



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного образовательного учреждения

Особенности семьи,
воспитывающей ребенка
с ограниченными возможностями
здоровья

Коррекционно-педагогическая
помощь детям после кохлеарной
имплантации

Питание и здоровье детей
дошкольного возраста

Близорукость – зрение будущего?

Что необходимо знать о прививках

№8/2011



МЕДРАБОТНИК

Дошкольного Образовательного учреждения

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Содержание

2011, № 8 (28)

Редакционный совет	3
Индекс	4
Колонка редактора	5
Гость номера <i>Т.Д. Яковенко</i>	6

ГИГИЕНА

Факторы окружающей среды

<i>Миролюбов А.В., Ярыгина С.В., Синюхин А.Б.</i> Влияние аудиовизуальной продукции на здоровье дошкольников	12
--	----

Режим дня

<i>Бессонова И.В.</i> Движение и здоровье	19
--	----

Рациональное питание

<i>Комиссарова В.Г.</i> Питание и здоровье детей дошкольного возраста	26
--	----

ПЕДИАТРИЯ

Неинфекционные заболевания

<i>Смирнова И.Ю.</i> Близорукость — зрение будущего?	36
---	----

Инфекционные заболевания

<i>Иозефович О.В.</i> Что необходимо знать о прививках	45
---	----

Реабилитация

<i>Теркулова О.П.</i> Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации	49
<i>Жукова Г.Э.</i> Подготовка детей дошкольного возраста с нарушением зрения к восстановительному лечению	55

ПЕДАГОГИКА

Физическое воспитание

Ларионова Л.А.

Психомоторная коррекция в работе с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата 64

Развитие ребенка

Андреева В.И.

Формирование элементарных математических представлений у детей с нарушением зрения 71

Сильнягина В.П.

Коррекция нарушений в развитии детей с ЗПР через движения 74

Психологическая помощь

Клинова Т.Н.

Обеспечение эмоционального благополучия и эмоционального развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата 79

Педагогическая копилка

Юрина М.В.

Логопедическая ритмика как средство воздействия на детей с задержкой речевого развития 86

Рушешникова О.В.

Профилактика и коррекция нарушений звукопроизношения у дошкольников при патологии органов артикуляции 91

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении правил хранения лекарственных средств» 96

Самообразование

Бородина-Глебская Е.А.

От «стихийной» инклюзии к целенаправленной коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья 108

Горжусь профессией своей

Поздравляем! 116

Указатель статей за 2011 г. 117

Роспотребнадзор сообщает 35, 48, 95, 115

А знаете ли Вы? 11, 18

Книжная полка 124

Памятка авторам 126

Как подписаться 127

Анонс 128

Редакционный совет журнала «Медработник ДОУ»

Безруких Марьяна Михайловна — академик РАО, д-р биол. наук, профессор, лауреат Премии Президента РФ в области образования, директор Института 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 Научного центра здоровья детей 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 Учреждения РАО «Институт возрастной физиологии», главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

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

Синякова Дина Владимировна — начальник отдела надзора по гигиене детей и подростков Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу 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 Научно-исследовательского института гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

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

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

Редакционная коллегия

Боякова Екатерина Вячеславовна — канд. пед. наук, старший научный сотрудник лаборатории теоретических основ социологии и психологии художественного образования Учреждения РАО «Институт художественного образования», главный редактор журналов «Управление ДОУ», «Методист ДОУ».

Макарова Людмила Викторовна — канд. мед. наук, зав. лабораторией физиолого-гигиенических исследований в образовании Учреждения РАО «Институт возрастной физиологии», главный редактор журнала «Медработник ДОУ».

Парамонова Маргарита Юрьевна — доцент кафедры теории и методики дошкольного образования ГОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», главный редактор журналов «Воспитатель ДОУ», «Инструктор по физкультуре».

Степанова Ольга Алексеевна — канд. пед. наук, ведущий научный сотрудник НИИ развития профессионального образования, научный редактор издательства «ТЦ Сфера», главный редактор журнала «Логопед».

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

ИНДЕКС

УЧРЕЖДЕНИЯ И АВТОРЫ, УПОМИНАЕМЫЕ В НОМЕРЕ

Указаны страницы, на которых начинаются статьи с упоминанием названия учреждения и фамилии авторов

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург	12	МБДОУ ЦРР — д/с № 501 «Медвежонок», г. Новосибирск ...	49
«Городской центр образования и здоровья «Магистр»», г. Новосибирск	6	МБС(К) ОУ «Специальная (коррекционная) начальная школа — д/с № 401 IV вида», г. Новосибирск	71
МБДОУ д/с 172, г. Новосибирск	86	МБУЗ Городской врачебно-физкультурный диспансер, г. Новосибирск	19
МБДОУ д/с № 31, г. Новосибирск	91	МУЗ Городская поликлиника № 1, г. Новосибирск	26
МБДОУ д/с № 395, г. Новосибирск	64	Новосибирский государственный педагогический университет, г. Новосибирск	108
МБДОУ д/с № 468, г. Новосибирск	74	Сибирский центр профилактики и лечения близорукости «Глазка», г. Новосибирск	36
МБДОУ ЦРР — д/с № 312 «Жемчужинка», г. Новосибирск	55	ФГУ «НИИ детских инфекций Федерального медико-биологического агентства России», Санкт-Петербург	45
МБДОУ ЦРР — д/с № 491, г. Новосибирск	79		
Андреева Валентина Ивановна	71	Рушешникова Ольга Владимировна	91
Бессонова Ирина Владимировна	19	Сильнягина Валентина Павловна	74
Бородина-Глебская Елена Адольфовна	108	Синюхин Андрей Борисович	12
Жукова Галина Эдуардовна	55	Смирнова Ирина Юрьевна	36
Иозефович Ольга Витальевна ...	45	Теркулова Ольга Петровна	49
Клинова Татьяна Николаевна ...	79	Юрина Мария Владимировна	86
Комиссарова Вера Геннадьевна	26	Яковенко Татьяна Дмитриевна	6
Ларионова Людмила Александровна	64	Ярыгина Светлана Владимировна	12
Миролюбов Александр Васильевич	12		

Уважаемые коллеги!

Становится доброй традицией в канун Нового года встречаться с коллегами из Новосибирска. Большинство публикаций этого выпуска журнала посвящено вопросам воспитания, развития, обучения, сохранения здоровья дошкольников с ограниченными возможностями здоровья. На сегодняшний день эта проблема как никогда актуальна. По данным Всемирной организации здравоохранения, число людей с нарушенным психическим и физическим развитием достигает 13% от общего числа населения. С недостатками интеллекта рождаются 3% детей и 10% детей с другими психическими и физическими отклонениями. Не является исключением и Россия. Численность детей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте до 18 лет составляет более полумиллиона человек. Рост количества таких детей диктует необходимость создания для них безбарьерной среды жизнедеятельности, а в рамках модернизации российского образования важнейшая задача — обеспечение доступным качественным образованием всех детей с ОВЗ с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья. При решении этих задач важно осознавать, что они нуждаются в специальных услугах, включая медицинские, социальные, образовательные.

На страницах этого номера профессионалы-практики разных специальностей делятся с нами ценнейшим опытом оказания комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях ДОУ, обозначают наиболее перспективные направления в работе по развитию и сохранению физического и психического здоровья особых детей. Успех усилий специалистов во многом зависит от их эффективного взаимодействия с родителями детей с ОВЗ. Об этом пойдет речь в статье гостя номера Татьяны Дмитриевны Яковенко, заведующего лабораторией здоровья и развития дошкольников ГЦОиЗ «Магистр». Работа с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата, зрения, слуха, патологией органов артикуляции — далеко не полный перечень вопросов, о которых пойдет речь. Конечно, невозможно в рамках одного номера осветить все проблемы и мы еще не раз вернемся к ним на страницах нашего издания. Ждем новых материалов для публикации.

В заключение разрешите от коллектива редакции поздравить вас, дорогие читатели, с наступающим Новым 2012 годом и искренне пожелать счастья, любви, благополучия, оптимизма, творческих успехов, крепкого здоровья и отличного настроения вам и вашим близким! Спасибо, что вы были рядом с нами!

Главный редактор Л.В. Макарова

Гость номера

Яковенко Татьяна Дмитриевна

*заведующий лабораторией здоровья и развития дошкольников
«Городского центра образования и здоровья “Магистр”»,
преподаватель психологии Новосибирского государственного
педагогического университета, специальный психолог,
г. Новосибирск*

Особенности семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Анализ психолого-педагогической литературы и собственная консультативная практика убеждают, что ребенок с ограниченными возможностями здоровья с раннего детства нуждается в особой поддержке и помощи прежде всего родителей. Благоприятный психологический климат в семье, своевременное мужественное принятие родителями информации о проблемах ребенка, выбор адекватного стиля и тактик воспитания, готовность к длительной совместной со специалистами коррекционно-развивающей работе на благо ребенка — вот те условия, без создания которых нельзя рассчитывать на положительную динамику в развитии особого ребенка.

Однако, как показывает анализ реальной ситуации, подавляющее большинство семей не могут самостоятельно обеспечить данные условия и нуждаются в помощи специалистов.

Известно, что с момента выявления отклонений в развитии ребенка, постановки диагноза жизнь во многих семьях изменя-

ется не в лучшую сторону. Из семьи уходят радость, покой и безмятежность. Психологический климат ухудшается. Очень часто патология в развитии ребенка воспринимается родителями как личная трагедия. В семье складывается психотравмирующая ситуация: родители вновь и вновь задают себе одни и те же вопросы: «Почему наш ребенок не такой, как все? Что делать? Можно ли его вылечить?» и т.п. Психологически защищаясь от травмирующей информации, многие родители ставят под сомнение не только диагноз, но и компетентность диагностов. Сомнения побуждают родителей искать других специалистов в этой области, проводить дополнительные обследования ребенка. Если первоначальный диагноз подтверждается, отрицание серьезных проблем в развитии ребенка сменяется поиском виноватых. Многие родители начинают искать причину нарушений в развитии сына или дочери в самих себе, своем поведении, ошибках своей юности, дурных поступках или мыс-

лях. Такое поведение характерно прежде всего для *экстравертированных* матерей. Они, как правило, переживают острое чувство вины, впадают в отчаяние или депрессию. С течением времени, когда острота переживаний снижается, экстравертированные мамы становятся более замкнутыми, раздражительными, обидчивыми и слезливыми. Они теряют интерес к окружающим людям, к прежде любимым занятиям, замыкаются в узком мире своей семьи. Другой психологический тип матерей — интровертированные, они склонны обвинять в проблемах ребенка не себя, а медицинский или педагогический персонал. Такие мамы везде видят проявления плохого отношения к своему ребенку, недостаток внимания и заботы о нем. Данное реактивное состояние — своего рода попытка (часто неосознаваемая) переложить ответственность за состояние ребенка на других и тем самым ослабить воздействие психотравмирующей ситуации, в которой оказалась семья.

Сравнивая состояния матерей и отцов в семьях, где растет ребенок с ограниченными возможностями здоровья, мы пришли к выводу, что в большинстве случаев матери страдают и переживают гораздо сильнее и острее, чем отцы. У некоторых из них возникают суицидальные мысли.

Исследователи И.В. Нефёдова и И.А. Скворцов отмечают, что

негативные тенденции в психическом состоянии матерей характеризуются невротической симптоматикой: высоким уровнем тревожности, неуверенностью в собственных силах, сниженным фоном настроения, низкой активностью, ранимостью, подавленностью. Нередко отмечаются агрессивность, раздражительность, несдержанность, ворчливость, недоброжелательность. Часто встречаются соматические проявления — вегетативные дистонии, функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Обвинения родителями себя и других в случившемся, агрессивные проявления и периоды упадка жизненных сил перемежаются с повседневными заботами о ребенке. Понимание того, что процесс лечения и специального обучения (в связи с физическими или интеллектуальными нарушениями) будет длительным, приходит не сразу. Осознание этого факта — сильнейший стресс для родителей и других членов семьи. Нередко он приобретает затяжной характер. Проблемы, связанные с заболеванием ребенка, его реабилитацией, зачастую становятся преградой для полноценной жизни и самореализации каждого члена семьи. По мнению психологов, семья, воспитывающая ребенка с проблемами в развитии оказывается своеобразной замкнутой микросредой со специфической де-

формированной системой отношений между родственниками.

Нередко больной ребенок становится причиной семейных конфликтов, приводящих к разводу родителей. Как правило, с ребенком остается мать. В неполной семье, как показали наши наблюдения, зачастую формируется закрытая система «ребенок — родитель», функционирующая как единое целое. Стресс мешает одинокой маме адекватно воспринимать и правильно оценивать социальную ситуацию развития ребенка, его скрытые ресурсы и возможности их актуализации. Оставшись наедине с больным ребенком, без моральной, а часто и материальной поддержки супруга, мать, как правило, пытается компенсировать отсутствие отца повышенным вниманием и заботой о своем малыше. Исследования ученых и наши наблюдения показывают, что в неполных семьях с больным ребенком преобладающим типом воспитания является *гиперопека* — чрезмерное внимание к ребенку, стремление предупредить все его желания. Ребенок становится «кумиром семьи». Часто между больным ребенком и матерью возникает неразрывная, симбиотическая связь. В таких семьях мама вынуждена либо совсем бросить работу, либо существенно снизить свою трудовую и социальную активность, чтобы проводить больше времени с ребенком, во всем помогать ему и

целенаправленно заниматься его лечением. Это приводит к тому, что и ребенок «зацикливается» на своих трудностях, ограничениях или болезненных ощущениях. Наличие проблем оправдывает и усиливает заботу матери. Ее неуверенность порождает у ребенка страх, усугубляющий его состояние. Так возникает своеобразный порочный круг, который не может быть разорван без внешнего вмешательства. Складывается «невротическая» структура семьи. Госпитализация или поступление в специальное образовательное учреждение (детский сад, интернат) — мощнейший стресс-фактор для ребенка, находящегося в симбиозе с матерью. Эмоциональные переживания разлуки вызывают негативное поведение, максимально отражаются на психическом развитии ребенка.

Такой тип отношения к проблемному ребенку приводит к тому, что к 5—6 годам ребенок теряет и без того слабую способность к мобилизации своих ресурсов в трудных ситуациях, он постоянно ждет помощи от взрослых, дома — от родителей, в детском саду — от педагогов. Следствия такого типа отношения к ребенку — трудности социализации, неизбежное усугубление вторичного дефекта. Мы убеждены, что родители, склонные к гиперопеке, объективно нуждаются в психологической помощи. Важно помочь им понять, что чрезмерная концентрация на ре-

бенке лишает нормальной жизни их самих и блокирует процессы саморазвития ребенка.

Не менее сложной оказывается ситуация и в тех семьях, где реализуется другой тип воспитания, называемый *эмоциональной изоляцией*, проявляющейся в виде открытого или скрытого отвержения больного ребенка. Он постоянно ощущает себя помехой для родителей. В случае скрытого эмоционального отвержения родители понимают, что негативное отношение к ребенку обществом осуждается, поэтому пытаются компенсировать его демонстративной, подчеркнутой заботой. Отсутствие тесного эмоционального контакта с ребенком иногда сопровождается повышенными требованиями родителей к педагогам, работающим с ребенком, и медицинскому персоналу поликлиник и больниц. Нередко эмоциональное отвержение проявляется в том, что родители стесняются своего ребенка, поэтому мало гуляют с ним, почти не бывают в детских театрах, кафе, парках, т.е. в тех местах, где может произойти встреча со знакомыми. Некоторые родители воспринимают нарушение в развитии ребенка как свидетельство собственной неполноценности. Отсюда — неуверенность в себе, своих родительских возможностях, что пагубно сказывается на общении с ребенком. Получается, что он оказывается в ситуации, усугубленной психологической

депривацией. Пропадают свойственные детскому возрасту непосредственность, эмоциональность, живость. Вместо этого появляются взрослая рассудительность, зависимость от чужого мнения, робость, скованность, страх перед общением с людьми, установлением дружеских контактов.

В семьях, где, кроме ребенка с ограниченными возможностями, есть и здоровые дети, у родителей возникают особые трудности. Им приходится использовать различные методы воспитания по отношению к здоровым детям и больному ребенку. Отечественные психологи, изучавшие данный тип семей, выявили, что отношение здорового ребенка к своему особому брату или сестре в огромной степени зависит от установки родителей. Если их поведение разумно и конструктивно, если они способны видеть в своем особом ребенке не только ограничения, но и ресурсы развития, в этом случае здоровые дети воспринимают своего особого брата или сестру как равную личность, с которой можно общаться, играть, дружить. В таких семьях здоровые дети становятся главными помощниками родителей в заботах о больном ребенке. А неосознанные и неразрешенные семейные конфликты по поводу больного ребенка негативно отражаются на других детях. В их отношении к больному брату или сестре могут появиться эмоциональное отчуждение,

непримиримость или даже открытая враждебность.

Итак, можно выделить два основных типа отношения родителей к больному ребенку — это *максимальная самоотдача*, когда жизнь семьи строится в полном соответствии с потребностями ребенка, и *отстраненность родителей*, полная или частичная передача ответственности за него различным учреждениям.

Тяжелое заболевание ребенка обедняет личную жизнь родителей. У них практически не остается свободного времени; они редко посещают театры и музеи, мало отдыхают, почти не бывают в гостях, еще реже устраивают праздники в своем доме.

Повседневные заботы сопряжены с разочарованиями и неудачами. Даже испытывая к своему ребенку истинную любовь, родители не всегда могут ее проявить. Проведенное нами исследование показало, что часто отношения между родителями и больным ребенком основываются на переживаниях вчерашнего дня и ожидании неприятностей, возможных трудностей в будущем. Отсутствие полноценного контакта с ребенком в ситуации «здесь и теперь» осложняет процесс взаимопонимания, ограничивает возможности развития больного ребенка.

Необходимо отметить, что по мере взросления малыша расширяются и углубляются представления родителей о последствиях

отклонений в развитии. Родители беспокоятся за будущее своего ребенка. Более того, многие из них переживают состояния безысходности, отчаяния, ощущения неэффективности всех тех педагогических и медицинских мероприятий, на которые уходит много сил, времени и средств.

Для обеспечения эффективной работы с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья важно разобраться в эмоциональной атмосфере, царящей в семье, исследовать установки родителей, тип отношения к ребенку. Только в этом случае консультативная помощь родителям и коррекционная помощь ребенку будут эффективными.

Для изучения родительских установок можно использовать: — методику *PARI*, разработанную американскими психологами Е. Шефер и Р. Белл, а в нашей стране адаптированную Т.В. Нещерет;

— тест «Индекс жизненной удовлетворенности», разработанный американскими учеными и адаптированный отечественным психологом Н.В. Паниной;

— тест-опросник родительского отношения (авт. А. Варга и В. Столин).

В завершение хочется отметить, что изучение семьи, в которой растет ребенок с проблемами в развитии, — не самоцель, а средство повышения эффективности нашей помощи: и консультативной и коррекционной.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

18—20 февраля 2012 г. в Москве состоится III Всероссийский Конгресс по школьной и университетской медицине с международным участием.

В рамках Конгресса планируется обсуждение следующих вопросов:

1. Сохранение и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников образовательных учреждений. Использование новых технологий в охране здоровья детей.

2. Физическое развитие детского населения: теория и практика оценки в регионах.

3. Сохранение репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи.

4. Инновации в школьном образовании и здоровье обучающихся.

5. Роль физического воспитания в образовательных учреждениях в укреплении здоровья детей, подростков и молодежи.

6. Здоровое питание школьников.

7. Формирование здорового образа жизни.

8. Безопасность окружающей среды для детей, подростков и молодежи.

9. Школы, содействующие укреплению здоровья.

10. Проблемы университетской гигиены.

11. Подготовка специалистов со средним и высшим профессиональным образованием, работающих в образовательных учреждениях.

12. Международный опыт охраны здоровья учащихся в образовательных учреждениях.

Планируется издание материалов Конгресса. Тезисы должны быть направлены не позднее 16 декабря 2011 г. по электронной почте (skoblina.otdel@yandex.ru с указанием «Конгресс»). Структура сообщений должна включать следующие разделы: актуальность, материалы и методы, результаты, заключение. В тексте тезисов не допускается использование таблиц, графиков и рисунков. Отбор тезисов для публикации и их редактирование осуществляется научным комитетом. Тезисы неправильно оформленные и высланные после указанного срока, публикации приниматься не будут.

Авторы, планирующие принять участие в работе Конгресса с докладом, вместе с тезисами должны оформить заявку с указанием ФИО, места работы, должности, ученой степени и звания, e-mail, почтового адреса с индексом, телефона с кодом города, факса.

Правила оформления тезисов

Иванов И.И.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ МОСКВЫ

НЦЗД РАМН, Москва, Россия

Перед текстом пропуск — одна строка. Далее следует материал для публикации объемом 2 страницы. Редактор: MS Word. Шрифт: Times New Roman Суг, размер: 12. Межстрочные интервалы: 1,5. Абзац: отступ 1,0 см. Поля: везде 2 см. Размер бумаги: А 4 (книжная).

Оргкомитет Конгресса

105064, Москва, Малый Казенный пер., дом 5. НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН телефон/факс 8 (495) 917-90-45 <http://www.niigd.ru>, <http://www.roshumz.ru>

Влияние аудиовизуальной продукции на здоровье дошкольников

Миролюбов А.В.,

д-р мед. наук;

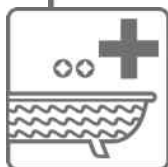
Ярыгина С.В.,

врач-невропатолог высшей категории;

Синюхин А.Б.,

старший лаборант, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

ГИГИЕНА



Электронные средства массовой коммуникации и аудиовизуальная продукция (АВП) прочно вошли в жизнь дошкольников. Дети подвергаются воздействию АВП в среднем в течение более 7 ч в день. Многочисленные исследования показывают, что она может оказывать отрицательное влияние как на психическое и соматическое благополучие детей, так и на их развитие. Особого внимания требует аудиовизуальная продукция телевидения. Для большинства детей всех возрастов просмотр телепередач — основной способ использования свободного времени. В наши дни более 90% детей начинают смотреть телевизор до того, как им исполняется 2 года. Так, в штате Орегон (США) более 18% детей в возрасте 2 лет смотрят телевизор более 2 ч в день [9]. В одном из исследований показано, что из 259 детей в возрасте 6 мес., 96% подвергались воздействию АВП в среднем более 2,5 ч в день [11]. Время воздействия положительно коррелировало с пониженным уровнем когнитивного и языкового развития детей в возрасте 14 мес.

Количество времени, проводимого детьми и подростками у экрана телевизора или видеомонитора, напрямую связано с частотой возникновения у них психологических проблем, метаболических расстройств, развитием нарушений функции внимания [3]. Каждый

дополнительный час просмотра телепередач ребенком в возрасте 2 лет 5 мес. соответствовал:

- последующему уменьшению его активности на занятиях в классе на 7%;
- снижению уровня достижений в математике — на 6%;
- повышению уровня издевательств со стороны одноклассников — на 10%;
- увеличению индекса массы тела — на 5%, а также увеличению риска возникновения отклонений в психическом развитии [8].

Чрезмерное потребление АВП детьми и подростками может приводить к нарушению сна, избыточному весу и ожирению, агрессивному поведению, употреблению наркотических веществ, ранней сексуальной активности, замедлению и нарушению развития когнитивных функций, снижению успеваемости в школе, развитию тревожности и депрессии; причем злоупотребление просмотром телевизионных программ в детстве увеличивает вероятность развития депрессии у этого человека в будущем [10; 11].

Рассмотрим более подробно некоторые основные отрицательные эффекты, которые могут вызываться АВП у детей.

Расстройства сна

Распространенность нарушений сна у детей чрезвычайно

высока и может составлять от 25 до 69%. Одной из важных причин такого положения дел может быть длительный просмотр телепередач.

Телевидение оказывает прямое физиологическое воздействие, приводящее к нарушению сна: яркий свет экрана при просмотре телепередач перед сном может подавлять выработку мелатонина — одного из важнейших агентов, определяющих качество сна. Критическими компонентами, влияющими на полноценность сна, являются также устойчивость, рутинность паттерна* чередования сна и бодрствования. Нарушение этого паттерна у детей младше 3 лет, вызываемое просмотром телевизионных программ, может быть одной из важных причин расстройств сна [10].

У детей плохой сон — часто причина расстройств настроения и поведения, важный этиологический фактор ослабления здоровья, вызывающий также трудности в обучении.

Нарушения функции внимания

Хорошо известно, что мозг новорожденного продолжает быстро

* Паттерн (от англ. *pattern* — образец, пример, принцип) — заимствованное слово, используется как термин в нескольких западных дисциплинах и технологиях, откуда оно и проникло в русскоязычную среду. Смысл термина варьируется в зависимости от области знаний, в которой используется.

развиваться в течение первых нескольких лет жизни, сохраняя в этот период высокую степень пластичности. Имеются также убедительные доказательства, что воздействие окружающей среды, виды и интенсивность стимуляции влияют на количество и плотность нейронных синапсов. В реальной жизни события развиваются достаточно медленно, телевидение же предъявляет развивающемуся мозгу ребенка последовательность быстро меняющихся образов. Это может приводить к чрезмерной стимуляции и в то же время захватывать внимание. Привычка с малых лет к тому, что внимание приковывают внешние яркие стимулы, может сокращать время, в течение которого ребенок способен концентрировать внимание произвольно.

В большинстве исследований подтверждается тот факт, что просмотр телепередач и видеоигры являются факторами риска развития у дошкольников нарушений функции внимания [1; 12]. Увлечение телепросмотром в раннем детстве снижает способность к концентрации внимания и интерес к чтению в более позднем возрасте. Если дети подвергаются воздействию АВП в течение критических периодов сенситивного развития (1—3 года) в среднем 2,2 ч в день — в возрасте 1 года и 3,6 ч в день — в возрасте 3 лет, то к 7 годам у 10% из них возникают нарушения

функции внимания [2]. Воздействие видеоигр в раннем возрасте также приводит в последующем к появлению проблем с функцией внимания.

Выдвинута гипотеза о том, что телевидение может вызывать развитие синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Распространенность СДВГ среди дошкольников и младших школьников составляет от 4 до 12%, что делает его самым частым поведенческим детским расстройством.

Телевидение и фоточувствительность

У некоторых детей и взрослых АВП может вызывать эпилептические приступы. В 1997 г. в Японии эпилептические приступы и приступы рвоты вдруг возникли у нескольких сотен детей и даже у некоторых взрослых при просмотре мультипликационного фильма «Покемон» (*Pokemon — Pocket Monster*, «Карманный монстр»). Около 700 чел. были госпитализированы. У 11-летней девочки, не страдавшей до этого эпилепсией, возникли галлюцинации в правом зрительном поле с последующими спазмом правой стороны лица и речевой афазией. Через пять лет были проанализированы данные о 91 пострадавшем [7]. В анамнезе у 24 пациентов выявлено заболевание эпилепсией, у 67 — эпилептический припадок случился впервые.

Возобновление припадков наблюдалось у 25 пациентов (27%): у 13 чел., не имевших в анамнезе эпилепсии (19%), и у 12 чел., страдавших эпилепсией (50%).

Сделан вывод о том, что в группе пациентов, у которых эпилептический припадок произошел при просмотре мультфильма «Покемон» впервые, в большинстве случаев возобновление приступов наблюдалось у пациентов с латентной идиопатической генерализованной эпилепсией, такой как ювенильная миоклоническая или неспецифическая идиопатическая генерализованная эпилепсия. Повторные приступы могли возникать у них независимо от просмотра фильма.

Первые сообщения об эпилептических приступах во время киносеансов датируются 1900 г., а об эпилептических приступах, спровоцированных просмотром телевизионных программ, известно с 1950-х гг. Телевизионная эпилепсия — наиболее распространенный вид фоточувствительной эпилепсии, относящейся к ее реактивным видам, она сопровождается пароксизмальными приступами, в возрастной группе от 5 до 24 лет составляет 1 случай на 4000 чел. Такая эпилепсия значительно чаще встречается у детей (особенно в первые 10 лет жизни), чем у взрослых.

В развитии телевизионной эпилепсии имеет значение ге-

нетическая предрасположенность. Заболевание чаще встречается у девочек и женщин. Приступы, как правило, имеют генерализованный характер, однако бывают и исключения.

Необходимо отметить, что пароксизмальные проявления, регистрируемые на электроэнцефлограмме, в ответ на визуальные стимулы могут возникать не только у пациентов с диагнозом «эпилепсия», но и у людей, которым такой диагноз не ставится. К последней группе относятся прежде всего дети и девочки-подростки. Из 673 практически здоровых детей в возрасте от 1 года до 15 лет у 8% обнаружили аномальную реакцию на прерывистый свет [4].

В настоящее время известен ряд элементов телевизионного изображения, которые несут в себе особо сильную эпилептогенную угрозу. Это вспышки света с определенной частотой, ритмичное мерцание изображения, пустой экран, решетчатые паттерны (вертикальные и горизонтальные линии, квадраты, чередование черных и белых линий), мигающие и медленно движущиеся паттерны, высокая яркость изображения, определенные сочетания цветов, цветовая модуляция, границы «свет — тень». Вертикальные черные и белые полосы — более сильный патогенный стимул по сравнению с геометри-

ческой фигурой, произведением живописи и текстом. Наиболее опасны световые мелькания с частотой 9—18 Гц; 3% фоточувствительных пациентов восприимчивы к мельканиям с частотой 1—3 Гц. Характерно, что 48% пациентов реагируют на вспышки с частотой мелькания 50 Гц и 15% — на вспышки с частотой мелькания 60 Гц (частоты переменного тока в Европе и США соответственно). Одним из главных эпилептогенных стимулов в мультфильме «Покемон» признано чередование красного и синего цвета низкой яркости с частотой 12 Гц (эпизод длился в течение 4 с). Эпилептогенными свойствами обладает также темно-красный фон, мигающий с частотой 15 Гц.

В Японии и Великобритании действуют рекомендации, препятствующие появлению в программах широкоэкранный телевизионных известных эпилептогенных визуальных стимулов, что, по мнению авторов, достаточно эффективно защищает не менее $\frac{2}{3}$ уязвимых зрителей, большинство из которых дети. Предлагаются также технические средства для фильтрации эпилептогенных телевизионных изображений, например адаптивная система, отфильтровывающая мерцающие паттерны. Несомненно, что техническая фильтрация патогенных стимулов более эффективна, чем рекомендации, которые могут не выполняться.

Нарушение аккомодации

Наиболее опасны астенопические проявления у детей. Просмотры телепередач, особенно длительные, вызывают утомление аккомодационного аппарата, что при незаконченном росте глаза может привести к развитию стойкой близорукости.

Хроническая аккомодационная астенопия может приводить к так называемому спазму аккомодации, что соответствует первой фазе развития стойкого нарушения зрения — миопии. Это связано с переходом функциональных рефракционных расстройств в органические. В основе данных изменений лежат растяжение заднего отрезка глаза и увеличение количества движения глаз, которое достигает 25 000 раз в час. Подобные движения глаз способствуют повышению внутриглазного давления вследствие давления внутренних прямых мышц на глаз при конвергенции. При повышении внутриглазного давления растягивается глазное яблоко; кроме того, глаз становится миопичным вследствие постоянного сокращения цилиарной мышцы, приводящего к увеличению хрусталика. Ослабление аккомодации при астенопии делает глаз неспособным адаптироваться к зрительной нагрузке. Единственный путь приспособления его к работе без напряжения аккомодации — изменение оптической системы глаза, его метрических характеристик. Это

достигается главным образом за счет удлинения передне-задней оси глаза в период его роста. Конечно, спазм аккомодации вызывает развитие миопии у детей с врожденной морфологической неполноценностью цилиарной мышцы или недостаточной ее тренированностью. Нарушение ее функциональных возможностей может быть вызвано и рядом заболеваний организма. В частности, недостаточное кровообращение цилиарной мышцы ведет к ослаблению аккомодации, снижение работоспособности цилиарной мышцы приводит к еще большему ухудшению гемодинамики глаза.

Спазм аккомодации — распространенное заболевание среди дошкольников: он встречается у 5,5% мальчиков и у 6,6% девочек этого возраста. В общеобразовательной школе наблюдается увеличение количества заболевших на 5% в год и достигает 18% от общей популяции школьников.

Выводы

1. Просмотр АВП оказывает многофакторное неблагоприятное воздействие на весь организм детей и подростков.

2. Целесообразно создание четких рекомендаций по ограничению просмотра аудиовизуальной продукции различными возрастными группами.

3. Необходима разработка регламентов и стандартов качества АВП для различных возрастных групп.

