



РАСТИМ ДЕТЕЙ ЗДОРОВЫМИ

ISSN 2220-1475

МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№7/2013



**Наше здоровье
в наших руках**

**Профилактика
вирусного гепатита А**

**Профилактика
нарушений зрения
у дошкольников**

**Развитие зрительного
восприятия у детей
с нарушением
интеллекта**

**Развитие речи
у детей с ДЦП**



ГОСТЬ НОМЕРА

**Валентина
Николаевна
НИКИТИНА**



МЕДРАБОТНИК

ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

№ 7/2013

**Подписные индексы в каталогах:**

«Роспечать» — 80553, 36804 (в комплекте)

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

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Содержание

Редакционный совет	3
Индекс	4
Колонка редактора	5
Гость номера <i>В.Н. Никитина</i>	
Электромагнитные поля и здоровье населения	6

ГИГИЕНА

Оздоровительная работа*Носова М.Ф., Горобцова Л.Г.*

Здоровьесберегающие технологии в детском саду компенсирующего вида	14
---	----

Иваненкова В.Г.

Хочешь быть здоровым и красивым — пей!	21
--	----

Здоровый образ жизни*Кириченко Л.Д. и др.*

Наше здоровье в наших руках	23
-----------------------------------	----

Бердюгина Л.Н.

Быть здоровым — это здорово!	28
------------------------------------	----

ПЕДИАТРИЯ

Оценка состояния здоровья*Паюк И.И. и др.*

Интегрированная оценка состояния здоровья детей, рожденных после применения метода экстракорпорального оплодотворения	34
---	----

Инфекционные и паразитарные заболевания*Кудацкая М.А.*

Профилактика вирусного гепатита А	47
---	----

Профилактика заболеваний*Слезина А.А.*

Профилактика нарушений зрения у дошкольников	55
--	----

ПЕДАГОГИКА

Развитие ребенка

Родина Н.Е.

Развитие речи у детей с ДЦП 62

Плужник В.Н., Ярошевич Т.Я.

Развитие зрительного восприятия у детей 5—7 лет
с нарушением интеллекта с помощью дидактических
игр 65

Педагогическая копилка

Гусева Н.В., Юматова Л.Ж.

Мальвина учит Буратино (занятие по теме «Наше тело») 79

Самохина Н.В.

Развитие эмоций и чувств у детей старшего дошкольного
возраста с нарушением зрения 81

АКТУАЛЬНО

Нормативные документы

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству,
содержанию и организации режима работы дошкольных
образовательных организаций (Санитарно-эпидемиологические
правила и нормативы СанПиН 2.4.1.3049-13)
(продолжение) 86

Советы родителям

Грицай Г.В.

Речевые проблемы — бич нашего времени 105

Литературная страничка

Симомян А.Г.

Записки детского психолога (продолжение) 119

Книжная полка 61, 124

А знаете ли вы? 60, 78, 85

Вести из сети 126

Как подписаться 127

Анонс 128

Уважаемые коллеги!

Приглашаем поделиться опытом своей работы, разработками и оригинальными идеями. Присылайте свои материалы, вопросы и предложения на адрес: 129626, Москва, а/я 40 или электронную почту: dou@tc-sfera.ru с пометкой «Для журнала “Медработник ДОУ”».

Редакционный совет журнала «Медработник ДОУ»

Безруких Марьяна Михайловна — академик РАО, д-р биол. наук, профессор, лауреат Премии Президента РФ в области образования, директор ФГНУ «Институт возрастной физиологии» Российской академии образования (Москва).

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

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

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

Сафонкина Светлана Германовна — канд. мед. наук, доцент, заместитель главного врача Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» (Москва).

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

Скоблина Наталья Александровна — д-р мед. наук, заведующий Отделом комплексных проблем гигиены детей и подростков НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ФГБУ «НЦЗД» РАМН, профессор кафедры гигиены детей и подростков Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Москва).

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

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

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

Редакционная коллегия

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

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

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

Танцюра Снежана Юрьевна — канд. пед. наук, доцент кафедры специального дефектологического образования НОУ ВПО (Российский новый университет) «РосНОУ», главный редактор журнала «Логопед».

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

ИНДЕКС

УЧРЕЖДЕНИЯ И АВТОРЫ, УПОМИНАЕМЫЕ В НОМЕРЕ

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

ГБОУ д/с компенсирующего вида № 112, Москва 14, 81	Государственного морского технического университета, Санкт-Петербург 6
ГБОУ д/с № 372 СВОУ, Москва 105	МАДОУ д/с № 90 «Мотылек» общеразвивающего вида, г. Великий Новгород 21
ГБОУ СОШ № 1 СП — д/с «Аленушка», пгт Суходол Сергиевский р-на Самарской обл. 55	МБДОУ д/с № 43 компенсирующего вида, г. Владимир 79
Государственное Казенное Учреждение Здравоохранения Центр медицинской и социальной реабилитации Департамента здравоохранения г. Москвы (ГКУЗ ЦМСР ДЦП ДЗМ), Москва 62	МБДОУ д/с компенсирующего вида № 12, г. Белгород 65
Государственное учреждение «Республиканский научно- практический центр «Мать и дитя» г. Минск, Республика Беларусь 34	МБОУ «Центр психолого-медико- социального сопровождения», пос. Плотниково Промышленновско- го р-на Кемеровской обл. 28
Детская городская поликлиника № 104, Москва 119	МДОУ ЦРР — д/с № 10, г. Алексеевка Белгородской обл. 23
Кафедра экологии промышленных зон и акваторий СПб	Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по городу Москве на транспорте во Внуково, Москва 47
Бердюгина Лариса Николаевна 28	Кудацкая Мария Аркадьевна 47
Берестень Светлана	Куманина Марина Васильевна 23
Анатольевна 34	Мельченко Валентина
Берестовая Светлана	Ивановна 23
Васильевна 23	Никитина Валентина
Вильчук Константин Устинович 34	Николаевна 6
Гапченко Наталья Викторовна 23	Носова Мария Федоровна 14
Гнедько Татьяна Васильевна 34	Паук Инесса Иосифовна 34
Горбцова Людмила	Плужник Валентина
Геннадьевна 14	Николаевна 65
Грицай Галина Васильевна 105	Родина Наталья Евгеньевна 62
Гусева Наталья Валериевна 79	Самохина Наталья Викторовна ... 81
Иваненкова Виктория	Симонян Анна Георгиевна 119
Григорьевна 21	Слезина Алла Александровна ... 55
Кириченко Лилия Дмитриевна ... 23	Юматова Людмила Жановна 79
	Ярошевич Таисия Яковлевна 65

Уважаемые коллеги!

Этой осенью состоялось событие, которого многие из нас с нетерпением ждали. В Москве с 30 сентября по 1 октября проходил I Всероссийский съезд работников дошкольного образования, на котором присутствовали представители органов законодательной и исполнительной власти, представители системы профессионального педагогического образования, родительской общественности, руководители и специалисты дошкольных организаций всех российских регионов. «Творческий Центр Сфера» принял активное участие в работе съезда и выступил в роли информационного партнера этого исторического мероприятия.

В программу было включено много интересных выступлений на самые актуальные темы. На съезде обсуждались особенности федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования и конкретные шаги по его апробации и внедрению; роль семьи в повышении качества дошкольного образования; вопросы частно-государственного партнерства и многое другое. Безусловно, наибольший интерес для нашего журнала представляли выступления, касающиеся вопросов охраны здоровья. В этой связи содержательным было выступление начальника управления санитарного надзора Роспотребнадзора А.А. Горского, подчеркнувшего важность соблюдения санитарного законодательства и отметившего, что при разработке новых документов учитываются изменения, которые происходят в обществе, появление новых форм организации дошкольного образования. В последние годы проекты документов разрабатываются Роспотребнадзором с учетом мнения широких слоев общественности. Сейчас подготовлен проект совершенно нового и так необходимого на современном этапе документа «Санитарно-эпидемиологические требования к семейным дошкольным группам, размещенным в жилых помещениях жилищного фонда». В связи с этим А.А. Горский призвал всех профессионалов принять участие в обсуждении данного проекта. Все замечания и предложения будут проанализированы и учтены при создании окончательной редакции документа.

Более подробно о работе съезда мы обязательно расскажем в одном из выпусков нашего журнала. А сегодня у нас в гостях Валентина Николаевна Никитина — доктор медицинских наук, заведующий Научно-исследовательской лабораторией электромагнитной безопасности, профессор кафедры экологии промышленных зон и акваторий СПб Государственного морского технического университета, заместитель председателя Российского национального комитета по защите от неионизирующих излучений. Ее статья открывает серию публикаций, посвященных вопросам электромагнитной безопасности, из которых вы узнаете об основных источниках электромагнитных полей, познакомитесь с результатами научных исследований по оценке влияния физического фактора на здоровье, гигиеническими нормативными документами по защите от электромагнитных излучений и мерах профилактики негативного воздействия. Такие знания сейчас просто необходимы каждому из нас. Предупрежден — значит вооружен!

Главный редактор журнала Л.В. Макарова

Гость номера

Никитина Валентина Николаевна

д-р мед. наук, заведующий Научно-исследовательской лабораторией электромагнитной безопасности, профессор кафедры экологии промышленных зон и акваторий СПб Государственного морского технического университета, заместитель председателя Российского национального комитета по защите от неионизирующих излучений, Санкт-Петербург

Электромагнитные поля и здоровье населения

Характерная примета современности — все возрастающая актуальность проблемы обеспечения электромагнитной безопасности человека, связанной с ростом количества источников электромагнитных полей (ЭМП), увеличением количества лиц, в том числе детского населения, подвергающихся хроническому воздействию физического фактора. Научой доказано отрицательное влияние хронического воздействия техногенных ЭМП на здоровье человека, что послужило основанием для установления предельно допустимых уровней излучения для персонала, профессионально задействованного с источниками излучения, и населения.

Появляются все новые данные об отдаленных негативных последствиях воздействия на здоровье людей неионизирующих электромагнитных излучений.

Особую обеспокоенность научной общественности вызывает возрастающее воздействие ЭМП на детей, которые относятся к группе повышенного риска. Уже в раннем возрасте дети пользуются мобильным телефоном и персональным компьютером, считающимися источниками электромагнитных полей, вплотную приближенными к человеку. На детей могут влиять электромагнитные поля от других источников. При решении задачи сохранения здоровья ребенка важны информированность и взаимодействие педагогов, медицинских работников и родителей в области обеспечения электромагнитной безопасности. Электромагнитная безопасность — система организационных и технических мероприятий, обеспечивающих защиту людей от вредного и опасного воздействия электромагнитных полей. Ее эффектив-

ность зависит от осведомленности населения о влиянии ЭМП на здоровье, знаний об основных источниках электромагнитных полей и требованиях документов санитарного законодательства в области защиты населения от воздействия фактора, средствах и методах снижения интенсивности излучения.

Следует отметить, что электромагнитные поля не являются абсолютно новым физическим фактором для человека. В процессе эволюции живые организмы развивались в условиях естественного электромагнитного фона. Электромагнитные волны генерируют Солнце и звезды, галактики и метagalaktiki. Они возникают в ходе разнообразных естественных процессов, происходящих в земной коре, гидро-, атмо- и ионосфере. Естественные электромагнитные поля и излучения пронизывают всю биосферу Земли, влияют на процессы жизнедеятельности организма, формируют ритмические процессы и типы ответных реакций.

Научными исследованиями доказано, что трансформация естественного электромагнитного поля может отрицательно влиять на здоровье [5; 7; 14]. Аномалии геомагнитного поля можно выделить не только в производственных помещениях, где по требованиям технологического процесса создаются специальные эк-

ранированные камеры, но и в жилых и офисных зданиях, где широко применяется металлическая арматура, проходят водопроводные и сетевые коммуникации. Сегодня прослеживается возрастающая тенденция использования при строительстве зданий различного назначения металлических профилей и облицовки. Учитывая тот факт, что человек проводит большую часть времени в зданиях из железобетона, по мнению специалистов, ослабленное геомагнитное поле может быть одной из причин возникновения «зон биологического дискомфорта».

Авторы указывают, что нарушение естественного электромагнитного фона может приводить к рассогласованию (десинхронизации) биоритмов, нарушению адаптации и снижению устойчивости организма к воздействию других неблагоприятных факторов. Установлено, что длительное нахождение в зонах искаженного магнитного поля способствует возникновению головных болей, болей в сердце, нарушений сердечного ритма. Согласно наблюдениям, наличие, например, таких зон под детскими кроватками повышает вероятность возникновения хронических заболеваний у детей [9]. Поэтому СанПи-Нами установлены предельно допустимые коэффициенты снижения геомагнитного поля в

производственных, жилых и общественных зданиях и сооружениях [17; 18]. Согласно СанПиН 2.1.8/2.2.4.2489-09, предельно допустимый уровень (ПДУ) ослабления геомагнитного поля в спальнях и игровых помещениях в детских дошкольных учреждениях и школах-интернатах, учебных комнатах общеобразовательных учреждений устанавливается равным 1,5.

С развитием цивилизации естественный электромагнитный фон дополнился электромагнитными полями антропогенного происхождения, создаваемыми техническими средствами. Напомним, что электромагнитное поле — это особая форма материи, с помощью которой взаимодействуют электрически заряженные частицы. Изменяющееся во времени электрическое поле — E порождает магнитное поле — H , а изменяющееся последнее — вихревое электрическое поле. Оба компонента E и H , непрерывно изменяясь, возбуждают друг друга. Этот процесс — физическая причина существования электромагнитного поля, которое характеризуется длиной волны λ и частотой колебаний f . Единица измерения длины волны — метр (м); единицей частоты колебаний является герц — одно полное колебание в одну секунду. Применяются производные единицы: килогерц ($1 \text{ кГц} = 10^3 \text{ Гц}$), мегагерц ($1 \text{ МГц} = 10^6 \text{ Гц}$) и гигагерц

($1 \text{ ГГц} = 10^9 \text{ Гц}$). Электромагнитные излучения (ЭМИ) или волны — часть переменных электромагнитных полей, способная распространяться далеко от источников ЭМП и медленно затухать с расстоянием.

Начало проблемы электромагнитного загрязнения среды обитания человека относится ко времени изобретения электричества и обусловлено развитием электротехники. Процессы получения, передачи, распределения и использования электроэнергии сопровождаются загрязнением окружающей среды электромагнитными полями промышленной частоты (50 Гц). Электротехника стала базой для разработки автоматизированных систем управления, микроэлектроники, развития техники радиосвязи, телевидения, радиолокации, являющихся источниками электромагнитных полей радиочастотного диапазона (30 кГц — 300 ГГц) в окружающем пространстве. За относительно короткий период получила массовое распространение мобильная сотовая радиосвязь. В настоящее время техногенные электромагнитные поля — один из самых распространенных неблагоприятных факторов среды обитания человека.

Влияние ЭМП на здоровье

Очевидно, что ЭМП, создаваемые техническими средствами, не

могут не влиять на человека, поскольку изменяют привычную среду его обитания. Еще в 1891 г. (через 3 года после открытия Герцем свободных электромагнитных волн и конструирования им первого излучателя) французским физиком и физиологом Д'Арсонвалем были получены данные о дистанционном воздействии ЭМП на человека. Организм человека чувствителен к электромагнитным полям, что успешно используется в медицинской практике при курсовом физиотерапевтическом лечении различных заболеваний. Однако длительное (хроническое) воздействие электромагнитных полей может вызывать нарушения в состоянии здоровья. Исследования по изучению клинических проявлений воздействия ЭМП, состояния заболеваемости работающих в условиях воздействия фактора особенно широко стали проводиться в 1950-е гг., когда получили интенсивное развитие техника радиосвязи и радиолокации, производственное технологическое и медицинское оборудование различного назначения, создающее электромагнитные поля на рабочих местах персонала.

Первые ПДУ воздействия ЭМП радиочастотного диапазона, были приняты впервые в мире в Советском Союзе в 1955 г. Гигиенические нормативы разрабатывались на основании данных клиничес-

ких наблюдений за состоянием здоровья персонала, работающего с источниками ЭМП в промышленности. В 1970—1980-е гг. в СССР в учреждениях Академии медицинских наук, Министерства здравоохранения, университетах были выполнены фундаментальные клинико-гигиенические и экспериментальные исследования по выявлению зависимости биологических эффектов от частотного диапазона излучения, интенсивности и длительности воздействия ЭМП, форм модуляции сигнала, локализации и режима облучения (импульсный или непрерывный), получены убедительные доказательства наличия эффекта кумуляции, т.е. накопления в организме изменений от однократных воздействий ЭМП. Совершенствовались методологические подходы к научному обоснованию ПДУ ЭМИ. В результате разрабатывались гигиенические регламенты ЭМП широкого диапазона частот и для персонала, и для населения, большинство из которых действуют до настоящего времени и являются одними из наиболее жестких ПДУ ЭМП в мире.

Основная часть опубликованных работ клинического плана посвящена исследованию хронического воздействия на персонал ЭМП радиочастотного диапазона и промышленной частоты

(50 Гц) [1; 4; 6; 11; 12; 15; 20; 21]. Авторы изучали состояние здоровья лиц, работающих с источниками ЭМП на предприятиях радиотехнической и электронной промышленности, обслуживающих радиолокационные станции, средства связи, оборудование трансформаторных подстанций и воздушные линии электропередачи высокого напряжения. Исследованиями установлено, что персонал, подвергающийся хроническому воздействию ЭМП невысокой интенсивности, существенно чаще, чем лица контрольной группы, предъявляет *жалобы на головную боль, боли в области сердца и желудка, нарушение сна и памяти, повышенную утомляемость*. С увеличением стажа работы с ЭМП частота жалоб возрастает. Центральная нервная система стоит на первом месте по чувствительности к электромагнитным полям. У лиц, работающих в условиях воздействия ЭМП, существенно чаще, чем в контроле, диагностируются *функциональные нарушения ЦНС* (астеновегетативный и неврастенический синдромы, вегетативная дисфункция) и *патология сердечно-сосудистой системы* (нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь). Регистрируется повышенный уровень холестерина, общих липидов, в-липопротеидов в крови. Характерно, что указанные нарушения

появляются достаточно рано, уже после 5 лет контакта с ЭМП. Регистрируются также *изменения со стороны показателей свертывающей системы крови: наблюдается отчетливая тенденция к гиперкоагуляции*. Все это в сочетании с высоким уровнем липидов и приводит к развитию в молодом возрасте начальных явлений церебрального атеросклероза. Выявлены *снижение иммунитета*, изменения гематологических показателей. Чувствительна к воздействию ЭМИ эндокринная, репродуктивная системы мужского и женского организма. Нарушения в организме носят системный характер. С увеличением стажа работы неблагоприятные изменения в организме нарастают и через 15—20 лет воздействия ЭМП носят наиболее выраженный характер. К отдаленным эффектам хронического воздействия электромагнитных полей относится *раннее старение организма*, признаки которого: преждевременное развитие возрастных заболеваний, снижение работоспособности, иммунного статуса, ослабление памяти, изменения в репродуктивной системе, нарушение обмена липидов, полипатология и ряд других изменений в организме. Изменения подтверждаются результатами хронических экспериментальных исследований, выполненных на животных.

В литературе имеются данные о нарушениях в состоянии здоровья населения, проживающего вблизи воздушных линии электропередачи (ВЛ) высокого и сверхвысокого напряжения и радиолокационных станций, подвергающегося воздействию ЭМП, превышающих ПДУ. У населения, подвергающегося воздействию ЭМП частотой 50 Гц (источники ЭМП ВЛ напряжением 330 и 750 кВ), по сравнению с лицами контрольной группы, выявлены тенденции к увеличению заболеваний эндокринной системы, нарушения обмена веществ и иммунитета, изменения со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем (нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь) [10; 13]. У взрослого населения, подвергающегося воздействию ЭМИ, создаваемых радиолокационными станциями, заболеваемость выше уровня заболеваемости населения, проживающего в контрольных районах по новообразованиям, болезням эндокринной системы, психическим расстройствам, болезням крови и кроветворных органов [16]. У детей, подвергающихся воздействию ЭМИ радиолокационных станций, авторы отмечают отставание в физическом развитии, функциональные отклонения в психоневрологическом статусе, лабильность основных гемодинамических показателей, обуслов-

ленных вегетативными нарушениями в функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы [3; 19]. Особенно чувствительны к электромагнитным полям дети, беременные женщины, люди с заболеваниями центральной нервной, гормональной и сердечно-сосудистой систем, с ослабленным иммунитетом.

Исследования свидетельствуют, что выявляемые при воздействии ЭМП нарушения в состоянии организма носят неспецифический характер. Эта патология распространена и среди населения, не подвергающегося воздействию электромагнитных полей. Поэтому диагностика заболевания представляет определенные трудности. В установлении причинно-следственных связей между воздействием ЭМП и нарушениями в состоянии здоровья особое значение имеют гигиенические исследования, позволяющие оценить параметры воздействующего ЭМП. Степень выраженности изменений в организме зависит от характеристик самого поля. К ним относятся: частотный диапазон, интенсивность излучения, равномерность распределения поля в пространстве (наличие градиента полей), модуляции сигнала. На конечный биологический эффект влияют продолжительность и локализация воздействия ЭМП (общее — на весь организм, или локальное, например, на область

рук или головы), режим облучения (прерывистый или непрерывный). Реакции на воздействие ЭМП зависят от исходного состояния организма человека и наличия других сопутствующих неблагоприятных факторов окружающей среды.

