



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного Образовательного Учреждения



**Профилактика пищевой аллергии
у дошкольников**

**Принципы использования
физкультурных тренажеров
при ДЦП**

**Скрининговые исследования
артериального давления и ЭКГ**

**Взаимосвязь аллергического
ринита и бронхиальной астмы
у детей**

**Технологии оздоровления часто
болеющих детей в условиях ДОУ**

**Экологическая реабилитация детей
с ограниченными возможностями**

№ 1/2009

Содержание

2009, № 1

Колонка редактора	3
Гость номера Э.Н. Мингазова	4

ГИГИЕНА

Режим дня

Бобрищева-Пушкина Н.Д. и др. Профилактика нарушений адаптации детей к пребыванию в ДОУ	10
--	----

Рациональное питание

Мингазова Э.Н., Гомзина Е.Г., Титова С.А. Профилактика пищевой аллергии у дошкольников	19
Шамова А.Г., Гомзина Е.Г. Применение молочной смеси на основе козьего молока для профилактики аллергии у детей первого года жизни	29

Физическое воспитание

Мога Н.Д. Принципы использования тренажеров в физическом воспитании дошкольников, страдающих ДЦП	35
---	----

Гигиеническое воспитание

Мингазова Э.Н. Несколько советов по правильному обучению дошкольников	44
---	----

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

Макарова Т.П. и др. Актуальность скрининговых исследований артериального давления и ЭКГ у дошкольников	48
---	----

Неинфекционные заболевания*Гомзина Е.Г., Шамова А.Г.*Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной
астмы, факторы их формирования 60**Инфекционные заболевания***Салиманова Р.Р.*Профилактика ОРВИ у детей
дошкольного возраста 72**ПЕДАГОГИКА****Оздоровительная работа***Антонов Ю.Е.*Истоки социально-оздоровительной технологии
«Здоровый дошкольник» 74*Ямщикова Н.Л., Соколова С.Б.*Технологии оздоровления часто болеющих
детей в условиях ДОУ 87**Развитие ребенка***Ткачева И.А.*Особенности психологической
готовности к школе
детей 6—7 лет с ЗПР 92**Экология***Гильмизянова Е.Г.*Экологическая реабилитация детей
с ограниченными возможностями
в Республике Татарстан 99**АКТУАЛЬНО****Документация***Игнатова Л.В.*Проводим психолого-медико-
педагогический консилиум 102**Справочник**Указатель статей, опубликованных
в журнале в 2008 году 117**Наша почта***Бронникова С.В.*

Медработникам приходится стоять щитом 122

Книжная полка 124**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128

Уважаемые коллеги!

Прошел год со времени выпуска первого номера журнала. Все это время для вас работал дружный коллектив авторов и сотрудников издательства «ТЦ Сфера». На страницах журнала выступали врачи и педагоги, ведущие ученые различных научных школ Санкт-Петербурга, Москвы, Твери, Уфы, Иваново и других городов. Благодарим всех, кто поддерживал нас, присылал статьи для публикации, письма с вопросами и предложениями.

Известно, что каждый специалист периодически проходит повышение квалификации, обычно раз в пять лет. Так, например, для медработников ДОУ кафедрой гигиены детей и подростков ММА им. И.М. Сеченова проводятся сертификационные циклы и циклы тематического усовершенствования. Но в наше стремительное время знания устаревают гораздо быстрее, появляется необходимость постоянного их пополнения и обновления. Надеемся, наш журнал окажет в этом помощь медработникам и организаторам дошкольного образования.

Наступивший 2009 год богат юбилеями научных школ и конференциями по вопросам охраны здоровья детей. В феврале открывается XVI съезд педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии», где специально для вас работает школа специалиста по медицинскому обеспечению образовательных учреждений. Будет проведена Всероссийская научно-практическая конференция «Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения)».

Редколлегия планирует освещать работу научных форумов, публиковать наиболее интересные, на наш взгляд, доклады, представленные на них. Вместе с тем, уважаемые авторы, в редакции журнала будут рады вашим сообщениям на такие важные темы, как состояние здоровья и проблемы санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения; информатизация обучения, воспитания и досуга детей; двигательная активность и физкультура как ведущие компоненты гармоничного роста и развития детей, формирования здоровья нации; рациональное питание детей и здоровая окружающая ребенка среда в ДОУ.

Пишите, задавайте вопросы, делитесь своим опытом с коллегами, присылайте статьи для публикации.

С уважением, редакция

Гость номера

Мингазова Эльмира Нурисламовна

*д-р мед. наук, профессор, исполнительный
директор Научно-методического центра изучения проблем
здоровья детей и молодежи при Казанском
государственном медицинском университете*

Современные профилактические подходы к охране здоровья детей и подростков

В Казани, как и по России в целом, в настоящее время отмечается отрицательный показатель естественного прироста населения (-3%). Однако при этом нельзя не отметить ряд положительных тенденций: показатель рождаемости увеличился по сравнению с 2000 г. с 7,9 до 10,8‰, а показатель смертности снизился с 13,8 до 12,9‰. Показатель же младенческой смертности в г. Казани и вовсе имеет тенденцию к снижению в течение последних семи лет (в 2007 г. он составил 6,4 на 1000 живорожденных, что значительно меньше среднего для России показателя — 9,4 на 1000).

Однако на фоне данной положительной динамики особую тревогу вызывают высокие показатели заболеваемости детей и подростков. Так, уровень первичной заболеваемости среди детского населения (до 14 лет) за последние четыре года вырос на 15,3% (с 1811,8 до 2089,1 на 1000 соответствующего населения), а среди подростков 15—

17 лет — на 23,8% (с 1099,3 до 1361,2‰). Аналогичная картина наблюдается и по показателям распространенности болезней.

Известно, что основную роль в изменениях состояния здоровья играют три группы факторов: генотип популяции, образ жизни, состояние окружающей среды. Исследователи к числу этиологических факторов относят также профессиональные вредности у родителей (по меньшей мере в течение 2 лет перед рождением ребенка), курение матери во время беременности и курение дома в присутствии ребенка. Показатели здоровья детей зависят и от типа семьи — заболеваемость детей в неполных семьях достоверно выше, чем в полных, и часто болеющих детей в них больше.

Нужно отметить, что для некоторых видов заболеваний за последние годы характерен особый рост. Так, в г. Казани уровень первичной заболеваемости по причине болезней нервной системы и органов чувств за

последние четыре года вырос в 2 раза (с 23,7 до 47,7 ‰ — среди детей; с 26, 2 до 48,9 — среди подростков), болезней эндокринной системы и обмена веществ — также в 2 раза (с 8,7 до 15,7 — среди детей; с 17,4 до 42,3 — среди подростков), болезней костно-мышечной системы — в 1,5 раза (с 27,5 до 43,7‰ среди детей). Еще в 50—60 годы XIX в. педиатрами было установлено большое распространение среди школьников нарушений опорно-двигательного аппарата, неврастении, анемии, близорукости, причем частота их распространения увеличивалась по мере увеличения продолжительности обучения. Известный патолог Рудольф Вирхов в работе «О некоторых вредных для здоровья влияниях школы» (1870) впервые использовал термин «школьные болезни». Основными причинами этих расстройств назывались неправильная форма и величина школьных столов, недостаточная освещенность классов, плохой воздух в школе, перегрузка учебными занятиями. Зачастую все это и сейчас мы наблюдаем в детских садах и школах. На организм современных дошкольников, как и более старших детей, наряду с перечисленными «внутришкольными» факторами, оказывают выраженное неблагоприятное действие интенсификация и переход на новые формы обучения, учебный стресс, гипокинезия. Процесс обучения (особенно в шко-

лах) организуется, как правило, без учета здоровья обучающихся.

Активность родителей, стремящихся максимально «гармонично» развивать ребенка, определяя его сразу в несколько учреждений дополнительного образования (музыкальная, художественная, спортивная школы и др.), также приводит к хроническому переутомлению ребенка, а затем и развитию патологии. Материально-техническая база многих учебных заведений сегодня не позволяет сохранить и укрепить здоровье детей. В результате, по данным многочисленных исследований, за период обучения по программе основного общего образования число здоровых детей снижается в 4 раза, число детей с близорукостью возрастает с 3 до 30%, с нервно-психическими расстройствами с 15 до 40%, с гастроэнтерологическими заболеваниями — в 2 раза. За время обучения в ДОО и школе число детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата увеличивается в 2 раза, аллергическими заболеваниями — в 3 раза, с нервными болезнями — в 2 раза.

Пути решения этой проблемы хорошо известны. К числу факторов, оказывающих оздоровительное влияние, относятся гигиенически оптимальная окружающая среда, адекватный двигательный режим, закаливание, сбалансированное питание, рациональный суточный режим, здоровый образ жизни. Вопросы

формирования здорового образа жизни, воспитания высокой гигиенической культуры у подрастающего поколения в настоящее время отнесены к проблемам государственной важности. Это и понятно, ведь здоровый образ жизни — поведение, стиль, который способствует сохранению, укреплению, восстановлению здоровья популяции. Здоровый образ жизни — это и социально-экономическая категория, от которой зависит уровень развития экономики. Кроме того, необходимо отметить, что при рациональном образе жизни формируется поведение, направленное не только на повышение защитных сил организма, но и на борьбу с вредными привычками. Повышение защитных сил включает в себя и соблюдение правил личной гигиены, медицинскую активность и динамическое слежение за собственным здоровьем. Конечно же, ребенок не может сам обеспечить соответствующий образ жизни, во многом его жизнедеятельность определяется родителями, воспитателями и педагогами. Поэтому основная роль в данном направлении принадлежит комплексу мероприятий по гигиеническому воспитанию и обучению детей, их родителей и педагогов.

Гигиеническое обучение детей проводится педагогами и медицинскими работниками в ДОУ как с детьми при их пребывании в детском саду, так и с

родителями. Для повышения эффективности работы целесообразно применять игровые, состязательные формы обучения, олимпиады, театрализованные представления.

Обязательный аспект гигиенического воспитания — формирование навыков личной гигиены как элемента активного отношения к своему здоровью. Личная гигиена в данном контексте понимается как свод правил и навыков гигиены и психогигиены, образ действий, самоподачи, самореализации, формы обхождения, принятые в цивилизованном обществе. Особой популярностью среди детей и родителей в настоящее время пользуются школы эстетического воспитания, в программу обучения которых входят предметы по этикету, культуре костюма, технике походки и другие, также работающие на здоровый образ жизни. И сегодня актуальны слова М.В. Ломоносова: «Чистоту соблюдать должно при столе, содержании книг, постели, платья. Кто внешним видом ведет себя гадко, тот показывает не только лень, но и подлые нравы».

Наиболее эффективны, как считается, современные формы подачи информации через яркие, увлекательные рубрики телевидения, видеозаписи, компьютерные программы. В то же время, как показывает наш собственный опыт, при правильной подаче лекционного мате-

риала врачом-специалистом, интерес детской аудитории к подаваемой информации увеличивается. Внимание детей и подростков повышается при использовании аудиовизуальных средств и раздачи сувениров за правильные ответы (дети предупреждаются об этом в начале лекции). Именно таким образом реализуется совместная программа Научно-методического центра изучения проблем здоровья детей и молодежи при КГМУ и НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦ ЗД РАМН (Москва) по гигиеническому воспитанию и образованию детей в образовательных учреждениях г. Казани (ДОУ, общеобразовательных школах и лицеях, учреждениях начальной профессиональной подготовки). В течение короткого времени данной программой были охвачены более 100 образовательных учреждений.

Незаменимый элемент в профилактике заболеваний детей — гигиеническое обучение родителей. В программу обучения родителей целесообразно включать такие основные разделы, как гигиена режима дня и учебно-воспитательного процесса, гигиена физического воспитания и спорта, гигиена питания детей, гигиенические требования к мебели и т.д. Для обучения родителей, имеющих детей с хроническими заболеваниями, этого перечня информационного обеспечения явно недостаточно. Как

показала практика, наиболее действенной формой гигиенического обучения детей с патологией и их родителей является посещение «Школ здоровья».

«Школы здоровья» для детей с той или иной патологией и их родителей — это структурные подразделения в составе медицинского учреждения, оказывающие медицинские профилактические услуги. В отраслевом классификаторе, введенном приказом Минздрава РФ от 16.07.2001 г. № 268, данный вид услуг определяется как «Сложные и комплексные медицинские услуги» (СКМУ) 91500.09.0002-2001.

Создание «Школ здоровья» для детей с различными формами патологии позволяет реализовать один из основополагающих принципов реформирования здравоохранения — обеспечение единства врача и пациента в достижении качества и медицинской эффективности оказываемой помощи. Современные «Школы здоровья» — не просто информационные технологии, передающие определенные знания, не безликие лектории и формальные лекции по «санпросвету», это новые информационно-мотивационные технологии.

Обоснованное использование комплекса аналитических методов позволяет не только осуществлять медицинский контроль над заболеванием, но объективно оценивать и контролировать

факторы «нездоровья», которые, как правило, обусловлены образом жизни ребенка и его семьи, особенностями поведения. Применение современных обучающих технологий помогает обеспечить не только эффективное информирование, но и мотивационное влияние, обучение навыкам самосохранения и даже социальную поддержку.

Как показывает опыт, эффективнее проходит обучение в группах детей с аналогичными проблемами здоровья. При этом, обращаясь к проблемам здоровья группы, внимание, безусловно, уделяется индивидуальным приоритетам, реализуются психологические подходы к формированию личностной мотивации. Успеху обучения способствуют доверительная атмосфера общения врача, ребенка и его родителей, взаимопонимание и чувство сопереживания, а также эффективная обратная связь — умение слушать, обсуждать. Желательно сопровождать советы выдачей письменных рекомендаций, памяток.

Таким образом, «Школа здоровья» является медицинской профилактической технологией, основанной на совокупности индивидуального и группового воздействия на ребенка и его родителей, направленной на повышение уровня их знаний, качества жизни, информированности и практических навыков по рациональному оздоровлению.

Основные условия при организации «Школ здоровья»: во-первых, наличие квалифицированного персонала в соответствии с требованиями по выполнению сложных и комплексных медицинских услуг; во-вторых, наличие в учреждении лицензии на образовательную деятельность по обучению пациентов; в-третьих, обеспечение условий для эффективного функционирования школы (помещение, методические и обучающие материалы и пр.).

Все эти условия, естественно, выполнимы для Казанского государственного медицинского университета. Поэтому вполне закономерно, что Управлением здравоохранения Исполнительного комитета г. Казани и администрацией КГМУ было принято совместное решение о создании городских «Школ здоровья» для детей с различными заболеваниями. В состав преподавателей данных школ входят не только ведущие ученые, профессора кафедр, но и главные специалисты педиатрической службы Управления здравоохранения города. Исполнение задач по активной работе «Школ здоровья» возлагается на Центр изучения проблем здоровья детей и молодежи при КГМУ и амбулаторно-поликлинические учреждения Управления здравоохранения Исполнительного комитета муниципального образования. Таковы позитивные изменения в области охраны здоровья детей в столице Татарстана.

Издательство «ТЦ СФЕРА»

Представляет новые плакаты для образовательных учреждений

Красочные с одной стороны, на плотной бумаге.

Форматом 70х100 см:

1. До свидания, детский сад
2. Добро пожаловать
3. Вперед в страну знаний с любимыми учителями
4. Все начинается со школьного звонка
5. С началом учебного года
6. Уголок родителей группы детского сада

Форматом 70х50 см:

1. 1 сентября
2. Английский алфавит
3. Безопасность на дороге
4. День учителя
5. Детям об огне
6. Календарь погоды
7. Осторожно — болезнетворные микробы

8. Осторожно — высокое напряжение
9. Пиши правильно
10. Позаботиться о своей безопасности
11. Правила поведения при пожаре
12. Правильная осанка
13. Твои права
14. Русский алфавит
15. Уголок пожарной безопасности
16. Часы и время

Форматом 30х42 см:

1. Таблица умножения
2. Таблица сложения
3. Противоположности
4. Фрукты
5. Овощи
6. С днем рождения (для девочки)
7. С днем рождения (для мальчика)



Эти и другие плакаты 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**.

Профилактика нарушений адаптации детей к пребыванию в ДОУ

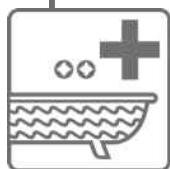
Бобрищева-Пушкина Н.Д.,
канд. мед. наук, доцент;

Попова О.Л.,
канд. мед. наук;

Кузнецова Л.Ю.,
канд. мед. наук, доцент;

Силаев А.А.,
канд. мед. наук, доцент,
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

ГИГИЕНА



Поступление ребенка в ДОУ сопровождается рядом неизбежных трудностей как для самого малыша, так и для его родителей. Ребенку предстоит приспособиться к совершенно иным условиям, чем те, к которым он привык в семье. А это совсем не просто. Ранее сложившиеся привычки трансформируются в соответствии с режимом дня и воспитательной программой, реализуемыми в конкретном ДОУ. На процесс адаптации ребенка влияют уровень его психического и физического развития, состояние здоровья, степень закаленности, сформированность навыков самообслуживания, коммуникативного общения со взрослыми и сверстниками и личностные особенности самого ребенка, а также уровень тревожности и личностные особенности родителей. Новый динамический стереотип формируется постепенно, при форсировании этого процесса могут возникать определенные психологические трудности у ребенка в виде отказа от еды, нарушений сна, общения с окружающими, у некоторых малышей наблюдается потеря уже сложившихся привычек и навыков. Например, дома просился на горшок — в детском саду этого

не делает, дома ел самостоятельно, а в детском саду отказывается. Причина этого — возникающий у ребенка стресс, на фоне которого снижается иммунорезистентность, и, как следствие, увеличивается заболеваемость детей острыми респираторными инфекциями. К сожалению, многие родители не понимают, что эти явления временные, и забирают малыша из сада, так и не дав ему возможности полностью адаптироваться, обвиняя в нерадивости работников ДОУ и ругая саму систему дошкольного воспитания в целом.

Для профилактики этих нарушений необходима организация совместной работы медицинского, педагогического персонала ДОУ и родителей. В этой работе выделяют следующие направления:

- подготовка детей к поступлению в ДОУ и прогнозирование адаптации к нему;
- организация жизнедеятельности детей в период адаптации;
- контроль за состоянием здоровья детей в период адаптации и коррекция возможных нарушений.

Подготовка детей к поступлению в ДОУ

Лучшим временем для поступления в ДОУ считается конец августа — начало сентября. За лето дети в уже сформированных группах отвыкают друг от друга, и поступающему ре-

бенку легче завести друзей. В это время у ребенка имеется естественная закаленность и сезонного подъема простудной заболеваемости в группах еще нет. Подготовка к поступлению в ДОУ проводится педиатром и медицинской сестрой не позднее чем за 6 мес. до поступления в него ребенка. За 2 мес. до поступления в ДОУ организуются профилактические осмотры детей врачами-специалистами (окулистом, неврологом, отоларингологом, хирургом-ортопедом и стоматологом), педиатром и логопедом (для детей с 3 лет). По показаниям, ребенок должен быть осмотрен и другими специалистами. Лабораторное исследование включает клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на простейших и яйца глистов. Не рекомендуется проведение профилактических прививок в течение месяца перед поступлением в ДОУ. По результатам осмотров проводятся лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия, оформляется эпикриз для дошкольного учреждения с комплексной оценкой здоровья, указанием прогноза адаптации, рекомендациями на период адаптации по режиму дня, питанию, физическому воспитанию и закаливанию. Родителям выдается выписка из истории развития ребенка и справка об отсутствии контактов с инфекционными больными.

Обязательный этап подготовки ребенка к дошкольному учреждению — гигиеническое обучение родителей. В поликлинике и ДОО оформляется информационный стенд для родителей детей, поступающих в дошкольное учреждение, о том, какие документы и анализы нужно представить. В окрестных департаментах образования, поликлиниках и ДОО желательна организация консультаций психологов и педагогов образовательных учреждений по темам «Подготовка детей к поступлению в ДОО», «Особенности течения адаптации к ДОО и профилактика нарушений в состоянии здоровья в этот период». Родители должны знать о необходимости постепенного и заблаговременного (хотя бы за 2—3 недели до поступления) перевода ребенка на режим дня, аналогичный режиму детского учреждения, постепенного приучения его к блюдам и продуктам, используемым в питании детей в ДОО. Следует обратить внимание родителей на необходимость дополнительного приема поливитаминных препаратов и обеспечения достаточного содержания белка животного происхождения в суточном рационе питания в период подготовки ребенка к поступлению в ДОО.

От чего же зависят характер и длительность адаптационного периода?

От возраста ребенка. Труднее всего адаптируются к новым условиям дети от 9 до 18 мес. Кроме того, необходимо помнить, что на 3-м году жизни ребенок вступает в критический период нервно-психического развития, известный как «кризис 3 лет». В случае выраженных проявлений кризиса (упрямства, агрессивности, негативизма) способность к адаптации ребенка также снижается. Оптимальным возрастом для поступления в ДОО большинство специалистов считают 4 года. К этому возрасту у нормально развивающегося ребенка появляются желание и умение играть со сверстниками, формируются простейшие навыки самообслуживания, значительно улучшается иммунитет. Все это значительно облегчает адаптацию ребенка к пребыванию в ДОО.

От состояния здоровья и уровня развития ребенка. Здоровый, нормально развитый ребенок легче адаптируется к новым условиям.

От индивидуальных особенностей. Даже дети одного и того же возраста и пола по-разному ведут себя в первые дни пребывания в детском саду. Одни с первого же дня плачут, отказываются есть, спать, на каждое предложение взрослого реагируют бурным протестом. Но проходит несколько дней, и поведение ребенка в корне меняется: аппетит, сон восстанавли-

ливаются, ребенок с интересом следит за игрой товарищей. Другие, наоборот, в первые дни внешне спокойны, без возражения выполняют требования воспитателя, а в последующие дни с плачем расстаются с родителями, плохо едят, спят, не участвуют в играх. Такое поведение может продолжаться от нескольких дней до нескольких месяцев.

От уровня тренированности адаптационных механизмов. Необходимо заранее создавать условия, которые требуют от ребенка новых форм поведения. Малыши, которые до поступления в детский сад неоднократно попадали в разные условия (посещали родственников, знакомых, выезжали на дачу и т.п.) легче привыкают к ДОУ.

От опыта общения ребенка со сверстниками и взрослыми. Важно, чтобы в семье у ребенка сложились доверительные отношения со взрослыми, прививалось умение положительно относиться к требованиям старших (идти спать, принимать пищу, убирать за собой игрушки и т.п.).

К факторам риска нарушения адаптации для детей ясельного возраста относятся: частые заболевания матери во время беременности; несоответствие домашнего режима ясельному; токсикоз 2-й половины беременности у матери; асфиксия при рождении; масса тела при рождении менее 2500 г и более

4000 г; отставание ребенка в нервно-психическом развитии; искусственное вскармливание; наличие хронических заболеваний. Для детей дошкольного возраста к таким факторам относятся: частые (более 4 раз в году) простудные заболевания; неудовлетворительная адаптация к яслям; неправильное домашнее воспитание; отсутствие или задержка освоения ролевых игр и навыков самообслуживания; мужской пол ребенка. Для детей любого возраста затруднения в адаптации отмечаются также при злоупотреблении алкоголем у родителей, конфликтных отношениях между ними и низким культурном и образовательном уровне семьи.

Следует подчеркнуть необходимость воспитания у ребенка навыков самообслуживания (самостоятельный прием пищи, одевание, пользование горшком, мытье рук и умывание). Задачу самообслуживания в ДОУ малышу стоит облегчить простой стрижкой, удобной одеждой без декоративных элементов типа маленьких пуговиц и застежек на спине. Главный принцип — чем проще, тем лучше. Обувь лучше выбирать на липучках.

Для облегчения адаптации ребенка к детскому коллективу рекомендуются прогулки и игры совместно с другими детьми, посещение групповых занятий, участие в детских коллективных мероприятиях. Если ребенок,

поступающий в ДОУ, уже умеет говорить, следует проводить с ним беседы о поступлении в детское учреждение. В этих беседах необходимо подчеркивать, что родители по-прежнему любят ребенка, а он уже стал большим для того, чтобы войти в детский коллектив, что в детском саду ему будет интересно — там много игрушек, там детей учат красиво рисовать и лепить, быстро бегать и прыгать и т.д. Необходимо, чтобы возможность ходить в детский сад подавалась как нечто важное и значительное, заслуженное ребенком, потому что он уже вырос и многому научился. Полезно почитать ребенку книжку о жизни ребят в детском саду, поиграть в детский сад, сходить туда на «экскурсию». Ни в коем случае нельзя пугать детским садом и показывать свою тревогу и обеспокоенность по этому поводу.

Организация жизнедеятельности детей в период адаптации к ДОУ

Первичный прием ребенка в ДОУ должен проводиться педиатром, психологом и педагогом-воспитателем учреждения. При этом уточняются сведения по анамнезу жизни, состоянию здоровья, особенностям воспитания и поведения ребенка, назначаются необходимые медико-педагогические мероприятия. Воспитателю необходимо еще до поступления малыша в

группу выяснить особенности его воспитания в семье, домашний режим, способы кормления, его любимые игрушки и занятия, индивидуальные особенности и сложившиеся привычки.

Для облегчения адаптации необходимо обеспечить:

- постепенное формирование группы из числа вновь поступающих детей (не более 3 детей в неделю);
- организацию ступенчатого режима пребывания ребенка в ДОУ;
- строгое выполнение санитарно-эпидемиологических требований к устройству, содержанию и организации режима работы ДОУ.

Специалисты-психологи рекомендуют следующую примерную схему: первый и второй день — на 2—3 ч. Постараться прийти к дневной прогулке, погулять вместе со всеми и уйти домой обедать. Находиться с ребенком в группе, кормить его, а тем более укладывать спать не стоит. Малыш должен знать, что в детском саду этим занимается воспитатель. На третий — шестой день — забрать ребенка сразу после обеда, до сна. Лучше рассчитать время так, чтобы прийти до окончания обеда и подождать в раздевалке, не показываясь малышу. Со вторника 2-й недели — малыш уходит домой в полдник. И лишь с 3-й недели можно оставлять ребенка на целый день.

Формирующиеся группы должны быть в первую очередь обеспечены помощниками воспитателей, чтобы у педагога-воспитателя оставалось больше времени на работу с детьми. В этих группах следует избегать частой смены воспитателей и перевода ребенка из одной группы в другую. В период адаптации обязательно сохраняются привычные для ребенка способы кормления, укладывания спать, следует разрешить принести любимую игрушку, кружку, пижаму и т.д. Временное сохранение привычных для ребенка приемов воспитания, даже в том случае, если они противоречат установленным в ДОУ правилам, помогает облегчить адаптацию. Для предупреждения формирования защитно-оборонительных реакций запрещается насильно кормить и укладывать спать, проводить какие-либо травмирующие или непривычные для ребенка процедуры, — стричь ногти, волосы, полоскать горло, чистить зубы, выполнять закаливающие процедуры. В период адаптации запрещается проводить прививки ребенку. Первая профилактическая прививка в ДОУ назначается по окончании периода адаптации, но не ранее чем через месяц после поступления ребенка.

Иногда трудным условием для малыша является большое пространство групповой комна-

ты и оборудование, которое существенно отличается от обычной домашней обстановки. В этом случае рекомендуется поместить его в более ограниченное пространство, отгороженный уголок, чтобы не лишать его чувства защищенности. Организация игровой деятельности в первые дни в стороне от детей, ближе к взрослому помогает привыкнуть ребенку к новому фактору — большому количеству сверстников и удовлетворить чрезвычайно острую в период адаптации потребность детей в эмоциональном контакте со взрослыми. Удовлетворению этой потребности также хорошо помогает частое ласковое обращение к ребенку, периодическое пребывание его на руках, тактильный контакт (поглаживание, ласковые прикосновения). Если ребенок очень привязан к маме, рекомендуется разрешить ее присутствие в первые 3—4 дня в группе. Следует также обеспечивать ребенку состояние теплового комфорта (одевать так, как он привык дома, следить за появлением симптомов охлаждения или перегревания), чаще предлагать теплое питье в ДОУ и дома (учитывая повышенное мочеиспускание и слезоотделение), на физкультурных занятиях следить за реакцией ребенка, не настаивать на обязательном выполнении упражнений. Облегчает адаптацию ребенка проведение музыкальных занятий и

рисования. При наблюдении за ребенком воспитатель и медицинский работник особое внимание должны обращать на состояние его носоглотки. Даже легкое покраснение зева или наличие умеренных выделений из носа является показанием к удалению его на 3—4 дня из детского учреждения. На фоне снижения сопротивляемости в период адаптации эти явления могут привести к развитию заболевания, поэтому ребенок нуждается в щадящем домашнем режиме. Родителям рекомендуется во время адаптации в период нахождения ребенка вне ДООУ увеличить объем двигательной активности (желательно в виде совместных прогулок и игр с детьми), снизить объем новых впечатлений (хождение в гости, театры, просмотр телепередач, игры на компьютере), создать в семье спокойный бесконфликтный психологический микроклимат (больше хвалить и меньше наказывать детей). Не рекомендуется одновременно с определением ребенка в ДООУ начинать занятия в кружках, секциях, художественной или музыкальной школе.

**Контроль за состоянием
здоровья детей в период
адаптации и коррекция
возможных нарушений**

Контроль за поведением и состоянием здоровья ребенка в период адаптации осуществля-

ется с первого дня пребывания ребенка в ДООУ. Медицинским персоналом на каждого ребенка заводится «Лист наблюдения за адаптацией», который заполняется педагогами-воспитателями и медицинскими работниками. Во время адаптации лист находится у воспитателя, по ее окончании вклеивается в карту. Адаптация детей оценивается по следующим критериям:

— контроль эмоционально поведенческих реакций проводит педагог-воспитатель в ясельных группах ежедневно, а у дошкольников 1 раз в 3 дня (на 3-й, 6-й, 9-й и т.д. день пребывания в ДООУ). Оцениваются следующие поведенческие реакции: снижение настроения, социальные контакты, игровая и познавательная деятельность, выполнение дисциплинарных требований, наличие агрессии, страха, двигательная активность, сон, аппетит. Разработаны специальные шкалы для оценки этих реакций в баллах, однако для упрощения оценки можно пользоваться отметками «отклонений не выявлено», «отклонения незначительные», «отклонения умеренно выражены», «отклонения сильно выражены». После каждой оценки воспитателя медицинская сестра анализирует результаты, выявляет детей, имеющих отрицательные оценки или их значительное снижение, и ин-

- формирует об этом педиатра и психолога;
- возникновение пограничных нервно-психических расстройств — невротических реакций (беспричинные боли в животе, энурез, нарушение сна, тики, сосание пальца, обгрызание ногтей, страхи). Их активное выявление проводят воспитатели, наблюдающие за детьми, и родители, анкетирование, которых рекомендуется проводить 1 раз в неделю;
 - динамика нервно-психического развития. Используется у детей ясельного возраста и проводится педиатром или психологом 1 раз в неделю;
 - динамика массы тела. Взвешивание проводит медицинская сестра у детей ясельного возраста 1 раз в 3 дня, у дошкольников 1 раз в неделю;
 - динамика уровня гемоглобина. Проводится по назначению врача;
 - частота острой респираторной заболеваемости и обострений хронических заболеваний. Учитывается медицинской сестрой на основании справок о перенесенных заболеваниях.

