.

В стратегическом плане необходимо возвращение на новом идеологическом и технологическом уровне к серьезной, глубокой системе воспитательной работы с подростками, учитывающей их возрастные особенности. Им необходима полная загруженность времени, которое сейчас, как правило, вынужденно теряется впустую или используется деструктивно. Это ответственность не только исполнителей, но и властных структур общества, от которых зависят и материальные ресурсы, и организационные решения.

Несомненно, спасительным может стать воспитание в православной традиции. Но жизнь показывает, что только формальное знание традиций, посещение воскресной школы и изучение основ православной культуры не срабатывают. Подростку нужны не только знание о православной культуре и традициях, не только понимающие и любящие родители, но и социальные взрослые, способные создавать событийную, духовную общность с ним. Духовные нити события еще никогда не были так истончены и непрочны стараниями «врага нашего», как сегодня; это главная причина появления таких же-

стоких феноменов, как «группы смерти». И наоборот, духовные нити события еще никогда не были так нужны подрастающим детям, как сегодня.

Литература

1. *Абраменкова В.В.* Генезис отношения ребенка в социальной психологии детства: Автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2000.
2. *Берковиц Л.* Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб., 2001.
3. *Гостев А.А.* Психология и метафизика образной сферы человека. М., 2008.
4. *Медведева И.Я.* и др. Ребенок и компьютер. Клин, 2007.
5. *Поливанова К.Н.* Психологический анализ кризисов возрастного развития // Вопросы психологии. 1994. № 1.
6. *Семеник Д., Хасьминский М.* Самоубийство: ошибка или выход? Минск, 2006.
7. *Слободчиков В.И.* Антропологическая перспектива отечественного образования. Екатеринбург. 2009.
8. *Тарасов К.А.* От насилия в кино к насилию «как в кино»? // Социс. 1996. № 2.
9. *Феноменов М.Я.* Причины самоубийств в русской школе. М., 1914.
10. *Харрис Р.* Психология массовых коммуникаций. СПб., 2001.
11. *Хорошко В.К.* Самоубийство детей. М., 1909.

Коррекция антонимических связей и отношений графическими средствами у старших дошкольников с ЗПР

Коваленко О.М.,

канд. пед. наук, доцент кафедры логопедии

*НОУ ВО «Московский психолого-социальный университет»,
Москва*

Аннотация. Статья посвящена изучению возможностей коррекции оптико-пространственной ориентировки и обозначающих ее антонимических связей и отношений у детей старшего дошкольного возраста с ЗПР.

Ключевые слова. Задержка психического развития, оптико-пространственная ориентировка, старшие дошкольники.

Известно, что задержка психического развития (ЗПР) церебрально-органического генеза характеризуется недостаточной сформированностью психологического базиса учебных навыков. У детей с ЗПР зачастую отмечается нарушение оптико-пространственной ориентировки на разных уровнях — образном и символическом.

Мы изучали возможности использования графических средств для коррекции оптико-пространственной ориентировки и обозначающих ее

антонимических связей и отношений старших дошкольников с ЗПР.

Организация и методика работы

Данная работа состоит из двух блоков.

В *I блоке* корректируются особенности оптико-пространственной ориентировки при наличии контрастного ориентира. Данный блок включает два этапа.

1-й этап — представление результатов анализа на основе

имеющихся у детей знаний о бытовых понятиях.

Задание: нарисовать на основе предварительного разбора соответствующего картинного

материала предлагаемые парные антонимические понятия.

Детям предъявляется ряд *инструкций*, представленных в табл. 1.

Таблица 1

Инструкции к изображению парных антонимических понятий

Антонимическая пара	Инструкции	
	к изображению первого понятия	к изображению второго понятия
«Падать — подниматься»	«Нарисуйте мальчика, который падает»	«А теперь нарисуйте мальчика, который поднимается»
«Вместе — врозь»	«Нарисуйте детей, которые гуляют вместе»	«А теперь нарисуйте детей, которые играют врозь»
«Взлет — посадка»	«Нарисуйте взлет самолета»	«А теперь нарисуйте посадку самолета»
«Низко — высоко»	«Нарисуйте воздушный шар, который летит низко»	«А теперь нарисуйте воздушный шар, который летит высоко»
«Близко — далеко»	«Нарисуйте корабль, который плывет близко от берега»	«А теперь нарисуйте корабль, который плывет далеко от берега»
«Вправо — влево»	«Нарисуйте мотоцикл, который поворачивает вправо»	«А теперь нарисуйте мотоцикл, который поворачивает влево»
«Наверху — внизу»	«Нарисуйте обезьяну на верху пальмы»	«А теперь нарисуйте обезьяну в низу пальмы»
«Внутри — снаружи»	«Нарисуйте кролика, сидящего внутри шляпы фокусника»	«А теперь нарисуйте кролика снаружи шляпы фокусника»

2-й этап — представление результатов анализа на основе картинного образца исследуемых бытовых понятий.

Задание: изобразить по образцу предлагаемые аналогичные парные антонимические понятия.

Инструкция: «Срисуйте картинку».

Во II блоке выявляются возможности корректировки допускаемых дошкольниками с ЗПР ошибок при самостоятельном исправлении своих рисунков на основе сличения с картинным образцом.

Анализ полученных результатов

По результатам проведенного анализа мы установили 21 вариант ошибочного воспроизведения пространственных отношений, выражаемого антонимическими средствами (табл. 2) в различных организационных условиях: на основе имеющихся у детей представлений о бытовых понятиях и их картинном образце.

Данные ошибки характеризуются как количественным, так и качественным разнообразием.

Таким образом, на основании результатов первой ча-

сти настоящего исследования было установлено, что оптико-пространственная ориентировка у старших дошкольников с ЗПР недостаточна для полноценного усвоения программного материала по учебным дисциплинам, включающим в себя ее компонент.

Наиболее часто встречающиеся варианты ошибочного воспроизведения пространственных отношений:

- отсутствие отдельных сигнальных объектов, определяющих выбор условий перемещения в пространстве субъекта действия;
- замена указанных действий процессуальным действием, началом и завершением которого они являются;
- отсутствие дополнительных объектов, определяющих дальность нахождения субъекта действия;
- прямо противоположная иллюстрация понятий без учета дифференциального признака, определяющего изменение видимых размеров объектов в зависимости от степени удаленности наблюдения;
- замена данного состояния иллюстрацией возможных условий, обеспечивающих это состояние.

Таблица 2

**Варианты ошибочного воспроизведения
пространственных отношений**

Антонимиче- ские пары	Вариант ошибочного воспро- изведения понятия	Количество воспроизведе- ний данного типа, %	
		при само- стоятель- ном рисова- нии	при срисо- вывании
1	2	3	4
<i>Смещение дифференциальных признаков семантических основ сходных противоположностей</i>			
«Взлет — по- садка»	«Взлет»: летящий в облаках самолет постепенно набира- ет высоту (см. приложение, рис. 1)	7,4	3,8
<i>Отсутствие семантической базы дифференциации в виде вычленения из инструкции основы требуемого действия (перемещение / присоединяющие движения в сторону) без дифференциальных признаков, определяющих его условия (направление движения / дальность расположения / характер «присоединяемого»)</i>			
«Близко — да- леко»	«Далеко»: плывущий по вол- нам большой корабль, отделя- емый от берега узкой полосой воды (см. приложение, рис. 2). «Близко»: маленький корабль, отделяемый от берега широкой полосой воды (см. приложение, рис. 3)	13,6	5,3
«Падать — подниматься»	«Подниматься»: парящий в небе и постепенно поднимаю- щийся человек (см. приложе- ние, рис. 4)	5,3	5,9
«Вместе — врозь»	«Врозь»: девочка, протягива- ющая руки к уличным столбам (см. приложение, рис. 5)	4,8	0
<i>Замена данного состояния иллюстрацией возможных условий, обеспечивающих его</i>			

Продолжение табл.

1	2	3	4
«Вместе — врозь»	«Вместе»: одна девочка дает другой девочке воздушный шарик (см. приложение, рис. 6). «Врозь»: один ребенок убегает от другого ребенка (см. приложение, рис. 7)	19	19
<i>Замена указанных действий процессуальным действием, началом и завершением которого они являются</i>			
«Взлет — посадка»	«Взлет»: самолет, летящий в облаках (см. приложение, рис. 8)	29,6	23
«Падать — подниматься»	«Падать»: ребенок, лежащий / сидящий на земле (см. приложение, рис. 9)	5,3	41,2
<i>Отсутствие отдельных сигнальных объектов, определяющих выбор условий перемещения субъекта действия</i>			
«Вправо — влево»	«Вправо»: нет дороги, расходящейся в трех направлениях (см. приложение, рис. 10)	47,6	38
«Низко — высоко»	«Высоко»: на рисунке изображен только один воздушный шар (см. приложение, рис. 11)	3,6	4,3
<i>Иллюстрация семантической основы противоположности за счет привлечения дополнительных, не являющихся в данный момент сигнальными, ориентиров</i>			
«Низко — высоко»	«Низко»: изображение воздушного шара близко от нижнего края листа без каких-либо иных сравнительных ориентиров (см. приложение, рис. 12)	3,6	0
<i>Верное определение местоположения при отсутствии точной пространственной дифференциации</i>			
«Низко — высоко»	«Высоко»: воздушный шар, летящий между деревьями (см. приложение, рис. 13)	10,7	13

Продолжение табл.