В заключение надо отметить, что многие вопросы биологического действия неионизирующих излучений еще не изучены и наука пока не может дать на них однозначного ответа. Но уже сейчас очевидно, что проблема обеспечения электромагнитной безопасности людей стала одной из актуальных проблем современности. В России для профилактики негативных последствий воздействия электромагнитных полей разработан ряд нормативных документов санитарного законодательства, ГОСТов системы безопасности труда. Известны основные принципы защиты от ЭМП различных частотных диапазонов. Однако с учетом разнообразия техники, создающей электромагнитные поля, и областей ее применения выбор наиболее оптимальных подходов к снижению негативного влияния фактора в каждом конкретном случае должен определяться исходя из знания реальной электромагнитной обстановки. Отсутствие таких знаний в одних случаях приводит к необоснованной боязни электромагнитных из-

лучений (радиофобия), в других — к недооценке опасности ЭМИ.

Литература

1. Актуальные проблемы «Медицины труда»: Сб. трудов НИИ медицины труда / Под ред. акад. РАМН Н.Ф. Измерова. М., 2006.
2. Биологическое действие электромагнитных излучений // Итоги науки и техники. Физиология человека и животных. Т. 22. М., 1978.
3. Гоц А.В. Состояние здоровья детей, подвергающихся воздействию электромагнитного поля РЛС космического наблюдения // Гигиена населенных мест. Вып. 34. Киев, 1999.
4. Григорьев Ю.Г. и др. Отдаленные эффекты хронического воздействия ионизирующего излучения и электромагнитных полей применительно к гигиеническому нормированию // Радиационная биология. Радиоэкология. Т. 43. № 5. 2003.
5. Дубров А.П. Геомагнитные поля и жизнь. Л., 1974.
6. Захарченко М.П., Никитина В.Н., Люттов В.В. Электромагнитные излучения и здоровье. СПб., 1998.
7. Копанев В.И., Шакула А.В. Влияние гипогеомагнитного поля на биологические объекты. М., 1975.
8. Малышев В.М., Колесник Ф.А. Электромагнитные волны сверхвысоких частот и их воздействие на человека. Л., 1968.
9. Марченко Ю.Ю. Гипогеомагнитное поле как фактор риска в градостроительстве // Проблемы электромагнитной безопасности челове-

ка. Фундаментальные и прикладные исследования. Мат-лы Первой российской конф., 28—29 ноября 1996 г. М., 1996.

10. *Мизюк М.И.* Магнитное поле промышленной частоты и его влияние на организм // Гигиена населенных мест. Вып. 34. Киев, 1999.

11. *Никитина В.Н.* О взаимосвязи раннего старения организма с воздействием электромагнитных излучений // Клиническая геронтология. 1997. № 3. С. 14

12. *Никитина В.Н.* Геронтологические аспекты воздействия электромагнитных полей на организм человека // Гигиена населенных мест. Вып. 34. Киев, 1999.

13. *Никитина Н.Г., Мизюк М.И.* Особенности влияния магнитного поля промышленной частоты на население / Гигиена физических факторов окружающей и производственной среды. Тезисы Междунар. симпозиума 16—18 ноября 1993 г. Киев, 1993.

14. *Походзей Л.В., Пальцев Ю.П.* Новое в электромагнитной гигиене: гипогеомагнитная среда и здоровье человека // Гигиена населенных мест. Вып. 34. Киев, 1999.

15. *Ростовцева Г.Г.* и др. К вопросу об астенических состояниях у лиц, подвергающихся воздействию электромагнитных полей радиочастот / Сб. мат-лов 4-го Всесоюзного симпозиума 17—19 октября 1972 г.: Гигиена труда и биологическое действие электромагнитных волн радиочастот. М., 1972.

16. *Самохвалов В.Г., Мовчун Л.Н.* Особенности хронического воздействия на организм человека электромагнитного излучения радиочастотного диапазона // Гигиена населенных мест. Вып. 34. Киев, 1999.

17. СанПиН 2.1.2.2801-10 «Изменения и дополнения № 1 к СанПиН 2.1.2.2645-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям проживания в жилых зданиях и помещениях».

18. СанПиН 2.1.8/2.2.4.2489-09 Гипогеомагнитные поля в производственных, жилых и общественных зданиях и сооружениях.

19. *Сердюк А.М., Польша Н.С.* Здоровье населения, проживающего в местах размещения радиолокационных станций // Гигиена физических факторов окружающей и производственной среды. Тезисы Междунар. симпозиума 16—18 ноября 1993 г. Киев, 1993.

20. *Тихонова Г.И., Рубцова Н.Б.* Воздействие на работающих неионизирующих электромагнитных полей как фактор риска развития врожденных пороков у их детей // Ежегодник Российского национального комитета по защите от неионизирующих излучений 2002. М., 2003.

21. *Яхнин К.К., Амиров Н.Х.* Выявление пограничных нервно-психических расстройств у лиц, подвергающихся воздействию физических факторов производственной среды // Мед. труда и промышленная экология. 1994. № 7.

Здоровьесберегающие технологии в детском саду компенсирующего вида

Носова М.Ф.,
учитель-дефектолог;

Горобцова Л.Г.,
воспитатель ГБОУ д/с компенсирующего вида
№ 112, Москва

ГИГИЕНА



Охрана и укрепление здоровья воспитанников — приоритетное направление деятельности дошкольных образовательных организаций на протяжении многих лет. Для эффективного развития дети с ограниченными возможностями здоровья должны быть обеспечены медико-психологическим сопровождением и специальными условиями для обучения, поэтому основная цель здоровьесберегающей педагогики — сохранить здоровье детей в процессе их обучения и воспитания.

Дошкольный возраст благоприятен (сенситивен) для формирования навыков и привычек. У ребенка развиваются представления о себе, своих возможностях, чувствах, появляется необходимость заботиться о своем здоровье, что в свою очередь становится прочной основой дальнейшей успешности и его социализации [2; 3; 4].

Нами разработана и успешно апробирована здоровьесберегающая технология «Я знаю, умею, могу», которая учитывает специфические особенности сенсорного, моторно-двигательного, эмоционального, социально-личностного развития детей с нарушением зрения, мотивацию и потребности старших дошкольников, характер ведущей деятельности, тип общения, социальные ситуации развития детей [5; 6].

Технология учитывает два направления: социально-ориентированное (охрана прав детей в области здоровья, формирование здорового образа жизни, нормальное питание, режим и т.д.) и медико-психологическое (медико-гигиенические диагностики и мониторинг, профилактика заболеваний, помощь в лечении, психогигиена и психотерапия). Она легко интегрируется в коррекцион-

но-развивающую и лечебно-восстановительную работу дошкольного образовательного учреждения для детей с нарушением зрения и способствует выполнению главной его цели: разностороннему полноценному развитию личности ребенка с учетом особенностей его психофизического здоровья и индивидуальных возможностей для успешной интеграции его в общество сверстников, общеобразовательную школу и современный социальный мир [1].

Содержание работы по формированию культуры здоровья дошкольников

Цель: формировать культуру здоровья.

Задачи

Образовательные:

- дать элементарные знания о своем теле и организме;
- развивать знания и умения, направленные на оздоровление;
- формировать осознанную потребность в физическом здоровье.

Развивающие:

- выработать стремление заботиться о своем здоровье;
- желание узнавать новые способы укрепления здоровья;
- привить навыки здорового образа жизни.

Воспитательная: воспитывать здоровьесберегающее сознание.

Коррекционная: дать знания о зрительных возможностях ребенка и адекватных способах использования их в повседневной жизни.

Возраст, лет	Программное содержание
1	2
4—5	Учить называть свое имя и фамилию. Называть и показывать части своего тела (руки, ноги, глаза, уши). Безопасно двигаться в пространстве. Демонстрировать функциональные возможности рук, ног, глаз, ушей. Дать представление о несложных приемах самооздоровления. Познакомить с понятием «витамины», дать представление о полезных продуктах. Упражнять в общении со взрослыми, учить обращаться с просьбами, называть и показывать, где и что болит. Познакомить с работой врача и медицинской сестры в детском саду, медицинскими аппаратами и приборами (градусник, грелка и т.д.). Формировать представление о своих зрительных возможностях, необходимости использования очков. Дать элементарные знания о причинах простудных заболеваний

Окончание

1	2
5—6	Учить называть имя, фамилию, возраст, домашний адрес; фамилию, имя, отчество родителей. Называть и показывать части своего тела. Дать элементарные знания о функциональных возможностях нашего тела (глаза — видят, уши — слышат и т.д.). Научить ухаживать за зубами, волосами, телом. Закреплять представление о роли зрения и слуха в жизни. Познакомить детей с органами чувств и значением их в жизни, дать представление о функциях и значениях носа, учить определять по обонянию знакомые предметы и продукты. С эмоциональными состояниями человека. С опасными предметами и научить правильно пользоваться ими (ножницы, кисти, бумага, клей, мелкие предметы, лед и т.д.)
6—7	Систематизировать знания и совершенствовать навыки ухода за телом. Систематизировать знания о возможностях своего зрения, органов чувств (осязание, обоняние). Учить различать эмоциональные состояния человека. Уточнить значение двигательной активности, прогулок и занятий спортом для здоровья. Учить оказывать первую помощь при простуде, дать алгоритм действий (изоляция больного, обращение к врачу). Оказывать первую помощь при ушибах и царапинах. Выработать навык не трогать незнакомые предметы. Закреплять разные формы общения (вербальные, невербальные). Продолжать знакомить с опасными предметами и научить правильно пользоваться ими. Учить профилактическим мерам по предупреждению простудных заболеваний, дать знания об оздоровлении организма

Для наглядности предлагаем вашему вниманию конспект занятия.

«Уроки здоровья»

(для подготовительной к школе группы)

Задачи

Образовательные:

- продолжать знакомить с элементарными знаниями о возможностях органов чувств;

- формировать осознанное отношение к своему здоровью;
- закрепить знания о необходимости ухаживать за зубами, глазами;
- знания об эмоциональном состоянии человека (радость, грусть).

Развивающие:

- прививать навыки здорового образа жизни;

— развивать внимание, память, мышление, воображение, кинестетическую переключаемость.

Воспитательные:

— продолжать учить находить и исправлять ошибки свои и других детей, адекватно реагировать на неудачи, работать в команде;

— продолжать воспитывать здоровьесберегающее сознание.

Коррекционная: продолжать развивать зрительное восприятие, зрительно-моторную координацию и ориентировку в пространстве.

Оборудование: схемы-символы (кровать, солнце, настроение, зарядка, столовые приборы, вода), дидактическая игра «Найди пару» (2 шт.), муляжи продуктов питания, три сигнальных круга (красный, желтый, зеленый), дидактические игры «Что вредно, а что полезно», «Чудесные очки», три мольберта, кукла бибабо, зубные щетки (по количеству детей), султанчик-шумовка (16 шт.), панель для тактильного восприятия.

Приемы: дидактические игры, практические задания, отгадывание загадок, показ и разъяснение, специально спроектированные ситуации, словесные инструкции.

* * *

Дети входят в зал.

Воспитатель. Ребята, посмотрите, сколько у нас сегодня гостей.

Дети здороваются с гостями.

Сегодня мы с вами побываем на «Уроках здоровья». Мы поговорим о том, что нужно делать, чтобы быть здоровыми и как сохранить свое здоровье. Ребята, а как вы понимаете это слово, что такое здоровье?

Дети отвечают.

У здорового человека не болят зубы, уши, не болит голова, нет температуры. У здорового человека хорошее настроение, здоровый человек может все: учиться, играть, веселиться, работать. А теперь скажите мне, полезен ли сон для нашего здоровья?

Дети отвечают.

Сон необходим человеку. Во сне отдыхают глаза, мозг, восстанавливаются силы.

Далее воспитатель предлагает детям найти символ сна и поместить его на «Доску здоровья». Дети выставляют его на мольберт.

Ребята, напомните мне, с чего начинается утро после ночного сна?

Дети отвечают.

Правильно, мы должны принять душ, умыться, почистить зубы. Вода — наш друг и залог здоровья.

Воспитатель предлагает найти символ воды. Дети выставляют символ на «Доску здоровья».

Ребята, вспомните, а что мы еще делаем по утрам? (*Зарядку.*)

Занятия физкультурой укрепляют мышцы, сердце человека, делают его сильным, ловким, выносливым.

По показу воспитателя дети выполняют зарядку с предметами. Воспитатель предлагает найти символ движения и расположить его на «Доске здоровья».

Звенит звонок.

Зазвенел звонок, начинается урок. Ой, ребята, а кто это плачет? Посмотрите... Это Аленка к нам в гости пришла, но почему она плачет?

Аленка. Я тоже хочу на урок. Я хочу быть здоровой и веселой. Можно с вами остаться?

Воспитатель. Конечно, вот тебе первое задание, а ребята скажут, правильно ли ты его сделаешь: «У тебя разные продукты питания. Выбери из них те, которые полезно есть на завтрак».

Аленка. Ой, это просто.

Аленка собирает продукты неправильно. Дети исправляют ошибки.

Воспитатель. Садись с нами, Аленка, и слушай внимательно. А вам, ребята, я предлагаю другое задание: «На столе лежат три круга (красный, желтый, зеленый). Вы должны подобрать овощи и фрукты, богатые витаминами, на зеленый круг, другие полезные

продукты на желтый круг, а те продукты, которые можно употреблять после еды — на красный круг».

Дети выполняют задание самостоятельно.

Воспитатель обобщает и анализирует результаты работы.

Продукты, богатые витаминами, минералами, сохраняют и укрепляют наше здоровье.

Далее воспитатель предлагает найти символ полезных продуктов и поставить его на «Доску здоровья». Звенит звонок. Перемена. Проводится подвижная игра на развитие слухового внимания «Вот построились мы в круг».

Зазвенел звонок, начинается урок, который называется «Крепкие, крепкие зубы». Зубы есть не только у человека, но и у животных. Зубы различных животных не одинаковые. У хищников зубы не такие, как у травоядных животных. Как вы думаете, какие зубы у травоядных животных, а какие у хищников. Самые страшные зубы у акулы, они острые, как пила, и растут в несколько рядов. А что вы знаете о своих зубах?

Дети отвечают.

Чем покрыты зубы?

Дети отвечают.

Эмаль очень твердая, но если ее не беречь и не ухаживать за

зубами, даже этот крепкий материал не выдержит. В зубах появится дырка и они начнут болеть. А больные зубы вредят другим органам: желудку, сердцу и даже глазам. Как вы думаете, что вредит нашим зубам?

Дети отвечают.

А что защитит их?

Дети отвечают.

Молодцы, все получают «отлично». Чистим зубки вверх и вниз, ну, микробы, берегись!

Дети имитируют чистку зубов, выполняя движения указательным пальцем.

Звенит звонок. Перемена. Проводится подвижная игра «Делай, как я». Ребенок выполняет упражнения по словесной инструкции воспитателя.

Зазвенел звонок, начинается урок. Отгадайте загадки.

В кружке точка,
В точке точка,
Что не встретит,
То заметит.
По буквам, по строчкам,
По цифрам и точкам,
Бежали, бежали, бежали, устали...
(Глаза.)

Правильно, это глаза, и следующий урок называется «Бережем наши глазки».

Хорошо известно, что самое острое зрение у орла. Он парит на большой высоте и высматривает добычу. Ночью лучше всех

видит сова, она легко отыскивает мышь в темноте. Человек не такой зоркий, как орел, человек не видит в темноте, но глаза у него именно такие, какие нужны ему — человеку. А зачем человеку глаза?

Дети отвечают.

Правильно, с помощью глаз мы видим. Зрение помогает распознавать формы и детали предметов, их цвет, движение и многое другое.

Что защищает наши глаза?
(Ресницы, брови, веки.)

Да, ребята, они оберегают наши глаза от пыли, ветра и пота. Чтобы сохранить зрение, одной этой защиты недостаточно. Посмотрите на мольберт, справа пиктограмма, на которой изображено, что полезно, а слева — что вредно для зрения.

Проводится дидактическая игра «Что полезно, а что вредно». Детям предлагается расположить на мольберте картинки в соответствии с пиктограммами. Дети объясняют свой выбор.

Глаза трудятся целый день. Мы рисуем, читаем, смотрим телевизор, играем на компьютере. Что необходимо делать, чтобы наши глаза отдыхали? (Гимнастику для глаз.)

По показу ребенка дети выполняют гимнастику для глаз. Звенит звонок. Перемена.

Проводится дидактическая игра «Чудесные очки». Дети собирают целое из частей с опорой на зрительный элемент. Воспитатель обращает внимание на оставшиеся карточки-символы (солнце, настроение). Идет обсуждение по карточкам. Дети выставляют на «Доске здоровья» символы свежего воздуха и хорошего настроения.

Солнце, воздух и вода — наши лучшие друзья. У человека есть помощники, которые помогают видеть, слышать, т.е. воспринимать окружающий мир. Назовите их, пожалуйста.

Дети отвечают.

Далее проводится игра «Подбери пару», где дети собирают пазлы, подбирая к органу чувств объект, воспринимаемый этим органом.

Воспитатель подводит итог занятия, используя «Доску здоровья».

Сегодня мы с вами вспомнили, что полезно для нашего здоровья.

Воспитатель показывает закрепленные на мольберте карточки-символы и просит детей еще раз их назвать: солнце, воздух, вода, сон, правильное питание, занятия физкультурой и спортом.

Мы узнали, как нужно заботиться о зубах и глазах. Знания и умения, полученные на занятии, помогут вам быть здоровыми.

Литература

1. *Ермаков В.П., Якунин Г.А.* Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: справ.-метод. пособие для учителя. М., 1990.
2. Программа специальных (коррекционных) образовательных учреждений IV вида (для детей с нарушением зрения): Программы детского сада. Коррекционная работа в детском саду. М., 2003.
3. Социально-бытовая ориентировка дошкольников с нарушением зрения (перспективное планирование и конспекты специальных коррекционных занятий) / Под ред. Е.Н. Подколзиной. М., 2007.
4. *Подколзина Е.Н.* Тифлопедагогическая диагностика дошкольников с нарушением зрения // Вестник тифлологии. 2010. № 2. С. 44—61.
5. *Носова М.Ф.* Особенности представлений о себе детей старшего дошкольного возраста с нарушением зрения // В сб. Развитие науки и практики образования лиц с нарушением зрения: проблемы и перспективы: Мат-лы IV Междунар. науч.-практ. конф. 13—15 октября 2010 г. СПб., 2010. Ч. I. С. 123—125.
6. *Носова М.Ф., Горобцова Л.Г.* Формирование у дошкольников с нарушением зрения основ здорового образа жизни // В сб. Актуальные проблемы обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья: Мат-лы II Междунар. науч.-практ. конф. 19—21 июня 2012 г. М., 2012. Т. 3. С. 63—66.

Хочешь быть здоровым и красивым — пой!

Иваненкова В.Г.,

музыкальный руководитель МАДОУ д/с № 90 «Мотылек»
общеразвивающего вида, г. Великий Новгород

Древние греки говорили: «Хочешь быть умным — бегай, здоровым — бегай, красивым — бегай!» Все это в полной мере можно отнести и к пению.

Невозможно переоценить влияние пения на здоровье ребенка. По образному выражению ученых, гортань — второе сердце человека. Голос, развиваясь в процессе вокальной тренировки, оздоравливает весь организм. Пение оказывает терапевтическое воздействие на многие недуги человека. Взять для примера хотя бы только осанку. Даже статическая, привычная для певца позиция — поднятая расширенная грудная клетка при втянутом животе — помогает исцелить почки или предотвратить их опущение.

Рассмотрим еще несколько аспектов оздоравливающего воздействия пения на организм человека.

В пении принимает участие не только голосовой аппарат, но весь организм поющего, включая костяк, мышцы легких, грудной клетки, спины, брюшного пресса, диафрагмы, таза, ног. Крепкий корпус во многом обеспечивает качество пения. А оно, в свою оче-

редь, укрепляет мускулатуру поющего, тренирует координацию всех мышечных систем.

При пении несколько повышается температура тела, что в сочетании с активной работой мышц корпуса и усилением кровотока *улучшает все обменные процессы в организме и работу очистительных систем.*

Во время вокальной тренировки мозг поющих вырабатывает *эндорфин* — вещество радости, дающее прекрасное настроение и повышенный жизненный тонус. Это порождает эмоции успеха, создает положительное отношение к жизни.

Поющих детей отличают эмоциональная наполненность, самодостаточность. Певцы, как и влюбленные, практически не болеют. Вокальные занятия — профилактика многих и, в первую очередь, простудных заболеваний.

Вокал, сам процесс пения — *уникальное средство самомассажа внутренних органов*, способствующее их функционированию и оздоровлению. Активная диафрагма массирует печень, предотвращая застой желчи и воспалительные процессы, а также

заметно улучшает работу органов брюшной полости, кишечника.

Вокальные занятия *активизируют гормональную функцию организма* и способствуют оптимальному, сбалансированному выбросу гормонов в кровь поющего.

Занятия вокалом *совершенствуют речевую функцию человека*, закалывают голосовой аппарат, делают его тренированным, выносливым, что очень важно для поддержания тонуса, здоровья. Вокальные навыки делают речь более певучей, обогащают ее интонационно. Многие люди с помощью пения преодолевают заторможенную речь, трудность в изложении мыслей, расстаются с неуверенностью в себе, становятся более контактными, раскованными.

Пение — самое эффективное средство врачевания нарушений речи, преодоления и излечения заикания, устранения речевых дефектов.

Вокальная работа — отличная тренировка и вентиляция легких, способствующая снятию в них застойных явлений, что очень важно для растущего человека. У людей, систематически занимающихся певческой тренировкой, увеличивается жизненная емкость легких, что, безусловно, добавляет организму запас прочности.