Литература

1. Acevedo-Polakovich I.D., Lorch E.P., Milich R. Comparing television use and reading in children with ADHD and non-referred children across two age groups // *Media Psychology*. 2007. Vol. 9. № 2. P. 447–472.

2. Children, adolescents, and television // *Pediatrics*. 2001. Vol. 107. № 2. P. 423–426.

3. Christakis D.A., Zimmerman F.J., DiGiuseppe D.L. et al. Early television exposure and subsequent attentional problems in children // *Pediatrics*. 2004. Vol. 113. № 4. P. 708–713.

4. Eeg-Olofsson O., Petersün I., Selldün U. The development of the electroencephalogram in normal children from the age of 1 through 15 years. Paroxysmal activity // *Neuropädiatrie*. 1971. Vol. 2. № 4. P. 375–404.

5. Miller C.J., Marks D.J., Miller S.R. et al. Brief report: television viewing and risk for attention problems in preschool children // *Journal of Pediatric Psychology*. 2007. Vol. 32. № 4. P. 448–452.

6. Mistry K.B., Minkovitz C.S., Strobino D.M. et al. Children's television exposure and behavioral and social outcomes at 5.5 years: does timing of exposure matter? // *Pediatrics*. 2007. Vol. 120. № 4. P. 762–769.

7. Okumura A., Watanabe K., Tatsuya I. Five years after the “Pocket Monster” seizures // *The New England Journal of Medicine*. 2004. Vol. 351. № 4. P. 403–404.

8. Pagani L.S., Fitzpatrick C., Barnett T.A. et al. Prospective associations between early childhood television exposure and academic, psychosocial,

and physical well-being by middle childhood // *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010. Vol. 164. № 5. P. 425–431.

9. Television and video viewing time among children aged 2 years. Oregon, 2006–2007 // *JAMA*. 2010. Vol. 304. № 15. P. 1662–1667.

10. *Thompson D.A., Christakis D.A.* The association between television viewing and irregular sleep schedules among children less than 3 years of

age // *Pediatrics*. 2005. Vol. 116. № 4. P. 851–856.

11. *Tomopoulos S., Dreyer B.P., Berkule S.* et al. Infant media exposure and toddler development // *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2010. Vol. 164. № 12. P. 1105–1111.

12. *Zimmerman F.J., Christakis D.A.* Associations between content types of early media exposure and subsequent attentional problems // *Pediatrics*. 2007. Vol. 120. № 5. P. 986–992.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

3 октября в Стокгольме Нобелевский комитет при Каролинском медицинском институте объявил лауреатов Нобелевской премии 2011 г. в области физиологии и медицины. Ими стали Брюс Бойтлер, Жюль Хоффман и Ральф Стейнман за работы в области иммунологии — исследования врожденного и адаптивного иммунитета.

Сумма каждой из Нобелевских премий этого года, как и все предыдущие, составляет 10 млн шведских крон (1 млн евро).

Половину премии разделили Брюс Бойтлер (*Bruce A. Beutler*) и Жюль Хоффман (*Jules A. Hoffmann*) за открытия в области активации врожденного иммунитета, а вторую половину получил Ральф Стейнман (*Ralph M. Steinman*) за открытие дендритных клеток и их роли в адаптивном иммунитете.

Событие было омрачено известием о смерти Ральфа Стейнмана. Он скончался в ночь с 30 сентября на 1-е октября, т.е. за три дня до оглашения лауреатов премии. Поскольку члены комитета утвердили кандидатуру, будучи уверенными, что Ральф Стейнман жив, Нобелевский комитет объявил: решение о присуждении ему Нобелевской премии по медицине останется в силе.

Исследования нынешних нобелевских лауреатов помогают искать методы профилактики и лечения различных заболеваний, в том числе создавать вакцины не только против инфекций, но и против рака, говорится в пресс-релизе. Также они помогают понять и лечить аутоиммунные заболевания.

Церемония вручения премий пройдет в Стокгольме и Осло 10 декабря в день кончины ее основателя Альфреда Нобеля — шведского изобретателя, промышленника, лингвиста, философа и гуманиста.

Движение и здоровье

Бессонова И.В.,

врач ЛФК, МБУЗ Городской врачебно-физкультурный диспансер,
г. Новосибирск

В первые годы жизни ребенка усилия родителей и педагогов направлены прежде всего на сохранение и укрепление его здоровья. А что для этого необходимо? Отвечая на вопрос, специалисты говорят о важности соблюдения гигиены, необходимости обеспечить с самого рождения рациональное и сбалансированное питание, достаточный сон, частое пребывание ребенка на свежем воздухе. И все, кто имеет отношение к детям, говорят о первостепенном значении двигательной активности для развития и здоровья ребенка. Остановимся на данном аспекте подробнее.

Двигательная активность — биологическая потребность ребенка. Детям свойственна частая смена движений и поз — до 550—1000 раз в день, благодаря чему происходят поочередное напряжение и отдых различных групп мышц, поэтому дети не устают, много двигаясь. Низкая же двигательная активность — плохой признак. Ее причинами могут быть неудовлетворительный психологический климат в семье, нездоровье или систематические запреты взрослых. Нередко можно слышать, как взрослые одергивают малыша: «не бегай», «не прыгай», «не крутись», «посиди спокойно». А руки взрослых спешат

выполнить то, что ребенок собирався сделать сам: одевают его, застегивают пуговицы, поднимают игрушки, а то и играют вместо ребенка.

Мы, взрослые, не задумываясь, волевым усилием подавляем биологическую потребность ребенка, способствуя тем самым не только торможению процессов развития детского организма, но и создавая условия для старения.

Физическое воспитание *детей первого года жизни* условно разбивают на пять этапов; на каждом создаются условия для проявления физических качеств и функциональных способностей. В первый месяц жизни ребенок должен самостоятельно двигаться; задача родителей — облегчить его движения, одевая в свободную одежду, распеленывая и купая. С 1,5-месячным малышом нужно проводить ежедневно гимнастику и массаж, которые оказывают общеукрепляющее действие и способствуют нормальному физическому развитию. В 2—3 мес. рекомендуется класть ребенка на животик, брать на руки и, показывая игрушку, стимулировать движения мышц шеи. В 4—6 мес. к уже освоенным движениям следует добавлять переворот на бок и животик, вращение вокруг продольной оси, а

также побуждать ребенка к ползанию на животе. Полезно, при-тягивая за руки, ненадолго при-саживать, приподнимая, ставить на ножки. Для развития хвататель-ного движения необходимо да-вать ребенку в руку легкие, удоб-ные для захвата яркие игрушки, убедившись в их химической безопасности. Упражнения долж-ны превосходить двигательные способности, но не опережать их. Не следует делать пассивных движений для конечностей, пока не исчезнет физиологический гипертонус сгибателей, пассивно сажать ребенка с опорой, пре-жде чем он сядет сам, ставить на ножки раньше, чем научится пол-зать и т.д. На каждом возрастном этапе применяются те упражне-ния, к которым в данном возрас-те нервно-мышечный аппарат ребенка подготовлен.

Физкультура способствует це-ленаправленному расходу энер-гии, во время занятий можно на-учить ребенка управлять своим телом и лучше контролировать движения. Он не только окреп-нет, делая упражнения, но и ста-нет более ловким. Благодаря за-нятиям физкультурой процесс познания окружающего мира станет более безопасным.

На *втором году жизни* глав-ная задача родителей и специ-алистов — поддерживать врож-денное стремление ребенка к раз-нообразным движениям, учить его уверенно ходить, оберегать от травм. Надо воспитывать у детей

потребность в движении, подкреп-ляя свои слова собственным при-мером. Основные двигательные навыки, которые нужно развивать у дошкольников, — ходьба, бег, ла-зание, метание, преодоление пре-пятствий. В это время необходи-мо стимулировать их интерес к новому, помочь развить и укреп-пить мышцы рук, ног, спины, живота, вестибулярный аппарат. Занятия должны строиться в форме игры, поскольку игровая ситуация самая понятная и при-влекательная для дошкольника. Кроме того, все движения нуж-но показывать. Понять словесную команду детям еще сложно, по-рой невозможно, но они очень любят подражать. Замечательно повторяют показанное действие, любят посоревноваться. Кроме того, в совместных занятиях за-ложен большой воспитательный смысл. Такие занятия приносят радость общения, создают хоро-ший контакт между родителями, педагогами и детьми, одновремен-но способствуя укреплению здо-ровья, развитию силы, ловкости.

В возрасте до 3 лет организм ребенка наиболее пластичен. И любое, даже самое незначи-тельное, но систематически по-вторяемое воздействие оказывает большое влияние на его разви-тие. Во всех детских учреждени-ях с детьми систематически за-нимаются физкультурой. Но мы, медики и педагоги, должны убе-дить родителей в том, что детса-довскую физкультуру следует дополнять занятиями дома.

Коротко остановимся на основных видах движений.

Самостоятельная ходьба имеет огромное достижение в нервно-психическом развитии. Стереотип ходьбы складывается в детстве. Поэтому с первым шагом обучение ходьбе не заканчивается, а скорее по-настоящему начинается. Навык ходьбы приобретается не сразу не только из-за слабых мышц, но и в силу особенностей пропорций тела ребенка. У малыша относительно длинное туловище, тяжелая голова и короткие ноги. Центр тяжести тела выше, чем у взрослого, что делает его менее устойчивым. Каждый этап ходьбы имеет свои характерные особенности — сначала он широко расставляет ноги, сильно сгибает их в коленях, разводит в стороны руки, туловище наклонено вперед, нет переката с пятки на носок — «шлепает» ступой, неравномерный шаг, ступни ног развернуты внутрь, отклоняется при ходьбе в стороны. Отсюда и вытекают конкретные задачи обучения ходьбе. Для совершенствования навыков ходьбы в занятия следует включать упражнения:

- хождение по уменьшенной площади опоры (по доске, между двумя меловыми чертами на полу);
- перешагивание через низкие препятствия (кубики, палочку, веревочку, лежащую на полу, затем через палочку или веревочку, поднятую на высоту 5—15 см).

Вначале ребенок проходит самостоятельно от 1—2 до 10 м, затем 200—500 м (к 2—3 годам), к 5—6 годам можно включать ходьбу по 30—35 мин.

Когда научится передвигаться самостоятельно, можно переходить к обучению качественным сторонам ходьбы: ходить прямо, сохранять указанное направление, не шаркать ногами при ходьбе, соблюдать равномерность шага, ставить стопы параллельно (постановка с разведенными носками пока невозможна), двигать руками в такт ходьбы (пока без четкого чередования с движениями ног).

К *детям третьего года жизни* требования повышаются: они уже должны научиться ходить свободно, координируя движения рук и ног, держать корпус прямо, не опускать голову, стопы ставить с небольшим разворотом наружу.

Чтобы ребенок не шаркал ногами, проводят упражнения с высоким подниманием коленей (перешагивать через предметы). Чтобы научился правильно ставить стопы, предлагаем ходить по наклонной доске, по дорожке с нарисованными следами, елочкой. Следим, чтобы ребенок не опускал голову при ходьбе, не смотрел под ноги, опуская плечи — для этого полезна ходьба с шарами, флажками. До 3 лет важно сформировать правильные навыки ходьбы и стояния.

Прыжки дети осваивают медленно, поскольку это требует

значительной силы ног и координации движений. В 3—4 года дети уже умеют подпрыгивать на месте, прыгать в длину, спрыгивать с небольшой высоты (с 2 лет). Но прыгают еще неловко, тяжело, на всей ступне, на прямые ноги, без участия рук. Начинать обучение прыжкам лучше с подпрыгивания на месте на двух ногах. Постепенно учим приземляться на носки полусогнутых ног, спрыгивать, мягко приземляться, допрыгивать до игрушки, перепрыгивать через ручеек, с кочки на кочку.

Бегом дети овладевают приблизительно к 2,5 годам, сначала это просто ускоренная ходьба. У них еще отсутствует фаза полета. В 4 года они могут пробегать уже достаточные расстояния (30 м). Обучение бегу лучше проводить в игре, сочетая с прыжками, метанием, лазаньем.

Лазанье дается детям тоже довольно трудно, поэтому при обучении нужно следить, чтобы они не утомлялись. Лазанье хорошо координирует движения, улучшает согласованность работы рук и ног, укрепляет связочный аппарат.

В процессе развития ребенок овладевает сначала хватанием, а затем бросанием предметов. В возрасте года ребенок с удовольствием зажимает в кулачке маленький мяч и бросает его вперед — вниз, с 1,5 лет пытается катать мяч. После 2 лет можно учить элементам замаха при броске, а после 2,5 лет — правильной позе при выполнении этого дей-

ствия. В 3 года малыш легко ловит мяч двумя руками; к 4 годам постепенно появляется умение метать.

Метание требует особой настойчивости, способности к тонкой координации, развития равновесия и глазомера. С 4—5 лет дети уже умеют метать в цель мячи, играют в снежки. С 5—6 лет следует развивать не только точность, но и силу броска, учить ребенка правильной стойке и движению рук при броске.

В 5 лет ребенок владеет в общих чертах всеми видами основных движений, стремится к их новым сочетаниям, импровизации. Взрослые теперь должны обращать большое внимание на качество движений, точность выполнения и в заданном темпе.

Правильно организованный двигательный режим — основа профилактики нарушений осанки, сколиозов и других дефектов опорно-двигательного аппарата. Наряду со сложными гимнастическими упражнениями продолжаем использовать игровой метод. Играя с детьми, не забываем следить за правильностью их осанки.

Осанка — привычная поза спокойно, без мышечного напряжения стоящего или сидящего человека. Правильная осанка формируется с самого раннего возраста, и поначалу архитекторами фигуры ребенка являются родители.

Правильная осанка характеризуется прямым положением го-

ловы и позвоночника, симметричным положением плечевого пояса, при котором плечи и лопатки находятся на одном уровне, одинаковой формой треугольников талии, образованных линией талии и опущенными руками, правильными физиологическими изгибами позвоночника. Эти изгибы, придавая в целом позвоночнику свойство пружины, имеют большое значение для реализации рессорной, защитной функции его по отношению к головному и спинному мозгу. Во внутриутробном периоде развития позвоночника ребенка имеет одну общую дугу искривления, к моменту рождения у ребенка в горизонтальном положении сохраняется один изгиб — это крестцово-копчиковый кифоз. Остальные функциональные изгибы начинают формироваться после рождения. Их возникновение связано с развитием и функционированием мышц туловища. Приподнимание и удержание головы из положения на животе способствуют формированию шейного лордоза, возникающего в первые месяцы жизни. Шейный лордоз продолжает формироваться при ползании на животе и четвереньках под влиянием работы мышц шеи и спины. Переход ребенка в положение сидя формирует у него грудной кифоз. Поясничный лордоз возникает под действием мышц, обеспечивающих сохранение вертикальной позы, для чего важна не столько сила мышц,

сколько согласованность работы различных мышечных групп, гармоничное развитие мышечно-связочного аппарата всего тела.

Для предупреждения возникновения неправильной осанки следует проводить *профилактику плоскостопия*, так как уплощенные стопы нарушают опорную функцию ног, что сопровождается изменением костного скелета таза и позвоночника. Огромное значение имеет контроль родителей за правильной установкой стоп при стоянии и ходьбе у детей до 3 лет, когда этот навык формируется. Необходимо с раннего возраста заниматься профилактикой плоскостопия, что предполагает использование контрастных ванн, массажа, гимнастики, правильной обуви с упругой подошвой, твердым задником, подобранной по размеру, обучение прыжкам, бегу, лазанью.

Огромное значение в профилактике дефектов осанки, сколиозов, плоскостопия имеет своевременное и полноценное *ползание* — отличная тренировка мышц всего тела, воспитание координации движений, причем позвоночник при этом освобожден от статических нагрузок.

Медики и педагоги должны напомнить родителям о том, что, гуляя с ребенком, нельзя вести малыша все время за одну и ту же руку, так как это ставит плечевой пояс в косое положение и искривляет позвоночник. Хорошо, если ребенок свободен в сво-

их передвижениях (бегают, лазают, прыгают), ведь таким образом формируются и совершенствуются различные двигательные навыки, развиваются координация движения и чувство равновесия.

В дошкольном возрасте стоит научить ребенка плавать, играть в футбол, прыгать через скакалку, зимой ходить на лыжах, кататься на коньках. У ребенка должна быть возможность заниматься и активно двигаться и дома: шведская стенка, лесенка, перекладина, кольцо, канат, гимнастическая палка, мячи — должны быть доступны ребенку. Неправильные позы — основная причина нарушения осанки. Поэтому важно научить ребенка *стоять прямо*, но свободно, тяжесть тела распределив на обе ноги. Известно, что привычка отставлять ногу в сторону вызывает косоое положение таза, что приводит к искривлению позвоночника. Наклон или запрокидывание головы изменяет его изгибы. При ходьбе следует удерживать вертикально ось тела, стопы следует ставить параллельно, носки немного раздвигать в стороны. Ребенок задолго до поступления в школу должен научиться *сидеть правильно*: прямо, ноги уперев в пол, а руки положив на стол (предплечья должны быть на одном уровне со столешницей). Нельзя сидеть, положив одну ногу на другую или подложив ее под таз. Правильная осанка вырабатывается путем образования ди-

намического стереотипа, т.е. доведения до автоматизма привычки стоять, сидеть, ходить с правильным положением туловища и конечностей. Слабые мышцы быстро устают, и ребенку трудно удерживать нужную позу. По мере тренировки мышц с помощью специальных упражнений стоять и сидеть правильно будет легче. Выполняя эту ответственную работу, следует постоянно объяснять ребенку, зачем ему это нужно, необходимо понимание с его стороны, заинтересованность в результате. Для детей очень важен *положительный пример*. Специалисты должны убедить родителей в том, что начинать нужно с себя. Чем раньше родители начнут серьезно заниматься со своим ребенком, тем быстрее достигнут устойчивого результата. Взрослые должны организовать правильный ортопедический режим, включающий в себя все условия, в которых формируется опорно-двигательная система: мебель, которой пользуется ребенок, должна соответствовать его росту; режим деятельности и отдыха, одежда, обувь, питание, привычные позы должны способствовать укреплению здоровья и физическому развитию.

Кроме того, для сохранения правильной осанки, выносливости необходимо *ежедневное выполнение физических упражнений*. Действие их основано на способности стимулировать физиологию

ческие процессы в организме. Влияние физических упражнений оказывается преимущественно через ЦНС. Нет такого органа или функции, которые бы не изменились под влиянием систематических физических упражнений. Занимаясь с ребенком физкультурой, нужно соблюдать основные принципы: оптимальная длительность, постепенное повышение нагрузки, направленность упражнений на разные группы мышц, регулярность, адекватность нагрузки возрасту, психомоторному и физическому развитию ребенка (см. таблицу).

Таблица

**Продолжительность
физкультурных занятий**

Следует помнить, что здорово-

Возраст ребенка, лет	Продолжительность занятий, мин
3—4	15—20
4—5	20—25
5—6	25—30
6—7	30—35

му ребенку нужно давать упражнения симметричные, тренировать мышцы-антагонисты (сгибатели и разгибатели), подобрать по 1—2 упражнения на разные группы мышц (спины, брюшного пресса, плечевого пояса, ног), упражнения на координацию, равновесие, развитие мелкой моторики пальцев рук. Обязательно в любой физкультурный комплекс должны

входить дыхательные упражнения. Огромное значение имеет воспитание правильного носового дыхания с хорошим выдохом (понюхать цветочек, подуть на пушинку, выдувать мыльные пузыри, произносить звуки на выдохе, жужжать: ж-ж-ж — как жук, звенеть: з-з-з — как комарик и т.д.). Необходимо следить за тем, чтобы ребенок при выполнении упражнений сохранял правильную осанку.

Воспитание правильной осанки — процесс длительный, поэтому следует запастись терпением: не ругать ребенка, не раздражаться. Занятия физическими упражнениями должны приносить радость, а не утомление и огорчение.

Правильное физическое воспитание в сочетании с режимом дня, достаточным сном, сбалансированным питанием — залог нормального роста и развития ребенка. Естественную потребность в движении нужно не подавлять, а направлять в нужное русло, обучать ребенка основным видам движений. Родители и педагоги должны быть рядом в играх и занятиях физкультурой, уметь тактично контролировать и воспитывать правильную осанку, формировать двигательный стереотип, создавать мотивацию к занятиям физическими упражнениями. В наших силах помочь малышам вырасти физически и психически здоровыми, гармонично развитыми людьми.

Питание и здоровье детей дошкольного возраста

Комиссарова В.Г.,

врач-педиатр, МУЗ Городская поликлиника № 1, г. Новосибирск

Правильная организация питания — залог здоровья ребенка. Специалистами установлено, что на каждом возрастном этапе у ребенка **определенные** потребности в основных пищевых веществах и энергии, обусловленные физиологическими особенностями организма и метаболическими процессами, присущими именно данному возрасту. Поэтому родителям, педагогам и медикам ДОУ необходимо знать, в каких пищевых веществах нуждается ребенок определенного возраста.

Известно, что любому организму для жизнедеятельности нужны белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества и вода.

Белки служат пластическим материалом, т.е. входят в состав клеток, тканей, принимают активное участие в образовании ферментов, гормонов, антител, в кроветворении. При сгорании 1 г белка выделяется 4 ккал. Белки поддерживают так называемое онкотическое давление. Когда белка в крови становится очень мало, вода перестает удерживаться в кровеносном русле и выходит в ткани, как следствие — возникают голодные отеки (человек в буквальном смысле «пухнет от голода»). Ценность белка определяется составом входящих в него

аминокислот: незаменимых и заменимых. *Незаменимые (эссенциальные) аминокислоты* жизненно необходимы организму, хотя в нем не образуются и поступают только с пищей. К незаменимым аминокислотам относятся триптофан, фенилаланин, лизин, метионин, валин, лейцин, изолейцин, треонин и гистидин. *Заменимые аминокислоты* могут синтезироваться в организме, они дополняют действие незаменимых и тем самым повышают их ценность, содержатся в продуктах животного происхождения, в связи с чем в суточных рационах для детей предусмотрено не только общее количество белка, но и доля белка животного происхождения, которая составляет 70—75% для детей раннего возраста, 60—65 — дошкольного возраста и не менее 50% — для школьников. Для ребенка раннего возраста очень ценны белки молочных продуктов, так как они легко перевариваются и усваиваются в организме. С возрастом ребенка ассортимент продуктов, содержащих белки, постепенно расширяется.

Основное количество белка организм получает с пищей, и лишь незначительный процент его синтезируется за счет жиров

и углеводов. **Белки** в основном содержатся в молоке, твороге, мясе, яйцах, рыбе, крупах и хлебе.

Жиры в основном обеспечивают энергетические траты и участвуют во многих жизненно важных функциях организма: входят в состав клеточных мембран, являются носителями жирорастворимых витаминов. Количество калорий, образующееся за счет жиров, должно составлять 40—50% от суточной калорийности рациона детей раннего возраста и 30% от рациона школьников. При сгорании 1 г жира выделяется 9 ккал. При определении необходимого количества жира важно предусмотреть долю жиров растительного происхождения, с которыми поступают *полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК)*: линолевая, линоленовая и арахидоновая. Они необходимы для нормального транспорта липидов, влияют на проницаемость сосудов, регулируют отложение холестерина, связаны с обменом жирорастворимых витаминов. В организме ПНЖК не синтезируются и поступают только с пищей.

Углеводы — главный источник энергии. При сгорании 1 г углеводов высвобождается 3,75 ккал. Углеводы являются обязательной составной частью всех клеток и тканей, принимают участие в обмене веществ, способствуют нормальному окислению жиров и синтезу белков. Углеводы богаты клетчаткой, способствующей процессам пищеварения. Кроме

того, клетчатка обладает пребиотическими свойствами, т.е. помогает колонизации нормальной микрофлоры кишечника.

Потребность в углеводах превышает потребность в белках и жирах в 4—5 раз. Таким образом, в рационе соотношение белков, жиров и углеводов определяется как 1:1:4—4,5. Однако не следует чрезмерно «увлекаться» углеводистой пищей. Необходимо предусмотреть качественную характеристику углеводов, входящих в состав рациона ребенка. Всасывание и утилизация такого углевода, как глюкоза, осуществляются очень быстро, всасывание ди- и полисахаридов происходит медленнее, так как они нуждаются в предварительной переработке в желудочно-кишечном тракте.

Минеральные вещества — обязательная составная часть рациона ребенка. Функции их многообразны. Они необходимы для адекватного роста и развития костной, мышечной, кроветворной и нервной тканей, а также правильной работы органов пищеварения. Минеральные вещества входят в состав ферментов, гормонов, участвуют в процессах обмена веществ, являются мощными стимуляторами или ингибиторами очень большого числа различных ферментных систем.

При недостаточном поступлении в организм тех или иных минеральных веществ возникают тяжелые нарушения различных видов обмена. Для детей

очень важно снабжение такими минеральными веществами, как кальций, фосфор, железо, магний.

Вода участвует во всех обменных процессах благодаря растворению в ней многих химических веществ, транспортирует тканям и клеткам необходимые для их жизнедеятельности вещества и уносит из клеток продукты обмена. Следует помнить, что ребенок очень чувствителен как к обезвоживанию, так и избытку воды. При избыточном поступлении жидкости увеличивается объем циркулирующей крови, а значит, и нагрузка на сердечно-сосудистую систему, почки. С избыточным количеством воды могут выводиться необходимые минеральные вещества и витамины. При недостаточном поступлении воды развивается сгущение крови, может повышаться температура тела, нарушаются процессы пищеварения. Всем известно, что при повышении температуры тела при различных заболеваниях организмом теряется большое количество жидкости, которое необходимо восполнять.

Потребность ребенка в воде зависит от возраста: чем младше ребенок, тем в большем количестве жидкости он нуждается. В возрасте 1—3 лет необходимо 100 мл, в 3—7 лет — 80, а более старшим детям — 50 мл на 1 кг массы тела в сутки. Потребность ребенка в воде в основном удовлетворяется за счет жидкости, входящей в состав пищи.

Витамины служат регуляторами обменных процессов в организме, играют немаловажную роль в повышении сопротивляемости, тесно связаны с процессами роста и развития организма. Витамины и витаминоподобные вещества представляют собой группу разнородных органических веществ, которые не синтезируются в организме или синтезируются в незначительных количествах. Поэтому витамины должны поступать в организм с пищей. В связи с этим представляет особую важность определение необходимых суточных количеств витаминов для детей различных возрастных групп.

Основную часть суточного рациона питания (не менее 70%) дети получают в ДОУ, поэтому организация питания там должна соответствовать следующим принципам:

- адекватная энергетическая ценность рационов, соответствующая энергозатратам детей;
- сбалансированность рациона по всем основным питательным веществам;
- максимальное разнообразие рациона, являющееся основным условием обеспечения его сбалансированности, которое достигается путем использования широкого ассортимента продуктов;
- адекватная технологическая и кулинарная обработка продуктов и блюд, обеспечивающая их высокие вкусовые достоин-

- ства и сохранность исходной пищевой ценности;
- исключение из рациона питания продуктов и блюд, не допустимых для употребления дошкольниками;
 - учет индивидуальных особенностей детей (в том числе непереносимость ими отдельных продуктов и блюд);
 - обеспечение санитарно-эпидемиологической безопасности питания, включающее соблюдение всех санитарных требований к состоянию пищеблока, поставляемым продуктам питания, их транспортировке, хранению, приготовлению и раздаче блюд.

Дети дошкольного возраста очень подвижны, уверенно ходят, бегают, любят подвижные игры, они впечатлительны, эмоциональны и любознательны, запас знаний и умений у них постоянно обогащается. Чтобы восполнить большие затраты энергии и обеспечить потребности дальнейшего роста и развития, детям крайне необходим постоянный приток энергии и всех питательных веществ (белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных солей и микроэлементов), единственный источник которых полноценное, адекватное возрасту детей питание.

Следует, однако, обратить внимание на особенности пищеварительной системы в этом возрасте. Несмотря на достаточно хорошо развитый жевательный аппарат (20 молочных зубов, в том числе

четыре пары жевательных) пищеварительные функции желудка, кишечника, печени и поджелудочной железы еще не достигают полной зрелости, они лабильны и чувствительны к несоответствию количества, качества и состава питания, нарушениям режима приемов пищи.

Нередко именно в этом возрасте берут свое начало различные хронические заболевания пищеварительной системы у детей, нарушается их общее физическое развитие, снижаются способности к освоению обучающих программ. К сожалению, как в России в целом, так и в Новосибирске в частности, заболевания органов пищеварения занимают одно из ведущих мест.

Важными составляющими правильной организации питания являются:

- режим приема пищи в течение дня;
- адекватное распределение продуктов питания;
- объем пищи;
- суточная калорийность пищи между отдельными ее приемами.

Режим питания

Пища переваривается в желудке ребенка в среднем в течение 3,5—4 ч, поэтому интервалы между приемами пищи должны быть примерно равны этому времени. Для детей дошкольного возраста наиболее физиологичен режим с четырехразовым приемом пищи: в 8 ч утра — завтрак, в 12 — обед, в 15.30 — полдник, в 19 — ужин.

Часы кормлений должны быть постоянными, отклонения от установленного времени не желательны и не должны превышать 15—30 мин.

Важно обратить внимание на недопустимость приема какой-либо пищи между кормлениями, особенно сладостей.

Домашнее питание следует согласовывать с питанием в детском учреждении, иначе дети могут получать недостаточное, избыточное или одностороннее питание.

Объем пищи

Емкость желудка у детей изменяется с возрастом. Поэтому питание должно быть дифференцированным по величине разового и суточного объема пищи в зависимости от возраста.

Объем пищи зависит и от аппетита. Если у ребенка хороший аппетит, злоупотреблять этим не стоит, нельзя приучать его к чрезмерно обильному питанию. Рано или поздно это приведет к избыточному весу, далее к ожирению и серьезным нарушениям в здоровье ребенка.

Если же аппетит снижен, и ребенок не всегда съедает предлагаемую ему пищу в достаточном количестве, ему можно временно организовать пятый прием пищи в качестве дополнительного ужина в 21 ч или раннего завтрака, если ребенок просыпается слишком рано — в 5—6 ч утра. На дополнительный прием пищи обычно рекомендуется давать

стакан теплого молока, кефир или йогурт с печеньем или кусочком булочки.

Общий объем пищи на целый день составляет в среднем: для 3—5-летних детей 1500—1700 мл, 7-летних 1800—2000 мл. Объем каждой порции легко рассчитать. В среднем на обеденную порцию приходится $\frac{1}{3}$ от суточного объема пищи. Чтобы рассчитать объем остальных приемов пищи, нужно от общего объема отнять объем обеденной порции и поделить на 3. Например, суточный объем пищи 1500, объем обеденной порции — 500 мл. Далее, $1500 - 500 = 1000$ мл и 1000 мл разделим на 3, получаем приблизительно 330 мл.

Калорийность питания

Рост, развитие, движение, обмен веществ и все другие жизненно важные процессы требуют постоянного притока энергии. Эта энергия образуется в организме непрерывно в результате биологического окисления (расщепления) пищевых веществ — белков, жиров, углеводов и выделяется в форме тепловой энергии. Единицами ее измерения являются килокалории (ккал) или килоджоули (кДж). Из каждого грамма углеводов выделяется около 4 ккал, жира — 9 ккал, а белки используются, в основном, для построения новых клеток и тканей в растущем организме ребенка или их обновления.

Потребность детского организма в энергии составляет в воз-

расте 3—7 лет 1500—2000 ккал. Суточная калорийность питания детей должна соответствовать этим цифрам и правильно распределяться между отдельными приемами пищи. Для детей в возрасте 3 лет и старше целесообразно следующее распределение: на завтрак — 25% суточной калорийности, на обед — 35—40, полдник — 10—15, ужин — 25%. Необходимо следить за тем, чтобы блюда, богатые белками (мясо, рыба, яйца), дети получали в первую половину дня — на завтрак и обед, а на ужин употребляли крупяные, овощные, творожные и молочные продукты. Блюда из мяса и рыбы богаты белками, жирами и экстрактивными веществами, поэтому они могут возбуждать нервную систему ребенка и нарушать сон.

Продукты питания

Рациональное полноценное питание дошкольников обеспечивается, как и у взрослого человека, широким ассортиментом продуктов животного и растительного происхождения. Исключение составляют жирные сорта мяса и птиц (гуси, утки), а также острые приправы (уксус, горчица, хрен, горький перец) и пряная пища. Чем шире и разнообразнее набор продуктов, используемых при приготовлении пищи, тем полноценнее питание ребенка.