1	2	3	4
<i>Прямо противоположная иллюстрация понятий без учета дифференциального признака, определяющего изменение видимых размеров объектов в зависимости от степени отдаленности наблюдения</i>			
«Близко — далеко»	«Близко»: размеры корабля отличаются незначительными изменениями по сравнению с изображением корабля, плывущего далеко (см. приложение, рис. 14)	13,6	21
«Низко — высоко»	«Низко»: шар маленьких размеров (см. приложение, рис. 15). «Высоко»: шар больших размеров (см. приложение, рис. 16)	7,1	0
<i>Прямо противоположное отражение направления движения объектов, иллюстрирующих данное понятие</i>			
«Вправо — влево»	«Влево»: объект движется вправо (см. приложение, рис. 17)	9,5	4,8
«Вместе — врозь»	«Вместе»: персонажи находятся далеко друг от друга (см. приложение, рис. 18)	0	9,5
<i>Несформированность противоположности ввиду отсутствия главного действующего лица, пространственное положение которого определяется его действиями</i>			
«Внутри — снаружи»	Нет действующего лица (см. приложение, рис. 19)	0	7,1
<i>Отсутствие дополнительных объектов, определяющих дальность нахождения субъекта действия</i>			
«Близко — далеко»	«Близко — далеко»: отсутствие линии воды (см. приложение, рис. 20)	13,6	31,6
<i>Верное определение действий, обеспечивающих указанное состояние, при отсутствии точной дифференциации возникающих изменений</i>			
«Падать — подниматься»	«Падать»: тело мальчика, расположенное горизонтально относительно земли (см. приложение, рис. 21)	5,3	17,6

Продолжение табл.

1	2	3	4
<i>Недостаточная дифференциация данного действия от его процессуального звена</i>			
«Взлет — посадка»	«Взлет»: о направленности движения самолета можно судить только по его слегка задранному вверх носу, остальные составляющие (корпус, крылья, хвост) занимают нейтральное положение (см. приложение, рис. 22)	7,4	15,4
<i>Фрагментарность представлений о структуре иллюстрируемого понятия</i>			
«Взлет — посадка»	«Взлет — посадка»: корпус взлетающего / садящегося самолета практически перпендикулярен линии взлета (см. приложение, рис. 23)	14,8	3,8
<i>Расположение отдельных деталей объектов без учета направления движения объекта</i>			
«Взлет — посадка»	«Взлет»: крылья самолета направлены не в ту сторону (см. приложение, рис. 24)	11,1	3,8
<i>Смешение местонахождения объектов, используемых в качестве сигнальных ориентиров</i>			
«Внутри — снаружи»	«Снаружи»: заяц, находящийся рядом с елкой (см. приложение, рис. 25)	7,1	7,1
<i>Поза действующего лица указывает на направление желаемых действий</i>			
«Вверху — внизу»	«Вверху»: обезьяна, поднимающаяся вверх по стволу дерева (см. приложение, рис. 26)	5,5	5,3

Окончание табл.

1	2	3	4
<i>Отсутствие дополнительных объектов, указывающих на характер и место движения объекта, в связи с чем требуемое понятие может оцениваться только при противопоставлении с контрарным понятием</i>			
«Взлет — посадка»	«Посадка»: самолет в позиции полета (см. приложение, рис. 27)		7,4
<i>Верное определение и дифференциация действий, обеспечивающих указанное состояние</i>			
«Вправо — влево»	«Вправо»: сигнальным признаком служит направление перемещения составляющих субъекта действия без изменения общих пространственных координат (направление рогатки и выпускаемых из нее камней, определяемое направленностью держащей ее руки) (см. приложение, рис. 28)	0	4,8
<i>Фрагментарность представлений о структуре субъекта действия</i>			
«Взлет — посадка»	«Посадка»: самолет, выпускающий при посадке три «ноги» из носовой части (см. приложение, рис. 29)	3,7	0

Литература

Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. М., 1984.
Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики ано-

мального развития детей. М., 1989.
Марковская И.Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. М., 1993.