Занятия пением способствуют психическому развитию и укреплению нервной системы. Пение — *отличный способ психической саморегуляции, снятия*

стрессов, поддержание равновесия расхода мышечной и нервной энергии, эмоциональной стабильности. Вокальная тренировка, как способ психической саморегуляции, особенно необходима тем детям, которые в силу каких-либо причин, связанных с состоянием здоровья, лишены возможности прибегнуть к другим способам сбалансированного расхода мышечной и нервной энергии (таким, как спортивные занятия).

Вокал служит *средством профилактики заболеваний дыхательного аппарата*, развивающихся в результате воздействия неблагоприятных экологических факторов. Вокальная тренировка улучшает обменные процессы в мышцах гортани и тканях легких, способствует их очищению и препятствует накоплению вредных веществ в организме поющего.

Рассуждая о здоровье, мы совершенно естественно и логично перешли к аспекту нашего разговора. Итак, наш поющий ребенок умен и здоров! Дети, лишенные возможности петь, несут потери не только в интеллектуальном, но и в эмоциональном развитии. Они лишены дополнительной возможности укрепления здоровья.

Для полной гармонии хотелось бы видеть его красивым внутренне и внешне.

Хочешь быть красивым — пой!

Наше здоровье в наших руках

Кириченко Л.Д.,
заведующий;

Мельченко В.И.,
старшая медсестра;

Берестовая С.В.,
педагог-психолог;

Гапченко Н.В.,
воспитатель логопедической группы;

Куманина М.В.,
учитель-логопед МДОУ ЦРР — д/с № 10, г. Алексеевка
Белгородской обл.

Проблема здоровья детей дошкольного возраста всегда находилась в центре внимания педагогов, интерес к ней не ослабевает и сегодня, поскольку изменение социальных условий привело не только к пересмотру, но и существенному расхождению взглядов различных социальных институтов на цели и содержание физического и психического развития дошкольника. В частности, в условиях системного рассогласования отношений человека с внешней природной средой необходим пересмотр педагогических путей и условий *валеологического воспитания детей*. В силу этого возникает потребность в создании гибких социально-педагогических технологий здоровьесберегающего обучения и воспитания личности в условиях образовательного учреждения.

Сохранение и укрепление здоровья детей — приоритетное на-

правление работы нашего МДОУ. Для выработки грамотного, эффективного плана действий был составлен долгосрочный проект, который стал инструментом ориентации и интеграции усилий всего коллектива к будущим желаемым результатам, но уже с позиции сегодняшнего дня, с учетом перспектив.

Проект предполагает объединить уже накопленный опыт педагогического коллектива по сохранению психологического здоровья с технологией сохранения физического здоровья и реализовать комплексный подход к вопросу здоровьесбережения.

Проект «Наше здоровье в наших руках» — комплексная система воспитания и оздоровления старших дошкольников. Основное содержание работы с детьми строится по нескольким *направлениям*:

— культурно-гигиенические навыки;

- строение тела, правила ухода за ним, культура питания;
- двигательная культура.

Проект реализуется через следующие *разделы*:

- укрепление материально-технической базы ДОУ;
- работа с детьми;
- с педагогами;
- с родителями.

Цели проекта: создавать психолого-педагогические условия для развития и укрепления здоровья детей, повышать осознанность и понимание дошкольниками необходимости заботы и активной деятельности по формированию своего здоровья в процессе взаимодействия ДОУ и семьи.

Задачи проекта:

- разработать и апробировать систему педагогических воздействий по формированию компетентности здоровьесбережения дошкольников;
- осуществить выбор оздоровительных технологий с учетом особенностей ДОУ;
- создать оптимальные условия для всестороннего полноценного развития двигательных и психофизических способностей, укрепления здоровья детей дошкольного возраста и формирования привычки здорового образа жизни;
- повышать эффективность форм взаимодействия с родителями — субъектами образовательного процесса, способствующих их ориентации на здоровье как основы полно-

ценной жизнедеятельности ребенка в будущем; педагогическую компетентность родителей в вопросах здоровьесбережения;

- развивать у детей потребность в освоении способов сохранения своего здоровья, в выборе здорового образа жизни;
- обеспечить эмоциональное благополучие каждого ребенка, развитие его положительного самоощущения на основе личностно-ориентированного взаимодействия с ним;
- системный подход, призванный в комплексе решать как медико-социальные, так и психолого-педагогические проблемы детей дошкольного возраста.

Методологическую и теоретическую основу проекта составляют:

- теория личностно-ориентированного педагогического образования (А.С. Белкин, А.В. Запорожец, Н.Я. Михайленко, А.В. Петровский и др.);
- теория формирования здорового образа жизни (И.А. Аршавский, Н.М. Амосов, Н.Г. Веселов, М.Я. Виленский, Н.П. Дубинин, Ю.П. Лисицин, В.П. Петленко);
- концепция ценностно-социальной модели здоровья (Е.А. Овчаров);
- современные достижения педагогов-исследователей в области разработки способов сохранения здоровья детей (Г.К. Зайцев, Ю.Ф. Змановский, В.В. Колбанов, Б.Н. Чумаков и др.).

Методы, этапы реализации проекта

Для решения поставленных задач используются следующие методы:

- анализ психолого-педагогической литературы;
- диагностические (наблюдение, анкетирование, беседа, тесты, моделирование, проектирование, анализ документации);
- педагогический эксперимент;
- качественный и количественный анализ данных.

Этапы реализации

Первый этап — поисково-теоретический. В процессе анализа психолого-педагогической литературы определяются методология и методика исследования, понятийный аппарат, актуальность, цель, задачи, методы, принципы.

Второй этап — методический. На этом этапе выявляются и структурируются первоначальные представления основ здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста, уточняется степень взаимодействия в системе «ребенок — педагог — родитель».

Третий этап — экспериментальный. Апробируется педагоги-

ческая технология формирования основ здорового образа жизни у дошкольников и разрабатывается модель взаимодействия дошкольного образовательного учреждения и семьи.

Четвертый этап — заключительно-обобщающий. Происходят систематизация, дальнейшая апробация, внедрение в практику ДОУ.

Участники образовательного процесса: воспитанники, родители, педагоги.

Организация образовательного процесса:

- количество детей: 60;
- состав групп: постоянный;
- особенность набора: свободный, по желанию детей и родителей;
- срок реализации: 2 года;
- возраст: 5—7 лет;
- группа: старшая, подготовительная;
- место проведения занятий: групповая комната, физкультурный и музыкальный залы, игровая площадка, русская изба, кабинет педагога-психолога, бассейн, фитобар;
- формы работы с детьми: групповая, подгрупповая, индивидуальная (табл. 1—3).

Таблица 1

Количество групповых занятий и часов

Возрастная группа	Количество занятий	Время	
		в неделю, мин	в учебном году, ч мин
Старшая	9	25	3,45
Подготовительная к школе	9	30	4,30

Таблица 2

Количество подгрупповых занятий

Возрастная группа	Количество занятий	Время	
		1 раз в две недели, мин	в учебном году, ч мин
Старшая	9	25	3,45
Подготовительная к школе	9	30	4,30

Таблица 3

Количество индивидуальных занятий

Возрастная группа	Количество занятий	Время в неделю, мин
Старшая	Ежедневно (15—25 мин)	100—120
Подготовительная к школе	— // — (20—30 мин)	120—140

Таблица 4

Сопоставление результатов формирования основ здорового образа жизни (до и после реализации проекта), в %

Уровень	Направления работы					
	«Чистота — залог здоровья»		«О себе хочу все знать!»		«Движение — это жизнь!»	
	до	после	до	после	до	после
Достаточный	16	80	8	64	12	76
Близкий к достаточному	76	20	72	36	56	24
Недостаточный	8	0	20	0	32	0

Результат

Обобщая полученные данные (табл. 4), можно сделать вывод, что итоговые результаты формирования у дошкольников основ здорового образа жизни имеют существенные статистически значимые различия в сравнении с сопоставляемыми результатами начала работы.

Имеются достаточные основания для утверждения: результаты, полученные по всем направлениям формирования основ здорового образа жизни, достигнуты за счет того, что в образовательном процессе ДООУ была создана и реализована модель процесса

взаимодействия с родителями по данной проблеме. Таким образом сформулированная цель получила достоверное эмпирическое подтверждение.

Заключение

Организация здоровьесберегающего образования достигается с помощью использования в педагогическом процессе технологий, обеспечивающих, с одной стороны, решение задач сохранения здоровья воспитанников, а с другой — способствующих эффективной реализации образовательных и воспитательных задач.

Предлагаемый инновационный проект организации работы по формированию основ здорового образа жизни у дошкольников представляет собой планомерное, последовательное и целенаправленное взаимодействие, включающее три взаимосвязанных и взаимодополняющих блока: взаимодействие с педагогами, родителями и детьми в данном направлении.

Полученные результаты доказывают, что внедрение предложенного содержания действительно способствует формированию основ здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста. Интегрированный подход к решению поставленных целей более результативен, так как у детей и их родителей отмечается повышенный интерес к проводимым мероприятиям.

В результате реализации проекта у воспитанников сформирована внутренняя потребность в

ЗОЖ, которая станет основой для выбора его стратегии и эффективного поведения в различных жизненных ситуациях. У каждого воспитанника и работника МДОУ, в каждой семье выработана программа сохранения здоровья. Улучшилось здоровье воспитанников. Количество пропусков по болезни снизилось на 50%; количество воспитанников, отнесенных к III группе здоровья, — понизилось на 20%.

Таким образом, можно констатировать факт позитивного решения проблемы по формированию основ здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста в процессе внедрения проекта в образовательное пространство ДОО.

Литература

Алямовская В.Г. Как воспитать здорового ребенка. М., 1993.

Алямовская В.Г. Психолого-педагогический мониторинг как метод управления процессом оптимизации оздоровительной деятельности в дошкольных образовательных учреждениях // Здоровье и физическое развитие детей в дошкольных образовательных учреждениях: проблемы и пути оптимизации. М., 2001.

Брехман И.И. Введение в валеологию — науку о здоровье. Л., 1987.

Доскин В.П., Голубева А.Г. Растим детей здоровыми. М., 2005.

Здоровый дошкольник: Социально-оздоровительная технология XXI века / Сост. Ю.Е. Антонов, М.Н. Кузнецова, Т.Ф. Саулина. М., 2000.

Змановский Ю.Ф. Здоровый дошкольник // Дошкольное воспитание. 1995. № 6.

Быть здоровым – это здорово!

(мероприятие для детей специальных (коррекционных) классов VIII вида по формированию здорового образа жизни)

Бердюгина Л.Н.,

МБОУ для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Центр психолого-медико-социального сопровождения», пос. Плотниково
Промышленновского р-на Кемеровской обл.

Важная часть образовательного процесса в специальных (коррекционных) классах VIII вида — развитие речи. Наряду с традиционными формами развития интереса к речевому общению, коммуникативных навыков мы ежегодно организуем мероприятия, посвященные Всероссийскому дню здоровья детей, отмечаемому 7 апреля. Такие мероприятия проводятся с целью формирования и развития у детей представлений о здоровье, мотивации на здоровый образ жизни. Эта деятельность помогает нам эффективно решать следующие задачи:

- помочь обучающимся лучше узнать себя, свой организм;
- закрепить речевые навыки;
- расширить и активизировать словарный запас;
- развивать память, внимание, мышление;
- двигательные навыки;
- воспитывать бережное отношение к себе, своему здоровью и здоровью других людей.

Проводятся такие мероприятия, как правило, в форме эмоционально-игровой деятельности.

Оборудование: оформление сцены (картинки с изображением человека и частей его тела, органов чувств (тематический словарь в картинках «Я и мое тело»)); тексты пословиц о здоровье; буквы большого размера, составляющие слово «здоровье»; мыло, упаковки из-под мыла (лимонное, малиновое, яблочное и т.п.); иллюстрации к артикуляционной гимнастике «Спортивная» (10 шт., А4); скакалки (2 шт.); пипетка.

* * *

Логопед. Здравствуйте, ребята! Сегодня мы поговорим об очень важном для всех нас понятии. А что же это за понятие, мы узнаем, отгадав буквы слова, из которых оно состоит. Перед нами на доске листочки, за ними спрятались буквы. Отгадаем их все по порядку.

Конкурс «Вспомни букву»

Логопед загадывает загадки, обучающиеся отгадывают.

Логопед. Эта буква, как смешная завитушка, закручена, как стружка.

(Буква З.)

Эта буква, как маленький дворец, дом, где летом жил скворец.

(Буква Д.)

В этой букве нет угла, от того она кругла. *(Буква О.)*

Эта буква: Дрожу от страха до сих пор! — воскликнуло полено. Похожа буква на топор! Расколет непременно!

(Буква Р.)

Угадайте букву эту: В старом дереве дупло, ну совсем как ... *(буква О.)*

Эта буква, как палочка, рядом две дужки — вот и готовы очки для лягушки.

(Буква В.)

Белка хвостик изогнула, у пенечка отдохнула.

Распушила хвост, да так —

Стал похож на ... *(мягкий знак).*

На дворе такая жалость, —

Наша лесенка сломалась.

Наша лесенка сломалась,

Буква ... *(е)* зато осталась.

Вот мы и открыли все буквы.

Давайте прочитаем слово, которое у нас получилось.

Дети читают хором слово «здоровье».

Сегодня мы поговорим о здоровье. Оно играет очень большую роль в нашей жизни. Это знали наши предки и оставили нам в наследство много пословиц о

здоровье. Но они рассыпались и сейчас нам надо правильно соединить первую часть со второй.

**Конкурс
«Народная мудрость»**

На доске прикреплены первые части пословиц, дети подбирают вторую часть. Логопед обращает внимание обучающихся на смысловое и грамматическое соответствие.

Логопед

Здоровье дороже *золота.*

В здоровом теле — *здоровый дух.*

Здоровому все *здорово!*

Чистым жить — *здоровым быть!*

Здоровый урока *не боится.*

Дети хором читают пословицы.

**Конкурсы и задания
с загадками**

Логопед. Чтобы быть здоровым, у нас с вами есть несколько помощников, пока наши помощники здоровы, мы их даже не замечаем. А что это за помощники, мы сейчас узнаем.

Отгадай загадку ты:

Есть две глубокие норы.

В этих норах воздух бродит,

То заходит, то выходит.

(Нос.)

Нос — наш помощник, с помощью него мы дышим и ощущаем запахи. Носы бывают разные: прямые, курносые, расплюснутые, с горбинкой.

Дети повторяют за логопедом слова.

Чтобы быть здоровым, надо беречь свой нос, вытирать его

чистым носовым платком и, если заболеешь, осторожно закапывать пипеткой лекарство.

Рассказ логопеда сопровождается показом иллюстраций.

Грамматическое упражнение (для закрепления употребления слова «пипетка» в разных падежах).

Логопед. Что это? — Пипетка.

Нет чего? — Пипетки.

Положили к чему? — К пипетке.

Закапаю лекарство чем? — Пипеткой.

Думаю о чем? — О пипетке.

А теперь поучимся правильно дышать.

Дыхательная гимнастика (закрепление навыков диафрагмального дыхания).

Логопед. Вдох — носом, надули животик, как шарик, выдох — втянули животик, нет шарика.

Дети повторяют упражнение несколько раз.

Открываем ротик-дом.

Кто хозяин в доме том?

В нем хозяин ... *язычок*.

Он удобно в доме лег.

Язык помогает нам ощущать вкус, с помощью языка мы говорим. Наш язычок любит делать различные упражнения.

Артикуляционная гимнастика «Спортивная» (сопровождается показом иллюстраций).

Логопед

Язычок на спортплощадке занимается зарядкой.

Рот приоткрыть, язык максимально высунуть изо рта и оттягивать вправо-влево.

Хотя это нелегко, потянулся высоко.

Рот открыть и не закрывать, тянуться языком к носу.

Наклонился низко, к подбородку близко.

Рот открыть. Тянуться высунутым языком к подбородку.

Ловко сделал мостик, вниз запрятал хвостик.

Рот открыть. Спрятать кончик языка за нижние зубы. Выгнуть спинку языка.

А теперь язык, как мячик, за зубами сверху скачет.

Держать рот широко открытым. Стучать кончиком языка по внутренней поверхности верхних резцов.

Поспешил на ипподром, на лошадку сел верхом.

Широко открыть рот и улыбнуться. Медленно шелкать языком, присасывая его к нёбу. Растягивать подъязычную связку.

Язычок остановился, в гриб на ножке превратился.

Держать рот широко открытым, улыбаться. Присосать язык к нёбу и удерживать его в таком положении 10 с. Тянуть подъязычную связку.

Язычок теперь гимнаст. Закрутился вверх у нас.

Рот открыть. Поднять язык за верхние зубы. Закрутить его наверх. Придержать зубами.

А сейчас он развернулся, лег и в трубочку свернулся.

Рот приоткрыть. Высунуть широкий язык. Завернуть края языка внутрь.

Язычок чуть-чуть устал. Он спокойно полежал.

Высунуть широкий язык. Расслабить мышцы языка. Удерживать его в таком положении 10 с.

За ротовой полостью тоже надо ухаживать, а что для этого надо делать?

Дети. Чистить зубы, полоскать рот после еды, не облизовать грязные предметы.

Логопед

Пятерка братьев неразлучна.
Им вместе никогда не скучно.
Они работают пером,
Пилюю, ложкой, топором.

(Пальцы.)

А как называется наши пальцы? Давайте начнем с правой руки.

Дети. Большой, указательный, средний, безымянный, мизинец.

Затем дети называют пальцы на левой руке.

Логопед. Чтобы пальцы были ловкими, сильными, умелыми, им необходима пальчиковая гимнастика.

Пальчиковая гимнастика «Пальчики здороваются»

Руки держать на уровне груди, ладонями друг к другу. На

каждую строчку одноименные пальцы «кивают» друг другу.

Логопед

Вот и встретились друзья:
Рад тебя увидеть я.
Всех мы в гости пригласили.
Всех здороваться учили.
Может пальчик номер пять
В знак приветствия кивать,
Безымянный может ниже,
Средний силой не обижен.
Этот знает все на свете,
А вот этот любят дети.

За пальцами и руками надо ухаживать, что же для этого нужно? Угадайте!

Ускользает, как живое,
Но не выпущу его я.
Белой пеной пенится.
Руки мыть не ленится.
(Мыло.)

А какое бывает мыло?

Логопед показывает упаковки из-под мыла, а дети называют.

Дети. Малиновое, яблочное, вишневое...

Логопед. А какой предмет нужен, чтобы вытирать руки?

Дети. Полотенце.

Логопед. А какое может быть полотенце?

Логопед показывает и дает потрогать различные виды полотенец.

Дети. Махровое, вафельное, льняное, банное, кухонное...

Игра «Что мы делали не скажем, что мы делали — покажем»

Дети делятся на две команды. Затем по очереди показывают друг

другу действия (чистят зубы, расчесываются, моют руки, пишут, танцуют, спят) и отгадывают.

Логопед. Отгадайте загадку.

На ночь два оконца
Сами закрываются.
А с восходом солнца
Сами открываются.

(Глаза.)

1 - й ребенок

Мы, ребята, это знаем,
Что у нас глаза бывают —
В этом вовсе нет секрета —
Очень разного все цвета.

2 - й ребенок

У Павлика с Тамарою —
Зеленые и карие.
У Вани с Настей — синие,
И все они красивые.

3 - й ребенок

Мы знаем без сомнения,
Что очень нужно зрение
Коту, синичке, бабочке,
Моей любимой мамочке.

Логопед. Очень много знаний об окружающем мире мы узнаем с помощью глаз. Что же нам могут помочь узнать глаза о предметах?

Дети. Мы видим цвет предметов, форму, величину. Мы определяем, где расположены предметы и расстояние между ними. Видим, что близко, а что далеко. С помощью глаз мы читаем и пишем.

Логопед. Правильно. Глаза нам помогают, но и мы должны заботиться о глазах.

4 - й ребенок

Глаз поранить очень просто —
Не играй предметом острым.

Глаз не три, не засоряй,
Лежа книгу не читай.

5 - й ребенок

На яркий свет смотреть
нельзя —
Тоже портятся глаза.
Не пиши, склонившись низко,
Не держи учебник близко.

6 - й ребенок

Я хочу предостеречь:
Нужно всем глаза беречь!

Логопед. Чтобы глазки были здоровыми, нужно выполнять гимнастику для глаз.

Гимнастика для глаз

Логопед

Глазки вверх, глазки вниз.
Глазки вправо, глазки влево.
Присмотрись и по кругу
пробегись.

Поморгай, зажмурься крепко,
Словно в фантике конфетка.
Глаза открыли, наконец.
Зарядка кончилась. Ты молодец!

А теперь отгадайте, что это?

Всю жизнь ходят в обгонку,
А обогнать друг друга не могут.
(Ноги.)

А что умеют делать ноги?

Дети. Ходить, переходить, бегать, выбегать, прыгать, подпрыгивать...

Логопед

А теперь все по порядку
Встанем дружно на зарядку.

Дети встают, руки на поясе.

Руки в стороны, согнули.
Вверх подняли и махнули.

Машут руками.

Спрятали за спину,
Оглянулись:
Через правое плечо,
Через левое еще.

Прячут руки за спину и оглядываются попеременно.

Дружно присели,
Пяточки задели.

Приседают и охватывают пятки руками.

На носочках поднялись,
Опустили руки вниз.