Ценность продуктов животного происхождения (молоко и молочные продукты, мясо, мясные

изделия и субпродукты, рыба, яйца) состоит прежде всего в том, что они являются источниками полноценных, легкоусвояемых белков, а также целого ряда витаминов, минеральных веществ и микроэлементов.

Ценность продуктов растительного происхождения состоит в их богатстве разнообразными углеводами (фруктоза, глюкоза, сахароза, крахмал, пектины, клетчатка), они — важнейший источник витаминов, особенно аскорбиновой кислоты (витамин С), рутина (витамин Р), б-каротина, витамина Е и многих других полезных веществ. В них также содержатся растительные белки, которые в сочетании с белками животного происхождения дают наиболее благоприятные условия для их усвоения.

Среди продуктов животного происхождения важное место принадлежит молоку и молочным продуктам. Дети в возрасте 3—4 лет должны получать ежедневно не менее 0,5 л молока, включая кисломолочные продукты (кефир, ацидофильное молоко, йогурт или др.), а также с учетом молока, использующегося на приготовление каши или других молочных блюд. К высокобелковым молочным продуктам относятся: свежий творог, творожная паста, детские творожные сырки, а также твердые сыры. Все молочные продукты богаты жиром, легкоусвояемыми солями кальция и фосфора. Из молочных продуктов, богатых жиром, осо-

бенно полезны для детей сливки и сметана, которые могут использоваться для заправки супов и салатов, а также в качестве подливы к сырникам и вареникам. Творог, сливки, сметана и сыр, в отличие от молока и кисломолочных продуктов, которые должны ежедневно включаться в рацион детей, могут использоваться через один—два дня, но соответственно в большем количестве.

Из мясных блюд предпочтение следует отдавать говядине и телятине, можно использовать мясо кур, цыплят, индейки, кролика, субпродукты — печень, язык; вполне допустимы и нежирная свинина, молодая нежирная баранина. Мясо и субпродукты являются ценнейшим источником белка, легкоусвояемого железа и ряда витаминов группы В. Вегетарианство в детском возрасте недопустимо!

Кроме того, из мясных продуктов можно употреблять молочные сосиски и вареные колбасы. Но сотрудники ДОО должны обязательно информировать родителей о том, что ежедневно кормить ребенка сосисками и колбасой нельзя. Сосиски можно давать детям 1 раз в 10—14 дней. Не чаще! Очень полезный продукт — рыба. Следует использовать *нежирные сорта морских и речных рыб* — судак, треску, морской окунь. Белок рыб полноценный и легкоусвояемый.

В меню детей мясо или рыба включаются ежедневно. В течение

4—5 дней ребенку можно готовить блюда из *мяса* и 2—3 дня — из *рыбы*. Если мясо и рыба даются в один день, их порции уменьшают.

Что касается рыбьего жира, его можно использовать только по назначению врача, так как он содержит витамины А, D и полиненасыщенные жирные кислоты в достаточно высокой концентрации, его дозируют как аптечный препарат.

К мясным и рыбным блюдам в качестве гарнира целесообразнее предлагать не макаронные и крупяные изделия, а овощи в виде отварного картофеля или пюре (картофельное, свекольное, морковное), тушеной капусты, зеленого горошка и т.п. К курам лучше подавать рис, картофельное пюре. Мясо с овощным гарниром усваивается лучше. Хорошо применять комбинированные гарниры — это способствует развитию вкуса ребенка и лучшему усвоению пищи.

Большое значение в питании детей имеют *яйца*, так как содержат много высокоусвояемых питательных веществ: белки усваиваются на 96—97%, жиры — на 95. Желток яйца содержит комплекс жирорастворимых витаминов А, D, Е и группы В, различные минеральные вещества. Однако, несмотря на полезность яиц, в пище ребенка злоупотреблять ими нельзя, поскольку они способны вызывать аллергические реакции. Яйца используют только круто сваренными или в

виде различных блюд (омлет, салаты с яйцом, сырники и т.д.).

Из жировых продуктов рекомендуются *сливочное* и *растительное масло* (подсолнечное, кукурузное, оливковое, соевое). Сливочное масло является ценным источником витамина А, а растительные масла — витамина Е и полиненасыщенных жирных кислот (которых мало в сливочном масле). Поэтому все масла лучше использовать в натуральном виде: сливочное — в бутербродах и готовых блюдах (каша, пюре), растительные — в винегретах, салатах, готовых овощных блюдах.

Хлеб и хлебобулочные изделия входят в обязательный ежедневный рацион ребенка. Белка в нем содержится значительно меньше, чем углеводов. Наиболее полезен *хлеб из ржаной муки и пшеничной грубого помола*: он богаче белком, витаминами группы В и пищевыми волокнами, стимулирующими работу кишечника. Кроме хлеба, детям рекомендуются и другие хлебобулочные изделия: булочки, баранки, сушки, сухари.

Крупы и макаронные изделия также составляют основной источник углеводов и меньше — белков. В питании дошкольников используются рис, гречка, овсяная и манная крупы. Каши можно готовить с молоком и без него, с добавлением овощей или фруктов.

Сахар и кондитерские изделия обязательно входят в рацион детей, рекомендуется давать пе-

ченье, вафли, пастилу, мармелад, фруктовую карамель, варенье, джем, повидло и мед, если ребенок переносит его. Шоколад и шоколадные конфеты повышают возбудимость нервной системы, могут вызывать аллергию, поэтому давать часто их детям не следует. А детям до 3 лет употреблять шоколад нежелательно.

Фрукты, ягоды, овощи и зелень являются обязательной составной частью детского питания. Они — незаменимый источник витаминов С, Р, Е, провитамина А (каротина), легкоусвояемых углеводов — глюкозы и фруктозы, органических кислот, пектинов и пищевых волокон, минеральных веществ. В питании детей полезно использовать все сезонные фрукты, ягоды, овощи и зелень в натуральном виде, а также в виде соков и пюре. В зимнее время наряду с натуральными плодами дают консервированные соки и пюре, компоты и другие заготовки.

В настоящее время в продаже появляются различные экзотические фрукты. Давать их следует с осторожностью, так как с большой вероятностью они могут вызвать аллергическую реакцию у ребенка. Все-таки до 3-летнего возраста их не следует вводить в рацион, лучше отдать предпочтение фруктам, характерным для вашей климатической зоны.

В рационе питания ежедневно должны быть *салаты из свежих овощей*: капусты, моркови, зеленого лука, огурцов, томатов и др.

Высокобелковую пищу (мясную, рыбную) дети должны получать в первой половине дня, поскольку она долго переваривается в желудке, а во второй — более легкую (молочно-растительную, углеводную).

Питьевой режим

В связи с естественными потерями воды через почки, кожу и с выдыхаемым воздухом, баланс воды в организме должен постоянно восполняться за счет жидкости, содержащейся в пище, и питья обычной жидкости — воды, чая, морса и других напитков. Особенно увеличиваются потери воды при физической нагрузке и в жаркое время года.

У детей, в связи с их высокой подвижностью, потери воды весьма ощутимы, поэтому детей нельзя ограничивать в питье. Но компенсировать недостаток жидкости сладкими компотами, соками, напитками не следует: это приводит к угнетению аппетита. Нельзя давать много пить воды во время приема пищи. Вода, заполняя емкость желудка и разбавляя пищеварительные соки, способствует снижению аппетита и нарушению процессов пищеварения.

В интервалах между приемами пищи вода должна быть доступна для детей. Обычно дают свежую кипяченую воду, остуженную до комнатной температуры, столовую минеральную без газа или слабо заваренный чай. Можно также рекомендовать быстрораство-

римые чаи из экстрактов трав. Так, *фенхель* способствует улучшению деятельности кишечника; *мята* нормализует процессы возбуждения и торможения в нервной системе, улучшает сон, благодаря содержащимся в ней эфирным маслам расширяет сосуды желудочно-кишечного тракта, улучшает кровоснабжение кишечника, следовательно, процессы пищеварения; *ромашка* обладает противовоспалительным действием и может использоваться как для профилактики, так и в качестве вспомогательного средства для лечения ОРВИ и гриппа; *мелисса* обладает выраженным седативным эффектом. Хорошо применять детские чаи, содержащие несколько компонентов (яблоко, малина, черная смородина или мелисса, чабрец, фенхель).

Не стоит бояться использовать такие *травяные чаи*, ведь они рекомендованы детям с первых месяцев жизни.

В заключение коротко остановимся на особенностях питания ребенка в период адаптации в ДООУ.

1. Поступление ребенка в детский сад, вхождение в новую социальную среду, детский коллектив всегда сопровождаются определенными психологическими трудностями. Часто у детей в это время снижается аппетит, нарушается сон, иногда наблюдаются невротические реакции. Поэтому правильная организация питания в это время имеет большое значение, она помогает ре-

бенку скорее адаптироваться в коллективе.

Перед поступлением ребенка в детский сад необходимо максимально приблизить режим питания и состав рациона к условиям детского сада. Приучить его к тем блюдам, которые чаще дают в дошкольном учреждении, особенно, если раньше он их никогда не получал.

2. В первые дни нельзя менять стереотип поведения ребенка, в

том числе и привычки в питании. Первое время, если ребенок не ел самостоятельно, рекомендуется обязательно его кормить или докармливать.

3. Если ребенок отказывается от пищи, ни в коем случае нельзя кормить его насильно. Это усиливает отрицательное отношение к детскому саду.

Заботясь о питании ребенка, мы тем самым заботимся о его здоровье.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Несоблюдение гигиенических требований к режиму учебно-воспитательного процесса (его интенсификация) впоследствии приводит к росту нервно-психических расстройств, астенизации детей. Повсеместное применение технических средств обучения, уровни освещенности, не соответствующие санитарно-гигиеническим нормативам, высокая учебная нагрузка — все это способствует снижению остроты зрения обучающихся детей. Нарушения осанки, сколиозы во многом связаны с неправильной посадкой ребенка в течение продолжительного времени, возникающей вследствие несоответствия мебели росту-возрастным особенностям учащегося.

Например, в Тверской области в 2010 г. за время:

- пребывания в дошкольном образовательном учреждении количество детей со сниженной остротой зрения увеличилось в 3,1 раза, с нарушениями осанки — в 6,2, сколиозами — в 5,8 раз;
- обучения в школе количество детей со сниженной остротой зрения увеличилось в 3,1 раза, со сколиозами — в 4,5 раз.

В течение последних пяти лет сохраняется стабильность данных показателей. Наиболее часто снижение остроты зрения и нарушение осанки выявляются среди школьников в возрасте 15 лет.

Подобная ситуация отмечена практически во всех субъектах Российской Федерации.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году»

Близорукость – зрение будущего?

Смирнова И.Ю.,

канд. мед. наук, врач-офтальмолог, директор
сибирского Центра профилактики и лечения
близорукости «Глазка», г. Новосибирск

Я работаю детским офтальмологом 30 лет и, к сожалению, замечаю, что детей с плохим зрением становится больше с каждым годом. По данным нашего центра, в результате углубленного офтальмологического осмотра 6000 школьников у 43% выявлена острота зрения ниже 1,0 (100%). При этом клинически значимое снижение зрения $\leq 0,6$ (60%), т.е., требующее подбора оптической коррекции, встречалось у 26% (рис.1).

Анализ состояния зрения школьников в процессе обучения показал, что число детей с остротой зрения 1,0 статистически достоверно уменьшается к моменту окончания школы, а с остротой зрения $\leq 0,6$ неуклонно растет (рис.2).

Результаты нашего исследования подтвердили, что основная причина снижения зрения у школьников — близорукость. При этом число детей с миопией по мере обучения в школе увеличивается с 12 до 55% (рис.3).

Таким образом, для современного состояния зрения школьников характерны:

- высокий процент детей с пониженным зрением (43%);
- ухудшение зрения школьников по мере обучения за счет неуклонного роста близорукости (с 12 до 55%);
- усиление близорукости в начальной школе (с 12 до 27%).

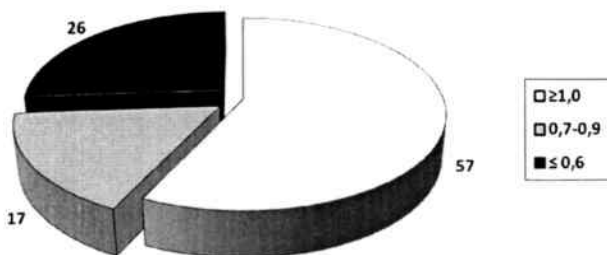


Рис. 1. Распределение школьников по остроте зрения



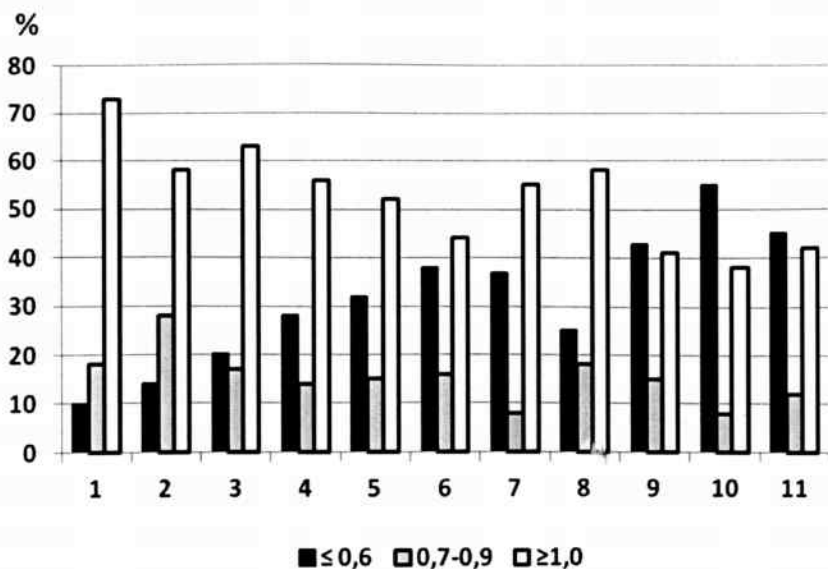


Рис. 2. Результаты исследования остроты зрения школьников по классам

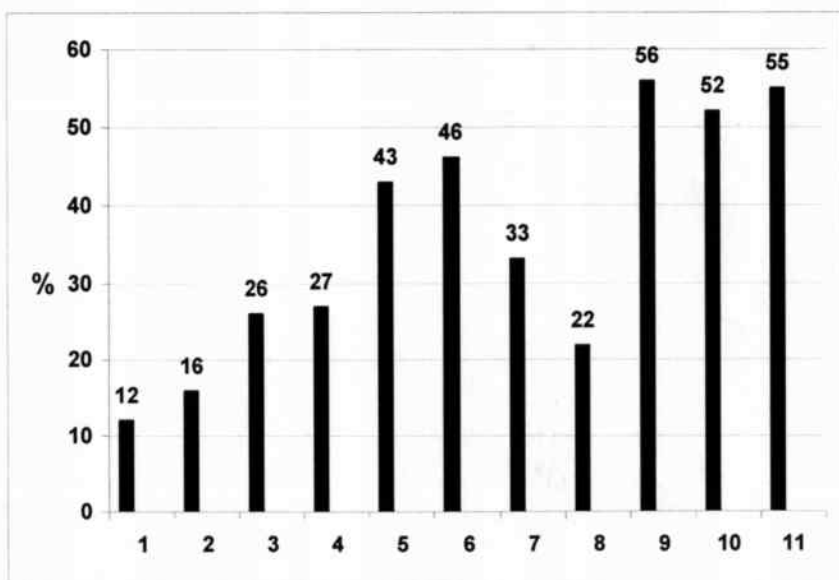


Рис. 3. Распределение детей с близорукостью по классам

Приходится признать, что близорукость — ведущая причина плохого зрения в детском возрасте, ее патогенез до конца не ясен, но ученые вплотную подошли к разгадке причин появления миопии, и они кроются в нечеткости изображения на сетчатке глаза. Сегодня главное — не дать близорукости перейти в высокую осложненную форму, занимающую лидирующее место среди причин слепоты и слабовидения. И это реально, правда, не просто, поскольку потребуются немало усилий со стороны родителей, врача и, конечно, ребенка. Ведь придется отказаться от многих любимых занятий у компьютера, телевизора, игр по мобильному телефону, иначе говоря — изменить привычный образ жизни.

Во-первых, близорукость требует постоянной оптической коррекции, так как, как правило, она двусторонняя и, раз появившись, остается навсегда. **Истинная (осевая) миопия необратима!**

Во-вторых, миопия в детском и юношеском возрасте ограничивает активный образ жизни. Многие виды спорта, сопровождающиеся большими физическими нагрузками, сотрясением и вибрацией тела, а также травмами организма, полностью исключаются. Например, нельзя заниматься такими популярными видами спорта, как футбол и хоккей.

В-третьих, в дальнейшем близорукость суживает выбор про-

фессии, что может сказаться на судьбе человека. Горько расставаться с юной мечтой стать летчиком, моряком или дизайнером. Все профессии на сегодняшний день так или иначе связаны с цифровыми технологиями, но не все близорукие глаза способны выдержать подобные нагрузки.

По современным представлениям, близорукость — это группа заболеваний с различными механизмами развития, клиническими проявлениями, течением и прогнозом. Иными словами, близорукость близорукости рознь. Прежде всего различают врожденную и приобретенную близорукость.

Врожденная близорукость (миопия) встречается редко, но является, как правило, осложненной — сопровождается аномалиями развития глаза и слабовидением (амблиопией). Средняя острота зрения у детей с врожденной близорукостью без очков оставляет 5, а в очках — 18%.

Приобретенная миопия за последние годы изменила свой облик: стала более «злой», шагнув из второго десятилетия жизни в первое и третье. Иначе говоря, миопия все чаще стала встречаться у детей дошкольного и раннего школьного возраста, а также у людей старше 20 и даже 30 лет.

Для современной миопии стало свойственно скачкообразное течение. При этом первый пик прогрессирования глаза выпада-

ет на 8 лет, второй — на 13, третий — на 17, и появился четвертый скачок — 23 года. Это связано с увеличением зрительной нагрузки в такие активные периоды жизни, как начало обучения, интенсивный рост организма, поступление в вуз и начало трудовой деятельности.

Данные особенности развития миопии значительно усугубляют прогноз и обязывают родителей искать специалиста, но не того, кто обещает «вылечить» близорукость и «снять» очки, а того, кто предложит продуманную систему индивидуального наблюдения и лечения на весь период роста организма.

Начало миопии, к сожалению, часто пропускается. Ребенок не замечает или не понимает, что зрение падает. Родители не придают значения регулярности профилактических осмотров, да и сами осмотры в школах сейчас далеко не ежегодные, как должны быть.

В ходе нашего исследования у 17% учащихся была впервые выявлена острота зрения 0,7–0,9 (70–90%) (см. рис.1). Именно на этой стадии начальных расстройств можно реально помочь детям. Приведу характерный пример. У девочки 8 лет определено снижение зрения до 0,7 и близорукость со степенью 0,5 диоптрии. В процессе последующей диагностики и лечения зрение у ребенка восстановилось до 100%, а миопия оказалась ложной.

Поэтому очень важно выявить близорукость на ранней стадии, поскольку в первые 4–6 мес. возникает лишь напряжение аккомодационной (фокусирующей) мышцы. Диагноз так и звучит: спазм аккомодации, или псевдомиопия. По статистике, в 20–25% случаев в результате специального лечения удастся устранить ложную близорукость, но в случае бездействия миопия в течение года полностью переходит в истинную форму. Надо помнить, что орган зрения — филигранный оптический прибор, работающий по физическим законам преломления света. Если глаз удлинится на 1 мм, развивается близорукость в 3 диоптрии.

На что надо обратить внимание педагогам и родителям? Ранними признаками близорукости служат:

- прищуривание;
- вытягивание наружного угла глаз;
- низкий наклон головы;
- близкое «подсаживание» к телевизору в домашних условиях;
- в школе — ухудшение успеваемости, поскольку ребенок толком не видит, что написано на доске, в результате — неправильно списывает и получает плохие отметки.

От чего зависит прогноз при близорукости? От наличия и выраженности факторов риска. Закономерность одна: чем больше

у ребенка выявляется причин ухудшения зрения, тем хуже прогноз. Поэтому родителям и педагогам важно знать истинные факторы риска появления близорукости. Условно их можно разделить на несколько групп.

1. Возраст. Чем раньше появляется миопия, тем большую тенденцию к прогрессированию она имеет. Если близорукость начинается в начальной школе, то, как правило, прогрессирует весь период обучения, поскольку это своеобразная «плата за образование». Худший прогноз по зрению — при рано приобретенной или дошкольной близорукости.

2. Пол. У девочек миопия встречается чаще, чем у мальчиков — соотношение составляет 55:45. При этом у девочек близорукость прогрессирует быстрее.

3. Наследственность. Если оба родителя близорукие, вероятность появления миопии у детей составляет в среднем 80%, если один, то 40, если в семье близоруких нет — 10%. Причем течение и форма близорукости у детей могут отличаться от «родительского варианта». Встречается, правда, и полное дублирование, как и усугубление недуга в поколениях, так называемое семейное накопление гена. Но, в целом, ген близорукости проявляет свое патологическое влияние на 21—25%, поэтому прогноз зависит и от образа жизни ребенка.

4. Факторы образа жизни. Причиной низкого наклона головы

могут быть: плохое зрение, неправильная осанка. Если ребенок стал низко наклоняться, надо в первую очередь обратиться к офтальмологу, чтобы выяснить истинную причину.

Гиподинамия: дети, ведущие активный образ жизни, имеют темп прогрессирования миопии в 3,5 раза медленнее, чем пассивные, малоподвижные дети.

Несбалансированное питание — преобладание углеводистой и недостаток белковой пищи, витаминов А, Е, С, макро-(кальций, железо, фосфор) и микроэлементов (медь, цинк) — повышает риск возникновения близорукости.

Неправильный зрительный стереотип — низкий наклон головы, неправильная посадка, привычка читать при недостаточном освещении, чтение лежа — провоцируют появление миопии.

Чрезмерные зрительные нагрузки вблизи — уроки, выполнение домашних заданий, чтение, занятия за компьютером, игры на видеоприставках и мобильном телефоне, длительный просмотр телепередач (свыше 30 мин подряд) — неблагоприятно сказываются на зрительном анализаторе.

5. Общие заболевания. Родовые и приобретенные травмы головного и спинного мозга (особенно шейного отдела позвоночника), нарушения осанки, острые (детские инфекции, грипп, частые ОРВИ) и хронические заболева-

ния (печени и желчного пузыря, паразитоз, тонзиллит, синусит и др.) — факторы риска.

6. Анатомические особенности глаз. Ослабленная аккомодация (автофокусировка глаза), гиперметропия (детская дальнозоркость) слабой степени, астигматизм (нарушение сферичности глаза), анизометропия (оптическое разноглазие), нарушение бинокулярного зрения — предпосылки возникновения близорукости.

7. Отсутствие необходимой оптической коррекции. По данным Brien Holden Vision Institute, Australia, в разных странах 56—88% детей с нарушениями рефракции (оптики глаз) не имеют необходимой оптической коррекции. Так, в США из 37% детей с выявленными рефракционными нарушениями 67% не получили коррекционной помощи. В Китае 44% детей с аномалиями рефракции в 85% случаев остаются без оптической коррекции [4]. По данным нашего исследования, 75% детей с остротой зрения ниже 1,0 и 59% детей с остротой зрения $\leq 0,6$ не носили очков и контактных линз.

Это тревожный факт. Ведущими научно-исследовательскими институтами мира, занимающимися этой проблемой, установлено, что 12% слепоты и 55% патологии органа зрения обусловлены неоткорригированными дефектами зрения [4]. Наряду с этим, накоплены экспериментальные

доказательства усиления прогрессирования миопии в условиях очковой недокоррекции [2; 4]. Поэтому в настоящее время с научных позиций вопрос ставится таким образом: «эпидемия» миопии вызвана отсутствием оптической коррекции [4].

Назначение очков детям — это всегда трудный и болезненный вопрос как для родителей, самого ребенка, так и для врача. Почему? Давно уже сложилось мнение, что очки портят зрение и усиливают прогрессирование близорукости. Часто приходится слышать такие фразы: «Я никогда не надену на своего ребенка очки», «Раз надел очки, от них уже не избавишься». Родители при этом ссылаются на негативный опыт пользования очками, и, разумеется, не хотят «зла» своему ребенку. Многие из них до сих пор верят, что только тренировками глазных мышц можно избавить ребенка от близорукости, астигматизма и избежать очков.

Как же относиться к оптической коррекции у детей с научной точки зрения?

Во-первых, надо понять, что собой представляет процесс прогрессирования близорукости. Это патологический рост глаза в длину, который продолжается несколько лет — чаще всего с 9 до 17 лет, а порой и с 5 до 21 года. Это растягивание оболочек глаза в заднем полюсе, и неправильно связывать его только с ноше-

нием очков, не осознавая и не устраняя истинные причины роста глаза.

Во-вторых, очки — это оптический прибор, переводящий фокус четкого зрения на сетчатку. Когда человек снимает очки, то возвращается к своему зрению. Надевает и снова хорошо видит. Это все, на что способны очки, и не надо им приписывать иных отрицательных свойств. Глазам всегда требуется адаптация к зрению, как в очках, так и без них.

В-третьих, нельзя тешить себя иллюзиями об «излечивающей» глазной гимнастике. Польза ее несомненна, никто не спорит, но одними упражнениями не исправить такие дефекты зрения, как близорукость и астигматизм, не вылечить косоглазие и амблиопию.

Что будет, если ребенок не носит очки? Как врач с 30-летним опытом работы заявляю, что отказ от очков в период прогрессирования миопии приводит к ускорению роста глаза и потере зрения.

Почему это происходит?

На этот вопрос отвечает общепризнанная научная «теория ретинального дефокуса». В многочисленных экспериментах на животных было показано, что расфокусировка изображения на глазном дне приводит к быстрому росту глаза. Создание же четких образов окружающего мира на сетчатке способствует остановке прогрессирования. Поэтому опти-

ческая коррекция должна быть полной и давать 100%-ное зрение. Это второй по трудности вопрос при назначении очков детям. Родители боятся диоптрий и часто настаивают на гипокоррекции (недокоррекции). Приходится объяснять, что ребенок должен в очках хорошо видеть, не присматриваться, не прищуриваться, не напрягать зрение. Только в этом случае очки принесут пользу. Давно пора снять «обвинение» с очков и сказать им спасибо за почти 800-летний труд во благо нашего зрения.

Так что же действительно вредно для зрения?

1. Отказ от необходимой оптической коррекции.
2. Плохое зрение в очках и контактных линзах.
3. Плохие по качеству очки и контактные линзы.

Когда показана оптическая коррекция при близорукости? В случае истинной миопии со степенью 0,5—0,75 диоптрий при устойчивом снижении зрения в даль до 0,5—0,6 (50—60%).

Как пользоваться очками? При близорукости до двух диоптрий преимущественно назначаются очки для дали. Хотя в последнее время все настойчивее звучит рекомендация о постоянном ношении очков при любой степени миопии.

Оптическая коррекция в детском возрасте — это не только очки, но и контактные линзы. Если очки при близорукости дети

чаще начинают носить в 9 лет, то контактные линзы позднее, в среднем — в 13 лет. Это связано также с предубеждением родителей о том, что контактные линзы «большее» зло, чем очки. Но дети, особенно подростки, стремятся надеть контактные линзы, чтобы не носить очки. Как правильно к этому относиться? Как разрешить это противоречие, конфликт «отцов и детей»?

Родители отрицательно относятся к контактным линзам, мотивируя это следующими причинами: ребенок не справится с уходом; не способен соблюдать гигиену; велика вероятность инфекции, осложнений; контактные линзы нельзя носить детям: они (линзы) портят зрение; дорого стоят.

Поверьте, что это всего лишь домыслы от незнания того, насколько успешно развивается в последние годы контактная коррекция зрения. Качество контактных линз на сегодняшний день настолько высоко, что их можно носить детям любого возраста. Речь идет о силикон-гидрогелевых (дышащих) линзах частой плановой замены. Вопреки ожиданиям родителей, дети легко обучаются и ответственно подходят к уходу за линзами. Стоимость, смею утверждать, доступна для большинства родителей.

При прогрессирующей близорукости контактные линзы можно носить начиная с 7 лет, предпочтительнее — однодневные. В этом

случае не требуется средств ухода, но главное — ребенок каждый день надевает на глаз стерильную чистую линзу. Детям можно также пользоваться линзами с двухнедельным и месячным сроком ношения, но с обязательным снятием в ночное время. Спать в контактных линзах нельзя!

Замечу, что оптическая коррекция близорукости может начинаться и с очков, и с контактных линз. Здесь нет альтернативы. Возможно сочетание. Но бывают случаи, когда полезнее в плане стабилизации процесса корригировать близорукость именно контактными линзами, например, при астигматизме или скрытом расходящемся косоглазии. Это может определить только врач, поэтому никакой «самодеятельности» здесь быть не должно. Первые контактные линзы ребенку должен подобрать, поставить и научить ими пользоваться детский офтальмолог. Тогда и осложнений не стоит опасаться.

Преимущества контактных линз:

- улучшают качество изображения на сетчатке;
- хорошо компенсируют оптическую разницу между глазами;
- нормализуют аккомодацию;
- устраняют мышечный дисбаланс;
- обеспечивают лучшее соблюдение режима постоянной коррекции.

Это основные факторы в механизме стабилизации близо-

рукости. Опираясь на практику, можно сказать, что у детей, прежде не носивших очки, с началом пользования контактными линзами начиналось торможение миопии.

Лечить близорукость трудно, но необходимо, и надо понимать, что **назначение очков и контактных линз — это тоже лечение, только оптическое**, без него невозможно получить хорошие результаты. В Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца в 2010 г. проводился ретроспективный анализ влияния функционального и медикаментозного лечения на стабилизацию течения миопии. Три года наблюдений показали, что годовой коэффициент прогрессирования у детей без лечения составлял 0,95 диоптрии, а у детей, получавших лечение, был значительно ниже — 0,2 диоптрии [1]. По данным нашего центра, при своевременной оптической коррекции и функциональном лечении темп прогрессирования миопии постепенно снижается с 1,0 до 0,25 диоптрии в год.

Родители на приеме часто задают вопрос: «А что бы вы сделали для своего ребенка?» И несмотря на то что у моих сыновей не было близорукости, всегда отвечаю: «Подобрала очки и контактные линзы до 100%-ного зрения, научила ребенка правиль-

но их носить. Регулярно проводила медикаментозное и аппаратное лечение. Нормализовала питание. Наполнила день спортивными занятиями. Свела к необходимому минимуму занятия на компьютере. Переключила интерес с телевизора на чтение с таймером на 30 мин. Обучила глазной гимнастике. Это все трудно, но только так можно остановить прогрессирование близорукости».

Литература

1. *Тарутта Е.П.* и др. Влияние 2,5% ирифрина на показатели аккомодации и динамику рефракции у пациентов с прогрессирующей близорукостью // Российский офтальмологический журнал. 2010. № 2.
2. Chung, Mohidin, O'Leary Undercorrection of myopia enhances rather than inhibits myopia progression. Vision Research. October, 2002. (Недокорректированная миопия скорее усиливает, нежели чем замедляет прогрессирование миопии.)
3. Holden B. Miopia: The challenge and the opportunity // CIBA VISION European Eyelife Summit Rome, 28-30 october, 2010, p. 4. (Миопия: проблемы и возможности.)
4. The possible effect of undercorrection on myopic progression in children. *Clinical & Experimental Optometry*. September, 2006. (Возможный эффект недокоррекции на прогрессирование миопии у детей.)

Что необходимо знать о прививках

Иозефович О.В.,

врач-педиатр, мл. научный сотрудник отдела профилактики
инфекционных заболеваний ФГУ «НИИ детских инфекций
Федерального медико-биологического агентства России»,
Санкт-Петербург

В наше время мало кто из родителей всерьез воспринимает опасность инфекционных заболеваний. Но всего лишь 100—150 лет назад проблема детской смертности от инфекционных заболеваний занимала одно из ведущих мест, 16 из 100 детей до 5 лет умирали от инфекций. Большинство жизней уносили такие заболевания, как натуральная оспа, дифтерия, полиомиелит, коклюш. Сегодня родители больше не боятся этих заболеваний. Успехи вакцинации привели к тому, что нынешнему поколению сложно оценить влияние иммунизации. Вакцины защищают от инфекций, которые опасны для жизни и могут привести к тяжелым последствиям. В настоящее время в мире применяют вакцины против более 50 инфекционных заболеваний.