Приложение

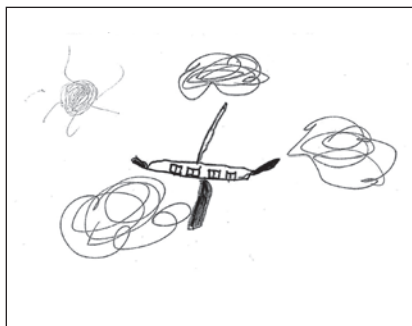


Рис. 1

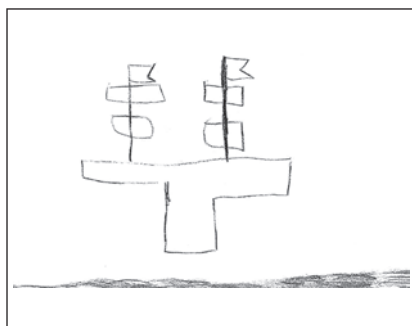


Рис. 2



Рис. 3

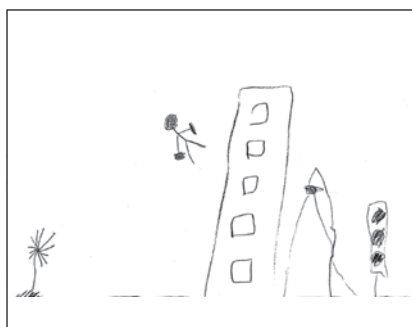


Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

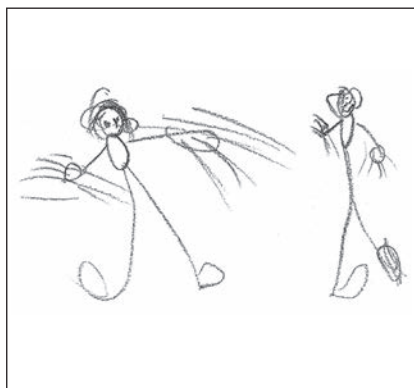


Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9

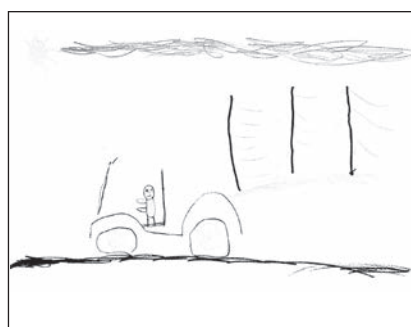


Рис. 10

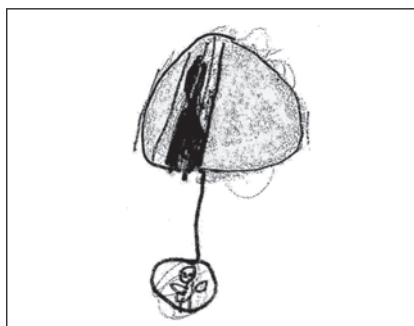


Рис. 11

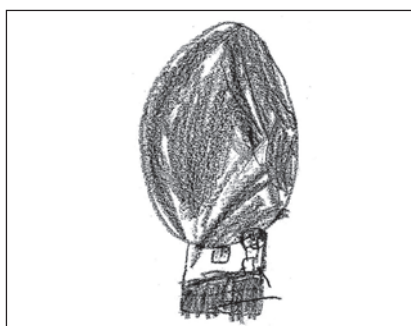


Рис. 12

*Рис. 13**Рис. 14**Рис. 15**Рис. 16**Рис. 17**Рис. 18*



Рис. 19



Рис. 20

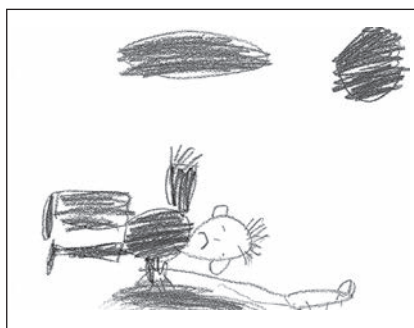


Рис. 21

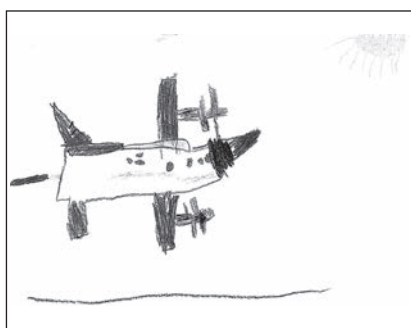


Рис. 22

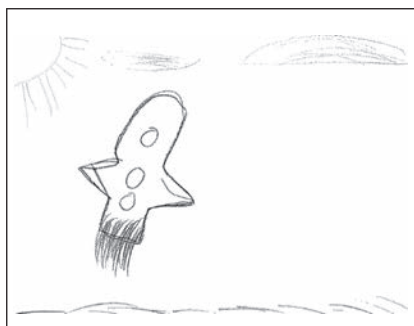


Рис. 23



Рис. 24

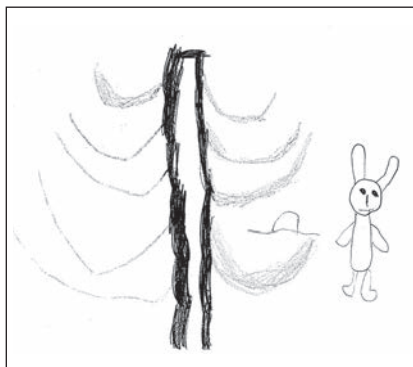


Рис. 25



Рис. 26

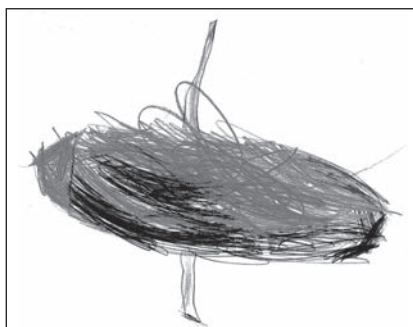


Рис. 27

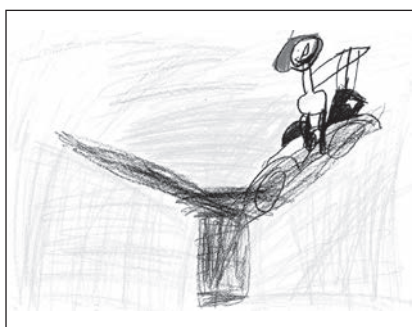


Рис. 28



Рис. 29

Домашние животные

Занятие по ознакомлению
с окружающим миром и развитию речи
для детей 4—5 лет с ЗПР

Поликарпова Л.А.,
учитель-дефектолог, учитель-логопед
ГБОУ «Школа № 1394», Москва

Аннотация. В статье представлено занятие по ознакомлению с окружающим миром и развитию речи для детей 4—5 лет с задержкой психического развития и тяжелыми нарушениями речи, проводящееся в рамках тематического цикла «Домашние животные».

Ключевые слова. Занятие, задержка психического развития, тяжелые нарушения речи.

Предлагаемое занятие можно использовать не только в работе с детьми с задержкой психического развития (ЗПР), но и с тяжелыми нарушениями речи. Оно позволяет в игровой форме решить обозначенные педагогом коррекционно-развивающие, коррекционно-образовательные, а также коррекционно-воспитательные задачи.

Занятие можно проводить во фронтальной или в подгрупповой форме в зависимости от возможностей воспитанников и особенностей их развития. В ходе игрового занятия рекомендуем использовать технические сред-

ства обучения, а также наглядные материалы.

Задачи

Коррекционно-образовательные:

- расширять представления по теме «Домашние животные»;
- формировать обобщающее понятие «домашние животные»;
- активизировать и расширять словарь по лексической теме «Домашние животные»;
- формировать умение правильно называть детенышей домашних животных;
- учить правильно употреблять уменьшительно-ласкательную

форму имен существительных, строить фразу из 2—5 слов.

Коррекционно-развивающая: развивать слуховое внимание, зрительное восприятие, память, мышление, мелкую моторику, двигательную подражательность, координацию речи с движением.

Коррекционно-воспитательные:

- формировать положительное эмоциональное отношение к домашним животным;
- воспитывать у детей дружелюбное отношение к своим сверстникам;
- развивать умения сотрудничать друг с другом, слушать друг друга.

Оборудование: аудиозаписи голосов домашних животных, плакат с изображением спрятавшихся домашних животных, предметные и сюжетные картинки по теме «Домашние животные», игрушки собака и щенок, карточки с изображением животных с недорисованными частями тела, аудиопроигрыватель, наборное полотно.

I. Вводная часть

Дидактическая игра «Посмотри и назови»

Учитель-логопед поочередно показывает детям предметные картинки

с изображением домашних животных: коровы, лошади, свиньи, козы, собаки, кошки, барана, кролика. Предлагает назвать животное. Ребенок, выполнивший задание, садится на место.

Логопед. Кого вы видели на картинках? Какое общее название подходит для этих животных?

Дети отвечают.

II. Основная часть

Дидактическое упражнение «Чей голос?»

Логопед. Ребята, домашние животные хотят с вами поздороваться. Угадайте, кто это здоровается.

Звучат поочередно голоса кошки, собаки, коровы, лошади, козы, свиньи. Дети называют животных и выставляют на наборное полотно их изображения.

Как поздоровалась кошка (собака, корова, лошадь, коза, свинья)?

Дети изображают голоса домашних животных.

Значит, что она (он) делает?

Дети. Мяукает (лает, мычит, хрюкает, ржет, блеет).

Дидактическое упражнение «Кто где живет?»

Логопед. Ребята, как вы думаете, почему этих животных

назвали домашними? Где они живут?

Дети. Домашние животные живут рядом с человеком.

Логопед. Домашние животные могут жить в доме человека, в будке (конуре) или в сарае.

Логопед прикрепляет на доску изображения жилищ животных.

Ребята, покажите и скажите, где живет домашнее животное, которое я назову.

Дети выполняют задание.

Дидактическое упражнение «Угостим домашних животных»

Логопед. Кто ухаживает за домашними животными и кормит их?

Дети. Человек.

Логопед. Давайте и мы угостим наших друзей.

На карточке нарисованы «угощения» для животных, дети выбирают, что кому дадут: «Я дам кошке молоко» и т.п.

Пальчиковая гимнастика «Котик»

Логопед. Ребята, давайте угостим котика.

Дети проговаривают слова и выполняют движения.

Котик, котик, котик,

Дети прикладывают ладони к голове («ушки»).

Тепленький животик.

Глядят круговыми движениями живот.

Подойди к нам близко.

Делают руками манящие движения.

Вот сметаны миска.

Соединяют ладони в виде чаши.

Вот тарелка с молоком.

Вытягивают правую, затем левую руки, отхлопывают ритм на слова «с молоком».

Ну, лакай же язычком.

Соединяют ладони в виде чаши, изображают, что лакают молоко.

Дидактическое упражнение «У кого кто?»

Логопед. Ребята, посмотрите, кто еще пришел к нам в гости. Это Жучка. Она рассказала мне, что у наших друзей-животных случилась неприятность. Их детеныши пошли гулять и заблудились. Давайте поможем мамам найти их и расскажем, кто чей детеныш.

На столе разложены карточки с изображением котенка, щенка, козленка, жеребенка, теленка, поро-

сенка. На наборное полотно в пару к взрослым животным дети выставляют карточки с изображением детенышей и озвучивают свой выбор: «У кошки котята» и т.п.

Дидактическое упражнение «Большой — маленький»

Логопед. Ребята, посмотрите, Жучка тоже нашла своего детеныша. Как он называется?

Дети. Щенок.

Логопед. Какая Жучка по величине?

Дети. Большая.

Логопед. А щенок?

Дети. Маленький.

Логопед. Давайте назовем ласково части тела маленького щенка.

У Жучки голова, а у щенка головка.



Фото. 1. Дидактическое
упражнение
«Кто спрятался?»

Шея —

Лапы —

Спина —

Живот —

Хвост —

Уши —

Нос —

Глаза —

Упражнение на координацию речи с движением «А Жучка все лает»

Дети проговаривают слова и выполняют движения.

Сегодня из белого

Дети идут по кругу, взявшись за руки.

Снежного кома

Мы снежную бабу

Изображают, что лепят снежную бабу.

Слепили у дома.

Стоит наша баба

Встают, топают ногой.

У самых ворот.

Никто не проедет,

Проговаривают слова и оттопыривают ритм.

Никто не пройдет.

Знакома она

Идут по кругу, взявшись за руки.

Уже всей детворе,
А Жучка все лает:

Останавливаются, прикладывают
ладони к голове («ушки»).

«Чужой во дворе!»

Отхлопывают ритм.