Ребята, бег и прыжки самые универсальные средства оздоровления. При активном движении развиваются разные группы мышц, человек становится сильным, выносливым. Но и это еще не все. При физической нагрузке улучшаются умственные способности, дети лучше учатся и меньше болеют. Но в дождливую погоду или в сильный мороз (из-за слякоти и холода) особенно не побегаешь. И тут на помощь приходит скакалка — супертренажер — настолько она полезна, проста и удобна. Скакалка развивает основные двигательные качества — силу, выносливость, скорость, ловкость. Скакалка — лучшее приспособление для тех, кто хочет стать сильным, умным и красивым.

Конкурс «Скакалочка»

Дети соревнуются в прыжках на скакалках.

1 - й ребенок

Есть несколько помощников
На службе у тебя:

Не замечая их, используешь шутя:
Глаза тебе даны, чтоб видеть,
А уши служат, чтобы слышать,
Язык во рту, чтоб вкус понять,
А носик запах различать.

2 - й ребенок

Руки, чтоб ласкать, трудиться,
Ноги — бегать и резвиться.
И ни к чему твоя тревога,
Они тебе всегда помогут!

Логопед

Ребята, чтоб здоровым быть,
Тело свое надо любить.
И заботиться о нем,
Как о самом дорогим.

Литература

Здоровьесберегающее сопровождение воспитательно-образовательного процесса: Метод. пособие. Ч.1. Здоровьесберегающая среда в образовательном учреждении / Авт.-сост. Т.Н. Семенкова и др.; под ред. Э.М. Казина. Кемерово, 2005.

Козлова С.А. Тематический словарь в картинках. Я и мое тело: Органы чувств человека. (Программа «Я — человек»). М., 2005.

Козлова С.А. Тематический словарь в картинках. Я и мое тело: Тело человека (части тела). (Программа «Я — человек»). М., 2005.

Куликовская Т.А. Артикуляционная гимнастика в стихах и картинках. М., 2005.

Полещук В.В. и др. Сценарий праздника для дошкольников с клиническими формами нарушения зрения // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2006. № 5.

18 знаменитых азбук в одной книге: Занимательные уроки. М., 1996.

Интегрированная оценка состояния здоровья детей, рожденных после применения метода экстракорпорального оплодотворения

Паюк И.И.,

канд. мед. наук, научный сотрудник;

Вильчук К.У.,

канд. мед. наук, доцент, директор;

Гнедько Т.В.,

канд. мед. наук, доцент, заведующий лабораторией
клинической неонатологии, реабилитации
новорожденных и детей первого года жизни;

Берестень С.А.,

научный сотрудник, Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
«Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь

Ключевые слова: новорожденный, экстракорпоральное оплодотворение, период адаптации, способы индивидуального прогноза заболеваний перинатального периода.

Резюме. Проведено комплексное обследование детей, рожденных после применения метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Научно доказана высокая толерантность репродуктивной системы матери и внутриутробного развития плода к воздействию комплекса факторов, при которых возможно наступление беременности и рождение здорового ребенка. Установлены новые данные о нейрогуморальном взаимодействии иммунной и гормональной систем, а также о состоянии плацентарно-пуповинного комплекса женщин после применения метода ЭКО. Доказано, что для детей данной группы характерно наличие транзиторных и персистирующих изменений ЦНС, имеющих обратимый характер при своевременном выявлении.

Введение

Одна из задач демографической политики в Республике Беларусь — укрепление здоровья нации, минимизация заболеваемости и формирование в обществе проч-

ПЕДИАТРИЯ



ных устоев здорового образа жизни. Здесь 15—18% семейных пар нуждаются в оказании медицинской помощи по причине бесплодия (А.Н. Барсуков, 2011). Бесплодный брак — важная социально-экономическая проблема, которая заслуживает внимания медиков, экономистов, социологов, политологов. Число бесплодных браков, по данным разных авторов, составляет от 10 до 20% (Э.К. Айламазян, Г.М. Савельева, 2010). При частоте бесплодности 15% и больше возникают социально-демографические проблемы государственного масштаба (Г.М. Савельева, Л.Н. Кузьмичев, М.А. Курцер, 2010). Решение проблемы бесплодного брака — резерв улучшения демографической ситуации (В.И. Кулаков, 2006; Ю.И. Барышнев, 2007; Г.Д. Азизова, 2007). Восстановление репродуктивной функции женщин, страдающих бесплодием, представляет актуальную медицинскую и социальную проблему, в решении которой наступление зачатия — только первый шаг; за ним следуют задачи обеспечения вынашивания беременности и рождения здорового ребенка (М.В. Здановский, 2000; В.И. Кулаков, 2006). В развитых странах после применения ЭКО рождается около 1% всех новорожденных (В.С. Корсар, 2007; Н.Е. Русанова, 2010, *S. Anthony*, 2007; *A. Pinborg*, 2008). Данные проводимых ранее исследований

противоречивы и неоднозначны, затрагивают лишь некоторые аспекты состояния здоровья детей, рожденных после применения метода ЭКО (В.Н. Локшин, 2010; А.И. Никитин, 2007; Г.В. Яцык, 2006; *F. Helmerhorst*. М., 2005; *R. Fanchin*, 2002; *O. Dammann*, 2009). Недостаточно данных о состоянии иммунной и гормональной систем как важных факторов становления организма ребенка. Имеются фрагментарные исследования о состоянии плацентарно-пуповинного комплекса женщин после применения ЭКО. В связи с широким внедрением в практическое здравоохранение ЭКО существует необходимость получить собственные данные о состоянии здоровья детей, рожденных после применения данного оплодотворения. Эта информация важна для формирования современного представления о педиатрической тактике наблюдения за данной группой детей и прогнозирования их развития в дальнейшем.

Цель данного исследования — разработать научно обоснованную программу наблюдения за детьми, рожденными после применения метода ЭКО, на основании интегрированной оценки состояния их здоровья.

Материалы и методы исследования

Работа выполнялась в период 2007—2009 гг. на базе ГУ «Республиканский научно-практичес-

кий центр “Мать и дитя”». Для решения поставленных задач всем младенцам проводили клиническое обследование, включающее данные анамнеза и состояния здоровья родителей, особенности течения беременности и родов у женщин, а также результаты клинического наблюдения, оценки физического развития и неврологического статуса.

Лабораторное исследование включало определение гематологических и биохимических показателей крови, уровня кортизола, тестостерона, общих тироксина и трийодтиронина, тиреотропного гормона, иммуноглобулинов в сыворотке крови, а также клеточного состава лимфоцитов у детей при рождении и в ранний неонатальный период.

Морфологический метод включал макроскопическое исследование последа с изучением формы, состояния материнской и плодной поверхности, а также измерение ее массы и расчет площади. Средняя площадь базальной поверхности плаценты определялась по формуле:

$$S = A \times B \times 3,14/4,$$

где S — площадь базальной поверхности плаценты; A — длина базальной поверхности плаценты; B — ширина базальной поверхности (М. Vogel, 1998).

Ретроспективный анализ включал оценку состояния здоровья детей за период с 1996 по 2006 г., рожденных после применения метода ЭКО, на основании историй развития новорожденно-

го, историй развития ребенка и опроса родителей. С целью изучения особенностей развития детей, рожденных женщинами после ЭКО, ретроспективно проанализировано 117 историй развития ребенка за период 1996–2006 гг. Для проведения интегрированной оценки состояния здоровья детей, рожденных после ЭКО в 2007–2009 гг., было обследовано 243 новорожденных ребенка, рожденных 193 женщинами. Основную группу исследования составили 148 детей, рожденных женщинами после применения ЭКО, включая 60 доношенных и 88 недоношенных детей. Контрольная группа состояла из 95 младенцев от естественно наступившей беременности, включая 65 доношенных и 30 преждевременно рожденных детей. Дети исследуемых групп были сопоставимы по полу и гестационному возрасту. Проведено комплексное наблюдение за состоянием здоровья 51 ребенка, рожденного после применения метода ЭКО, в динамике первого года жизни. С целью оценки состояния плацентарно-пуповинного комплекса на базе отделения детской патологии городского клинического патолого-анатомического бюро г. Минска (заведующий отделением канд. мед. наук С.К. Клецкий) было исследовано 234 последа, полученных после родов у женщин с применением метода ЭКО и естественной беременностью.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью

пакета прикладных программ *STATISTICA for Windows* (версия 6,0) с использованием параметрических и непараметрических методов, корреляционного анализа (по Спирмену) и критерия Манна–Уитни. Статистический анализ качественных параметров проведен при помощи критерия χ^2 . Результаты представлены как средние значения и статистические отклонения. Разница была статистически значима при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась с учетом базовых критериев: уровня физического, нервно-психического развития и его гармоничности, индекса резистентности детского организма. При ретроспективной оценке антропометрических показателей детей на первом году жизни установлено, что большинство из них имели гармоничное физическое развитие; удельный вес таких детей увеличивался с 59% на первом году жизни до 77,8% к 9-летнему возрасту ($p = 0,01$). Дисгармоничность развития была обусловлена нарушениями показателей массы тела в равной доле как за счет ее избытка (22,3%), так и дефицита (18,7%). При оценке показателей нервно-психического развития обнаружено, что доля здоровых детей увеличивалась с 18,8% на первом месяце жизни до 71,8% к концу первого года

жизни ($\chi^2_{1-12 \text{ мес.}} = 7,2, p < 0,01$). К 9 годам жизни доля детей, нервно-психическое развитие которых соответствовало возрасту, составила 90,9% ($p = 0,0017$). У 12% младенцев, рожденных после ЭКО, была задержка психомоторного развития на первом месяце жизни, к году данный показатель статистически значимо снижался ($\chi^2_{1-12 \text{ мес.}} = 10,4, p < 0,01$) до 6,12%. К 4 годам жизни частота задержки речевого развития регистрировалась у 16,3% детей, а к 5 годам жизни достоверно увеличилась ($p = 0,0017$) до 33,9%, снижаясь к 8 годам до 7,4% ($p = 0,017$).

По структуре заболеваемости детей, рожденных после применения ЭКО, на первом году жизни преобладали болезни органов дыхания за счет острой респираторной инфекции верхних и нижних дыхательных путей, которые у младенцев первого месяца жизни составляли 60% и к семимесячному возрасту снижались до 51% ($\chi^2_{1-7 \text{ мес.}} = 19,2, p < 0,001$). На втором месте находились алиментарно-зависимые состояния (анемия, рахит), частота которых увеличивалась в первые три месяца жизни, к году их количество достоверно уменьшалось ($\chi^2_{7-10 \text{ мес.}} = 21,6, p < 0,001$). На третьем месте отмечались аллергические состояния, к 6 месяцам их число увеличилось на 7,19% ($\chi^2_{1-6 \text{ мес.}} = 5,2, p < 0,001$).

При оценке индекса резистентности у детей, рожденных после метода ЭКО, высокие значения

были установлены в первые 6 месяцев ($0,61-0,55$). По мере развития детей индекс уменьшался до $0,35 \pm 0,08$ к 10–12 годам, что свидетельствовало о созревании иммунной системы и повышении устойчивости организма к острым респираторным инфекциям.

Учитывая выявленные особенности развития, с целью их предупреждения проведена комплексная оценка течения раннего неонатального периода адаптации у детей, рожденных после применения ЭКО. Состояние здоровья новорожденного, его ранняя адаптация определяются репродуктивным здоровьем матери, особенностями течения беременности и родов. Анализ анамнестических данных показал, что средний возраст женщин, родивших доношенных детей с применением ЭКО, составил $32,66 \pm 4,01$ года и был достоверно больше, чем в контрольной группе — $28,08 \pm 3,94$ года ($p < 0,001$). Средний возраст матерей, родивших недоношенных детей после применения метода ЭКО, составил $32,20 \pm 5,24$ года и также был статистически значимо больше ($p < 0,001$), чем возраст матерей в группе сравнения — $27,45 \pm 4,35$ года. Гинекологическую патологию в основной группе имели 35/48 женщин (73%), что статистически значимо больше ($\chi^2 = 12,02$, $p = 0,0005$), чем в группе контроля (39/65 (60%)). При этом хронический аднексит регистрировался у женщин этой группы ста-

тистически значимо чаще ($\chi^2 = 12,96$, $p = 0,0003$), чем в контрольной группе: 26/48 (54%) против 3/65 (5%). Среди женщин, родивших недоношенных детей, гинекологическую патологию имели 42/48 (88%), что статистически значимо больше ($\chi^2 = 8,04$, $p = 0,004$), чем в группе сравнения (22/28 (79%)), при относительном риске преждевременных родов 2,07 (OR = $2,07 \pm 0,11$ ДИ (1,66–2,58), ЭД = 51,6%). В этой группе матерей хронический аднексит регистрировался в 4 раза чаще, чем у женщин группы сравнения: 28/42 (67%) против 4/22 (18%). У матерей с ЭКО отмечалась высокая частота ранних репродуктивных потерь в анамнезе, в частности, чаще ($p = 0,0006$) отмечалась внематочная беременность: 10/48 (20,8%) против 1/65 (1,5%) в группе контроля; статистически значимо больше ($\chi^2 = 11,46$, $p = 0,0007$) диагностировалась неразвивающаяся беременность: 12/48 (25%) против 9/65 (14%); достоверно чаще ($\chi^2 = 14,88$, $p = 0,0001$) была вакуум-аспирация по сравнению с группой контроля: 14/48 (29,1%) против 8/65 (12,3%). У женщин, родивших недоношенных детей после ЭКО, самопроизвольный выкидыш в анамнезе отмечался в 2 раза чаще, чем в группе сравнения: 7/48 (15%) против 2/28 (7%).

Результаты исследования гестационного периода свидетельствовали об осложненном течении беременности. Наиболее ча-

стым осложнением течения I триместра беременности у женщин, родивших доношенных детей, была угроза прерывания, которая регистрировалась статистически значимо чаще ($\chi^2=18,5$, $p=0,001$) у матерей основной группы по сравнению с контрольной: 32/48 (66%) против 17/65 (26%). Во II триместре беременности осложнением также была угроза прерывания, которая отмечалась достоверно чаще ($\chi^2=5,6$, $p=0,01$) у женщин группы ЭКО, родивших доношенных детей, чем у матерей группы контроля: 38/48 (79%) против 25/65 (38%). В III триместре угроза прерывания была статистически значимо чаще ($\chi^2=15,46$, $p=0,0001$) у женщин группы ЭКО, чем у матерей группы контроля: 43/48 (89%) против 30/65 (46%). Хроническая фетоплацентарная недостаточность выявлялась больше у женщин группы ЭКО, чем в группе контроля: 22/48 (46%) против 20/65 (31%). Гестоз в III триместре отмечался достоверно чаще в группе ЭКО ($\chi^2=6,5$, $p<0,05$), чем в группе контроля: у 13/48 (27%) против 6/65 (9%).

При оценке показателей физического развития доношенных детей основной группы было выявлено, что дети рождались маловесными к сроку гестации независимо от плодности беременности. Дефицит массы тела у детей, рожденных после ЭКО, составлял 12%. При гендерном распределении антропометрические показатели у детей группы ЭКО

достоверно не отличались, в то время как в группе детей от спонтанной беременности масса и длина тела, окружность головы, груди, пандераловый индекс у мальчиков были больше ($p<0,05$), чем у девочек. Антропометрические показатели в группе недоношенных детей, рожденных после применения метода ЭКО и от естественно наступившей беременности, не имели статистически значимых отличий. Однако при распределении обследованных младенцев по срокам гестации обнаружено, что в возрасте 28—32, а также 36—37 недель дети, рожденные после применения метода ЭКО, были меньше по массе и длине тела, чем дети от спонтанной беременности. Нами разработаны показатели перцентильного распределения массы и длины тела, масса-ростового коэффициента у новорожденных от многоплодной беременности после ЭКО, с учетом гестационного возраста. Полученные результаты показали, что для младенцев, рожденных после применения метода ЭКО от многоплодной беременности, характерна симметричная форма задержки внутриутробного развития с одновременным дефицитом массы тела и роста. Показатели, характеризующие адаптацию ребенка в ранний неонатальный период, включая первоначальную убыль массы тела и сроки отпадения пуповинного остатка, были в пределах нормы и не имели достоверных различий у детей основной и контрольной групп. От-

мечалась более высокая ($p<0,01$) частота развития токсической эритемы у доношенных детей, рожденных после применения ЭКО (11,6% против 3,0%), чем в группе контроля; с одинаковой частотой регистрировалась патологическая гипербилирубинемия (8,8% против 10% соответственно) и гипогликемия у недоношенных новорожденных обеих групп (10,5% против 12,5% соответственно).

Один из критериев комплексной оценки состояния здоровья ребенка — показатель заболеваемости. Число случаев болезней в группе детей, рожденных после применения метода ЭКО, было достоверно выше в 2,62 раза, чем в группе детей от естественно наступившей беременности. В наших исследованиях при анализе структуры причин ранней неонатальной заболеваемости у доношенных детей группы ЭКО замедление роста и недостаточность питания отмечались статистически значимо больше ($\chi^2=3,8$, $p<0,05$) в группе ЭКО, чем в группе контроля: 14/60 (23%) против 7/65 (11%). Прочие нарушения церебрального статуса у новорожденных диагностировались у 18/60 младенцев (30%) группы ЭКО, что статистически значимо чаще ($p=0,0002$), чем в группе контроля (3/65 (4,6%)). Относительные риски развития респираторных расстройств, асфиксии новорожденного, инфекций, специфичных для перинатального периода, и неонатальных

желтух у недоношенных детей обеих групп были одинаковы.

Характер и эффективность ранней первичной адаптации новорожденного в постнатальный период во многом определяются состоянием его эндокринной системы. При изучении показателей гормонального статуса установлено, что в пуповинной крови у младенцев основной группы содержание T_3 составило 0,61 нмоль/л [0,26; 0,9] и достоверно не отличалось от значений в контрольной группе — 0,76 нмоль/л [0,61; 0,91]. К 4–5-м суткам жизни уровень T_3 у детей группы ЭКО не изменялся и составил 0,46 нмоль/л [0,33; 0,70], а в группе контроля статистически значимо увеличивался ($p<0,01$) до 1,23 нмоль/л [1,08; 1,44] и был достоверно выше ($p<0,05$), чем в основной группе. Уровень T_4 в пуповинной крови у обследованных детей был в пределах нормальных значений, но у детей основной группы статистически значимо ($p<0,001$) меньше, чем в группе контроля: 115,8 [87,5; 134,8] против 167,96 [160,5; 175,43] нмоль/л. В динамике к 4–5-м суткам жизни содержание T_4 у детей группы ЭКО повышалось ($p<0,05$) до 151,23 нмоль/л [126,1; 170,5] и в группе контроля — до 187,1 нмоль/л [182,3; 196,4]. Уровень T_4 на 4–5-е сутки жизни также был меньше в основной группе ($p<0,001$), чем в группе контроля.

Для установления диагностической эффективности опре-

деляли уровень тироксина в пуповинной крови, с целью прогнозирования нарушений периода адаптации у новорожденных проведен ROC-анализ. Определено, что концентрация тироксина в пуповинной крови менее 148,01 нмоль/л (специфичность 87%, чувствительность 90%, $AUC=0,92$, $p<0,001$), а также на 4–5-е сутки жизни в сыворотке венозной крови менее 169,89 нмоль/л (специфичность 74%, чувствительность 96%, $AUC=0,85$, $p<0,0001$) свидетельствуют о патологическом течении адаптационного периода. Содержание ТТГ в пуповинной крови у детей основной группы было 7,81 мМЕ/л и статистически значимо не отличалось, в группе контроля — 8,79 мМЕ/л. На 4–5-е сутки жизни уровень ТТГ у детей основной группы составил 6,44 мМЕ/л, контрольной — 7,5 мМЕ/л, без достоверных различий.

Результаты исследования тиреоидного статуса у детей, рожденных женщинами после применения ЭКО, свидетельствовали о наличии более низких значений тироксинемии без изменений уровня ТТГ в ранний неонатальный период.

Одним из основных гормонорегуляторов адаптационных реакций организма является кортизол, который обеспечивает иммунологическую и неспецифическую защиту организма (Г.А. Шишко, 2006). Концентрация кортизола в пуповинной крови у новорожденных основной группы была

достоверно ниже ($p<0,001$) по сравнению с группой контроля: 123,81 [72,78; 169,53] против 217,9 нмоль/л [169,4; 330]. На 4–5-е сутки жизни уровень кортизола ($p<0,001$) в обеих группах уменьшался. Динамика изменений содержания кортизола свидетельствовала о снижении адаптационно-приспособительных реакций организма новорожденного в ранний неонатальный период.

Тестостерон обладает специфической биологической активностью, его концентрация в сыворотке крови характеризует функциональную способность коры надпочечников. Уровень тестостерона в пуповинной крови детей группы ЭКО был выше ($p<0,01$), чем в группе контроля: 3,60 нмоль/л [2,77; 4,33] против 2,28 нмоль/л [1,59; 3,25]. На 4–5-е сутки жизни данный показатель снижался, но оставался статистически значимо выше ($p<0,05$) в группе ЭКО, чем в группе контроля: 3,32 нмоль/л [2,46; 4,79] против 1,66 нмоль/л [1,35; 2,72], что свидетельствовало о повышенной функциональной активности коры надпочечников у детей основной группы.