Что такое вакцина и вакцинация? Вакцина (от лат. *vassa* — корова) — медицинский препарат, предназначенный для создания иммунитета к инфекционным болезням. Вакцинация служит созданию индивидуального

активного искусственного специфического иммунитета и коллективной защиты. Иммунитет связан с выработкой антител и созданием клеточной защиты против возбудителей, включенных в вакцину. Коллективная защита — это популяционный эффект вакцинации. Когда привитыми и защищенными от заболевания являются более 95% населения, возбудителю некого заражать, люди перестают болеть, снижается циркуляция в окружающей среде возбудителя инфекции и заболевают только единицы, не привитые или утратившие по каким-либо причинам иммунитет после прививки.

Характеристика вакцинных препаратов. Вакцины можно условно разделить на две группы: живые и неживые. Живые вакцины состоят из ослабленных штаммов или возбудителей, не патогенных для человека. Состав антигенов неживых вакцин разнообразен, их объединяет отсутствие живого микроорганизма, наличие стабилизатора и адьюванта, оказывающего иммуностимулирующий эф-

фект. Большинство неживых вакцин вызывает менее напряженный и длительный иммунный ответ, чем живые, поэтому необходимо повторное их введение.

Не опасна ли прививка для иммунной системы новорожденного? После рождения дети защищены материнскими антителами — IgG. Затем они получают антитела через грудное молоко. В возрасте 3 мес. здоровые дети начинают синтезировать собственные антитела IgG, но они не совсем полноценны, и поэтому дети восприимчивы к бактериальным инфекциям. Существуют гуморальный и клеточный иммунитет. Гуморальный — это антитела — белки, уничтожающие возбудителя болезни, клеточный — специальные клетки, уничтожающие возбудителя, но он же отвечает за отторжение чужеродной ткани от нашего организма, что определяет неудачи при пересадке органов. У ребенка преобладает гуморальный иммунитет. Это связано с тем, что ребенок для матери частично чужероден, и чтобы беременность не прервалась и ребенок не был отвергнут матерью, плацента выделяет вещества, подавляющие клеточный иммунитет ребенка. После рождения необходима активная работа клеточного механизма: это своего рода защита от инфекций и профилактика аллергии. Активирует клеточный иммунитет инфекция, и поэтому роль «воспитателя иммунной системы» берут на себя вакцины.

Что нужно сказать врачу до прививки?

1. Не болен ли ваш ребенок сегодня, не болел ли в течение месяца до этого, не было ли повышения температуры.

2. Нет ли острых инфекционных больных в окружении ребенка (семья, квартира, общежитие, детское учреждение).

3. Не было ли у ребенка ранее судорог или других заболеваний ЦНС, тяжелых аллергических реакций на антибиотики, пищевые продукты, лекарства.

При наличии острого заболевания вакцинацию необходимо отложить. При наличии анафилактической реакции на яйцо противопоказана вакцинация против гриппа. Если у ребенка была анафилактическая реакция на предыдущую дозу вакцины, дальнейшая иммунизация данной вакциной противопоказана.

Родителям необходимо помнить, что все прививки заносятся в прививочный сертификат и амбулаторную карту ребенка с указанием даты вакцинации, названия вакцины, ее серии и срока годности.

Что будет, если вы отказываетесь прививать своего ребенка?

Если ваш ребенок не привит, то во время вспышки заболевания в детском коллективе, он не сможет посещать школу или детский сад до завершения карантина.

Нежелательные явления в поствакцинальном периоде. О чем обязательно надо предупреждать родителей. Нежелательные явле-

ния есть у любого медицинского препарата, в том числе и у вакцины — это повышение температуры, болезненности в месте инъекции. Врач должен предупредить родителей об этом. Серьезные реакции на прививки очень редки — они намного меньше, чем последствия от заболеваний.

Нужно ли прививаться от туберкулеза? Вакцинация БЦЖ не защищает от инфицирования туберкулезной палочкой, но защищает от наиболее тяжелых форм туберкулеза, в первую очередь — туберкулезного менингита. Заболеваемость туберкулезом в России выросла с 1991 г. в 2,5 раза, заболеваемость детей до 4 лет увеличилась на 45%.

Туберкулез — бактериальная инфекция, вызываемая микобактерией туберкулеза человека или животных. Поражаются легкие, другие внутренние органы, кожа, кости. Наиболее тяжелой формой заболеваний является туберкулезный менингит (воспаление мозговых) оболочек. Заражаются туберкулезом от больных, выделяющих бактерию с капельками мокроты и слизи при чихании, кашле, разговоре, а также через предметы, загрязненные мокротой. Особенно чувствительны к туберкулезу маленькие дети.

Безопасность вакцин. Любая вакцина, прежде чем ее выпускают в массовое применение, многократно проверяется. Иногда на это уходят годы. Доказательство пользы — снижение заболеваемости инфекцией (полиомиелит)

или полная ликвидация ее (натуральная оспа).

Врач и прививки. Медицинский работник часто сталкивается с негативным отношением к вакцинации. Некоторые отказываются прививаться по религиозным причинам, другие считают, что государство навязывает им вакцинацию, третьи сомневаются в ее эффективности и безопасности, другие полагают, что инфекционные заболевания не настолько опасны.

Медработнику необходимо выслушать пациента или родителей и попытаться понять их страхи. Существует несколько заблуждений насчет вакцинации, которые часто цитируются родителями в качестве причин для отказа от нее. Если врач четко сможет развеять эти заблуждения, это поможет получить родителям объективную информацию для принятия решения прививать ребенка или нет.

Заблуждение 1. Болезни уже начали исчезать до вакцинации благодаря гигиеническим мероприятиям.

Заявления, подобные этому, очень часто встречаются в антипрививочной литературе. Улучшение социально-экономических условий, несомненно, оказало косвенное влияние на заболеваемость. Но, глядя на фактический уровень заболеваемости на протяжении многих лет, можно не сомневаться в прямом воздействии вакцинации на уровень заболеваемости. Исследования

Центра по контролю и профилактике заболеваний (США) показали, что с момента введения обязательной вакцинации не было зафиксировано случаев смерти от дифтерии, кори, свинки, полиомиелита или краснухи. На 99,2% снизилась смертность от столбняка, на 99,3 — коклюша, от гепатитов А и В и ветряной оспы соответственно на 86,9, 80,2 и 81,9, а от пневмококковых инфекций — на 25,4%.

Заблуждение 2. Управляемых инфекций в России практически нет, поэтому незачем прививать ребенка.

Вакцинация позволила снизить заболеваемость некоторыми инфекциями — неоспоримый факт. Но некоторые из заболеваний широко распространены в других частях мира (корь, поли-

омиелит), откуда они могут быть завезены путешественниками. К тому же при отказе от вакцинации многие инфекции могут вернуться. Например, при снижении привитости возникали эпидемии коклюша, дифтерии, кори.

Заблуждение 3. При вакцинации ребенка одновременно против нескольких инфекций увеличивается риск развития осложнений, перегружается иммунная система.

Наши дети сталкиваются с большим количеством антигенов: пищевые продукты содержат большое количество чужеродных белков, слизистые и кожные покровы заселены большим количеством микроорганизмов, поэтому маловероятно, что количество антигенов, содержащихся в вакцине, окажет какое-то влияние на иммунную систему ребенка.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Выполнены адресные комплексные мероприятия по реабилитации здоровья населения, проживающего в 13 городах Свердловской области, территории которых отнесены к экологически неблагополучным. Установлено, что у 75—80% детей и беременных женщин, прошедших курс биологической профилактики риска развития экологически обусловленных заболеваний, и у 90—95% детей, прошедших курс клинико-лабораторной диагностики и лечения на базе специализированного областного и муниципальных детских лечебно-профилактических учреждений, улучшились показатели состояния здоровья и снизилась токсическая нагрузка, вызванная химическим загрязнением окружающей среды. Установлено, что в целом заболеваемость у детей из группы риска, включенных в программу реабилитации, снизилась на 15% (ФГУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора).

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году»

Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации

Теркулова О.П.,

заведующий высшей квалификационной категории,
МБДОУ ЦРР — д/с № 501 «Медвежонок», г. Новосибирск

Долгие годы глухие люди были обречены жить в мире безмолвия. Но теперь кохлеарная имплантация позволяет им слышать все звуки, даже самые тихие. Глухой ребенок получает возможность научиться понимать речь и говорить.

Кохлеарная имплантация успешно осуществляется во всем мире уже более 30 лет, в России такие операции проводятся с 1991 г. Число людей, использующих кохлеарные имплантаты, растет с каждым днем, и сейчас в мире уже более 200 000 чел., использующих вживленные кохлеарные протезы. Российским научно-практическим центром аудиологии и слухопротезирования в 1991 г. были проведены две первые кохлеарные имплантации, в 2000 г. — 11, в 2006-м — 124. Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи в 1997 г. провел всего три операции, в 2007—2008 гг. ежедневно проводил по 6—10 операций.

С 2003 г. программа кохлеарной имплантации нашла поддержку в России на государственном уровне — в федеральную программу «Дети-инвалиды» включена статья по обеспечению нуждающихся детей кохлеарными имплантатами.

Число взрослых и детей раннего и дошкольного возраста, перенесших данную операцию, растет и в Новосибирске. В 2009 г. были прооперированы 13 детей, в 2010 г. выделены дополнительные квоты на проведение таких операций. В какие образовательные учреждения вскоре придут эти дети? Существует проблема удаленности пациентов, использующих кохлеарные имплантаты, от центров, в которых им была проведена операция. В нашем городе не предусмотрено достаточного послеоперационного медицинского, технического, психолого-педагогического сопровождения пациентов с кохлеарной имплантацией. Остро стоит проблема повышения эффективности реабилитации:

- сурдопедагогической;
- логопедической;
- психологической.

Нужна комплексная система воздействий, призванная обеспечить оптимальный уровень адаптации детей с кохлеарными имплантатами в мире слышащих и говорящих сверстников. Большинство их являются ранооглохшими и нуждаются в многолет-

ней реабилитации. Они стали поступать в специализированные детские сады, группы, школы для глухих и слабослышащих детей.

При поддержке специалистов из Санкт-Петербурга мы разработали модель комплексного (медико-психолого-педагогического) сопровождения данной категории детей. В основу модели положена идея инклюзивного («включенного») образования, предполагающего совместное обучение и воспитание детей с кохлеарными имплантатами с детьми, не имеющими таких проблем.

Необходимость создания условий для инклюзивного образования побуждает нас к педагогическому поиску. Мы хотим повысить уровень понимания речи, речевого общения, дать возможность ребенку с КИ комфортно себя чувствовать в среде сверстников. Решение этих задач может быть обеспечено за счет поэтапных комплексных (сурдопедагогических, логопедических, психологических) воздействий с использованием специфических методов и приемов.

Для осуществления медико-психолого-педагогического сопровождения детей с КИ в нашем ДОУ есть все необходимые условия: речевая среда, специальные образовательные программы, направленные на интенсивное развитие у ребенка речи, квалифицированный персонал.

В настоящее время в ДОУ реализуется **проект «Формирование слуховых представлений и ста-**

новление спонтанной устной речи на базе новых слуховых возможностей с помощью кохлеарного имплантата у детей дошкольного возраста».

Цель проекта: создать систему адекватных условий для успешного формирования слуховых представлений и речевого развития детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации.

Задачи:

- организовать повышение профессиональной компетентности педагогов для работы с детьми с КИ;
- обеспечить программно-методическое сопровождение деятельности воспитателей и специалистов ДОУ;
- объединить родителей детей с КИ для совместного решения проблем воспитания, обучения и развития детей;
- разработать и внедрить модель комплексного (медико-психолого-педагогического) сопровождения детей после кохлеарной имплантации;
- обучить родителей приемам развития у ребенка слуха и речи в ежедневных ситуациях общения;
- обеспечить научно-методическое консультирование специалистов и воспитателей ДОУ сотрудниками НИПКиПРО, НГПУ, Областного кабинета слуха и речи;
- создать организационно-педагогические условия для реализации проекта и осуществления социализации детей с КИ.

Реализация проекта проходит в *три этапа*.

1. Подготовительный — создание условий слухоречевого развития.

2. Внедренческий (практический) — формирование слуховых представлений, активизация слуховых дифференцировок, развитие слухового внимания, слуховой памяти, связной речи, произносительных навыков, способности управлять голосом, дыханием, становление активного словаря.

3. Обобщающий — обработка полученных данных, оформление результатов.

Модель реализации проекта в ДОУ предполагает занятия:

- педагога-психолога;
- учителя-дефектолога;
- учителя-логопеда;
- воспитателей.

Помимо традиционных средств, используемых в достижении поставленных задач, в ДОУ реализуется **программа раннего обучения «KidSmart»**.

Цели:

- адаптировать детей к жизнедеятельности в условиях информатизации общества; повышать уровень усвоения материала;
- формировать информационно-коммуникационную компетентность и повышать комфортность обучения дошкольников.

Задачи:

- развивать у детей познавательные мотивы деятельности;
- рефлексивное отношение к собственной речевой деятельности в режиме реального и отсроченного времени;

— развивать творческий потенциал детей;

— навыки взаимодействия и совместной работы;

— восполнять дефицит информации, воспринятой на слух, за счет предоставления ребенку дополнительной визуальной опоры;

— формировать сенсорную культуру;

— повышать уровень притязаний, уверенности детей в собственных силах.

Мы убеждены в том, что:

условия для инклюзивного образования, пребывания детей с кохлеарными имплантатами на первом этапе — в среде слабослышащих детей, на последующих этапах — в среде говорящих детей с нарушениями речи обеспечат наличие речевой среды, которая непосредственно способствует развитию слуха и речи у детей с КИ;

систематические занятия с дефектологом, логопедом, психологом, воспитателями обеспечат развитие слухового восприятия, умение обнаруживать, различать, узнавать неречевые и речевые сигналы (накопление слуховых образов этих сигналов), языковой способности (понимание значений многих слов, их звукового состава), а также общих представлений об окружающем мире, мышления, памяти и внимания;

использование технических средств обучения в сочетании с традиционными повысит мотивацию у детей к занятиям, будет способствовать развитию коммуникативных навыков, социализации данной категории детей;

обучение родителей способам развития у ребенка слуха и речи в ежедневных ситуациях общения обеспечит появление у педагогов надежных партнеров в лице родителей;

правильное родительское поведение способствует развитию у ребенка не только понимания речи, но и использованию ее для общения не во время целенаправленных занятий, а при выполнении обычных дел, что очень важно;

объединение усилий специалистов разного профиля позволит повысить эффективность помощи, оказываемой ребенку с кохлеарным имплантатом.

Вся работа строится поэтапно, в определенной логике и последовательности, отражающей закономерности и особенности развития ребенка.

Развитие слухового восприятия детей с нарушенным слухом

1-й этап. Формирование слухового восприятия в новых условиях:

- поддержание условной двигательной реакции при слуховом восприятии неречевых и речевых стимулов;
- различие звуков окружающего мира (бытовые — звонок по телефону, тиканье часов и др.; звуки улицы — шум моторов машин, сирена и др.; звуки, издаваемые животными);
- развитие зрительной и слуховой активности и на их основе зрительно-слухового сосредоточения.

2-й этап. Возникновение дифференцированных слуховых представлений:

- различение знакомых по звучанию и значению слов в ситуации ограниченного наглядного выбора при использовании предметов, картинок, игрушек (звукоподражания, одно- и двусложные слова);
- развитие слуховой памяти;
- формирование и развитие речевого слуха.

3-й этап. Развитие адекватных слуховых представлений, фонематического слуха:

- распознавание многосоставных фраз;
- речи в различных условиях помех (шум, телефонные звонки, включенный телевизор);
- развитие фонематического слуха (определение места звука в слове; подбор слов на заданный звук; слов, похожих по звучанию и т.д.);
- коррекция нарушений звукопроизношения (фонетический компонент);
- развитие словаря по темам, называние частей, признаков, свойств предметов и т.д. (лексический компонент).

Развитие речи

1-й этап. Подготовка к овладению устной речью через развитие подражательных действий и обучение на их основе понимание обращенной речи:

- фонетическая ритмика;
- выполнение движений и оречевление их с сурдопедагогом

- (игры и упражнения «Ладушки», «Мы топаем ногами» и др.);
- совместный повтор, самостоятельное воспроизведение.
- 2-й этап. Взаимосвязь развития слуховых представлений и возникновения спонтанной речевой активности:
- фонетическая ритмика и другие движения в сочетании с устной речью;
 - артикуляционная и пальчиковая гимнастика;
 - использование простых слов и фраз (в ситуациях-провокациях, ситуациях выбора, общении через игрушку).
- 3-й этап. Развитие компонентов языковой способности ребенка (совершенствование звуковой структуры устной речи, обогащение словаря, совершенствование грамматики):
- коррекция нарушений звукопроизношения (фонетический компонент);
 - развитие активного словаря по темам, называние действий, частей, деталей предмета, признаков, родовых категорий (лексический компонент);
 - формирование грамматических категорий.
- Этапы коррекционно-педагогической помощи:*
- формирование слуховых представлений на базе новых слуховых возможностей с помощью кохлеарного имплантата;
 - возникновение дифференцированных слуховых представлений и становление спонтанной устной речи;
 - развитие адекватных слуховых представлений и активное развитие речевого общения.

Методы реализации программы

№ п/п	Вид деятельности	Ответственные	Место проведения	Сроки
1	2	3	4	5
1	Утверждение в штатном расписании специалистов: логопеда, сурдопедагога, психолога, воспитателей и обслуживающего персонала для детей с КИ	Заведующий ДОУ	МБДОУ ЦРР — д/с № 501	Сентябрь
2	Обеспечение возможности прохождения курсов повышения квалификации в ЛОРНИИ Санкт-Петербурга	— // —	—	В течение учебного года
3	Сбор сведений об учреждениях образования г. Новосибирска, оказывающих помощь детям с КИ. Ознакомление с их опытом работы	Старший воспитатель	Д/с № 3, 11, школа-интернат № 37	Октябрь

Окончание

1	2	3	4	5
4	Определение состояния информированности родителей и специалистов о специфике коррекционной работы с детьми с КИ	Старший воспитатель	Школа-интернат № 12, г. Искитим	Октябрь
5	Обращение в муниципальные органы самоуправления с целью привлечения внимания к проблеме	Родители	Анкеты	Сентябрь
6	Оказание консультативной и методической помощи родителям и специалистам	Сурдопедагог, НИПКиПРО, НГПУ	Главное управление образования мэрии	В течение всего периода
7	Обеспечение благоприятной речевой среды	Администрация, педагоги ДОУ, родители	МБДОУ ЦРР — д/с № 501	— // —
8	Организация совместных праздников и спортивных мероприятий для детей с КИ и детей общеразвивающих групп	Педагоги ДОУ	— // —	— // —
9	Сбор информации о методах постоперационной реабилитации детей с КИ	Психолог, логопед, сурдопедагог	— // —	— // —
10	Привлечение родителей к активному партнерству	Сурдопедагог, воспитатели ДОУ	Методическая литература, СМИ, Интернет	— // —
11	Тесное взаимодействие специалистов: медиков и педагогов	Сурдолог, сурдопедагог, педагоги д/с	МБДОУ ЦРР — д/с № 501	— // —
12	Разработка технологии	Специалисты ДОУ	Областной и городской кабинеты слуха и речи	— // —
13	Взаимосвязь с социумом	ДОУ, родители	МБДОУ ЦРР — д/с № 501	— // —
14	Обобщение опыта	Методические семинары, конференции, дни открытых дверей и др.	— // —	— // —
15	Подбор диагностического инструментария	Специалисты ДОУ	Специализированные школы и ДОУ, НГПУ, НИПКиПРО, ООО «Аудиомед»	Октябрь

Подготовка детей дошкольного возраста с нарушением зрения к восстановительному лечению

Жукова Г.Э.,

учитель-дефектолог (тифлопедагог) высшей
квалификационной категории, МБДОУ ЦРР — д/с № 312
«Жемчужинка», г. Новосибирск

В дошкольных учреждениях компенсирующего вида для детей с нарушением зрения основной контингент составляют дети с функциональными нарушениями бинокулярного зрения (косоглазие, нистагм), сопровождающимися тяжелыми нарушениями зрительных функций: амблиопией (снижением зрения косящего глаза), диплопией (или двоением), нарушением стереоскопического зрения. Даже незначительное снижение остроты зрения приводит к ухудшению выполнения различных задач при лечении на аппаратах, так как именно острота зрения — наиболее чувствительный индикатор любого неблагополучия зрительной системы. У детей с косоглазием и амблиопией нарушены базовые зрительные функции: снижены острота зрения и уровень контрастной чувствительности, поле зрения, нарушена прослеживающая функция глаз, отсутствует бинокулярное зрение. Дефект зрения, как известно, влияет на формирование зрительного восприятия, зритель-

ных представлений об окружающем мире, развитие наглядно-образного мышления. Поэтому восстановление и тренировка зрительных функций крайне важны для детей.

Достижения в области физиологии зрения создали новое направление в лечении косоглазия и амблиопии на всех трех этапах консервативного лечения с применением высоких технологий (терапевтических, офтальмологических лазеров, компьютерных программ и т.д.). Одним из эффективных средств являются интерактивные компьютерные программы «Цветок», «Кодинг», используемые для увеличения скорости локализации объектов у дошкольников 5–7 лет с нарушением бинокулярного зрения.

Перед врачами-офтальмологами встала задача — подготовить детей к восстановительному лечению на аппаратах. Для ее решения необходимо опереться на научные знания о закономерностях и особенностях развития наглядно-образного мышления и

зрительного восприятия ребенка. Это даст возможность врачу и педагогу сформировать у детей не только определенные представления, важные для лечения на специальных медицинских аппаратах, но и качества, которые пригодятся им в процессе обучения в школе.

Одно из наиболее важных преимуществ лечения косоглазия и амблиопии в специализированном детском саду — то, что ребенок окружен вниманием воспитателей и тифлопедагога, осуществляющих постоянный контроль за выполнением назначений врача, поддерживающих интерес ребенка к лечению. Лишь в том случае, когда ребенок занимается с желанием и интересом, лечение может быть успешным.

Дети дошкольного возраста с нарушением зрения испытывают затруднения при овладении образовательной программой и оказываются плохо подготовленными к работе на специальных медицинских аппаратах. Это обусловлено не только нарушениями зрения, но и специфическими отклонениями в психическом развитии. Кроме того, часто дети приходят в специализированное дошкольное учреждение в возрасте 5—6 лет с достаточно низким уровнем познавательных способностей, что также влияет на качество лечебных мероприятий.

В предаппаратный период у детей отмечаются фрагментарность, схематизм, недостаточная обобщенность образов, вербализм и ограниченность круга образов. При работе на специальных медицинских аппаратах детям требуется чаще повторять задания, поскольку при нарушениях зрительных функций у них наблюдаются замедленное образование временных связей и выработка дифференцировок. Особые трудности при лечении на аппаратах возникают в связи с тем, что дети не умеют:

- фиксировать взор;
- прослеживать глазами линии воспринимаемых объектов;
- вычленять различные элементы;
- осуществлять глазомерную оценку протяженности линий, величины фигур, расстояний между ними.

Многие трудности работы офтальмолога в специализированном ДОУ обусловлены в определенной мере возрастными особенностями дошкольников. Неустойчивое внимание, неумение длительное время сосредоточиться на выполняемом задании, недостаточная сформированность ориентировки в пространстве, незнание цветов спектра, искажение порядкового и количественного счета, неумение использовать в речи предлоги и наречия, отсутствие или недостаток аргументации в ответах —

эти и некоторые другие особенности, присущие детям дошкольного возраста, затрудняют процесс лечения.

Лечение можно ускорить, оптимизировать, если с детьми проводить предварительную работу, направленную на формирование у них зрительного внимания, зрительной памяти, развитие навыков выделения частного из целого и соединения частей в целом. При организации пропедевтической работы следует исходить из идеи Л.С. Выготского о том, что основные закономерности развития нормального ребенка сохраняют свою силу и при аномальном развитии. В частности, при подготовке детей к лечению с использованием специальных медицинских аппаратов необходимо учитывать, что программный материал усваивается через *наглядно-практические действия с различными предметами и материалами с использованием полисенсорной основы*. Следовательно, обучение детей предполагает не столько освоение ими новых знаний, формирование навыков и умений, сколько развитие умственных способностей и познавательных процессов, которые во многом определяют эффективность восстановления зрения и успешность обучения в школе. Решение данных задач требует системного подхода, объединения усилий педагогов и медиков, всех специалистов, работающих

с детьми. Понимая это, мы разработали три модели взаимодействия специалистов в ДОУ для детей с нарушениями зрения.

Модели интегрированной деятельности всех специалистов

1. Уровень развития когнитивных способностей не соответствует требованиям аппаратного лечения

Если у ребенка нет необходимого запаса знаний, достаточного уровня развития познавательных процессов, ведущей фигурой в период подготовки детей с нарушением зрения к занятиям на специальных медицинских аппаратах **является тифлопедагог**, который должен объяснить ребенку, что ему предстоит делать, показать упражнения и научить их выполнять. Тифлопедагог отвечает за расширение и углубление знаний ребенка, формирование умения оперировать этими знаниями в разнообразных видах деятельности. *Воспитатель* же в этот период совершенствует когнитивные навыки ребенка, используя для этого разнообразные игры и упражнения. *Психолог* помогает и воспитателю и тифлопедагогу найти наиболее рациональные способы взаимодействия с ребенком. Например, зрительные возможности ребенка достигли перехода к наиболее сложным видам лечения на си-

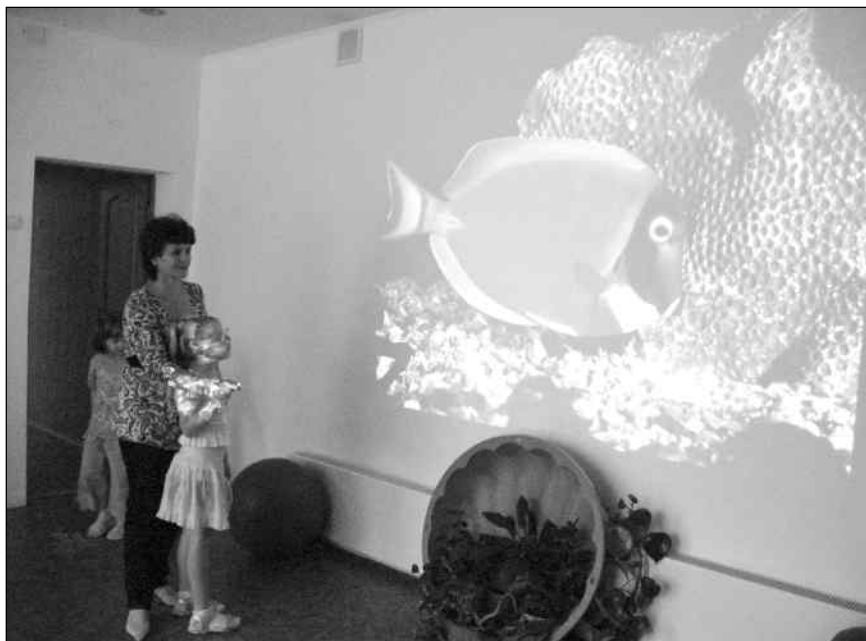


Фото 1. Коррекционное занятие тифлопедагога с использованием лазерной указки

ноптофоре, но у него не сформированы пространственные представления, ребенок не умеет узнавать предмет в контурном и силуэтном изображении, не владеет счетными операциями, не понимает установки медсестры-ортопедиста, не владеет в должной мере связной речью. Следовательно, задача тифлопедагога и воспитателя в этот период заключается в том, чтобы познакомить детей с контурным и силуэтным изображениями, научить их ориентироваться в пространстве, обогатить их пространственные представления и речь. Задача педагога-психолога состоит в том, чтобы дополнить и специфическими

психологическими средствами усилить воздействие тифлопедагога и воспитателя. Педагог-психолог на основе данных психодиагностики выстраивает систему индивидуальных (или групповых) коррекционно-развивающих занятий, направленных на тренировку внимания, развитие памяти, мышления детей.

2. Уровень развития когнитивных способностей соответствует требованиям аппаратного лечения

Если у ребенка есть необходимый запас знаний, достаточный уровень развития познавательных процессов, обучение строится по-



Фото 2. Лечение на синоптофоре

иному. Главной фигурой в этом случае будет *воспитатель*. Он учит ребенка применять разные способы деятельности. Психолог совместно с воспитателями и тифлопедагогом осуществляет необходимую коррекцию определенных психических функций: восприятия, мышления, внимания, памяти, воображения.

**3. Уровень развития
когнитивных способностей
не вполне соответствует
требованиям
аппаратного лечения**

Это наиболее сложная модель обучения. В каждом конкретном случае главной фигурой здесь

будет или воспитатель, или тифлопедагог. Психолог по-прежнему остается их помощником. Организация работы будет строиться на основе предыдущей модели.

Предложенная система обеспечивает необходимый уровень сформированности когнитивных процессов, личностных качеств, без которых невозможен успешный процесс лечения на аппаратах.

По рекомендации врача-офтальмолога, в зависимости от периода восстановительного лечения, педагоги проводят с детьми *различные дидактические игры и упражнения* для активизации, стимуляции, упражнения зритель-



Фото 3. Упражнения для развития зрительного восприятия

ных функций. Все упражнения способствуют развитию различных возможностей зрения, моторики рук, зрительно-моторной координации. Чтению плоских и объемных изображений дети обучаются с помощью зрения, с подключением осязания. Дети анализируют рисунок, сравнивают изображения, выделяют сходные и отличительные признаки. Во все общеобразовательные занятия индивидуально включаются упражнения для зрительного восприятия (выделение формы, цвета, величины и пространственного положения предметов). В процессе таких

упражнений дети учатся сравнению, узнаванию, классификации предметов по их основным признакам.

Для усиления стимуляции применяются *игрушки со световым и цветовым эффектом*, привлекающие детей своей занимательностью.

Предлагаемые нами игры увлекают детей и приносят в лечебный процесс элементы непроизвольного интереса ребенка, что усиливает лечебный эффект. При этом глаз упражняется в выделении цветовой насыщенности, что способствует развитию цветоразличительных способностей.



Фото 4. Наглядный материал к игре «Чья тень»

У детей вырабатываются навыки быстрого произвольного переключения внимания, повышается уровень наглядно-образного мышления и зрительного восприятия, развивается зрительно-моторная координация, повышается точность фиксации взора, активно упражняется глазодвигательная система.

Игры на прослеживание движущихся объектов способствуют активизации и формированию стереоскопического видения, развитию глазодвигательных функций.

Дети младшего дошкольного возраста с большим интересом

включаются в деятельность с яркими дидактическими пособиями, при этом у них активно упражняются зрительные функции, повышается различительная способность глаз, усиливается фиксация взгляда, совершенствуется наглядно-действенное мышление. Использование игр побуждает детей включать все зрительные функции в процесс рассматривания.

Большое значение в организации работы по развитию зрительного восприятия имеют различные наглядные пособия, дидактические материалы, используемые педагогами на занятиях. Они дол-

жны быть лаконичными и понятными детям, по цвету — яркими, контрастными и насыщенными.

Показ наглядных пособий следует сопровождать четким, ясным и конкретным словесным пояснением, позволяющим детям понять, выделить конкретные визуальные признаки предметов и явлений окружающего мира. Все предлагаемые детям задания должны быть направленными на упражнение, активизацию и тренировку зрительных функций. Например, игра «Найди такую же картинку» развивает зрительное восприятие, внимание, мыслительные операции анализа и синтеза, расширяет словарный запас. Активно влияют на развитие остроты зрения *игры-лабиринты*. *Игры с использованием фломастера на водной основе* позволяют детям без опаски упражняться в проведении линий, что развивает прослеживающую функцию глаз, зрительно-моторную координацию, повышает цветовую чувствительность.

Детям старшего дошкольного возраста предлагается *найти силуэтное изображение к сюжету знакомой сказки*. В процессе деятельности повышаются зрительное внимание, различительная способность зрительного анализатора, увеличивается скорость зрительного поиска, активизируются речевые высказывания детей.

Игры «Узнай по силуэту», «Чья тень?», «Составь картинку» способствуют развитию целостного восприятия формы предметов, активизируют зрительно-поисковую функцию, развивают мелкую моторику пальцев рук, пространственное восприятие, зрительное внимание и память, наглядно-образное мышление.

Деятельность детей мотивируется яркими пособиями и увлекательными заданиями.

Игровой характер предлагаемых заданий создает положительный эмоциональный настрой детей, что очень важно в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Предложенная нами система подготовки детей с нарушением зрения к занятиям на специальных медицинских аппаратах дает возможность начать лечение как можно раньше.