И. Демьянов

Дидактическое упражнение «Кто спрятался?» (фото 1)

Логопед. Ребята, Жучка распугала всех домашних животных. Они спрятались от нас. Посмотрите, кто же спрятался?

На плакате из-за разных предметов «выглядывают» кошачий хвост и кошачьи лапы, собачий хвост, коровьи рога и коровий хвост, свиной пятак, лошадиная грива и лошадиный хвост.

Дети называют «спрятавшихся» животных.

Дидактическое упражнение «Что забыл нарисовать художник?» (фото 2)

Логопед. Мальчик, хозяин этих домашних животных, прислал нам их портреты. Он очень старался, когда рисовал своих любимцев. Давайте посмотрим, все ли он изобразил.

Логопед демонстрирует детям изображения свиньи без пятачка, лошади без гривы, коровы без одного рога, собаки без хвоста.



Фото. 2. Дидактическое упражнение «Что забыл нарисовать художник?»

Ребята, мы обязательно поможем мальчику и дорисуем все портреты домашних животных.

Дети дорисовывают недостающие части тела.

III. Заключительная часть

Логопед. С какими животными мы сегодня встретились на занятии? Какое у них общее название? Почему их так назвали? В какие игры мы играли? Что больше всего понравилось?

Дети отвечают.

Молодцы, ребята! Вы хорошо поработали на занятии и много нового узнали о домашних животных.

Императрица Екатерина II: наставления о воспитании здоровых внуков

Романова И.В.,
преподаватель ГБПОУ № 15, Москва

Аннотация. В статье рассматриваются основные положения системы сохранения и укрепления духовного и физического здоровья, разработанные императрицей Екатериной II для своих внуков.

Ключевые слова. Сохранение здоровья, педагогические советы.

Гениальные люди гениальны во всем. Екатерина II была не только великой русской императрицей, но и великой бабушкой. Она создала фундаментальный труд по воспитанию и уходу за детьми.

Екатерина II — великая русская императрица, немка по происхождению, взошла на русский престол в 1762 г. в результате дворцового переворота и правила 34 года — с 1762 по 1796 г. Она была матерью Павла I, долгожданного наследника российского престола. Однако после его рождения, исходя из государственных интересов, сына у нее забрали, развитием и воспитанием ребенка занималась правящая императрица Елизавета Петровна. Вмешиваться в воспитание сына Екатерине не позволялось, и возможность влиять на него она получила только после смерти Елизаветы Петровны, когда Павлу исполнилось 7 лет.

Мальчика растили в русских традициях ухода за царскими детьми: кровать его была обита мехом черных лисиц, зимой и летом его укрывали одеялом из бархата и меха, поэтому он постоянно обливался потом. Его кормили день и ночь, когда хотел и когда не хотел.

В результате Павел вырос слабым, болезненным и нервным. Екатерина была абсолютно не согласна с таким вос-

Актуально!



питанием сына, но сделать ничего не могла. Всю свою любовь и блестящий ум она обратила на внуков. Для них она разработала целую систему ухода и воспитания. Физическое здоровье Екатерина II неразрывно связывала с нравственным, поэтому в основу своей системы она положила педагогические идеи Ж.-Ж. Руссо.

Наставление касательно здравия и сохранения оного*

Об одежде. Да будет одежда Их Высочеств летом и зимою не слишком теплая, не тяжелая, не перевязанная, не гнетущая наипаче грудь. Чтобы платье их было как возможно проще и легче.

О пище. Кушать и пить нужно; но что кушать и пить, и сколько, сие определить смотря на то, что Их Высочествам в каких обстоятельствах здорово. Пища и питье да будут простые, и просто заготовленные, без пряных зелий, или таких корений кои кровь горячат, и без многой соли. Буде кушать захотят между обеда и ужина, давать им кусок хлеба. Запрещается им давать вина инако, как разве по докторскому предписанию. Летом вместо завтрака и между обеда и ужина давать можно вишен, земляники, смородины, яблок и

груш спелых. Чтобы не кушали, когда сыты, и не пили, не имея жажды; и чтоб когда сыты, их не потчивали пищею или питием; чтоб не пили холодного, вспотевши, или когда разгорячены, и вспотевши не пили инако, как скушав наперед кусок хлеба.

О воздухе. Чтоб в покоях их Высочеств зимою по крайней мере дважды в день переменен был воздух открытием окон воздушных. Чтоб как возможно Их Высочества летом и зимою чаще были на вольном воздухе, когда сие не может вредить их здоровью. Зимою же колико возможно реже быть им возле огня и чтоб зимою покои Их Высочеств не были теплее натоплены, как от 13 до 14 градусов по термометру Реомюра**. Чтоб летом играли на свежем воздухе, на солнце, на ветру. На огар лица и рук от солнца не смотреть. Вспотевши, не ложиться на мокрой траве.

О мыльне и купанье. Их Высочества привыкли зимою и летом ходить в мыльну, париться, и купаться в холодной воде. По опытам оказалось, что то и другое здравие их подкрепляет, и для того зимою и летом недель через четыре, или пять, водить их в баню и позволять им париться и купаться. Баню же приготовить должно по предписаниям доктора Санхеса, то есть мокрым паром, поддавая холодною водою на горячие камения

* Сборник Русского Императорского общества. Т. 10. СПб., 1872.

** 13—14 градусов Реомюра — 16,25—17, 5 градусов Цельсия.

прежде, нежели войдут в мыльну, дабы Их Высочества сухой пар не глотали. За весьма нужно и полезно почитается, чтоб Их Высочества учились плавать. сверх того поваживают их, чтоб часто ноги мыли в холодной воде для избежания простуды и мозолей на ногах, и чтоб не опасались мочить ног. Сие, начав с весны или лета и продолжая во всякое время года, предупредит многие простуды. Летом же купаться сколько сами пожелают, лишь бы пред сим не вспотели.

О постеле и сне. Чтоб Их Высочества спали не мягко, но на тюфяках, как привыкли; а отнюдь не на перинах, и чтоб одеяла их были легкие, летом простые ситцевые, подшитые простынею, зимою стеганье, и стеганные. Спать им, чтоб ночью голова не была покрыта или закутана, колико хотят: понеже сон детям здоров, но как вставать рано здорово же, и для того поваживать их Высочеств ложиться рано. За семь лет от восьми до девяти часов сна, кажется, довольно быть может. Когда же их будить нужно, тогда оное чинят не вдруг, но с осторожностью, дабы не испугались кликати по имени не громко.

О детских забавах и веселости нрава. Веселость нрава Их Высочеств ни унимать, ни уменьшать не должно; напротив того поощрять их нужно ко всякому движению и игре, летам и полу их сходственным; ибо движение дает телу и уму силы и здоровье.

Не запрещать им играть, сколько хотят, лишь бы в игру не входило им самим, или жизнь имеющему, вредное, и сохраняли бы при игре благопристойность к людям, при оной находящимся.

Малых неисправностей при игре не унимать. В игре их приставникам не мешаться, разве сами попросят, чтоб в оной участвовали. Игры должны быть в воле детей, лишь бы те игры невинны были и здоровье их от оных не претерпело вреда. Дав детям в игре совершенную свободу, скорее узнать можно нравы и склонности их. Детские игры не суть игры, но прилежнейшее упражнение детей. Вообще дети не любят быть праздными. Разнообразие упражнения и свобода в упражнении детям всегда приятны и питают в них веселость нрава. Питая в детях веселость нрава, надлежит отдалить от глаз и ушей их все тому противное, как печальные воображения, или уныние носящие рассказы, и всякие малодушия, привлекающие и ласкательства. Не оставлять Их Высочеств никогда в праздности. Буде не играют и не учатся, тогда начать с ними какой ни есть разговор, сходственный их летам и понятию, чрез который получили бы умножение знания. Дети любят быть упражнены, они же любопытны. Всякое приобретение знания им приятно тогда, когда оное получают без принуждения: следовательно, не принуждая,

наставить можно, принужденно их учить не должно и нездорово.

О болезни и лекарствах. Кто рожден со здоровым телом и умом, тому не много помощи нужно, а понеже Их Высочества, благодаря Бога, в самом желаемом расположении находятся, то единственно требуется бдение о сохранении толь дражайших дарований здоровья и для того предписывается, яко ненарушимое правило к сохранению и умножению здоровья их колико возможно реже приступать к употреблению им лекарства и отнюдь не давать им лекарства, аки ради осторожности, и будто для упреждения болезни тогда, когда здоровы; словом, во все не давать им лекарства без крайней нужды. Употребление лекарств не ко времени детям более притягивать может болезни, нежели отвращать оные. В детях часто малые припадки озноба, либо жара, или боли в члене, делаются к росту, или иному какому естественному приращению, которые пройдут без лекаря, и без врача и врачевства; употребление же лекарства, в тех случаях отнимет силы нужные к производству того естественного действия; и так как без действительной болезни не нужно употребление лекарственных предписаний, так в случае действительной болезни, и когда легчайшие способы предупредили, тогда уже совет врача потребовать полезно быть может. Когда дети больны, надлежит их поживать преодолевать более бо-

лезни терпением, сном и воздержанием от излишней по обстоятельствам, или вредной пищи. Боль от болезни, от ран, голод, жажду, стужу, жар, сон, усталость, всякий человек чувствует, но для того неприлично оказывать не терпеливости сердца, или иного неприличного движения. Помощь в подобных нуждах надобна; но когда здоровье детей от того вреда не потерпит, то помощь им подать без торопливости во всяком случае.