Медицинская сестра ДОУ еженедельно должна анализировать листы адаптации и выявлять детей, имеющих отклонения по вышеперечисленным критериям. Потом эти дети консультируются педиатром и психологом, а по показаниям — и

другими врачами-специалистами. Оценку течения адаптации детей к ДОУ проводит педиатр.

Адаптация считается благоприятной, если эмоционально-поведенческие реакции были слабовыраженными и нормализовались в течение 20 дней у дошкольников и 30 дней у детей ясельного возраста, невротических реакций не наблюдалось, или они были слабовыраженными и прошли в течение 1—2 недель без специальной коррекции, потеря массы тела не наблюдалась. За период благоприятной адаптации у дошкольника не наблюдается простудных заболеваний, а ребенок раннего возраста может перенести не более одного простудного заболевания в легкой форме.

Условно благоприятной считается адаптация с умеренно выраженными эмоционально-поведенческими реакциями и симптомами невротизации, потребовавшими коррекции, потерей массы до 150 г, падением гемоглобина до 115 г/л, 1—2 простудными заболеваниями в легкой форме. У детей раннего возраста допускается временный регресс нервно-психического развития не более чем на один эпикризный срок. Продолжительность адаптационного периода — не более 45 дней для дошкольников и 75 дней для детей ясельного возраста.

В случае более выраженных изменений или затягивания сроков адаптации течение по-

следней оценивается как неблагоприятное.

Коррекция нарушений адаптации всегда индивидуальна и должна назначаться педиатром и психологом, а при необходимости и другими специалистами, к которым ребенок направляется на консультацию. Для ребенка с затрудненной адаптацией используется постепенное привыкание к ДОУ, рекомендуются в среду или четверг пребывание дома, индивидуальные занятия с психологом, рисование, сказко- и игротерапия для коррекции эмоциональных нарушений. Педиатром могут быть назначены средства для повышения неспецифической резистентности ребенка, купирования психоэмоционального стресса, увеличение продолжительности и кратности пребывания на открытом воздухе в выходные дни, оптимизация двигательного режима (время движения в сутки должно составлять не менее 3 ч), рекомендованы схемы закаливающих мероприятий и рационализация питания. В случае отсутствия эффекта при проведении коррекционных мероприятий в данном образова-

тельном учреждении возможно возобновить попытку записать ребенка в другое ДОУ либо в группу кратковременного пребывания детей, либо организовать воспитание в учреждениях дополнительного образования с учетом возраста ребенка. Сведения о неблагоприятной адаптации к яслям и детскому саду обязательно должны быть отражены в выписном эпикризе при поступлении в школу, так как это является фактором риска нарушения адаптации к школе.

Литература

1. Жданова Л.А. и др. Профилактика и коррекция нарушений адаптации детей к образовательным учреждениям. Иваново, 2000.
2. Захаров А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка. СПб., 1997.
3. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. СПб., 2000.
4. Образцова Л.Н. Не хочу идти в детский сад: маленькие подсказки для родителей. М.; СПб., 2005.
5. Овсепян К.Р. Я иду в детский сад: проблемы адаптации. М., 2002.
6. Черная Л.Н. Врач детского дошкольного учреждения: практическое пособие. Ростов н/Д, 2006.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Общее число рожденных в 2008 г. в России детей, как и в 2007 г., превысило 1,6 млн человек. Около 1,5 млн младенцев рождены женщинами, которые воспользовались родовыми сертификатами в 2008 г. — это более 90% всех рожениц.

В 2008 г. установлен российский рекорд по рождению четверней, а также троен и двоен. По данным Фонда социального страхования РФ, по четверо детей сразу появились в шести российских семьях (в 2007 г. — одна четверня). Тройни родились у 188 женщин (в 2007 г. — у 147), двойни — 11,8 тыс. (годом ранее — у 10 тыс.).

Профилактика пищевой аллергии у дошкольников

Мингазова Э.Н.,

д-р мед. наук, профессор;

Гомзина Е.Г.,

канд. мед. наук;

Титова С.А.,

*ассистент, Казанский государственный
медицинский университет, г. Казань*

Питание и аллергия у детей имеют тесную взаимосвязь. Установлено, что употребление в пищу высокоаллергенных продуктов беременными женщинами приводит к развитию внутриутробной сенсибилизации плода и возникновению у predisposed к этому детей ранних проявлений пищевой аллергии. У детей раннего возраста пищевая аллергия — наиболее частая причина основных аллергических состояний, играющая важную роль в формировании респираторных и кожных проявлений аллергии.

По оценкам специалистов, распространенность пищевых аллергий составляет примерно 1—3% среди взрослых и 4—6% среди детей. Однако оценка распространенности пищевых аллергий затруднена в связи с использованием в различных исследованиях разных методологий, а также с тем, что с воз-

растом частотность пищевых аллергий изменяется. Так, среди детей грудного возраста наиболее распространена аллергия на яйца и молоко, которая часто проходит с возрастом. Аллергия на моллюсков и ракообразных встречается чаще среди взрослых, чем среди детей, тогда как аллергия на арахис равно распространена среди детей и взрослых.

Факторами риска развития аллергических реакций у детей могут быть наследственная предрасположенность, особенно при наличии атопии у обоих родителей или у матери, экологическое неблагополучие окружающей среды, курение матери во время беременности. Негативную роль играют также ante- и интранатальная гипоксия плода, обусловленная поздними гестозами; сердечно-сосудистые и хронические бронхолегочные заболевания

матери; инфекционные заболевания, перенесенные матерью во время беременности, и проводимая в связи с этим антибиотикотерапия. Генетическая восприимчивость и воздействие аллергенов являются необходимыми компонентами аллергических нарушений у детей. Ряд факторов окружающей среды — табачный дым, плохой климат, неудовлетворительный микроклимат, некоторые аллергены способствуют возникновению аллергической болезни и их клинических проявлений.

Доказана протективная роль грудного вскармливания для развития пищевой аллергии и уменьшения вероятности развития аллергического ринита и бронхиальной астмы, раннего

начала и формирования в последующем тяжелого течения болезни. Тем не менее, некоторые клинические наблюдения свидетельствуют о возможности развития пищевой аллергии у детей, находящихся на естественном вскармливании. Отмечена клиническая связь между развитием аллергических симптомов и повышенным уровнем IgE в сыворотке крови детей первых месяцев жизни при наличии пищевых аллергенов в молоке кормящих матерей. Основным аллергеном у детей первого года жизни считается коровье молоко (табл. 1).

Однако специальные исследования показали, что меньше чем у 50% детей к 2 годам снижается толерантность к коровь-

Таблица 1

**Этиологически значимые пищевые продукты
(аллергены) у детей первого года жизни**

Пищевой продукт	Аллерген (антиген)	Частота выявления, %
Коровье молоко	Казеин, бычий сывороточный альбумин, β-лактоглобулин, α-лактоальбумин	79—89
Куриное яйцо	Овальбумин, овомукоид, лизоцим, кональбумин	65—70
Злаковые культуры	Глютен, гордеин, авеин	30—40
Соя	Белок	20—25
Рыба	М-паральбумин	90—100
Овощи и фрукты яркой окраски	—	40—45

ему молоку, у 60 — к 4 и у 80% — к 6 годам. Данные этих исследований показывают, что пищевая аллергия чаще выявляется у детей из семей, в которых ранее были диагностированы случаи заболевания бронхиальной астмой. По данным зарубежных авторов, у 30—80% всех детей, страдающих атопическим дерматитом, развивается в последующем респираторная аллергия.

Возникновение пищевой аллергии у детей первого года жизни может быть связано, с одной стороны, с состоянием пищеварительного тракта, с другой — с нарушениями в питании кормящей матери и ребенка.

Формированию пищевой аллергии способствуют:

- нарушение питания матери во время беременности и кормления (злоупотребление определенными продуктами, обладающими выраженной сенсibilизирующей активностью: рыба, яйца, орехи, молоко и др.);
- ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание;
- нарушение питания (несоответствие объема и соотношения пищевых ингредиентов массе и возрасту ребенка);
- беспорядочное питание, редкие или частые приемы пищи, что приводит к нарушению секреции желудка, развитию гастрита, гиперсекреции слизи и другим расстройствам, способствующим

формированию пищевой аллергии или псевдоаллергии;

- избыточное употребление кормящей матерью коровьего молока, творога, высокоаллергенных продуктов;
- нарушение состояния гастроинтестинального тракта.

Последнее может быть обусловлено:

- сниженной ферментативной активностью желудочно-кишечного тракта;
- низким уровнем секреторного IgA;
- повышенной проницаемостью слизистой кишечника для макромолекул;
- перенесенными острыми респираторно-вирусными и кишечными инфекциями, приводящими к повышенной проницаемости слизистой кишечника;
- нарушением состава кишечной микрофлоры;
- назначением цельного коровьего молока на первом году жизни ребенка (в качестве основного продукта питания);
- широким употреблением продуктов, обладающих высоким сенсibilизирующим потенциалом;
- снижением или ускорением всасывания высокомолекулярных соединений, обусловленным нарушением этапов превращения пищевого субстрата в пищеварительном тракте при недостаточной функции поджелудочной железы, энзимопатии, дискинезии желчевыводящих путей и кишечника и др.

На фоне пищевой аллергии в силу сходства антигенной структуры и развития перекрестных реакций нередко формируется гиперчувствительность к другим видам аллергенов (пыльцевым, бытовым, эпидермальным). Перекрестное реагирование обус-

ловлено сходством антигенных детерминантов у родственных групп пищевых продуктов, а также антигенной общностью между пищевыми и пыльцевыми аллергенами, пищевыми продуктами и лекарствами растительного происхождения (табл. 2).

Таблица 2

Перекрестные реакции на пищевые и непищевые агенты, обусловленные идентичностью или сходством аллергенных структур

Пищевые продукты	Продукты и непищевые антигены, дающие перекрестные аллергические реакции
1	2
Коровье молоко	Козье молоко, говядина, телятина и мясопродукты из них, шерсть коровы, препараты на основе поджелудочной железы крупного рогатого скота
Кефир (кефирные дрожжи)	Плесневые грибы, плесневые сорта сыров (Рокфор, Бри, Дор-блю и т.п.), дрожжевое тесто, квас, антибиотики пенициллинового ряда
Грибы	Продукты, в технологии приготовления которых используются грибки: кефир, некоторые сыры, дрожжи, дрожжевой хлеб, антибиотики, плесень
Конина	Мясо лося, перхоть лошади
Мясо кролика	Конина, шерсть кролика
Морковь	Петрушка, сельдерей, витамин А, в-каротин
Клубника	Малина, ежевика, смородина, брусника
Яблоки	Груша, айва, персик, слива, пыльца березы, ольхи, полыни
Орехи (фундук, грецкие, фисташки, кешью и др.)	Орехи других сортов, пыльца орешника, манго
Семена подсолнечника	Подсолнечное масло, халва, мед, арбуз, дыня, пыльца сложноцветных растений
Бананы	Глютен, пыльца подорожника
Шоколад	Кола, какао
Цитрусовые	Грейпфрут, лимон, апельсин, мандарин

Окончание табл.

1	2
Подсолнечник	Артишок, ромашка, цикорий, одуванчик, эстрагон
Свекла	Шпинат, сахарная свекла
Авокадо	Лавр
Бобовые	Арахис, соя, горох, фасоль, чечевица, манго, люцерна
Картофель	Баклажаны, томаты, перец стручковый зеленый и красный, паприка, табак
Лук репчатый	Спаржа, лук-резанец, чеснок, лук-порей
Слива	Миндаль, абрикосы, вишня, нектарины, персики, дикая вишня, черешня, чернослив, яблоки
Абрикосы, вишня, персики, картофель, малина, клубника, виноград, слива	Аспирин, амидопирин

Предложена классификация лизирующего эффекта: высокая, продуктов по степени сенсibili- средняя, низкая (табл. 3).

Таблица 3

Сенсибилизирующие эффекты продуктов

Высокий	Средний	Низкий
Цельное молоко Яйца Рыба, морепродукты, икра Пшеница, рожь Морковь, помидоры, сельдерей, болгарский перец, клубника, земляника, малина, цитрусовые, ананас, гранат, банан, киви, манго, хурма, дыня Кофе, какао Шоколад Грибы Орехи Мед	Говядина, куриное мясо Гречиха, овес, рис Горох, бобы, соя Картофель, свекла Персики, абрикосы, клюква, темно-красная вишня, черника, черная смородина, шиповник, бананы	Кисломолочные продукты Конина, мясо кролика, индейка, постная свинина, тощая баранина Перловка, кукуруза, пшено Цветная, белокочанная капуста, брокколи, кабачки, патиссоны, огурцы Зеленые сорта яблок и груш, белая и красная смородина, белая и черная черешня, желтые сорта слив Огородная зелень (петрушка, укроп)

Содержание салицилатов, аскорбиновой кислоты во фруктах, серотонина в бананах, тиамина (сыры Камамбер, Пармезан, шоколад, колбасы), гистамина (сыры швейцарский, Гауда, осетинский, адыгейский); соединения серы, содержащиеся в сухофруктах, хрене, карамели, пищевых добавках, цукатах из лимонных и апельсиновых корок, в мякоти плодов, желатине; краситель тартразин, придающий желтую окраску и содержащийся в таких продуктах, как фруктовые соки, лимонады, йогурты, джемы, жевательные конфеты, соусы, пироги, супы быстрого приготовления, кондитерские изделия, а также жевательные резинки, могут быть причиной аллергических реакций. Кроме того, многие фрукты и овощи (томаты, яблоки, груши, бананы) обрабатываются этиленом — нефтепродуктом, ускоряющим созревание.

Клиническим проявлением аллергических заболеваний является атопический дерматит, интерстициальная дисфункция (диарея, колики), отек Квинке, крапивница, бронхиальная астма. Диагностика пищевой аллергии включает сбор аллергоанамнеза, ведение пищевого дневника, провокационные пробы, кожные тесты, лабораторные методы.

Лечебное питание. Важнейшая составная часть лечения детей с пищевой аллергией —

диетотерапия. Доказано, что адекватно подобранная гипоаллергенная диета на начальных стадиях пищевой аллергии ускоряет ремиссию заболевания или даже клиническое выздоровление, при выраженных проявлениях пищевой аллергии она способствует улучшению состояния, прогноза и исхода заболевания.

При составлении гипоаллергенной диеты необходимо учитывать данные аллергологического анамнеза и обследования, период заболевания, характер вскармливания ребенка, особенности нутритивного статуса, состояние желудочно-кишечного тракта, характер сопутствующей патологии.

Основные принципы построения гипоаллергенной диеты — элиминация из питания продуктов с высокой сенсибилизирующей активностью, причинно-значимых, перекрестно реагирующих, раздражающих слизистую желудочно-кишечного тракта, содержащих консерванты, пищевые красители, эмульгаторы, стабилизаторы и др., и адекватная замена исключенных продуктов натуральными и специализированными продуктами.

Гипоаллергенные продукты промышленного производства: — специализированные смеси на основе гидролизатов молочного белка (лечебного, лечебно-профилактического и профилактического назначения);

- специализированные смеси на основе изолята соевого белка;
- гипоаллергенные безмолочные каши;
- гипоаллергенные монокомпонентные ягодные, фруктовые и овощные пюре;
- гипоаллергенные монокомпонентные мясные консервы: конина, индейка, ягненок и др.;
- специализированная вода для детского питания.

Основное направление в составлении лечебных рационов детей первого года жизни, страдающих пищевой аллергией, — выбор базовой гипоаллергенной смеси (продукта на основе гидролиза белка, реже соевая смесь) и гипоаллергенных продуктов и блюд прикорма (фруктовых и ягодных соков и пюре, овощных, мясных пюре, каш).

Несмотря на то, что аллергия к белкам коровьего молока может выявляться у детей, находящихся на естественном вскармливании, в их питании важно максимально полно сохранять материнское молоко, которое помимо основных нутриентов, витаминов и минеральных веществ содержит нужные для адекватного развития ребенка защитные факторы, гормоны, ферменты, факторы роста.

Необходимо помнить, что диета должна содержать пищевые ингредиенты, обеспечивающие физиологические потреб-

ности детей (белки, жиры и углеводы, витамины, минералы и микроэлементы), с содержанием пищевой и биологической ценности (при строгой кулинарной обработке), а также иметь приятные органолептические свойства.

В настоящее время в индустрии детского питания имеется широкий спектр лечебных смесей для детей первого года жизни, страдающих от пищевой аллергии (табл. 4).

При пищевой аллергии у ребенка, находящегося на грудном или смешанном вскармливании, необходима рекомендация гипоаллергенной диеты кормящим матерям (табл. 5).

Следует помнить, что указанные в табл. 4 и 5 молочные продукты можно рекомендовать только при отсутствии клинических реакций на коровье молоко. В случаях реакции на коровье молоко рекомендуются соевые смеси, однако клинические наблюдения показывают, что 30% детей имеют аллергические реакции на сою.

При аллергии к белкам коровьего молока и сои используются смеси на основе гидролизатов молочного белка. Однако использование широкого комплекса специализированных лечебно-профилактических смесей не всегда достаточно эффективно и даже возможны специфические реакции. В связи с этим необходим поиск новых подходов к замене коровьего молока на

Таблица 4

Выбор основного продукта питания для детей первого года жизни, страдающих аллергией к белкам коровьего молока

Виды вскармливания	Основные продукты
Естественное	Максимально длительное сохранение естественного вскармливания (при строгом соблюдении гипоаллергенной диеты матерью)
Смешанное	Докорм: смесями на основе гидролизатов молочного белка; соевыми смесями
Искусственное	При слабой чувствительности к белкам коровьего молока: кисломолочные смеси; смеси на основе гидролизатов белка лечебно-профилактического назначения
	При средней чувствительности к белкам коровьего молока: соевые смеси; смеси на основе гидролизатов белка лечебного назначения
	При высокой чувствительности к белкам коровьего молока: смеси на основе гидролизатов белка лечебного назначения

Таблица 5

Гипоаллергенная диета для беременных женщин и кормящих матерей

Исключаются	Ограничиваются	Разрешаются
1	2	3
Высокоаллергенные продукты — рыба, морепродукты, икра, яйца, грибы, орехи, мед, шоколад, кофе, овощи, фрукты и ягоды яркого красного и оранжевого цвета, а также киви, ананас, авокадо Бульоны, маринады,	Цельное молоко (только каши), сметана в блюда Хлебобулочные и макаронные изделия из муки высшего сорта, манная крупа Кондитерские изделия, сладости Сахар Соль	Кисломолочные продукты (кефир, бифидок, ацидофилин, йогурты без фруктовых добавок и др.) Крупы (гречневая, кукурузная, рисовая, овсяная и др.) Овощи и фрукты (зеленой, белой окраски)

Окончание табл.

1	2	3
соленые и острые блюда, консервы, мясные и рыбные копчености, пряности Продукты, содержащие красители, консерванты Газированные напитки Продукты, содержащие гистаминолибераторы — квашеная капуста, редька, редис, ферментированные сыры, ветчина, сосиски, пиво		Супы вегетарианские Мясо — нежирные сорта говядины, свинины; филе индейки, цыплят в отварном, тушеном виде, а также в виде паровых котлет Хлеб пшеничный 2-го сорта, ржаной, дарницкий Напитки — чай, компот, морсы

иные продукты, способные снять сенсibilизацию и обеспечить адекватный рост и развитие ребенка.

Целебные свойства козьего молока широко известны. Научные исследования, проведенные западными и российскими учеными в последние годы, подтверждают эффективность замены коровьего молока на козье. Положительное влияние козьего молока у детей с пищевой аллергией связывают с его физико-химической структурой, которая значительно отличается от структуры коровьего молока. Большой интерес представляют данные о возможности использования заменителя женского молока на основе козьего адаптированной смеси «Нэнни» для детей до 1 года, «Нэнни золотая козочка» для детей от 1 года до 3 лет и «Амалтея» для детей старшего возраста и кормящих матерей.

Таким образом, пищевую аллергию при определенных условиях можно предотвратить или устранить на самых первых этапах формирования. Для этого необходимо выявлять детей с повышенным риском развития атопических заболеваний и начинать соответствующие профилактические мероприятия еще до рождения ребенка.

Первичная профилактика пищевой аллергии должна быть направлена на предупреждение аллергических заболеваний у детей с отягощенным аллергоанамнезом. Она заключается в назначении гипоаллергенной диеты беременным женщинам и кормящим матерям, длительном сохранении естественного вскармливания ребенка. Как во время беременности, так и после нее родители не должны курить. Детям, находящимся на сме-

шанном и искусственном питании с ранней измененной реактивностью, могут быть рекомендованы смеси на основе козьего молока или смеси профилактического назначения с частично гидролизованным белком.

Вторичная профилактика пищевой аллергии предупреждает обострение и прогрессирование аллергического процесса. С этой целью применяются гипоаллергенные смеси лечебного назначения, обладающие минимальной остаточной аллергенностью, используются гипоаллергенные продукты прикорма.

Детям с пищевой аллергией при назначении продуктов и блюд прикорма необходимо руководствоваться следующими требованиями:

- при подборе продуктов соблюдать сложившиеся национальные традиции в питании: в качестве первых дополнительных факторов питания в России традиционно применяются соки и пюре из яблок и груш, которые не должны содержать сахара; выбирать продукты с относительно низким аллергизирующим потенциалом;
- отдавать предпочтение специализированным детским кашам, сокам, фруктовым, овощным, мясным консервированным продуктам промышленного производства, так как они изготовлены из

экологически чистого сырья на основе современных технологий, имеют гарантированные состав и сохранность витаминов, высокую биологическую и пищевую ценность, удобны для использования, представлены широким ассортиментом, позволяющим разнообразить рацион больного ребенка; при выборе мясных и растительно-мясных консервов предпочтение следует отдавать продуктам, не содержащим экстрактивных веществ, бульонов, пряностей, соли, с минимальным количеством крахмала;

- постепенно и длительно увеличивать объем вводимого продукта;
- последовательно назначать продукты и блюда; первым прикормом должны быть монокомпонентное (из одного вида овощей) овощное пюре или безмолочная каша;
- при выборе продуктов для первого прикорма учитывается нутритивный статус ребенка и функциональное состояние его желудочно-кишечного тракта; так, детям с аллергией со стороны желудочно-кишечного тракта, склонностью к диарее, недостаточным питанием предпочтительно в качестве первого прикорма назначать кашу, а детям с паратрофией, запорами — овощное пюре.

Применение молочной смеси на основе козьего молока для профилактики аллергии у детей первого года жизни

Шамова А.Г.,
д-р мед. наук, профессор;

Гомзина Е.Г.,
канд. мед. наук, Казанский государственный
медицинский университет, г. Казань

Известно, что atopический марш начинается с пищевой аллергии. Установлена прямая корреляционная связь между ранним началом atopического дерматита (пищевой этиологии) и возможностью перехода в бронхиальную астму, т.е. чем раньше появляются первые признаки atopии, тем выше вероятность трансформации его в бронхиальную астму. Знание этого факта обязывает врача первичного звена выявлять детей из группы риска по развитию atopии и проводить лечебно-профилактические мероприятия. Так, чрезвычайно важна ранняя профилактика респираторной аллергии у детей, находящихся на раннем смешанном или искусственном питании.

Для ранней профилактики респираторной аллергии и в случае аллергии к белкам коро-

вьего молока и сои используются смеси на основе гидролизатов молочного белка. Сохраняет свою актуальность поиск новых подходов к замене продуктов на основе белков коровьего молока в питании детей раннего возраста на иные продукты, способные устранить явления пищевой аллергии и в то же время обеспечить адекватный рост и развитие детей.

Несмотря на то, что количественный состав жира и белка в козьем молоке почти такой же, как и в коровьем, структура белков и жиров существенно различается.

По сравнению с коровьим молоком, козье имеет ряд принципиальных преимуществ:

— глобулы жира в козьем молоке меньше и соответственно имеют большую поверхность, доступную для пищеварительных

ферментов, что обеспечивает более легкое переваривание; кроме того, оно практически не содержит агглютина, способствующего склеиванию частиц между собой;

- козье молоко содержит гораздо большее количество коротко- и среднецепочечных триглицеридов, что ускоряет процесс его переваривания в желудке; жир этого молока усваивается более полно и не перегружает пищеварительную систему ребенка;
- благодаря отсутствию α -S1-казеинов, козье молоко образует более мягкий легкоперевариваемый сгусток в желудке младенца;
- козье молоко содержит биологически активные ферменты, такие как инсулиновый (IGF-1) фактор роста.

Казеиновая фракция белков коровьего молока представлена, в основном, α -S1-казеином, тогда как в козьем молоке этот вид казеиновых белков отсутствует, как и γ -казеин, содержащийся в коровьем молоке.

Основным сывороточным белком козьего молока является α -лактоальбумин, отличающийся высоким содержанием лизина и фенилаланина — наиболее важных незаменимых аминокислот.

Жир козьего молока представлен в виде тонкой эмульсии, не образующей пленки и агрегаты, как это имеет место в случае с коровьим молоком. Меньшие размеры жировых

глобул предопределяют большую их поверхность, доступную для действия панкреатической липазы, и тем самым более высокую усвояемость жира козьего молока, а также способствуют образованию более рыхлого сгустка при переваривании в желудке младенца.

Важная особенность жира козьего молока — его жирнокислый состав, способный всасываться в кишечник без участия желчных кислот, непосредственно в венозную сеть (минуя лимфатические капилляры), что способствует лучшей усвояемости козьего молока.

Углеводы представлены лактозой. Гидролитическое расщепление лактозы в кишечнике протекает замедленно, в связи с чем поступление ее не вызывает интенсивного брожения. Поступление лактозы в кишечник оказывает нормализующее действие на состав полезной кишечной микрофлоры.

Однако детям первого года жизни не рекомендуется цельное козье молоко. В нем содержится высокий уровень белка, минеральных веществ, что является нагрузкой на органы пищеварения и мочевыделительной системы. В то же время в цельном козьем молоке мало железа, витаминов С, Е, фолиевой кислоты. В настоящее время разработана единственная адаптированная смесь на основе молока «Нэнни», полученного от новозеландских коз.

Козы в Новой Зеландии пакутся круглый год на экологически чистых природных пастбищах. Высокое качество корма напрямую связано с качеством молока. Создание смеси «Нэнни» — результат многолетних исследований, проведенных в Новой Зеландии и Великобритании. Эта смесь прошла государственную регистрацию, внесена в государственный реестр и разрешена к применению в России на основании Свидетельства о государственной регистрации № 77.99.11.5.У.1386.8.04 от 16.08.2004 г.

Количество общего белка в детском питании «Нэнни» составляет 1,5 г на 100 мл готового продукта. Потенциальная водно-солевая нагрузка на почки составляет 99 мкг/л. Количество серосодержащих аминокислот (метионина и цистеина), а также тирозина и фенилаланина в формуле максимально приближено к составу женского молока. Показатель биологической ценности белка формулы «Нэнни» по отношению к белку женского молока составляет 92%. В формуле «Нэнни» снижено, по сравнению с цельным козьим молоком, содержание белка (1,5 г/100 мл) и повышено содержание углеводов за счет внесения лактозы и декстринмальтозы.

Для оптимизации жирового компонента и приближения к жировому компоненту женского молока в продукт добавлена

смесь растительных масел. Содержание лауриновой и миристиновой кислот в данной формуле составляет 2,7 и 6,7% в соответствии с рекомендациями Научного комитета по питанию ЕС. Количество линолевой кислоты (класса ω -6) в продукте составляет 17% от общего количества полиненасыщенных жирных кислот. Соотношение линолевой и α -линоленовой (класса ω -3) жирных кислот равняется 8,3.

Смесь «Нэнни» приближена к женскому молоку и по своему минеральному и витаминному составу. Содержание железа в ней составляет 0,85 мг/100 мл, что соответствует современным стандартам (5—7 мг/л — стартовые формулы, 10—12 мг/л — последующие формулы). По сравнению с козьим молоком, в смеси увеличено содержание витаминов Е, В₁₂, фолиевой кислоты. Количество основных водорастворимых витаминов в этой формуле приближено к их уровню в женском молоке. Смесь «Нэнни» содержит также витамин К, холин, биотин, карнитин.

Нами был проведен анализ клинической эффективности данного продукта у здоровых детей первого года жизни из группы риска по развитию пищевой аллергии. Положительным клиническим эффектом считали исчезновение молочного стула, шелушения, гнейса, улучшение показателей морфологического состава перифери-

ческой крови и показателей копрологии.

Обследовалось 40 детей из группы риска по развитию аллергических заболеваний. В основную группу вошли 20 детей, получавшие в составе гипоаллергенной диеты смесь «Нэнни», а группу сравнения составили 20 детей, получавшие гипоаллергенные смеси, из них 80% детей получали гидролизаты, по 10% — соевые смеси и адаптированные молочные смеси на основе коровьего молока. Длительность наблюдения составила 3 недели.

Под наблюдением в большинстве случаев находились дети первых трех месяцев жизни, с весом при рождении до 3,5 кг, на 7 баллов и более по шкале Апгар, большинство детей прикладывали к груди в родильном зале или в первые сутки после рождения. Обращает на себя внимание неблагоприятное течение беременности и родов у всех матерей, отнесенных к группе риска. Кроме того, у большинства матерей

была соматическая патология: заболевания желудочно-кишечного тракта, болезни почек, аллергии. В основной группе 80% детей и 60% младенцев в контрольной группе испытывали воздействие пассивного курения родителей. Почти у половины детей в обеих группах аллергологический анамнез был отягощен.

Большинство младенцев находилось на раннем смешанном (15%) и искусственном (85%) вскармливании, естественное вскармливание до месячного возраста получали только 40% детей основной и 35% детей контрольной группы (см. таблицу). Аллергические реакции в виде молочного струпа и шелушения на лице или гнейса волосистой части головы наблюдались у 90% детей обеих групп. Критериями эффективности лечебных продуктов служила динамика клинических и лабораторных показателей у детей. Положительным клиническим эффектом считали исчезновение молочного струпа, шелуше-

Таблица

Вид вскармливания у наблюдаемых детей, %

Группы детей	Грудное		Искусственное		Смешанное	
	до 1 мес.	до 3 мес.	с 1 мес.	с 1,5—3 мес.	с 2 недель	с 4 мес.
Основная («Нэнни»)	40	45	40	45	15	
Контрольная	35	40	35	45	10	5

ния, гнейса, улучшение показателей морфологического состава периферической крови и копрологических показателей.

Среди обследованных детей было 65% — в возрасте от 1 до 3 мес., 30 — в возрасте от 3 до 4 мес. и 5% — в возрасте 5 мес. (см. таблицу). Длительность наблюдения за больными составила 3 недели, 6 мес., 1 и 2 года.

Смесь на основе козьего молока и другие лечебные смеси вводили в рацион постепенно по 10 мл в каждое кормление, увеличивая объем новой смеси и уменьшая количество старой до полной ее замены на новую смесь. Среднесуточный объем вводимых смесей составил 700—900 мл в зависимости от возраста ребенка. Дети получали лечебные смеси в течение 3 недель. Проведенные наблюдения показали, что смесь «Нэнни» хорошо переносилась большинством детей, обеспечивая их нормальное физическое развитие. Прибавка массы тела у 40% детей составила 700—1000 г, больше 1000 г — у 35, 300—700 г — у 25% в основной группе. В контрольной группе смеси на основе гидролизатов и белков сои также обеспечили нормальное физическое развитие детей.