У детей:

- вырабатываются навыки быстрого произвольного переключения внимания;
- повышается уровень наглядно-образного мышления и зрительного восприятия;
- точность фиксации взора;
- активно упражняется глазодвигательная система;
- развивается зрительно-моторная координация.

Задания в игровой форме нравятся детям, что существенно повышает мотивацию к выполнению трудной для них работы

на специальных медицинских аппаратах. Своевременное аппаратное лечение, к которому ребенок хорошо подготовлен в совокупности с коррекционно-развивающей работой, обеспечивает хорошую динамику в оздоровлении и развитии детей.

В заключение отметим, что многие дети, имеющие нарушения зрения, страдают повышенной нервозностью, плаксивостью. Поэтому важно:

- создать в ДОУ обстановку, приближенную к домашней;
- обеспечить частую смену видов деятельности, не допускать переутомления; четко определить образовательную и лечебную нагрузку в отношении каждого ребенка;
- благоприятный психологический климат и ограждать детей по возможности от стрессовых ситуаций в детском саду и дома;
- постоянную поддержку в виде поощрения со стороны педагогов;
- организовать закаливающие процедуры, занятия лечебной физкультурой и ритмикой;
- при проведении коррекционно-развивающих занятий обеспечивать ребенку возможность быть субъектом собственной деятельности, равноправным партнером по общению;
- поддерживать проявления детской самостоятельности, инициативности;

— осуществлять подготовительную работу при смене задания, обстановки или обстоятельств, напоминая об этапах работы, если ребенок в этом нуждается.

Незнание педагогами и родителями характеристики синдромов и своеобразия их проявлений у детей с косоглазием и амблиопией может привести к ухудшению состояния здоровья ребенка (усиление симптомов болезни), возникновению психотравм, обострению негативных черт характера (становится более упрямым, обидчивым и агрессивным), увеличению конфликтных ситуаций, которые могут иметь затяжной характер.

Необходима соответствующая работа с родителями в форме:

- консультаций специалистов для снятия у родителей напряжения, связанного с неуверенностью в результатах лечения детей;
- индивидуальных бесед о важности благоприятного микроклимата в семье для стабилизации здоровья ребенка;
- обсуждения с родителями индивидуальных планов коррекционной работы с ребенком в ДОУ и домашних условиях.

Данный подход, как показывает опыт, дает хорошие результаты в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Психомоторная коррекция в работе с детьми с нарушениями опорно- двигательного аппарата

Ларионова Л.А.,

старший воспитатель высшей квалификационной
категории, МБДОУ д/с № 395, г. Новосибирск

ПЕДАГОГИКА

Необходимость создания в ДОУ развивающей безопасной образовательной среды возрастает, когда речь идет о детях с ограниченными возможностями здоровья. По данным специалистов, около 60% детей дошкольного возраста имеют отклонения в сенсорном, двигательном, речевом, интеллектуальном развитии.

Наше МБДОУ № 395 компенсирующего вида принимает детей с нарушением ОДА и функционирует как целостная коррекционно-развивающая система.

Цель педагогической деятельности учреждения — совершенствование здоровьесберегающей среды через внедрение методики психомоторной коррекции.

Теоретической основой построения модели здоровьесберегающей среды в ДОУ стало учение А.Р. Лурии об иерархическом строении высших психических функций, взаимосвязи развития речи с другими психическими функциями, положение Л.С. Выготского о единстве диагностики и коррекции. Методическая основа нашей деятельности — комплексная методика психомоторной коррекции, разработанная А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк, И.А. Скворцовым [2—5], адаптированная применительно к работе с детьми с нарушением ОДА и речи.

Основными направлениями деятельности ДОУ являются:

- обеспечение эмоционального благополучия детей;
- осуществление коррекции нарушений ОДА и сопутствующих дефектов (речевых, двигательных, эмоциональных);



- создание оптимальных условий для индивидуализации коррекционно-педагогического процесса на основе комплексной психолого-медико-педагогической диагностики;
- обеспечение индивидуального маршрута развития каждого ребенка с учетом состояния его здоровья, познавательных и личностных ресурсов, преобладающих интересов;
- сотрудничество с семьей в коррекционно-развивающем пространстве.

Для решения коррекционных задач в ДОУ созданы оптимальные условия. Детский сад располагает физкультурным залом, залом для занятий ЛФК, оборудованным сауной, бассейном, музыкальным залом и изостудией. Кроме того, у нас функционируют и два логопедических кабинета, поскольку дети, посещающие детский сад, кроме ортопедической патологии, имеют еще и нарушения в развитии речи (ОНР различных уровней, ФФНР) и, следовательно, нуждаются в логопедической помощи.

Повышению эффективности физического воспитания и коррекционных воздействий способствуют:

- разнообразные виды и формы организации двигательной активности детей;
- увеличение моторной плотности занятий;
- варьирование физической нагрузки в соответствии с инди-

- видуальными особенностями развития каждого ребенка;
- формирование подгрупп детей для занятий ЛФК и физкультурой с учетом результатов медико-психолого-педагогической диагностики;

Работа проходит по следующей схеме: врач ЛФК дает индивидуальные рекомендации по подбору комплексов корригирующих упражнений, инструктор составляет комплексы упражнений, проводит занятия с детьми, опираясь на рекомендации, данные врачом. Основной принцип работы — индивидуальный подход к каждому ребенку (дозирование физической нагрузки, ее интенсивности и т.п.). В течение года отслеживаются результаты оздоровительных мероприятий, проведенных с ребенком, уровень выполнения коррекционных задач по лечебному плаванию (в соответствии с возрастом). Воспитатели и специалисты, работающие вместе в определенной возрастной группе, совместными усилиями создают не только развивающую среду, но и благоприятную психоэмоциональную атмосферу.

Для выработки правильной осанки и профилактики ее нарушений в режиме дня предусмотрены:

- специальные упражнения, рекомендованные отдельным группам детей, с учетом их ортопедических диагнозов;

- утренняя гимнастика с элементами ортопедических упражнений;
- «гимнастика пробуждения» после дневного сна, которая решает те же задачи, что и утренняя гимнастика;
- упражнения на укрепление мышц живота и спины;
- подвижные игры.

В каждой группе оформлены ортопедический уголок и стена для выравнивания осанки.

Стержнем педагогических технологий, реализуемых в нашем учреждении, является нейропсихологический подход, на основе которого строится комплексная методика психомоторной коррекции нарушений развития детей. Средствами психомоторной коррекции в первую очередь решаются задачи снятия эмоционального напряжения и стимуляции развития высших мозговых функций, устранения вегетативного дисбаланса и нарушений ОДА.

В нашем детском саду, являющемся городской экспериментальной площадкой, в течение нескольких лет под руководством Г.М. Вартапетовой [1] проводились разработка, апробация и внедрение комплексной модели коррекции нарушений речи и ОДА с учетом закономерностей формирования единой функциональной системы мозга как основы психомоторной деятельности.

В данное время реализуется модель комплексной лечебно-оз-

доровительной, коррекционной работы с детьми, продолжается обучение педагогов основам нейропсихологии, внесены изменения в структуру физкультурных занятий и занятий по ЛФК в соответствии со стратегией комплексной психомоторной коррекции, разрабатываются индивидуальные коррекционные маршруты для работы с детьми, имеющими особые образовательные потребности. Данные маршруты выстраиваются по результатам диагностики и фиксируются в индивидуальных картах развития детей. В структуру занятий (познавательного цикла, изобразительности, музыкальных) введены элементы психомоторной коррекции.

Для каждой группы составлены рекомендации по постепенному включению в жизнь детей разнообразных игр, игровых упражнений, занимательных заданий, имеющих коррекционно-развивающую направленность. Активно используются упражнения, предложенные А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк.

Все применяемые упражнения распределялись на три группы в соответствии с этапами развития функциональных систем мозга.

Первую группу составили дыхательные упражнения, растяжки, упражнения на регуляцию тонуса, координацию движений (в том числе реципрокную), развитие межполушарного взаимодействия, чувства ритма.

Во *вторую* вошли упражнения на развитие пространственного восприятия, кинестетического праксиса, ловкости, силы, глазомера.

Третья группа — это упражнения на развитие кинестетического праксиса, фактора произвольной регуляции деятельности.

Предлагаем вашему вниманию описание конкретных упражнений.

Оптимизация и стабилизация общего тонуса тела

Растяжки. Релаксация

Оптимизация тонуса — одна из самых важных задач коррекции 1-го уровня. Любое отклонение от оптимального тонуса (гипо- или гипертонус) может являться как причиной, так и следствием возникших изменений в соматическом, эмоциональном, познавательном статусе ребенка и негативно сказываться на общем ходе его развития.

♦ Ребенок ложится на спину (стоит или сидит). Его просят закрыть глаза и сосредоточиться только на своем теле; выполнить 3—4 цикла глубокого дыхания в индивидуальном темпе. Затем ему надо напрячь тело как можно сильнее, через несколько секунд напряжение сбросить, расслабиться; проделать то же самое с каждой частью тела (правая рука, шея, спина, живот, поясница и т.д.). По позе ребенка и «вол-

не» его дыхания можно легко определить «зажатые места».

♦ «Парусник». Ребенок изображает лодку с парусом: встает на колени, мысочки оттянуты, пальцы ног касаются друг друга, пятки несколько разведены; садится на пятки или между ними, пальцы рук сплетает в «замок» за спиной, фиксирует под ногами или на пятках.

Подул ветер, и парус расправился, надулся (на выдохе, не расцепляя рук, выпячивает грудь, сводит лопатки, голову откидывает назад). Ветер утих, и парус «сник» (на выдохе голову опускает как можно ниже, спина становится круглой).

Внимание. Данное упражнение не рекомендуется при гиперлордозе.

♦ «Огонь и лед». И.п. — стоя в кругу. По команде «Огонь!» ребенок начинает интенсивные движения всем телом. Плавность и степень интенсивности движений ребенок выбирает произвольно. По команде «Лед!» ребенок застывает в позе, в которой его застигла команда, напрягая до предела все тело. Педагог несколько раз чередует обе команды, меняя время выполнения той и другой.

Растяжки

Система специальных упражнений на растягивание, основанных на естественном движении. При их выполнении в мышцах должно быть ощущение мягко-

го растяжения, но не напряжения. Выполнение растяжек способствует преодолению разного рода мышечных дистоний, зажимов и патологических ригидных телесных установок, оптимизации мышечного тонуса и повышению уровня психологической активности. Когда педагог, помогая ребенку, делает ему растяжки, необходимо вообразить, что они делаются котенку, должны проводиться в щадящем режиме, медленно, не рывками.

Упражнения лежа на животе

♦ «Лодочка». Ребенок вытягивается всем телом. По инструкции педагога поднимает прямую руку (ногу), обе руки (ноги), затем вместе с конечностями поднимаются и опускаются голова и глаза.

♦ «Гусеница». Руки согнуты в локтях, ладони упираются в пол на уровне плеч; выпрямляя руки и поднимая таз, ребенок выгибает туловище вверх. Ноги «подходят» к рукам, затем руки продвигаются вперед, снова «шагают» ноги к рукам и т.д.

Внимание. Во время движения ладони рук и подошвы ног не отрывать от пола.

♦ Ползание на животе:

— при помощи рук и ног;
— только рук или ног (одновременные и попеременные движения правой и левой конечностями).

Упражнения лежа на спине

♦ Ребенок ложится на спину, ноги согнуты в коленях, одна

рука лежит на солнечном сплетении, другая на пупке. На вдохе прогибает спину, опираясь на плечи и копчик, на выдохе — возвращается в и.п. Руки надавливают вниз, помогая пояснице коснуться пола.

Внимание. При гиперлордозе используется валик между лопатками.

♦ Ползание на спине:

— при помощи рук и ног;
— только рук или ног (одновременные и попеременные движения правой и левой конечностями).

♦ «Струночка». Ребенок должен почувствовать пол головой, шеей, спиной, плечами, руками, ягодицами и ногами, а затем описать свои ощущения. Например, пол может быть твердым, мягким, холодным, гладким, бугристым; шее или ногам удобно или неудобно и т.д.

Ребенок вытягивает руки за голову, кисти соединены, пальцы «смотрят» вверх; ноги вместе, мыски оттянуты. Подбородок опускает на грудь так, чтобы нижняя часть шеи приблизилась (прижалась) к полу. В этом положении важно, чтобы ребенок почувствовал опору тела (ощущение, что пол держит, что он лежит на полу), а затем расслабился.

Педагог берет одну руку ребенка и немного растягивает ее (другая лежит расслабленно), затем другую. То же самое с нога-

ми. После этого ребенок выполняет растяжки самостоятельно.

Упражнения сидя на полу

♦ «Бабочка». Ребенок захватывает сложенные подошвами стопы руками, сплетенными в «замок», колени отводит в стороны. Пятки должны быть как можно ближе к ягодицам, мышцы бедер расслаблены. Движения бедрами подобны взмахам крыльев бабочки.

♦ Ноги вытянуты, ребенок наклоняется вперед с прямой спиной и захватывает руками большие пальцы ног. При этом указательный и средний пальцы обхватывают большой палец ноги, а большой надавливает на ногтевую пластинку. Колени необходимо держать прямыми (если не получается схватиться за пальцы ног, возьмитесь за щиколотки или икры).

Упражнения стоя

♦ «Тянемся к солнышку». Ребенок встает у стены, касаясь ее пятками, ягодицами, лопатками, плечами и затылком. Делая вдох, поднимает руки вверх, задерживает дыхание — кончиками пальцев рук тянется к солнышку. При этом необходимо тянуться всем телом, начиная с пальцев рук, потом запястьями, локтями, плечами, грудным отделом, поясницей и ногами, но без особого напряжения и не отрывая пяток от пола (вначале педагог должен дать почувствовать ребенку ощущение от вертикальной растяж-

ки тела, слегка потянув его вверх за пальцы рук), выдохнуть, опустить руки, расслабиться.

Релаксация

При выполнении специальных упражнений на релаксацию, когда необходимо сбросить накопившееся напряжение и восстановить силы, рекомендуется принять удобную позу, расслабившись и закрыв глаза, выполнить несколько циклов глубокого дыхания, прослушивая соответствующую музыку и вызывая в воображении (визуализируя, представляя) нужные цвета или образы.

♦ «Пляж». Представьте, что вы лежите на теплом песке и загораете. Ласково светит солнышко и согревает вас. Веет легкий ветерок. Вы отдыхаете, слушаете шум прибоя, наблюдаете за игрой волн и танцами чаек над водой. Прислушайтесь к своему телу. Почувствуйте позу, в которой вы лежите. Удобно ли вам? Попробуйте изменить свою позу так, чтобы вам было максимально удобно и вы были максимально расслаблены. Попробуйте представить себя всего целиком и запомните возникший образ (пауза). Потягиваемся, делаем глубокий вздох и выдох, открываем глаза, медленно садимся и не спеша встаем.

Упражнения на развитие межполушарного взаимодействия

Упражнения улучшают мыслительную деятельность, синхрони-

зируют работу полушарий, способствуют улучшению запоминания, повышают устойчивость внимания.

♦ «Колечко». Поочередно и как можно быстрее ребенок перебирает пальцы рук, соединяя в кольцо с большим пальцем последовательно указательный, средний в прямом и обратном порядке.

♦ «Кулак — ребро — ладонь». Три положения руки на плоскости стола последовательно сменяют друг друга. Ладонь на плоскости, сжатая в кулак, ладонь ребром на плоскости стола, распрямленная ладонь на плоскости стола. Выполняется сначала правой рукой, потом — левой, затем двумя вместе.

♦ «Ухо — нос».левой рукой ребенок берется за кончик носа, а правой — за противоположное ухо. Далее одновременно отпускает ухо и нос. Хлопает в ладоши, меняет положение рук «с точностью до наоборот».

Упражнения на развитие межполушарного взаимодействия включаются нашими педагогами во все виды занятий в группе, в занятия по ЛФК и физической культуре, что позволяет существенно оптимизировать интеллектуальную деятельность детей.

Коррекционно-развивающие задачи ставятся и решаются не только на занятиях и в разнообразных видах деятельности, организуемых в групповых комнатах и в других помещениях детско-

го сада, но и на прогулках. В зимнее время дети обучаются ходьбе на лыжах, соревнуются на спортивном игровом комплексе, с удовольствием осваивают лабиринты «снежного городка», сделанного на территории детского сада с помощью родителей.

Работа с детьми, имеющими нарушения ОДА, приводит к положительным результатам только при условии тесного взаимодействия инструктора ЛФК, ребенка, родителей и воспитателей. Поэтому с начала года устанавливается тесный контакт с родителями, в частности по соблюдению в домашних условиях ортопедического режима.

Литература

1. *Вартапетова Г.М.* и др. Новые подходы к коррекционной работе с детьми с нарушением речи и опорно-двигательного аппарата в процессе подготовки к школе. Новосибирск, 2005.
2. *Семенович А.В.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М., 2002.
3. *Семенович А.В.* Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. М., 2010.
4. *Сиротюк А.Л.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. М., 2003.
5. *Скворцов И.А.* Детство нервной системы. М., 1995.

Формирование элементарных математических представлений у детей с нарушением зрения

Андреева В.И.,

старший воспитатель высшей квалификационной категории,
МБС(К)ОУ «Специальная (коррекционная) начальная школа –
д/с № 401 IV вида», г. Новосибирск

В исследованиях последних лет отмечается тревожная тенденция роста количества детей, имеющих нарушения развития зрения. Показательна в этом отношении история нашего ДОУ. Если в 1980 г. у нас имелась всего одна группа для слабовидящих детей, то сейчас таких групп уже шесть. По оценкам специалистов, в настоящее время в специализированных детских садах для слабовидящих наблюдается увеличение контингента детей, имеющих сложную структуру дефекта. Работа с такими детьми особенно трудна. Воспитателям, решающим задачи воспитания, обучения, коррекции и личностного развития таких детей, нужно не только запастись терпением, но и настроиться на постоянный педагогический поиск наиболее адекватных методов помощи и детям и их родителям.

Долгие годы, работая со слабовидящими детьми, мы пытались найти наиболее оптимальный научно-методический подход к решению одной из самых слож-

ных дидактических задач — формированию математических представлений у слабовидящих детей на этапе перехода от дошкольного детства к школьному обучению.

Процесс формирования элементарных математических представлений у детей дошкольного возраста с патологией зрения обусловлен ограниченностью жизненных впечатлений и представлений ребенка о пространстве, времени, количестве и т.д. Кроме того, они определяются такими патологическими явлениями, характерными для данной категории детей, как нарушения функций речи. Нашим детям значительно сложнее, чем детям, не имеющим зрительной патологии, соотносить формы объемных предметов с заданными эталонами формы, ориентироваться во времени и пространстве.

Желание помочь детям, повысить эффективность образовательной и коррекционной работы по формированию элементарных математических представлений побуждало нас на протяжении

многих лет перечитывать работы классиков дефектологии, изучать новинки методической литературы, рефлексировать собственный опыт и опыт работы других педагогов. В результате была разработана и апробирована новая педагогическая технология, направленная не только на формирование математических представлений, но и развитие сенсорных способностей каждого ребенка, его познавательной деятельности в целом. Особенность данной технологии — то, что задачи коррекционно-воспитательной работы на занятиях по математике решаются в единстве с задачами восстановительного лечения.

Задачи:

- создавать условия, позволяющие сохранить, улучшить здоровье детей и обеспечить успешность их адаптации;
- развивать личностные компоненты познавательной деятельности детей;
- психофизические функции;
- математические способности;
- обогащать кругозор.

В основу нашей деятельности положены *педагогические принципы*:

- системности коррекционных и развивающих задач;
- единства диагностики и коррекции;
- учета индивидуальных и возрастных особенностей детей;
- интеграции усилий ближайше-

го социального окружения;
— формирования знаний от общего к частному.

Реализация данных принципов требует тщательного отбора методов организации образовательно-коррекционной работы с детьми с нарушением зрения.

Наглядные пособия в обучении дошкольников с косоглазием и амблиопией используются с учетом степени и характера зрительных нарушений. Словесные пояснения помогают понять и представить конкретные действие, признак, свойство. При формировании у детей умений составлять и решать арифметические задачи широко применяется наглядное моделирование (использование моделей, схем, планов). Так, для осознания детьми понятий «ближе», «дальше», «выше», «ниже» предлагаем модели реально существующей пространственной обстановки: кабинета тифлопедагога, игрового участка и т.д. Чтобы ребенок понял содержание задачи и правильно ее решил, применяем различный иллюстративный материал. Для понимания детьми связей между данным и искомым используются схемы, предметные макеты задач. Все занятия по развитию представлений о счете и числе обязательно предполагают практические действия с разнообразными предметами и материалами. Навыки счетной деятельности формиру-

ются на полисенсорной основе. Использование различных театров на занятиях по математике помогает считать и выделять движущиеся объекты. Это, например, настольные, «теневые» театры по русским народным сказкам: «Теремок», «Волк и семеро козлят», «Зимовье зверей» и др.

Дидактическая игра — одно из ведущих средств в нашей коррекционно-развивающей работе. С целью обогащения зрительных представлений и формирования навыков счета применяются разнообразнообразные игровые задания поискового типа: «Сосчитай все квадратное в группе», «Сосчитай все круглое в группе» и т.д. Развитию восприятия словесных установок педагога, формированию умения соотносить слова и практические действия способствуют *устные диктанты*.

На каждом занятии после зрительной нагрузки мы проводим 1—2 **упражнения для глаз** по методике Э. Аветисова. В занятия включаются элементы обводки по контуру, штриховка, дорисовывание. Для улучшения зрения используются **упражнения У. Бейтса**: пальминг, большие и малые повороты, соляризация. Убеждены, данный вид деятельности был бы полезен для профилактики нарушений зрения и в массовых детских садах.

Воспитание и обучение в образовательном учреждении для

детей с косоглазием и амблиопией осуществляется в тесной взаимосвязи с лечебно-восстановительной работой. Для развития и активизации зрительных функций наряду с применением различных медицинских средств используются дидактические игры на тренировку зрения. В период плеоптического лечения офтальмолог рекомендует игры с мелкой мозаикой, обводку по контуру и др., в период ортоптического лечения — **упражнения на совмещение двух изображений**.

Работа с детьми с нарушением зрения невозможна без взаимодействия с родителями. Задача специалистов — организовать для родителей широкую консультативную помощь, показать необходимые приемы, способы, средства коррекции, подсказать, какие зрительные и тактильные нагрузки допустимы при той или иной зрительной патологии.

В процессе совместной работы у выпускников повысилась острота зрения, улучшилось качество жизни, что отмечено городской медико-педагогической комиссией.

Хотим представить некоторые результаты нашей образовательно-коррекционной работы по авторской технологии. Для убедительности результаты даны в сравнении с показателями, полученными в ходе диагностики нормально видящих детей (табл. 1, 2).

Таблица 1

**Зрительное отнесение формы объемных предметов
к геометрическим эталонам лица**

Степень выполнения задания	Нормально видящие дети, %	Дети с косоглазием, амблиопией, %
Правильно выполненные задания	76,2	64

Таблица 2

**Ориентировка в направлениях при соотнесении
элементов множества, представленных в ряд**

Ориентировка в направлениях	Нормально видящие дети, %	Дети с косоглазием и амблиопией, %
Слева направо	42,0	36,0
Справа налево	24,5	19,0
С середины или случайный выбор	33,5	45,0

Коррекция нарушений в развитии детей с ЗПР через движения

Сильнягина В.П.,

воспитатель высшей квалификационной категории,
МБДОУ д/с № 468, г. Новосибирск

В течение 15 лет я работаю в специализированной группе с детьми, имеющими отклонения в психическом развитии по «Типовой программе обучения детей с ЗПР», разработанной в Институте коррекционной педагогики РАО, «Программе воспитания и обучения в детском саду» (под ред. М.А. Васильевой, В.В. Гербовой, Т.С. Комаровой), а также «Про-

грамме обучения детей с общим недоразвитием речи» (Т.Б. Филичевой).

Коррекционное воздействие в специализированной группе предполагает как преодоление имеющихся отклонений в развитии, так и предупреждение возможных нарушений поведения и трудностей обучения, связанных с перенапряжением ЦНС ребенка.

Цель коррекционно-педагогической работы: формировать психологический базис для полноценного развития личности каждого ребенка.

Коррекционно-педагогическая деятельность специалистов и воспитателей строится на диагностической основе, имеет комплексный характер, предполагает проведение как фронтальных, так и подгрупповых занятий и обязательную индивидуальную работу с каждым ребенком. При этом мы стремимся «уйти» от занятий учебно-дисциплинарного типа и решать коррекционные задачи через детские виды деятельности: игру, конструирование, изобразительную деятельность.

В дошкольном учреждении создана специальная развивающая среда, обеспечивающая не только эффективность коррекционно-развивающей работы, но и позволяющая ребенку полноценно развиваться как личности.

Задачи:

- укреплять здоровье детей, создавать условия для полноценного физического развития и совершенствования двигательной сферы;
- формировать представления об окружающем мире, систему знаний, умений, навыков, обеспечивающих успешную социализацию детей с ЗПР;
- психологический базис для развития высших психических функций (ВПФ) и предпосы-

лок к школьному обучению; — создавать условия для эмоционально-личностного становления каждого ребенка.

Набрав новую группу детей с ЗПР, мы столкнулись с определенными трудностями. Группа оказалась разнородной по преобладающим дефектам: появились дети, страдающие ДЦП, парезами, онкозаболеваниями, с аутоподобным поведением.

Как показывает опыт, добиться выраженной динамики в развитии такой сложной категории детей с помощью только традиционных коррекционных средств воздействия не удастся. Изучение теоретических работ по коррекционной педагогике позволило сформулировать ключевую идею нашей коррекционно-развивающей работы: повышению результативности способствует активное использование различных видов двигательной активности детей. Движение рассматриваем в широком аспекте: не только общую моторику, передвижение детей в пространстве, но и движения мышц рук, глаз, артикуляционного аппарата и т.д. Исходя из этой идеи, мы используем разнообразные методы и приемы, побуждающие детей к целенаправленной двигательной активности.

Большое внимание уделяется *развитию восприятия тела* через движения и устранению как гипо-, так и гипертонуса мышц. Известно, что отклонения от оп-

тимального тонуса мышц — это и причина и следствие возникших изменений в психической и двигательной активности детей: гипотонус мышц — замедленная переключаемость нервных процессов, эмоциональная вялость, быстрая утомляемость. Наличие гипертонуса проявляется в двигательном беспокойстве, эмоциональной нестабильности, нарушении сна, может спровоцировать возникновение синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Для оптимизации тонуса мышц проводим *игры-растяжки*: «Кобра», «Растяжка по осям», «Лучики», «Дерево», «Кошечка» и т.д.

Развивающая работа включает в себя различные виды *массажей*, улучшающих функции рецепторов. Под влиянием массажа в рецепторах кожи и мышцах возникают импульсы, которые, достигая коры головного мозга, оказывают тонизирующее воздействие на ЦНС, в результате чего повышается ее регулирующая роль в отношении всех систем и органов. Особенно эффективен массаж пальцев рук и ушных раковин (поглаживание, растирание, разминание, выжимание, активные и пассивные движения). В комплекс входят упражнения трех видов: самомассаж тыльной стороны кистей рук, ладоней, пальцев рук, ушей, стоп, спины. В целях активизации тактильных рецепторов сенсорной системы применяем мягкие щет-

ки, шары, песок, крупу, рисование красками при помощи пальцев рук или ног.

Для полноценного психического развития детей требуется пространственно-поисковая активность органов зрения. Поэтому в коррекционной работе с детьми с ЗПР большое внимание уделяем *глазодвигательным упражнениям*, позволяющим расширить пространство зрительного восприятия.

В качестве специальной задачи используем *артикуляционные движения* у детей, поскольку мышечные движения гортани, языка, рта, челюсти формируют речь. Предлагаем детям упражнения, построенные на движениях языка и челюсти.

Исследования ученых Института физиологии детей и подростков Санкт-Петербургской академии психологических наук (Л.В. Антакова-Фомина, Е.И. Исенина, М.М. Кольцова) подтвердили связь интеллектуального развития с пальчиковой моторикой. Уровень развития речи детей находится в прямой зависимости от степени сформированности тонких движений рук. Поэтому обязательная составляющая нашей коррекционной работы — *развитие мелкой моторики рук*, упражнения по тренировке движений пальцев. Проводим занятия с пластилином или глиной, предлагаем детям на занятиях аппликацией отщипывать кончиками пальцев клочки бумаги,

нанизывать бусы на нитку, застегивать и расстегивать пуговицы, кнопки, крючки, отстукивать пальцами определенный ритм.

Для развития осязания полезны упражнения на исследование с закрытыми глазами различных предметов и поверхностей, работа с бархатной бумагой, пластилином, глиной, водой, рисование пальцами, упражнения с пуговицами.

Еще одна специальная задача — развитие *сенсомоторного единства*, повышающее познавательные функции. Используем *логоритмические упражнения*, предполагающие работу с речью, ритмом, интонацией, дыханием и движением. При этом во время занятий не допускаем, чтобы за столом в статичной позе дети находились более 5—7 мин.

С гиперактивными, драчливыми, агрессивными, замкнутыми детьми ведется специальная работа по *развитию коммуникативных навыков*, восстановлению и углублению их контактов с собственным телом, развитию «открытости» по отношению к партнеру. Этому способствуют упражнения: «Ласковая цепочка», «Цветок», «Дружба». Одно из самых любимых детьми упражнений — «Ласковая цепочка». Дети сидят рядом либо друг за другом; последний в ряду ребенок выполняет одно из указаний воспитателя, например: «Погладь по голове», «Прижмись щечкой к щечке друго-

го», «Назови ласково по имени сидящего рядом» и др. Затем предложенное действие выполняет следующий ребенок.

На разных этапах коррекционной работы используем специально подобранные *игры для гиперактивных детей*. При подборе игр (особенно подвижных) учитываются следующие особенности детей: дефицит внимания, импульсивность, высокая активность, а также неумение длительное время подчиняться групповым правилам, выслушивать и выполнять инструкции (заострять внимание на деталях), быстрая утомляемость. В игре таким детям трудно дожидаться своей очереди и считаться с интересами других. Поэтому включаем детей в коллективную работу *поэтапно*. Начинаем с индивидуальной работы, затем привлекаем ребенка к играм в малых подгруппах и только после этого переходим к коллективным играм. Используются игры с четкими правилами, способствующие развитию внимания: «Что нового?», «Золотая рыбка», «Бездомный заяц», «Клубочек», «Ловим комаров», «Говори!» и др. Так, детям особенно нравится игра «Клубочек». Ее цели: развивать внимание; обучать ребенка одному из приемов саморегуляции. Расшалившемуся дошкольнику можно предложить скатать в клубочек яркую пряжу. Педагог сообщает ребенку, что этот клубочек не простой, а волшеб-

ный. Занимаясь предложенной деятельностью (сматыванием клубочка), ребенок переходит из возбужденного состояния в спокойное; резкие движения постепенно сменяются плавными, восстанавливается дыхание.

Коррекционно-развивающая работа с детьми невозможна без *взаимодействия с семьей*. Но практический опыт показывает, что родители основную роль в преодолении нарушений отводят медикаментозному лечению. Мы убеждены, что даже самое лучшее медикаментозное лечение эффективно лишь при правильном семейном воспитании и проведении родителями целостной системы специальных упражнений. Полагаем, что семья нуждается в помощи педагогов. Появление новых, достаточно простых форм и средств коррекционного воздействия открывает широкие возможности для их применения в семье. Важно помочь родителям осознать необходимость своего активного участия в совместной коррекционно-развивающей работе со специалистами и приобрести элементарные умения применять коррекционные игры и упражнения в ситуациях повседневного общения и совместной деятельности с собственным ребенком. Стремясь наладить контакт с родителями, мы отдаем предпочтение современным (диалоговым) формам сотрудничества:

- организация совместной (дети — родители — педагоги) деятельности разных видов;
- консультации;
- практические занятия по обучению родителей доступным им методам и приемам оказания коррекционной помощи детям в условиях семьи;
- индивидуальные занятия с родителями и ребенком;
- анализ конкретных ситуаций;
- организация обратной связи через круглые столы, дискуссии, деловые игры, диспуты, индивидуальные беседы.

Осуществляя индивидуально-дифференцированный подход, мы обеспечиваем динамику в развитии детей. 20% выпускников поступили в коррекционную школу VII вида и школу «Перспектива», остальные 80% — в массовую школу. Снизилась заболеваемость. Практика показывает, что при оказании своевременной и адекватной помощи в условиях специального детского сада задержка психического развития во многих случаях может быть полностью преодолена в дошкольном возрасте. Данные подтверждают эти выводы: большинство воспитанников успешно осваивают программу общеобразовательной школы.