О слезах. От младенчества дети обыкновенно плачут от двух причин: 1-е) от упрямства, 2-е) от чувствительности и склонности к жалобе. Различить и те, и другие слезы можно по голосу, взгляду и по наружности детей; но те и другие слезы не должно допускать, но надлежит запрещать всякие слезы. Когда плачут от чувствительности, как-то в болезни, тогда стараться надлежит дать им облегчение, не уважая много при них боли, слез и болезни; сказать им, что слезы умножают болезнь и негу, и для того оные унимать и от них воздерживаться надлежит; а более болезни сносить и преодолевать прилично бодростию духа и терпением. Мысли же стараться обратить на иное что, или же обращая слезы в шутки. Буде единожды приставники детям отказали в чем, то чтоб криком и плачем не могли выпросить. Когда упадут или ударятся обо что, немного то уважать, и слезы запрещать, стыдя их ими; ибо твер-

дость духа и разума подкрепляет добродетель. Поваживать детей боли сносить с терпением и без роптания. Буде они вдадутся в опасность какую, тогда их ввести в рассуждение, сказав им, чтобы употребили рассудок.

О хотении. Телесная сила оказывается в преодолении какого ни есть труда и затруднения; душевная же крепость оказывается в преодолении собственных хотений и подчинение хотений здоровому рассудку, и для того от младенчества надлежит хотение детей подчинить здоровому рассудку и справедливости дабы от младости поважены были повиноваться совету здорового рассудка и справедливости, прежде еще, нежели ум созреет. Буде Их Высочества чего пожелают, что им самим, или другим, вредно быть может, или чего для не должно, или не можно; в том им отказывать и отнюдь не давать и не позволять. Буде чего будут просить со слезами, или с упрямством, или упорно; то запрещается им давать при том сказывать надлежит, что не дается для того, что упорно, или со слезами, или с упрямством просят.

О послушании. Поваживать воспитанников к непрекословному послушанию нам и императорской нашей власти. Да будет то, что бабушка приказала, непрекословно исполнено; что запретила, того отнюдь не делать, и чтоб им казалось столь же трудно то нарушить, как переме-

нить погоду по их хотению; в чем приставники да дадут им пример, держа с точностью, в сем наказе предписанного. Кто с младенчества не поважен повиноваться приказанию и совету родителей и приставников тот, созрев, не в состоянии будет слушать совета здорового рассудка и справедливости. Чего дети повелительным голосом требовать будут, того не давать, но поваживать воспитанников просить того, чего желают, и благодарить за то, что получили.

Об упрямстве. Кто не слушается, тот болен, следовательно, лишен выгод здорового. Его, содержат аки больного, и болезнь его не кончится инако, как с возвращением здорового рассудка, т.е. с послушанием и покорностью, и когда надежда видится, что умнее быть хочет. Буде кто, паче чаяния, при детях окажет упрямство или непослушание; того, аки больного, послать домой, дабы остался дома до выздоровления.

Что запрещать и до чего не допускать. Запрещать и не допускать до того, чтоб Их Высочества учинили вред себе или жизнь имеющему, следовательно бить, или бранить при них не надлежит и их не допускать, чтоб били, щипали, и бранили человека, или тварь, или какой вред, или боль причиняли. Не допускать Их Высочеств до того, чтоб мучили, или убивали невинных животных, как-то: птиц, бабочек, мух, собак, кошек, или иное подобное, или портили что умышленно; но поважив их, чтоб

попечение имели о принадлежащей им собаке, птице, белке или ином животном, и оным доставляли выгоды свои, и даже до цветов в горшках, поливая оные. Буде же что им принадлежащее оставят без попечения, или призрения, то оное отобрать от них, ибо все в свете требует попечения; сии же способы суть легчайшие, которыми детей поводить можно к попечению, благоволению, жалости и кротости ко всему.

Ложь и обман запрещать. Ложь и обман запрещать надлежит как детям самим, так и окружающим их, даже в шутках не употреблять но отвращать их от лжи. Буде кто из воспитанников, или при них кто солжет; то представить ему, что лгать есть дело стыдное и безчестное, влекущее за собою презрение и недоверие всех людей. Буде кто из них солжет, то первый раз оказать тому удивление, как о поступке странном, неожиданном, неслыханном и неприличном. Буде же паки найден будет во лжи, то чинить ему выговор и смотреть на него, и обходиться с ним холодно и с презрением всем тем, кои о том знают. Буде, паче чаяния не уймется, то почесть ложь за упрямство; упрямство ж влечет за собою наказание, которое совокуплено быть имеет со стыдом и с опасением поношения.

О худых и порочных примерах. Отдалить от глаз и ушей Их Высочеств все худые и порочные примеры. Чтоб никто при детях не говорил грубых, непристойных и

бренных слов, и не сердился. Отдалять от воспитанников всякие разговоры, рассказы и слухи, умаляющие любовь к добру и добродетели, или умножающие пороки.

Главное достоинство наставления детей состоять должно в любви к ближнему (не делай другому чего не хочешь, чтоб тебе сделано было), в общем благоволении к роду человеческому, в доброжелательстве ко всем людям, в ласковом и снисходительном обхождении ко всякому, в добронравии непрерывном, в чистосердечии и благодарном сердце, в истреблении горячности сердца, пустого опасения, боязливости, подозрения неуместного везде тут, где усмотрится. Требуется, чтобы с возрастом питомцы утвердились в добродетели, чтоб вкоренялась в душах справедливость, которая состоит в том, чтобы не делать законами запрещенного; в любви к истине, в щедрости, в воздержании, уме, основанном на размышлении, здравом о вещах понятии и рассуждении, совокупленном с трудолюбием. Когда дети исполнены повиновением к верховной власти, почтением к родителям, доверенностью к приставам, совокупленными с любовью и с опасением прогневать их и к тому соединяют благоволение ко всем людям, тогда уже много сделано. Чем более дети укрепятся в добродетели, тем более готовятся к познанию того, что отродию их прилично.

Указатель статей журнала «Медработник ДОУ» за 2017 год

Колонка главного редактора

<i>Дружиловская О.В.</i> Новый год — новые возможности	№ 1, с. 5
<i>Дружиловская О.В.</i> Сенсорные возможности ребенка	№ 2, с. 5
<i>Дружиловская О.В.</i> Здоровое подрастающее поколение — задача современного общества	№ 3, с. 5
<i>Дружиловская О.В.</i> Организация системы ранней помощи в современных условиях	№ 4, с. 5
<i>Дружиловская О.В.</i> Развитие ребенка — это активное движение....	№ 5, с. 5
<i>Дружиловская О.В.</i> Здоровье детского населения на современном этапе развития общества	№ 6, с. 5
<i>Дружиловская О.В.</i> Нервно-психическое здоровье детского населения	№ 7, с. 5
<i>Дружиловская О.В.</i> Наследственность и здоровье ребенка	№ 8, с. 5

Гость номера

<i>Абрамова Т.В.</i> Здоровое питание — здоровый ребенок	№ 5, с. 6
<i>Демикова Н.С.</i> Генетика — это актуально сегодня	№ 8, с. 6
<i>Доценко Н.Б.</i> Остеопатия: профилактика и лечение функциональных расстройств	№ 7, с. 6
<i>Кузнецова Н.А.</i> Как мы войдем в жизнь, так ее и проживем	№ 4, с. 6
<i>Ранко Райович.</i> Учеба должна быть игрой	№ 6, с. 6
<i>Саложников Я.М.</i> Современные возможности ранней диагностики нарушения слуха у детей	№ 2, с. 6
<i>Тарасова Г.Д.</i> Детская оториноларингология — прежде всего терапевтическая помощь	№ 3, с. 6
<i>Шевцова Е.Е.</i> Детские инсульты — проблема, требующая внимания	№ 1, с. 6

ГИГИЕНА

Здоровье дошкольника

<i>Воропаева И.Е.</i> Растем вместе с зубами	№ 2, с. 12
<i>Каткова Н.К.</i> Здоровьесберегающие технологии в детском саду	№ 1, с. 12
<i>Робенкова Ю.П.</i> Офтальмология: дети 1—3 лет	№ 4, с. 12

Факторы окружающей среды

<i>Дружиловская О.В., Земцева Н.В., Прошкина Е.А., Савкова Р.С.</i> Понятие о биоритмах, нарушение биоритмической активности	№ 8, с. 12
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

Кочкина Л.В. Системогенетический анализ развития детей, проживающих в сельской местности. № 5, с. 10

Режим дня

Андреева С.В., Воропаева И.Е., Болотникова Е.С.