В основной группе больных, получавших смесь «Нэнни», к концу первой недели от начала приема исчезли гиперемии, шелушение у 85% детей, на второй неделе — у всех. Среди 20 детей из группы сравнения,

в лечении которых использовались другие лечебные продукты, исчезновение клинических симптомов на первой неделе было лишь у 15% больных, на второй неделе — у 20, на третьей — у 10%; у 55% детей симптомы сохранялись, но менее выраженно. Необходимо отметить положительное влияние диетотерапии с включением в рацион смеси на основе козьего молока у тех детей, у которых ранее оказались неэффективными для лечения специализированные продукты детского питания на основе изолята соевого белка и белковых гидролизатов.

Позитивное влияние оказала «Нэнни» на лабораторные показатели: у 55% детей показатель гемоглобина увеличился, у 35 — остался без изменений, у 10% — снизился (в одном случае это связано с перенесенным респираторно-вирусным заболеванием, в другом — с анемией у матери в 3-м триместре беременности), в то время как в контрольной группе лишь в 25% случаев гемоглобин увеличился, в 25 — остался без изменений, в 50% отмечался низкий уровень.

Содержание эозинофилов в периферической крови в основной группе снизилось у 65%, осталось без изменений — у 15, увеличилось — у 20%. В контрольной группе у 45% детей количество эозинофилов снизилось, осталось без изменений —

у 35 и у 20% повысилось. По данным копрологических исследований, улучшение отмечалось у детей, принимающих смесь «Нэнни». Снизилось содержание мышечных волокон, крахмала, непереваренной клетчатки, нейтрального жира, лейкоцитов в 2 раза, нормализовался стул на 5 сутки (ранее наличие запоров). В группе сравнения у детей отмечался стул 1 раз в 1—2 дня и показатели копрологии остались без положительной динамики.

При обследовании детей через 6 мес. признаки пищевой аллергии купировались у 80% детей основной группы и у 65% детей — контрольной. При ка-тамнезе детей через год отмечено, что симптомы аллергии купировались у 90% детей основ-

ной группы и 75% детей — контрольной. Через два года симптомы атопического дерматита и ОРВИ сопровождались бронхообструктивным синдромом у 10% детей первой группы и 20 — второй.

Собственные результаты данного исследования позволяют рекомендовать применение смеси «Нэнни» более продолжительное время в зависимости от проявлений клинических симптомов аллергии у детей раннего возраста, а также для профилактики пищевой и респираторной аллергии у детей раннего возраста, находящихся на искусственном и смешанном вскармливании, с учетом индивидуальных особенностей детского организма.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Анализ антропометрических параметров пищевого статуса детей за период 1994—2005 гг. показал, что начиная с 2001—2002 гг. частота ожирения имеет тенденцию к увеличению. Наибольшее распространение избыточной массы тела и ожирения установлено для детей в возрасте до 6 лет, частота ожирения в старших возрастных группах снижается примерно одинаково как у мальчиков, так и у девочек.

Выполненные в 2006—2007 гг. обследования состояния питания репрезентативной общероссийской выборки детей раннего возраста (до 2 лет) показали, что проблема избыточной массы тела актуальна и для этой возрастной группы и обусловлена нарушением правил вскармливания детей — невысокая распространенность грудного вскармливания, неправильное введение прикорма, раннее введение цельного молока.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2007 году»

Принципы использования тренажеров в физическом воспитании дошкольников, страдающих ДЦП

Мога Н.Д.,

канд. пед. наук, Южноукраинский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, г. Одесса, Украина

Детский церебральный паралич (ДЦП) — одна из самых тяжелых патологий, характеризующаяся прежде всего серьезным нарушением двигательного развития ребенка. Одним из основных направлений реабилитации детей-инвалидов следует признать коррекционное физическое воспитание. В основе методики физического воспитания дошкольников, страдающих ДЦП, лежит официальная программа Н.Н. Ефименко (1987), разработанная для специальных дошкольных учреждений. Реализация ее предполагает практическое воплощение следующих основополагающих принципов.

1. Принцип эволюционной последовательности двигательного развития ребенка с ДЦП (рис. 1). Данная модель предполагает определенную последовательность освоения основных двигательных режимов, которая напоминает эволюцию животного мира и человека в миниатюре. В неврологии и лечебной физической культуре она известна уже давно и

была описана в ряде фундаментальных работ Л.О. Бадаляна, С.А. Бортфельд, Е.М. Мастюковой, К.А. Семенов и др. Методически этот принцип реализуется в том, что при проведении занятия по лечебной физической культуре (ЛФК) необходимо придерживаться следующей очередности в освоении основных движений: упражнения в исходных положениях лежа, на четвереньках на месте, ползание на четвереньках, упражнения в положении сидя, на коленях, в позе прямостояния, в ходьбе, лазанье, беге, подскоках и прыжках. Таким образом, предлагаемые на каждом занятии коррекционные упражнения повторяют последовательность этапов двигательного развития здорового ребенка в период раннего онтогенеза. Предлагаемый подход позволяет организовать самые благоприятные условия для естественного двигательного развития детей-инвалидов дошкольного возраста, выработанные исторически и заложенные



Рис. 1. Модель двигательного развития ребенка (период раннего онтогенеза)

в генной программе маленьких подопечных [1, 4].

2. Принцип «расходящихся кругов» предполагает, что представленная выше эволюционная последовательность будет соблюдаться в физическом воспитании и двигательной реабилитации детей всегда, независимо от длительности коррекционных воздействий. Она основополагающая как в каждом занятии по физической культуре, так и в трехмесячном календарном цикле (осень, зима, весна) или

семестре. На примере зимнего цикла это может выглядеть так: в декабре малыши под руководством педагога осваивают лежаще-горизонтальные положения и ползательные движения и начинают осуществлять сидячие упражнения; в январе методический акцент будет сделан на тренинге детей в сидячих положениях, на упражнениях в прямостоянии и ходьбе. В феврале же основное внимание уделяется упражнениям в лазанье, беге, подскоках и прыжках.

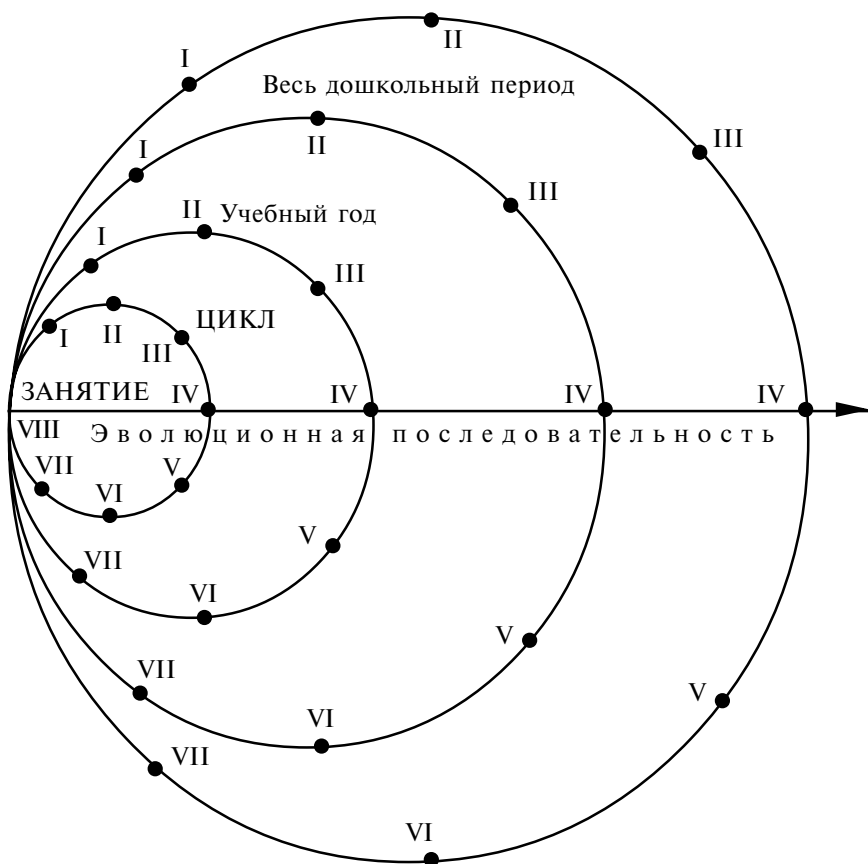


Рис. 2. Принцип «расходящихся кругов»

Цифрами обозначены ОДР: I — лежачий, II — ползательный, III — сидячий, IV — стоячий, V — ходьбовый, VI — лазательный, VII — беговой, VIII — прыжковый.

Аналогична и методическая структура мезоцикла, под которым в данном случае подразумевается учебный год (сентябрь — май). В осеннем цикле основное внимание уделяется формированию умений и навыков в основных движениях, реализуемых в положениях лежа. Зимой должны прорабатываться движения

срединного эволюционного цикла (вставание, стояние, ходьба). Весенний цикл посвящен формированию и совершенствованию навыков в самых зрелых вертикальных двигательных проявлениях (лазание, беге, подскоках и прыжках). Наглядно описанный выше принцип представлен на рис. 2.

Данный принцип является основой и основой системы планирования физкультурно-оздоровительной работы с дошкольниками, страдающими ДЦП. Вот почему в течение всех лет пребывания детей-инвалидов в специализированном дошкольном учреждении (период условно назван макроциклом) также наблюдается представленная выше эволюционная последовательность: в раннем возрасте на занятиях у малышей преобладают самые легкие, примитивные и разгрузочные движения, такие как лежание, ползание и сидение. В среднем возрасте основу занятий составляют упражнения стоячего, ходьбового и лазательного основных двигательных режимов (ОДР). Для старшего же дошкольного возраста более характерны занятия, в которые уже в заметной степени будут включены упражнения из лазательного, бегового и прыжкового ОДР.

3. Принцип повторно-кольцевого построения занятий в физическом воспитании и ЛФК естественным образом развивает методическую идею двух предшествовавших принципов («эволюционного» и «расходящихся кругов») [2]. Суть его заключается в том, что каждое занятие с детьми начинается с лежаче-горизонтальных положений и заканчивается упражнениями в вертикальных положениях (ходьбе, лазанье, беге, подскоках). Каждое последую-

щее занятие как бы повторяет заданную последовательность — именно здесь отражен один из основополагающих педагогических принципов, известный как принцип повторности.

В работе с детьми-инвалидами нами был избран соответствующий вариант планирования, предназначенный для ослабленных в двигательном плане детей. Его особенность заключается в том, что вместо традиционного трехциклового построения учебного года, которое отражало календарные периоды (осень, зима, весна), применяли двухсеместровый вариант, более адекватный для данного контингента детей. Он предполагает, что в течение четырех с половиной месяцев педагог должен пройти с детьми весь эволюционный круг движений, включающий в себя восемь основных двигательных режимов. Второй семестр также начинался с освоения поз и движений раннего эволюционного этапа (лежание, ползание, сидение), но при этом по содержанию не повторял первый семестр, а был на порядок выше в плане сложности и трудности выполняемых двигательных заданий. Этот подход очень напоминает восхождение по условным кольцам, всякий раз повторяющимся, но при этом всегда на новом пространственном, временном и энергетическом уровнях (рис. 3).

Такой спиралевидный подход в целом соответствует научным

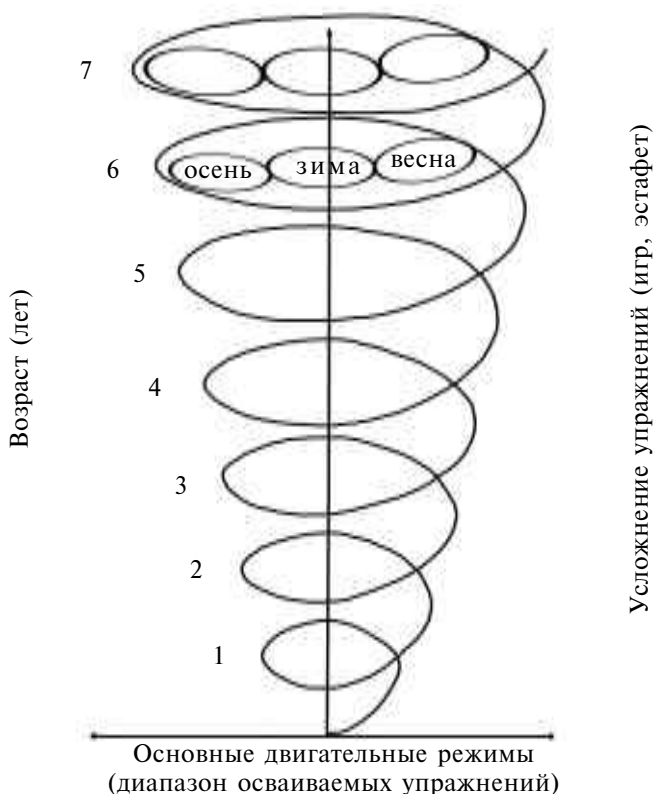


Рис. 3. «Развивающая спираль» двигательного развития дошкольников с ДЦП

представлениям о совершенствовании всего живого, и процесс двигательного развития детей с ДЦП — не исключение.

4. Принцип спецификации предусматривает постановку различного целевого уровня для той или иной категории детей с ДЦП. Исходя из специфики формы церебрального паралича и степени тяжести двигательных нарушений, а также сопутствующих основному диагнозу дополнительных проблем, можно

условно выделить три варианта планирования коррекционного целевого результата (рис. 4).

А) Типичный вариант — достижение детьми-инвалидами нормативных показателей двигательного развития здоровых сверстников или несколько уступающих им, однако позволяющих в известной мере успешно социально адаптироваться.

Б) Избирательный вариант — достижение детьми лишь по некоторым двигательным функци-



(сл. ед.)

Диапазон двигательных действий (усл. ед.)

-  — уровень двигательного развития детей с ДЦП
-  — избирательный вариант (Б)
-  — нормативные показатели здоровых сверстников (А)
-  — специфический вариант (В)

Рис. 4. Модель целевого результата коррекции двигательных нарушений у детей с ДЦП

ям, качествам или параметрам движений результатов здоровых сверстников, в то время как по остальным они будут отставать от нормы.

В) Специфический вариант — по отдельным показателям двигательного развития планируется достижение уровня, превышающего таковой у здоровых сверстников. Этот вариант имеет глубокое физиологическое подтверждение научными данными об имеющихся в организме человека механизмах компенса-

ции нарушенных функций посредством замещения ее сохранными (за счет заметного усиления их деятельности) [5].

5. Цефало-каудальный принцип очередности телесного тренинга у детей с ДЦП. В медицине данный принцип известен под названием «кранио-каудальный», «черепно-спинальный», «церебро-спинальный». Он отражает биологическую закономерность развития и формирования человеческого тела *«от темечка — до пят»*, т.е. от

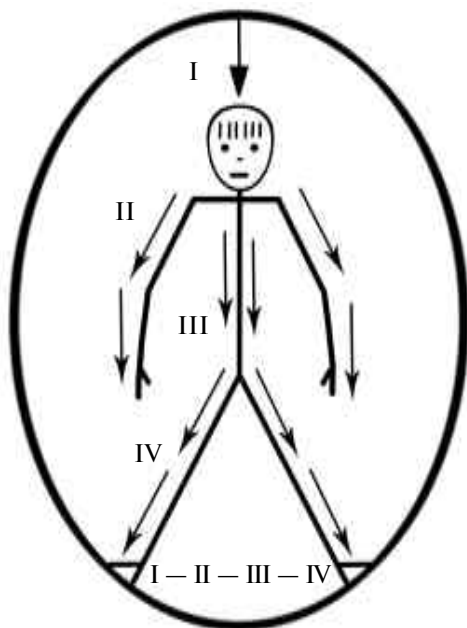


Рис. 5. Цефало-каудальный принцип включения различных частей тела при тренинге детей с ДЦП

черепно-мозговых структур, шеи, плечевого пояса и верхних конечностей — до мышц таза и нижних конечностей с постепенной глобализацией двигательных проявлений, когда в движении задействованы практически все группы мышц верхнего отдела туловища, а также и нижнего (рис. 5). Дидактически этот принцип можно сформулировать, как от частного к целому (общему).

Применительно к конкретной методике работы с детьми он предполагает, что в первой части занятия по физической культуре основное внимание уделя-

ется формированию движений шей, плечевым поясом, руками с задействованием мышц шейно-воротниковой зоны и груди. Далее тренировочный акцент смещается на мышцы туловища (грудной клетки, живота, спины), тазовый пояс (передняя, боковая и задняя поверхность) и ножные двигательные проявления.

В конце занятия все эти относительно разрозненные движения объединяются в виде наиболее зрелых в эволюционном плане основных движений, таких как лазанье, бег, подскоки и прыжки, где в наибольшей

степени выражена значимость генерализованных мышечных синергий.

6. Эмбриональный принцип построения движений также давно известен в неонатологии и педиатрии и заключается в том, что у детей первых лет жизни биологически мышцы сгибатели заметно более развиты, чем разгибатели. При проведении занятий по физической культуре необходимо строго следовать этой важнейшей эволюционной закономерности. Сначала выполняются корригирующие упражнения на сгибание мышц туловища и конечностей и лишь затем — на разгибание. Причем доля сгибательных упражнений на первых занятиях больше, чем разгибательных, затем устанавливается некоторый паритет, и лишь в весеннем цикле заметно возрастает доля разгибательных двигательных действий. Конечно, в каждом конкретном случае учитывается специфика формы ДЦП, в частности спастического синдрома. Как известно, он может быть как сгибательным, так и разгибательным или сгибательным в руках и разгибательным в ногах. Традиционно, большинство занятий у детей с ДЦП начинались с различных вариантов «позы эмбриона».

7. Биомеханический принцип — отражает в методике коррекции двигательных нарушений у детей с ДЦП общеизвестное в биомеханике положение: чем ниже и

горизонтальнее располагается общий центр масс (ОЦМ) над опорой, тем легче в энергетическом плане двигательный режим занимающихся. И наоборот, чем выше и вертикальнее положение тела при принятии какой-либо позы или выполнении заданного упражнения, тем сложнее в энергетическом отношении двигательный режим. Вот почему методически более корректно начинать упражняться следует из самых низких по отношению к опоре поз с постепенным увеличением нагрузки к самой высокой в данном положении позы. Например, осваивая четырехопорное положение на четвереньках, начинать тренинг нужно с упражнений на низких четвереньках, затем переходить к средним (с опорой на кисти и голени) и завершать этот блок упражнениями на высоких четвереньках (с опорой на кисти и ступни). Понятно, что от первого исходного положения к последнему заметно изменится высота ОЦМ над опорой — она увеличится почти вдвое. Аналогично возрастет и физиологическая нагрузка на занимающегося ребенка.

8. Принцип «активизации деятельности ребенка» предполагает, что вся коррекционная работа на занятиях по физической культуре должна базироваться на игровом подходе, как наиболее естественном и эффективном для детей дошколь-

ного возраста. Значимость игровой мотивации заметно возрастает применительно к детям данного контингента, поскольку у них практически всегда наблюдается задержка психического развития. В основу построения занятия положено сюжетно-ролевое двигательнo-игровое действие, напоминающее своеобразную физкультурную сказку [3].

Сама структура внедряемого принципа «активизации деятельности ребенка» выглядит так. Сначала по каждому основному двигательному режиму разрабатывается набор больших тематических игр (БТИ), своеобразных методических серий по избранной перспективной игровой теме. Особой популярностью у детей с ДЦП пользуются БТИ «Веселый зоопарк», «В лесу», «Мир сказок», «Подводные приключения», «Спасатели», «Отважные путешественники». Каждая состоит из набора ситуационных мини-игр, т.е. тем отдельных занятий по физкультуре. В свою очередь, каждая ситуационная мини-игра состоит из набора игровых упражнений, количество которых на одном занятии может варьироваться в пределах от 12 до 20.

Большое значение в вовлечении дошкольников с ДЦП в занятие, создание у них положительной мотивации к двигательной активности имеет метод «применения одушевленных игрушек-помощников». Эти иг-

рушки помогают в процессе занятия организовать упражнения и игры, вступают с ребенком (детьми) в диалоги, делают им замечания и т.д. Таким образом, возникает «педагогический треугольник» (инструктор — помощник — ребенок). Причем игрушка-помощник выдвигается при проведении занятия на ведущее место, а педагог-инструктор как бы находится рядом и управляет всем ходом занятия.

Кроме этого, каждый раз перед предстоящим занятием педагог должен умело превратить физическое пространство зала в пространство игровое, а на самом занятии суметь создать полноценную игровую атмосферу. Афористически суть тотального игрового метода можно выразить так: играя — оздоравливать, воспитывать, развивать, обучать!

Литература

1. Бадалян Л.О. и др. Детские церебральные параличи. Киев, 1988.
2. Ефименко Н.Н. Как по-новому планировать физическое воспитание дошкольников (методические рекомендации). Одесса, 1996.
3. Ефименко Н.Н. Театр физического воспитания и оздоровления дошкольников (тотальный игровой метод). Белгород-Днестровский, 1995.
4. Ефименко Н.Н., Сермеев Б.В. Содержание и методика занятий физической культурой с детьми, страдающими ДЦП. М., 1991.
5. Физическое воспитание детей в специальных школах. Горький, 1989.

Несколько советов по правильному обучению дошкольников

Мингазова Э.Н.,

*д-р мед. наук, профессор, Казанский государственный
медицинский университет, г. Казань*

Первый совет

Родители не должны торопиться отдавать ребенка в школу, что нередко наблюдается среди молодых мам и пап. Им часто кажется, что их ребенок не по годам развит или просто вундеркинд. Ведь готовность детей к обучению в школе определяется степенью зрелости тех органов и систем детского организма, которые непосредственно связаны с выполнением требований школы: высшая нервная деятельность, моторика, сформированность речи.

Многолетними наблюдениями установлено, что среди детей 6—6,5 лет каждый третий функционально незрелый, а к 7 годам — лишь каждый девятый. Среди функционально не готовых к обучению часто прослеживаются тенденции «отставания» либо выполнения требований, но ценой различных заболеваний на протяжении многих лет школьного обучения.

Прием детей в первые классы осуществляется на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии

о готовности ребенка к обучению. Временная отсрочка от приема в школу рекомендуется детям с отставанием биологического развития и наличием хронических заболеваний.

Второй совет

Педагогам-воспитателям необходимо создать условия, обеспечивающие высокий уровень работоспособности в процессе занятий в ДОУ, предупреждающие развитие преждевременного утомления и переутомления детей.

Если умственная деятельность дошкольника длительна или не адекватно интенсивна, развивается утомление. Необходимо отметить, что учеными — физиологами и гигиенистами доказано «двойное» биологическое значение утомления: с одной стороны это защитная, охранительная реакция, с другой — стимулятор восстановительных процессов и повышения функциональных возможностей организма.

Педагогам-воспитателям и родителям необходимо знать признаки, которые свидетельствуют об утомлении дошкольника,

чтобы вовремя скорректировать режим дня. К ним относятся:

- снижение продуктивности выполнения задания, когда увеличивается число ошибок, время его выполнения;
- ослабление внутреннего торможения, когда наблюдаются двигательное беспокойство, частые отвлечения, рассеянность внимания;
- ухудшение регуляции физиологических функций, нарушение сердечного ритма и координации движений;
- появление чувства усталости.

Надо знать, что эти признаки не стойкие и быстро исчезают во время отдыха ребенка.

А вот переутомление — очень серьезно. Задача родителей — его не допускать. Оно развивается, когда учебные нагрузки не соответствуют уровню морфофункционального развития ребенка. К признакам переутомления относятся:

- резкое и длительное снижение умственной и физической работоспособности;
- нервно-психические расстройства (нарушение сна, чувство страха, истеричность);
- стойкие изменения в регуляции вегетативных функций (аритмия, вегетососудистая дистония);
- снижение сопротивляемости организма к воздействию неблагоприятных факторов и патогенных микроорганизмов.

Признаки переутомления не исчезают после кратковремен-

ного отдыха и даже ночного сна. Для восстановления нужен продолжительный отдых и в ряде случаев — комплексное лечение с применением медикаментозных средств.

Надо помнить, что профилактика чрезмерного напряжения и утомления в значительной степени зависит от условий обучения, режима дня, правильной организации образовательного процесса в дошкольном учреждении.

Третий совет

Соблюдать рациональный режим дня дошкольника.

Что такое рациональный режим дня? Это в первую очередь режим дня, соответствующий возрастным особенностям, позволяющий чередовать различные виды деятельности, обеспечивать оптимальный двигательный режим, в том числе на открытом воздухе, полноценный отдых, достаточной продолжительности сон, режим питания и др. Рациональный режим дня способствует нормальному росту и развитию дошкольника.

Четвертый совет

Создание благоприятной обстановки в ДОУ и в домашних условиях — в комнате дошкольника. Благоприятная обстановка складывается из рационального цветового оформления интерьера, световой обстановки и отсутствия звуковых раздражителей. Особое внимание следует уделять мебели.

При цветовом оформлении интерьера нельзя использовать такие цвета, как красный, черный, насыщенные коричневый, голубой, зеленый. Такая окружающая обстановка может раздражать и угнетать дошкольника, у него может участиться пульс, повыситься артериальное давление. Тогда снижаются работоспособность, внимание, активность. Для создания благоприятной обстановки для дошкольников используют цвета, создающие теплую, жизнерадостную атмосферу.

Необходимо избегать неблагоприятной световой обстановки — наличия в поле зрения очень ярких источников света, в том числе прямых солнечных лучей, высокой блёскости, повышенной слепимости. Наличие этих факторов вызывают у до-

школьников быструю утомляемость, боль в области глаз, головную, быстрое снижение функционального состояния зрительного анализатора. Следует стремиться к созданию рассеянного, равномерного освещения, созданию матовой фактуры поверхностей, обязательно применение светозащитных устройств.

Нужно предотвращать действие монотонных, неприятных звуковых раздражителей, которые сопутствуют работе люминесцентных ламп, вентиляционных приборов, холодильников и пр. Данные факторы способствуют снижению работоспособности, расстройству функции внимания, возникновению головных болей и прочих нарушений функционального состояния организма ребенка.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Важным остается вопрос качества медицинского обслуживания детей, особенно проведение комплекса лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий с целью предупреждения развития хронической патологии в детском возрасте.

В задачи, поставленные перед педагогами, как правило, не входит формирование у детей понятия здоровья как основной ценности. Сочетание факторов образовательной среды (недостаточная освещенность, отсутствие мебели соответствующих размеров), организационных режимных моментов (нерациональное составление расписания уроков, без учета дневной и недельной динамики снижения умственной работоспособности учащихся, сокращение длительности перемен до 5—10 мин), отсутствие профилактических мероприятий приводит к возникновению и росту хронической патологии.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2007 году»

**ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА»
ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОХРАНЕ
И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ**



**СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ
С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**
**Диагностика, коррекция и практические
рекомендации родителям и педагогам**

Автор — Сиротюк А.Л.

Обложка, 128 с. Формат 84x108 /32

В книге рассматриваются причины и механизмы развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Описываются основные проявления этого состояния и его возрастная динамика, приводятся диагностические методики, практические рекомендации учителям и родителям гиперактивных детей.



**ВОСПИТАНИЕ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ
С ММД И ПШОП**

Автор — Шарапановская Е.В.

Обложка, 96 с. Формат 84x108/32

В книге представлены рекомендации, разработанные на основе многолетнего опыта психокоррекционной работы с детьми и родителями, размышлений автора, анализа медицинской и психологической литературы по проблеме реабилитации детей с патологиями шейного отдела позвоночника (ПШОП), минимальными мозговыми дисфункциями (ММД) при сохранном интеллекте.



**КОРРЕКЦИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ:
ВЗГЛЯД ОРТОДОНТА**

Авторы — Я.В. Костина, В.М. Чапала

Обложка, 64 с. 60x90 /16

Развитие зубочелюстной системы тесно взаимосвязано с развитием всех систем растущего организма, поэтому организация профилактической работы требует комплексного взаимодействия детских специалистов различного профиля.

В пособии освещен комплексный подход к проблемам коррекции патологии речи у детей, подчеркнута перспективность метода ранней коррекции мифункциональных нарушений у детей с использованием преортодонтических трейнеров.

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, 107-59-15
или закажите в **Интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru
Не забудьте разборчиво написать свой **индекс и обратный адрес.**

Актуальность скрининговых исследований артериального давления и ЭКГ у дошкольников

¹Макарова Т.П.,
д-р мед. наук, профессор;

¹Садыкова Д.И.,
канд. мед. наук, доцент;

²Хабибрахманова З.Р.,

²Чиликина Ю.М.,
врачи первой категории;

¹Лутфуллин И.Я.,

¹Ганиева Р.Т.,
аспиранты

¹ Казанский государственный медицинский
университет,

² Детская поликлиника № 3, г. Казань

ПЕДИАТРИЯ



Система воспитания и обучения, сложившаяся в наших ДОУ, пользуется признанием во всем мире. Дошкольные учреждения посещают более 46% детей нашей страны. За состоянием их здоровья ведется постоянное медицинское наблюдение, регулярно проводятся профилактические осмотры. Однако необходимы и инструментальные методы исследования, в том числе состояния сердечно-сосудистой системы.

Большинство исследователей разделяют мнение, что причины для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых формируются уже в детском и подростковом возрасте. Это диктует необходимость поиска новых профилактических мероприятий в более ранние возрастные периоды. Распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди детского и подросткового воз-

раста, по данным различных авторов, составляет от 1 до 14% всех детей. Такой большой разброс показателей может быть связан с различием географических и экологических факторов, социального статуса обследуемых, питания и образа их жизни. Раннее выявление, лечение и особенно профилактика АГ у детей в России находятся на невысоком уровне. Как правило, АГ диагностируется у лиц трудоспособного возраста, когда формируются сосудистые осложнения и требуется регулярное медикаментозное лечение, а только профилактические меры уже малоэффективны. В дошкольном возрасте первичная АГ практически не выявляется, а повышение арте-

риального давления (АД) чаще всего имеет вторичный симптоматический характер, в связи с чем необходима своевременная диагностика заболевания, вызвавшего повышение АД.

В зависимости от возраста ребенка значительно меняются причины повышения АД у детей (табл. 1). До 12 лет повышение АД имеет, как правило, вторичный характер, связанный с проявлением какого-либо другого заболевания. У детей старше 12 лет на первое место выходит эссенциальная АГ, т.е. самостоятельное заболевание, при котором основной клинический симптом — повышение систолического и/или диастолического АД по неизвестным причинам.

Таблица 1

**Наиболее частые причины артериальной гипертензии
в различных возрастных периодах**

До 1 года	1—6 лет	7—12 лет	Подростки
Тромбоз почечных артерий или вен Стеноз почечных артерий Врожденные аномалии почек Коарктация аорты Бронхолегочная дисплазия	Стеноз почечных артерий Паренхиматозные заболевания почек Опухоль Вильмса Нейробластома Коарктация аорты Опухоль надпочечников (кортикостерома) Болезнь Иценко — Кушинга (аденома гипофиза) Феохромоцитома Узелковый периаартериит	Паренхиматозные заболевания почек Реноваскулярная патология Коарктация аорты Эссенциальная АГ Болезнь и синдром Иценко — Кушинга. Феохромоцитома Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаюсу) Узелковый периаартериит	Эссенциальная АГ Паренхиматозные заболевания почек Реноваскулярная АГ Врожденная дисфункция коры надпочечников, гипертоническая форма Феохромоцитома. Синдром Иценко — Кушинга Узелковый периаартериит

Факторы, определяющие уровень АД при эссенциальном характере АГ, многообразны. Их можно разделить на эндогенные (наследственность, вес, рост, личностные особенности) и экзогенные (диета, гиподинамия, психоэмоциональное напряжение).