Мы представили лишь некоторые приемы и упражнения, используемые в своей работе. Главное, что мы хотели показать: через движения можно повысить эффективность коррекционной работы с детьми с ЗПР.

Обеспечение эмоционального благополучия и эмоционального развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Клинова Т.Н.,

педагог-психолог, МБДОУ ЦРР — д/с № 491, г. Новосибирск

На протяжении дошкольного детства интенсивно развивается сфера эмоций и чувств ребенка. При благоприятных условиях воспитания он постепенно учится понимать эмоциональные состояния других людей, сочувствовать другим и сорадоваться с ними, культурными способами выражать свои чувства, произвольно управлять своими желаниями и эмоциями.

Исследователи Е.А. Арнаутова, Г.А. Ильина, В.И. Кошелева, И.Ю. Перегуда, Е.П. Свердлова определяют эмоциональное благополучие как устойчиво-положительное, комфортно-эмоциональное состояние ребенка, являющееся основой его отношения к миру и влияющее на особенности переживаний, познавательную и эмоционально-волевую сферы, стиль переживания стрессовых ситуаций и отношения со сверстниками.

Выделяются три основных уровня эмоционального благополучия: высокий, средний и низкий. Остановимся лишь на одном.

Высокий уровень формируется при эмоционально-принимающем и поддерживающем типе взаимодействия. В дошкольном детстве он проявляется:

- в желании ребенка вступать в общение и взаимодействовать с другими людьми длительное время;
- успешном участии в коллективных делах, в успешном выполнении лидерских и пассивных ролей;
- умении уладить конфликт, уступить или настоять на своем;
- признании и адекватном выполнении правил, предложенных взрослыми;
- заботливом отношении к миру чувств людей и предметному миру;
- умении занять себя;
- владении адекватными способами выражения своего внутреннего состояния.

Эмоциональное благополучие в детском возрасте — это основа для формирования адекватной самооценки, первичного самоконтроля, ориентации на успех в достижении целей. Без эмоцио-

нального благополучия невозможно полноценное личностное развитие. Как обеспечить эмоциональное благополучие тех, кто в нем особо нуждается?

Ведущим принципом профилактики и коррекции ортопедических нарушений мы считаем предупреждение психоэмоционального стресса во всех его проявлениях. Поэтому главной задачей педагога-психолога, осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение развития детей, имеющих нарушения ОДА, является снятие психологической напряженности, тревожности, создание в специализированном дошкольном учреждении атмосферы эмоционального комфорта.

Данная работа включает три этапа: диагностический, коррекционный, контрольный.

Диагностический этап

Цели:

- определить особенности эмоционального состояния;
- выявить отклонения в развитии эмоционально-волевой сферы у детей с нарушениями ОДА.

Диагностическая работа носит комплексный характер и предполагает использование системы методов и методик. В частности, обязательно проводится анализ данных медицинских карт дошкольников. В результате такого анализа мы выяснили, что у 80% из них, помимо нарушения ОДА, имеется сопутствующий

диагноз — ПППЦНС (последствия перинатальных поражений центральной нервной системы), что является немаловажным фактором и показателем нарушения эмоционально-волевой сферы и выражается в утрате равновесия с социальным окружением, т.е. в нарушении процессов социальной адаптации, а также повышении тревожности.

Для выявления конкретного варианта нарушения эмоционально-волевой сферы проводится диагностика, включающая методику Р. Сирса и комплекс проективных диагностических методик: «Кактус» (М.А. Панфилова); «Рисунок семьи», «Сказка» (Л. Дюсс).

Коррекционно-развивающий этап

Задачи:

- улучшить эмоциональный фон настроения детей;
- скорректировать нарушения эмоционально-волевой сферы.

Поставленные задачи решаются с момента поступления ребенка в группу детского сада. Для этого большое внимание уделяется созданию в группе эмоционального пространства: эргономичное расположение игровых зон, оснащение игровым материалом, соответствующим возрасту детей, благоприятная атмосфера, преодоление барьеров в общении, возможность для самовыражения каждого ребенка. В каждой группе детского сада оформлен экран настроения.

Работа выстраивается в форме коррекционно-развивающих занятий — «уроков эмоционального развития». Каждое занятие представляет синтез современных психотерапевтических методов: игрового танца, игро-, сказко- и телесной терапии, метода беседы, психогимнастики, использования дыхательных упражнений, массажа, релаксации.

На занятиях дети овладевают техникой выразительных движений, приемами саморасслабления, самоконтроля и саморегуляции, самовыражения своего эмоционального состояния, что способствует снятию психического напряжения. Специально подобранные и разработанные нами упражнения и игры помогают детям понять, что усилием воли чувство физического напряжения может смениться чувством приятной расслабленности.

Контрольный этап (завершающий)

В конце учебного года проводится повторная диагностика для определения результативности методов и приемов, использованных для улучшения эмоционального состояния, коррекции эмоционально-волевой сферы и психофизического развития ребенка. Сравнительный анализ материалов первичной и итоговой диагностики показал выраженную позитивную динамику. Мы с радостью отмечаем улучшение эмоционального состояния до-

школьников, выражаемое в повышении самооценки, снижении агрессивных реакций и тревожности.

Работа педагога-психолога в данном направлении невозможна без тесного контакта с педагогами групп и родителями, так как во многом от эмоционального состояния взрослых зависит эмоциональное благополучие детей.

Воспитание через эмоциональное воздействие — очень тонкий процесс. Основная задача этой деятельности — не в подавлении и искоренении эмоций, а в том, чтобы надлежащим образом их направлять. Эмоции не поддаются произвольному формированию, а возникают, живут и умирают в зависимости от изменяющихся в процессе деятельности человека его отношений к окружающему. Приводим примерный сценарий игры-занятия для детей старшего дошкольного возраста.

Путешествие в страну эмоций

Задачи:

- формировать отношения психолога с группой и детей между собой;
- развивать произвольность и самоконтроль;
- внимание и воображение;
- эмоционально-выразительные движения;
- снимать психоэмоциональное напряжение.

№ п/п	Содержание	Оборудование
1	2	3
1	<i>Приветствие</i> Дети и педагог-психолог встают в круг, психолог протягивает руку ребенку, называя его имя: «Здравствуй, Миша». Затем дети по очереди здороваются друг с другом	—
2	<i>Речевая установка</i> Педагог-психолог приглашает детей в путешествие по сказочной «Стране эмоций»	—
3	<i>Диагностика эмоционального состояния</i> Педагог-психолог предлагает детям приобрести билеты такого цвета, который им нравится	Касса, разноцветные билеты
4	<i>Психогимнастика «Багаж»</i> Педагог-психолог предлагает детям загрузить в воображаемый чемодан все, что может пригодиться в путешествии (дети по желанию комментируют свой выбор)	—
5	<i>Дыхательная гимнастика (упражнение «Паровоз»)</i> Дети вдыхают, на выдохе произносят: «Ту-ту-у-у»	—
6	<i>Первая остановка «Весенний лес»</i> (комплекс психогимнастических упражнений) Дети повторяют движения педагога-психолога: — идут медленно, проваливаясь в мягкие сугробы; — удивляются белке, изображают любопытную белку; — передвигаются на цыпочках, чтобы не разбудить медведя; — двигаются приставным шагом, осторожно ступают по шаткому мостику, перекинутому через ручеек	Слайды с изображением: — весеннего леса; — белки на дереве; — медвежьей берлоги; — весеннего ручья с мостиком

Продолжение

1	2	3
7	<i>Игровой танец «Настроение весны»</i> Дети с помощью атрибутов под музыку изображают первые весенние цветы, ручьи, облака, зеленеющие деревья. В танце дети с помощью плавных движений стараются передать трогательное и нежное состояние пробуждающейся природы, свое весеннее настроение	Музыкальное сопровождение (Дж. Ласт «Весенний вальс»). Ленты, атрибуты цветов, накидки
8	<i>Упражнение «Дождевое покрывало»</i> Слышится гром, идет дождь, педагог-психолог и воспитатель растягивают над детьми дождевое покрывало. Под ритмичную песенку дети прыгают, произвольно двигаются	Музыкальное сопровождение (Д. Тухманов. «Винюватая тучка»). Покрывало голубого цвета 2 × 3 м с нашитыми атласными голубыми лентами длиной 30 см
9	<i>Упражнение «Будь внимателен»</i> Дети встают в колонну друг за другом, первый ребенок — машинист, он показывает движения, которые повторяют все дети	Музыкальный кружок «Малыш и Карлсон»
10	<i>Станция «Эмоциональная страна»</i> Педагог-психолог. Ребята, мы попали в волшебную страну к братьям гномам, они нам помогут вспомнить эмоции, о которых мы с вами говорили на прошлых занятиях. Выполняется эмоциональный этюд «Настроение гномов». Вот и первый гном, какое у него настроение? (Дети видят гнома в состоянии радости.) А как вы догадались? Какое у него лицо? Какие у него глаза? ×то происходит с его губами? Покажите!	Слайд «Волшебная страна». Гномы в разном состоянии: — радость; — злость; — грусть; — страх; — удивление; — любопытство

Продолжение

1	2	3
	Дети отвечают и показывают. А что переживает второй гном? Д е т и. Злость. П е д а г о г - п с и х о л о г. Правильно, давайте опишем его лицо. Какие у него глаза, рот, губы? Дети выполняют. Посмотрите на этого гнома, что вы скажете про его настроение, какое оно? (<i>Дети видят грустного гнома.</i>) Уголки губ опущены, он склонил голову, покажите как. Дети выполняют. К нам выбежал еще один гном. Как вы думаете, какой он? (<i>Дети видят испуганного гнома.</i>) Как проявляется страх? Д е т и. Глаза большие, рот открыт. П е д а г о г - п с и х о л о г. Изобразите на своем лице страх. Дети выполняют. А что делает этот гномик? Правильно, этот гном удивляется. Птичка пролетит, облако проплывет, распухнет красивый цветок — все вызывает у гномика удивление. Давайте внимательно рассмотрим гномика. Какие у него брови? Правильно, они подняты вверх. Глаза? Они широко раскрыты. Губы? Они растянуты и похожи по форме на букву о. Посмотрите — это младший из братьев гномиков. Какой он? Да, он любопытный. Видите, какие у него глазки? Они смотрят пристально. Рот полуоткрыт. Давайте и мы изобразим любопытство. Дети выполняют. Нам пора с гномами прощаться	
11	П е д а г о г - п с и х о л о г. Садитесь на поезд — мы отправляемся в путь. Проводится дыхательная гимнастика (вдох, на выдохе дети произносят «Ту-ту-у-у»). Вот наш город и наш сад, возвратились мы назад	

Окончание

1	2	3
12	<i>Рефлексия</i> Педагог-психолог. Вам понравилось путешествие? Какие эмоции вы испытали? Какие чувства пережили? Дети отвечают. <i>Повторная диагностика</i> Педагог-психолог. Если бы вам снова предложили выбрать билеты, то какого цвета вы бы выбрали? Выберите!	Касса, разноцветные билетки
13	<i>Упражнение «Пирог эмоций»</i> Педагог-психолог предлагает «испечь пирог только из хороших эмоций». Дети (<i>повторяют</i>) Взяли мы немножко смеха И немножечко успеха, Удивления на ложке, Любопытства поварешку, Много радости налили, Тесто быстро замесили. Испекли пирог мы в печке, Остудили на крылечке. А потом пирог делили И гостей всех угостили. Все ладошки подставляйте, Угощение получайте! Дети угощают воображаемыми кусочками пирога друг друга и гостей. Педагог-психолог. Ребята, вам понравилось угощать друг друга, а наших гостей? Кому было трудно подойти к незнакомому человеку? Приятно дарить радость? Дети отвечают	—
14	<i>Прощание</i> Дети вместе с педагогом-психологом встают в круг, обращаясь друг к другу, глядят по голове и говорят: «Спасибо тебе, Миша...» и т.д. Педагог-психолог благодарит всех детей и прощается до следующей встречи	—

Логопедическая ритмика как средство воздействия на детей с задержкой речевого развития

Юрина М.В.,

учитель-логопед, МБДОУ д/с 172, г. Новосибирск

Замечали ли вы, как специалисты говорят о детях, с которыми работают? Как правило, отвлеченно и чересчур обобщенно. А как меняется ситуация, когда дело касается собственного ребенка?! Нечто подобное произошло и со мной, логопедом по профессии, когда осознала, что с собственным ребенком что-то идет не так, что его молчание слишком затянулось. В результате переживаний и напряженных размышлений о проблемах речевого развития собственного ребенка родилась идея создания педагогического проекта, направленного на преодоление задержки речевого развития и профилактику вторичных нарушений в раннем возрасте. В дальнейшем общение с коллегами-логопедами дошкольных учреждений позволило убедиться в том, что данный проект весьма актуален для педагогической практики.

В раннем возрасте различные нарушения развития по своим внешним проявлениям трудно дифференцировать. Но нарушение развития речи в той или иной степени сопровождается практичес-

ки любой дефект. Чтобы отделить нарушение речи от других нарушений (задержка психического развития, олигофрения, нарушения слуха, аутизм), поставить более точный диагноз, необходимы своевременная организация наблюдения за ребенком и ранняя логопедическая диагностика.

Опытные специалисты знают, как важно своевременно выявить неблагополучие речевого развития ребенка и как можно раньше начать коррекционную работу, поскольку возможности компенсации и развития психических функций во многом зависят от времени начала коррекционных мероприятий. Наиболее эффективным, по мнению ученых, оказывается коррекционное воздействие, проводимое в период интенсивного развития корковых структур головного мозга, т.е. в первые три года жизни ребенка.

Таким образом, достаточно остро встает вопрос о своевременной диагностике и организации адекватной ранней коррекционной помощи, педагогического сопровождения, направленного на

предупреждение вторичных нарушений у детей группы риска.

Несмотря на то что в последние годы пристальное внимание стало уделяться всем без исключения детям, имеющим в анамнезе факторы риска, предпосылки к тому или иному отклонению в развитии, продолжает существовать практика отказа в квалифицированной педагогической помощи детям до 3 лет. К чему это приводит? Прежде всего, к увеличению количества и тяжести различных форм стойких речевых нарушений у дошкольников.

Занятия для детей раннего возраста, коррекционные и профилактические одновременно, призваны решать многие задачи и быть по сути комплексными. Огромным развивающим и коррекционным потенциалом обладает, на наш взгляд, логопедическая ритмика.

Цель логоритмики: преодолеть речевые нарушения путем развития и коррекции двигательной сферы.

Задачи:

- развивать дыхание, голос, артикуляцию;
- совершенствовать основные психомоторные качества (статическая и динамическая координация, переключаемость движений, мышечный тонус, двигательная память и произвольное внимание);
- формировать основные двигательные умения;

— пространственные представления и способность ориентироваться в пространстве;

— воспитывать и развивать чувство ритма и способности ритмично двигаться под музыку.

Многие упражнения на таких занятиях основываются на музыке, которая прекрасно стимулирует и развивает слуховое восприятие, мелодику речи, а также способствует развитию дыхания, высоты и силы голоса, ритмической основы речи. На занятиях могут решаться и проблемы формирования пространственных представлений, координации движений. Именно музыка с бесконечностью мотивов, мелодий, оттенков и настроений способна открыть дверь в духовный мир ребенка.

Благодаря многогранности коррекционных возможностей работа по преодолению ЗРР у детей раннего возраста, главным образом, осуществлялась нами при помощи логопедической ритмики, средства которой можно разделить на три группы:

- музыкально-двигательные;
- двигательно-речевые;
- речевые упражнения.

Мы убедились в том, что на занятиях с малышами лучше использовать различные музыкально-двигательные средства логопедической ритмики и элементы психогимнастики.

Упражнения на развитие дыхания, способствующие выработке диафрагмального дыхания,

достаточно продолжительного, сильного и постепенного выдоха, обязательно включались в игры. Дети, незаметно для самих себя, учились сдувать легкие предметы, надувать мыльные пузыри, вдыхать и выдыхать воздух через нос (фото 1). Также в этот комплекс включались упражнения на развитие голоса, работа над которым начинается с произношения на выдохе гласных и согласных звуков. Сила голоса развивается путем произнесения гласных более громко или более тихо в соответствии с усилением или ослаблением звучания музыкального сопровождения.

Безусловно, на занятиях нам не обойтись без упражнений на развитие мелкой моторики, которые не только способствуют развитию движений пальцев рук, а также их взаимодействию, координации, стимулируют развитие речевых зон коры головного мозга (фото 2).

В занятия обязательно включаются упражнения на регуляцию мышечного тонуса, с помощью которых дети учатся напрягать и расслаблять мышцы. Большая или меньшая сила мышечного напряжения соотносится с более громким или более тихим звучанием музыки или голоса взрослого.

Из двигательноречевых средств логопедической ритмики для детей раннего возраста используются только упражнения, соответству-

ющие уровню физического развития детей в группе. Сочетание речи с движением способствует не только развитию речевого внимания, но и приучает детей вслушиваться в инструкцию, понимать ее и действовать в соответствии с ней. Слово в этом случае становится сигналом и руководством к действию.

В связи с тем что у детей практически отсутствуют речевые средства общения, в занятия включаются упражнения, стимулирующие речевую активность. Используются приемы договаривания простых слов или звукоподражаний, чтение небольших стихов со зрительным сопровождением.

Дятел сел на толстый сук
И стучит: «Тук-тук! Тук-тук!»

Молока налили мало —
Замяукал котик: «Мяу!»

Каждое занятие, длящееся 5—10 мин, — это небольшая история, в которой дети являются непосредственными участниками и помогают придумывать ее вместе со взрослым. Такие занятия проводятся очень эмоционально; взрослые участники должны быть искренне вовлечены в происходящее и сами получать удовольствие от того, что они делают. Необходимое условие работы на логоритмических занятиях с детьми раннего возраста — создание доброжелательной, эмоционально насыщенной атмосферы совместного творчества детей и



Фото 1

взрослых. Желание каждого ребенка подражать взрослому и активно участвовать в процессе занятия обязательно поддерживается педагогом. Каждый ребенок имеет возможность спеть, станцевать, поучаствовать в игре-инсценировке. Использование сказочных персонажей, игровой атрибутики стимулирует активность детей, обеспечивает их вовлеченность в речевые и другие формы деятельности.

Наглядность изучаемого материала обеспечивается использованием на занятиях масок, костюмов зверей и птиц, детских игрушек, иллюстраций стихов,

песен, созданием художественных образов с помощью музыки. Игры и упражнения должны подбираться с учетом доступности по сложности для выполнения. Условие двигательных, речевых и музыкальных заданий должно происходить постепенно.

Большой объем информации усваивается детьми в играх, движениях, и нам никак не обойтись без так называемой двигательной терапии. Двигательные упражнения реализуются в пространстве игрового зала, где размещается как бы большой мир: леса, поля, реки; ребенок выходит в этот мир и изучает его. Дети путеше-



Фото 2

ствуют: ползают на животе и четвереньках, «плавают», «летают».

Музыка на таких занятиях задает ритм и темп движения, способствует развитию координации движений, произвольной регуляции мышечного тонуса, ориентации в пространстве.

Новая история прорабатывается на протяжении трех занятий. На первом занятии дети знакомятся с новыми движениями, сюжетом новой игры, подражая взрослому, вслушиваются в текст песни или стихотворения. На втором — внимание детей привлекается к качеству выполнения основных движений или упражнений; совместно со взрослым они учатся воспроизводить разучиваемый текст песни или стихотворения, договаривать простые слова или звукоподражания, сопровождать речь

движениями, отвечать на короткие вопросы по содержанию игры. На третьем занятии дети самостоятельно учатся воспроизводить движения, руководствуясь только речевой инструкцией или соответствующей движению музыкой, получают возможность свободно передавать настроение песни или стихотворения, учатся соблюдать основные правила игры.

Регулярные логоритмические занятия обеспечивают положительную динамику в развитии дыхательной, двигательной, сенсорной, речедвигательной систем, создают благоприятные предпосылки для освоения речи.

Мы убедились, что комплексная работа, основанная на эмоциональном стимулировании речевой активности детей, дает хорошие результаты.

Профилактика и коррекция нарушений звукопроизношения у дошкольников при патологии органов артикуляции

Рушешникова О.В.,

учитель-логопед высшей квалификационной категории,
МБДОУ д/с № 31, г. Новосибирск

Сегодня достаточно остро стоит проблема логопедической коррекции дефектов звукопроизношения у детей, имеющих зубочелюстные аномалии. Поскольку дефекты артикуляционного аппарата, проявляющиеся в период молочного и начала сменного прикуса, совпадают с этапом интенсивного формирования и развития речи ребенка (2,5 года — 7 лет), они становятся фактором, predisposing к нарушению звукопроизводительных навыков. Так, например, патологический прикус, укороченная уздечка языка или губы ограничивают моторику и закладывают искаженные артикуляционные стереотипы.

К зубочелюстным аномалиям относятся:

прогнатический прикус (дистальный) — заднее положение нижней челюсти относительно верхней;

глубокий прикус — увеличение перекрытия верхними резцами нижних в вертикальном направлении. Нижние резцы могут упираться в слизистую оболочку

десны или нёба (глубокий травмирующий прикус);

прогенический прикус (мезиальный) — переднее положение нижней челюсти относительно верхней;

открытый прикус — характеризуется отсутствием контакта между зубными рядами и наличием вертикальной щели;

укороченная уздечка языка;
низкое прикрепление уздечки верхней губы;

аномалия расположения зубов.

Преобладает мнение, что логопедические занятия эффективны лишь после устранения дефектов периферического речевого аппарата при помощи ортодонтического лечения, которое необходимо только при патологии постоянного прикуса, а коррекция нарушений молочного прикуса не обязательна. Подобное мнение глубоко ошибочно. Такой подход приводит к увеличению сроков коррекции речевых нарушений и усугубляет патологию формирующегося постоянного прикуса. Кроме того, нужно учитывать, что

потребующееся в дальнейшем ортодонтическое лечение будет длительным (более 1 года) и платным.

Таким образом, при выявлении зубочелюстной патологии у ребенка специалисты дошкольного учреждения (логопед, медицинский работник) могут оказать не только консультативную помощь родителям, но и организовать коррекционную работу с данной категорией детей, построенную на основе взаимосвязи логопедических и ортодонтических методик.

Именно медицинский работник при поступлении ребенка в детский сад, при ознакомлении с медицинской картой ребенка и логопед при сборе анамнеза и обследовании дошкольника первыми могут выявить зубочелюстную аномалию и определить маршрут медико-педагогического сопровождения ребенка в детском саду.

Логопед и медработник должны привлечь родителей и воспитателей в союзники в решении проблемы коррекции дефектов звукопроизношения у детей с данной патологией.

Особенно эта проблема актуальна в детских садах компенсирующего вида для детей с функциональными нарушениями ОДА, так как в их анамнезе есть много факторов, предрасполагающих к данной патологии (нарушение минерального обмена в тканях, слабость скелетной и мимической мускулатуры).

Следовательно, только при помощи комплексного медико-педагогического подхода необходимо выстраивать индивидуальную работу с этой категорией детей и прогнозировать возможный результат речевой коррекции.

Практика показывает, что использование только традиционного комплекса артикуляционной гимнастики малоэффективно для целенаправленного формирования или восстановления функции отдельных мышц, страдающих при патологии прикуса или укорочении уздечек языка и губ (даже после хирургической коррекции). Необходимо включать в работу дополнительные упражнения для развития жевательных и мимических мышц лица — элементы миогимнастики, разработанные в ортодонтии.

Нам хотелось бы предложить коллегам комплекс миогимнастических упражнений, который легко могут освоить дети и выполнять не только на занятиях с логопедом, но и воспитателями в группе, а также и с родителями дома.

Данные упражнения не требуют специальных навыков и особого оборудования, занимают мало времени и не предполагают соблюдения строгой последовательности, а главное — их легко можно включить в игровую деятельность ребенка, режимные моменты, выполнять даже во время просмотра телепередач.

Придумывая веселые названия упражнениям («Буратино», «Волшебная палочка», «Две пуговицы» и т.п.), мы органично вписываем их в ведущую деятельность дошкольника — игру.

Миогимнастические упражнения при зубочелюстных аномалиях

♦ «Волшебная палочка». При расположении отдельных зубов вне зубного ряда (язычном, нёбном): оказываем давление кончиком языка на аномально расположенный зуб, прикусываем деревянную палочку.

♦ «Сильный пальчик». При расположении отдельных зубов вне зубного ряда (губном): пальчиковый массаж — давление пальцем на аномально расположенный зуб в сторону зубного ряда.

♦ Развитие круговой мышцы рта. Рекомендуется проводить на подготовительном этапе коррекции свистящих, шипящих звуков.

♦ «Хомячок». Ребенок смыкает губы, надувает щеки, после чего прижимает к щекам кулаки и медленно выдавливает воздух через сжатые губы:

— поочередно поддувает воздух под губы: надувает воздух под верхнюю губу, затем — под нижнюю;

— вытягивает нижнюю губу и охватывает ею верхнюю, затем верхней губой охватывает нижнюю.

♦ «Молчанка». Упражнение на удерживание между губами полоски бумаги:

— ребенок сжимает полоску бумаги губами в течение 3—5 мин (например, во время просмотра телепередач);

— набирает в рот воды и удерживает ее, не разжимая губ.

♦ «Буратино». Вставленными в углы рта мизинцами ребенок старается растянуть губы, преодолевая их сопротивление при напряжении в сомкнутом виде.

♦ «Две пуговицы». Две пуговицы диаметром 25—30 мм крепко соединяют шнурком и располагают на расстоянии 15—18 см друг от друга, одну пуговицу ребенок захватывает губами, а другую берет правой рукой и натягивает шнурок.

♦ «Маляр». Данное упражнение выполняется при прогнатическом прикусе. Ребенок при широко открытом рте кончиком языка касается твердого нёба в месте перехода его в мягкое, затем медленно закрывает рот, стремясь максимально сместить челюсть назад. Упражнение повторять 5—6 раз. Облегченный вариант упражнения — движение челюсти с запрокидыванием головы назад.

♦ «Любопытная обезьянка». При прогнатическом (дистальном) прикусе ребенок медленно выдвигает нижнюю челюсть вперед до тех пор, пока режущие края нижних резцов не установятся впереди верхних. В таком

положении нижняя челюсть удерживается около 10 с, затем медленно устанавливается в исходное положение. То же упражнение ребенок выполняет с поворотом головы сначала вправо, потом влево.

♦ «Собачка». Выполняется при открытом прикусе. С этой целью ребенку рекомендуется 5—6 раз в день прикусывать с максимальным усилием жевательными зубами деревянную палочку.

Таким образом, проблему логопедической коррекции нарушений звукопроизношения, обусловленных анатомическими дефектами органов артикуляции, следует решать комплексным медико-педагогическим воздействием.

Особое место в дошкольном учреждении должна занимать профилактическая работа с родителями. Какую же информацию необходимо донести до них, чтобы свести к минимуму риск возникновения зубочелюстной аномалии у ребенка? Какие неблагоприятные факторы следует исключить? На что обратить внимание?

♦ Своевременная ликвидация общесоматической патологии.

Например, наличие аденоидов у ребенка затрудняет носовое дыхание. Рот у него постоянно открыт, формируется аномалия развития челюстей.

♦ В первое полугодие жизни ребенка важно правильное положение бутылочки во время кор-

мления (бутылочка не должна давить на нижнюю челюсть). При этом отверстие в соске должно быть небольшим, чтобы ребенок прилагал усилия и развивал мышцы челюстно-лицевой области. Также следует помнить, что сосание соски детьми старше 1 года формирует открытый прикус.

♦ Исключение неправильной позы во время сна (подкладывание кулачка под щеку, запрокидывание головы или чрезмерный наклон ее вперед также ведет к формированию патологии прикуса).

♦ Своевременное введение жесткой пищи, требующей откусывания и пережевывания. Преобладание в рационе ребенка только мягкой пищи ведет к пассивному жеванию и недоразвитию нижней челюсти.

♦ Ознакомление дошкольников с некоторыми правилами приема пищи:

- грызть и жевать много овощей и фруктов, не отказываться от жесткой пищи;
- снимать пищу с ложки губами, а не засовывать ложку в рот;
- откусывать пищу только передними зубами;
- измельчать пищу только дальними зубами;
- глотать пищу хорошо разжеванной, не запивая;
- не есть сладостей между приемами пищи;
- после каждого приема пищи полоскать рот водой.

♦ Своевременное лечение карриеса и его осложнений.

- ♦ Своевременное устранение аномалий прикрепления уздечек.
- ♦ Обучение личной гигиене полости рта.
- ♦ Проведение миогимнастических упражнений.
- ♦ При раннем удалении молочных зубов обязательно протезирование.

Целью профилактической работы служит не только предупреждение нарушений звукопроизношения, но и устранение эстетического дефекта.

Залогом успеха в решении данной проблемы будет служить взаимодействие логопеда, медработника, воспитателей, родителей.

Мы предлагаем использовать следующие формы работы:

- беседы и консультации;
- выступление на родительских собраниях;
- проведение семинаров-практикумов;
- оформление стендовой информации;
- выпуск памяток и буклетов.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Выявлено, что этиологическим фактором развития анемии у детей в возрасте до года являются дефицитные состояния (железо, фолиевая кислота, витамин B₁₂). Среди причин роста заболеваемости выделены в первую очередь пренатальные факторы риска: патология беременности (токсикоз, анемия, экстрагенитальные заболевания). На втором месте — влияние постнатальных факторов: ранний перевод на искусственное вскармливание, использование неадаптированных молочных смесей, преобладание в рационе молочных каш, позднее введение прикорма и как результат возникающие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Среди прочих причин называют высокую общую заболеваемость детей первого года жизни, в первую очередь из семей, относящихся к категории малообеспеченных, наличие вредных привычек у беременных женщин и кормящих матерей (употребление алкоголя, табакокурение). Кроме того, к факторам риска относится социальная нестабильность и в первую очередь низкие заработки, особенно среди жителей сельской местности (Управление Роспотребнадзора по Орловской области).

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году»

Зарегистрировано в Минюсте РФ
4 октября 2010 г. № 18608

**Приказ Минздравсоцразвития России
от 23.08.2010 № 706н**

«Об утверждении правил хранения лекарственных средств»

В соответствии со ст. 58 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 16, ст. 1815; № 31, ст. 4161) приказываю:

1. Утвердить Правила хранения лекарственных средств согласно приложению.

2. Признать утратившими силу:
разделы 1 и 2, пп. 3.1—3.4, 3.6 и 3.7 раздела 3, разделы 4—7, 12 и 13 Инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.1996 № 377 «Об утверждении требований к организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения» (зарегистрирован Минюстом России 22.11.1996 № 1202).

Министр
Т.А. Голикова

*Приложение к Приказу
Минздравсоцразвития РФ
от 23.08.2010 № 706н*

Правила хранения лекарственных средств

I. Общие положения

1. Настоящие Правила устанавливают требования к помещениям для хранения лекарственных средств для медицинского применения (далее — лекарственные средства), регламентируют условия хранения указанных лекарственных средств и распространяются на произ-

АКТУАЛЬНО



водителей лекарственных средств, организации оптовой торговли лекарственными средствами, аптечные организации, медицинские и иные организации, осуществляющие деятельность при обращении лекарственных средств, индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность или лицензию на медицинскую деятельность (далее соответственно — организации, индивидуальные предприниматели).

II. Общие требования к устройству и эксплуатации помещений хранения лекарственных средств

2. Устройство, состав, размеры площадей (для организаций оптовой торговли лекарственными средствами), эксплуатация и оборудование помещений для хранения лекарственных средств должны обеспечивать их сохранность.

3. В помещениях для хранения лекарственных средств должны поддерживаться определенные температура и влажность воздуха, позволяющие обеспечить хранение лекарственных средств в соответствии с указанными на первичной и вторичной (потребительской) упаковке требованиями производителей лекарственных средств.

4. Помещения для хранения лекарственных средств должны быть оборудованы кондиционерами и другим оборудованием, позволяющим обеспечить хранение лекарственных средств в

соответствии с указанными на первичной и вторичной (потребительской) упаковке требованиями производителей лекарственных средств, либо помещения рекомендуется оборудовать форточками, фрамугами, вторыми решетчатыми дверьми.

5. Помещения для хранения лекарственных средств должны быть обеспечены стеллажами, шкапами, поддонами, подтоварниками.

6. Отделка помещений для хранения лекарственных средств (внутренние поверхности стен, потолков) должна быть гладкой и допускать возможность проведения влажной уборки.