Гигиенический подход к организации режима сна и бодрствования у старших дошкольников. № 6, с. 18

Рациональное питание

Абрамова Т.В. Значение грудного вскармливания для роста и развития ребенка № 6, с. 29

Скворцова Н.Ю., Зимина Г.Л. Правильное питание — здоровые дети! № 5, с. 14

Оздоровительная работа

Бирюкова Н.Ю., Кузьмина Н.А., Тычинская А.Ю.

Гигиена умственной деятельности школьников № 7, с. 12

Богачева А.Е. Здоровый образ жизни и его основные составляющие № 1, с. 21

Дружиловская О.В. Физическое здоровье дошкольника № 4, с. 14

Егоров Б.Б. Ослабленный ребенок в детском саду № 5, с. 18

Кузьмина Л.А., Кузьмина Н.А. Кохлеарная имплантация: вчера, сегодня, завтра № 2, с. 16

Черкасова Е.Л. Особенности развития дошкольников с заболеваниями ЛОР-органов № 2, с. 23

Шутенко М.В. Коронки для молочных зубов: что это такое? № 3, с. 12

Гигиеническое питание

Вакина Н.В., Денисова В.А., Мостяева С.О. Гигиена двигательной активности детей № 7, с. 21

Гаврюшина М.В. Как сохранить здоровыми молочные зубы ребенка № 5, с. 29

Капарулина О.В., Филиппова Н.Н., Чеснокова М.М. Гигиена сердечно-сосудистой системы № 8, с. 22

Олендарева Е.В. Гигиенические требования к логопедическим занятиям № 6, с. 38

Здоровый образ жизни

Робенкова Ю.П. Гигиена во время беременности № 5, с. 32

Тарасенко В.С., Кремьянская А.А. Здоровьесбережение функций зрения у детей в период адаптации к школе № 7, с. 31

ПЕДИАТРИЯ

Оценка состояния здоровья

Гришечко Ю.В. Как состояние носоглотки влияет на слух № 3, с. 16

Гришечко Ю.В. Снижение слуха у детей № 2, с. 30

Сапожников Я.М., Мхитарян А.С. Возможности и значение своевременной диагностики тугоухости у детей раннего возраста, перенесших острый средний отит № 8, с. 42

Здоровый ребенок

- Азаренко Т.Д. Малыш и вода: раннее плавание № 8, с. 50
 Голубникова Л.А. Как заботятся о здоровье детей в Испании № 6, с. 44
 Кузнецова Н.А. О самом главном чуде на Земле № 4, с. 20
 Панютчева А.И. Значение массажа в развитии детей
 раннего возраста № 5, с. 39
 Робенкова Ю.П. Значение органа зрения в развитии ребенка № 5, с. 36
 Фомина А.Н. Эмоциональная регуляция и саморегуляция
 как фактор психологического здоровья ребенка № 2, с. 35

Неинфекционные заболевания

- Разумова Г.В. Причины и проявления психосоматизации
 в раннем детстве № 4, с. 24
 Саложников Я.М. Серные пробки № 2, с. 44
 Славгородская О.Н. Гипертензионно-гидроцефальный
 синдром № 7, с. 44
 Тарасова Г.Д. Проблема ротового дыхания № 3, с. 20
 Чемоданов В.В. Детские кишечные колики № 1, с. 26

Инфекционные и паразитарные заболевания

- Гришечко Ю.В. ОРВИ и их осложнения № 3, с. 32
 Гришечко Ю.В. Отомикоз у детей № 2, с. 52
 Килим А.А. Врожденные пороки развития челюстно-лицевой
 области № 6, с. 48
 Краснова Е.Е. Коклюш № 1, с. 29

Реабилитация

- Бестаева Ж.Я. Оздоровительный массаж в раннем возрасте № 5, с. 42
 Доценко Н.Б. Что такое остеопатия? № 5, с. 45
 Захаркина Н.Б. Тревожная тропинка. Тренинг по саморегуляции
 и профилактике аффективных состояний
 для детей 5—7 лет № 3, с. 25
 Колягина В.Г. Музыкальная терапия в психолого-педагогической
 работе с дошкольниками с ОВЗ № 8, с. 57
 Шевцова Е.Е., Жилыев Д.Б. Анимационная арт-терапия
 в комплексной системе нейрореабилитации детей № 1, с. 35
 Шевцова Е.Е., Шамаева Ю.В. Формирование оптико-
 пространственного гнозиса у детей 5—6 лет
 с системным нарушением речи № 2, с. 55

Профилактика заболеваний

- Правила профилактики и лечения педикулеза № 1, с. 49
 Робенкова Ю.П. Диспансеризация у офтальмолога № 3, с. 31
 Сенюшкин А.Н., Вагина И.В. Немедикаментозные пути
 решения проблемы рецидивирующих респираторных
 заболеваний у детей раннего возраста № 1, с. 43
 Смирнова О.И., Славгородская О.Н. Основные методы
 профилактики нарушений слуха у детей № 2, с. 67

- Харламова Т.А.* Соблюдение гигиенических норм в учебном процессе младших школьников № 6, с. 66
- Шапошникова М.А.* Направления работы с семьями по профилактике формирования зависимого поведения у старших дошкольников № 7, с. 56

Консультация педиатра

- Джиганшина Ф.И.* Взгляд невролога на развитие детей 1—3 лет... № 8, с. 63
- Коржова С.А.* Температурофобия № 3, с. 33
- Письмо в редакцию..... № 5, с. 48
- Письмо в редакцию..... № 7, с. 63
- Чемоданов В.В.* Дисбактериоз кишечника: что это такое? № 1, с. 52

Лекотека

- Барышева С.Б.* Винни-Пух и все-все-все типы привязанности..... № 7, с. 67
- Глухоедова О.С.* Особенности развития высших психических функций у детей раннего возраста с отсутствием экспрессивной речи № 5, с. 50
- Голубева В.А.* Особенности развития ребенка в первый год жизни..... № 6, с. 76
- Доронина А.К.* Специфика адаптации к ДОО детей, посещавших службу ранней помощи № 4, с. 37
- Римская Е.С.* Речь ребенка на втором году жизни..... № 8, с. 69
- Сыздальцева Л.В.* Развитие лексической стороны речи детей раннего возраста с использованием фольклорных жанров № 7, с. 71
- Толмачева А.Ф.* Особенности общения детей с РДА..... № 3, с. 36
- Шаркова В.А.* Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии № 4, с. 39
- Шаркова В.А.* Формирование математических представлений у детей третьего года жизни..... № 7, с. 79

ПЕДАГОГИКА

Физическое воспитание

- Вражнова Н.В.* Формирование у детей игровых навыков (на примере игр с мячом) № 6, с. 88
- Горячева Е.Н.* Игровые технологии как средство воспитания и физического развития здорового ребенка № 5, с. 60
- Осипова А.А.* Физическое воспитание дошкольников № 5, с. 56

Развитие ребенка

- Дружиловская О.В.* Социализация ребенка с психофизиологическими особенностями № 4, с. 42
- Лукашина И.А.* Значение правильного режима дня для здоровья детей..... № 8, с. 72
- Труханова Ю.А.* Развитие воображения у дошкольников с нарушениями слуха..... № 5, с. 66