На значение наследственности в патогенезе АГ указывают следующие факты:

- высокая корреляция АД у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными позволила установить, что различия в уровнях системного АД у человека на 30—60% определяются генетическими факторами;
- более высокие величины АД у детей с отягощенной наследственностью по гипертонической болезни в сравнении с детьми, родители которых здоровы.

Пока не обнаружено генов, ответственных за возникновение гипертонической болезни. Наибольший прогресс в понимании роли наследственной предрасположенности к АГ достигнут при изучении генотипов ренин-ангиотензиновой системы.

Ген ангиотензиногена определяет уровень ангиотензина I. Определено участие гена ангиотензина в формировании профиля ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Ген ангиотензин-превращающего фермента определяет образование из ангиотензина I ангиотензина II. Этот ген

может быть представлен длинными и короткими аллелями — так называемый Insertion/Deletion полиморфизм. DD-генотип расценивается как независимый фактор риска развития эссенциальной гипертензии. Наивысший уровень экспрессии гена ангиотензинпревращающего фермента свойствен эндотелию мелких мышечных артерий и артериол. Экспрессия гена ангиотензин-превращающего фермента резко повышена у внезапно умерших больных с АГ.

В настоящее время признан полигенный характер наследования АГ. Выявлена ассоциативная связь АГ с носительством генов гистосовместимости HLA A11 и B22. Получены данные, указывающие, что генетические факторы определяют до 38% фенотипической изменчивости систолического АД и 42% — диастолического. Однако наследственная предрасположенность не является предопределенностью, т.е. заложенная программа возможного развития АГ может не реализоваться никогда. Это доказывается, например, тем, что народы нецивилизованных стран, например, Новой Гвинеи, имея те же генетические дефекты, что и население цивилизованных стран, не страдают гипертонической болезнью.

Важная детерминанта высокого АД у детей — ожирение. В многочисленных исследованиях убедительно продемонстрирована связь повышенной

массы тела с уровнем АД. Для выявления детей с избыточной массой тела используют толщину кожной складки на плече, животе, массо-ростовые индексы Кетле, Коула и др. Дети со значениями индекса Кетле, превышающие 90-й перцентиль кривой распределения этого показателя, должны быть расценены как имеющие избыточную массу тела.

Следует отметить, что нужно с осторожностью, особенно применительно к мальчикам-подросткам, подходить к утверждению о наличии избыточной массы тела. В данном случае прирост массы тела может происходить за счет увеличения мышечной массы.

Избыточная масса тела — распространенное явление в детской популяции. При обследовании школьников 7—17 лет дети с избыточной массой тела составили 25,8%. В американской популяции масса тела на 29% выше идеальной встречается у 15,6% детей 10—15 лет. Отмечена тенденция к увеличению с возрастом распространенности избыточной массы тела. Так, если в 6 лет масса тела, превышающая на 20% идеальную, встречается у 2% детей, то к 14—18 годам — у 5%. Коэффициент устойчивости показателей массы тела при динамическом наблюдении в течение 6 лет составляет 0,6—0,8. Следовательно, регулярный контроль за весом ребенка лежит в основе профилактики развития

ожирения у взрослых. Кроме того, снижение массы тела сопровождается снижением АД.

Доказано, что вес при рождении может быть дополнительным фактором, определяющим возникновение АГ у детей и подростков. Низкая масса тела при рождении ассоциируется с более высокими значениями АД.

Избыточная масса тела ассоциируется с повышенным плазматическим уровнем триглицеридов и снижением содержания холестерина липопротеидов высокой плотности, повышенным содержанием натошак глюкозы и иммунореактивного инсулина в крови, снижением толерантности к глюкозе. Сочетание этих показателей с АГ классифицируется как «метаболический квартет». Основной патогенетический механизм данного синдрома представляет высокая асимилиация глюкозы клеткой. Недостаточность инсулиновых рецепторов клеточных мембран — генетическая причина гиперинсулинемии, гипергликемии и дислипидемии, а также значимый фактор риска АГ и ожирения. У этих пациентов метаболические сдвиги в сочетании с дислипидемией способствуют раннему и ускоренному развитию атеросклероза.

Метаболический синдром или метаболический синдром X включает:

- инсулинорезистентность;
- нарушение толерантности к глюкозе;

- гиперинсулинемию;
- повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП);
- снижение липопротеидов высокой плотности (ЛПВП);
- АГ.

В последние годы ряд исследователей дополнили метаболический синдром новыми характеристиками, такими как гиперурикемия, гипертрофия левого желудочка, гиперфибриногенемия и т.д. Распространенность метаболического синдрома, по данным разных авторов, составляет 5—20%. До настоящего времени не установлена первопричина метаболических нарушений в патогенезе метаболического синдрома.

Среди пищевых факторов, влияющих на уровень АД, особое внимание уделяется роли поваренной соли, жирных кислот и калия. Популяционные исследования показали, что среди населения с низким потреблением пищевого натрия артериальная гипертензия практически отсутствует. Содержание жира более 30% от суточной калорийности повышает риск развития артериальной гипертензии. В ряде исследований показано, что обогащение пищевого рациона калием не только приводит к снижению АД, но и предупреждает развитие АГ.

Высказано предположение, что гипертоническая болезнь — расплата человечества за чрезмерное употребление поварен-

ной соли. Регуляторные системы организма повышают АД, чтобы за счет повышения системного давления в почечных артериях увеличить экскрецию ионов натрия, потребляемых с пищей в чрезмерных количествах. Чувствительность к солевой нагрузке относится к генетически детерминированным признакам. Связь АГ с метаболизмом натрия доказана. Установлено, что повышенный уровень внутриклеточного натрия отражает высокий риск развития АГ.

Нарушение тубулогломерулярного механизма ауторегуляции почечного кровообращения приводит к тому, что хлорид натрия задерживается в организме и способствует повышению АД. Нарушение почечной экскреции натрия у больных гипертонической болезнью может быть следствием наследственного дефекта транспорта ионов через эпителиальные клетки почечных канальцев. Для предупреждения задержки натрия в организме происходит повышение системного АД и, следовательно, почечного перфузионного АД.

Таким образом, чрезмерное потребление поваренной соли с пищей — один из главных факторов возникновения и поддержания АГ у лиц с нарушенной экскрецией ионов натрия.

Малоподвижный образ жизни также относят к факторам риска, при воздействии на ко-

торые отмечается снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. При анализе 27 крупных исследований было показано, что у лиц с достаточной физической активностью риск развития ишемической болезни сердца в 2 раза ниже, чем у тех, кто ведет малоподвижный образ жизни. По рекомендации Американской ассоциации кардиологов, для поддержания хорошего состояния здоровья взрослым и детям (старше 5 лет) необходимо ежедневно уделять 30—40 минут в день умеренным физическим нагрузкам. Оптимальной считается нагрузка 5—6 часов в неделю. Критерием малоподвижного образа жизни считается нагрузка менее 3 ч в неделю (менее 30 минут 3—4 раза в неделю).

В настоящее время имеются клинические и экспериментальные данные, свидетельствующие о большом значении психоэмоциональных факторов в возникновении АГ. Повышенная эмоциональная чувствительность приводит к развитию синдрома дезадаптации.

При психоэмоциональном напряжении раздражение сначала воспринимается сенсорными рецепторами, импульс поступает к гипоталамическим структурам мозга, которые являются как вегетативными, так и эмоциональными центрами, ответственными за активацию симпатической нервной систе-

мы. Во второй фазе включаются гуморальные звенья, главные из которых гормональные системы: гипофиз-надпочечники и ренин-ангиотензиновая. На уровне гипоталамо-ретикулярных структур формируется так называемый застойный очаг возбуждения. Психоэмоциональное напряжение сопровождается как психологическими, так и вегетативными проявлениями, которые в свою очередь тесно сопряжены с личностными особенностями, способствующими формированию соматической патологии. Под влиянием отрицательных воздействий, которые среди экзогенных факторов играют ведущую роль в генезе АГ, такие личностные особенности, как тревожность, депрессия, страх, включаются в патогенетические механизмы при усилении симпатико-адреналовой активности. Кроме того, устойчивость сердечно-сосудистой системы во многом детерминирована генетически, что определяется избирательным распределением биогенных аминов, соотношением адрено-, холино- и серотонинергических медиаторных систем в структурах мозга, а также чувствительностью адренорецепторов к катехоламинам.

Самый простой и безопасный метод определения АД — аускультативный метод по Короткову. Эта методика, несмотря на кажущуюся простоту, имеет ряд нюансов, которые должны соблюдаться.

Для получения объективной оценки артериального давления необходимо строгое соблюдение требований к процедуре и условиям его измерения с помощью тонометра. Точность измерения необходимо сверять с показаниями ртутного прибора. У дошкольников и младших школьников артериальное давление измеряется с помощью детских возрастных манжет.

Перед измерением АД обследуемый должен сидеть спокойно не менее 5 минут. Измерение всегда проводится на правой руке. Рука должна удобно лежать на столе, ладонью кверху, примерно на уровне сердца.

Манжета накладывается на правое плечо, при этом ее нижний край — примерно на 2 см выше внутренней складки локтевого сгиба. Центр резинового мешка должен находиться над плечевой артерией. Резиновая трубка, соединяющая манжету с аппаратом, должна располагаться латерально, а трубка, соединяющая манжету с резиновой грушей, — медиально по отношению к обследуемому ребенку.

Затем манжета соединяется с манометром. Воздух накачивается в манжету, при этом измеряющий пальпирует пульс обследуемого на правой радиальной артерии. При определенном давлении в манжете пульс исчезает. После этого давление поднимают еще на 20 мм рт. ст. — это «максимальное давление» в манжете. После этого воздух из

манжеты быстро выпускается. При последующих измерениях АД у того же обследуемого давление в манжете предварительно доводится до «максимального» уровня.

При измерении АД обычным фонендоскопом во время выпуска воздуха из манометра проводится аускультация тонов Короткова с соответствующей регистрацией уровней давления манометром. Первая фаза (появление) тонов Короткова отмечается как систолическое, четвертая (изменение тембра и звука) — как первое диастолическое и пятая (исчезновение) — как второе диастолическое. Регистрируются I и V фазы. Измерение АД производится с точностью до 2 мм рт. ст. Если при измерении АД его значение оказывается между двумя отметками шкалы, то отмечается ближайшая верхняя четная цифра.

Детальная процедура измерения АД после наложения манжеты и соединения ее с аппаратом состоит из следующих этапов:

- 1) выждать 30 с;
- 2) вставить ушные муфты металлических трубок фонендоскопа в уши;
- 3) приставить диафрагму фонендоскопа к месту проекции плечевой артерии, непосредственно ниже манжеты, но не касаясь ее и соединительной трубки;
- 4) закрыв запирающий винт и сжимая грушу быстрыми, но

ровными движениями, накачать воздух в манжету до предварительно определенного «максимального» уровня;

5) слегка открыв запирающий винт и поддерживая постоянную скорость выпуска воздуха, примерно 2 мм в секунду, выслушивают артерию, продолжая делать это, пока столбик в манометре не опустится на 20 мм рт. ст. ниже уровня диастолического АД;

6) после этого, открыв запирающий винт, полностью выпустить воздух из манжеты, вынуть муфты металлических трубок фонендоскопа из ушей, записать в карту обследования цифры систолического и диастолического АД;

7) если звуки нечетливы или какая-нибудь случайность серьезно нарушила качество измерения АД, то такие цифры не учитывают, а повторяют все этапы измерения от 1 до 6 заново, как если бы измерение вообще не проводилось;

8) если проводятся дополнительные измерения АД этим аппаратом, то необходимо повторять все этапы от 1 до 6 каждый раз;

9) следует стремиться к тому, чтобы точность измерения была 2 мм рт. ст.

Перед проведением профилактических медицинских осмотров лицам, измеряющим АД (врач, медсестра и т.д.), рекомендуется проведение аудиометрии. Медицинские работни-

ки, у которых выявлено снижение слуха по данной методике, не могут быть допущены к измерению АД. Целесообразно также осуществление тренировочных занятий с использованием мультифонендоскопа, что позволяет значительно уменьшить предпочтение исследователей к конечным цифрам АД (0, 2, 4, 6, 8). Особенно часто в качестве конечной цифры медицинские работники необоснованно регистрируют 0 (110/70; 120/80; 130/90 и т.д.).

1. Измерение следует проводить в стандартных условиях: первая половина дня, не ранее чем через 1 ч после физкультурных занятий. При мониторинге состояния здоровья целесообразно повторные измерения осуществлять в одно и то же время года, как и при первичном обследовании.

2. Перед измерением АД детям объясняют цель осмотра, что в определенной степени снижает психоэмоциональное напряжение, вызванное процедурой обследования.

3. Присутствие посторонних лиц в кабинете (педагогов, других детей, родителей и т.п.) недопустимо.

4. АД измеряется 3 раза на правой руке с интервалом 2—3 мин. Регистрируются значения всех трех измерений, которые заносятся в карту обследования. Для оценки АД используются средние значения, а также значения отдельных измерений.

Необходимость трехкратного измерения АД продиктована высокой лабильностью АД у подростков в ответ на внешние раздражители. Феномен «гипертония на белый халат» часто обусловлен тревожной реакцией подростка на проведение медицинского осмотра и на сам процесс измерения АД.

Факторы, обуславливающие появление ошибок при измерении АД, могут быть связа-

ны с медицинским оснащением, исследователем, проводящим измерение, и пациентом (табл. 2).

Нами был проведен скрининг АД в 13 ДОУ г. Казани. Всего было обследовано 619 детей в возрасте 5—7 лет (табл. 3). АД измерялось троекратно на трех визитах, выводились средние значения полученных данных. Результаты оценивались по перцентильным таблицам с учетом

Таблица 2

Причины появления возможных ошибок при измерении АД

Окружающая обстановка и оснащение	Исследователь	Ребенок
Некомфортная температура в помещении Нестандартное оборудование Неисправность манометра Негерметичность системы Дефекты фонендоскопа (стетоскопа)	Неправильно подобранная манжета Несоблюдение техники измерения Снижение зрения Снижение слуха Психологический фактор (предпочтение цифр, оканчивающихся на «0» и «5»)	Неправильное положение пациента Негативная реакция на измерение АД Прием пищи Употребление кофе Изменения температуры тела Физическая нагрузка Боль

Таблица 3

Возрастные группы дошкольников

Возраст, лет	Количество мальчиков (n=310)	Количество девочек (n=309)
5	145 (23%)	148 (24%)
6	149 (24%)	150 (24%)
7	16 (2,6%)	11 (1,8%)

возраста, роста и пола ребенка согласно рекомендациям, сформулированным американской рабочей группой по контролю АД у детей и подростков. Измерение АД проходило в привычной для детей обстановке, с использованием детской мебели соответствующего размера. Манжета шириной 8 см располагалась на плече на уровне сердца обследуемого. Артериальное давление измерялось не ранее чем через 1 ч после еды, после 5-минутного отдыха.

Параллельно с измерением АД проходило анкетирование родителей. Вопросы анкеты касались срока гестации, течения беременности, веса при рождении, характера вскармливания, жалоб ребенка, длительности просмотра телепередач, семейного анамнеза по гипертонической болезни, наличия профессиональной вредности у родителей.

Также была проведена регистрация электрокардиограмм 402 дошкольникам. Использо-

вался аппарат ЭКГ МАК-500 (Индия).

Из обследованных 619 детей нормальное АД было выявлено у 567 детей (91,6%). Высокое нормальное АД определено у 37 пациентов (6%). У 15 обследуемых (2,4%) средние цифры АД превысили 95-перцентильный показатель.

В группах мальчиков и девочек не было выявлено достоверных различий в степени повышения АД ($p > 0,05$). Полученные данные представлены в табл. 4 и 5.

В результате проведенного анкетирования родителей обследованных детей не выявлено каких-либо достоверно значимых факторов риска по вторичной гипертензии среди данных возрастных групп. Вероятно, более ценное значение они приобретают у детей подросткового возраста, когда АД имеет первичный характер [3].

Скрининг ЭКГ проводился 467 дошкольникам: 218 мальчикам (46,7%) и 249 девочкам

Таблица 4

Распределение показателей АД у мальчиков

Возраст, лет	Систолическое АД, %			Диастолическое АД, %		
	Нормальное	Высокое нормальное	Равно или выше 95-го перценталя	Нормальное	Высокое нормальное	Равно или выше 95-го перценталя
5	97,9	0,7	1,4	93,1	5,5	1,4
6	91,9	7,4	0,7	96,6	2,7	0,7
7	93,75	—	6,25	93,75	6,25	—

Таблица 5

Распределение показателей АД у девочек

Воз- раст, лет	Систолическое АД, %			Диастолическое АД, %		
	Нор- маль- ное	Высокое нор- мальное	Равно или вы- ше 95-го перцен- тиля	Нор- маль- ное	Высо- кое нор- мальное	Равно или вы- ше 95-го перцен- тиля
5	93,9	2,7	3,4	96,6	2,7	0,7
6	93,3	4	2,7	94	6	—
7	91	9	—	91	—	9

Таблица 6

Показатели ЭКГ в зависимости
от уровня артериального давления

Данные ЭКГ	Нормальное АД (n=452)	Высокое нор- мальное АД (n=10)	АД равно или выше 95-го пер- центиля (n=5)
Синусовая тахикар- дия	52 (11,1%)	2 (0,4%)	4 (0,86%)
Синусовая брадикар- дия	40 (8,6%)	—	—
Правопредсердный ритм	12 (2,6%)	—	—
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса	59 (12,6%)	—	2 (0,4%)
Укорочение интерва- ла PQ	51 (10,9%)	3 (0,6%)	—
Удлинение интервала QT	6 (1,3%)	—	—
Признаки перегрузки правого желудочка	13 (2,8%)	—	—
Атриовентрикуляр- ная блокада I степени	2 (0,43%)	—	—

(53,3%). Из них детей с высоким нормальным АД — 10 человек, с АД равным и выше 95-го перцентиля — 5 человек. Результаты представлены в табл. 6.

В группе с нормальным АД нарушения ритма и проводимости регистрировались достоверно чаще по сравнению с другими группами детей. Это указывает на отсутствие связи между уровнем АД и изменениями на ЭКГ у детей дошкольного возраста.

Все дошкольники с АГ были направлены на консультацию к детскому кардиологу. После проведенного обследования у 1 ребенка был выявлен стеноз почечной артерии, у 4 — паренхиматозные заболевания почек (хронический пиелонефрит), у 4 — обнаружили признаки вегетативной дистонии по симпатикотоническому типу, у 6 — не удалось выявить причину повышения АД, и они направлены на углубленное обследование.

Выводы

Дети дошкольного возраста редко предъявляют жалобы. Однако у дошкольников 5—7 лет отмечается повышение АД, которое чаще всего имеет вторичный характер. Организм ребенка обладает большими компенсаторными возможностями, и патологические процессы нередко протекают бессимптомно. Однако при выявлении повышения АД, изменений на

ЭКГ требуются углубленное обследование, лечение и диспансерное наблюдение. Проведение скрининговых исследований позволяет активно выявлять имеющиеся изменения на ранних этапах, своевременно проводить необходимые мероприятия. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детском возрасте имеет первостепенное значение для улучшения состояния здоровья взрослых и увеличения продолжительности жизни.

Литература

1. Баранов А.А. и др. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях. Руководство для врачей. М., 2006.
2. Вавилова В.П. и др. Современные возможности программы оздоровления детей в условиях дошкольных образовательных учреждений // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2002. № 6.
3. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста. М., 2005.
4. Леонтьева И.В. Современное состояние проблем диагностики, лечения и профилактики первичной артериальной гипертензии у детей и подростков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2002. № 1.
5. Updates on the 1987 task force report on the High Blood Pressure in children and adolescents: a working group report from national High Blood Pressure Programme // Pediatrics. 1996. Vol. 98, N. 4.

Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы, факторы их формирования

Гомзина Е.Г.,
канд. мед. наук;

Шамова А.Г.,
д-р мед. наук, профессор,
Казанский государственный медицинский
университет, г. Казань

Аллергический ринит в общей популяции составляет более 15% из числа аллергических заболеваний. Распространенность его, по данным официальной статистики, основанной на показателях обращаемости пациентов, не отражает в полной мере серьезности данной проблемы. У 45—60% пациентов с аллергическим ринитом в дальнейшем развивается бронхиальная астма, а у 50—70 — сочетание аллергического ринита с бронхиальной астмой. Оно безусловно, усугубляет тяжесть заболевания и влияет на эффективность лечения, а также на качество жизни больного, ограничение его физических, психических и социальных возможностей.

Гипотеза о связи аллергического ринита (АР) с бронхиальной астмой (БА) периодически обсуждалась в последние десяти-

летия. В прошедшее десятилетие прогресс в иммунобиологии в сочетании с детальными эпидемиологическими и клиническими исследованиями привел к новому представлению о патогенезе респираторной аллергии, включающему ринит (риносинусит) и астму. Поэтому ряд авторов рассматривают АР как начальную стадию развития бронхиальной астмы. Экспериментальные исследования фокусируются прежде всего на определенных аспектах:

- частое сосуществование ринита и астмы;
- роль ринита как фактора риска для астмы;
- частое наблюдение неспецифической бронхиальной гиперреактивности при рините;
- функциональная связь между реакцией носовой полости и бронхов на различные раздражители;

- доказательство обычного механизма воспаления для ринита и астмы;
- роль верхнереспираторных инфекций в обострении астмы;
- эффект терапии ринита на течение БА.

Во всех этих независимых исследованиях были предложены рабочие определения: аллергический ринобронхит, заболевание объединенных дыхательных путей, болезнь единого дыхательного пути. Данные определения подразумевают, что верхний и нижний респираторные пути могут рассматриваться как единая система с одинаковым патогенным механизмом. Сейчас представляется логичным ожидать, что аллергия не болезнь, ограниченная специфическим целевым органом, скорее это заболевание всего респираторного тракта с различными клиническими проявлениями. В настоящее время более распространено определение комбинированного АР и синдрома астмы (CARAS). Таким образом, исследователями различных стран выделены четыре основных механизма, способных объяснить взаимосвязь между АР и бронхоспазмом:

- аспирация инфицированным секретом из верхних путей трахиобронхиальным деревом;
- назобронхиальный рефлекс;
- повышенная экспозиция воздействия холодного и/или сухого воздуха на нижние дыхательные пути при затрудненном дыхании через нос;
- раздражение дыхательных путей вследствие системной абсорбции медиаторов воспаления.

Патогенное единство верхних и нижних респираторных нарушений является важным, в частности, при рассмотрении терапевтического подхода. Лечение болезней верхних дыхательных путей благоприятно сказывается на состоянии нижних дыхательных путей, а медикаменты, воздействующие на обычные патогенные механизмы, могут оказывать целостное влияние. Показана общность механизмов воспаления при этих заболеваниях, которая послужила одной из предпосылок для создания концепции единого заболевания дыхательных путей. Бóльшая часть данных о связи верхних и нижних дыхательных путей содержится в эпидемиологических исследованиях, это подтверждается при перекрестных исследованиях наличием АР при астме, частота таких случаев колеблется от 70 до 90%. Установлено, что АР часто предшествует астме. Сам по себе АР — независимый фактор риска возникновения астмы даже при отсутствии признаков атопии. Респираторный тракт представляет собой единую морфофункциональную систему, он полностью покрыт реснитчатым эпителием и слизиобразующими железами вплоть до мельчайших бронхов и обслуживается экстенсивной сосудистой системой и иннервацией. Ин-

нервация сходна для верхнего и нижнего дыхательных путей, поэтому назально-бронхиальный мускариновый эффект предполагается как возможный патогенный механизм. Верхний респираторный тракт функционирует как физический фильтр, резонатор, теплообменник и увлажнитель вдыхаемого воздуха. В этом отношении разумно ожидать, что любое нарушение этих функций может изменить гомеостаз нижних респираторных путей; например, оральная гипервентиляция холодным воздухом для астматиков приводит к уменьшению объема форсированного выдоха и увеличивает назальную резистентность. Этот факт можно отнести к неспецифической бронхиальной гиперчувствительности (BHR). На практике у значительной доли пациентов, страдающих только ринитом, выражена заметная неспецифическая бронхиальная гиперчувствительность, которая, в свою очередь, является отличительной функциональной чертой астмы.

У больных аллергией аллерген-специфический носовой раздражитель может вызывать как непосредственную бронхиальную реакцию, так и увеличение бронхиальной чувствительности, а также воспаление бронхов, которое характеризуется притоком эозинофила. Бронхиальный раздражитель способен стать причиной разви-

тия назальных симптомов, а также назального воспаления у пациентов с аллергическим ринитом. Предлагаются следующие вероятные механизмы для объяснения этой функциональной связи. Во-первых, это системная связь через растворимые медиаторы, влияющие на исходные продукты: костный мозг может специфически реагировать на назальный раздражитель, увеличивая мейоз и синтез эозинофильных исходных продуктов. Во-вторых, так называемое неврогенное воспаление (включающее нейропептиды, вещество Р, нейрокинин А) представляет новый патогенный аспект связи верхнего и нижнего воздушных путей. Процесс воспаления — центральное звено в механизме аллергической реакции, протекает одинаково в носовой полости и в бронхах. Аллергическое воспаление служит конечным результатом иммунологического состояния, которое частично определяется на уровне генома, а также зависит от факторов питания, гигиены и окружающей среды и приводит к дисбалансу Th1/Th2-клеток.

Развитие АР и БА тесно связано с воздействием **генетических факторов**. Выделены гены, которые регулируют синтез IgE, отдельные гены, ответственные за выработку провоспалительных цитокинов, и отдельный ген, отвечающий за гиперреактивность бронхов. Риск возник-

новения аллергических заболеваний у ребенка от родителей, имеющих признаки атопии, в 2—3 раза выше, чем от родителей, ее не имеющих. Генетический контроль уровня общего IgE осуществляется кластером генов, локализованных на длинном плече хромосомы 5. Показана ассоциация концентрации IgE с полиморфными маркерами области 5q31.1. В этой области находятся несколько генов, имеющих отношение к механизмам развития астмы: IL-13, IL-5, IRF1, CSF2 и IL-3. Бронхиальная гиперреактивность связана с генетическими маркерами сегмента 5 хромосомы 5q31.1—q33, что указывает на возможность сочетанного наследования предрасположенности к ней и к повышенному уровню общего IgE. Продукция специфических IgE-антител контролируется классическими Ig-генами иммунного ответа. Выявлена связь вида сенсибилизации с субвариантами аллелей II класса главного комплекса гистосовместимости на коротком плече хромосомы 6. Выработка специфических IgE-антител не связана прямо с общим уровнем IgE. Таким образом, генетическая основа БА представлена комбинацией генетически независимых составляющих заболевания: предрасположенности к развитию атопии, продукции IgE-антител определенной специфичности и гиперреактивности бронхов.

Каждый из указанных генетических факторов повышает вероятность развития БА, а вместе с ней и АР, а их комбинация создает высокий риск реализации заболевания. По данным собственных исследований, наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями у детей с БА выявлялась у 78,9% детей, преимущественно по линии матери (52,8%). Это объясняется, с одной стороны, феноменом геномного импринтинга, при котором гены только активно считываются и транслируются в соответствии с источниками их происхождения, а с другой — тем, что иммунологический статус матери (баланс Th1/Th2) может модифицировать развивающуюся иммунную систему плода.

Сенсибилизация детского организма начинается с **внутриутробного периода развития** и может произойти при злоупотреблении беременной облигатными аллергенами, применении различных лекарственных препаратов, заболеваниях вирусно-бактериальными инфекциями. Важное значение имеет патологическое течение беременности, обуславливающее повышенную проницаемость плаценты: токсикоз I и II половины, угроза выкидыша, нервные стрессы, а также контакты с профессиональными сенсибилизирующими факторами. Неблагоприятное влияние на течение беременности оказыва-

ют загрязнения окружающей среды, которые могут вызывать развитие осложнений (поздние гестозы, анемии, угроза выкидыша и др.), нарушений в функционировании системы мать — плацента — плод, а также привести к хронической гипоксии, изменять реактивность организма. Факторы окружающей среды могут влиять на генетическую предрасположенность к аллергическому ответу на самом раннем этапе развития, когда клетки примируются* в сторону преобладания Th1 или Th2-клона.

В развитии аллергических болезней значительную роль играют анте- и интернатальная гипоксия плода, приводящая к снижению барьерных функций органов к чужеродным в антигенном отношении субстанциям, нарушению гликолитических процессов, возникновению ацидоза и энергетического дефицита, а также снижению активности клона Th1 CD4+-Т-лимфоцитов и активации Th2 с гиперпродукцией IgE. Дети, имеющие перинатальную энцефалопатию, составляют группу риска по раннему формированию БА. По нашим данным, антенатальные и интернатальные факторы риска у детей с БА и АР отмечались в 74,6% случаев.

В период новорожденности антигенные нагрузки на организм ребенка усиливаются. Сенсибилизация может произойти при использовании антибиотиков, злоупотреблении матерью облигатными аллергенами в период лактации. Ранние контакты новорожденного с аллергенами подкрепляют Т-клеточное включение Th2-клона с продукцией цитокинов, способствующих синтезу IgE. По результатам собственных исследований, отягощенное течение неонатального периода отмечалось у 62,4% детей с БА и у 58,6% с АР.

Имеются сообщения о склонности недоношенных детей к развитию БА и АР, что связано с уменьшением калибра бронхов, повышенной восприимчивостью к вирусным и бактериальным инфекциям, а также с нарушением пищеварения. При этом наиболее часто аллергические проявления возникают у детей, родившихся на сроке 32—36-й недели беременности, имеющих перинатальное поражение ЦНС и различные инфекционные заболевания.

Большая роль отводится **конституциональным особенностям**, и дети, родившиеся с крупной массой тела, больше рискуют заболеть аллергическими заболеваниями. Предполагается, что это связано с уменьшением веса тимуса и изменением соотношения Th1 и Th2-клонов CD4+-Т-лимфоцитов в пользу Th2. Нали-

* Примирирование, праймирование (от англ. *priming*) — первичная иммунизация (сенсибилизация), создание иммунологической памяти.

чие экссудативно-катарального диатеза свидетельствует о ранней реализации аллергически измененной реактивности и служит фоном, на котором в дальнейшем может развиваться АР и БА.

Важным фактором формирования аллергических заболеваний является нерациональное питание ребенка на первом году жизни — перевод на **искусственное и смешанное вскармливание**. При раннем отнятии от груди ребенок лишается важных компонентов женского молока, подавляющих формирование клона В-лимфоцитов, продуцирующих IgE, тогда как антигены коровьего молока способствуют вторичной их выработке. Необходимо отметить, что провоцирующий момент возникновения атопических проявлений у детей с наследственной предрасположенностью к аллергии — раннее введение прикорма. Так, только грудное вскармливание детей и отказ от прикорма до шестимесячного возраста считаются мерами профилактики аллергических заболеваний у детей этой группы.

В процессе становления аллергической патологии у детей большое значение отводится **изменениям со стороны желудочно-кишечного тракта**, обуславливающих повышенную проницаемость слизистой кишечника для аллергенов. Наряду с этим важная роль принадлежит функциональному состоянию пече-

ни и желчевыводящих путей. По данным собственных исследований, у 100% детей с АР и БА отмечается патология со стороны органов пищеварения, в том числе: дисбактериозы кишечника — у 89,8%, гепатобилиарная патология — у 79,1, реактивные панкреатиты — у 55,6 и хронические — у 3,5% детей.