III. Общие требования к помещениям для хранения лекарственных средств и организации их хранения

7. Помещения для хранения лекарственных средств должны быть оснащены приборами для регистрации параметров воздуха (термометрами, гигрометрами (электронными гигрометрами) или психрометрами). Измерительные части этих приборов должны размещаться на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов. Приборы и (или) части приборов, с которых производится визуальное считывание показаний, должны располагаться в доступном для персонала месте на высоте 1,5—1,7 м от пола.

Показания этих приборов должны ежедневно регистрироваться в специальном журнале (карте)

регистрации на бумажном носителе или в электронном виде с архивацией (для электронных гигрометров), который ведется ответственным лицом. Журнал (карта) регистрации хранится в течение одного года, не считая текущего. Контролирующие приборы должны быть сертифицированы, калиброваны и подвергаться проверке в установленном порядке.

8. В помещениях для хранения лекарственных средства размещают в соответствии с требованиями нормативной документации, указанной на упаковке лекарственного препарата, с учетом:

- физико-химических свойств лекарственных средств;
- фармакологических групп (для аптечных и медицинских организаций);
- способа применения (внутреннее, наружное);
- агрегатного состояния фармацевтических субстанций (жидкие, сыпучие, газообразные).

При размещении лекарственных средств допускается использование компьютерных технологий (по алфавитному принципу, по кодам).

9. Отдельно, в технически укрепленных помещениях, соответствующих требованиям Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 2, ст. 219; 2002, № 30, ст. 3033; 2003, № 2, ст. 167, № 27 (ч. I), ст. 2700;

2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 43, ст. 4412; 2007, № 30, ст. 3748, № 31, ст. 4011; 2008, № 52 (ч. I), ст. 6233; 2009, № 29, ст. 3614; 2010, № 21, ст. 2525, № 31, ст. 4192), хранятся:

- наркотические и психотропные лекарственные средства;
- сильнодействующие и ядовитые лекарственные средства, находящиеся под контролем в соответствии с международными правовыми нормами.

10. Стеллажи (шкафы) для хранения лекарственных средств в помещениях для хранения лекарственных средств должны быть установлены таким образом, чтобы обеспечить доступ к лекарственным средствам, свободный проход персонала и, при необходимости, погрузочных устройств, а также доступность стеллажей, стен, пола для уборки.

Стеллажи, шкафы, полки, предназначенные для хранения лекарственных средств, должны быть пронумерованы.

Хранящиеся лекарственные средства должны быть также идентифицированы с помощью стеллажной карты, содержащей информацию о хранящемся лекарственном средстве (наименование, форма выпуска и дозировка, номер серии, срок годности, производитель лекарственного средства). При использовании компьютерных технологий допускается идентификация при помощи кодов и электронных устройств.

11. В организациях и у индивидуальных предпринимателей

необходимо вести учет лекарственных средств с ограниченным сроком годности на бумажном носителе или в электронном виде с архивацией. Контроль за своевременной реализацией лекарственных средств с ограниченным сроком годности должен осуществляться с использованием компьютерных технологий, стеллажных карт с указанием наименования лекарственного средства, серии, срока годности либо журналов учета сроков годности. Порядок ведения учета указанных лекарственных средств устанавливается руководителем организации или индивидуальным предпринимателем.

12. При выявлении лекарственных средств с истекшим сроком годности они должны храниться отдельно от других групп лекарственных средств в специально выделенной и обозначенной (карантинной) зоне.

IV. Требования к помещениям для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств и организации их хранения

13. Помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств должны полностью соответствовать действующим нормативным документам.

14. С целью обеспечения хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств по принципу однородности в соответствии с их физико-химическими, пожароопасными свойствами и характером упаковки,

помещения для хранения организаций оптовой торговли лекарственными средствами и производителей лекарственных средств (далее — складские помещения) разбиваются на отдельные помещения (отсеки) с пределом огнестойкости строительных конструкций не менее 1 ч.

15. Необходимое для фасовки и изготовления лекарственных препаратов для медицинского применения на одну рабочую смену количество огнеопасных лекарственных средств допускается содержать в производственных и иных помещениях. Оставшееся количество огнеопасных лекарственных средств по окончании работы в конце смены передается следующей смене или возвращается на место основного хранения.

16. Полы складских помещений и разгрузочных площадок должны иметь твердое, ровное покрытие. Запрещается применять доски и железные листы для выравнивания полов. Полы должны обеспечивать удобное и безопасное передвижение людей, грузов и транспортных средств, обладать достаточной прочностью и выдерживать нагрузки от хранимых материалов, обеспечивать простоту и легкость уборки складского помещения.

17. Складские помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств должны быть оборудованы несгораемыми и устойчивыми стеллажами и поддонами, рассчитан-

ными на соответствующую нагрузку. Стеллажи устанавливаются на расстоянии 0,25 м от пола и стен, ширина стеллажей не должна превышать 1 м и иметь, в случае хранения фармацевтических субстанций, отбортовки не менее 0,25 м. Продольные проходы между стеллажами должны быть не менее 1,35 м.

18. Для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств в аптечных организациях и у индивидуальных предпринимателей выделяются изолированные помещения, оборудуемые средствами автоматической пожарной защиты и сигнализацией (далее — помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств).

19. В аптечных организациях и у индивидуальных предпринимателей допускается хранение фармацевтических субстанций, обладающих легковоспламеняющимися и горючими свойствами, в объеме до 10 кг вне помещений для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств во встроенных негорюемых шкафах. Шкафы должны быть удалены от тепловыводящих поверхностей и проходов, с дверьми шириной не менее 0,7 м и высотой не менее 1,2 м. К ним должен быть организован свободный доступ.

Допускается хранение взрывоопасных лекарственных препаратов для медицинского применения (во вторичной (потребительской)

упаковке) для использования на одну рабочую смену в металлических шкафах вне помещений для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств.

20. Количество огнеопасных лекарственных средств, допустимое для хранения в помещениях для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств, расположенных в зданиях другого назначения, не должно превышать 100 кг в нерасфасованном виде.

Помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств, используемые для хранения легковоспламеняющихся фармацевтических субстанций в количестве свыше 100 кг, должны находиться в отдельном стоящем здании, а само хранение должно осуществляться в стеклянной или металлической таре изолированно от помещений для хранения огнеопасных лекарственных средств других групп.

21. В помещения для хранения огнеопасных и взрывоопасных лекарственных средств запрещается входить с открытыми источниками огня.

V. Особенности организации хранения лекарственных средств в складских помещениях

22. Лекарственные средства, хранящиеся в складских помещениях, должны размещаться на стеллажах или на подтоварниках (поддонах). Не допускается размещение лекарственных средств на полу без поддона.

Поддоны могут располагаться

на полу в один ряд или на стеллажах в несколько ярусов, в зависимости от высоты стеллажа. Не допускается размещение поддонов с лекарственными средствами в несколько рядов по высоте без использования стеллажей.

23. При ручном способе разгрузочно-погрузочных работ высота укладки лекарственных средств не должна превышать 1,5 м.

При использовании механизированных устройств для проведения разгрузочно-погрузочных работ лекарственные средства должны храниться в несколько ярусов. При этом общая высота размещения лекарственных средств на стеллажах не должна превышать возможности механизированных погрузочно-разгрузочных средств (подъемники, автокары, тали).

VI. Особенности хранения отдельных групп лекарственных средств в зависимости от физических и физико-химических свойств, воздействия на них различных факторов внешней среды

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от действия света

24. Лекарственные средства, требующие защиты от действия света, хранятся в помещениях или специально оборудованных местах, обеспечивающих защиту от естественного и искусственного освещения.

25. Фармацевтические субстанции, требующие защиты от действия света, следует хранить в таре из светозащитных матери-

алов (стеклянной таре оранжевого стекла, металлической таре, упаковке из алюминиевой фольги или полимерных материалов, окрашенных в черный, коричневый или оранжевый цвета), в темном помещении или шкафах.

Для хранения особо чувствительных к свету фармацевтических субстанций (нитрат серебра, прозерин) стеклянную тару оклеивают черной светонепроницаемой бумагой.

26. Лекарственные препараты для медицинского применения, требующие защиты от действия света, упакованные в первичную и вторичную (потребительскую) упаковку, следует хранить в шкафах или на стеллажах при условии принятия мер для предотвращения попадания на указанные лекарственные препараты прямого солнечного света или иного яркого направленного света (использование светоотражающей пленки, жалюзи, козырьков и др.).

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия влаги

27. Фармацевтические субстанции, требующие защиты от воздействия влаги, следует хранить в прохладном месте при температуре до +15 °С (далее — прохладное место), в плотно закупоренной таре из материалов, непроницаемых для паров воды (стекла, металла, алюминиевой фольги, толстостенной пластмассовой таре) или в первичной и вторичной (потребительской) упаковке производителя.

28. Фармацевтические субстанции с выраженными гигроскопическими свойствами следует хранить в стеклянной таре с герметичной укупоркой, залитой сверху парафином.

29. Во избежание порчи и потери качества следует организовать хранение лекарственных средств в соответствии с требованиями, нанесенными в виде предупреждающих надписей на вторичной (потребительской) упаковке лекарственного средства.

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от улетучивания и высыхания

30. Фармацевтические субстанции, требующие защиты от улетучивания и высыхания (собственно летучие лекарственные средства; лекарственные средства, содержащие летучий растворитель (спиртовые настойки, жидкие спиртовые концентраты, густые экстракты); растворы и смеси летучих веществ (эфирные масла, растворы аммиака, формальдегида, хлористого водорода свыше 13%, карболовой кислоты, этиловый спирт различной концентрации и др.); лекарственное растительное сырье, содержащее эфирные масла; лекарственные средства, содержащие кристаллизационную воду, — кристаллогидраты; лекарственные средства, разлагающиеся с образованием летучих продуктов (йодоформ, перекись водорода, гидрокарбонат натрия); лекарственные средства с определенным нижним пределом влагосодержания (суль-

фат магния, парааминосалицилат натрия, сульфат натрия)), следует хранить в прохладном месте, в герметически укупоренной таре из непроницаемых для улетучивающихся веществ материалов (стекла, металла, алюминиевой фольги) или в первичной и вторичной (потребительской) упаковке производителя. Применение полимерной тары, упаковки и укупорки допускается в соответствии с требованиями государственной фармакопеи и нормативной документации.

31. Фармацевтические субстанции — кристаллогидраты следует хранить в герметично укупоренной стеклянной, металлической и толстостенной пластмассовой таре или в первичной и вторичной (потребительской) упаковке производителя в условиях, соответствующих требованиям нормативной документации на данные лекарственные средства.

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия повышенной температуры

32. Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия повышенной температуры (термолабильные лекарственные средства), организации и индивидуальные предприниматели должны осуществлять в соответствии с температурным режимом, указанным на первичной и вторичной (потребительской) упаковке лекарственного средства в соответствии с требованиями нормативной документации.

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия пониженной температуры

33. Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия пониженной температуры (лекарственные средства, физико-химическое состояние которых после заморозания изменяется и при последующем согревании до комнатной температуры не восстанавливается (40% раствор формальдегида, растворы инсулина)), организации и индивидуальные предприниматели должны осуществлять в соответствии с температурным режимом, указанным на первичной и вторичной (потребительской) упаковке лекарственного средства в соответствии с требованиями нормативной документации.

34. Заморозание препаратов инсулина не допускается.

Хранение лекарственных средств, требующих защиты от воздействия газов, содержащихся в окружающей среде

35. Фармацевтические субстанции, требующие защиты от воздействия газов (вещества, реагирующие с кислородом воздуха: различные соединения алифатического ряда с неопределенными межуглеродными связями, циклические с боковыми алифатическими группами с неопределенными межуглеродными связями, фенольные и полифенольные, морфин и его производные с незамещенными гидроксильными группами; серосодержащие гетерогенные и гетероцикличес-

кие соединения, ферменты и органопрепараты; вещества, реагирующие с углекислым газом воздуха: соли щелочных металлов и слабых органических кислот (барбитал натрия, гексенал), лекарственные препараты, содержащие многоатомные амины (эуфиллин), окись и перекись магния, едкий натрий, едкий калий), следует хранить в герметически укупоренной таре из материалов, непроницаемых для газов, по возможности заполненной доверху.

Хранение пахучих и красящих лекарственных средств

36. Пахучие лекарственные средства (фармацевтические субстанции как летучие, так и практически нелетучие, но обладающие сильным запахом) следует хранить в герметически закрытой таре, непроницаемой для запаха.

37. Красящие лекарственные средства (фармацевтические субстанции, которые оставляют окрашенный след, не смываемый обычной санитарно-гигиенической обработкой, на таре, укупорочных средствах, оборудовании и инвентаре (бриллиантовый зеленый, метиленовый синий, индигокармин)) следует хранить в специальном шкафу в плотно укупоренной таре.

38. Для работы с красящими лекарственными средствами для каждого наименования необходимо выделять специальные весы, ступку, шпатель и другой необходимый инвентарь.

Хранение дезинфицирующих лекарственных средств

39. Дезинфицирующие лекарственные средства следует хранить в герметично укупоренной таре в изолированном помещении вдали от помещений хранения пластмассовых, резиновых и металлических изделий и помещений получения дистиллированной воды.

Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения

40. Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения осуществляется в соответствии с требованиями государственной фармакопеи и нормативной документации, а также с учетом свойств веществ, входящих в их состав.

41. При хранении в шкафах, на стеллажах или полках лекарственные препараты для медицинского применения во вторичной (потребительской) упаковке должны быть размещены этикеткой (маркировкой) наружу.

42. Организации и индивидуальные предприниматели должны осуществлять хранение лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями к их хранению, указанными на вторичной (потребительской) упаковке указанного лекарственного препарата.

Хранение лекарственного растительного сырья

43. Нерасфасованное лекарственное растительное сырье

должно храниться в сухом (не более 50% влажности), хорошо проветриваемом помещении в плотно закрытой таре.

44. Нерасфасованное лекарственное растительное сырье, содержащее эфирные масла, хранится изолированно в хорошо укупоренной таре.

45. Нерасфасованное лекарственное растительное сырье должно подвергаться периодическому контролю в соответствии с требованиями государственной фармакопеи. Трава, корни, корневища, семена, плоды, утратившие нормальную окраску, запах и требуемое количество действующих веществ, а также пораженные плесенью, амбарными вредителями, бракуют.

46. Хранение лекарственного растительного сырья, содержащего сердечные гликозиды, осуществляется с соблюдением требований государственной фармакопеи, в частности требований о повторном контроле на биологическую активность.

47. Нерасфасованное лекарственное растительное сырье, включенное в списки сильнодействующих и ядовитых веществ, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 № 964 «Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ для целей

статьи 234 Уголовного кодекса Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 2, ст. 89; 2010, № 28, ст. 3703), хранится в отдельном помещении или в отдельном шкафу под замком.

48. Расфасованное лекарственное растительное сырье хранится на стеллажах или в шкафах.

Хранение медицинских пиявок

49. Хранение медицинских пиявок осуществляется в светлом помещении без запаха лекарств, для которого устанавливается постоянный температурный режим.

50. Содержание пиявок осуществляется в установленном порядке.

Хранение огнеопасных лекарственных средств

51. Хранение огнеопасных лекарственных средств (лекарственные средства, обладающие легковоспламеняющимися свойствами (спирт и спиртовые растворы, спиртовые и эфирные настойки, спиртовые и эфирные экстракты, эфир, скипидар, молочная кислота, хлорэтил, коллодий, клеол, жидкость Новикова, органические масла); лекарственные средства, обладающие легкогорючими свойствами (сера, глицерин, растительные масла, лекарственное растительное сырье)) должно осуществляться отдельно от других лекарственных средств.

52. Легковоспламеняющиеся лекарственные средства хранят в плотно закупоренной прочной, стеклянной или металлической

таре, чтобы предупредить испарение жидкостей из сосудов.

53. Бутыли, баллоны и другие крупные емкости с легковоспламеняющимися и легкогорючими лекарственными средствами должны храниться на полках стеллажей в один ряд по высоте. Запрещается их хранение в несколько рядов по высоте с использованием различных прокладочных материалов.

Не допускается хранение указанных лекарственных средств у отопительных приборов. Расстояние от стеллажа или штабеля до нагревательного элемента должно быть не менее 1 м.

54. Хранение бутылей с легковоспламеняющимися и легкогорючими фармацевтическими субстанциями должно осуществляться в таре, предохраняющей от ударов, или в баллоно-опрокидывателях в один ряд.

55. На рабочих местах производственных помещений, выделяемых в аптечных организациях и индивидуальными предпринимателями, легковоспламеняющиеся и легкогорючие лекарственные средства могут храниться в количествах, не превышающих сменную потребность. При этом емкости, в которых они хранятся, должны быть плотно закрыты.

56. Не допускается хранение легковоспламеняющихся и легкогорючих лекарственных средств в полностью заполненной таре. Степень заполнения должна быть не более 90% объема. Спирты в больших количествах хранятся в

металлических емкостях, заполняемых не более чем на 75% объема.

57. Не допускается совместное хранение легковоспламеняющихся лекарственных средств с минеральными кислотами (особенно серной и азотной кислотами), сжатыми и сжиженными газами, легкогорючими веществами (растительными маслами, серой, перевязочным материалом), щелочами, а также с неорганическими солями, дающими с органическими веществами взрывоопасные смеси (калия хлорат, калия перманганат, калия хромат и др.).

58. Эфир медицинский и эфир для наркоза хранят в промышленной упаковке, в прохладном, защищенном от света месте, вдали от огня и нагревательных приборов.

Хранение взрывоопасных лекарственных средств

59. При хранении взрывоопасных лекарственных средств (лекарственные средства, обладающие взрывчатыми свойствами (нитроглицерин); лекарственные средства, обладающие взрывоопасными свойствами (калия перманганат, серебра нитрат)) следует принимать меры против загрязнения их пылью.

60. Емкости с взрывоопасными лекарственными средствами (штангласы, жестяные барабаны, склянки и др.) необходимо плотно закрывать во избежание попадания паров этих средств в воздух.

61. Хранение нерасфасованного калия перманганата допускается в специальном отсеке складских помещений (где он хранится в жестяных барабанах), в штангласах с притертыми пробками отдельно от других органических веществ — в аптечных организациях и у индивидуальных предпринимателей.

62. Нерасфасованный раствор нитроглицерина хранится в небольших хорошо закупоренных склянках или металлических сосудах в прохладном, защищенном от света месте, с соблюдением мер предосторожности от огня. Передвигать посуду с нитроглицерином и отвешивать этот препарат следует в условиях, исключающих пролив и испарение нитроглицерина, а также попадание его на кожу.

63. При работе с диэтиловым эфиром не допускаются встряхивание, удары, трение.

64. Запрещается хранение взрывоопасных лекарственных средств с кислотами и щелочами.

Хранение наркотических и психотропных лекарственных средств

65. Наркотические и психотропные лекарственные средства хранятся в организациях в изолированных помещениях, специально оборудованных инженерными и техническими средствами охраны, и в местах временного хранения при соблюдении требований согласно Правилам хранения наркотических средств и психотропных веществ, установленным постановлением Прави-

тельства Российской Федерации от 31.12.2009 № 1148 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 4, ст. 394; № 25, ст. 3178).

Хранение сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету

66. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2007 № 964 «Об утверждении списков сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской Федерации, а также крупного размера сильнодействующих веществ для целей статьи 234 Уголовного кодекса Российской Федерации» к сильнодействующим и ядовитым лекарственным средствам относятся лекарственные средства, содержащие сильнодействующие и ядовитые вещества, включенные в списки сильнодействующих веществ и ядовитых веществ.

67. Хранение сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, находящихся под контролем в соответствии с международными правовыми нормами (далее — сильнодействующие и ядовитые лекарственные средства, находящиеся под международным контролем), осуществляется в помещениях, оборудованных инженерными и техническими средствами охраны, аналогичными предусмотренным для хранения наркотических и психотропных лекарственных средств.

68. Допускается хранение в одном технически укрепленном помещении сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, находящихся под международным контролем, и наркотических и психотропных лекарственных средств.

При этом хранение сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств должно осуществляться (в зависимости от объема запасов) на разных полках сейфа (металлического шкафа) или в разных сейфах (металлических шкафах).

69. Хранение сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, не находящихся под международным контролем, осуществляется в металлических шкафах, опечатываемых или пломбируемых в конце рабочего дня.

70. Лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2005 № 785 «О порядке отпуска лекарственных средств» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 16.01.2006 № 7353), за исключением наркотических, психотропных, сильнодействующих и ядовитых лекарственных средств, хранятся в металлических или деревянных шкафах, опечатываемых или пломбируемых в конце рабочего дня.

От «стихийной» инклюзии к целенаправленной коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья

Бородина-Глебская Е.А.,

*старший преподаватель кафедры психологии и педагогики,
Новосибирский государственный педагогический университет,
г. Новосибирск*

Основная обязанность ДОУ — создание условий для полноценного психического и личностного развития, сохранение и укрепление здоровья детей, обеспечение их готовности к школьному обучению. Достижение данной цели осложняется социально-экономическими, экологическими, психологическими и другими факторами. Так, труднорешаемой остается задача обеспечения физического и психологического здоровья детей, поскольку детское сообщество по этому параметру весьма разнородно. Специалисты отмечают тревожную тенденцию увеличения количества детей с проблемами в развитии. Сегодня практически в любом дошкольном учреждении можно встретить детей с нарушениями в когнитивной сфере, эмоционально-волевыми расстройствами, выраженными нарушениями речи, опорно-двигательного аппарата, длительно и часто болеющих и т.д. Возникает вопрос: как работать с этими

детьми в условиях массового детского сада? Ответ на этот вопрос в определенной мере содержится в идее инклюзивного образования, предполагающего совместное обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов и здоровых детей.

Надо отметить, что в нашей стране десятилетиями складывалась система коррекционного образования. В идеале коррекционное и инклюзивное образование должно дополнять друг друга, обеспечивая родителям возможность подобрать ребенку такие педагогические обстоятельства, которые максимально соответствовали бы его потребностям и позволили бы выстроить благоприятную для него ситуацию развития. В этом взаимодействии коррекционного и инклюзивного образования есть еще один аспект: увеличивается шанс помочь большему количеству детей и тем самым решить задачу оказания

адресной психолого-педагогической помощи каждому ребенку. Но возникает трудность: далеко не всякое ДОУ имеет возможность и желание открывать специализированные или инклюзивные группы для детей с особыми образовательными потребностями. При этом, как уже отмечалось, фактически в каждом общеразвивающем ДОУ есть дети с проблемами развития, хотя, конечно, степень тяжести нарушений и количественная концентрация таких детей не сопоставимы с тем, что существуют в системе специализированных ДОУ. Но такие дети, если их даже не очень много, — группа риска в аспекте возможных деформаций в физическом, психическом и личностном развитии: они «не подпадают» под систему коррекционного образования (в том числе потому, что их проблемы недостаточно выражены), но они и «выпадают» из общей картины поведения, предпочтений, эмоциональных реакций, когнитивных проявлений так называемых «обычных» детей ДОУ. И перед дошкольным учреждением, воспитателями и специалистами встает проблема снижения риска «стихийной» инклюзии.

С нашей точки зрения, переход от «стихийной» инклюзии к целенаправленной коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) возможен через организацию психолого-педагогического консилиума (ППк) в каждом

ДОУ. Консилиумы как консолидированные усилия специалистов могут стать особым инструментом управления сложными психолого-педагогическими ситуациями развития детей. При грамотно построенной работе консилиум может выполнять ряд очень важных функций, способствующих оптимизации психолого-педагогического процесса в целом. Остановимся подробнее на том, что такое консилиум и что он может обеспечить. Как правило, психолого-педагогический консилиум представляет собой совещательный, систематически действующий орган, предназначенный оказывать содействие повышению эффективности и качества работы с детьми группы риска. На заседаниях ППк анализируется ситуация развития конкретного ребенка, вырабатывается коллективное решение о мерах психолого-педагогического воздействия.

В его задачи входит:

- психолого-педагогические диагностика и сопровождение детей с особыми образовательными потребностями;
- выявление характера и причин отклонений в физическом, психическом, эмоциональном и личностном развитии, причин затруднений в обучении и нарушений в поведении;
- определение направлений коррекционно-развивающей, оздоровительной и воспитательной работы;

- координация усилий воспитателей и родителей в осуществлении коррекционно-развивающего и реабилитационного воздействия на воспитанников. ППк:
- создает реальные условия для консолидации всех специалистов, работающих с конкретным ребенком, что является в принципе важным условием для организации жизни и развития любого ребенка, а для ребенка с проблемами в развитии — особенно;
- может обеспечить не только основополагающую траекторию развития ребенка в целом, но и возможность быстрого совместного реагирования, когда намечается какое-либо неблагоприятное;
- помочь улучшить психологический климат в детской группе, оптимизировать педагогический процесс в целом. Поясним данный тезис. Так называемые «сложные, проблемные» дети создают в группе «очаг напряженности», причем в силу разных причин: повышенной утомляемостью, отсутствием интереса к занятиям, предлагаемым педагогом, стремлением отвлечься на что-то постороннее во время организованных форм деятельности, повышенной конфликтностью, неуправляемой агрессией, создающей реальную угрозу и себе и другим детям, склонностью к девиантному поведению. ППк, разбирая и анализируя подоб-

ного рода факты, стремится установить причины имеющихся нарушений и определить педагогическую стратегию и конкретные педагогические тактики в деятельности специалистов и воспитателей, тем самым помогает реализовать на практике индивидуальный подход к проблемному ребенку в контексте жизнедеятельности всей группы. Благодаря этому нивелируются, если не снимаются полностью, негативные поведенческие и эмоциональные проявления, что благотворно сказывается на общей психологической атмосфере в группе. Меняются профессиональные и человеческие установки педагога, происходит то, что можно назвать «педагогическим прозрением»: человек перестает действовать «вслепую», по привычке. Это еще один, на наш взгляд, очень важный аспект. ППк выводит педагогов на уровень профессиональной рефлексии, приобретает и нарабатывается опыт размышлений в отношении целей и задач развития конкретного ребенка, формируется особая психолого-педагогическая зоркость и собственная педагогическая ответственность. Педагог начинает отчетливо осознавать пространство собственной педагогической компетентности. Как результат деятельности консилиума рождается картина того, что на самом деле происходит с ребенком: почему он

так себя ведет, так реагирует, так общается с другими людьми. ППк помогает преодолеть опасные педагогические стереотипы и отказаться от них в практике взаимодействия с детьми.

Таким образом, ППк может быть своего рода подготовкой к появлению подлинной инклюзии, когда и психологически и педагогически специалисты готовы к тому, что дети с ОВЗ находятся среди здоровых детей и занимают свою особую нишу в детском саду. Это, с нашей точки зрения, хорошая альтернатива той самой «стихийной» инклюзии, когда дети с ОВЗ посещают детский сад, но никакой специальной помощи не получают.

Консилиум, как показал наш опыт, должен проводиться один раз в месяц. Периодичность его работы обусловлена характером решаемых задач. Более частые встречи скорее всего окажутся недостаточно подготовленными, так как на консилиум возлагается большой объем работы. Во-первых, ППк стратегически определяет линию поведения педагога-психолога, логопеда, медика и других специалистов ДОУ. А это предполагает углубленный, всесторонний анализ психофизического развития, поведения ребенка дома и в детском саду. Для такого анализа требуется достаточно много времени. Анализ строится на основе данных педагогических, психологических наблюдений, предварительной

диагностики (с согласия родителей), результатов медицинского, логопедического обследования и т.д. Такой анализ продолжается не менее часа-полутора. Его результаты обязательно фиксируются в протоколе заседания ППк, на основе анализа вырабатываются конкретные рекомендации каждому участнику процесса медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка. Действия каждого реализуют общую психолого-педагогическую стратегию.

Второе важное направление деятельности ППк — отслеживание психолого-педагогического процесса. Мониторинг, осуществляемый членами ППк, позволяет уточнить, при необходимости скорректировать первоначальный вариант рекомендаций, зафиксировать положительную динамику и, конечно же, своевременно отреагировать на отрицательные и проблемные проявления в поведении ребенка, его эмоциональном состоянии, когнитивном развитии, общении со сверстниками и взрослыми.

В-третьих, ППк должен своевременно реагировать на нестандартные ситуации, так как в поле зрения членов консилиума находится наиболее сложный контингент детей.

В заключение приведем пример психологической характеристики ребенка и составленных консилиумом рекомендаций для педагогов группы.

Психологическое заключение по результатам обследования Димы Б. (5 лет 2 мес.)

Особенности поведения

Особенностью поведения Димы является пониженная чувствительность к социальным нормам. Поведение мальчика характеризуется импульсивностью, неуправляемостью при высокой активности действий, неожиданными аффективными всплесками, которые представляют реальную угрозу его собственному здоровью и здоровью других детей. Воспитатели отмечают деструктивный, агрессивный характер большинства действий мальчика: бьет детей, ломает постройку, сделанные ими, игрушки.

Обнаруживает некоторую предрасположенность к асоциальным формам поведения (мелкие кражи, осознанный интерес к сексуальным отношениям взрослых, склонность к онанизму).

Не проявляет особого интереса к организованным формам деятельности: быстро устает, прекращает что-либо делать.

В режимных моментах обнаруживается недостаточная самостоятельность ребенка. Выполняет необходимые действия самообслуживания лишь при жестком контроле со стороны взрослых или при их активной помощи.

Безусловным достоинством ребенка являются присущая ему любознательность, интерес к миру, выраженная потребность в новых впечатлениях.

Особенности эмоционально-волевой сферы

Дима отличается незрелостью эмоциональной сферы. Проведенное исследование позволило обнаружить наличие у мальчика явного страха наказания, физической расправы за совершенные действия. Очевидно, ребенка часто наказывают, обижают в семье. Семья ребенка психологически неблагополучная (стесненные материально-бытовые условия, высокий уровень конфликтности в отношениях между матерью и отцом, враждебные отношения между старшими и младшими детьми и т.д.). Семья не обеспечивает необходимого эмоционального комфорта для ребенка.

Уровень развития регуляторной функции ниже возрастной нормы. Поэтому поведение характеризуется, как уже было отмечено, импульсивностью, непредсказуемостью для окружающих.

Позитивный момент — ребенок испытывает потребность в положительных эмоциях, проявляет привязчивость к референтным взрослым.

Исследование восприятия

По результатам тестирования:

- уровень восприятия времени ниже возрастной нормы;
- восприятие цвета, формы, величины предмета ниже возрастной нормы;
- восприятие пространственных отношений ниже возрастной нормы.

Особенности внимания

Внимание значительно ниже возрастной нормы. Произвольное внимание практически отсутствует.

Некоторая концентрация, переключение и распределение внимания возможны лишь при условии активной тонизации и поддерживающей помощи со стороны взрослого.

Особенности памяти

Уровень развития памяти ниже возрастной нормы. Лучше развита эмоциональная память: ребенок хорошо удерживает в памяти события, связанные с положительными эмоциями.

Особенности мыслительно-речевой деятельности

Мышление ниже возрастной нормы. Дима испытывает явные трудности при выполнении операций обобщения, анализа, классификации, построения аналогий. Мальчик не может самостоятельно выполнить действия, связанные с отвлечением, абстрагированием от конкретной ситуации. Не умеет строить умозаключения, выдвигать гипотезы, формулировать исследовательские вопросы. Но пытается понять инструкцию взрослого и установить простейшие причинно-следственные связи между событиями, явлениями. Серьезное препятствие для осуществления интеллектуальной деятельности — низкий уровень речевого развития ребенка, а также ограниченность представлений об окружающем мире.

Особенности воображения

Воображение ниже возрастной нормы.

Особенности коммуникативно-речевой сферы

Уровень развития коммуникативной сферы ниже возрастной нормы. Диапазон коммуникативных

средств ограничен и имеет определенную направленность: в общении со взрослыми ведет себя как 2—3-летний ребенок (прижимается, обнимается, делится своими секретами и т.п.); в общении со сверстниками чаще всего использует стратегию подкупа по отношению к тем, к кому он расположен, и стратегию запугивания по отношению к тем, кого не принимает. Социометрический статус ребенка в группе неблагоприятен: мальчик относится к категории пренебрегаемых. Сверстники обижаются на Диму, часто жалуются на проявления грубости и жестокости с его стороны. Собственный неблагоприятный статус в группе пока ребенком не осознается.

Уровень развития речи во всех ее функциях значительно ниже возрастной нормы. Наблюдаются скудость словарного запаса, примитивность синтаксических конструкций. Репертуар используемых речевых жанров мал. Связная речь только начинает формироваться.

Безусловным позитивным моментом является то, что в течение 2009/10 уч. г. наблюдалась выраженная динамика именно в речевом развитии (от отсутствия речи до появления фразовой речи).