<i>Харламова Т.А.</i> Психофизическое развитие и уровень формирования движений детей	№ 2, с. 84
<i>Шаркова В.А.</i> Формирование математических представлений у детей раннего возраста	№ 3, с. 44
<i>Шилина С.В.</i> Аспекты мотивационной готовности дошкольников к обучению в школе.....	№ 1, с. 54
Психологическая помощь	
<i>Артемова Е.Э., Камышева С.Н.</i> Психическое и физическое здоровье детей при аутизме	№ 2, с. 97
<i>Артемова Е.Э., Куризова В.В.</i> Музыкотерапия — средство гармонизации эмоциональной сферы дошкольников с ЗГПР	№ 4, с. 48
<i>Горлова Е.Г.</i> Клинико-психологический подход к проблеме недостаточности функции памяти у детей и подростков	№ 5, с. 76
<i>Дружиловская О.В., Балашова Т.В.</i> Клинический и нейропсихологический аспекты ОНР	№ 5, с. 82
<i>Жерехов А.Б.</i> Тревожность у детей в период адаптации к школе: профилактика и помощь.....	№ 1, с. 71
<i>Колягина В.Г.</i> Изучение психического развития детей с ОНР	№ 7, с. 86
<i>Кузьмина Н.А.</i> Психическое развитие ребенка в условиях сенсорной депривации	№ 6, с. 93
<i>Миронова М.Н.</i> Новая «культура» против ребенка: «группы смерти».....	№ 8, с. 76
<i>Самсонова Е.С.</i> Арт-терапия: понятие и направления использования	№ 6, с. 99
<i>Фомина А.Н.</i> Воспитание жизнестойкого поведения у ребенка в современном мире	№ 3, с. 52
<i>Шарова Н.В.</i> Дети с билингвизмом.....	№ 7, с. 97
Коррекционная работа	
<i>Акопян Н.Ю.</i> Учимся жить вместе. Дети с ОВЗ в ДОО	№ 3, с. 79
<i>Антонова Т.Ю.</i> Развитие интеллектуальной и речевой деятельности старших дошкольников с использованием игровой методики «Нелепицы»	№ 5, с. 101
<i>Бутко Г.А.</i> Современные подходы к физическому воспитанию и оздоровлению детей с ОВЗ	№ 5, с. 91
<i>Гуськова А.А.</i> Подвижные и речевые игры для детей с ОНР	№ 4, с. 58
<i>Дружиловская О.В., Говорушкина Е.А.</i> Формирование пространственно-временных представлений у дошкольников	№ 2, с. 104
<i>Дружиловская О.В., Романова И.В.</i> Культурно-историческое пространство музеев Московского Кремля в социальной адаптации младших школьников.....	№ 6, с. 104
<i>Дружиловская О.В., Хохлова Н.М.</i> Использование музыкальной терапии в коррекционной работе со слабослышащими дошкольниками	№ 1, с. 74

<i>Дунаева Н.Ю., Камышникова Е.Е., Ильина Т.О.</i> Здоровьесберегающие технологии в коррекционной логопедической работе.....	№ 1, с. 78
<i>Коваленко О.М.</i> Коррекция антонимических связей и отношений графическими средствами у старших дошкольников с ЗПР	№ 8, с. 92
<i>Козырева В.П.</i> Использование системы «Саундбим» в коррекционной работе с детьми с ОВЗ	№ 3, с. 63
<i>Плаксына Л.И.</i> Роль коррекционно-развивающего обучения в преодолении недостаточности зрительной ориентации у дошкольников с нарушением зрения.....	№ 7, с. 99
<i>Поликарпова Л.А.</i> Особенности развития психических функций у детей с ОНР.....	№ 4, с. 52
<i>Шайдова Т.А., Тишина Л.А.</i> Психологические аспекты формирования связной речи у дошкольников с ОВЗ.....	№ 6, с. 110
<i>Щербакова Е.И.</i> Полиmodalный подход в коррекционной работе с детьми с ОВЗ.....	№ 3, с. 71
<i>Ярцева Ю.М.</i> Дифференцированный подход в системе логопедической работы с дошкольниками с ОВЗ.....	№ 2, с. 111
Педагогическая копилка	
<i>Гуськова А.А., Ивановская М.В.</i> Путешествие на остров Дружбы. Занятие для детей 6—7 лет с ОНР	№ 1, с. 89
<i>Дружиловская О.В., Анохина Н.А.</i> Фонопедический метод развития голоса в коррекционно-развивающем процессе	№ 3, с. 85
<i>Игнатова И.А.</i> Интеграция разных видов искусства и художественной деятельности в развитии детей с ОВЗ и детей-инвалидов	№ 2, с. 116
<i>Коньшева О.В.</i> Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.....	№ 4, с. 69
<i>Поликарпова Л.А.</i> Домашние животные. Занятие по ознакомлению с окружающим миром и развитию речи для детей 4—5 лет с ЗПР	№ 8, с. 105
<i>Шумская О.В.</i> Создание эмоционально благоприятного климата в группе детского сада	№ 5, с. 107

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

Приказ Минздрава России от 27.06.2016 № 419н «Об утверждении порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала»	№ 1, с. 100
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------

- Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р
 «Об утверждении Концепции развития ранней помощи
 в Российской Федерации на период до 2020 года» № 4, с. 74
 Федеральный закон от 28.12.2016 № 465-ФЗ «О внесении
 изменений в отдельные законодательные акты Российской
 Федерации в части совершенствования государственного
 регулирования организации отдыха и оздоровления детей» № 3, с. 96

Профессиональный рост

- Дружиловская О.В. Деонтологический аспект формирования
 профессиональной готовности педагога-дефектолога. № 7, с. 106
 Захаркина Н.Б. Групповые игровые сеансы для детей
 раннего возраста № 4, с. 101

Самообразование

- Ворошилова Е.Л. Концепция ранней помощи
 в Российской Федерации: содержание и перспективы № 4, с. 108
 Серебряная А.В. Идеальная или достаточно хорошая мать? № 1, с. 106

Работа с семьей

- Белых Л.Ю. Приобщение к здоровому образу жизни подростков
 в условиях центра содействия семейному воспитанию № 1, с. 109
 Горячева Е.Н. Комплексное взаимодействие семьи и ДОО
 в работе по формированию ЗОЖ № 5, с. 116
 Жиянова П.Л. Стратегии ранней помощи: семейно-
 центрированная модель № 4, с. 112
 Кошечкина Т.В. Парадигмы отношения к ребенку
 раннего возраста с нарушениями развития № 4, с. 120
 Торлецкая О.П. Влияние семейных отношений
 на психическое развитие детей № 7, с. 113
 Фомина А.Н. Родителям о законах развития ребенка № 3, с. 103

Горжусь профессией своей

- Коньшева О.В. Моя философия № 4, с. 106

Советы родителям

- Голубева В.А. Первый год жизни: этапы роста и развития № 6, с. 116
 Игнатова И.А. Как предупредить ошибки в чтении и письме
 при обучении ребенка в школе № 2, с. 122
 Кошечкина Т.В. Принципы и направления работы сотрудников
 ДОО с семьей ребенка с ОВЗ или инвалидностью № 3, с. 109
 Сальникова И.А. Ваш ребенок идет в детский сад № 1, с. 118

Литературная страничка

- Симонян А.Г. Записки детского психолога (продолжение) № 3, с. 112

Это интересно

- Романова И.В. Как лечились на Руси № 6, с. 122
 Романова И.В. Императрица Екатерина II:
 наставления о воспитании здоровых внуков № 8, с. 110

Новые книги издательства «ТЦ СФЕРА» за 2017 год



Серия «Библиотека Воспитателя»

Алябьева Е.А. Дошкольникам о предметах быта. Сказки и беседы для детей 5–7 лет.

Антипина Е.А. Театральные представления в детском саду. Сценарии с нотным приложением. 2-е изд.

Волков Б.С. Как воспитать ребенка, чтобы он стал успешным.

Казакова Р.Г. и др. Занятия по рисованию с дошкольниками. 2-е изд.

Качанова И.А., Лялина Л.А. Традиционные игры в детском саду. 2-е изд., испр. и доп.

Леонова Н.Н. Кружковая работа летом с детьми 5–6 лет.

Леонова Н.Н. Кружковая работа летом с детьми 6–7 лет.

Мищенко Г.В. Отправляемся в путешествие. Сценарии встреч в семейном клубе.

Модель Н.А. Химия в ванной. Исследовательская деятельность детей.

Модель Н.А. Химия на кухне. Исследовательская деятельность детей.

Попцова Р.В. Праздничная карусель. Сценарии праздников для дошкольников.

Серия «Библиотека Логопеда»

Воронова А.Е. Логоритмика для детей 5–7 лет.

Гайдук Л.Л., Жужома В.Х. Интегрированные занятия для детей с ОНР.

Громова О.Е., Соломатина Г.Н. Диагностика и развитие речи детей 2–4 лет. Методическое пособие. 2-е изд., перераб.

Гуцал И.Ю., Мищенко Г.В. Познавательные путешествия. Интегрированные занятия для детей 5–7 лет.

Парфенова Е.В., Пескова Н.Л. Интегрированные занятия по развитию речи с дошкольниками 5–7 лет.

Сапожникова О.Б., Петрик Т.А. Педагогическая песочница для развития речи детей 3–5 лет.

Танцюра С.Ю., Данилевич Т.А. Логопедический массаж зондами: упражнения и артикуляционная гимнастика для детей раннего и дошкольного возраста.

Танцюра С.Ю., Кононова С.И. Альтернативная коммуникация в обучении детей с ОВЗ.

Танцюра С.Ю., Кононова С.И. Тьюторское сопровождение детей с ОВЗ в условиях инклюзии. Методические рекомендации.