Иммунная система обеспечивает эффективную сопротивляемость организма патогенным воздействиям, необходимую новорожденному в период постнатальной адаптации к условиям внешней среды. У детей, рожденных после ЭКО, в ранний неонатальный период наблюдалось

достоверное повышение содержания относительного числа лимфоцитов (49 [42; 58] против 47 [31; 53], $p=0,011$), а также абсолютного числа $CD3+$ (4 [2,8; 5] против 2,5 [2; 3,4], $p=0,00001$), $CD4+$ (3 [2,2; 3,54] против 1,8 [1,5; 2,7], $p=0,0004$), $CD8+$ (1 [0,7; 1,6] против 0,6 [0,44; 0,85], $p=0,00004$), $CD19+$ (0,48 [0,3; 0,7] против 0,3 [0,2; 0,4], $p=0,0007$), $CD56+$ (0,13 [0,06; 0,2] против 0,04 [0,02; 0,13], $p=0,00001$). При изучении гуморального иммунитета установлено более низкое содержание IgG в пуповинной крови (6,8 [5,76; 8,02] против 9,8 г/л [9,0; 10,6], $p=0,0001$) и на 4–5-е сутки жизни в сыворотке венозной крови (6,9 [6,2; 8,0] против 9 г/л [7,9; 9,3], $p=0,005$) у детей основной группы. При исследовании содержания сывороточных антител класса A и M статистически значимых различий у детей в группах в динамике неонатального периода не выявлено.

Для определения прогностической эффективности показателей иммунитета в ранний неонатальный период был проведен ROC -анализ с построением ROC -кривых, поиском оптимальных точек разделения физиологического течения адаптации и патологического, с максимальной диагностической чувствительностью и специфичностью. Пороговыми значениями нормальных показателей относительно патологических были: абсолютное содержание клеточного состава лимфо-

цитов $CD3+$ — выше $3,7 \times 10^9$ /л (специфичность теста 78,8%, чувствительность 62,5%, $p<0,03$), $CD4+$ — выше $2,1 \times 10^9$ /л (специфичность теста 60,6%, чувствительность 81,2%, $p<0,004$), $CD8+$ — выше $0,7 \times 10^9$ /л (специфичность теста 69,7%, чувствительность 81,2%, $p<0,001$), $CD19+$ — выше $0,36 \times 10^9$ /л (специфичность теста 63,6%, чувствительность 81,2%, $p<0,0003$), $CD56+$ — выше $0,08 \times 10^9$ /л (специфичность теста 63,6%, чувствительность 93,7%, $p<0,03$), содержание IgG в пуповинной крови — менее 8,47 г/л (специфичность теста 83,78%, чувствительность 82,69%, $p<0,0001$), на 4–5-е сутки в сыворотке венозной крови — менее 8 г/л (специфичность теста 70,00%, чувствительность 78,00%, $p<0,001$). При наличии изменений в иммунограмме можно прогнозировать нарушения постнатальной адаптации.

При проведении корреляционного анализа выявлено, что в поддержании иммунного статуса ребенка важную роль играет гипофизарно-надпочечниковая система, которая тесно связана с эффекторными клетками, осуществляющими антителолиз и участвующими в реализации гуморальных реакций. В группе детей, рожденных после ЭКО, установлено нарушение принципа прямой и обратной связи между концентрацией T_3 , T_4 , ТТГ, кортизола и показателями клеточного состава лимфоцитов ($CD4+\%$, $CD8+\%$, $CD19+\%$ и иммунорегуляторным индексом).

В группе детей, рожденных после ЭКО, взаимосвязь между иммунной и гормональной системами была слабее, чем у детей от естественно наступившей беременности.

Истощение гормональной адаптации у данного контингента детей вследствие напряженного функционирования эндокринных систем плода во внутриутробный период для обеспечения адаптации к неблагоприятным факторам антенатального периода дает основание предположить, что на становление функций иммунной системы плода и новорожденного в большей степени влияют изначальные нарушения гормональной регуляции в эндокринной системе женщины, от степени выраженности которых зависит появление осложнений во время беременности, нарушающих внутриутробное развитие плода и адаптационно-компенсаторные реакции новорожденного.

Во время беременности плацента осуществляет связь между организмом матери и плода и развитие биологических процессов, обеспечивающих нормальное его развитие. Макроскопическое исследование плаценты включало измерение параметров ее площади. При распределении площади базальной пластинки плаценты по срокам гестации было выявлено достоверное ее уменьшение в основной группе по сравнению с группой контроля в 33 недели

гестации ($261,19 \pm 50,18$ против $298,03 \pm 39,61$ см², $t=1,72$, $p<0,05$), в 36 недель ($247,73 \pm 47,18$ против $295,16 \pm 7,77$ см², $t=4,66$, $p<0,001$) и 37 недель ($259,64 \pm 75,72$ против $322,63 \pm 55,63$ см², $t=5,00$, $p<0,05$), в то время как в 32, 35, 38, 39, 40 недель гестации достоверных изменений не выявлено. Увеличение площади капиллярного русла в плаценте и активация капиллярогенеза взаимосвязаны с развитием хронического гипоксического состояния плода и носит компенсаторно-приспособительный характер для достаточного кислородного обеспечения. Нами разработаны показатели перцентильного распределения площади базальной поверхности плаценты. Если значения находятся за пределами нормального распределения, это свидетельствует об обменных нарушениях в системе «мать — плацента — плод».

При гистологическом исследовании плацент строение ворсинчатого хориона соответствовало сроку гестации в основной группе в 75/160 случаях (47%), что статистически значимо меньше ($\chi^2=21,2$, $p<0,001$), чем в группе контроля (63/74, или 85%). Ускоренное созревание ворсин хориона отмечалось в основной группе в 48/160 случаях (30%), в группе контроля — в 13/74 (18%), что статистически значимо выше ($\chi^2=11$, $p<0,001$) по сравнению с группой контроля. Отставание степени зрелости плаценты от срока гестации выявлялось в 25/160 случаях (16%) в основной

группе, в группе контроля — в 2 раза меньше (в 6/74, или 8%). Воспалительные изменения в плаценте, плодных оболочках и пуповине в основной группе выявлялись в 36/160 случаях (23%), что статистически значимо больше ($\chi^2=4,33$, $p<0,0001$) по сравнению с группой контроля (7/74, или 9%). Паренхиматозный тип воспаления в виде виллузита и интервиллузита отмечался в основной группе в 12/160 случаях (7,5%), что достоверно чаще ($\chi^2=6,1$, $p<0,05$) по сравнению с группой контроля.

С целью повышения качества жизни детей, рожденных после ЭКО, нами разработана и внедрена **«Программа комплексного наблюдения детей, рожденных после применения метода экстракорпорального оплодотворения»**, которая наиболее эффективно может быть реализована в учреждениях III–IV уровней оказания перинатальной помощи.

I этап. Оказание родовспомогательной помощи. Родоразрешение в специализированном стационаре. Провести оценку физического развития детей от многоплодной беременности согласно разработанным перцентильным таблицам оценки массы и длины тела, пандералового индекса. В родильном зале оценить площадь базальной поверхности пластинки плаценты с учетом разработанных таблиц перцентильного распределения. С целью прогнозирования и определения высокого риска патологического течения

периода адаптации у новорожденных, зачатых с применением ЭКО, использовать определение уровня тироксина и *IgG* в пуповинной крови, а также абсолютного числа лимфоцитов, соотношение их субпопуляций и *IgG* на 3–4-е сутки жизни.

II этап. Дифференцированное оказание стационарной медицинской помощи. При переводе детей в специализированные отделения оказывать помощь согласно отраслевым стандартам обследования и лечения детей с патологией перинатального периода. Для прогнозирования риска развития заболеваний ЦНС рекомендуем определять уровень тироксина в венозной крови на 4–5-е сутки жизни. При установлении уровня тироксина менее 169,8 нмоль/л необходимы консультация невролога и наблюдение эндокринолога.

III этап. Амбулаторно-поликлиническое наблюдение. Консультативный прием детей с перинатальной патологией должен осуществлять педиатр, обладающий специальными знаниями в области неонатологии. Осмотр врача-педиатра, медицинской сестры, скрининг физического и неврологического развития ребенка следует проводить в соответствии с нормативно-правовыми актами о диспансеризации детского населения. С учетом особенностей развития ребенка педиатр должен определять индивидуальную программу наблюдения, реабилитационных и ле-

чебных мероприятий на первом году жизни. Дети, перенесшие перинатальную патологию, относятся к группе риска по развитию неврологической, офтальмологической, ортопедической патологии, поэтому обязателен дополнительный осмотр ребенка офтальмологом, неврологом, ортопедом в 6, 9 и 12 месяцев жизни. Врачи-специалисты разрабатывают индивидуальный план наблюдения и определяют необходимость и объем дополнительного лабораторно-инструментального обследования. Основу лечебно-реабилитационного комплекса составляет оптимизация питания и патогенетическая терапия, назначаемая специалистами. Если риск развития патологии в 6 месяцев не был реализован, дети, рожденные после применения метода ЭКО, могут быть сняты с диспансерного наблюдения по группам риска.

Заключение

При проведении ретроспективной комплексной оценки состояния здоровья детей, рожденных после применения ЭКО, установлено, что каждый 5-й ребенок к концу первого года жизни имел дисгармоничность физического и нарушения нервно-психического развития с задержкой речевого развития к 5-летнему возрасту, а также высокий индекс резистентности организма.

При оценке состояния здоровья младенцев многофакторный анализ показал, что возраст жен-

щин группы ЭКО ($F=239,1$, $p=0,00002$), наличие в анамнезе ранних репродуктивных потерь в сочетании с гинекологическими заболеваниями ($F=125,9$, $p=0,007$) достоверно влияли как на достижение беременности, так и на ее вынашивание. При оценке показателей физического развития установлено, что для младенцев, рожденных после применения метода ЭКО от многоплодной беременности, характерна симметричная форма задержки внутриутробного развития с одновременным дефицитом массы тела и роста. У доношенных детей основной группы при рождении отмечались более низкие показатели массы тела ($t=5,56$, $p<0,001$), без гендерных различий. Среди показателей, характеризующих адаптацию ребенка в ранний неонатальный период, выявлена достоверно более высокая ($p<0,01$) частота развития токсической эритемы у доношенных детей, рожденных после применения ЭКО. При анализе структуры ранней неонатальной заболеваемости у этих же детей достоверно чаще отмечалось замедление роста и недостаточность питания ($\chi^2=3,8$, $p<0,05$), нарушения церебрального статуса ($p=0,0002$), острые респираторные инфекции ($\chi^2=3,9$, $p<0,05$), ретинопатия недоношенного (7,8%).

У детей, рожденных женщинами после применения ЭКО, установлены разнонаправленные изменения показателей системы

«гипофиз — щитовидная железа — кора надпочечников», которые служили компенсаторно-приспособительной реакцией, направленной на обеспечение физиологического течения периода ранней адаптации. У этих детей установлены более низкие показатели тироксинемии без изменений уровня ТТГ. Выявленное низкое содержание уровня *IgG* в пуповинной крови и в сыворотке венозной крови на 4–5-е сутки жизни свидетельствовало о недостаточности адаптивного звена иммунного ответа в сочетании с компенсаторной активностью врожденного клеточного иммунитета и повышением абсолютного числа *CD3+*, *CD4+*, *CD8+*, *CD19+*, *CD56+*.

В структуре плаценты родильниц после применения ЭКО выявлены органометрические и гистологические изменения компенсаторно-приспособительного характера, направленные на обеспечение полноценного развития плода с увеличением плацентарной площади капиллярного русла, нарушением темпов созревания ворсин хориона, а также преобладанием паренхиматозного типа воспаления в виде виллузита и интервиллузита.

Литература

1. Айламазян Э.К. Современное состояние пути развития вспомогательных репродуктивных технологий в России // ЭКО: беременность и роды: мат-лы пленума проблем-

ной комиссии «Физиология и патология беременности и родов» Межвед. Научн. Совета по акушерству и гинекологии РАМН. Ростов н/Д., 2000.

2. Айламазян Э.К. Эпидемиология бесплодия в семье // Акушерство и гинекология. 1990. № 4.

3. Барашнев Ю.И. Неврологическое здоровье детей, рожденных и оставшихся в живых в результате использования новых репродуктивных и неонатальных технологий // Перинатальная неврология. М., 2005.

4. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М., 2005.

5. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. М., 2010.

6. Дусь И.Л. Опыт сочетанной гестагенной поддержки в циклах экстракорпорального оплодотворения // Мед. новости. 2008. № 14.

7. Евсюкова И.И. Состояние новорожденных и их дальнейшее развитие при многоплодной беременности после экстракорпорального оплодотворения // Проблемы репродукции. 2005. № 2.

8. Здановский В.М. Метод ЭКО: осложнения, течения беременности поздним гестозом // Проблемы репродукции. 2000. № 3.

9. Калашиников С.А. Оценка физического развития новорожденных при двойне // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. № 3.

10. Локишин В.Н. Клинико-статистическая характеристика здоровья детей, зачатых в результате экстракорпорального оплодотворения // Пробл. репродукции. 2005. № 2.

Профилактика вирусного гепатита А

Кудацкая М.А.,

ведущий специалист-эксперт Территориального отдела
Управления Роспотребнадзора по городу Москве
на транспорте во Внуково, Москва

Гепатит А несомненно встречался уже в самые отдаленные эпохи человеческой истории, но лишь в XVIII столетии появились первые достоверные описания эпидемий этой болезни. На протяжении XIX в. насчитывалось 112 эпидемий и отдельных вспышек инфекционной желтухи; в годы войн, народных бедствий, миграции масс населения обычно наблюдалось нарастание заболеваемости желтухой, известной под названием «катаральной».

В 1883 г. Сергей Петрович Боткин — выдающийся врач-терапевт, один из основоположников физиологического направления русской научной клинической медицины, крупный общественный деятель, надворный советник, опираясь на тщательное клиническое наблюдение и тонкий анализ фактов, установил, что так называемая катаральная желтуха — общее инфекционное заболевание организма и может распространяться эпидемическим способом. Таким образом, С.П. Боткину принадлежит несомненная заслуга выделения «катаральной желтухи» в самостоятельную нозологическую единицу, обоснова-

ния взгляда на нее как на инфекционное заболевание; вот почему эта болезнь была названа именем врача. Современное название этой инфекционной патологии — вирусный гепатит А.

Проблема вирусных гепатитов, в том числе гепатита А, занимает значительное место в инфекционной патологии человека в связи с тем, что в мире постоянно растет удельный вес этих заболеваний. Вирус гепатита А вызывает острое инфекционное заболевание, которое характеризуется преимущественно поражением печени, развитием желтухи и нарушением обмена веществ. Заболевание весьма распространено и встречается повсеместно на всех континентах земного шара. По степени тяжести болезнь может протекать в различных формах, а по экономическому ущербу вирусный гепатит А занимает второе место после гриппа среди вирусных инфекций. Наряду с единичными заболеваниями наблюдаются вспышки, которые могут охватывать значительные контингенты людей.

Возбудитель ОГА — РНК-содержащий вирус рода *Hepatovirus* семейства *Picornaviridae*. Вирионы имеют диаметр 27—32 нм. Вирус гепатита *A* имеет кислотоустойчивую оболочку. Это помогает вирусам, попавшим с загрязненными продуктами и водой, пройти кислотный защитный барьер желудка. Вирус также устойчив в водной среде, поэтому эпидемии гепатита *A* часто имеют водный путь передачи. Еще одно свойство вируса — высокая иммуногенность, после перенесенного заболевания у человека формируется стойкий пожизненный иммунитет. Заразиться гепатитом *A* с большой вероятностью можно в жарких странах, в том числе тех, где расположены традиционные места туризма и отдыха. Прежде всего это страны Африки (включая Египет и Тунис), Азии (Турция, Средняя Азия, Индия и Юго-Восточная Азия, включая острова), некоторые страны Южной Америки и Карибского бассейна. Покупая овощи и фрукты на рынке, не стоит пренебрегать простыми правилами гигиены, ведь не всегда известно, из какой страны они привезены и в каких санитарных условиях доставлялись. А морепродукты необходимо подвергать термической обработке.

Источником инфекции является больной гепатитом *A* человек, который с фекалиями выделяет в окружающую среду миллиарды вирусов. При употреблении

зараженных вирусом гепатита *A* воды или пищевых продуктов возбудители проникают в кишечник, затем, всасываясь, с током крови попадают в печень и внедряются в ее клетки — гепатоциты. Вирусные частицы (вирионы) размножаются в цитоплазме клеток печени. Далее они попадают в желчные протоки и выделяются с желчью в кишечник. Воспалительный процесс, развивающийся в клетках печени и приводящий к их повреждению, имеет иммунологическую основу. Клетки иммунной системы человека, *T*-лимфоциты распознают пораженные вирусом гепатоциты и атакуют их. Это приводит к гибели инфицированных гепатоцитов, развитию воспаления (гепатит) и нарушению функции печени.

Гепатит *A* в развивающихся странах с низким уровнем экономического и социального развития является прежде всего детской инфекцией. Большинство детей в этих странах переболевают гепатитом *A* к 10-летнему возрасту и приобретают пожизненный иммунитет.

Как показывают эпидемиологические исследования, количество зарегистрированных манифестных форм (когда есть типичные проявления заболевания) значительно ниже, чем лиц, у которых выявлены антитела. Это значит, что много детей переносит инфекцию в безжелтушной форме и в этот период гепатит *A* не распознается.

В развитых странах гепатитом *A*, называемым также «болезнью грязных рук», заболеть сложно по причине высокой культуры населения и прекрасной работы коммунальных служб. Поэтому лиц, имеющих антитела к данной инфекции очень мало, от этого и риск заболеть при контакте с вирусом довольно высок. Чаще это случается во время командировок и туристских поездок в жаркие страны, на африканские и азиатские курорты, в республики Средней Азии.

В соответствии с определением, данным в санитарно-эпидемиологических правилах СП 3.1.2825-10 «Профилактика вирусного гепатита *A*», **острый гепатит *A* (ОГА)** — острая вирусная инфекционная болезнь, проявляющаяся в типичных случаях общим недомоганием, повышенной утомляемостью, анорексией, тошнотой, рвотой, иногда желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов) и обычно сопровождающаяся повышением уровня аминотрансфераз (ферменты, осуществляющие связь белкового и углеводного обменов) сыворотки крови.

Лабораторный критерий подтверждения случая ОГА — наличие антител класса *IgM* к вирусу гепатита *A* (далее — *anti-HAV IgM*) или фрагментов РНК вируса гепатита *A* в сыворотке крови. Подозрительным считается случай, соответствующий клини-

ческому описанию, подтвержденным — случай, соответствующий клиническому описанию и подтвержденный лабораторно, или случай, который соответствует клиническому описанию, выявленный у человека, имевшего контакт с лабораторно подтвержденным случаем гепатита *A* в течение 15—50 дней до появления симптомов заболевания.

Инкубационный период колеблется от 7 до 50 дней. Вирус гепатита *A* выделяют с фекалиями три основные категории источников инфекции: лица с бессимптомной формой инфекционного процесса, больные со стертой безжелтушной и желтушной формами инфекции. Продолжительность выделения вируса при различных проявлениях инфекции существенно не отличается. Наибольшая концентрация возбудителя в фекалиях источника инфекции отмечается в последние 7—10 дней инкубационного периода и в первые дни болезни, соответствующие по продолжительности преджелтушному периоду, от 2 до 14 дней (чаще 5—7 дней). С появлением желтухи у большинства больных концентрация вируса в фекалиях снижается.

Передача ВГА осуществляется преимущественно при реализации фекально-орального механизма водным, пищевым и контактно-бытовым путями. При водном пути передачи ВГА попадает в организм при использовании недоброкачественной питьевой

воды, купании в загрязненных водоемах и бассейнах. Пищевой путь передачи реализуется при употреблении продуктов, загрязненных вирусом во время производства на пищевых предприятиях, предприятиях общественного питания и торговли любой формы собственности. Ягоды, овощи, зелень загрязняются вирусом при выращивании на полях орошения или на огородах, удобряемых фекалиями. Морепродукты могут быть инфицированы ВГА при отлове моллюсков в загрязненных сточными водами прибрежных водах. Контакт-бытовой путь передачи инфекции реализуется при несоблюдении правил личной гигиены. Факторами передачи при этом служат руки, а также все предметы, загрязненные возбудителем инфекции. В отдельных случаях реализуется искусственный (артифициальный) механизм передачи. Длительное (3—4 недели) нахождение вируса в крови (вирусемия) обуславливает возможность передачи возбудителя инфекции парентеральным путем, что приводит к возникновению случаев посттрансфузионного ОГА.

Основные меры в профилактике ОГА — санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи возбудителя, и вакцинопрофилактика, обеспечивающая создание коллективного иммунитета.

К санитарно-гигиеническим мероприятиям относятся:

- благоустройство населенных пунктов (очистка территории, вывоз мусора);
- обеспечение населения доброкачественной водой, безопасными в эпидемиологическом отношении продуктами питания;
- улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта;
- создание условий, гарантирующих соблюдение санитарных правил и требований, предъявляемых к заготовке, транспортировке, хранению, технологии приготовления и реализации продуктов питания;
- обеспечение повсеместного и постоянного выполнения санитарно-гигиенических норм и правил, санитарно-противоэпидемического режима в детских учреждениях, учебных заведениях;
- соблюдение правил личной гигиены;
- гигиеническое воспитание населения.

Противоэпидемические мероприятия в очаге острого гепатита А

Выявление больных ОГА осуществляют медицинские работники (врачи, средний медицинский персонал) лечебно-профилактических и других организаций при амбулаторном приеме, посещении больного на дому, предварительных (при устройстве на работу) и периодических меди-

цинских осмотрах определенных групп населения, наблюдении за детьми в коллективах, при обследовании контактных в очагах инфекции.

О каждом случае заболевания ОГА (подозрении на ОГА) медицинские работники организаций в течение 2 ч должны сообщить по телефону и затем в течение 12 ч отослать экстренное извещение по установленной форме в органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного).