Личностно-характерологические особенности

Личностное развитие ребенка осуществляется по деформированному варианту. Дима отличается личностной незрелостью, инфантильностью, импульсивностью, агрессивностью, эмоциональной привязчивостью к референтным взрослым. В ситуациях эмоционального

комфорта становится более спокойным, ласковым, доброжелательным.

Неблагоприятный сценарий развития обусловлен не только отягощенным анамнезом, но и педагогической запущенностью. Мальчик растет в психологически неблагоприятной семье, что практически не осознается мамой; она не выполняет рекомендаций педагогов и психологов, не находит времени, чтобы вовремя пролечить ребенка у невропатолога, не включается в коррекционную работу, проводимую специалистами ДОУ.

Заключение («проблемные зоны», личностные и познавательные ресурсы)

Проблемные зоны: отставание в развитии всех сфер (когнитивной, эмоционально-личностной, коммуникативно-речевой).

Ресурсы: потребность в общении и признании взрослых и сверстников, в новых впечатлениях и положительных эмоциях, эмоциональная теплота в отношениях с теми людьми, которые его принимают; выраженная динамика в речевом развитии.

Проведенное обследование, составленная консилиумом характеристика ребенка послужили основой для разработки конкретных психолого-педагогических рекомендаций.

**Психолого-педагогические
рекомендации
для воспитателей
по организации коррекционно-
развивающей работы
с Димой Б.**

1. С целью коррекции отношений со сверстниками, обеспечения пол-

ноценного эмоционально-личностного развития ребенка целесообразно **использовать систему игр** и игровых упражнений, направленных на формирование доброжелательного отношения к сверстникам, предложенных Е.О. Смирновой и В.М. Холмогоровой.

(См.: *Смирнова Е.О., Холмогорова В.М.* Межличностные отношения дошкольников: Диагностика, проблемы, коррекция. М., 2003.)

2. Предлагайте Диме и детям, к которым он испытывает симпатию, **поиграть** вместе с вами; в процессе игры показывайте, как нужно договариваться, идти на компромиссы, обосновывать свои предложения и т.п. По окончании игр обязательно проводите небольшие **рефлексивные беседы**, обсуждайте с детьми, понравилось ли им играть вместе, как играть без ссор и т.п. На первых порах обязательно хвалите Диму за стремление понять другого ребенка, уступить кому-либо, конструктивным способом разрешить конфликт.

3. Помогите Диме в привлечательной для него продуктивной деятельности **приобрести опыт сорадования с другими детьми, испытать особое чувство единения с группой**. Например, вся группа может сделать своими руками какие-либо подарки малышам. В процессе продуктивной деятельности помогите ребятам представить, как обрадуются малыши подаркам, проявлению заботы о себе. Учитывая интерес Димы к вырезанию картинок из журналов, к аппликации, предложите ему сделать

какой-либо коллаж, при необходимости — помогите. После реализации данного проекта обсудите, что испытали ребята, какие чувства пережили, когда смогли доставить радость младшим детям.

4. Поговорите при удобном случае с мамой о необходимости больше внимания уделять Диме, разговаривать с ним, хотя бы изредка **играть** с ним в развивающие игры, записать его в **спортивную секцию** для занятий каким-либо **командным** видом спорта.

5. **Обеспечивайте возможность** Диме и другим детям, отличающимся эмоциональной лабильностью, неуравновешенностью, **«выплескивать»** **появляющееся напряжение** в физкультминутках, подвиж-

ных играх по правилам, танцевальных импровизациях под музыку и т.д.

6. Старайтесь разговаривать с ребенком спокойно, строго, но не жестко, избегайте угроз; аргументируйте свои требования и обязательно хвалите за попытки ребенка следовать этим требованиям.

Целенаправленная и кропотливая работа психолого-педагогического консилиума ДОУ обеспечивает позитивную динамику в развитии каждого «особого» ребенка вследствие опоры на его личностные и познавательные ресурсы. В ДОУ нарабатывается опыт положительного отношения к детям с ограниченными возможностями, принятия их такими, какими они являются.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Совместно с ГУ НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина выполнена оценка кариологических и иммунологических показателей у детей в условиях различного загрязнения атмосферного воздуха. Проведены исследования цитогенетического статуса, показателей пролиферации, апоптоза буккального эпителия и уровня секреторного иммуноглобулина А у детей, проживающих в крупном центре черной металлургии (г. Тула). Обнаружены повышение уровня цитогенетических нарушений, изменение процессов клеточной кинетики и снижение уровня местного иммунитета у детей в более загрязненном районе. Показана высокая достоверная связь кариологических и иммунологических показателей с некоторыми химическими загрязнителями атмосферного воздуха (Управление Роспотребнадзора по Тульской области).

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году»

Поздравляем!

В 2011 г. отметила свой 85-летний юбилей **Кардашенко Валентина Николаевна** — доктор медицинских наук, профессор, ученый-гигиенист, ведущий специалист в области гигиены детей и подростков.

Свою профессиональную деятельность Валентина Николаевна посвятила вопросам охраны здоровья детей и подготовке специалистов в области школьной гигиены. Ее фундаментальный труд по истории гигиены детей и подростков в СССР и России широко известен научной общественности в нашей стране и за рубежом. Являясь ученицей *П.М. Ивановского* и продолжателем научной школы *А.В. Молькова*, в своей педагогической деятельности она развивала методологию преподавания гигиены детей и подростков в медицинских вузах. Благодаря усилиям В.Н. Кардашенко кафедра гигиены детей и подростков стала ведущим научно-методологическим центром.

Научная деятельность Валентины Николаевны была посвящена разработке проблемы физического развития детей и подростков. В результате динамических наблюдений за состоянием здоровья детей и подростков в различных регионах России (гг. Москва, Тула, Орел, Архангельск, Сахалин, районы Крайнего Севера) и применения современных методов математического анализа было доказано, что отклонения в состоянии здоровья индивидуума обусловлены не только санитарно-гигиеническими условиями жизни, но и уровнем биологической зрелости организма. Впервые установлены средние значения показателей биологической зрелости и функционального состояния у детей 4—17 лет. Эти исследования позволили разработать комплексный метод оценки физического развития и сформулировать положение о том, что физическое развитие — важный показатель состояния здоровья и критерий гигиенического нормирования деятельности растущего организма.

Валентина Николаевна Кардашенко — не только видный ученый, но и общественный деятель: с 1980 по 1990 г. входила в состав ВАК СССР; председатель секции «Гигиена детей и подростков» Московского научного общества гигиенистов и санитарных врачей; председатель проблемной комиссии по преподаванию гигиены детей и подростков при МЗ СССР; заместитель председателя Ученого Совета по гигиене ММА им. И.М. Сеченова; с 1968 г. член экспертного совета Европейского отделения ВОЗ; почетный член Нью-Йоркской академии.

От всей души желаем Валентине Николаевне крепкого здоровья, творческого долголетия, нескончаемой энергии!

Коллектив издательства «ТЦ Сфера»

Указатель статей, опубликованных в журнале «Медработник ДОУ» в 2011 году

ГОСТЬ НОМЕРА

- Белявский А.Р. Приоритеты развития педиатрической помощи в Свердловской области № 3, с. 4
- Голубев В.В. К вопросу о рациональном цветовом оформлении помещений дошкольных учреждений № 5, с. 6
- Горелова Ж.Ю. К вопросу о профилактике простудных заболеваний у детей дошкольного возраста № 2, с. 4
- Коблев Я.К. Применение элементов дзюдо в развитии двигательного творчества детей № 6, с. 6
- Малямова Л.Н. Профилактика — важная задача педиатрической службы № 4, с. 4
- Сидоренко Е.И. Вырастить полноценного гражданина нашей страны — общая задача, педагогов, врачей и родителей № 7, с. 6
- Яковенко Т.Д. Особенности семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья № 8, с. 6
- Ямщикова Н.Л. Особенности подготовки медицинской сестры дошкольного образовательного учреждения № 1, с. 4

ГИГИЕНА

- Бабичева Н.И. Рациональное питание дошкольников в семье и ДОУ № 4, с. 16
- Беримбаева А.У. Здоровьесбережение дошкольников в условиях ДОУ на комплексе «Байконур» № 5, с. 32
- Бессонова И.В. Движение и здоровье № 8, с. 19
- Бородина М.В., Огиенко Г.П. Комплексное использование средств физического воспитания в оздоровлении детей раннего возраста в условиях Крайнего Севера ... № 2, с. 27
- Бородулина Т.В. Здоровье и развитие воспитанников закрытых учреждений № 3, с. 21
- Булатова Е.Н. Педагогика оздоровления в системе коррекции речи № 6, с. 27
- Вержбицкая Е.Г., Куприенко Е.И. Формирование информационно-технической среды в семье № 6, с. 51
- Витушкина Л.П., Трофимова М.Н. График приема детей раннего возраста в ДОУ № 5, с. 20
- Горкунова Л.В. Школа доктора Неболейки № 7, с. 28
- Дубчак О.В. Закаливание — ведущий метод повышения устойчивости организма к неблагоприятным факторам ... № 4, с. 21
- Дубчак О.В. Организация лечебно-оздоровительной работы в ДОУ № 5, с. 27

Жильцова Е.Ю. Продукты питания, благоприятно влияющие на зрение детей	№ 5, с. 22
Карягина Н.В., Абиян А.В. Организация физкультурно-оздоровительной работы с тубинфицированными детьми	№ 6, с. 32
Коломийцева Н.С. Особенности работы с группами ЧБД в ДОУ	№ 1, с. 16
Комиссарова В.Г. Питание и здоровье детей дошкольного возраста	№ 8, с. 26
Комиссарова Е.Н., Панасюк Т.В., Цаллагова Р.Б. Заболевания и особенности ростовых процессов дошкольников	№ 6, с. 10
Кузьмина И.Н. Оздоровительная работа в ДОУ с детьми, имеющими аллергические заболевания	№ 4, с. 30
Леонова Л.А., Лукьянец Г.Н., Макарова Л.В. Особенности реакции организма детей 5—7 лет на работу с компьютером	№ 2, с. 10
Лесунова С.В. Праздник здорового питания	№ 6, с. 23
Малямова Л.Н., Белявский А.Р., Татарева С.В. Демографическая ситуация и состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста в Свердловской области	№ 3, с. 8
Молева И.Б. Деловая игра «Санитарные правила и нормативы в ДОУ»	№ 7, с. 10
Миролюбов А.В., Ярыгина С.В., Синюхин А.Б. Влияние аудиовизуальной продукции на здоровье дошкольников	№ 8, с. 12
Осетрова У.Н. Организация учебного процесса в школе полного дня на базе ДОУ	№ 2, с. 19
Погорелова И.Г. Гигиенические требования к использованию компьютера детьми дошкольного возраста	№ 4, с. 10
Сивак И.В., Бевзенко В.И., Копылова Н.А. Романовская Н.В. Растим малышей здоровыми!	№ 7, с. 18
Скоморохова М.Б., Плотникова И.А. Программа оздоровления детей с аллергодерматозами в условиях ДОУ	№ 4, с. 35
Скоморохова М.Б., Чернова Н.Ф. Питание детей с аллергодерматозами в ДОУ	№ 3, с. 39
Стенникова О.В., Санникова Н.Е. Возможности диетотерапии для профилактики и коррекции дефицита кальция у детей в условиях ДОУ	№ 3, с. 34
Степанова М.И. О новых санитарных правилах для дошкольных организаций	№ 5, с. 12
Тармаева И.Ю., Голышева Н.А. Оценка состояния заболеваемости детей в организованных коллективах	№ 6, с. 13
Филимонова Т.А., Курбанова А.А. Игровая составляющая модифицированной программы для часто болеющих детей	№ 6, с. 38
Шаткова Т.А. Сохранение здоровья ребенка: грани взаимодействия	№ 5, с. 37

- Шилко В.И., Самарцев А.А., Новикова Т.А., Архипова М.М.
Экологические аспекты состояния здоровья
и реабилитации детей дошкольного возраста в ДООУ № 3, с. 27
- Шильникова М.А. Организация режима дня детей
с туберкулезной инфекцией № 7, с. 14
- Ямщикова Н.Л., Соколова С.Б., Власова А.В. Факторы
риска развития отклонений в состоянии здоровья
часто болеющих детей № 1, с. 10

ПЕДИАТРИЯ

- Боборыкина А.Е., Вахлова И.В. Йодная обеспеченность
и ее влияние на здоровье детей № 3, с. 58
- Ганузин В.М., Балабина В.В. Школьная зрелость детей
в современных социально-экономических условиях № 7, с. 30
- Гармаева С.Б., Решетник Л.А. Нервно-психическое
развитие детей с транзиторным неонатальным
гипотиреозом в анамнезе № 1, с. 34
- Гурвич В.Б., Кузьмина Е.А., Солобоева Ю.И., Ярушин С.В, Малых
О.Л., Гнездилова С.В., Плотникова И.А. Реабилитационные
мероприятия для населения, проживающего в зонах
техногенно обусловленного риска № 3, с. 70
- Жукова Г.Э. Подготовка детей дошкольного возраста
с нарушением зрения к восстановительному
лечению № 8, с. 55
- Иозефович О.В. Вакцинация против ветряной оспы № 5, с. 52
- Иозефович О.В. Что необходимо знать о прививках № 8, с. 45
- Кривоногова Т.С., Уварова М.А., Соловьёва С.А.
Комплексная преемственная реабилитация детей
в дошкольных учреждениях № 7, с. 53
- Лаврентьева И.В., Обоскалова Т.А., Плénкина Л.Л.
Динамика выявляемости вульвовагинитов у детей № 3, с. 53
- Левчук Л.В., Санникова Н.Е., Филатова Г.М., Смирнова А.В.
Здоровье и йодная обеспеченность детей раннего
и дошкольного возраста № 4, с. 51
- Лялина Л.В., Николаевич М.С. Вакцина Гардасил
как средство профилактики респираторного
папилломатоза у детей № 5, с. 56
- Мартынович Н.Н. Комплексная оценка состояния
здоровья детей № 1, с. 22
- Морозова Н.Н., Родюшкина А.П. Иппотерапия как форма
реабилитации несовершеннолетних, попавших
в трудную жизненную ситуацию № 4, с. 62
- Николаева Г.В. И жить торопится и чувствовать
спешит № 6, с. 54
- Николаева Г.В. Профилактика и лечение болезней
глаза № 7, с. 35

- Орлова А.Е., Львова О.А. Ожоговая энцефалопатия как осложнение термической травмы у детей дошкольного возраста № 3, с. 44
- Парамей О.В. Готовь сани летом, а капли для лечения аллергических поражений глаз — зимой № 6, с. 57
- Рулева А.А. Мировой опыт применения вакцин против пневмококковой инфекции № 7, с. 45
- Рулева А.А., Николаевич М.С. Распространенность неинвазивной пневмококковой инфекции среди дошкольников Санкт-Петербурга № 6, с. 60
- Самохина И.В., Часовникова А.Н. Диагностика и профилактика нарушений осанки у детей № 2, с. 44
- Сидоренок А.В., Кузнецов С.М., Знаменский А.В. Гигиенические аспекты предупреждения респираторных инфекций в дошкольных организациях № 4, с. 56
- Смирнова И.Ю. Близорукость — зрение будущего? № 8, с. 36
- Теркулова О.П. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации № 8, с. 49
- Хасанова А.В. Диагностика, лечение и профилактика аскаридоза у детей № 4, с. 46
- Частухина Е.А., Сафронов Б.Г., Волков И.Е., Можяев А.В. Дифференциальный диагноз болевого абдоминального синдрома у дошкольника № 5, с. 40
- Чемоданов В.В., Краснова Е.Е. Соединительнотканые дисплазии у детей № 2, с. 53

ПЕДАГОГИКА

- Андреева В.И. Формирование элементарных математических представлений у детей с нарушением зрения № 8, с. 71
- Беляева Л.А. Программа адаптации детей раннего возраста в ДОУ № 2, с. 75
- Бобошко И.Е., Салова М.Н., Жданова Л.А., Марусич М.Б., Титова О.А. Новые формы работы с детьми раннего возраста № 1, с. 68
- Босикова И.А., Левина Г.А. Сказка о вкусной и полезной пище № 5, с. 73
- Ботова Ю.А. Организация деятельности МДОУ по укреплению здоровья дошкольников в условиях Крайнего Севера № 2, с. 62
- Васюков А.С. Настольный теннис как форма организации познавательной деятельности дошкольника № 6, с. 85
- Великова С.А. Гендерные особенности отношения родителей к ребенку дошкольного возраста № 1, с. 52
- Губанова Н.М., Воробьева О.Н., Ермолаева Л.Ю., Блюмберг Н.Ю. Модель организации здоровьесберегающей деятельности в ДОУ № 3, с. 78
- Гуськова А.А. Развитие речевого дыхания детей 3—5 лет № 7, с. 81

- Доронина Н.В., Кагазежева Н.Х.* Коррекция осанки как задача физического воспитания в ДОУ № 6, с. 73
- Дружина Е.Е., Баскакина И.В., Потепалова А.В.* Создание положительного микроклимата в логопедической группе № 5, с. 70
- Замотаева М.Л.* Счастье — это когда тебя понимают... .. № 7, с. 75
- Зарубина Н.В., Спивак Е.М.* Нарушения родительно-детских взаимоотношений и игровой деятельности как факторы риска адаптации детей к условиям ДОУ № 1, с. 62
- Иванченко Е.Н., Абаринева Т.Б.* Игра-тренинг по оказанию первой помощи «Помоги сам себе» № 7, с. 89
- Кабаян О.С., Фалько Е.Б.* Региональная программа эколого-валеологического воспитания и образования детей дошкольного возраста № 6, с. 89
- Клинова Т.Н.* Обеспечение эмоционального благополучия и эмоционального развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата № 8, с. 79
- Козина Г.П.* Составление комплексной программы индивидуального образовательного маршрута ребенка с ограниченными возможностями здоровья № 2, с. 66
- Коломыйцева Н.С.* Физкультурный праздник «Мы дружим со спортом» № 6, с. 93
- Копылов Ю.А., Горская О.В., Шадзевская М.Э.*
Коррекция поведения гиперактивных детей 6—7 лет № 7, с. 60
- Красикова О.И.* Эпидемия в сказочной стране № 4, с. 88
- Ларионова Л.А.* Психомоторная коррекция в работе с детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата № 8, с. 64
- Манакова Н.В., Манакова Е.В.* Актуальные вопросы управления здоровьесберегающей деятельностью в ДОУ № 1, с. 48
- Набойченко Е.С.* Специфика формирующего пространства семьи № 7, с. 71
- Перепёлкина И.А.* Игра-путешествие «Чистота — залог здоровья» № 4, с. 86
- Полковникова Н.П., Приданникова Н.Ф.* Организация системы закаливания в ДОУ № 3, с. 87
- Правдов М.А.* Здоровьеразвивающее образовательное пространство в дошкольном учреждении № 1, с. 46
- Рушешникова О.В.* Профилактика и коррекция нарушений звукопроизношения у дошкольников при патологии органов артикуляции № 8, с. 91
- Серафин Е.А.* Специфика здоровьесберегающей среды № 3, с. 93
- Сильягина В.П.* Коррекция нарушений в развитии детей с ЗПР через движения № 8, с. 74
- Склянова Н.А., Стрельникова В.Г., Мотыко А.В.*
Оздоровительная программа «Заботливый дельфин» № 1, с. 40

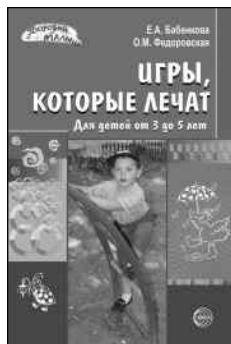
Скоморохова М.Б., Торопова Н.П., Градинаров А.М. Система медико-педагогического воздействия в ДОУ для детей с аллергодерматозами	№ 4, с. 72
Соколкина В.А. Двигательная подготовка детей 5—7 лет в семье	№ 5, с. 62
Соколкина В.А. Двигательная подготовка детей 5—7 лет в семье (продолжение)	№ 6, с. 76
Соколкина В.А. Подвижные игры на воде с детьми 3—6 лет	№ 4, с. 90
Солодовниченко И.А. Психологическая готовность ребенка к обучению в школе	№ 3, с. 100
Теучеж И.Б., Дорошенко А.С. На пути к созданию республиканской программы модернизации дошкольного образования	№ 6, с. 71
Ханжиева А.Я. Содержательные основы системы дошкольного физического воспитания	№ 6, с. 68
Флотская Н.Ю. Развитие половой идентичности в дошкольном возрасте	№ 4, с. 80
Юрина М.В. Логопедическая ритмика как средство воздействия на детей с задержкой речевого развития	№ 8, с. 86
Яровикова Е.А., Воробьёва У.Т., Лашевская Е.Л., Юрочкина Н.А. Домрачева Г.И. В фокусе внимания — семьи с дошкольниками	№ 3, с. 104

АКТУАЛЬНО

Бородина-Глебская Е.А. От «стихийной» инклюзии к целенаправленной коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья	№ 8, с. 108
Гигиенические рекомендации по организации воспитания и оздоровления детей с нарушениями зрения в специализированных дошкольных образовательных учреждениях Москвы	№ 1, с. 86
Изменения № 1 к СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно- эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях» (СанПиН 2.4.1.2791-10) ...	№ 5, с. 111
Иозефович О.В. Поствакцинальные осложнения	№ 7, с. 118
Итоги конкурса Союза педиатров России «Детский врач 2010 года»	№ 5, с. 122
Леонтьева С.М. Оценка деятельности медицинских работников в виде смотра-конкурса	№ 3, с. 118
Макарова Л.В. Первая Всемирная конференция ЮНЕСКО по дошкольному образованию	№ 1, с. 122
Мотыко А.В. Комплекс «Долфин» защищает детское здоровье	№ 1, с. 115
Об итогах проведения заседания Коллегии по вопросу «О ходе реализации Программы ликвидации кори в Российской Федерации»	№ 4, с. 120
Пермякова Г.В. «Открытый» детский сад, или Родители могут все!	№ 3, с. 121

- Письмо от 21.07.2011 № 01/9164-1-32 «Об осложнении эпидситуации по кори в Европейском регионе» № 7, с. 109
- Письмо от 28.12.2010 № 01/18179-0-23 «О результатах контрольно-надзорных мероприятий за детскими организациями в 2010 году» (извлечение) № 5, с. 117
- Письмо от 30.09.2010 № 01/14090-0-32 «О заболеваемости эхинококкозом в Российской Федерации» № 1, с. 112
- Приказ Минздравсоцразвития России от 23.08.2010 № 706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств» № 8, с. 96
- Приказ Минобрнауки России от 28.12.2010 № 2106 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников» № 6, с. 104
- Протокол от 08.09.2010 № 18 «О завершении летней оздоровительной кампании 2010 года в Российской Федерации» № 2, с. 110
- Протокол от 16.09.2010 № 19 «О ходе иммунизации населения в рамках национального календаря профилактических прививок» № 1, с. 103
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.11.2010 № 152 «Об утверждении СП 2.5.2775-10 Изменения и дополнения № 1 к СП 2.5.1277-03 «Санитарно-эпидемиологические требования к перевозке железнодорожным транспортом организованных детских коллективов» № 4, с. 116
- Рулева А.А. Применение вакцин вне национального календаря прививок № 6, с. 112
- Санитарно-эпидемиологический надзор за производством и реализацией детских игр и игрушек № 4, с. 119
- Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях (СанПиН 2.4.1.2660-10) № 2, с. 88
- Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях (СанПиН 2.4.1.2660-10) (продолжение) № 4, с. 94
- Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях (СанПиН 2.4.1.2660-10) (продолжение) № 5, с. 78
- Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях (СанПиН 2.4.1.2660-10) (окончание) № 6, с. 96
- Сидоренко Е.И., Николаева Г.В. Применение в офтальмологии инфразвукового вакуумного пневмомассажа № 7, с. 112
- Склянова Н.А., Мотыко А.В. Методическое занятие для детей «Как правильно промыть нос?» № 2, с. 119
- Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» № 7, с. 94
- Халдыгерова Т.З., Данилюк О.Л. Положение о группе оздоровительной направленности для детей с аллергопатологией № 1, с. 118

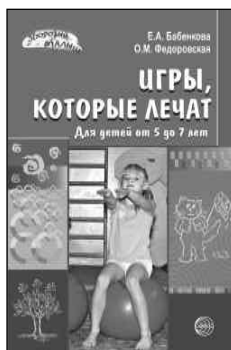
ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «ЗДОРОВЫЙ МАЛЫШ»



ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ Для детей от 3 до 5 лет

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

В пособии представлены различные виды игр и физических упражнений, направленные на профилактику заболеваний и проведение оздоровительной работы с детьми 3—5 лет. Особое внимание уделено организации подвижных игр на свежем воздухе, а также занятиям с детьми, имеющими отклонения в развитии психики, дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата. Материал можно использовать как в обычных ДОУ, так и в детских садах компенсирующего вида.



ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ Для детей от 5 до 7 лет

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

В данном методическом пособии приводятся описания критериев оценки физического и психического здоровья детей старшего дошкольного возраста, разнообразных упражнений и оздоровляющих подвижных игр. Игры и упражнения классифицированы в соответствии с состоянием здоровья, уровнем физического развития ребенка и режимом дня (видом занятий и нагрузкой) и охватывают все разновидности игровой деятельности детей: от простейшей гимнастики до активного отдыха вместе с родителями.



ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ В ДЕТСКОМ САДУ Игровой стретчинг

Автор — Сулим Е.В.

Цель данного издания — повысить интерес детей к физкультурным занятиям за счет введения увлекательных упражнений игрового стретчинга.

Книга содержит конспекты-сценарии сюжетно-игровых занятий, спортивных сказок и более 80 разнообразных упражнений по игровому стретчингу. Также представлены загадки и стихотворения, необходимые для выполнения упражнений. Книга снабжена большим количеством иллюстраций, призванных облегчить работу педагога по обучению детей.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40,

по E-mail: sfera@cnt.ru, **по тел.:** (495) 656-75-05, 656-72-05

или закажите в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой **индекс и обратный адрес** и заказать **бесплатные каталоги** издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология», «Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ В ДОУ



С ФИЗКУЛЬТУРОЙ ДРУЖИТЬ — ЗДОРОВЫМ БЫТЬ! Методическое пособие

Автор — Маханёва М.Д.

В данном пособии предлагаются рекомендации по физическому воспитанию детей дошкольного и младшего школьного возраста. Пособие содержит перспективные планы физкультурных занятий, уроков, занятий по плаванию, сценарии спортивных праздников и примерный комплекс закаливающих процедур из опыта работы МОУ «Прогимназия № 117» учителя физкультуры Г.В. Барановой.



МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ДОУ Организация работы

Автор — Каралашвили Е.А.

Настоящее издание ставит перед собой цель сориентировать специалистов (педагога-психолога, логопеда, социального педагога), начинающих работать в структуре медико-психолого-педагогической службы в детском саду. Достаточный материал по организации деятельности, авторские разработки заинтересуют и опытных специалистов этого профиля.



ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 6—7 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю.

В книге представлены сценарии оздоровительных досугов познавательной направленности для детей подготовительной группы детского сада. Сценарии включают большое количество разнообразных игр: подвижных, коммуникативных, игр-соревнований. В игровой форме происходит знакомство с природно-климатическими зонами, различными видами ландшафтов, странами и населяющими их народами. Сценарии, представленные в сборнике, разнообразны по форме и содержанию.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,

по E-mail: sfera@cnt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

или закажите в интернет-магазине: www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой индекс и обратный адрес и заказать бесплатные каталоги издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология», «Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



К сведению авторов журнала «Медработник ДОУ»

Материалы к рассмотрению принимаются только при условии выполнения следующих правил их оформления. Авторы несут ответственность за достоверность предоставленных материалов.

1. Статья должна обязательно иметь *название*.
2. После названия указывается *информация об авторах*: фамилия, имя, отчество (полностью), место работы и должность без сокращений и аббревиатур, ученая степень и ученое звание (если есть), домашний адрес (с индексом), контактный e-mail и телефон.
3. Текст должен соответствовать следующим параметрам: формат Microsoft Word; шрифт Times New Roman, размер шрифта — 12; межстрочный интервал — 1,5; поля с каждой стороны — 2 см; абзац выровнен по левому краю, отступы и интервалы — 0; отступ первой строки — 0,5.
4. Таблицы создаются средствами Microsoft Word, нумеруются, снабжаются заголовками и вставляются сразу после ссылки на них. Графики и диаграммы создаются средствами Microsoft Excel, снабжаются заголовками, соответствующими подрисуночными подписями и условными обозначениями и вставляются сразу после ссылки на них.
5. При наличии в рукописи рисунков и фотографий они должны быть представлены отдельными файлами в формате TIF, JPEG (разрешение 300 dpi — для цветных, 600 dpi — для черно-белых).
6. При наличии в статье стихотворений (прозы) других авторов обязательно ссылка на автора (ФИО).
7. Сокращения (даже общепринятые) и аббревиатуры должны иметь расшифровки при их первом упоминании в тексте.
8. Все литературные источники и ссылки на них должны быть тщательно выверены авторами. Прямое цитирование или использование идей других авторов допускается только при точной ссылке на книгу (статью).
9. Список литературы приводится в алфавитном порядке с указанием фамилии и инициалов автора, полного названия, места и года публикации, номера страницы. Ссылки в тексте статьи указываются в скобках: номер книги или статьи из списка. Постраничные сноски не желательны.
10. При ссылке на официальные нормативные документы указывается вид документа, принявший орган, дата и номер принятия, название. Допускаются ссылки только на действующие нормативные документы.
11. Объем рукописи не должен превышать 15 страниц компьютерного набора. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать материал в соответствии с концепцией журнала.
12. На последней странице статьи заполните анкету автора.
13. Статьи вместе с заполненной анкетой можно представить в напечатанном виде (один экземпляр) с приложением компакт-диска или выслать электронной почтой по E-mail: medr@tc-sfera.ru; 123@tc-sfera.ru

Анкета автора журнала «Медработник ДОУ»

Фамилия, имя, отчество (полностью); дата рождения (число, месяц, год); место работы, должность; ученая степень, ученое звание; домашний адрес (с индексом) и контактный телефон, e-mail.

Пожалуйста, помните: представление в редакцию работ, отправленных на рассмотрение или опубликованных в других изданиях, не допускается.



Созвездие подписных изданий для дошкольного образования!

Продолжается подписка на первое полугодие 2012 г.

Подпишитесь на свой профессиональный журнал!

Комплект	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
«Управление ДОУ» с приложением; журналы «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»	36804	39757	10399
«Управление ДОУ» с приложением	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой и учебно-игровым приложением	18036	39756	10396
«Логопед»	82686		
Комплект «Предшкольная подготовка» (комплект из 19 книг)	20572	42121	

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания Вашего учреждения,

вам потребуется **четыре индекса:**

36804, 80899, 18036, 20572 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их по
почте наложенным платежом **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по E-mail: sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

В следующем номере!

У нас в гостях коллеги из Томска

Оздоровительные технологии в снижении заболеваемости детей дошкольного возраста

Формирование основ валеологических знаний у детей

Особые дети в интегрированном образовательно-воспитательном пространстве ДОУ

Физкультурно-оздоровительные технологии в ДОУ

Аэробика в детском саду

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера журнала «Медработник ДОУ». Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество экземпляров. Заявку отправьте **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40, или по **E-mail:** sfera@cnt.ru. Журналы до 2011 г. издания можно приобрести по 15 рублей!

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2011, № 8 (28)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Издается с 2008 г.

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор Н.А. Зайченко

Оформление, макет
С.Н. Гамзиной

Художник обложки
Е.В. Кустарова

Корректоры
Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

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

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

Редакция не рецензирует присланные материалы и не возвращает.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия 13.07.07
Свидетельство ФС № 77-28788

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553;
36804 (в комплекте)
«Пресса России» — 42120;
39757 (в комплекте)
«Почта России» — 10399 (в комплекте)

*Журнал «Медработник ДОУ»
выходит 8 раз в год: с февраля
по май, с сентября по декабрь*

Адрес редакции:

Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.
Почтовый адрес: 129626, Москва, а/я 40.
E-mail: 123@tc-sfera.ru

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05
E-mail: sfera.post@mail.ru; [www:tc-sfera.ru](http://www.tc-sfera.ru)

Номер подписан в печать 24.11.11. Формат 60×90¹/₁₆.
Усл. печ. л. 8,0. Тираж экз.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2011
© ООО «ТЦ СФЕРА», 2011
© Т.В. Цветкова, 2011