Танцюра С.Ю., Мартыненко С.В., Басангова Б.М. Сопровождение семьи ребенка с ОВЗ. Методические рекомендации.

Серия

«Библиотека современного детского сада»

Алябьева Е.А. Итоговые дни по лексическим темам: Планирование и конспекты: Кн. 1. 2-е изд.

Алябьева Е.А. Итоговые дни по лексическим темам: Планирование и конспекты: Кн. 2. 2-е изд.

Алябьева Е.А. Итоговые дни по лексическим темам: Планирование и конспекты: Кн. 3. 2-е изд.

Гришина Г.Н. Игры для детей на все времена. 2-е изд.

Данилова С.И. Психологическое сопровождение дошкольников. Диагностика и сценарии занятий.

Серия «Будь здоров, дошкольник!»

Алябьева Е.А. Нескучная гимнастика. Тематическая утренняя зарядка для детей 5–7 лет. 2-е изд.

Верховкина М.Е. К здоровой семье через детский сад. Методические рекомендации к программе.

Громова О.Е. Подвижные игры для детей. 2-е изд.

Сулим Е.В. Детский фитнес. Физическое развитие детей 3–5 лет.

Токаева Т.Э. Будь здоров, дошкольник. Технология физического развития детей 5–6 лет.

Токаева Т.Э., Бояршинова Л.М., Троегубова Л.Ф. Будь здоров, дошкольник. Технология физического развития детей 1–3 лет.

Серия «Вместе с детьми»

Шорыгина Т.А. Беседы о диких и домашних животных.

Шорыгина Т.А. Беседы о насекомых с детьми 5–8 лет.

Шорыгина Т.А. Беседы о птицах с детьми 5–8 лет.

Шорыгина Т.А. Беседы о фруктах и ягодах с детьми 5–8 лет.

Шорыгина Т.А. Беседы об овощах с детьми 5–8 лет.

Шорыгина Т.А. Беседы об экономике: Методические рекомендации.
2-е изд.

Серия «Вместе с музыкой»

Никитина Е.А. ВМЕСТЕ С МУЗЫКОЙ. Праздник 23 Февраля в детском саду. Сценарии с нотным приложением. 2-е изд.

Никитина Е.А. ВМЕСТЕ С МУЗЫКОЙ. Праздник 8 Марта в детском саду. Сценарии с нотным приложением. 2-е изд.

Серия «Детям о природе России»

Шорыгина Т.А. Беседы о Дальнем Востоке. Методические рекомендации. 2-е изд.

Шорыгина Т.А. Беседы о пустыне и полупустыне. Методические рекомендации. 2-е изд.

Шорыгина Т.А. Беседы о русском лесе. Методические рекомендации. 2-е изд.

Шорыгина Т.А. Беседы о русском Севере. Методические рекомендации. 2-е изд.

Шорыгина Т.А. Беседы о степи и лесостепи. Методические рекомендации. 2-е изд.

Шорыгина Т.А. Беседы о субтропиках и горах. Методические рекомендации. 2-е изд.

Шорыгина Т.А. Беседы о тайге и ее обитателях. Методические рекомендации. 2-е изд.

Серия «Как развить ребенка?»

Алябьева Е.А. Как развить воображение у ребенка 4–7 лет. 2-е изд.

Алябьева Е.А. Как развить логическое мышление у ребенка 5–8 лет.
2-е изд.

Алябьева Е.А. Как развить память у ребенка. Учим запоминать стихи. 2-е изд.

Севостьянова Е.О. Как развить интеллект у ребенка 5–7 лет. 2-е изд.

Серия «Мир, в котором я живу»

Иванова А.И. Мир животных. Эксперименты и наблюдения в детском саду. 2-е изд., перераб. и доп.

Иванова А.И. Мир растений. Эксперименты и наблюдения в детском саду. 2-е изд., перераб. и доп.

Иванова А.И. Организация детской исследовательской деятельности. Методическое пособие. 3-е изд., перераб. и доп.

Иванова А.И. Человек. Эксперименты и наблюдения в детском саду. 2-е изд., испр. и доп.

Иванова А.И., Уманская Н.В. Мир, в котором я живу. Программа по познавательному-исследовательскому развитию дошкольников.

Серия «Музыкальные шедевры»

Радынова О.П. МУЗЫКАЛЬНЫЕ ШЕДЕВРЫ. Набор «Музыкальная шкатулка» 10 CD + книга «Слушаем музыку».

Серия «Ребенок в мире поиска»

Дыбина О.В. Ребенок в мире поиска. Программа по организации познавательной-исследовательской деятельности дошкольников. 2-е изд.

Серия «Сказки-подсказки»

Алябьева Е.А. Сказки-подсказки. Географические сказки. Беседы с детьми о природе и народах России.

Савченко В.И. Сказки-подсказки. Позитивные сказки. Беседы с детьми о добре, дружбе и трудолюбии.

Серия «Стихотворный детский сад»

Шорыгина Т.А. Стихи к детским праздникам. Книга для воспитателей, гувернеров и родителей.

Серия «Управление детским садом»

Белая К.Ю. Организация инновационной деятельности в ДОО. Методическое пособие.

Белая А.Е. Педагогический совет и деловые игры в ДОО.

Демихова Л.Ю. Разработка модели рабочей программы воспитателя: Учебно-методическое пособие.

Зебзеева В.А. Организация режимных процессов в ДОО.

Кузнецова С.В. Современные подходы к развитию ДОО. Методическое пособие.

Кузнецова С.В., Пронина М.Ю., Ромахова М.В. Инновационный поиск. Обновление системы методической работы в ДОО.

Лаврова Л.Н., Чеботарева И.В. Педагогическая диагностика в детском саду в условиях реализации.

Сажина С.Д. Составление рабочих программ для ДОО. Методические рекомендации.



Издательство «ТЦ Сфера»
Периодические издания
для дошкольного образования

Наименование издания (периодичность в полугодии)	Индексы в каталогах		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
Комплект для руководителей ДОО (полный): журнал «Управление ДОУ» с приложением (5); журнал «Методист ДОУ» (1), журнал «Инструктор по физкультуре» (4), журнал «Медработник ДОУ» (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 ДОУ» с приложением (5) и «Методист ДОУ» (1)	82687		
Комплект для воспитателей: журнал «Воспитатель ДОУ» с библиотекой (6)	80899	39755	10395
Комплект для логопедов: журнал «Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом (5)	18036	39756	10396
Журнал «Управление ДОУ» (5)	80818		
Журнал «Медработник ДОУ» (4)	80553	42120	
Журнал «Инструктор по физкультуре» (4)	48607	42122	
Журнал «Воспитатель ДОУ» (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!

- Болезни с наследственной предрасположенностью
- Экология развития ребенка
- Сенсорная интеграция в раннем возрасте
- Особенности нормальной ЭГГ у детей

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, № 8 (76)**

**Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475**

Журнал издается с 2008 г.

Выходит 8 раз в год
с февраля по май, с сентября по декабрь

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор О.В. Дружиловская

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.В. Пучкова

Оформление, макет Т.Н. Полозовой

Дизайнеры обложки

В. Чемякин, М.Д. Лукина

Корректор Л.Б. Успенская

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

Редакция не возвращает и не рецензирует
присланные материалы.

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

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

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553,
36804 (в комплекте),

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте).

Адрес редакции: 129226, Москва,
ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3.

Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.

E-mail: dou@tc-sfera.ru

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

Рекламный отдел:

Тел. (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 24.11.17.

Формат 60×90^{1/16}. Усл. печ. л. 8,0.

Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2017
© Т.В. Цветкова, 2017



4 607091 440263 00074

ЗДОРОВЬЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ ДЕТЕЙ

ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЕ ПЛАКАТЫ

Яркие, красочные, формата А2



Закажите на
www.sfera-book.ru

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



ФОРМИРУЕМ ПРИВЫЧКИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

с наглядным пособием **«ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА»**

Демонстрационный материал рекомендован для использования в групповой и индивидуальной работе с детьми от 3х лет.

Занятия по формированию здорового образа жизни можно включать в режимные моменты работы ДОО, а также интегрировать с другими направлениями развивающей деятельности.

Методический комплект опирается на идею триединства здоровья: физического, психического и духовно-нравственного, и включает в себя занятия на темы:

- | | |
|------------------|---------------------|
| ► Режим дня | ► Интерес |
| ► Закаливание | ► Грусть |
| ► Личная гигиена | ► Воображение |
| ► Зарядка | ► Отдых |
| ► Прогулка | ► Сон |
| ► Физкультура | ► Прощение |
| ► Питание | ► Самостоятельность |
| ► Ощущение | ► Радость |



Закажите на
www.sfera-book.ru

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