Лечебное учреждение, которое изменило или уточнило диагноз ОГА, в течение 12 ч подает новое экстренное извещение в органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту выявления заболевания, указав первоначальный диагноз, измененный (уточненный) диагноз и дату его установления. При выявлении больного ОГА (при подозрении на ОГА) медицинский работник проводит комплекс первичных противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на локализацию очага и предупреждение заражения окружающих.

Специалисты органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуют

эпидемиологическое обследование в очагах ОГА, в том числе устанавливают причины и условия возникновения ОГА, уточняют границы очага, разрабатывают и реализуют меры по его ликвидации. В границы очага включаются лица, имевшие контакт с заболевшим в конце инкубационного периода и в первые дни его болезни, в детских учреждениях, санаториях, а также по месту проживания заболевшего. Больные и подозрительные на заболевание ОГА подлежат госпитализации в инфекционное отделение. Диагноз ОГА должен быть подтвержден лабораторно с определением *anti-HAV IgM* или РНК ВГА в течение 48 ч после выявления подозрительного на эту инфекцию больного. Выписка из инфекционного отделения проводится по клиническим показаниям. Диспансерное наблюдение за переболевшими ОГА осуществляется врачом-инфекционистом по месту жительства или лечения.

Меры в отношении путей и факторов передачи возбудителя

При выявлении больного ОГА медицинский работник лечебно-профилактической организации (врач, фельдшер, средний медицинский работник) организует проведение комплекса противоэпидемических мероприятий, включая текущую и заключительную дезинфекцию, направ-

ленных на предупреждение заражения окружающих. При выявлении случая ОГА в организованных коллективах после изоляции больного осуществляется заключительная дезинфекция, объем и содержание которой зависят от характеристики очага. Дезинфекционные мероприятия проводятся сотрудниками организаций дезинфекционного профиля в границах очага, определяемых специалистами Роспотребнадзора. В последующем проводится текущая дезинфекция силами сотрудников организации, в которой выявлен случай ОГА. Ответственность за организацию и проведение дезинфекции несет руководитель данного учреждения. Заключительная дезинфекция проводится специалистами организаций дезинфекционного профиля в детских дошкольных учреждениях по каждому случаю, а в школах и других детских учреждениях — при повторных случаях заболевания. Текущая дезинфекция проводится сотрудниками данного учреждения. Для заключительной и текущей дезинфекции в очагах ОГА используют зарегистрированные в установленном порядке дезинфицирующие средства, эффективные в отношении ВГА.

Меры в отношении контактных лиц

В очаге ОГА выявляются лица, имевшие контакт с больным. Контактные лица подлежат учету,

обследованию, наблюдению и вакцинопрофилактике по эпидемическим показаниям.

При проведении мероприятий в очагах ОГА необходимо обеспечить раннее выявление среди контактных лиц больных этой инфекцией (прежде всего со стертой и безжелтушной формами). Все контактные лица, выявленные в границах очага, подвергаются первичному медицинскому осмотру с последующим медицинским наблюдением в течение 35 дней со дня разобщения с источником инфекции, включающим опрос, термометрию, наблюдение за цветом склер и кожных покровов, окраской мочи, размером печени и селезенки, а также клинико-лабораторному обследованию серологическим и молекулярно-биологическим методами исследования. Серологическим методом в сыворотке крови определяют наличие *anti-HAV IgM* и иммуноглобулинов класса *G* к вирусу гепатита *A* (далее — *anti-HAV IgG*).

Молекулярно-биологическим методом в сыворотке крови определяют РНК вируса гепатита *A*. Диагноз ОГА устанавливается при выявлении в сыворотке крови пациента с подозрением на гепатит *anti-HAV IgM* или РНК ВГА.

Первичный осмотр и клинико-лабораторное обследование проводит медицинский работник (врач-инфекционист, врач-терапевт, фельдшер) лечебно-профи-

лактической организации по месту проживания контактных лиц или месту работы (обучения, воспитания) в первые 5 дней после выявления больного и до введения вакцины против ОГА. При отсутствии клинических признаков заболевания контактных лиц, ранее не привитых против гепатита А и не болевших этой инфекцией, вакцинируют по эпидемическим показаниям не позднее 5-го дня с момента выявления больного ОГА.

Вакцинация по эпидемическим показаниям — основное профилактическое мероприятие, направленное на локализацию и ликвидацию очага гепатита А. Сведения о проведенной вакцинации (дата, название, доза и номер серии вакцины) регистрируются во всех учетных формах медицинской документации, прививочном сертификате в соответствии с установленными требованиями.

При выявлении больного ОГА в организованном детском коллективе в учреждении (организации) вводится карантин сроком на 35 дней с момента изоляции последнего больного. За детьми, имевшими контакт с больным ОГА, устанавливают ежедневное медицинское наблюдение в течение карантина. Пораженные группы (классы) подлежат максимальной изоляции от других групп (классов). Они не должны принимать участия в массовых мероприятиях, организуемых в этот период. В каран-

тинной группе, классе отменяют систему самообслуживания, проводят беседы по гигиеническому воспитанию и мерам профилактики ОГА в доступной форме с учащимися и родителями.

В период карантина не допускается перевод контактных детей, персонала детских учреждений в другие группы, классы и другие учреждения, за исключением особых случаев с разрешения специалиста органов Роспотребнадзора. Прием в карантинные группы, классы новых лиц допускается в случаях, если поступающий ранее перенес ОГА или вакцинирован против ОГА не менее чем за 14 дней до допуска в коллектив. Дети допускаются в организованные коллективы с разрешения врача-педиатра при условии их полного здоровья или указании о перенесенном ранее (документированном) ОГА, либо вакцинированных против ОГА не менее чем за 14 дней до допуска в коллектив. О взрослых лицах, контактировавших с больным ОГА по месту жительства, занятых приготовлением пищи и реализацией пищевых продуктов, воспитанием и обслуживанием детей, информируются руководители этих организаций, соответствующие здравпункты (медикосанитарные части) и территориальные органы Роспотребнадзора. Руководители организаций, в которых работают лица, контактировавшие с больным ОГА, обеспечивают контроль за соблюде-

нием данными лицами правил личной и общественной гигиены, обеспечивают медицинское наблюдение, вакцинацию и отстранение их от работы при появлении первых признаков заболевания. В детских дошкольных учреждениях, школах, школах-интернатах, детских домах, домах ребенка и оздоровительных учреждениях наблюдение за контактными лицами, забор и доставка материала для лабораторного исследования, проведение вакцинации, обучение персонала учреждения правилам противоэпидемического режима и работа по гигиеническому воспитанию с родителями детей из пораженного ОГА коллектива осуществляется врачом и медицинской сестрой этих учреждений. При отсутствии медицинских работников в данных учреждениях эта работа обеспечивается поликлиникой, которая обслуживает указанные выше объекты.

Вакцинопрофилактика острого гепатита А

Вакцинация против ОГА проводится в соответствии с действующим календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, региональными календарями профилактических прививок и инструкциями по применению препаратов, разрешенных к использованию на территории Российской Федерации в установленном порядке. Приказом Минздравсоцразвития

России от 31.01.2011 № 51н утверждён ныне действующий Национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. В соответствии с этим документом профилактической вакцинации по эпидемическим показаниям подлежат:

- лица, подверженные профессиональному риску заражения (врачи, персонал по уходу за больными, работники сферы обслуживания населения, занятые на предприятиях пищевой промышленности, в организациях общественного питания, а также обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети);
- лица, выезжающие в неблагополучные регионы и страны, где регистрируется вспышечная заболеваемость;
- контактные в очагах гепатита А.

Литература

1. Национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 № 51н.
2. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2825-10 «Профилактика вирусного гепатита А», утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 30.12.2010. № 190.
3. Ющук Н.Д. Эпидемиология. М., 1993.

Профилактика нарушений зрения у дошкольников

Слезина А.А.,

старший воспитатель ГБОУ СОШ № 1

СП — д/с «Аленушка», пгт Суходол

муниципального района Сергиевский Самарской обл.

Более 95% информации об окружающем мире человек получает через глаза. Можно только представить, сколько теряет в жизни человек, который имеет плохое зрение. А если это ребенок?

Каждый из родителей должен четко знать: все основные проблемы со зрением у детей формируются до 7 лет. Позже зрительная система ребенка начинает испытывать повышенные нагрузки, связанные с учебой в школе. Именно в этот период начинают развиваться заболевания, не замеченные и не предотвращенные ранее: близорукость и другие болезни глаз. Но бороться с ними уже сложнее, так как потеряно драгоценное время, поэтому для получения хорошего результата будет затрачено намного больше усилий.

Причинами снижения зрения детей, помимо генетических, могут быть и длительный просмотр телепередач, и игра на компьютере, и неправильное положение ребенка при рисовании и работе за столом и т.д.

Кстати, после 12 лет проблемы со зрением, как правило, не под-

даются терапии. Устранить близорукость и астигматизм подростку будет возможно только после 18 лет, когда молодой человек сможет пройти лазерную коррекцию зрения. Но зачем подвергаться лазерной коррекции и другим операциям, если проблемы можно избежать, проводя профилактику в детстве.

Важно помнить, что лечение любых глазных заболеваний и патологий будет гораздо эффективнее, если вовремя заметить надвигающиеся проблемы со зрением. Именно поэтому так важно проводить образовательную работу в ДОО и осуществлять взаимодействие с семьями воспитанников по вопросам охраны зрения.

Предлагаем вам один из возможных вариантов проведения такой работы.

Форма проведения: семинар-практикум.

Аудитория: родители детей старших и подготовительных к школе групп.

Организаторы: старшая медсестра, инструктор по физической культуре, старший воспитатель, воспитатели.

Задачи:

- информировать родителей о состоянии здоровья воспитанников (нарушение зрения);
- формировать у родителей мотивацию к решению проблемы нарушения зрения;
- познакомить с коррекционными упражнениями для профилактики нарушений зрения с целью постоянного использования в домашних условиях;
- повысить интерес родителей к изготовлению рисунков, схем для профилактики нарушений зрения.

Ожидаемые результаты:

- улучшение информационной оснащенности (пособия, брошюры, схемы, сюжетные картинки) для использования в домашних условиях;
- информированность родителей о необходимых упражнениях для профилактики нарушений зрения;
- практические навыки использования и самостоятельного изготовления офтальмотренажеров для укрепления мышц глаз детей;
- более внимательное отношение родителей к проблемам детей.

Информационно-техническое обеспечение:

- пригласительные билеты, слайдовая презентация о коррекционной работе, проводимой в детском саду по профилактике нарушений зрения у дошкольников, информационные листы с упражнениями для профилактики нарушений (для

всех родителей), схемы и пиктограммы с изображением упражнений для укрепления мышц глаз, брошюры с информацией об использовании офтальмотренажеров (для всех родителей), слайдовая презентация об использовании схем и картинок в работе с детьми, листы ватмана (4 шт.), фломастеры (4 коробки);

— Давыдова О.И., Майер А.А., Богославец Л.Г. Проекты в работе с семьей. М., 2012;

— Маханёва М.Д. Воспитание здорового ребенка. М., 1999.

Подбор литературы для родителей: Утробина К.К. Занимательная физкультура для дошкольников 5—7 лет. М., 2003.; Демирчоглян А.Г. Улучшаем зрение. Книга-тренажер сохранения детского зрения. Оздоровительный комплекс упражнений «Зрительная гимнастика». М., 2003.

Материалы и оборудование: проектор, экран, ноутбук, аудиозапись спокойной музыки для фона во время выполнения работы.

**Вступительное слово
об актуальности
данного вопроса**

Выступление старшей медсестры о результатах медицинского осмотра детей старшего дошкольного возраста.

Выступление воспитателей групп и старшего воспитателя. Познакомить родителей с проводимой в детском саду коррекционно-педагогической работой по использованию упражнений и

схем для профилактики нарушений зрения.

Рассказ педагогов родителям об использовании офтальмотренажеров в работе с дошкольниками (приложение 1).

Показ презентации с пояснениями педагогов, 5—6 слайдов.

Обмен мнениями по проблеме:

— Как считают родители, возможно ли только силами специалистов детского сада решить данную проблему?

— Как разнообразить данную работу и продолжить ее в домашней обстановке?

Практическая работа в микрогруппах

Предложить родителям разделиться на четыре группы (разноцветные фишки: красные — 1 подгруппа; зеленые — 2; желтые — 3; голубые — 4) и попробовать создать схемы или картинки для укрепления мышц глаз в своем варианте.

При работе оказывать помощь родителям, предложив создание изображения контура фигурки птицы, животного, сказочного героя или сюжетной картинки.

Презентация работы родителей

Организация выставки работ родителей.

Показ упражнений инструктором по физкультуре

Инструктор по физкультуре показывает с привлечением родителей несложную гимнастику для глаз.

1. Быстро поморгать, закрыть глаза и посидеть спокойно приблизительно 5 с.

2. Крепко зажмурить глаза на несколько секунд, открыть их и посмотреть вдаль.

3. Вытянуть правую руку вперед, следить глазами за медленными движениями указательного пальца: влево-вправо, вверх-вниз.

4. В среднем темпе сделать 3—4 круговых движения глазами вправо, затем влево.

5. Сидя, поставить руки на пояс, повернуть голову вправо и посмотреть на локоть левой руки, и наоборот.

6. Указательными пальцами поделать легкие точечные массирующие движения верхних и нижних век.

Показ слайдов с упражнениями для укрепления мышц глаз.

Выставка литературы в помощь родителям по теме

Старшая медсестра знакомит родителей со специальной литературой (обзор, ознакомление).

Раздача информационных материалов

Родителям предлагаются листы с необходимой информацией и перечнем и описанием упражнений для укрепления мышц глаз (приложение 2), а также брошюрка «Это интересно» с изображением схем для коррекции нарушений зрения и дополнительных упражнений (приложение 3).

Педагоги предлагают ознакомиться с содержанием брошюры и беседуют с родителями о том, какие схемы и офтальмотренажеры, по мнению родителей, подходят для использования в домашней обстановке?

Заключительная часть

Старший воспитатель информирует родителей о предстоящем проведении дополнительного обследования детей медицинскими работниками и педагогами детского сада с целью проверки состояния зрения старших дошкольников и знаний детей упражнений для глаз.

Предложить родителям создать совместно с детьми проект «Мы знаем, как беречь глаза» в форме фотовыставки, устной презентации, видеоролика, выпуска альбома и т.п. и представить свою работу на одном из мероприятий в своих группах.

Рефлексия. Высказывание мнений о мероприятии «Мои впечатления о встрече»

Предложить родителям оценить проведение мероприятия с использованием оценочных листов (приложение 4).

Приложения

Приложение 1

Использование офтальмотренажеров

В работе с детьми дошкольного возраста взрослые используют офтальмотренажеры, которые не только помогают улучшить зрение, но и сами по себе интересны для детей. Эти тренажеры

разработаны тифлопедагогами, логопедами и воспитателями. Они могут быть сюжетные, графические, модульные и выполняются в виде плакатов, схем, настенных панно и т.д.

Занимаясь на тренажерах, дети прослеживают глазами вертикальные, горизонтальные или другие линии. Линии могут быть разной конфигурации: прямые, ломаные, сплошные, прерывистые, закругленные, спиральные. Очень нравится детям прослеживать глазами «запутанные» линии.

На схемах (лист ватмана размером 1×2 м) изображаем какие-либо цветные фигуры: овал, восьмерку, волну, спираль, ромб и т.д. Толщина линии — примерно 1 см. Плакаты размещаем выше уровня глаз ребенка в любом удобном месте (над доской, на боковой стене) и предлагаем «походить» глазами по линиям, а при повторном выполнении упражнения «побегать» глазами. Можно предложить детям игровой сюжет: «Едем в гости по разным дорожкам», «Катаемся на машине», «Ищем дорогу в лесу» и т.д.

На первых порах детям легче проследить путь с помощью указки, а затем можно обойтись и без нее. Упражнения со схемами проводим в положении сидя или стоя. Педагог предлагает детям занять удобную позу, сделать несколько раз вдох и продолжительный выдох, после чего зафиксировать взор на точке или другом символе, обозначающем начало пути, затем проследить дорожку глазами (голова при

этом остается неподвижной). Упражнение повторяем 5—6 раз.

Приложение 2

Информационный лист для родителей по профилактике нарушения зрения

Береги зрение смолоду! Соблюдайте эти несложные правила всей семьей — и причин для обращения к офтальмологу у вас будет куда меньше!

Не читайте «в упор». Книгу держите на расстоянии 40 см от глаз. Это оптимальное расстояние для чтения. Замерьте его и покажите своему ребенку, как именно он должен читать.

Закаливайте ребенка для того, чтобы он как можно меньше болел. Пусть занимается спортом. Для глаз хороши все виды спорта, исключая травмы головы. (Такие травмы могут привести к отслолке сетчатки или повысить риск развития этого заболевания.)

Ешьте полезные для глаз продукты: творог, кефир, отварную рыбу, говядину и говяжий язык, индюшку, крольчатину, морковь, капусту. Из ягод — чернику, бруснику, клюкву. И обязательно зелень — петрушку, укроп. Для глаз также полезны поливитамины с микроэлементами, препараты кальция (например, кальций с витамином D).

Не разрешайте смотреть телевизор малышам до 3 лет.

Никогда не читайте в транспорте и не разрешайте делать это детям: постоянно меняю-

щийся фокус плохо влияет на мышцы глаз.

Если у вашего ребенка хорошее зрение, ему необходимо делать перерыв в занятиях, связанных со зрительным напряжением каждые 15 мин. При легкой близорукости — каждые 10. (Причем отдыхать нужно не перед телевизором! Лучше подвигаться, сделать гимнастику для глаз.)

Приложение 3

«Это интересно»

(брошюра для родителей)

Гимнастика для глаз на офтальмотренажере

На схеме с помощью специальных стрелок указаны основные траектории, по которым должен двигаться взгляд в процессе выполнения задания: вверх-вниз, влево-вправо, по часовой стрелке (и против нее), по внешнему и внутренним овалам, кругам в центре. Каждая траектория отличается от остальных цветом. Это делает схему яркой, красочной.

Упражнения выполняются стоя.

Гимнастика для глаз по методу Г.А. Шичко

Раскрашивание

Предложить ребенку закрыть глаза и представить перед собой большой белый экран. Необходимо мысленно раскрасить этот экран поочередно любым цветом: например, сначала желтым, потом оранжевым, зеленым, синим, но закончить раскрашивание нужно

обязательно самым любимым цветом. Раскрашивать необходимо не торопясь, не допуская пробелов.

Рисование носом

Ребенку нужно посмотреть на табличку и запомнить слово или букву. Затем закрыть глаза. Представить себе, что нос стал таким длинным, что достает до таблички. Нужно написать своим носом выбранный элемент. Открыть глаза, посмотреть на табличку. (Воспитатель может конкретизировать задания в соответствии с темой занятия).

Для гимнастики для глаз можно использовать и обычные физкультурминутки, только «проводить их глазами».

Рыбки весело резвятся
В чистой тепленькой воде,
То сожмутся, разожмутся,
То зароются в песке.

Глазки — рыбки — зажмурить,
открыть, закрыть руками и пальчиками погладить по векам.

Наши нежные цветки
Распускают лепестки.

Ветерок чуть дышит,
Лепестки колышет.

Глазки открыли, вправо-влево поглядели. Ресницами помахали.

Пальчик к носу движется,
А потом обратно,
На него посмотреть
Очень нам приятно!

Вытянуть вперед руку. Следить за кончиком пальца, медленно приближая его к носу, а потом медленно отодвигая обратно.

Приложение 5

Анкета для родителей

Актуальность темы _____.

Что нового и интересного Вы почерпнули из мероприятия?

_____.

Практическое применение предлагаемых упражнений _____.

Сможете ли Вы самостоятельно изготовить схему для укрепления мышц глаз детей? _____.

_____.

Ваша оценка данного мероприятия (по пятибалльной системе) _____.

КНИЖНАЯ ПОЛКА

МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ РАЗВИТИЯ

Автор — Шаповал И.А.

Настоящее пособие возмещает дефицит научной и практико-ориентированной информации и систематизации опыта в области подготовки к диагностической деятельности психолога образовательного учреждения как массового, так и специального, а также реабилитационных центров для детей с отклонениями в развитии и инвалидов. Данное пособие может использоваться практикующими психологами и педагогами.

И.А. Шаповал
**МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ
И ДИАГНОСТИКИ
ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ
РАЗВИТИЯ**



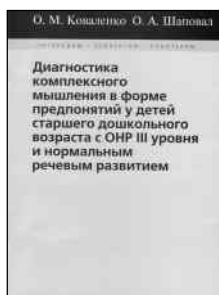
Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги



АТИПИЧНЫЕ АФАЗИИ **Восстановительное обучение** **на ранней стадии заболевания**

Автор — Лапина Н.М.

Методические рекомендации посвящены работе с больными с малоизученными нестандартными формами афазии. Учтены возрастные особенности больных, охвачены различные стороны речи: словарь, грамматика, звукопроизношение. Содержит иллюстрации.



ДИАГНОСТИКА КОМПЛЕКСНОГО **МЫШЛЕНИЯ В ФОРМЕ ПРЕДПОНЯТИЙ** **У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО** **ВОЗРАСТА С ОНР III УРОВНЯ** **И НОРМАЛЬНЫМ РЕЧЕВЫМ** **РАЗВИТИЕМ**

Авторы — Коваленко О.М., Шаповал О.А.