Пусковым моментом для манифестации аллергической патологии у отдельных детей может явиться **вакцинация**, особенно АКДС, проведенная без учета клинико-иммунологического статуса ребенка. Большое значение имеет время выполнения прививки. Наиболее часто реакции наблюдаются в тех случаях, когда ребенка вакцинируют в преморбидном состоянии или вскоре после перенесения острой респираторной инфекции.

Риск развития аллергических заболеваний повышают **неблагоприятные жилищно-бытовые условия** — проживание в старых домах без удобств, в сырых, плохо проветриваемых помещениях, а также высокая степень аэрогенной нагрузки в доме, формируемая загрязнениями квартир полимерными соединениями, наличием потенциальных аллергенов — коллекторов пыли (ковров, старой мягкой мебели, книг на открытых полках), домашних животных, цветущих растений и др.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у детей —

один из важных факторов, приводящих к возникновению БА и АР. Они приводят к повышению гиперреактивности бронхов, повреждению эпителиального барьера, тем самым облегчают инвазию экзогенных аллергенов, а также стимулируют IgE-опосредованное выделение гистамина. Отмечается повышенная частота развития БА у часто болеющих детей, перенесших круп, бронхолит и коклюш, а у 50—70% больных начало заболевания связывают с ОРВИ, бронхитами, пневмониями. Показана высокая инфицированность детей с БА внутриклеточными микоплазмами. Однако имеются данные о том, что некоторые инфекции, перенесенные в раннем возрасте, такие как корь, могут защитить от развития астмы. Отсутствие инфекции в первые годы жизни может изменить соотношение Т-хелперов в сторону Th2-фенотипа и предрасположить к развитию аллергии. Большое значение в развитии БА и ее дальнейшем течении имеют **очаги хронической инфекции**: тонзиллит, аденоиды, риносинусит, отит, хроническая пневмония. У детей старшего возраста может отмечаться сочетание бронхиальной астмы и хронической пневмонии. В раннем возрасте чаще выявляются отиты, в старшем — синуситы, тонзиллиты. Так, у детей до 2 лет хронические очаги инфекции обнаруживались в 22% случаев, от 2 до 3 лет — в 60, от 3 лет — в 70%. Очаги хронической инфек-

ции в носоглотке отягощают течение БА и ведут к дальнейшей сенсibilизации организма.

Манифестации клинических проявлений АР и БА способствует **курение родителей**. Табачный дым содержит около 4500 веществ, среди которых более 30 оказывают прямое токсическое и раздражающее действие на слизистую оболочку респираторного тракта. Пассивные курильщики поглощают из прокуренной атмосферы столько же никотина и других токсических компонентов табачного дыма, сколько и курящий. В ответ на активное и пассивное курение повышается реактивность бронхов, а также локально освобождаются биологически активные вещества, что приводит к бронхоспастическим проявлениям.

На основе корреляционного и детерминантного анализа нами выделены ведущие факторы, способствующие формированию АР и БА у детей, установлены их вклады в риск заболевания. Ведущее место в развитии АР и БА принадлежит наследственно-конституциональным факторам, суммарный вклад которых составляет 16,3%. Их них играют значимую роль: респираторные аллергозы у матери, братьев и сестер, бабушки по линии отца, а также наличие экссудативно-катарального диатеза у ребенка, атопический дерматит до 3 лет; на 2-м месте (с вкладом 15,3%) находится патология со стороны

органов дыхания — повторные пневмонии, частые ОРВИ; на 3-м (11,1%) — микроэкологические факторы: проживание в старых домах, наличие в квартире потенциальных аллергенов, плесени, цветущих растений; на 4-м (10,7%) — антенатальные особенности, включая заболевания ОРВИ и длительные нервные стрессы во время беременности; патология периода новорожденности (асфиксия в родах, применение антибиотиков и респираторный дистресс-синдром с вкладом 5,9%) зани-

мает 5-е место. Из других значимых факторов следует отметить экологические, а также наличие профессиональной вредности у родителей.

Для прогнозирования и выявления факторов развития сочетания БА и АР была использована методика П.А. Подлужного (1977). Предлагаемая таблица прогнозирования основана на изучении роли более 100 факторов риска по результатам сплошного обследования 40 детей в возрасте от 6 до 16 лет (табл. 1).

Таблица 1

**Прогностическая оценка риска развития
аллергического ринита у детей**

Фактор	Градация фактора	Нормированный интенсивный показатель, N	Показатель относительного риска (весовой коэффициент), R	Интегрированная оценка риска, X=NR
1	2	3	4	5
Пол ребенка	Мужской	3,2	2,33	7,45
	Женский	1,44		4,48
Наследственность	Отягощена	3,7	4	14,8
	Не отягощена	0,9		3,6
Течение беременности	Токсикоз	3,93	8,5	33,4
	Угроза прерывания	0,46		3,65
	ОРВИ	2,77		23,5
	Анемия	0,46		3,91
	Удовлетворительное	1,27		10,78

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
Течение родов	Асфиксия	0,69	1,8	1,24
	Хроническая гипоксия	0,57		1,02
	Удовлетворительное	1,04		1,8
Заболевание родителей	Аллергия у матери	1,74	2,9	5,04
	Аллергия у отца	0,81		2,32
	Аллергия у ближайших родственников	1,74		5,01
	Соматическая патология родителей	0,9		2,61
	Условно здоровы	2,3		6,67
Профессиональные вредности	До беременности	1,97	1,44	2,84
	Во время беременности	1,85		2,6
	Нет	2,66		3,8
Вскармливание	Раннее искусственное	2,89	2,5	7,22
	Раннее смешанное	1,73		4,3
	Грудное	1,15		2,87
Дом	Деревянный	2,31	4	9,24
	Кирпичный	0,58		2,4
	Панельный	1,74		6,93
	Новый	1,38		5,52
	Старый	2,08		8,32
Наличие в доме потенциальных аллергенов	Ковры	3,6	6,2	22,3
	Домашние животные	1,14		7,03
	Гипоаллергенный быт	0,34		2,15

Окончание табл.

1	2	3	4	5
Условия проживания	Автомостраль (расстояние до 2 км)	3,82	5,32	20,32
	Промышленное предприятие (до 4 км)	0,72		3,83
	Рядом с парком (до 1 км)	1,96		10,43
Атопический дерматит	Наблюдался до 3 лет	2,08	1,5	3,12
	Отсутствовал	1,4		2,08
Аллергические реакции	РКС	2,2	3,2	7,04
	Отек Квинке	0,81		2,59
	Крапивница	0,69		2,2
	Отсутствовали	0,92		2,96
Уровень IgE, МЕ/мл	<100	1,05	2,33	2,45
	100—500	1,16		2,7
	>500	2,43		5,66
Уровень эндотоксина, ЕУ/мл	0,2—2,88	3,13	27	84,51
	0,1—0,09	0,23		6,51
	0,09	0,11		0,31

Диапазон значений риска по комплексу взятых факторов находят по силе воздействия комплекса факторов в их крайних, полярных проявлениях. Определение возможного диапазона риска проводили для прогнозируемого аллергического ринита. Полученные минимальные значения прогности-

ческого коэффициента (X) по каждому фактору суммировали и делили полученное значение на сумму показателей относительного риска (R). Таким же образом определяли максимальное значение интегрированного показателя риска. В соответствии с рассчитанными данными сумма показателей относи-

тельного риска равна $\Sigma R = 73,55$, сумма минимальных значений прогностического коэффициента $\Sigma X_{\min} = 33,7$, сумма максимальных его значений $\Sigma X_{\max} = 229,14$. В диапазоне значений риска развития сочетанных форм АР в пределах от 0,45 до 3,11 было выделено три интервала: наименьший риск (0,45—1,33), средний (1,34—2,22) и наибольший (2,23—3,11). Достоверность прогноза составляет 95% (табл. 2).

Например, ребенок женского пола, рожденный от первой беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре и ОРВИ во II триместре, весом 3400, по шкале Апгар 7—8 баллов. Наследственность отягощена по материнской линии (атопическая бронхиальная астма), ранний перевод на искусственное вскармливание в возрасте 3 мес. сме-

стью на основе сои. В период новорожденности заболеваний не было. Профилактические прививки проводились по возрасту, без аллергических реакций. У ребенка отмечались признаки атопического дерматита при введении в прикорм коровьего молока, бронхообструктивный синдром в возрасте 6 мес. при ОРВИ. Приступ удушья отмечался в возрасте 5 лет при контакте с кошкой. Проживают в новом кирпичном доме, в квартире имеются ковры, цветущие растения. Дом находится в экологически неблагоприятном районе. Уровень IgE >500 МЕ/мл, уровень эндотоксина 1,2 ЕУ/мл. При обработке данных с помощью программы прогнозирования общее количество баллов равно 221,4, далее данный показатель делим на 73,55 и получаем интегрированный показател

Таблица 2

**Поддиапазоны и группы риска развития
сочетанных форм аллергического ринита у детей**

Поддиапазоны риска	Размер поддиапазона	Группа риска
Наименьшая вероятность риска	0,45—1,33	Благоприятный прогноз
Средняя вероятность	1,34—2,22	Внимание
Наибольшая вероятность	2,23—3,11	Неблагоприятный прогноз

тель риска $221,4/73,55 = 3,01$. Такое значение показателя соответствует неблагоприятному прогнозу и подразумевает необходимость разработки и проведения индивидуальных профилактических мероприятий для данного ребенка.

Таким образом, выявлены причинно-значимые факторы, влияющие на развитие сочетанных форм АР: атопический дерматит длительностью до 3 лет, риноконъюнктивальный синдром, крапивница, отек Квинке, высокий уровень IgE и наличие эндотоксинемии. На основании выявленных неблагоприятных факторов формирования сочетанных форм АР и БА, возможно своевременное прогнозирование данной патологии, направленное на выявление групп риска и проведение своевременной первичной профилактики бронхиальной астмы и аллергического ринита.

Литература

1. Балаболкин И.И. Бронхиальная астма у детей. М., 2003.
2. Емельянов А.В., Тренделева Т.Е. Исследование взаимосвязи нижних и верхних дыхательных путей у больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмы // Аллергология. 2001. № 3.
3. Ревякина В.А. Бронхиальная астма и ее связь с аллергическим ринитом: подходы к терапии // Педиатрия. 2002. № 1.
4. Alvares M.S. et al. Airway inflammation in asthma and perennial allergic rhinitis. Relationship with nonspecific bronchial responsiveness and maximal airway narrowing // Allergy. 2000. Vol. 55.
5. Amsdale E.H. et al. Asymptomatic bronchial hyperresponsiveness in rhinitis // J. Allergy Clin. Immunol. 1985. Vol. 75.
6. Braunstahl G.J. et al. Segmental bronchial provocation induces nasal inflammation in allergic rhinitis patients // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2000. Vol. 161.
7. Corren J. Allergic Rhinitis and asthma: how impotent is the link? // J. Allergy Clin. Immunol. 1997. Vol. 99.
8. Corren J. et al. Changes in bronchial responsiveness following nasal provocation with allergens // J. Allergy Clin. Immunol. 1992. Vol. 89.
9. Crimi E. et al. Inflammatory and mechanical factors of allergen-induced bronchoconstriction in mild asthma and rhinitis // J. Appl. Physiol. 2001. Vol. 91.
10. Djukanovich R. Asthma: A disease of inflammation and repair // Allergy Clin. Immunol. 2000. Vol. 105.
11. Kapsali T. et al. Rhinitis is ubiquitous in allergic asthmatics // J. Allergy Clin. Immunol. 1999. Vol. 99.
12. McLane M.L. et al. Integrated response of the upper and lower respiratory tract of asthmatic subjects to trigig air // J. Appl. Physiol. 2000. Vol. 88.
13. Passalacqua G.L. et al. Asthma-rhinitis comorbidity // J. Allergy & Cl. Immunology International. 2003. Vol. 15, N. 3. P. 105—109.
14. Passalacqua G.L. et al. The nose-lung interaction: united airways // Curr. Op. Allergy Clin. Immunol. 2001. Vol. 1.
15. Polosa R. et al. Bronchial hyperresponsiveness and airway inflammation markers in nonasthmatics with allergic rhinitis // Eur. Resp. J. 2000. Vol. 15.
16. Simons F.R. Allergic Rhinobronhitis: the asthma-allergic rhinitis link // J. Allergy Clin. Immunol. 1994. Vol. 104.

Профилактика ОРВИ у детей дошкольного возраста

Салиманова Р.Р.,

врач-педиатр высшей категории,
городская поликлиника № 20, г. Казань

Всем участковым врачам приходится встречаться с часто болеющими детьми. В структуре их заболеваемости на первом месте стоят заболевания органов дыхания (около 80%), среди них 90% составляют острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп. Особенно высокий уровень заболеваемости наблюдается в ДОО у детей в возрасте от 2 до 4 лет. Именно в этот период основная масса детей поступает в организованный детский коллектив.

Распространенность ОРВИ у дошкольников объясняется не только полиэтиологичностью этого заболевания, но и высокой восприимчивостью детского организма и легкостью передачи болезни. Причинами тому служат известные анатомо-физиологические особенности органов дыхания и иммунной системы у детей этого возраста (временная иммунологическая недостаточность за счет снижения неспецифических факторов иммунитета), а также постоянный контакт в ДОО с больными ОРВИ. К факторам, способствующим заболеванию малышей ОРВИ, относятся также

особенности течения беременности у матери, недоношенность, искусственное вскармливание, неблагоприятная экологическая обстановка.

Потому актуальным направлением исследований в педиатрии является поиск эффективных путей профилактики ОРВИ у детей дошкольного возраста. В нашем амбулаторно-поликлиническом учреждении в осенне-зимний период (октябрь 2006 г. — март 2007 г.) был проведен анализ заболеваемости дошкольников в период эпидемии ОРВИ с целью сравнительной оценки профилактической эффективности медикаментозной профилактики.

Исследованием было охвачено 174 ребенка, посещающих ДОО, в возрасте от 1,8 до 7 лет. Часть из них (97 чел.) принимали с профилактической целью противовирусные препараты (анаферон, амиксин, оциллококцидум), поливитамины и витаминно-минеральные комплексы (вобовит, джунгли, алфавит). В период наблюдения установлено, что в этой группе заболели 22 дошкольника (22,7%). В то же время в контрольной

группе детей, охваченных профилактическими мероприятиями (77 чел.), заболел 51 малыш (66,2%). Причем у детей, получавших медикаментозную профилактику, течение заболевания было более легким — 76% против 42,1 в контрольной группе. В этой группе около половины детей (49,7%) перенесли грипп и ОРВИ в тяжелой форме, с длительным фебрилитетом, назначением антибактериальных препаратов.

Итак, у дошкольников, которым назначался профилактический прием поливитаминов и противовирусных препаратов, были получены благоприятные результаты — дети стали меньше болеть. Эффективность профилактики ОРВИ медикаментозными средствами подтвердились.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «СПРАВОЧНИКИ»



СПРАВОЧНИК ПСИХОЛОГА ДОУ

Автор — Аралова М.А. М.: ТЦ Сфера, 2007.
Обложка, 272 с. Формат 60х90/16

В книге рассмотрены формы и методы работы психолога в условиях ДОУ. Представленный материал позволяет исследовать психические особенности личности ребенка на основе его диагностики, коррекции и развития, помочь в организации работы психолога с воспитателями и родителями, выявить основополагающие принципы психолого-педагогической деятельности, включая ролевые игры, релаксационные упражнения, тренинги, тесты. Представлены документы, регламентирующие деятельность психолога в ДОУ, даны практические советы по организации его рабочего времени и места.



ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДОШКОЛЬНИКОВ Справочное пособие для ДОУ

Сост. И.М. Ахметзянов М.: ТЦ Сфера, 2007.
Обложка, 304 с. Формат 60х90/16

В книге представлены санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования, изложенные в более чем 120 действующих нормативных правовых и руководящих документах, к территории, зданиям, помещениям учреждений для детей дошкольного возраста, оборудованию, используемому в их деятельности, медицинские требования к режиму дня, занятиям, играм дошкольников, их сну, питанию, мероприятиям по закаливанию детей. Дана характеристика профилактических мероприятий при некоторых инфекционных и паразитарных заболеваниях, требования к дезинфекции, проведению профилактических прививок.

Истоки социально-оздоровительной технологии «Здоровый дошкольник»

Антонов Ю. Е.,

доцент, Московский педагогический
государственный университет, Москва

*80-летию профессора Ю.Ф. Змановского
посвящается*

ПЕДАГОГИКА



Забота о здоровье ребенка заставляет специалистов наращивать темпы по освоению профилактических, педагогических, управленческих, культурологических технологий. В преддверии московской олимпиады с большим энтузиазмом стали внедряться оздоровительный бег, сауны, аэробика, спортивные игры. Одним из пропагандистов здорового образа жизни в то время был д-р мед. наук, профессор Юрий Филиппович Змановский (1929—1995). Ученик А.Н. Леонтьева и А.Р. Лурии всегда гордился тем, что почти все выпускники его университетской группы (В. Давыдов, Ю. Гиппенрейтер, В. Небылицин и др.) стали докторами наук. Прекрасный шахматист, любитель лыжного слалома и тенниса Ю.Ф. Змановский долгое время вел на всесоюзном телевидении передачу «Если хочешь быть здоров!». Постоянное внимание к инновациям (биоритмологии, хронобиологии, спортивной медицины, педиатрии, нейропсихологии, исследованиям мозга с помощью вызванных потенциалов, организационно-деятельностным играм) прекрасно сочеталось с его педагогической и просветительской деятельностью. Поддержка молодой семьи через родительские университеты, активные формы обучения воспитателей, внимание к творческим идеям студенчества — вот далеко не полный спектр творчества ученого-новатора.

Одной из важных инициатив было создание в начале 90-х г. прошлого столетия научно-практической школы оздоровления детей при РИПКРО (впоследствии

АПК и ППРО) и институте педиатрии (с легкой руки Юрия Филипповича, носит теперь название научный центр «Здоровое детство» РАМН). Буквально с первых шагов деятельности школы на основе научных разработок Ю.Ф. Змановского его сподвижникам удалось регламентировать и обосновать новую социально-оздоровительную технологию «Здоровый дошкольник». Интерес к данному новшеству устойчиво прослеживается на протяжении последнего десятилетия, сотни сайтов дошкольных учреждений, педагогических, медицинских колледжей и университетов пестрят упоминаниями о находках «Научно-практической школы оздоровления детей им. Ю.Ф. Змановского». Авторами школы опубликованы десятки научных сборников и статей.

Для внедрения междисциплинарных разработок тем не менее мало только программ, методик, педагогических и медицинских лицензий для дошкольных учреждений, важна глубочайшая заинтересованность в их использовании воспитателей (педагогов, нянь, родителей), властных структур (глав администраций, муниципальных служб здравоохранения и образования, финансовых управлений и др.).

Понятие «социальная оздоровительная технология» предложено нами для оптимизации оздоровительно-воспитательной

работы учреждений на основе концептуальной программы профессора Ю.Ф. Змановского. К настоящему времени разработаны модели апробации и внедрения социально-оздоровительной технологии «Здоровый дошкольник», в том числе через многоступенчатые дистанционные курсы повышения квалификации специалистов муниципального и регионального уровней. Достигнуто согласие о включении в данную социальную технологию цикла саморегуляции поведения дошкольников (рук. А.П. Щербак, г. Рыбинск), цикла мониторинга оздоровительно-воспитательной работы (рук. В.Г. Алямовская, Н. Новгород), цикла «К здоровой семье через детский сад» (рук. В.С. Коваленко, Санкт-Петербург), цикла регионального опыта сопровождения оздоровительно-воспитательной и коррекционно-педагогической деятельности в центрах развития ребенка — детских садах (рук. Т.Г. Назарова, Г.Д. Корепанова, Кемеровская обл.).

Межведомственный уровень социально-оздоровительной технологии на стыке нацпроектов «Образование» и «Здоровье» благодаря «шахматной точности» автора легко позволяет просчитать ее экономический эффект на федеральном, региональном уровне, в том числе с учетом климато-географических и экологических условий.

Итак, Ю.Ф. Змановский создал авторскую программу «Здоровый дошкольник», а его последователи, сотрудники и ученики вывели ее на уровень социальной технологии. Как это доказала социолог В.М. Подшивалкина, социальную технологию отличают следующие содержательные характеристики:

- инновационность в конструировании отношений и форм деятельности;
- обратимость во времени;
- воспроизводимость и тиражирование, в том числе с учетом региональных условий;
- внутренняя пространственно-временная структура;
- независимость от места и времени;
- ритмичность и параллельность процедур;
- эмпирические проверки эффективности;
- акцент на настоящее и эффективный прогноз;
- использование активных форм обучения (инновационных игр, развивающих семинаров, поискового проектирования, кружков качества).

Для новой системы образования и науки социальная технология — это не просто креативная управленческая процедура, а важная ступень организационного опыта.

Социальная технология предполагает настроенность на определенную цель, специализированные (в нашем случае оздоровительные) нормы с временным

ограничением их действия, системное использование ряда методик. С технологией программу роднит узкая целевая направленность, общая для данных понятий. Программа в большей мере сходна с планированием, чем с технологией. Прежде всего потому, что в ней не предусматривается обратимости действий.

Основные принципы, приемы и разделы программы Ю.Ф. Змановского

1. Выявление факторов, способствующих возникновению и развитию стрессовых, невротических состояний у детей.

2. Применение психолого-педагогических приемов, доступных педагогам ДОУ, направленных на исправление и предупреждение нежелательных адекватных проявлений.

3. Обеспечение условий для преобладания положительных эмоций в распорядке дня каждого ребенка.

4. Создание благоприятного психологического климата в ДОУ.

5. Обучение детей приемам мышечного расслабления — базового условия для аутогенной тренировки.

6. Организация комнат «психологической разгрузки» в ДОУ.

7. Использование личностно-ориентированных и по возможности психоаналитических бесед для психокоррекции.

8. Рациональное применение «музыкотерапии» для нормали-

зации психоэмоционального состояния детей.

Обоснованы и внедряются в практику с 1990 г. приемы оздоровления дошкольников, основными принципами реализации которых являются:

1. Организация режима для ребенка с учетом его биоритмологического профиля.

2. Стереотипно повторяющиеся режимные моменты: время приема пищи, дневной и ночной сон, общая длительность двигательной активности ребенка на открытом воздухе и в помещении (динамический подход к режиму дня).

3. Использование (по возможности ежедневно) следующей формулы: оптимальная индивидуальная двигательная активность с преобладанием циклических упражнений, достаточная индивидуальная умственная нагрузка и преобладание положительных эмоциональных впечатлений.

4. Достаточный по продолжительности дневной сон детей. Его длительность определяют не возрастом, а индивидуально.

5. Организация режима для детей в соответствии с сезонными особенностями.

6. Гибкий график работы персонала ДОУ. Эффективно внедрен в базовом учреждении ДОУ № 1622 Восточного округа Москвы — заведующий Т.Л. Малышева, научный куратор д-р мед. наук Т.К. Марченко, НЦ «Здоровое детство» РАМН (до

1995 г. — институт педиатрии РАМН).

Важным разделом оздоровительно-воспитательной работы является обеспечение детей полноценным питанием. Эти задачи решаются медицинским персоналом и работниками пищеблоков, которые должны готовить рацион детей не только исходя из общеизвестных концепций сбалансированности калорийного питания, но и на основании теории адекватного питания.

В программе дано «физиологическое» определение здоровья ребенка как динамического и вместе с тем устойчивого к патологическим (болезнетворным) и экстремальным воздействиям. Комплексное определение здоровья ребенка дошкольного возраста включает большой набор характеристик: жизнерадостность, устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды, высокий уровень выносливости и работоспособности и т.д.

Первый раздел программы — определение исходных показателей состояния здоровья и психического развития детей. В комплекс антропометрических показателей, регистрируемых медицинским персоналом ДОУ, включены определения длины и массы тела, а также индексов: отношений длины тела к возрасту, массы тела — к возрасту и массы — к длине. Последний показатель отражает гармоничность физического развития

ребенка. Наличие этих параметров обеспечивает возможность их сравнения с международными стандартами, периодически публикуемыми Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).

Тесты по характеристике двигательной подготовленности, определяемые специалистами по физической культуре и воспитателями, включают стандартные параметры: бег на 10—30 м (с), прыжки в длину с места (см), метания (160—300 г) правой/левой рукой (м). В этот набор входит также тест на общую выносливость: дистанция в метрах, которую ребенок пробегает со скоростью 1,0—1,2 м/с (2 коротких шага в секунду) до появления одного из признаков начинающегося утомления — изменения ритма дыхания, нарушений перекрестной координации между этим показателем и состоянием соматического здоровья ребенка. Установлено, что чем больше пробегаемая дистанция, тем реже у ребенка возникают респираторные заболевания.

В комплекс «субъективных», или психолого-педагогических, критериев здоровья входит большой набор поведенческих и личностных характеристик ребенка (жалобы, раздражительность, утомляемость и т.д.), отмеченных воспитателями вместе с родителями. Объективными критериями состояния ребенка, его здоровья, определяемыми медработниками и педагогами детского сада, являются масса тела,

частота сердечных сокращений (в покое, при стандартных пробах и ежедневных физических нагрузках), показатели артериального кровяного давления, пробы с задержками дыхания на выдохе и вдохе, околосуточные показатели температуры тела, индивидуальная продолжительность сна детей.

В диагностический комплекс включены проявления биоритмологического профиля ребенка по околосуточной динамике умственной (основной параметр), физической работоспособности и эмоциональной реактивности. Эти показатели определяются педагогами при взаимодействии с родителями. Тестирование проводится в начале, середине (по отдельным параметрам) и в конце учебного года.

Второй раздел программы — рациональная организация двигательной активности детей. Во введении рассматриваются теоретические положения о жизненно важном значении движения для развития физиологических систем растущего организма (энергетическое правило скелетной мускулатуры И.А. Аршавского) и об эффективном оздоровительном влиянии циклических упражнений, в первую очередь оздоровительного бега, на все физиологические системы, биохимические процессы и психические функции. Этот раздел программы характеризуется изложенными ниже основными особенностями и принципиальными отличиями от су-

шествующих рекомендаций по развитию моторики детей дошкольного возраста.

Основную особенность составляет преобладание циклических, прежде всего беговых (скорость для детей 1,0—1,2 м/с, т.е. два коротких шага в секунду) упражнений и особенно их комбинаций (бег, прыжки, марш, метание мяча, плавание, лыжи, велосипед и т.п.) во всех видах двигательной активности детей как способа тренировки и совершенствования общей выносливости — наиболее ценного оздоровительного качества. Эти упражнения составляют основное содержание утренней зарядки, ежедневных занятий по физическому воспитанию, двух обязательных прогулок, физкультурминуток на занятиях другими видами деятельности и т.д. Важнейшим и основным разделом занятий по физической культуре и прогулок являются подвижные игры с циклическими упражнениями, а у детей старшего дошкольного возраста — и элементы спортивных игр и упражнений. При выполнении всех этих движений необходимо создавать условия для возникновения положительных эмоций у детей, что достигается, в частности, музыкальным сопровождением всех занятий по физической культуре, проводимых в зале, и ряда занятий на открытом воздухе.

Основные требования к занятиям, которые должны проводиться подготовленными по те-

ории и практике физической культуры специалистами при обязательном участии воспитателей, — систематичность с постепенным усложнением упражнений и повышением требований к качеству их выполнения. В зависимости от конкретных задач используются различные методы проведения занятий: поточный, посменный, групповой, круговая тренировка. Моторная плотность занятия — 80% и более (для прогулок 60% и более). Необходимо добиваться осознанного отношения детей к выполнению упражнений, которое должно быть легким и красивым.

Целесообразна частая смена упражнений при многократной (8 и более раз) повторяемости одного и того же упражнения. Обязательный фрагмент каждого занятия составляют упражнения разминочного и гимнастического характера, способствующие улучшению осанки и выполняемые при участии мышц и связок конечностей и позвоночника. При проведении ряда занятий в зале детей обучают приемам мышечного расслабления. Содержание занятий весьма вариативное — наряду с классическим построением (вводная, основная и заключительные части) можно проводить занятия, включающие несколько подвижных игр, спортивных и танцевальных упражнений. Действенным средством повышения двигательной активности детей являются «домашние занятия» для родителей

по выполнению физических упражнений с детьми в выходные и праздничные дни.

Третий раздел программы — система эффективного закаливания детей. Научным обоснованием этого раздела является подход к закаливанию как к тренировке системы терморегуляции. Даются определения физической и химической терморегуляции, их основных механизмов у взрослого человека и особенностей формирования в онтогенезе. К сожалению, отсутствие таких знаний у персонала детских садов и тем более у родителей приводит к неправильным представлениям о сущности и методах закаливания, чем и объясняется в значительной степени его частая недостаточная эффективность. В нашей программе закаливание рассматривается как система оздоровительно-профилактических воздействий, реализуемая таким образом, чтобы каждый момент пребывания ребенка в детском саду (и желательно — в домашней обстановке) характеризовался как благоприятный для становления аппарата физической терморегуляции (терморесепторы и сосуды кожи и подкожной клетчатки), плохо функционирующей в периодах раннего и дошкольного детства.

Обязательным условием эффективного закаливания является прежде всего наличие у детей неперегревающей одежды на открытом воздухе и в помещениях. Основное правило ее использо-

вания — соответствие погоде на данное время дня, а не сезону, как указано в соответствующих пособиях. Ребенок, находящийся на открытом воздухе, должен быть одет так, чтобы при отсутствии движений он испытывал ощущение зябкости. В помещениях не следует надевать на ребенка шерстяные фуфайки и колготки, надо устранить чепчики, теплые шарфы, закрывающие уши. Одежда на улице и дома должна быть легкой, позволяющей двигаться без затруднений.

Другое обязательное условие закаливания — поддержание определенной температуры воздуха в помещениях, не превышающей $+18-20^{\circ}\text{C}$, так как при более высокой сверхкомфортной температуре механизмы физической терморегуляции не развиваются и создаются условия для возникновения респираторных заболеваний. Хорошее закаливающее действие оказывает хождение босиком при соблюдении постепенности в его интенсивности и продолжительности.

Таким образом, правильное использование теплозащитающих свойств одежды, регулирование температуры воздуха в помещениях, хождение босиком — все это условия эффективного закаливания.

Применение специальных температурных закаливающих процедур составляет сущность активного закаливания. Наряду с традиционными принципами использования, сформулирован-

ными еще в начале прошлого века Г.Н. Сперанским (систематичность и последовательность, учет индивидуальных особенностей ребенка и состояния его здоровья, наличие положительных эмоций у детей при процедурах и др.), в качестве ведущего нами выдвинут физиологически обоснованный принцип температурных, т.е. не только холодных, но и тепловых воздействий. Несложный физиологический анализ показывает, что в таком случае аппарат физической терморегуляции получает возможность более адекватного взаимодействия с постоянно изменяющейся температурой окружающей среды.

В программе подробно описываются два основных метода контрастного закаливания, которые могут использоваться как в дошкольных учреждениях, так и в домашних условиях. Это контрастные воздушные ванны с постепенно увеличивающейся разницей температур воздуха (начиная с 4 и до 10—15 °С) в двух помещениях, когда дети перебегают из одной комнаты в другую. Наиболее действенный нетрадиционный метод закаливания — контрастный душ. Его методика близка вышеуказанной: при двух—трех сменах теплой и холодной воды с постепенным увеличением разницы до 10—15 °С.