Настоящее пособие посвящено диагностике процессов конструирования и реконструирования конкретных предпонятий и принципам формулирования направлений общеразвивающей и коррекционной работы по совершенствованию этих умений у детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня и нормальным речевым развитием.



КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ **РАБОТА В ДОШКОЛЬНЫХ** **УЧРЕЖДЕНИЯХ** **ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

Под ред. Ю.Ф. Гаркуши

Основу пособия составили работы педагогов-практиков в области логопедического и педагогического обследования детей дошкольного и раннего возраста, использования игр в работе с детьми с ФФНР, задержкой речевого развития в раннем возрасте.



ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННЫЕ **ПРЕДСТАВЛЕНИЯ: обследование** **и формирование у школьников** **с экспрессивной алалией**

Авторы — Иншакова О.Б., Колесникова А.М.

В содержании учебно-методического пособия получило отражение материалы исследования языковых и неязыковых нарушений у школьников с экспрессивной алалией. Рассмотрены специфические речевые симптомы алалии и состояние пространственных и временных представлений у данной категории детей.

Развитие речи у детей с ДЦП

Родина Н.Е.,

логопед Государственного Казенного Учреждения
Здравоохранения Центр медицинской и социальной
реабилитации с отделением постоянного проживания
для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми
формами детского церебрального паралича,
самостоятельно не передвигающихся и себя
не обслуживающих Департамента здравоохранения
г. Москвы (ГКУЗ ЦМСР ДЦП ДЗМ), Москва

ПЕДАГОГИКА

Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата уже несколько десятилетий являются объектом пристального внимания специальных педагогов, психологов, логопедов, клиницистов. В нашей стране создана сеть специальных дошкольных и школьных учреждений для воспитания, обучения и реабилитации таких детей с учетом специфики их заболевания.

В настоящее время необходимость совершенствования организации психолого-педагогической помощи детям с нарушениями ОДА тем более очевидна, поскольку эта патология чрезвычайно распространена и имеет тенденцию к росту, особенно значительно увеличивается число больных детей с детским церебральным параличом (ДЦП)

Детский церебральный паралич — тяжелое заболевание ЦНС. При этом заболевании имеет место раннее (обычно в период внутриутробного развития) поражение головного мозга. Особенно страдают те мозговые функции, при помощи которых осуществляются произвольные движения. Причинами повреждения мозга могут быть различные инфекционные и другие заболевания, перенесенные будущей матерью во время беременности, ушибы плода в тот или иной период его внутриутробного развития, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности. Иногда это заболевание возникает у детей на первых годах жизни в связи с травмами черепа и нейроинфекциями.

Во всех случаях раннее повреждение мозга в период его наиболее интенсивного развития определяет слож-



ность и полиморфизм клинических проявлений. Отсюда понятно, что поражение структур, при помощи которых осуществляются произвольные движения, не может не сказаться самым отрицательным образом на формировании речи.

В основе имеющих место при ДЦП нарушениях речи лежит не столько «поломка» уже готовых речедвигательных механизмов, сколько задержанное или искаженное их развитие. Эти нарушения нельзя считать исключительно церебральными, так как механизм реализации патологической двигательной активности лежит не горизонтально, а охватывает всю вертикальную систему регуляции движений.

Во всех этих случаях имеет место нарушение взаимодействия систем регуляции произвольных и непроизвольных движений в скелетной и речевой мускулатуре. Этот единый механизм расстройств общей двигательной сферы и артикуляторной моторики обусловил необходимость говорить о нарушениях речи и путях (способах) их коррекции в связи с наблюдаемыми у детей с церебральным параличом двигательными нарушениями. Нарушения речевого развития у таких детей обусловлены также недостаточностью их практического опыта и социальных контактов.

При оценке характера речевых расстройств крайне важно дифференцировать два вида нарушений. Одни из них связаны

с поражением мозговых структур, другие обусловлены нарушением социальных контактов. Эта трудная задача может быть успешно решена, если логопед и воспитатель хорошо ориентированы относительно роли социальных и биологических факторов развития речи.

Речевые нарушения у детей с ДЦП отличаются большим разнообразием. Поэтому воспитание детей предполагает необходимость создания условий, стимулирующих и обеспечивающих речевую их активность: в процессе выполнения режима дня, в быту, на занятиях, в игре, на прогулке, в домашних условиях.

Дети в подавляющем большинстве, имеют различные нарушения и отклонения в развитии речи, которые проявляются в лексике, фонетике, грамматике.

Особенности речевого развития детей отмечаются в различных видах речевой деятельности: в процессе слушания, говорения и восприятия речи.

Общение детей друг с другом и со взрослыми может быть крайне затруднено в связи с тяжелыми речевыми расстройствами (анартрия). Многочисленную группу составляют дети, имеющие тяжелые нарушения произносительной стороны речи в связи с дизартрией различной степени тяжести.

Коррекция дефектов речевого развития пронизывает весь учебно-воспитательный процесс. Овладение при этом различными

сторонами речевой действительности (словарным запасом, грамматическим строем, элементами связной речи, коммуникативной и планирующей речью) происходит частично в ходе различных видов детской деятельности.

Коррекционные задачи целенаправленно решаются на специальных занятиях по развитию речи, проводимых логопедом и воспитателем по подгруппам фронтально, а также на индивидуальных занятиях, проводимых логопедом. Общение детей друг с другом и со взрослыми может быть крайне затруднено. У многих детей на общем фоне произвольности и активности деятельности снижена потребность в общении с окружающими. При этом уровень коммуникации может быть значительно ниже речевых возможностей детей.

У некоторых детей могут не проявляться внешне признаки речевой недостаточности: речь активна, без нарушений произношения, фразы правильно построены, в речи употребляются различные части речи, предложения, сложные по структуре. Вместе с тем, эти дети могут испытывать значительные затруднения в понимании смысла и значения употребляемых ими слов, их речь изобилует штампами, заимствованиями из речи взрослых, за многими словами отсутствуют конкретные представления детей.

Работа по развитию речи, проводимая в естественных условиях повседневного общения и на за-

нятиях, преследует цели формирования и активизации коммуникативной функции, общения детей друг с другом и со взрослыми, соединения речи детей с различными видами детской деятельности. При этом необходимо, чтобы речь обеспечивала выполнение конкретного действия в зависимости от его цели, содержания и способов выполнения, чтобы за каждым словом стояли реальные представления детей об объектах и явлениях. Эти задачи входят составной частью в каждое занятие.

Программа воспитания предусматривает определенный круг знаний об окружающем и соответствующий объем словаря, речевых умений и навыков, которые дети должны усвоить на данном возрастном этапе и при подготовке к школе. Необходимо отметить, что работа воспитателя и логопеда по развитию речи детей взаимосвязана. Так, воспитатель полностью отрабатывает определенный программный материал, руководит развитием речи в повседневной жизни и на занятиях, учитывая особенности речевого развития детей.

Большое внимание он уделяет развитию диалогической речи детей. Тематически (по содержанию речевого материала) специальные логопедические занятия могут совпадать с занятиями воспитателя. Логопедические занятия имеют *цели*: совершенствовать собственные речевые умения

и навыки, лексическую сторону речи (уточнение значений слов, словоизменение, словообразование и т.д.), нормализовать произношение, звуковой анализ слов, образование словосочетаний и предложений, слоговое деление, развивать связную речь, активизировать коммуникативную сторону речи.

Особенности психического развития детей с ДЦП должны учитываться при проведении

коррекционных мероприятий. Необходим комплексный подход к ребенку, оценка его речевых нарушений проводится с учетом особенностей двигательных расстройств и психического развития в целом. Эта же взаимосвязь кладется в основу работы по развитию речи. Такая необходимость определяется тесной взаимосвязью между развитием речи, моторики и интеллекта, как в норме, так и в условиях патологии.

Развитие зрительного восприятия у детей 5–7 лет с нарушением интеллекта с помощью дидактических игр

Плужник В.Н.,
учитель-дефектолог;

Ярошевич Т.Я.,
учитель-логопед МБДОУ д/с компенсирующего вида № 12,
г. Белгород

Зрительное восприятие — комплексный процесс, включающий различные структурные компоненты: целенаправленность, произвольность, навыки зрительного обследования, зрительно-моторные координации, аналитико-синтетическую деятельность зрительного анализатора, объем, константность восприятия [1].

Многочисленные исследования особенностей и закономерностей сенсорного развития детей, про-

веденные Л.А. Венгером [2], А.В. Запорожцем [2], В.П. Зинченко [4], А.А. Катаевой [5], Н.Н. Подьяковым [10], А.П. Усовой [3], выявили проблему сенсорно-перцептивного развития детей на приоритетное место.

Предшкольный и дошкольный возраст — период чувственного познания окружающей среды. Иная картина наблюдается у детей с нарушениями интеллекта.

Замедленность, недифференцированность, узость объема восприятия, специфические недостатки памяти, характерные для детей с интеллектуальными нарушениями, затрудняют ознакомление с окружающим миром. Нарушение функции поиска и замедление процесса переработки поступающей через органы чувств информации ведут к неполному и не всегда правильному узнаванию предъявляемого материала. Кроме того, сенсорное развитие у этой категории детей в целом значительно отстает по срокам формирования и проходит чрезвычайно неравномерно [8].

Дошкольники с нарушением интеллекта недостаточно владеют способами обследования предметов, они действуют либо хаотично, не учитывая свойства предметов, либо действуют ранее усвоенным способом, не адекватным новой ситуации. Зрительное восприятие у детей с интеллектуальными нарушениями без специального коррекционного воздействия развивается медленно [7].

Таким образом, проблема развития зрительного восприятия у детей с нарушением интеллекта очень важна и актуальна. Неполноценность зрительного восприятия снижает возможность формирования практических навыков и умений у ребенка, а значит, вызывает значительные затруднения во всех видах деятельности.

От уровня развития зрительного восприятия зависит становление функций речи, внимания, интеллекта.

Одно из условий проведения коррекционных занятий с дошкольниками с интеллектуальными нарушениями — их организация и проведение в игровой занимательной форме, а возможным инструментом развития зрительного восприятия могут стать дидактические игры и упражнения.

Дидактические игры служат хорошим средством коррекции и компенсации дефектов развития восприятия. В игре создаются такие условия, в которых каждый ребенок получает возможность самостоятельно действовать в определенной ситуации, тем самым приобретая действенный и чувственный опыт. Это особенно важно для детей с нарушением интеллекта, у которых опыт действий с предметами значительно обеднен.

Ребенку с интеллектуальными нарушениями для выделения и фиксирования свойств и отношений предметов, понимания того или иного действия требуется гораздо больше повторений, чем ребенку с нормальным развитием. Дидактическая игра позволяет обеспечить нужное количество повторений на разном материале при сохранении эмоционально положительного отношения к заданию [6].

Таким образом, особая роль дидактической игры в обучающем процессе определяется тем, что игра должна сделать сам процесс обучения действенным, эмоциональным, позволить ребенку получить собственный опыт.

Мы проанализировали подходы разных авторов к проблеме развития зрительного восприятия у детей с интеллектуальными нарушениями.

В «Понятийно-терминологическом словаре логопеда» под ред. В.И. Селиверстова восприятие рассматривается как «психический процесс отражения действительности, формирующий субъективный образ объективного мира; в зависимости от того, какой из анализаторов является ведущим в данном акте восприятия, различают зрительное, слуховое, осязательное, вкусовое и обонятельное восприятие» [11].

По мнению А.В. Запорожца, «зрительное восприятие — это совокупность процессов построения зрительного образа окружающего мира, это сложная работа, в процессе которой осуществляется анализ большого количества раздражителей на глаз. Чем совершеннее зрительное восприятие, тем разнообразнее ощущения по качеству и силе, а значит тем полнее и точнее они отражают раздражители» [3].

Исследования по проблеме зрительного восприятия умственно отсталых детей, проводившиеся И.М. Соловьевым, дали много

важных фактических материалов. Это были первые исследования в советской олигофренопсихологии, заложившие основу для дальнейших поисков. Полученные материалы позволили говорить о том, что под влиянием специального обучения у детей с недостатками умственного развития улучшаются не только мышление и речь, но и другие психические процессы, в частности зрительное восприятие, хотя проведенная работа специально не была направлена на коррекцию дефектов сенсорики [12].

А.А. Катаевой была создана система сенсорного воспитания и сенсорного развития [5], в основе которой был заложен механизм формирования у дошкольников с сенсорными и интеллектуальными нарушениями перцептивных ориентировочных действий (ориентировки на внешние свойства и качества предметов). Автором было доказано, что сенсорное развитие дошкольников с нарушениями интеллекта происходит через целенаправленное обучение: с одной стороны, путем формирования ориентировочно-поисковой деятельности в ходе организованных предметно-практических действий детей, а с другой — через специальные игры и упражнения, направленные на усвоение систем сенсорных эталонов.

Взгляды А.А. Катаевой о необходимости целенаправленной коррекционно-педагогической

работы по формированию высших психических функций получили дальнейшее развитие в исследованиях Е.А. Стребелевой [13].

По мнению А.А. Катаевой и Е.А. Стребелевой, «дидактическая игра — одна из форм обучающего воздействия взрослого на ребенка. В то же время игра — основной вид деятельности детей. Таким образом, дидактическая игра имеет две цели: одна из них обучающая, которую преследует взрослый, а другая — игровая, ради которой действует ребенок. Важно, чтобы эти две цели дополняли друг друга и обеспечивали усвоение программного материала» [6].

Представляет интерес система дидактических игр и упражнений, предложенная А.А. Катаевой и Е.А. Стребелевой. Ее цель — развить у умственно отсталых дошкольников целенаправленное восприятие цвета, формы и величины, целостное восприятие предмета, ориентировку в пространстве, зрительное внимание, тактильно-двигательное и слуховое восприятие и представляет собой достаточно четкую и обоснованную последовательность работы [6].

Цель педагогической деятельности — развивать зрительное восприятие у детей с нарушением интеллекта с помощью дидактических игр.

Для успешности и эффективности коррекционной работы

необходимо выполнение следующих *задач*:

- формировать у детей с нарушением интеллекта поисковых способов ориентировки при выполнении задания, а на этой основе создание интереса к свойствам и отношениям предметов, умение учитывать эти свойства в практических действиях и таким образом подводить их к подлинной зрительной ориентировке;
- обеспечивать постепенный, поэтапный переход от предметного восприятия и узнавания объекта к сенсорному анализу (форма, размер, цвет, целостное восприятие предмета);
- формировать умение соединять образ восприятия со словом, что в дальнейшем влияет на формирование представлений и становление полноценной речи, здесь работа над восприятием и развитием речи сливается в единый процесс.

Были созданы *педагогические условия*, необходимые для развития зрительного восприятия у детей с интеллектуальными нарушениями.

1. Внедрение игровых приемов в коррекционно-развивающий процесс осуществляется с учетом поэтапного усложнения.

2. Умелое педагогическое руководство при проведении дидактических игр. Для ребенка с нарушением интеллекта эмоциональная сторона организации игры — важное условие.

3. Соблюдение последовательности в подборе игр. В каждой группе игры расположены по возрастающей сложности, с учетом последовательности формирования умений, способов ориентировки в задании, уровня обобщения и др.

Опираясь на программу Е.А. Екжановой, Е.А. Стребелевой [1], разработали поэтапное планирование специально организованного коррекционного воздействия по развитию зрительного восприятия у детей с нарушением интеллекта. Были выделены *четыре этапа*.

Цели первого этапа: формировать у детей перцептивные действия (рассматривания, выслушивания, ощупывания), обеспечить освоение систем сенсорных эталонов.

Цель второго этапа: формировать навыки выполнения более сложных подражательных действий по показу педагога, выполнения действий примеривания, прикладывания, наложения, обследования поверхности предмета.

Цели третьего этапа: формировать умение определять отношение выявленных свойств и качеств данного предмета к свойствам и качествам других предметов на основе зрительного образа, умение своевременного и правильного соединения сенсорного опыта ребенка со словом.

Цели четвертого этапа: закрепить в представлении образы предметов, свойств и отношений,

расширять практический опыт детей с установкой на интеграцию их знаний и умений действовать с учетом требований окружающей действительности.

Согласно рекомендациям А.А. Катаевой и Е.А. Стребелевой [6], была разработана система дидактических игр по развитию зрительного восприятия. Игры систематизированы в *четыре группы*.

К *первой группе* относятся дидактические игры, направленные на формирование сотрудничества ребенка со взрослым и на овладение способами усвоения общественного опыта.

Во *вторую группу* включены дидактические игры на практическое выделение формы, величины, различие цвета, узнавание и различие предметов. В процессе дидактических игр дети на основе использования способов проб и примеривания в самых разных ситуациях и на самых разных объектах вычленяют форму и величину из предмета и соотносят с формой и величиной других предметов. На основе примеривания, сопоставления путем приложения у детей формируется зрительное различие предметов по цвету, а также узнавание и различие предметов.

Третью группу составляют дидактические игры на зрительное восприятие формы, значительное восприятие величины, зрительное соотнесение цвета, целостное восприятие предмета и осозна-

ние отдельных частей в этом предмете.

Четвертая группа содержит дидактические игры и упражнения на запоминание, связанное с представлениями о форме, величине, цвете, целостном образе предмета.

Был разработан перспективный тематический план по развитию зрительного восприятия у детей с нарушением интеллекта посредством использования дидактических игр (приложение 1).

Рассмотрим методические подходы к формированию эталонных представлений о форме, величине, цвете, целостном восприятии предметов.

Форма определяется как внешнее очертание, наружный вид предмета. Особое внимание на *первом этапе* уделялось дидактическим играм, направленным на формирование сотрудничества ребенка со взрослым и на овладение способами усвоения общественного опыта.

Первые дидактические игры и упражнения на зрительное восприятие формы были основаны на практических действиях, требующих опоры на форму предметов. В процессе действий с предметами детей учили различать их форму, учили таким действиям, при которых дети могли бы понять, что от умения определять форму зависит результат их деятельности.

Ребенок еще не может выделять форму зрительно и тем бо-

лее не знает ее названия. Способом ориентировки в задании на *втором этапе* являлись пробы, которым и учили детей с нарушением интеллекта. Действуя путем проб и примеривания, ощупывания, дети начинали проявлять внимание к свойствам и отношениям предметов, учились использовать эти знания на практике в повседневной жизни.

На *третьем этапе* обучения детей по-прежнему побуждали к пробам, но, наряду с этим, формировали и такие способы соотнесения предметов, как прикладывание, накладывание и обведение по контуру, которые помогали детям перейти от проб к более высокому способу ориентировки на свойства по зрительному соотнесению. Также формировали умение своевременного и правильного соединения сенсорного опыта ребенка со словом.

Когда ребенок сопоставляет формы, которые он в данный момент видит, у него есть образ, но это образ восприятия. И пока ребенок его не запомнит, он не станет образом представления. Поэтому особенно важно правильно организовать формирование представлений у детей с нарушением интеллекта, так как данный процесс у них значительно затруднен. На *четвертом этапе* с умственно отсталыми детьми начинали работу по запоминанию того материала, который ими хорошо усвоен, а также на данном этапе работы закрепляли у

детей в представлении образы предметов, свойств и отношений.

Величина предмета рассматривается как его размер, объем, протяженность, т.е. те параметры, которые можно измерить. Величина — понятие относительное. Чаще всего она соотносится с двумя прилагательными — большой и маленький, а значит, познается только в сравнении с какой-либо другой величиной (большей, меньшей, такой же).

Величину так же, как и форму, на *первом этапе* ребенок учится различать практически. Действуя с предметами, он обращает внимание на величину, начинает понимать, что от правильного определения величины предмета во многих случаях зависит результат действий, т.е. величина становится значимым для ребенка признаком. Сначала детям предлагали два контрастных по величине объекта.

Восприятие различных параметров величины (длины, ширины, высоты) осуществлялось на *втором этапе* с помощью практических действий наложения, прикладывания, примеривания, ощупывания, измерения, группировки предметов по определенному признаку. Например, при сравнении плоскостных изображений предлагали детям подобрать одежду нужного размера для картонных кукол разной величины. Объясняли с помощью показа, что при наложении предметы одинаковых величин совпа-

дают, и если их обвести по контуру, оба контура ощущаются как один. Если же контуры не совпадают, значит, предметы различны по величине.

На *третьем этапе* детей учили действовать не с помощью проб, а величины предметов сопоставлять зрительно. Однако в случае затруднений ребенок может проверить свой выбор наложением. При соотносении предметов по величине обращали внимание на разные параметры величины (длину, высоту, ширину). Только после того как ребенок выполнил задание, полученный им результат уточняли словом.

На этом этапе вводили также предмет промежуточной величины и выстраивали сериационный ряд, т.е. ряд элементов, упорядоченных в зависимости от нарастания или убывания признака (например, матрешки, выстроенные по росту). В речь вводили степени сравнения прилагательных — больше — меньше, ниже — выше. Когда дети поняли принцип построения ряда и стали правильно находить место матрешки, соединили зрительный образ со словом: «Верно, матрешку нужно поставить тут — она меньше, чем вот эта, и больше, чем та». Только на основе личного опыта детей можно с пользой вводить слова названия свойств и отношений предметов.

На *четвертом этапе* учили детей удерживать в представлении и мысленно соотносить меж-

ду собой величины разных предметов, выбирать по представлению.

Восприятие **цвета** отличается от восприятия формы и величины прежде всего тем, что это свойство не может быть выделено практически, путем проб и ошибок. Цвет нужно обязательно увидеть, т.е. при восприятии цвета можно пользоваться только зрительной, перцептивной ориентировкой.

На *первом этапе* сначала учили различать два цвета (лучше всего начинать с ахроматических — белого и черного). Поэтому первые игры и упражнения должны проводиться с предметами, резко различными по цвету. Для этого использовали предметы, которые отличаются лишь по этому признаку.