Отличные результаты можно получить при наличии в ДОУ оздоровительного комплекса: бассейна, сауны, фитобара.

Основу его оздоровительного действия также составляют контрастные воздушные и водные воздействия, которые ориентированы на детей, начиная с трехлетнего возраста. Следует отметить, что само по себе плавание в бассейне детского сада не дает выраженного закаливающего эффекта, так как хорошие результаты в овладении навыками спортивного плавания достигаются лишь в теплой (+27—30 °С) воде, поэтому после занятия плаванием рекомендуется провести процедуру контрастного душа.

Циклические упражнения, особенно на открытом воздухе, выполняемые детьми в свободной неперегревающей, не стесняющей движений одежде на занятиях по физической культуре и прогулках, обладают хорошим закаливающим и оздоровительным эффектом. В этом разделе программы приводятся краткие сведения о традиционных методах закаливания: обтираниях, обливаниях, полосканиях горла и т.п., видах и способах массажа, о различных методиках обучения дыханию. Отдельный подраздел посвящен особенностям закаливания и оздоровления часто болеющих детей, нуждающихся в реализации индивидуального щадящего подхода.

Четвертый раздел программы — комплекс психогигиенических и психопрофилактических средств и методов, используемых в ДОУ.

В новом тысячелетии этот раздел программы приобретает все большую актуальность, так как многие взрослые и дети переходят из состояния физиологического напряжения (стресса — по Г. Селье) в патологическое состояние дистресса, характеризующегося повышенной раздражительностью и утомляемостью, нарушением сна, сниженной работоспособностью.

В теоретическом введении раздела подчеркивается ведущее значение периодов раннего и дошкольного детства и формирования мозговой основы психической деятельности. Дается определение психогигиены как науки, изучающей методы и условия сохранения и улучшения нервно-психического здоровья с помощью психолого-педагогических средств и методов. Приводятся основные принципы психогигиены ребенка — по Е.А. Аркину, В.М. Бехтереву, В.А. Сухомлинскому, заключающиеся в создании условий для преобладания у детей чувств жизнерадостности и бодрости, веры в себя, свои силы и возможности, уважения к людям и самоуважения, полноты жизни, увлекательной деятельности. Ведущая основа психогигиенического подхода — комплекс таких душевных качеств педагога (и родителя), как любовь, ласка и внимание к детям.

Задачей психокоррекции является купирование (прерывание своевременным лечением) нару-

шений эмоционального состояния детей и создание условий для нормального функционирования их нервной системы. Обосновывается положение о том, что каждый дошкольный педагог должен быть психогигиенистом и уметь применять в своей практической деятельности некоторые психокоррекционные методы.

В связи с важнейшей ролью полноценного сна в обеспечении нервно-психического здоровья детей в этом разделе программы приводятся основные сведения, относящиеся к общепринятой в настоящее время информационной концепции сна как проявления сложноорганизованной деятельности ряда мозговых структур и его возрастной динамики. Задача воспитателя — определить при обязательном участии родителей индивидуальную продолжительность дневного и ночного сна у каждого ребенка и обеспечить оптимальные благоприятные условия для его осуществления. Педагоги и родители должны научиться «управлять сном» (К.Д. Ушинский) детей: для этого прежде всего надо добиться, чтобы ребенок ежедневно (днем и вечером) засыпал в одно и то же время. После 2—3 мес. соблюдения такого режима дня в субботний и воскресный день создаются максимальные условия для засыпания: устраняются световые и звуковые раздражители, включается тихая, «усыпляющая» музыка и т.д.; затем определяется сначала про-

должительность дневного и далее ночного сна, по мере самостоятельного пробуждения ребенка.

В программе указываются основные задачи и обязанности педагогов-психогигиенистов:

- выявление факторов, способствующих возникновению и развитию дистрессовых невротических состояний у детей;
- применение психолого-педагогических приемов, направленных на купирование и предупреждение нежелательных аффективных проявлений, прежде всего у гиперактивных детей;
- обеспечение условия для преобладания положительных эмоций в ежедневном распорядке дня детей;
- создание благоприятного психологического климата в ДОУ и по возможности в семье;
- организация специальной игровой комнаты в ДОУ для проведения индивидуально-подгрупповой психокоррекционной работы.

Далее в разделе приводятся основные сведения о психокоррекционных средствах и методах, доступных для воспитателей ДОУ. Прежде всего это индивидуальные беседы с ребенком, требующие предварительной подготовки и сценария, которые должны проводиться без свидетелей, с чувством доверия и симпатии к переживаниям ребенка. Эффективным психокоррекционным средством могут быть игры, в первую очередь подвижные, с

преобладанием циклических (беговых и прыжковых) упражнений, способствующие появлению положительных эмоций. Сходное действие оказывают игры-драматизации, сюжетно-ролевые и особенно режиссерские игры. Последние имеют наибольший эффект у детей с выраженными аффективными проявлениями.

Для диагностики и коррекции нервно-психической сферы детей могут успешно применяться продуктивные виды деятельности, в первую очередь рисование с использованием известных заданий: «Нарисуй папу, маму, семью, группу». Восприятие детьми картин выдающихся художников также должно входить в арсенал психокоррекционных методов. В комплексе этих средств и методов важнейшая роль принадлежит музыке, прежде всего классической, которая, как доказано в последние годы, может оказывать выраженное психоэмоциональное оздоровительное влияние в детских садах. Многие виды деятельности детей — утреннюю зарядку, занятия по образовательной программе и физической культуре, прогулки — следует проводить с музыкальным сопровождением.

Обучение детей старшего дошкольного возраста элементам аутогенной тренировки и психической саморегуляции (частичного и полного мышечного расслабления, регуляции вегета-

тивных функций, самовнушения) также возможно лишь при наличии подготовленных специалистов, практических психологов.

Пятый раздел программы — обеспечение рационального питания детей. Теоретическая часть этого раздела содержит общие положения концепции сбалансированного калорийного питания в новейшей теории адекватного питания, одним из создателей которой был А.М. Уголёв. Согласно концепции адекватного питания, пищевой рацион должен соответствовать характеру обмена веществ в организме и особенностям переработки пищи в желудочно-кишечном тракте; подбор продуктов должен соответствовать естественной технологии ассимиляции (усвоения) пищи. Из основных принципов теории адекватного питания, изложенных в программе, указываются следующие:

1. Ассимилирует пищу не только поглощающий ее организм, но и населяющие пищеварительный тракт бактерии-симбионты, поэтому приток нутриентов (питательных веществ) формируется как за счет их извлечения из пищи, так и благодаря метаболической деятельности организма-хозяина и бактерий-симбионтов.

2. Нормальное питание обусловлено несколькими потоками питательных и регуляторных веществ.

3. Важнейшими компонентами пищи являются не только нутриенты (белки, жиры, углеводы, витамины, микроэлементы), но и балластные вещества, поэтому в рацион питания людей, включая и детей дошкольного возраста, должны вводиться в большом объеме растительные волокна и клетчатка при ограниченном потреблении рафинированных (искусственно приготовленных) продуктов. В соответствии с этой концепцией изменяется технология изготовления пищевых продуктов: исключаются «жесткие» методы обработки продуктов питания (жарение, пассерование, тушение, запекание), ограничивается тепловой поток и время нагрева, овощи и фрукты потребляются преимущественно в естественном виде и т.д. К сожалению, именно этот раздел программы из-за ряда причин пока плохо внедряется в работу пищеблоков ДОУ.

Заключительный раздел авторской программы — создание условий для оздоровительных режимов детей. Теоретическим обоснованием необходимости выполнения определенного распорядка для ребенка является биоритмология, предмет которой составляет изучение циклических процессов в живых организмах. Именно наличие цикличности в деятельности всех физиологических систем, биохимических процессах и проявлениях психических фун-

кий создает возможности для совершенной адаптации в условиях постоянно изменяющейся внешней среды, что особенно важно для растущих организмов.

Среди множества биологических ритмов ведущую роль играют околосуточные (период изменений 20—28 ч) ритмы, индивидуальные проявления которых составляют биоритмологический профиль человека. Организация оздоровительного режима должна исходить прежде всего из особенностей этого профиля — по показателям сравнительных характеристик в течение дня: умственной, физической работоспособности, эмоциональной реактивности детей с последующим их подразделением на представителей преимущественно утреннего или вечернего типов и аритмиков с высокой или низкой работоспособностью. Соответственно этому далее регулируются нагрузки, предъявляемые детям в процессе их обучения и воспитания.

Каждый педагог, как и родитель, в поисках наиболее эффективного оздоровительного режима должен создавать возможности для реализации в повседневной жизни ребенка следующей триады: достаточной двигательной активности с преобладанием циклических упражнений, достаточной умственной нагрузки и превалированием положительных эмо-

циональных впечатлений. Оздоровительный режим носит в целом динамичный характер и включает стереотипно повторяющиеся режимные моменты: время приема пищи (желательно четырехразовое), укладывание на дневной и ночной сон, общая длительность пребывания ребенка на открытом воздухе и в помещениях при выполнении физических упражнений. Важнейшее условие оздоровительного режима — достаточный, не укороченный и не излишний по длительности дневной и ночной сон.

Подраздел программы учитывает проблемы медицинской экологии. В начале подраздела дается определение экологии как «науки о жилище, местобитании», ее предмете — изучении связи живых организмов со средой обитания. Медицинская экология рассматривает проблемы влияния факторов внешней среды на здоровье человека. В комплекс внешнесредовых факторов входят воздух, почва, вода, питание, тепло, свет, одежда, жилище, шум, радиация и т.д. Персоналу ДОУ следует учитывать влияние всех этих воздействий при реализации оздоровительной программы. Здоровье следует рассматривать как состояние гармонии между человеком и окружающей его средой, поэтому насущная практическая задача работников ДОУ и родителей заключается в поиске

и разработке именно такого подхода к здоровью детей и деятельности, направленной на его укрепление.

Эффективная реализация программы возможна при добросовестном выполнении своих обязанностей персоналом ДОУ в постоянном взаимодействии с родителями.

В настоящее время научно-практическая школа оздоровления детей им. Ю.Ф. Змановского успешно выполняет по заказам из регионов, муниципалитетов и дошкольных учреждений разработки комплексных программ развития дошкольного образования на основе оптимизации социально-оздоровительной технологии «Здоровый дошкольник» и технологии возрождения традиций народной культуры воспитания.

Литература

1. *Богина Т.И.* и др. Современные методы оздоровления дошкольников. М., 2001.
2. *Бочарова Н.И.* Оздоровительный семейный досуг с детьми дошкольного возраста. Пособие для родителей и воспитателей. М., 2002.
3. *Волошина П.Н.* и др. Программа повышения квалификации по физической культуре в ДОУ. Екатеринбург, Белгород, 2001.
4. *Григорьева О.Ф.* и др. Азбука здоровья: оздоровительная программа для дошкольников. Кемерово, 2002.
5. Здоровье и физическое развитие детей в дошкольных образовательных учреждениях: проблемы и пути оптимизации. М., 2001.
6. Здоровый дошкольник: социально-оздоровительная технология XXI века / Под ред. Ю.Е. Антонова и др. М., 2003.
7. *Змановский Ю.Ф.* Воспитаем детей здоровыми. М., 1989.
8. *Змановский Ю.Ф.* К здоровью без лекарств. М., 1990.
9. *Змановский Ю.Ф.* и др. Нервная система, здоровье и долголетие. М. 1977.
10. *Змановский Ю.Ф., Лукоянов Ю.Е.* С аттестатом здоровья. М., 1981.
11. Комплексная программа «Детские сады наукограда» г. Троицка Московской области // Библиотечка журнала «Вестник образования России». 2007. № 5.
12. *Кузнецова М.Н.* Система комплексных мероприятий по оздоровлению детей в дошкольных образовательных учреждениях. М., 2002.
13. Новое образование — новой России: Мат-лы Всерос. конф. М., 2002.
14. Руководство по подготовке родителей к рождению и воспитанию здорового ребенка / Под. ред. В.С. Коваленко. СПб., 2006.
15. Социально-оздоровительная технология научно-практической школы им. Ю.Ф. Змановского / Под ред. Ю.Е. Антонова и др. М., 2002.
16. Социально-оздоровительная технология «Здоровый дошкольник» // Библиотечка журнала «Вестник образования России». 2008. № 7.
17. *Шербак А.П.* Формирование у дошкольников навыков саморегуляции поведения средствами физического воспитания. Ярославль, 1998.

Технологии оздоровления часто болеющих детей в условиях ДОУ

Ямщикова Н. Л.,
канд. мед. наук, доцент;

Соколова С. Б.,
аспирант, Московская медицинская академия
им. И. М. Сеченова

В современных условиях самой частой инфекционной патологией в детской популяции в России являются острые респираторные инфекции (ОРИ). Установлено, что в каждой возрастной категории имеются дети с более высоким, чем у сверстников, уровнем заболеваемости ОРИ. В отечественной педиатрической практике таких детей принято называть часто болеющими.

Наряду со сниженной резистентностью у часто болеющих детей (ЧБД) определяются сопутствующие полисистемные отклонения в состоянии здоровья, включая соматические, неврологические нарушения, замедление нервно-психического развития, поведенческие отклонения, логопедические нарушения, быстрый темп формирования хронической патологии.

По нашим данным, у ЧБД общая патологическая пораженность составляет 3008,2 ‰ и превышает аналогичный показатель у эпизодически болеющих детей (ЭБД) в 1,5 раза (1953,0 ‰), распростра-

ненность функциональных отклонений, соответственно 2198,3 и 1182,8 ‰ (превышение в 2 раза). Распространенность хронических заболеваний составляет 809,9 ‰ у часто болеющих и 770,2 ‰ у эпизодически болеющих детей. 50,4% ЧБД имеют III группу здоровья (хронические заболевания в стадии компенсации).

Неблагоприятное состояние здоровья ЧБД диктует необходимость разработки и внедрения мероприятий оздоровительного и реабилитационного характера, направленных на улучшение состояния здоровья детей, снижение их заболеваемости, предотвращение формирования хронической патологии и детской инвалидности.

Основополагающими принципами оздоровления должны быть:

- индивидуальность (учитывать особенности нарушений состояния здоровья каждого конкретного ребенка);
- комплексность применения медицинских, психолого-пе-

дагогических, логопедических методов реабилитации;

- постоянность (круглогодичность);
- этапность и преемственность (реабилитация ЧБД должна проводиться на всех этапах: в семье, ДОУ, поликлинике, санатории).

В базисную реабилитацию ЧБД, посещающих ДОУ компенсирующего типа, проводимую в течение всего года, включают комплекс медицинской и психолого-педагогической реабилитации. Комплекс медицинской реабилитации ЧБД в ДОУ должен включать:

- рациональный режим дня и питания;
- закаливающие мероприятия: воздухом (прогулки на открытом воздухе два раза в день, воздушные ванны с утренней гимнастикой продолжительностью 10—12 мин, гимнастика пробуждения 5—10 мин после дневного сна, проведение занятий физкультурой на воздухе), закаливание водой (умывание водой шеи, верхней части груди, рук до плеч, полоскание горла, бассейн), закаливание солнечными лучами;
- физическое воспитание с дозированной физической нагрузкой в соответствии с уровнем здоровья и состоянием кардиореспираторной системы. По показаниям — занятия лечебной физкультурой. Учитывая, что у ЧБД страдает прежде

всего дыхательная система, важно включать дыхательную гимнастику в комплексы физических упражнений.

Психолого-педагогическая реабилитация ЧБД должна включать:

- своевременное выявление отклонений в нервно-психическом, речевом развитии и поведении детей;
- проведение коррекционных занятий и игр;
- психолого-педагогические мероприятия, обеспечивающие облегчение адаптации к ДОУ и школе, формирование готовности к обучению в школе.

Противорецидивное лечение проводится курсами 2—3 раза в год. Выбор тех или иных технологий оздоровления в каждом конкретном случае определяется индивидуально, в зависимости от состояния здоровья ребенка, а также возможности ДОУ, где проводится реабилитация. Это лечение включает:

- лечение ЛОР-патологии, санацию основных очагов хронической инфекции (при наличии показаний);
- неврологическую реабилитацию (по показаниям) — фиточаи и фитосборы с седативными свойствами;
- иммунореабилитацию, как немедикаментозную, так и медикаментозную. С целью повышения защитных сил организма возможно использование физиопроцедур.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности оздоровительных технологий в ДОУ компенсирующего типа для ЧБД. Под наблюдением находилось 106 часто болеющих детей 4—7 лет, а в динамике 2 лет — 72 ребенка. В оздоровительный комплекс помимо базисной реабилитации входило противорецидивное лечение. В ДОУ проводились следующие мероприятия:

- закаливание воздухом (прогулки на открытом воздухе два раза в день, воздушные ванны с утренней гимнастикой продолжительностью 10—12 мин, гимнастика пробуждения (5—10 мин после дневного сна), хождение босиком по массажным коврикам, проведение занятий физкультурой на воздухе;
- закаливание водой (бассейн 2 раза в неделю);
- дыхательная гимнастика;
- точечный массаж.

По показаниям назначались фиточаи, криокалывание стоп, гало- и ароматерапия, ингаляции, лечебная физкультура, массаж, водолечение с морской солью или хвойные ванны с гидромассажем. Дети отбирались в ДОУ компенсирующего вида на основании заключений медико-педагогической комиссии.

Для оценки эффективности оздоровления в течение 2-летнего наблюдения детей использовались следующие критерии:

выздоровление — ребенок перешел из группы ЧБД в группу ЭБД;

улучшение — ребенок перенес на два и более острых заболевания меньше, чем до оздоровления, но остался в группе ЧБД;

состояние без перемен — число заболеваний до и в период оздоровления одинаково; ухудшение — после оздоровления число острых заболеваний больше, чем до того.

Данные табл. 1 свидетельствуют об эффективности оздоровительных технологий: выздоровление регистрировалось у 83,3% детей, улучшение отмечалось у каждого шестого. Состояний без перемен и ухудшения выявлено не было.

Один из показателей эффективности проведения в детских коллективах закаливающих процедур — распределение детей в группе по степени закаленности, выраженное в процентах. Для оценки закаленности измерялась кожная температура при помощи электротермометра через 30 мин после раздевания детей. Чем более закален организм, тем совершеннее и адекватнее реакция его рецепторов (вазоконстрикторов и вазодилататоров) на охлаждение. Критерием теплового состояния является градиент между температурой кожи груди и первого пальца стопы. При разнице температур до 6 °С отмечалось удовлетворительное тепловое

Таблица 1

Эффективность оздоровления часто болеющих детей, посещающих ДОУ компенсирующего вида, %

Группа учета	Количество детей, %
Выздоровление	83,3
Улучшение	16,6
Состояние без перемен	—
Ухудшение	—

Таблица 2

Характеристика теплового состояния дошкольников, посещающих ДОУ компенсирующего вида, %

Тепловое состояние	Группы ДОУ		
	Средняя	Старшая	Подготовительная к школе
Удовлетворительная	65,0	82,6	92,5
Неудовлетворительная	35,0*	17,4*	7,5

* Различие в группах детей достоверно, $p < 0,05$.

состояние ребенка; увеличение этой разницы в сторону понижения температуры ноги более чем на 6 °С свидетельствовало о нарушении теплового состояния.

Анализ полученных данных показал, что с возрастом увеличивается количество закаленных детей, имеющих удовлетворительное тепловое состояние. Так, в средней группе достоверно больше незакаленных детей, по сравнению со старшей, а в под-

готовительной к школе незакаленных детей в 2 раза меньше, чем в старшей группе (табл. 2).

Проводилась также оценка эффективности оздоровительных технологий с учетом их влияния на показатель местной иммунной системы — секреторный иммуноглобулин (sIgA). Исследование выполнялось на базе НЦЗД РАМН методом твердофазного иммуноферментного анализа для количественного определения sIgA в слюне. Для

Таблица 3

**Концентрация sIgA в слюне у часто
и эпизодически болеющих детей, $X \pm m$**

Показатель	ЧБД	ЭБД
Концентрация sIgA, мг/л	203,2 $\pm$ 46,3	291,4 $\pm$ 50,8

данного исследования была выделена группа из 14 ЧБД в ДОУ. Группу сравнения составили 13 ЭБД.

Влияние оздоровительных технологий на концентрацию секреторного иммуноглобулина представлено в табл. 3.

Достоверных различий между ЧБД и ЭБД не было выявлено, однако следует заметить, что концентрация секреторного иммуноглобулина в слюне у часто болеющих детей в 1,4 раза ниже, по сравнению с ЭБД. По-видимому, низкая концентрация секреторного иммуноглобулина связана, во-первых, с тем, что система местного иммунитета у детей 4—7 лет еще остается не развитой; во-вторых, это может быть проявлением угнетающего действия вирусов на синтез sIgA и последующего истощения его продукции при высокой потребности в условиях частых вирусных инфекций. Еще одной причиной низкой концентрации sIgA у ЧБД может оказаться распространенность у них функциональных нарушений со стороны органов дыхания в основном за счет нарушений ЛОР-органов. По

нашим данным, она составила 314,0, что в 1,3 раза больше, чем среди ЭБД (234,9). Поскольку современная иммунология относит лимфоидному глоточному кольцу одну из ведущих ролей в системе местного иммунитета, становится ясным возможный механизм развития нарушений иммунного статуса у часто болеющих детей.

Выводы

1. Организация специализированных ДОУ для ЧБД создает возможности для осуществления дифференцированного подхода к детям при проведении оздоровительных мероприятий.

2. Эффективность оздоровительных технологий подтверждается положительной динамикой: переход 83,3% ЧБД в группу ЭБД в течение 2-летнего периода, уменьшение количества незакаленных детей от средней до подготовительной к школе группе.

3. Важным звеном в цепи медицинских мероприятий по оздоровлению контингента ЧБД должна составлять санация носоглотки.

Особенности психологической готовности к школе детей 6–7 лет с ЗПР

Ткачева И.А.,

методист по коррекционным проблемам, Учебно-методический центр Северо-Восточного окружного управления образования Департамента образования, Москва

Свыше 60% детей, поступающих в первый класс, относятся к категории риска школьной, соматической, психофизической дезадаптации, около 35% из них обнаруживают очевидные расстройства нервно-психической сферы еще в младшем возрасте. Среди детей, воспитывающихся в деградированных, асоциальных семьях, как и среди детей, оставшихся без попечения родителей, значительная группа (по данным ряда авторов, до 65–77%) — дети с задержкой психического развития (ЗПР), нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания, специальной помощи. Это особые дети, не имеющие доверия к окружающему миру, не овладевшие нормами и правилами социально приемлемого поведения, не усвоившие базовые ценности, прежде всего семейные.

В клинической картине ЗПР социальные факторы у них сочетаются с неблагоприятными биологическими факторами, влияю-

щими на их раннее развитие в значительно большей степени, чем на развитие детей из благополучной семьи. Своеобразие ЗПР у детей из асоциальных семей и сирот — сложный механизм ее формирования, включающий церебрально-органические, сомато- и психогенные факторы (по классификации К.С. Лебединской, 1982), которые в сочетании с неблагоприятными социокультурными воздействиями обуславливают либо отягощают имеющиеся расстройства познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и поведения в целом.

При потенциально-сохранных возможностях интеллектуального развития у этих детей наблюдается снижение объема памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов; как правило, у них снижена умственная работоспособность, повышена истощаемость, отмечаются двигательная расторможенность, эмоциональ-

ная возбудимость или, наоборот, вялость, апатичность. Общая поддержка интеллектуального развития является следствием перечисленных особенностей и выражается в недостаточной сформированности основных интеллектуальных операций, ограниченности запаса знаний и представлений, необходимых для усвоения учебного материала.

Безусловно, разрозненные, случайные знания и впечатления, которые получают дети в условиях депривации, не создают у них целостного представления о событиях собственной жизни, что затрудняет их ориентировку в социальных отношениях как со взрослыми, так и сверстниками и в дальнейшем осложняют адаптацию в последующие годы к школьной жизни.

Длительное время в специальной психологии и педагогике разрабатываются научные основы коррекционно-педагогической помощи детям дошкольного возраста с особыми образовательными потребностями. Одним из важнейших аспектов работы с детьми в учреждениях такого типа становится подготовка воспитанников к обучению в школе. Решение этой задачи предусматривает не только обогащение знаний, умений и навыков детей, но и поэтапное формирование у них всех видов деятельности: игровой, продуктивной (рисование, лепка, аппликация, конструирование), элементов трудовой деятельности (культурно-гиги-

нические навыки, хозяйственно-бытовой труд).

Особенно актуален такой подход для детей старшего дошкольного возраста с ЗПР из асоциальных семей и воспитанников учреждений для сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Использование традиционной «родительской» культуры в качестве источника развития специфических человеческих способов деятельности у таких детей затруднено. Возникает потребность в обходных путях, других способах коррекционно-педагогического воздействия.

На протяжении нескольких лет в Северо-Восточном административном округе (СВАО) Москвы разрабатываются научно-методические основы коррекционно-педагогической помощи детям с ЗПР в детских домах. Одним из важнейших аспектов работы с детьми в учреждениях такого типа является подготовка воспитанников к обучению в школе.

В течение 2005—2007 гг. проводилось исследование степени школьной зрелости дошкольника на завершающем этапе пребывания в подготовительной к школе группе по таким параметрам, как планирование, контроль, мотивация, уровень развития интеллекта.

При определении уровня готовности ребенка к школьному обучению ориентиром для нас служила карта-характеристика, в которой заложены три уровня

готовности к обучению по следующим параметрам:

- психологическая и социальная готовность;
- развитие школьно-значимых психофизиологических функций;
- развитие познавательной деятельности.

Исследование проводилось в детских домах СВАО (ГОУ — д/д № 5, 43, 59), время проведения — март, ежегодное количество участников — 50 детей (не выборочного контингента данных учреждений). Возраст детей — седьмой год жизни. Диагностическая технология Р.В. Овчаровой.

Содержанием первого этапа (2005—2006 гг.) стало изучение готовности старших дошкольников с ЗПР к обучению в школе до проведения специальной программы педагогами-психологами. На втором этапе (2006—2007 гг.) оценивалась готовность старших дошкольников с ЗПР данных учреждений округа к обучению в школе после проведения специальной коррекционно-развивающей программы «Я люблю учиться!».

Сформированность социальной и социально-педагогической готовности к обучению в школе оценивалась по следующим основным критериям:

- желание учиться в школе;
- учебная мотивация;
- умение общаться, адекватно вести себя и реагировать на ситуацию;

— организованность поведения.

Личностная готовность выражается в отношении ребенка к школе, учебной деятельности, учителям, к самому себе. Многочисленные опросы старших дошкольников, воспитанников детских домов свидетельствуют о большой тяге детей к школе, положительном в целом отношении к ней. Что же привлекает детей в школе? Чаще это внешняя сторона школьной жизни («Купят новый костюм», «У меня будет новый рюкзак и пенал», «Там спать не надо», «В школе учится Дима, он мой брат»). В меньшей степени школа привлекает своей основной деятельностью — учением. Ответы: «Хочу узнать много нового и интересного», «Хочу учиться и быть взрослым», «Хочу научиться читать» встречались крайне редко. Определенное количество детей не хочет идти в школу. И хотя число таких детей невелико, они вызывают особую тревогу, озабоченность («Там двойки ставят, меня будут ругать», «Не хочу в школу, хочу играть»).

Можно сделать вывод, что собственная цель учения большей частью воспитанников не осознается, привлекательна только внешняя сторона его (возможность иметь школьные принадлежности и т.п.). Причина такого отношения к школе, как правило, — результат ошибок в воспитании, нередко запугивании школой («Как же ты в школу пойдешь, одни двойки будешь получать!»).

Социальная готовность к школе включает и формирование у детей таких социально-психологических личностных качеств, которые бы помогли им войти в контакт с одноклассниками. Наше исследование доказывает, что для большого количества воспитанников контакт и общение со сверстниками затруднены, понимание ситуации и реагирование на нее не всегда или не совсем адекватны, есть дети, которые испытывают сильные затруднения в общении, понимании ситуации.

Опыт работы педагогов-психологов свидетельствует о том, что степень сформированности этих личностных качеств и умений в значительной степени зависит от эмоционального климата, который доминирует в дошкольной группе, понимания педагогом особенностей межличностных отношений своих воспитанников. Анализируя показатели «мотивация учения» и их динамику за два года, можно сделать вывод, что после проведения с детьми коррекционно-развивающей работы по-

казатель уровня «выше среднего» увеличился на 16%, а показатель уровня «ниже среднего» уменьшился на 20% (табл. 1).

Основная группа детей с ЗПР находится на среднем уровне, это можно объяснить: мотивационной незрелостью большинства ребят (отсутствием учебных мотивов, преобладанием игровых мотивов), снижением внутренних стимулов учения (личностно-ориентированное обучение предполагает прежде всего активизацию внутренних стимулов учения), особенностями эмоционально-личностной сферы (детским негативизмом, завышенным уровнем притязаний, трудностями общения и т.д.).

Развитие школьно-значимых психофизиологических функций изучалось по следующим критериям:

- фонематический слух, артикуляционный аппарат;
- мелкие мышцы руки;
- пространственная ориентировка, координация движений, телесная ловкость;
- координация в системе глаз—рука;

Таблица 1

Динамика параметра «Психологическая и социальная готовность», %

Этапы	Выше среднего	Средний	Ниже среднего
1	22	54	24
2	38	58	4

— объем зрительного восприятия (по количеству выделенных объектов в картинках-нелепицах, картинках с множеством контуров).

Диагностические задания в данной серии исследования свидетельствуют о том, что подавляющая часть воспитанников имеют нарушения в фонематическом восприятии, звукопроизношении (чаще при относительно сохранном объеме движений артикуляционного аппарата). Двигательно-моторная координация большинства детей с ЗПР развита недостаточно хорошо (карандашом, ножницами работают с напряжением). У них отмечаются отдельные признаки недоразвития ориентировки в пространстве. При переносе графического образа, зрительно воспринимаемого на расстоянии, значительное количество воспитанников допускают грубые искажения. Объем зрительного восприятия практически у всех воспитанников значительно ниже возрастной группы.

Анализируя динамику данных параметров, можно сделать вывод о том, что после проведения с детьми коррекционно-развивающей работы уровень «выше сред-

него» увеличился на 14%, а «ниже среднего уровня» — значительно уменьшился на 18% (табл. 2).

Этот феномен можно объяснить организацией специальной работы с детьми не только педагогами-психологами, но воспитателями по формированию фонематического восприятия на занятиях по развитию речи, пространственной ориентировки и элементарных математических представлений, что было выявлено в ходе специального анкетирования.

Развитие познавательной деятельности детей с ЗПР изучалось по следующим критериям:

- кругозор;
- развитие речи;
- развитие познавательной активности, самостоятельности;
- сформированность интеллектуальных умений (анализ, сравнение, обобщение закономерностей);
- произвольность деятельности;
- контроль деятельности;
- темп деятельности.

Установлено, что представления воспитанников детских домов о мире достаточно конкретны и ограничиваются непосредственно окружающим, речь большинства детей недостаточно выразитель-

Таблица 2

Динамика параметра «Развитие школьно-значимых психофизиологических функций», %

Этапы	Выше среднего	Средний	Ниже среднего
1	38	36	26
2	52	40	8

на, они часто затрудняются в поиске слов (это свидетельствует о малом объеме активного словаря), в их речи много ошибок на согласование слов в предложении (проблемы грамматического строя речи). Большая часть детей недостаточно познавательно активна, круг интересующих вопросов узок, при выполнении заданий им требуется постоянная внешняя стимуляция. При выполнении заданий, требующих анализа, сравнения, выделения главного, установления закономерностей значительной части воспитанников нужна обучающая помощь. Основная часть детей может перенести освоенный способ деятельности на выполнение сходного задания.

Анализируя показатели данных параметров, можно сделать вывод о том, что после проведения с детьми коррекционно-развивающей работы уровень «выше среднего» увеличился на 18%, а показатели уровня «ниже среднего» уменьшились на 14% (табл. 3).

Это можно объяснить стимулированием познавательной активности воспитателями данных учреждений (курсовая система, методические объединения педа-

гогов последних лет много внимания уделяют проблемно-поисковой деятельности дошкольников).

Итак, возникновение осознанного отношения к школе как к источнику знаний не только связано с расширением и углублением представлений об окружающем, но и определяется воспитательной ценностью, достоверностью, доступностью сообщаемой детям информации, а главное — осознанной включенностью педагога в этот процесс.

В рамках представленного исследования педагоги-психологи использовали окружную программу «Я люблю учиться!» в работе с детьми с ЗПР, оставшимися без попечения родителей. Цель развивающей деятельности на данном этапе психологического сопровождения ребенка — в создании социально-психологических условий для успешной адаптации дошкольников в школе. Достижение этой цели возможно в процессе реализации следующих задач: — развитие у детей конгнитивных умений и способностей; — развитие у детей социальных и коммуникативных умений; — формирование устойчивой учебной мотивации.

Таблица 3

Динамика параметра «Развитие познавательной деятельности», %

Этапы	Выше среднего	Средний	Ниже среднего
1	36	48	16
2	54	44	2

Программа ориентируется на групповую форму работы (при этом некоторые дети могут пройти этап индивидуальной работы). Программа включает 16 занятий, которые проводятся один раз в неделю в течение четырех месяцев с ноября по март. На каждом занятии педагог-психолог использует игру как средство коррекции развития ребенка. Структура занятия всегда состоит из следующих разделов: умственная активность, саморегуляция, фонематический слух, словарное развитие, кратковременная память, мышление. Программа предполагает создание эмоционального опыта в процессе деятельности ребенка как необходимое условие формирования его положительного отношения к школе. Она способствует формированию у детей эмоциональной восприимчивости, возникновению адекватных эмоций, их способов выражения; обучает детей сотрудничеству со взрослыми, общению со сверстниками.

Особое внимание программа уделяет работе педагога-психолога с педагогами и педагогическим коллективом в целом и предлагает им несколько удобных схем для ведения планомерной, целостной и осмысленной психолого-педагогической работы, направленной на совершенствование учебно-воспитательного процесса.

Мы убедились в том, что общаемый детям материал о школе должен быть не только понят, но и прочувствован, пе-

режит ими, непременно условием чего является включение детей в деятельность, активизирующую как сознание, так и чувства. Для этого следует использовать разнообразные конкретные методы, средства: экскурсии по школе, встречи с учителями, рассказы взрослых о своих любимых учителях, общение со сверстниками, чтение художественной литературы, просмотр фильмов о школе, сюжетно-ролевые игры, включение дошкольников в общественную жизнь школы, проведение совместных выставок детских работ и праздников.

Литература

1. Битанова М.Р. и др. Работа психолога в начальной школе. 2-е изд. М., 2001.
2. Дементьева И.Ф. Дети, нуждающиеся в государственной помощи и поддержке // Социальная педагогика. 2003. № 3.
3. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А. Стребелевой. М., 1998.
4. Залысина И.А., Смирнова Е.О. Некоторые особенности психического развития дошкольников, воспитывающихся вне семьи // Вопросы психологии. 1985. № 4.
5. Коломинский Я.Л. и др. Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция. СПб., 2004.
6. Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. 2-е изд. М., 2005.
7. Овчарова Р.В. Практическая психология в начальной школе. М., 2005.

Экологическая реабилитация детей с ограниченными возможностями в Республике Татарстан

Гильмизянова Е.Г.,

ст. специалист Министерства экологии и природных ресурсов Республики Татарстан, г. Казань

Экологическое образование — одно из условий развития любого государства, одна из составных частей устойчивого развития общества. Ведущей задачей экологического образования становится решение экологических проблем, достижение конкретных положительных изменений в окружающей человека социально-природной среде. Эффективность эколого-образовательной деятельности зависит от ряда факторов, среди которых можно назвать непрерывность, систематичность, последовательность, взаимосвязь урочной и внеурочной деятельности, творческий подход к применению различных методов и форм. Использование различных форм эколого-образовательной и воспитательной деятельности предполагает решение следующих задач:

- **экологической**, способствующей формированию правильного взгляда на взаимодействие человека и окружающего мира;
- **нравственной**, направленной на воспитание любви и бе-

режного отношения к природе, уважительного отношения человека к человеку;

- **эстетической**, обеспечивающей формирование чувства прекрасного;
- **развивающей**, предусматривающей формирование навыков исследовательской и творческой направленности через проектно-исследовательскую деятельность учащихся;
- **здоровьесберегающей**, направленной на создание предпосылок для укрепления физического и духовного здоровья подрастающего поколения.

В Республике Татарстан создана система непрерывного экологического образования и воспитания населения, основанная на принципах непрерывности и преемственности. В экологическом воспитании и обучении детей используют разнообразные формы и методы: экологические экскурсии, целевые прогулки, наблюдения, природоведческие игры, занятия, конкурсы, практическую деятельность. Методистами и

педагогами ДООУ подготовлены и внедряются экологические программы, также успешно используются авторские разработки О.А. Руппель, С.Н. Николаевой, Н.А. Рыжовой, И.Г. Белавиной, В.В. Смирновой, Н.Г. Калегинной. На сегодняшний день в Татарстане по этим программам обучается более 60 тыс. детей. В детских садах введен в практику цикл познавательных занятий, проводятся экологические праздники, музыкальные спектакли на экологические темы и другие эколого-просветительские и эколого-воспитательные акции. Постоянно обобщается и распространяется передовой педагогический опыт по экологическому воспитанию дошкольников, внедряются различные инновационные формы и методы экологического воспитания.

Но, к сожалению, не все дети в силу своего состояния здоровья могут быть активными участниками эколого-образовательного процесса. В настоящее время только в г. Казани насчитывается около 4,5 тыс. детей с ограниченными возможностями. Эти дети в силу своих заболеваний ограничены не только в физических возможностях, но, что и печально, они ограничены в познании окружающего мира. Известно: образ жизни формируется с дошкольного возраста, именно в этот период у детей закладывается позитивное отношение к природе, и поэтому Министерство экологии и при-

родных ресурсов Республики Татарстан в своей деятельности уделяет большое внимание эколого-просветительской работе и комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями дошкольного возраста в рамках реализации проекта «Экологическая реабилитация».

Благодаря углубленной работе по экологии, в реабилитационных центрах создана развивающая эколого-предметная среда: групповые уголки природы, фитокумбы, «альпийская горка», цветники, где дети с ограниченными возможностями получают первые трудовые навыки, у них появляется стремление вести активный образ жизни, развиваться в общении с природой. В настоящее время актуальна проблема создания новых видов экологических пространств на территории центров, которые используются в познавательных и оздоровительных целях, а также в целях экологического воспитания детей и пропаганды экологических знаний среди взрослых. К работе с детьми привлекаются добровольные помощники-консультанты (сотрудники министерства, преподаватели биологии, географии, сотрудники краеведческого музея, эколого-биологического Центра, Волжско-Камского Государственного природного биосферного заповедника, студенты-волонтеры, активисты общественного экологического движения). Реализация проекта способствова-

ла созданию зоны зеленых насаждений вокруг центров, что необходимо не только детям, но и жителям микрорайона. Это дает возможность близлежащим дошкольным и общеобразовательным учреждениям посещать детскую зеленую зону и общаться с воспитанниками центров, что содействует быстрой адаптации в социуме детей-инвалидов, а также формированию у здоровых детей позитивного отношения к ним.

В своей деятельности министерство руководствовалось целью создания новых форм работы по экологическому воспитанию, которые позволят создать территорию с особым улучшенным микроклиматом, т.е. благоприятную среду для пребывания детей в реабилитационных центрах.

Успешно были реализованы задачи:

— развитие у детей с ограниченными возможностями экологичес-

- гических представлений, знаний о ценности природы и правилах поведения в ней;
- формирование умений разнообразной деятельности на природе;
- накопление детьми эмоционально-позитивного опыта общения с природой;
- создание возможности для знакомства воспитанников ДОУ и учащихся школ с редкими видами растений на территории центров;
- систематизация сотрудничества с Министерством экологии и природных ресурсов РТ.

Ежегодно реабилитационные центры обслуживают около 20 тыс. детей и подростков с ограниченными возможностями и их родителей. В ходе реализации проекта отмечена позитивная динамика состояния здоровья, приобретения новых экологических знаний, умений и навыков трудовой деятельности этих детей.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Медицинское обслуживание в организованных коллективах детей дошкольного и школьного возраста на сегодняшний день не обеспечивает эффективного решения задач по улучшению уровня здоровья и снижению заболеваемости. Одной из основных причин этого является отсутствие медицинских кабинетов, недостаточное их оснащение, неукomплектованность медицинскими работниками.

Практически все медицинские кабинеты образовательных учреждений испытывают дефицит медицинского оборудования и инвентаря, перевязочного материала, шприцев, медикаментов для оказания первой помощи.

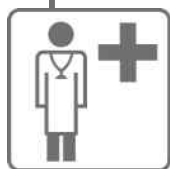
Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2007 году»

Проводим психолого-медико-педагогический консилиум

Игнатова Л. В.,

директор МДОУ ЦРР – д/с № 24, г. Воркута,
Республика Коми

АКТУАЛЬНО



Психолого-медико-педагогический консилиум в ДОУ создается на основании письма Минобразования России «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения» от 27.03.2000 г. № 27/901-6. ПМПк создается руководителем учреждения и является одной из форм взаимодействия педагогов ДОУ с целью определения путей психолого-медико-педагогического сопровождения учащихся или воспитанников, динамического наблюдения за продвижением в развитии детей и др. Консилиумы подразделяются на плановые и внеплановые.

Плановые заседания ПМПк проводятся под руководством председателя консилиума 3 раза в год с целью оценки динамики развития детей и (при необходимости) внесения изменений в намеченный коррекционно-педагогический маршрут ребенка. Внеплановые заседания проводятся по запросам родителей и педагогов в случаях возникновения проблем в реализации намеченного маршрута коррекции и развития ребенка, при отрицательной динамике и др. Документация к консилиуму подготавливается не позднее чем за две недели до даты его проведения. Воспитатели и специалисты учреждения знакомятся с представлениями своих коллег и готовят дополнения или изменения к коллегиальному заключению на ребенка.

Председатель консилиума составляет список лиц, участвующих в консилиуме, в который входят специалисты, непосредственно работающие с ребенком, в том числе и воспитатели, старшая медсестра ДОУ, врач-педиатр. На заседании ПМПк могут присутствовать родители (законные представители) ребенка. Присутствие родителей (законных представителей) не-

обязательно, если между ними и МДОУ заключен договор о психолого-медико-педагогическом обследовании и сопровождении ребенка без их присутствия.

Специалисты — участники консилиума не позднее чем за три дня до его проведения предоставляют председателю ПМПк заключения-характеристики с рекомендациями для дальнейшего планирования коррекционно-развивающей работы с ребенком (приложение). Председатель консилиума совместно с секретарем ПМПк готовит проект коллегиального заключения с учетом предоставленной специалистами информации. Проект коллегиального заключения обсуждается на консилиуме, определяются основные направления работы с ребенком, делаются выводы и выносятся решение.

Примерный конспект заседания ПМПк

Присутствовали:

председатель ПМПк — директор ЦРР — д/с № 24 Игнатьева Любовь Васильевна;

врач (педиатр-невропатолог) Козлова Надежда Николаевна;
старшая медсестра ЦРР — д/с № 24 Осипова Лариса Витальевна;

воспитатель Холукова Галина Александровна;

учитель-дефектолог Евдокимова Марина Владимировна;

учитель-логопед Ушанова Виктория Викторовна;

секретарь ПМПк — педагог-психолог Кулакова Виктория Дмитриевна.

Председатель ПМПк. Уважаемые коллеги, сегодня на повестке дня: определение психолого-медико-педагогического маршрута вновь поступившего ребенка Коли К., 2002 года рождения. Все обследования и последующая работа специалистов проводились с письменного согласия родителей, с которыми заключен договор о психолого-медико-педагогическом обследовании и сопровождении. Первое слово я хочу предоставить врачу (педиатру-невропатологу), которая представит нам основные сведения о ребенке и состоянии его здоровья.

Врач. Коля К., 25.03.2002 г.р., поступил в ЦРР — д/с № 24 после длительного домашнего режима 21 апреля 2008 г. До этого 7 мес. посещал детский сад образовательного вида. Направлен Межведомственной медико-психолого-педагогической консультацией г. Воркуты. Анализ соматического состояния ребенка соответствует средним возрастным показателям (вес, рост, объем грудной клетки и т.д.), физическое развитие на среднем уровне; II группа здоровья. Слух и зрение в норме. Патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Со слов мамы: беременность протекала с осложнениями, она переболела ОРВИ в первом три-

местре беременности, в первой половине была угроза выкидыша, токсикоз. Роды в срок, ребенок родился с весом 3 кг 600 г, ростом 55 см.

На первом году жизни Коля наблюдался у невропатолога.

В анамнезе миотонический, астено-невротический синдромы, врожденная двухсторонняя расщелина верхней губы («заячья» губа). В раннем возрасте перенес операцию по сращению мягких тканей носогубной складки. Все это могло повлиять на развитие ручной моторики, речевых навыков, работоспособности, темпа деятельности, личностных качеств и др. В настоящее время ребенок получает лечение: глицин и биотридин для оказания успокаивающего действия, пантогам — для стимуляции мозговой деятельности и витамины «Алфавит — детский сад» как общеукрепляющее средство.

Медсестра. Адаптация Коли проходила с осложнениями. Эмоциональный тонус неустойчивый, мальчик с трудом вступал в контакт со взрослыми и детьми, тосковал по маме, часто плакал, отказывался участвовать в играх, присутствовать на занятиях. Заболел на 3-й неделе пребывания в ДОУ (болел недолго — одну неделю).

Совместно с врачом и психологом учреждения был составлен план мероприятий по облегчению течения адаптации:

- дозированное пребывание ребенка в группе сверстников;
- использование домашних любимых игрушек;
- применение антистрессового массажа, фитотерапии (настойка пустырника);
- организация игр с песком, водой, глиной и др.

Председатель ПМПК. Лариса Витальевна, какие рекомендации Вы могли бы дать педагогам и родителям?

Медсестра. Беспрекословно соблюдать охранительный режим, включая дополнительный выходной день или сокращенное пребывание ребенка в ДОУ, пролонгированный дневной сон, дозирование учебной нагрузки в течение дня и рабочей недели. Обеспечивать своевременный отдых в регламентированной и нерегламентированной деятельности. Увеличить пребывание ребенка на свежем воздухе.

Председатель ПМПК. Есть ли вопросы к Ларисе Витальевне, Надежде Николаевне? Слово предоставляется воспитателю группы, которую посещает Коля К., Холуковой Г.А.

Воспитатель. Коля пришел в группу в апреле 2008 г. Мальчик очень чувствителен, впечатлителен, легко возбудим, обидчив. Любые новые перемены вызывают непреклонное «нет».

Противоречивый стиль воспитания Коли в семье, невыполнение обещаний мамой, астено-невротический синдром

в анамнезе — все это способствует неадекватному поведению, которое проявляется в упрямстве, раздражительности и агрессивности. Со сверстниками и взрослыми в контакт вступает не сразу. С детьми иногда конфликтует и бывает агрессивен, не умеет соотносить свои действия с действиями товарищей.

Развитие общей моторики в пределах невысокой возрастной нормы, кисть руки развита слабо. Ведущая рука — правая. Может ориентироваться в пространстве по зрительным опорам. В коллективных играх участия не принимает, однако при стимуляции взрослого может включиться в совместную игру. Предпочитает играть в одиночестве, любит дидактические и настольно-печатные игры, при этом проявляет усидчивость и сосредоточенность. Предметы в игре использует с их функциональным назначением.

Представления об окружающем ограничены. Экспрессивная (разговорная) речь упрощенной структуры, аграмматична. Восприятие дифференцировано. Внимание неустойчивое, испытывает затруднения при переключении с одной деятельности на другую. Память посредственная. Произвольность действий несформированна.

Владеет способами усвоения общественного опыта, может действовать по подражанию,

образцу и выполнять несложные задания. С желанием посещает занятия. Хорошо принимает помощь, проявляет сообразительность в отдельных заданиях. Работоспособность снижена. При умственной нагрузке быстро утомляется. Навыки в некоторых продуктивных видах деятельности (рисование, лепка) сформированы недостаточно из-за слабости мышц кистей рук, однако в аппликации и конструировании показывает средние результаты.

Председатель ПМПК. Спасибо, Галина Александровна. А теперь Ваши рекомендации, пожалуйста.

Воспитатель. В дальнейшем коррекционно-педагогическую работу с Колей рекомендую осуществлять на фронтальных и индивидуальных занятиях по программе С.Г. Шевченко для детей с ЗПР дошкольного возраста, а также проводить индивидуальные занятия с педагогом-психологом, учителем-дефектологом и учителем-логопедом. В дальнейшем при работе с Колей:

- опираться на его желание заниматься, сообразительность, усидчивость;
- осуществлять особый подход к ликвидации утомления, проявлению нервно-рефлекторной возбудимости, соблюдать охранительный режим;
- оказать родителям помощь в выработке правильного стиля воспитания ребенка в семье.

Председатель ПМПК. Будут ли вопросы? А теперь специалисты озвучат рекомендации для планирования дальнейшей коррекционно-развивающей работы с Колей. Слово предоставляется педагогу-психологу Кулаковой В.Д.

Педагог-психолог. При обучении опираться на зону ближайшего развития, сохранные интеллектуальные возможности, контактность ребенка и наличие познавательного интереса. Рекомендуются коллективные коррекционные занятия дефектолога по программе воспитания и обучения детей с ЗПР старшего дошкольного возраста С.Г. Шевченко, индивидуальные занятия психолога в условиях реализации парциальной коррекционно-развивающей программы аффективной регуляции поведения и сознания, индивидуальные занятия логопеда и дефектолога.

Основные направления коррекционной работы, составленные на основе рекомендаций К. Фопеля, С.И. Семенаки, С.В. Крюковой, Т.Б. Мазепиной, Г.А. Широковой и других авторов:

1). Физическая реабилитация:
— развитие телесных ощущений;
— развитие умения произвольно расслаблять скелетную и дыхательную мускулатуру.

2). Обучение навыкам саморегуляции:

— обучение навыкам релаксации с использованием меди-

тативных сказок, визуализаций;

— кинезиологические упражнения;

— подвижные игры с использованием сдерживающих моментов и т.д.

3). Развитие коммуникативных навыков:

— игротерапевтические техники (моделирование и ролевое проигрывание различных ситуаций);

— расширение поведенческого репертуара.

4). Коррекция негативных эмоций:

— учить ребенка владеть собой, своими чувствами;

— дать возможность отреагировать на накопившиеся переживания, переориентировать чувство неудовлетворенности собой на позитивное самовосприятие на основе личностных достижений и построение позитивного взаимодействия с окружающими посредством работы с бесструктурным материалом: песком, водой, глиной;

— через психогимнастические этюды для обучения пониманию и выражению эмоционального состояния и т.д.

Председатель ПМПК. Спасибо, Виктория Дмитриевна. А теперь я предлагаю заслушать основные направления работы учителя-дефектолога Евдокимовой М.В.

Учитель-дефектолог. Рекомендую обучение по про-

грамме воспитания и обучения детей с ЗПР старшего дошкольного возраста С.Г. Шевченко, а также индивидуальные занятия с психологом, логопедом и дефектологом по выявленным проблемам.

Коррекционно-педагогическую работу планирую по следующим направлениям:

- создавать оптимальные условия для занятий с ребенком, не допуская переутомления;
- формировать интерес у ребенка к целенаправленной деятельности на занятиях и в коллективных играх;
- формировать произвольность внимания и других психических процессов;
- развивать речемыслительные процессы;
- осуществлять коррекцию поведенческих нарушений;
- развивать силу мышц кисти и мелкую моторику.

Председатель ПМПК. Будут ли вопросы? Заслушаем основные направления работы учителя-логопеда Ушановой В.В.

Учитель-логопед. Считаю, что ребенок способен заниматься фронтально и может освоить программу воспитания и обучения детей старшего дошкольного возраста с ЗПР С.Г. Шевченко. Кроме того, ребенок нуждается в индивидуальных занятиях с логопедом, и я планирую на следующий год разработать программу коррекции общего недоразвития речи у Коли.

Направления логопедической работы:

- развитие общих речевых навыков (логомассаж, артикуляционная и мимическая гимнастика, дыхательные упражнения по методике П.П. Болдурчиди);
- коррекция звукопроизношения (посредством использования звуковых волн, логоритмических упражнений);
- развитие фонетико-фонематического восприятия, анализа и синтеза (по методике Е.А. Александровой);
- развитие лексико-грамматических категорий;
- развитие связной речи (по методике постепенного наращивания фраз, построение сюжетной линии по серии картинок, пересказы);
- развитие высших психических функций (использование упражнений на развитие слухомоторной координации, кинезиологических упражнений);
- развитие мелкой моторики рук (упражнения из пособия «Пальчиковые шаги», упражнения с резиновыми игрушками, массажными щетками, пластилином).

Председатель ПМПК. Будут ли вопросы? Спасибо всем. А сейчас послушайте проект коллегиального заключения на мальчика, которое было составлено на основе ваших заключений.

Секретарь ПМПК. Зачитывает проект коллегиального заключения.

Коллегиальное заключение (проект)

Коля К., 2002 г.р., соматическое состояние и физическое развитие соответствует средним возрастным показателям. Группа здоровья — II. В анамнезе: миотонический и астено-невротический синдромы, двухсторонняя врожденная расщелина верхней губы. Данные нарушения могли повлиять на речевое и личностное развитие ребенка. Ребенок наблюдается у психоневролога, получает лечение.

Ребенок воспитывается в полной семье. Стиль воспитания в семье — противоречивый (резкий переход от гиперпротекции к гипопротекции и наоборот).

Мальчик импульсивный, двигательно расторможенный, эмоционально неустойчивый. Испытывает трудности в общении со сверстниками: часто конфликтует, бывает агрессивен, не умеет соотносить свои действия с действиями товарищей. В отношениях со взрослыми сдержан. Представления об окружающем ограничены, шире в обиходно-бытовой тематике. Слабо ориентируется в явлениях и предметах окружающей жизни, временных и пространственных понятиях. В обобщениях делает акцент на несущественные признаки. Связная речь недостаточно сформированна, понятна для окружающих, хорошо интонационно-

модулированна, но аграмматична и не отражает истинных интеллектуальных возможностей мальчика в связи с билингвизмом, в общем звучании речи отмечается полиморфное нарушение звукопроизношения. Зрительное и слуховое восприятие без особенностей, уровень развития памяти удовлетворительный, внимание быстро истощаемое, неустойчивое в связи с особенностями нервной системы. Мышление наглядно-образное в стадии формирования. Уровень актуальных возможностей средний, но в связи с низкой работоспособностью на основе высокой утомляемости, несформированностью произвольности познавательных процессов результативность на занятиях низкая, хотя посещает их с желанием. Из-за слабости мышц кистей рук затруднено выполнение заданий по изобразительности. В коллективных играх участия не принимает, однако при стимуляции взрослого может включиться в совместную игру. Предпочитает играть в одиночестве, любит дидактические и настольно-печатные игры, при этом проявляет усидчивость и сосредоточенность. Предметы в игре использует с их функциональным назначением. Владеет способами усвоения общественного опыта, может действовать по подражанию, образцу и выполнять несложные задания. Хорошо принимает помощь, проявляет сообразительность в от-

дельных заданиях, может переносить усвоенные знания и умения при выполнении аналогичных заданий с пошаговым контролем взрослых.

Обучение и воспитание, коррекцию и развитие осуществлять фронтально и индивидуально по программе С.Г. Шевченко для детей старшего дошкольного возраста с ЗПР. Необходимы дополнительные индивидуальные занятия с психологом, логопедом, дефектологом.

При организации коррекционно-педагогической деятельности опираться:

- на желание ребенка заниматься;
- сохранные интеллектуальные возможности;
- усидчивость при условии своевременного снятия напряжения, утомления и использования приема заинтересованности.

Прогноз на развитие благоприятный при условии организации своевременного лечения, правильно организованной коррекционно-педагогической работы и изменения стиля воспитания ребенка в семье.

Председатель ПМПК. Будут ли дополнения?

Воспитатель. При организации коррекционно-педагогической деятельности опираться также на особое желание ребенка заниматься физической культурой и использовать это желание как средство воспитания

произвольности поведения и психических процессов.

Председатель ПМПК. Если больше дополнений нет, то сейчас хотелось бы, на основании анализа предложенных вами направлений, определить общие основные направления коррекционно-педагогической работы с Колей.

Врач. Соблюдение единства лечебной, оздоровительной и педагогической коррекции.

Медсестра. Строгое соблюдение охранительного режима.

Учитель-логопед. Так как ребенок очень утомляем, я предлагаю наблюдать за его состоянием, вегетативными реакциями, предотвращать истощаемость, снижение работоспособности, своевременно переключать с одного вида деятельности на другой.

Педагог-психолог. Для коррекции поведенческих нарушений и избавления ребенка от чувства тревоги необходимо учить его снимать эмоциональное напряжение через релаксационные упражнения, позитивное самовнушение, дыхательную и эмоционально-стимулирующие гимнастики и т.д.

Учитель-дефектолог. При обучении ребенка сосредотачивать внимание на выполнении конкретных познавательных задач посредством усиления мотивации.

Учитель-логопед. Как логопед хочу отдельным направлением выделить обобщение,

расширение и систематизацию речемыслительных процессов, обогащение его языковых способностей.

Учитель - дефектолог. Создание мотивационной окрашенности занятий.

Педагог - психолог. Создание атмосферы принятия ребенка. Признание его достоинств и интересов. А также формировать эмпатию, дружелюбное отношение к другим.

Учитель - дефектолог. Соблюдение единых воспитательных требований в семье и ДОУ.

Председатель ПМПК. Ребенку 6 лет — дошкольный возраст, поэтому считаю, что надо развивать психофизиологически значимые функции, познавательные процессы и личностные качества, необходимые для обучения ребенка в школе.

Таким образом, определены следующие основные направления коррекционно-педагогической работы с мальчиком.

1. Единство лечебной, оздоровительной и педагогической коррекции.

2. Строгое соблюдение охранительного режима.

3. Соблюдение единых воспитательных требований в семье и ДОУ.

4. Создание атмосферы принятия ребенка. Признание его достоинств и интересов.

5. Исключение психического и физического перенасыщения

ребенка (наблюдение за состоянием ребенка, его вегетативными реакциями: покраснение, побледнение и т.д.), предотвращение истощаемости, снижения работоспособности, своевременное переключение с одного вида деятельности на другой.

6. Обучение ребенка сосредотачивать внимание на выполнении конкретных познавательных задач посредством усиления мотивации.

7. Создание мотивационной окрашенности занятий.

8. Обучение умению снимать эмоциональное напряжение через релаксацию, позитивное самовнушение, дыхательную и эмоционально-стимулирующую гимнастики и др.

9. Формирование эмпатии, дружелюбного отношения к другим.

10. Планомерно и поэтапно решать задачи, направленные на обобщение, систематизацию и обогащение речемыслительных процессов ребенка и его языковых способностей.

11. Развитие значимых психофизиологических функций (артикуляционный аппарат, фонематический слух, координацию в системе «глаз — рука», силу мышц кисти и тонких дифференцированных пальцев рук), познавательной деятельности и личностных качеств (саморегуляцию, самоконтроль и т.д.) для подготовки ребенка к школе.

Председатель ПМПК.
А сейчас хотелось бы услышать пожелания и рекомендации педагогам и родителям в реализации данных направлений работы.

Педагог-психолог.

Рекомендации педагогам

1. Создавать ребенку ситуацию достижения успеха с целью помочь завоевать доверие и расположение детей, используя методы авансирования личности, персональной исключительности и т.д.

2. Создать «терапию среды», т.е. атмосферу принятия, доверия и взаимопонимания, психологической защищенности, увеличить потенциал положительных эмоций при общении со взрослыми и сверстниками.

3. Учить общаться с другими детьми, поощрять позитивное взаимодействие, используя игры на развитие коммуникативных умений, обучение диалоговому общению в сюжетно-ролевых играх и т.д.

Рекомендации родителям

1. Изменить отношение к своему ребенку, стиль взаимодействия с ним: не допускать использования тактики вседозволенности, исключить эпизодичность и отсутствие единства в воспитательных воздействиях на ребенка. Создать ровный, позитивный эмоциональный фон общения с ребенком без эйфории от его успехов и отвержения из-за неудач.

2. Соблюдать режим и четкий распорядок дня.

3. Использовать элементы игры во всех моментах жизнедеятельности ребенка.

4. Развивать у ребенка инициативность и самостоятельность (посильные поручения, создание ситуаций успеха, поощрения и т.д.).

Учитель-дефектолог.

Рекомендации педагогам

1. Более сложные интеллектуальные задания на занятиях проводить в первой половине дня в связи с высокой утомляемостью ребенка.

2. Для тренировки внимания использовать подвижные игры, требующие сосредоточения при выполнении правил.

3. На I этапе включать ребенка в игры со взрослыми в связи с трудностями общения со сверстниками.

4. Не ограничивать подвижность ребенка во время занятий (он может выполнять задания сидя, стоя на полу), главное, чтобы не было отвлечения.

Рекомендации родителям

1. Развивать у ребенка умение управлять своими эмоциями и поведением:

— игры «Запретное дыхание», «Говори тише», «Не шевелись», «Слушай звуки» и т.д. (авторы К. Фопель, С.В. Крюкова).

2. Развивать силу мышц кисти:

— разминать глину, пластилин, игры с сенсорным мячом, резиновыми игрушками;

— графические задания — штриховка, раскрашивание и др.

3. Работать над речью:
— разучивание стихотворных текстов, пересказывание простых рассказов и др.

Учитель - логопед.

Рекомендации педагогам

1. Систематически исправлять в речи лексико-грамматические ошибки и неправильные синтаксические конструкции фраз.

2. Обогащать и расширять словарь ребенка, объясняя лексическое значение незнакомых слов и понятий.

3. Учить правильно понимать и выполнять речевые инструкции, постепенно усложняя их по мере расширения актуальных возможностей ребенка.

4. Привлекать ребенка к коллективным мероприятиям с речевым сопровождением (утренники, развлечения, сюжетно-ролевые игры).

Рекомендации родителям

1. Стараться разговаривать в домашних условиях на русском языке.

2. Читать художественную литературу на русском языке.

3. Объяснять лексическое значение непонятных ребенку слов.

Председатель ПМПк.
Педагогам совместно с родителями я хотела бы порекомендовать широко использовать методы и приемы педагогики оздоровления (смехо-, кукло-, арт-терапию, психогимнастику, кинезиологические упражнения и др.). В нашем учреждении имеется авторская про-

грамма по педагогике оздоровления.

Для развития речевой активности педагогам и родителям рекомендую учить ребенка проговаривать свои действия, избегать многословных инструкций, а на начальном этапе использовать только расчлененную инструкцию совместно с практическим показом.

Для усиления мотивации и достижения результата на занятиях постараться включать элементы новизны, сюрприза, использовать экспрессивные средства педагога.

Будут ли дополнения? Сейчас я на ваше обсуждение вынесу проект решения консилиума.

1. Принять за основу коррекционно-развивающего обучения и воспитания ребенка программ для детей с ЗПР старшего дошкольного возраста С.Г. Шевченко.

2. Педагогу-психологу Кулаковой В.Д. составить индивидуальную парциальную коррекционно-развивающую программу аффективной регуляции поведения и сознания в следующем учебном году.

3. Учителю-логопеду Ушановой В.В. и учителю-дефектологу Евдокимовой М.В. разработать планы индивидуальной работы по выявленным проблемам, срок — сентябрь 2008 г.

4. Проводить корреляцию результатов специалистов и медицинских работников с достижениями ребенка в коррекционно-

педагогической и лечебной деятельности (1 раз в квартал).

5. Секретарю ПМПк Кулаковой В.Д. довести до сведения родителей решение и рекомендации консилиума в недельный срок.

6. Педагогам ЦРР провести дополнительную разъяснительную работу с родителями с целью включения их:

- в коррекционно-развивающий процесс;
- работу тренинга по гармонизации детско-родительских отношений с сентября 2008 г.

Приложение

Представление дефектолога

Коля К., 2002 г.р., общее физическое развитие хорошее, II группа здоровья. Моторное развитие соответствует возрасту, но тонкие дифференцированные движения в руках развиты недостаточно.

Мальчик импульсивный, эмоционально неустойчивый, часто действует под влиянием ситуативных эмоций, испытывает внутреннее напряжение, склонен к агрессии. Отношения со сверстниками избирательные. Уровень сформированности социально-бытовых навыков и умений, ориентировка в окружающем не представляют особых отклонений от нормы.

Запас сведений об окружающем невелик. Различает величину и форму предметов, основные цвета знает нечетко, счет в пределах пяти, обратного счета нет.

Нет четких представлений о временах года и явлениях природы, недостаточно оперирует обобщающими понятиями. При группировке предметов соскальзывает на второстепенные признаки. Самостоятельно не разворачивает сюжета в игре. Не пользуется воображаемыми действиями. В игре трудно сходится с детьми.

Речь не соответствует возрастным нормам. Пользуется простой неразвернутой фразой, звукопроизношение нарушено.

Речь не отражает истинных интеллектуальных возможностей мальчика в связи с билингвизмом.

Интеллект среднего уровня.

В связи с лабильностью нервной системы, отсутствием постоянного эмоционально положительного общения в семье ребенок очень утомляемый, работает на занятиях с отвлечением. Несформированны произвольность внимания, память, поведение.

Наблюдается незрелость эмоционально-волевой сферы. Познавательная активность нестойкая, необходимы повышенная стимуляция и мотивация. Испытывает трудности при выполнении заданий на процесс совмещения нескольких признаков. Отмечается затруднение в переключении внимания, объем внимания сужен. Продуктивность памяти невысокая (7 слов из 10).

Наглядно-образное мышление в стадии формирования.

Причинно-следственные связи устанавливает с дозированной помощью взрослого. Способен мысленно оперировать образами-представлениями, опираясь на свой практический опыт. Принимает помощь взрослого, может переносить усвоенные знания и умения при выполнении аналогичных заданий с пошаговым контролем взрослых.

Рекомендую обучение по программе воспитания и обучения детей с ЗПР старшего дошкольного возраста С.Г. Шевченко, а также индивидуальные занятия с психологом, логопедом и дефектологом по выявленным проблемам.

Логопедическое представление

На момент обследования ребенку исполнилось 6 лет. В семье разговаривают на двух языках, киргизском и русском, что говорит о наличии у ребенка билингвизма (частичное владение русским языком). Физическое развитие соответствует возрастной норме, однако недостаточно развиты тонкие движения кистей рук и согласованность действий обеих рук. Коля родился с двухсторонней расщелиной верхней губы, в раннем детстве перенес операцию, вследствие чего отмечается недостаточная подвижность органов артикуляционного аппарата, а именно: — слабая лабиализация гласных звуков;

— неумение достаточно долго удерживать артикуляционную позу;

— затруднения в переключении с одной артикуляционной позы на другую.

Речь ребенка понятна для окружающих, хорошо интонационно модулирована, однако понимание обращенной речи затруднено из-за семантических пробелов, трудности возникают при выполнении сложных речевых инструкций. В общем звучании речи отмечается полиморфное нарушение звукопроизношения двух групп звуков (ламбдацизм, ротоцизм), при увеличении речевой нагрузки наблюдается недостаток произношения твердых согласных.

Фонематическое восприятие в пределах возрастной нормы, ребенок выделяет звуки из речевого потока, правильно воспроизводит комбинацию из слогов, однако звуковым анализом и синтезом слов не владеет.

Активный словарь ребенка в пределах обиходно-бытовой тематики, состоит из существительных и глаголов, реже прилагательных и других частей речи; затруднено понимание сложных предлогов, уверенно оперирует простыми предлогами *в, на, под*.

Коля способен повторять 4—5-составные слова без искажения их слоговой структуры, звуконаполняемость слов при этом без особенностей.

Речь ребенка аграмматична, допускает ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении, синтаксические конструкции фраз бедны. Отмечается недоразвитие связной речи, самостоятельно составить рассказ не может, в пересказе затрудняется, на вопросы по рассказу отвечает односложно.

Высшие психические функции сохранены, внимание неустойчивое, быстро истощаемое, память и восприятие на среднем уровне развития.

Считаю, что ребенок способен заниматься фронтально и может освоить программу воспитания и обучения детей с ЗПР старшего дошкольного возраста С.Г. Шевченко. Кроме того, ребенок нуждается в индивидуальных занятиях с логопедом, и я планирую на следующий год разработать программу коррекции общего недоразвития речи у Коли.

Психолого-педагогическое заключение

ФИ ребенка: Коля К.

Возраст: 6 лет.

Мальчик воспитывается в полной семье. Семья благополучная, однако методы воспитания родителей мальчика стали одной из причин поведенческих нарушений ребенка. Стиль воспитания родителей Коли можно охарактеризовать как «противоречивое воспита-

ние», т.е. резкий переход от строгого стиля воспитания к «гиперпротекции потворствующей» и наоборот. Родители, а в большей степени мама мальчика, то стремятся к максимальному удовлетворению потребностей ребенка, и мальчик находится в центре внимания, то наоборот, мама проявляет строгость или за ребенком осуществляется формальный контроль. Такой стиль воспитания спровоцировал сформированность у мальчика таких черт характера, как упрямство, личностная тревожность, неустойчивая самооценка, страдают также произвольность деятельности, ребенком недостаточно усвоены нравственные нормы. Мальчик двигательного расторможен, эмоциональный фон нестабилен. Тип отношения со сверстниками можно охарактеризовать как «конкурентный», т.е. в большинстве случаев проблемные ситуации мальчик решает в свою пользу, используя зачастую агрессию, ярко выраженные эмоции, демонстрацию своего преимущества. В отношениях со взрослыми Коля сдержан, проявляет заинтересованность в контакте с педагогами. Однако, несмотря на то, что ребенок охотно идет на занятия, он не готов к волевому и длительному интеллектуальному усилию, преодолению трудностей. Работоспособность снижена, темп деятельности — средний в начале занятия и

более медленный к концу. Мотивационно-волевой компонент сформирован недостаточно, т.е. ребенок эффективнее выполняет те задания, которые вызывают у него интерес.

Внимание неустойчивое, быстро истощается в связи с особенностями нервной системы. Отмечаются затруднения в переключении внимания. Уровень кратковременной памяти средний: ребенок способен в полном объеме воспринять и сохранить информацию, однако испытывает трудности при отсроченном ее воспроизведении. Зрительное и слуховое восприятие без особенностей. Мышление наглядно-образное в стадии формирования.

Для выполнения познавательных заданий мальчику необходима помощь взрослого, которая заключается, главным образом, в организации его деятельности. Из-за семантических пробелов, а также из-за низкого уровня саморегуляции и самоконтроля ребенок способен понять лишь часть инструкции, в результате чего допускает ошибки, которые не замечает и самостоятельно не устраняет. Нуждается в повторении и разъяснении инструкции. Оценку результата своего труда в развернутой речевой форме самостоятельно сделать затрудняется, но с помощью наводящих вопросов взрослого оценивает результат своей дея-

тельности. Уровень выполнения учебных действий средний, но мальчику не хватает аккуратности, усердия и настойчивости в получении результата. Полученные в процессе выполнения заданий результаты, в большинстве своем, не отражают актуальные и потенциальные возможности ребенка в связи с высокой нервно-рефлекторной возбудимостью, вследствие билингвизма, неправильного стиля семейного воспитания, отсутствия должных навыков и умений.

Заключение

Уровень актуального развития средний, нарушения эмоционально-личностного и волевого развития.

Рекомендации

При обучении опираться на зону ближайшего развития, сохранять интеллектуальные возможности, контактность ребенка и наличие познавательного интереса. Рекомендуются коллективные коррекционные занятия дефектолога по программе воспитания и обучения детей с ЗПР старшего дошкольного возраста С.Г. Шевченко, индивидуальные занятия психолога в условиях реализации парциальной коррекционно-развивающей программы аффективной регуляции поведения и сознания, а также индивидуальные занятия логопеда и дефектолога.

Указатель статей, опубликованных в журнале в 2008 году

ГОСТЬ НОМЕРА

- Виноградов А.Ф.* Особенности полувекового развития тверской научно-педагогической педиатрии № 2, с. 4
- Кучма В.Р.* Актуальные проблемы дошкольной медицины № 3, с. 4
- Сергеев О.Е.* О современном состоянии проблемы охраны здоровья дошкольников Санкт-Петербурга № 1, с. 4
- Степанова М.И.* Гигиенические проблемы дошкольного детства № 4, с. 4

ГИГИЕНА

- Александров В.Н., Шабалов Н.П.*
Актуальность преподавания основ гигиены детства для военных врачей № 2, с. 30
- Ахметзянов И.М.* Действие неионизирующих электромагнитных излучений на организм и их гигиеническая регламентация № 4, с. 8
- Ахметзянов И.М.* Шум: его влияние на организм дошкольников и гигиеническая регламентация № 2, с. 10
- Бабенкова Е.А., Орлов К.В., Лазаренко Н.В., Федоровская О.М.* Оценка эффективности оздоровительной физкультуры в ДОУ № 4, с. 34
- Балтрукова Т.Б., Иванова О.И.*
Ионизирующее излучение и радиационная безопасность дошкольников № 1, с. 8
- Бобрищева-Пушкина Н.Д., Силаев А.А.*
Гигиеническое обучение и воспитание детей, родителей и персонала ДОУ № 3, с. 35
- Газизова И.Р.* Мероприятия по охране зрения детей дошкольного возраста № 1, с. 18
- Горелова Ж.Ю., Копытько М.В.* Особенности организации питания детей в ДОУ № 3, с. 23

Давыдов Б.Н., Беляев В.В., Жмакин И.А., Баканов К.Б.

Качество питьевой воды и стоматологическая
заболеваемость дошкольников № 2, с. 18

Закревский В.В. Биологически активные добавки к пи-
ще — классификация, показания к применению № 1, с. 26

Иванов Ю.А. Порядок и содержание професси-
онального гигиенического обучения и аттеста-
ции медицинских работников ДОУ № 1, с. 38

Иванов Ю.А. Санитарно-эпидемиологические
требования к условиям обучения и воспитания
детей: вопросы и ответы № 4, с. 39

Кузнецова Л.Ю., Полова О.Л. Гигиенические
основы организации режима дня
в дошкольных учреждениях № 3, с. 13

Макарова А.Ю. Эффективность физического
воспитания детей 6-летнего возраста
в дошкольных организованных коллективах № 3, с. 30

Нарыков В.И. К вопросу обеспечения грамотного
и безопасного водопользования в ДОУ № 4, с. 16

Осипов В.Г., Буланова Э.В. Система физкультурно-
оздоровительных занятий для детей
«Синтез-тренинг» № 4, с. 27

Степанова М.И. Как подготовить
детский сад к зиме № 3, с. 19.

Степанова М.И. Требования безопасности к играм,
игрушкам, издательской продукции и игровому
оборудованию для дошкольников № 3, с. 8

Ямщикова Н.Л. Использование
естественных природных факторов
при закаливании в летний период № 2, с. 21

ПЕДИАТРИЯ

Авхадеева С.Р., Азнабаев М.Т., Семенова Е.Н.

Некоторые аспекты социальной адаптации детей
с врожденной наследственной катарактой № 4, с. 51

*Антонова Е.А., Чувашова А.С., Ладинская Л.М.,
Бочкова Г.А.* Проблемы ранней диагностика
бронхиальной астмы у детей

младшего возраста и пути их решения № 1, с. 52

Бобрищева-Пушкина Н.Д., Кузнецова Л.Ю.

Профилактика нарушений психосексуального
развития дошкольников № 4, с. 44

- Валиева Г.Н., Батыршин Р.А.* Дакриоциститы
детского возраста: диагностика, лечение № 2, с. 47
- Войтова Е.В.* Атопический дерматит у детей № 1, с. 64
- Жарникова Н.А.* Дифференцированный подход
к лечению плоскостопия у детей № 1, с. 66
- Жуков С.В., Королук Е.Г.*
Методика проведения сердечно-легочной
реанимации на догоспитальном
этапе (одним человеком) № 2, с. 62
- Никитина Т.Н.* Способы профилактики
и лечения привычно-избыточного
напряжения аккомодации у дошкольников № 1, с. 59
- Петруничев А.Ю., Цветков Э.А.* Шумное дыхание
у детей первых лет жизни: роль ларингомалации
в развитии врожденного стридора № 3, с. 53
- Пуанов Ю.А., Сафонова С.А.* Особенности
диагностики злокачественных опухолей у детей № 1, с. 72
- Ревнова М.О.* Целиакия:
медико-социальные вопросы № 2, с. 43
- Салова М.Н., Бобошко И.Е., Жданова Л.А.*
Новые формы медико-психолого-педагогического
сопровождения детей с учетом их типа
психосоматической конституции № 3, с. 42
- Танчук М.И.* Ядовитые растения —
ингибиторы синтеза белка № 2, с. 57
- Федотова Т.А., Сергеева С.Ф.* Частота
и характер заболеваемости детей при раз-
личных видах дисбактериоза кишечника № 2, с. 51
- Чапала В.М.* Профилактика нарушений функций
зубочелюстной системы дошкольников № 4, с. 56
- Шилов В.В., Иванова А.В., Кошелева Л.Н.,
Фигурский А.А.* Отравления нафазолином
(нафтизином) у детей № 1, с. 79
- Щеглов Л.М.* Психосексуальное развитие личности № 2, с. 36
- Ямщикова Н.Л.* Обеспечение безопасности меди-
цинских работников при проведении иммунизации № 4, с. 68
- Ямщикова Н.Л.* Обеспечение условий
безопасности иммунизации детей в ДОО № 3, с. 61

ПЕДАГОГИКА

- Алексеева Ю.А.* Социальное развитие и особен-
ности воспитания детей дошкольного возраста № 2, с. 80

- Бабенкова Е.А.* Анкетный метод оценки состояния
нервно-психической сферы дошкольников № 1, с. 87
- Звездина М.Л., Арцев М.Н., Серая Т.В.*
Формирование здоровья детей —
забота педагогов и медиков № 2, с. 92
- Иванова А.И.* Что хотят знать дети о растениях? № 4, с. 90
- Ильина С.К.* Организация проведения
массажных процедур в ДОУ № 3, с. 74
- Мазур Н.В.* Оздоровительная
работа и валеологическое
воспитание дошкольников № 3, с. 84
- Марчук С.Н.* Использование международного
опыта в работе по экологическому
воспитанию дошкольников № 2, с. 87
- Мельчукова М.В.* Сказкотерапия в работе
с гиперактивными детьми № 4, с. 99
- Миролюбов А.В., Ярыгина С.В.*
Синдром дефицита внимания
с гиперактивностью у ребенка —
опасность для его будущего № 1, с. 82
- Роненсон О.Д., Роненсон А.М.*
Здоровьесберегающие технологии
при подготовке ребенка к школе № 2, с. 74
- Салова М.Н. Бобошко И.Е., Жданова Л.А.,
Редкова О.В., Короленко Е.В.* Комплексный
подход к психолого-педагогическому
сопровождению детей с СДВГ № 4, с. 76
- Соболева Н.Н.* Использование элементов
вальдорфской педагогики в укреплении
здоровья дошкольников № 4, с. 96
- Харитонов Т.А.* Применение продуктов
пчеловодства в детском саду № 4, с. 72
- Цветкова О.В., Шиленок Т.А.* На природу
в любую погоду, или Почему
мы проводим мини-походы № 3, с. 90

АКТУАЛЬНО

- Акопов Э.С.* О состоянии детских
дошкольных образовательных
учреждений в Тверской области № 2, с. 124
- Березина Н.О.* Прием детей в ДОУ:
медико-педагогические вопросы № 3, с. 110

- Вобликов И.В.* Разработка новых лекарственных средств в педиатрии: почему исследования на детях необходимы? № 4, с. 119
- Вобликов И.В.* Фармацевтическая медицина: как создаются и проходят испытания новые лекарственные средства № 1, с. 117
- Иванов А.А.* Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в загородных учреждениях отдыха и оздоровления детей № 2, с. 109
- Иванов А.А.* Санитарно-эпидемиологическое значение грызунов и методические основы проведения дератизации в ДОУ № 1, с. 102
- Имангужанова Г.А.* Заполняем паспорт здоровья воспитанника детского сада № 4, с. 116
- Меркушев И.А.* Организационные аспекты решения проблемы обращения с медицинскими отходами в ДОУ № 4, с. 102
- Меркушев И.А.* Творим добро вместе № 3, с. 120
- Рапопорт И.К.* Состояние здоровья современных детей дошкольного возраста: профилактические осмотры и пути их улучшения № 3, с. 98
- Цуциев С.А.* Охрана труда: от аттестации рабочих мест к сертификату соответствия № 3, с. 123

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

Проведенные санитарно-химические исследования 100 образцов детской одежды показали, что 25% из них не соответствуют гигиеническим нормативам по уровню миграции в модельные среды фенола и формальдегида. Основными источниками выделения этих веществ из детской одежды являются текстильно-вспомогательные вещества (ТВВ), используемые в текстильной промышленности. На основании проведенных исследований разработан перечень летучих веществ, мигрирующих из текстильных материалов, обработанных ТВВ, вошедший в Технический регламент «О безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков».

Показано, что из 89,4% исследованных тканей, обработанных ТВВ, выделяется формальдегид — вещество 2-го класса опасности (высокоопасное), обладающее раздражающим, сенсibilизирующим, эмбриотоксическим, мутагенным и канцерогенным действием.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2007 году»

Медработникам приходится стоять щитом

Здравствуйте!

Благодарю весь творческий коллектив создателей этого журнала. Наконец-то появился журнал для медработников ДОУ.

Прочитала журналы, как говорится, от корки до корки.

Так захотелось с Вами обсудить некоторые «больные» вопросы, что решила Вам написать письмо.

С первых номеров много информации важной и нужной для врача и среднего медицинского персонала. Для меня интересны материалы по организации лечебной и профилактической помощи детям в ДОУ.

Во втором номере журнала делятся об этом (с. 92—95 и 124—126) представители образования и здравоохранения г. Твери. Я врач-педиатр с медицинским стажем 40 лет (врачебных 30). С 1986 г. с момента организации дошкольно-школьного отделения при поликлинике и до 2002 г. работала заведующим. С выходом на пенсию — врачом детского сада, в последующем возглавила это отделение другой педиатр, затем третий, а с 2006 г. — вакансия.

Я прошла три этапа реорганизации медицинской помощи в ДОУ (тогда ДДУ).

1. Ведомственные — открывались ежегодно новые детские сады разных ведомств. Руководители, профсоюзы выделяли боль-

шие средства на организацию оздоровления. В детских садах открывались группы для детей:

часто болеющих;

с малыми формами туберкулеза (тубинтоксикация, вираж, контактные и т.д.);

с аллергодерматозами (пищевой аллергией);

с заболеваниями глаз;

с нарушениями речи (логопедические группы).

В каждом саду было по 1—2 ставки для оздоровления детей. Был всегда организован летне-оздоровительный сезон — соки, фрукты, свежие овощи. Это были лучшие годы по оздоровлению (не подумайте, что это ностальгия).

2. С 1993 г. ДДУ были переданы в городской отдел образования. Все кадры средних медицинских работников сохранились, врачебные же ставки всегда были от отдела здравоохранения, и все сады обслуживались физическими лицами (по 0,5 ставки в каждом саду). Финансирование оздоровительных мероприятий стало несколько скуднее, но заведующие ДОУ старались выполнить просьбы врачей, выделяли средства для этого. Критерием для медработников и воспитателей оставалось количество дней, пропущенных по болезни. Исчезли группы для ЧБД, для

детей с аллергодерматозами, а позже и с тубинтоксикацией. Но открылся детский сад компенсирующего вида для детей с отклонениями в физическом и психическом развитии в 2002 г. Он был очень хорошо укомплектован кадрами и атрибутами для реабилитации этих детей от городского отдела образования.

3. С декабря 2006 г. все ставки средних медработников были добровольно-принудительно переданы в здравоохранение. В соответствии с Законом РФ «Об образовании» (ст. 51, ч. 4): «Медицинское обслуживание обучающихся, воспитанников образовательного учреждения обеспечивают органы здравоохранения». Еще в 1993 г. обращались медработники из ДОУ о переходе в здравоохранение — ответ был: «Не нужна нам эта головная боль». Итог: в детских садах (их 10) осталось два врача — физические лица, и те, как я называю, глубокие пенсионерки. Сократили штаты по оздоровлению, более того, сняли 1 разряд по оплате труда медицинским сестрам, которые назывались старшими и на которых была возложена учеба вновь поступающих нянь, воспитателей, инструктажи во время карантинных и с профилактической целью.

Средний медицинский персонал ДОУ и так был всегда обижен (нет права на пенсию за выслугою лет). Об этом мы тоже писали еще в 1993 г. в Правительство РФ, в Минтруда. С этим же вопросом

обращаются депутаты Вологодской области. Много говорим, а делаем маловато для детей. Страховая медицина больше требует отчетов, чем здоровья.

И вот результат — «разорился» детский сад компенсирующего вида, ушли все специалисты, работавшие здесь от горотдела образования. Читая статью Э.С. Аكوпова, радуюсь, что в г. Твери все сады компенсирующего вида сохранились, а у нас остались на высоте только для детей с патологией дыхания да логопедические.

Много общих моментов — и закрытие садов, и очередность, но у нас прогресс: в 2008 г. снова перепрофилировали бывший детский сад в свое назначение — на 180 мест. Это очень радует.

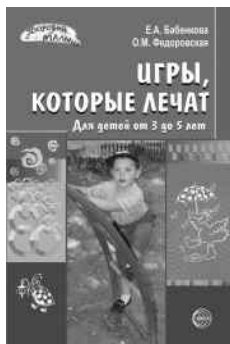
Поделитесь через журнал об организации питания детей в ДОУ на примере какого-нибудь города. У нас сейчас доставка продуктов централизованная, через выигравших тендер. В моем понимании, выигрывает лучший поставщик, но у нас с точностью наоборот. Продукция идет такая, что медработникам приходится стоять щитом. Из-за завышенных в 1,5—2 раза цен не даются детям практически все лето соки, фрукты, свежие овощи.

Еще раз благодарю издательский коллектив за то, что обратили внимание на медработников ДОУ. Активно пропагандирую подписку этого журнала.

*С уважением, врач-педиатр
С.В. Бронникова.*

Республика Хакасия, г. Саяногорск

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



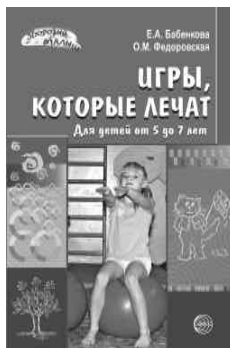
ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ

Для детей от 3 до 5 лет

Авторы — Бабенкова Е.А., Федоровская О.М.
М.: ТЦ Сфера, 2008. Обложка, 80 с. Формат 60х90/16

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.

Адресовано воспитателям, психологам, педагогам ДОУ, родителям.



ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ

Для детей от 5 до 7 лет

Авторы — Бабенкова Е.А., Федоровская О.М.
М.: ТЦ Сфера, 2008. Обложка. Формат 60х90/16

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.

КАК СДЕЛАТЬ ОСАНКУ КРАСИВОЙ, А ПОХОДКУ ЛЕГКОЙ



Автор — Бабенкова Е.А. М.: ТЦ Сфера, 2008.
Обложка, 96 с. Формат 60х90/16

Книга посвящена воспитанию навыков правильной осанки и походки у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Представлены рекомендации по определению нарушений опорно-двигательного аппарата, комплексы упражнений корригирующей гимнастики, лечебной физической культуры, вопросы и ответы для проверки знаний и деятельности обучающихся по формированию правильной осанки и походки.

Адресована преподавателям физической культуры образовательных учреждений, воспитателям ДОУ, учителям, студентам педагогических вузов и институтов физической культуры, воспитателям, а также родителям.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ СЕРИИ «ВМЕСТЕ С ДЕТЬМИ»



ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 3—4 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю. М.: ТЦ Сфера, 2008.
Обложка, 96 с. Формат 84х108/32

В пособии представлены сценарии досугов, в игровой форме закрепляющих культурно-гигиенические навыки у детей младшего дошкольного возраста. Развлечения разнообразны по форме и насыщены по содержанию. Яркие, интересные, веселые досуги способствуют закреплению ранее полученных знаний, развивают фантазию и творчество малышей. Пособие включает большое количество разнообразных авторских игр, песен, танцев, хороводов, которые можно использовать и на занятиях, и на праздничных утренниках, в игровой деятельности детей.



ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 4—5 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю. М.: ТЦ Сфера, 2008.
Обложка, 96 с. Формат 84х108/32

Пособие содержит цикл оздоровительных досугов по сказочным сюжетам. Предлагаемые развлечения способствуют развитию творческих способностей детей средней группы детского сада, помогают закрепить навыки выполнения элементов самомассажа, развивать координацию движений, закрепить полученные знания о здоровом образе жизни. Включают разнообразные авторские игры и нотное приложение — песни, танцы, хороводы и музыкальные игры, которые позволят сделать развлечения не только обучающими, но и увлекательными и запоминающимися.



ПРАЗДНИКИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ 6—7 ЛЕТ Сценарии для ДОУ

Автор — Картушина М.Ю. М.: ТЦ Сфера, 2008.
Обложка, 128 с., иллюстрации. Формат 84х108/32

В сборнике 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, дополнены различными видами самомассажа, комплексами общеразвивающих упражнений и ритмической гимнастики.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ ЖУРНАЛА «МЕДРАБОТНИК ДОУ»

▪ Ваши статьи вместе с заполненной анкетой можно представить в напечатанном виде (один экземпляр) с приложением компакт-диска или выслать электронной почтой по адресу: 123@tc-sfera.ru.

▪ Текст должен соответствовать следующим параметрам: в формате Word; шрифт строчной Times New Roman, размер шрифта 12; полуторный интервал; поля по 2 см с каждой стороны; абзац выровнен по левому краю, отступы и интервалы по 0; отступ первой строки 0,5. При наличии в рукописи рисунков и фотографий они должны быть предоставлены отдельными файлами в формате GPEG (разрешение 600 dpi для цветных, 300 dpi — для черно-белых).

▪ Объем рукописи, кроме случаев, согласованных с редакцией, не должен превышать 10—15 страниц компьютерного набора. Редакция оставляет за собой право в случае необходимости сокращать материал.

▪ Все ссылки на литературные источники должны быть автором тщательно выверены.

▪ Автор несет ответственность за достоверность представленных материалов.

линия отреза

Анкета автора журнала «Медработник ДОУ»

Фамилия, имя, отчество (полностью)

Дата рождения (число, месяц, год)

Место работы, должность, адрес организации, телефон

Домашний адрес (с индексом), телефон

E-mail

Паспорт (серия, номер, когда, где и кем выдан)

Страховое пенсионное свидетельство

ИНН



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

Если вы хотите получать в 2009 г. наши журналы с приложениями, не забудьте подписаться!

2009

Индекс в каталоге

Комплект

«Управление ДОУ»
с приложением и журналами
«Методист ДОУ»,
«Инструктор по физкультуре»,
«Медработник ДОУ».

Комплект рабочих журналов

«Роспечать» «Пресса
России»

36804

39757

(только во 2 полугодии)

«Управление ДОУ» с приложением

82687

«Управление ДОУ»

80818

«Медработник ДОУ»

80553

«Инструктор по физкультуре»

48607

«Воспитатель ДОУ» с библиотекой

80899

39755

«Воспитатель ДОУ»

58035

«Логопед» с библиотекой

18036

39756

и с приложением «Конфетка»

«Логопед»

82686

«Цветной мир». Изобразительное
творчество в ДОУ

39750

«Педагогика детства»

39604

«Погремушка»

39208

«Для самых маленьких»

34280

«Мастерилка»

34281

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ» и «Пресса России»

с любого месяца в любом почтовом отделении.

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 наши коллеги из Кубанского государственного медицинского университета

Санитарно-эпидемиологическое благополучие ДОУ
Естественное вскармливание детей первого года жизни
Инфекции мочевыводящей системы у детей
Токсокароз — актуальная проблема педиатрии
Исследование готовности детей к обучению в школе
Вакцинопрофилактика дошкольников Кубани

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2009, № 1

**Научно-практический
журнал**

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор И.М. Ахметзянов

Научный редактор

Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор

О.А. Адлова

Редколлегия:

И.М. Ахметзянов, А.Ф. Виноградов,
Г.Н. Дегтева, Н.А. Матвеева, Д.В. Синякова,
Е.М. Старобина, М.И. Степанова,
Э.А. Цветков, Н.П. Шабалов,
А.В. Шишова, Н.Л. Ямщикова

Оформление, макет

Г.В. Калинина

Художник обложки

О.В. Максимова

Корректоры

Т.Э. Балоунова, Л.Б. Успенская

Фото на обложке

И.М. Ахметзянов

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

Журнал зарегистрирован в Федеральной
службе по надзору в сфере массовых
коммуникаций, связи и охраны культурного
наследия 13.07.07

Свидетельство ФС № 77-28788

Подписной индекс в каталоге

Роспечати **80553**

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.

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

E-mail: sfera.post@mail.ru; www:tc-sfera.ru

Номер подписан в печать 20.01.09. Формат 60×90¹/₁₆.

Усл. печ. л. 8. Тираж 9000 экз.

Заказ №

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 «Медработник ДОУ», 2008

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2008

© Т.В. Цветкова, 2008

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ОАО ордена «Знак Почета»
«Смоленская областная типография
им. В.И. Смирнова».

214000, г. Смоленск, проспект им. Ю. Гагарина, д. 2.