На *втором этапе* при определении цвета большую роль играет примеривание, сопоставление путем приложения. Когда два цвета вплотную прилегают друг к другу, ребенок может увидеть их одинаковость или неодинаковость. При этом он может еще и не владеть восприятием цвета, не видеть, что оба предмета красные или один из них красный, а другой желтый, но увидит, что цвета одинаковые или разные. Дети с нарушением интеллекта часто не видят даже такого сходства или различия, и приходится довольно длительно работать над этим.

Когда дети научатся определять цвета при их непосредствен-

ном контакте, т.е. путем наложения и приложения, можно переходить к *третьему этапу* работы — выбору по образцу, зрительному соотнесению цвета, а затем и усвоению его названий. Цвета зрительно соотносятся не только когда предметы находятся рядом, но и на расстоянии. В основе такого соотнесения лежит не просто различие, а восприятие цвета.

Действуя с цветом, дети начинают запоминать и сами цвета, и их названия. Однако бессмысленно говорить им название цвета, если они не выделяют его зрительно, не отличают от другого. Поэтому игры и упражнения строятся так, чтобы ребенок сначала вычленил цвет как значимый признак и выполнил задание. Только после этого нужно назвать цвет. Сначала даются названия основных цветов: желтый, красный, зеленый, синий, а также белый и черный, а затем дополнительных цветов и оттенков.

Игры *четвертого этапа* основаны на том, что было усвоено детьми при проведении дидактических игр с использованием цвета на предыдущих этапах. Постепенно у детей начинают складываться представления о цвете как свойстве предметов, которые закрепляются в словесных названиях. На основе восприятия цвета формируются и представления о нем. А благодаря этому дети смогут не только применять

его в своей деятельности (изобразительной, трудовой), в игре, но использовать цвет как сигнал к действию в повседневной жизни (например, понимать сигналы светофора).

Восприятие целостного образа предмета лежит в основе освоения ребенком окружающего мира, способствует развитию всей его деятельности. У детей с интеллектуальными нарушениями целостный образ формируется в более поздние сроки и без специального коррекционного воздействия остается недостаточным, что отрицательно сказывается на развитии всей деятельности. Дети плохо осознают внешний вид и строение предмета, зачастую не узнают его в изображении.

На *первом этапе* развитие целостного восприятия предмета начинается с узнавания. Этому служат все игры и упражнения, направленные на развитие внимания, подражания действиям с предметами, запоминания. Для формирования устойчивого внимания, способного обслуживать ту или иную деятельность, необходимо вводить такие задания, которые требуют внимательного рассмотрения предмета (игрушки), его свойств, положения в пространстве, так как эти действия нужны ребенку для ориентировки в окружающем.

На *втором этапе* использовали дидактические игры, обеспечивающие узнавание предметов, их дифференциацию. Большую роль

в процессе создания целостного образа играют сопоставление парных предметов, выбор предметов по образцу.

Цели, которые стоят перед дидактическими играми на *третьем этапе*, значительно сложнее. Детям нужно дать понять, что целый предмет может состоять из отдельных частей, каждая из которых не только имеет свою функцию, но и свою форму, величину, свое определенное место в целом, неизменное пространственное расположение. Созданию целостного образа предмета способствуют игры на складывание разрезной картинки или заполнение лото-вкладок.

На *четвертом этапе* включаются новые задания, требующие от ребенка умения — в уме, в представлении, без практического примеривания частей, создавать целостный образ предмета. Задача это сложная, потому что требует от ребенка мысленного разбора и соединения частей, мысленного создания целостного образа предмета.

Успех коррекционно-развивающей работы с детьми зависит от того, насколько скоординирована совместная деятельность учителя-дефектолога и воспитателей. А чтобы работа по развитию зрительного восприятия велась систематически, дидактические игры включались воспитателями в свои занятия.

Одно из обязательных условий повышения эффективности про-

цесса развития зрительного восприятия дошкольников — взаимодействие с родителями, так как формирование навыков обусловлено многими факторами, в том числе такими, которые воздействуют на ребенка вне стен дошкольного учреждения. Для активизации и обогащения воспитательных и обучающих умений родителей систематически проводятся консультации. Использование игр в домашних условиях позволило

закрепить полученные в дошкольном учреждении навыки.

Практика использования данного опыта в системе работы показала, что у детей с нарушением интеллекта наметились значительные положительные изменения, позволяющие говорить о целесообразности применения предложенных дидактических игр для развития зрительного восприятия в работе учителя-дефектолога.

Приложение 1

**Перспективный тематический план
по развитию зрительного восприятия у детей**

Сентябрь					
Неделя	Лексическая тема	Форма	Величина	Цвет	Целостное восприятие предмета
1	2	3	4	5	6
1—2-я	Обследование				
3-я	Овощи	Возьми, положи, брось (огурец, морковь, картофель)	Большой — в большую коробочку (овощи)	Найди такой же (авт.) (овощи)	Будь внимательным!
4-я	Фрукты	Разложи правильно (фрукты)	Большой — маленький (яблоко, груша, слива)	Цветные фрукты	Найди фрукты (авт.)
Октябрь					
1-я	Игрушки	Поймай игрушку	Спрячь матрешку	Привяжи ленточки к шарикам	Найди свою игрушку
2-я	Одежда	Найди похожую	Кто скорее свернет ленту?	Найди одежду для куклы (авт.)	Надень шапочку (авт.)

Продолжение

1	2	3	4	5	6
3-я	Обувь	Спрячь обувь (авт.)	Спрячь обувь (авт.)	Подбери обувь для куклы	Что на картинке (обувь) (авт.)
4-я	Мебель	Найди свой стул	Уложи куклу спать	Помоги Незнайке подобрать мебель (авт.)	Найди свое место
Ноябрь					
1-я	Живот- ные	Найди ключ для кошки	Большая и маленькая собачки (авт.)	Спрячь мышку от кошки	Мишка спрятался
2-я	Продук- ты пита- ния	Найди окошко	Опусти в коробку	Найди (авт.)	Запомни и найди
3-я	Птицы	Лото	Помоги птичкам найти свой домик (авт.)	Найди дерево для птички (авт.)	Запомни и назови
4-я	Времена года. Осень	Что катится, что не катится? (овощи)	Спрячь фрукты (авт.)	Времена года (осень)	Что изме- нилось?
Декабрь					
1-я	Зима	Угадай, что я нарисовала? (снеговик)	Помоги снеговiku (авт.)	Времена года (зи- ма)	Что на картинке?
2-я	Зимние забавы	Бегите ко мне	Протолкни снежки (авт.)	Найди пару	Лото
3-я	Транс- порт	Запомни и най- ди (транспорт)	Построй гараж (авт.)	Цветные автомоби- ли (авт.)	Поставь правильно
4-я	Праздник елки. Деревья	Лото (деревья)	Оденем кукол на праздник	Оденем кукол на праздник	Игрушки идут на праздник
Январь					
1—2-я	Каникулы				

Продолжение

1	2	3	4	5	6
3-я	Материалы и инструменты	Почтовый ящик	Построй ворота	Найди свое место	Найди свою половинку
4-я	Жилище	Чей домик?	Построй башню	Найди домик (авт.)	Чего не хватает (дом)?
5-я	Части суток	Спрячь картинку	Лото	Лото (узнавание цвета)	Что это такое?
Февраль					
1-я	Предметы ухода за телом	Найди окошко (авт.)	Сложи и закрой (авт.)	Бегите ко мне	Лото-вкладки
2-я	Животные нашей страны	Найди ключ для мишки	Лиса и зайцы	Узнай и назови	Собери целое (животные)
3-я	Птицы	Найди пару	Где такие?	Запомни и найди	Собери целое (птицы)
4-я	Праздник защитника Отечества	Сделай картинку для папы	Красивая пирамидка	Запомни и назови	Сделай игрушку для папы (авт.)
Март					
1-я	Праздник 8 Марта	У кого такое?	Красивые узоры маме	Подарим маме бусы	Сложи подарок для мамы
2-я	Времена года. Ранняя весна	Угадай, чего не стало	Времена года (авт.)	Времена года (весна)	Лото-вкладки
3-я	Профессии наших мам	Ищи и находи	У кого большой мяч?	Что бывает такого цвета?	Собери целое (профессии)
4-я	Продукты питания	Узнай и запомни (продукты питания)	Посуда	Какого цвета нет?	Узнай предмет (авт.)

Окончание

1	2	3	4	5	6
Апрель					
1-я	Семья	Найди ключ для бабушки	Построим дома	Хлоп-хлоп	Сложи картинку (семья)
2-я	Наш город Белгород	Помоги Незнайке	Улица	Светофор	Чего не хватает? (авт.)
3-я	Весна ранняя	Найди и назови	Полянка	Оденем кукол	Лото-вкладки
4-я	Люди	Лото	Кто высокий?	Разложи картинки по цвету	Сложи картинку (люди)
Май					
1-я	Школа. Школьные принадлежности	Квадрат — кружок	Запомни и найди	Собери пирамидку	Сложи картинку (школьные принадлежности)
2-я	Сад, огород	Найди пару (авт.)	У кого такое?	Найди место каждому фрукту	Лото-вкладки
3-я	Весна	Угадай, чего не стало	Комната для трех медведей	Лото (времена года)	Сложи картинку (весна)
4-я	Цветы, растения	Найди похожую (цветы)	Красивый узор	Лото (цветы)	Сложи картинку (цветы, растения)

Литература

1. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта. М., 2005.
2. Запорожец А.В. и др. Восприятие и действие. М., 1966.
3. Запорожец А.В., Усова А.П. Сенсорное воспитание дошкольников. М., 1963.
4. Зинченко В.П. Движения глаз и формирование зрительного образа // Вопросы психологии. 1958. № 5.

5. Катаева А.А. Развитие речи у детей с нарушением интеллекта и их умственное воспитание // Дошкольное воспитание детей с проблемами интеллектуального развития. СПб., 1999.
6. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дидактические игры и упражнения в обучении умственно отсталых дошкольников: Кн. для учителя. М., 1991.
7. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика: Учебник для студ. высш. учеб. заведений. М., 2006.
8. Коррекционная педагогика / Под ред. В.С. Кукушкина. М., 2004.
9. Метиева Л.А., Удалова Э.Я. Развитие сенсорной сферы детей. пособие для учителей специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида. М., 2009.
10. Поддьяков Н.Н. Способы сенсорного воспитания в детском саду. М., 1965.
11. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. М., 1997.
12. Соловьев И.М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей. Сравнение и познание отношений и предметов. М., 1966.
13. Стребелева Е.А. Формирование мышления у детей с отклонениями в развитии: Кн. для педагога-дефектолога. М., 2005.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Курение вредит зрению

Курение увеличивает шансы на развитие катаракты — самой распространенной причины снижения зрения и слепоты во всем мире, считают исследователи из университета Чжэцзян в Китае.

Ученые проанализировали данные многочисленных исследований, проведенных по всему миру.

Выяснилось, что у каждого человека, который когда-либо курил, риск развития катаракты повышен. При этом наиболее высокий риск исследователи обнаружили у тех, кто так и не расстался с вредной привычкой до наступления пенсионного возраста.

Ученые говорят, что операция по удалению катаракты и замене хрусталика возвращает утраченное зрение, но многим людям она недоступна из-за низкого уровня медицины в странах проживания и высокой стоимости операции. Таким образом, значительная часть страдающих этим заболеванием теряет зрение навсегда.

Предыдущие исследования показали, что курение приводит не только к развитию катаракты, но и к возрастной макулярной дегенерации — еще одной причине слепоты. Именно поэтому для сохранения зрения специалисты рекомендуют не закуривать вовсе или расстаться с вредной привычкой как можно раньше.

<http://www.takzdorovo.ru>

Мальвина учит Буратино (занятие по теме «Наше тело»)

Гусева Н.В.,
учитель-логопед;

Юматова Л.Ж.,
инструктор по физкультуре МБДОУ д/с № 43
компенсирующего вида, г. Владимир

Цель: закрепить навык спокойной речи: умение дать четкий ответ развернутой фразой на поставленный вопрос логопеда.

Задачи

Образовательная: уточнить и систематизировать знание детей по теме «Наше тело».

Воспитательная: воспитывать интерес к своему телу и здоровому образу жизни.

Коррекционно-развивающие:

- развивать просодические компоненты речи (дыхание, темп речи, выразительность: упражнения «Комплекс звукового дыхания», «Ручку правую вперед»);
- зрительное и слуховое восприятие;
- устойчивость внимания;
- корректировать лексико-грамматическую сторону речи (путем подбора глаголов к существительным (дидактическая игра «Как ухаживать за собой»); подбора антонимов (дидактическая игра «Скажи наоборот»); образования слов с суффиксами *-ик*, *-ище* (дидактическая игра «Удлини словечко»); употребления существительных в родительном, предложном, винительном па-

дежах (дидактическая игра «Исправь ошибку»); образования сложных прилагательных (дидактическая игра «Скажи одним словом»));

- связную речь путем составления сложноподчиненных предложений с союзами *а*, *и* (дидактическая игра «Исправь ошибку»).

Оборудование: куклы (Мальвина, Буратино, Карабас-Барабас), мяч, портреты героев сказки без разных частей тела, карандаши.

* * *

Л о г о п е д. Сегодня к нам в гости пришли Мальвина и Буратино. Мальвина решила учить Буратино. Она спросила у него, из каких частей состоит его тело. А он не знает. Давайте ему поможем.

Игра «Отгадайка»

Логопед кидает мяч детям и спрашивает, чем мы смотрим (говорим, слушаем, показываем, шагаем, поднимаем, читаем, нюхаем...)? У кого мяч, тот и отвечает.

А теперь посмотрим, как Буратино это запомнил.

Комплекс звукового дыхания

1. «Комар». Стоя, глаза закрыты, тело расслаблено. Ладонь одной руки на шее спереди. На выдохе продолжительно произносится звук [з].

2. «Жук». Стоя, глаза закрыты, тело расслаблено. Ладонь на груди спереди. На выдохе долго и негромко произносится звук [ж].

3. «Муха». Стоя, глаза закрыты. Тело расслаблено. Губы мягко соприкасаются. После глубокого вдоха на выдохе негромко произносится звук [в].

4. «Волны набегают на песок». Лежа на спине, глаза закрыты, тело расслаблено. На выдохе произносится звук [с].

Логопед. Помогите Буратино ответить на следующие вопросы Мальвины. Что у Буратино бывает правым (левым)?

Что бывает верхним (нижним)?

Что бывает по 2, по 5?

Сколько лбов (носов, подбородков, ушей, пальцев)?

Дети отвечают.

Но тут появился Карабас-Барабас, весь лохматый и грязный. Мальвина стала говорить, как нужно ухаживать за собой, но Буратино все прослушал. Ребята, как вы думаете, что сказала Мальвина?

Дети отвечают.

Упражнение «Подбери, называй, запоминай»

Логопед. Волосы (зубы, лицо, тело, руки, ногти) нужно (что делать?) ...

Зачем нужно за собой ухаживать?

Запомните, ребята, что
Безволие, неряшливость и лень
К заболеваниям первая ступень.
Гуляй на воздухе,
Не ешь ты перед сном,
А летом спи с распахнутым

окном,
Дружи с водой, купайся,
обтирайся.
Зимой и летом физкультурой
занимайся.
Сейчас сделаем зарядку.

Игра «Ручку правую вперед»

Игра проводится в кругу. Играющие поют, сопровождая слова песни движениями.

Логопед

Ручку правую вперед, а потом
ее назад.
А потом ее вперед и немножко
потрясем.

Мы танцуем «буги-вуги»,
Поворачиваясь в круге,
И в ладоши хлопаем вот так:
Раз, два, три!
Ушко левое вперед, а потом его
назад (и т.д.).

Мальвина опять задала вопрос Буратино: чем от него отличается Карабас-Барабас? Буратино ответил: «Я маленький, а Карабас большой, а вот Мальвина еще меньше». Правильно сказал Буратино?

Дети отвечают.

Значит, и части тела у них можно назвать по-разному. Скажите как?

Игра «Удлини словечко»

Например. Если у Буратино глаза, то у Мальвины ... (*глазки*), а у Карабаса ... (*глазища*).

Игра «Назови наоборот»

У Мальвины волосы светлые, а у Карабаса

У Карабаса волосы длинные, а у Буратино

У Мальвины волосы кудрявые, а у Буратино

У Буратино глаза добрые, а у Карабаса

У Буратино нос длинный, а у Мальвины

У Мальвины лицо грустное, а у Буратино

Игра «Скажи одним словом»

Закончи предложения:

У Мальвины голубые глаза, поэтому ее называют голубоглазая.

У Буратино зеленые глаза, поэтому его называют

У Карабаса черные глаза, поэтому его называют

У Буратино длинные руки, поэтому его называют

У Буратино длинный нос

У Буратино темные волосы

У Мальвины голубые волосы

... .

Л о г о п е д. Пора нашим гостям возвращаться в сказку. Буратино нарисовал портреты.

Посмотрите, что-то он нарисовал не так. Без каких частей тела остались наши герои? Дорисуйте.

Игра «Исправь ошибку»

Дети составляют предложения по образцу: «Буратино нарисован без носа и рук, а я дорисую нос и руки, и Буратино будет с носом и руками».

Л о г о п е д. Ребята, как вы думаете, помогли мы Буратино запомнить названия частей тела? Как за телом ухаживать?

Дети отвечают.

Развитие эмоций и чувств у детей старшего дошкольного возраста с нарушением зрения

Самохина Н.В.,

старший воспитатель ГБОУ д/с компенсирующего вида № 112, Москва

Эмоции — одна из составляющих частей человеческой натуры. Умение владеть эмоциями,

распознавать их представляет собой высокую степень человеческого общения.

Дошкольник с нарушением зрения по сравнению с нормально видящими сверстниками намного хуже владеет невербальными средствами общения, что подтверждается исследованием Г.В. Григорьевой (1996). Дети практически не используют в общении со сверстником и взрослым выразительные движения, жесты, мимику. Редко улавливают изменения настроения партнера.

Чтобы лучше понимать людей и быть для них более понятным самому, необходимо владеть невербальными средствами общения — умением передавать бессловесную информацию и воспринимать ее.

В невербальной коммуникации участвуют мимика, пантомимика и голосовая мимика. *Мимика* — координированные движения мышц лица, отражающие состояние, чувства, эмоции. *Пантомимика* — выразительные движения человека: его походка, осанка, позы, которые передают его психическое состояние переживания, отношения к тем или иным явлениям. *Жест* — выразительные движения рук, служащие одним из средств уточнения речевой коммуникации.

Ребенок со зрительной патологией лишен возможности овладеть неречевыми и речевыми средствами коммуникации на основе простого подражания и требует специального обучения. В этой связи разработка методик, направленных на развитие навыков общения, коррекцию недо-

статков эмоциональной сферы у детей с нарушением зрения, — актуальная проблема современной тифлопсихологии и тифлопедагогики.

Можно выделить два основных направления развития эмоциональной сферы дошкольника, каждое из которых представляет собой сложную систему работы: обогащение понимания эмоций и чувств и их воспитание.

Цель *обогащения понимания эмоций и чувств* состоит в том, чтобы имеющиеся у дошкольника первичные и неполные знания об эмоциях и чувствах обогатились, стали более полными. В результате этого ребенок лучше будет понимать эмоции и чувства у себя и других людей. Эмоции воздействуют на все компоненты познания: на ощущение, восприятие, воображение, память, мышление.

Ребенок — это маленький человек. Он должен ощущать себя полноценным человеком, личностью, способным думать, понимать, чувствовать. Чтобы ребенок мог делиться со взрослыми и друзьями своими чувствами и переживаниями, сочувствовать старикам, слабым, больным, с уважением и терпением относиться к людям, быть способным оказать помощь и принять ее от другого, необходимо развивать его чувственность.

Под *воспитанием эмоций и чувств* мы понимаем специально организованный процесс взаимодействия между взрослым и

ребенком, цель которого — развивать у ребенка интеллектуальные, эстетические и социальные чувства, а также личностные свойства, способствующие более успешной и субъективно позитивной жизни.

Значимость проблемы эмоционального развития личности, актуальность такого ее аспекта, как коррекция эмоционального развития, выводит данную проблему на междисциплинарный уровень исследования, делает объектом внимания различных наук о человеке (педагогика, психология, медицина).

КВН

(для подготовительной к школе группы)

Задачи

Образовательные:

- закрепить ранее полученные знания о своем теле;
- умения распознавать различные эмоциональные состояния по выражению лица, особенностям движений, выражать основные чувства;
- развивать внимание, наблюдательность, воображение.

Воспитательная: продолжать учить умению общаться со сверстниками, сотрудничать.

Коррекционная: развивать зрительно-моторную координацию, глазомер, ориентировку в макространстве, эмоциональное восприятие, мимику, жесты, пантомимику.

Оборудование: по 2 мольберта, черных экрана (картон), яблока,

музыкальных отрывка, по 2 ко-сынки, кегли, по 4 «кочки», портрета волшебницы, листы белой бумаги, фломастеры, пиктограммы, игра «Кому чего не хватает?».

* * *

Воспитатель. Здравствуйте, дорогие ребята и уважаемые взрослые. Рады приветствовать вас в нашем зале. Мы начинаем КВН. В нашем клубе играют две команды: «Шалунишки» и «Озорники». Поприветствуем их.

Под музыкальное сопровождение входят команды.

Звучит приветствие команд.

Команда «Шалунишки»

Мы команда шалунишек
Из девчонок и мальчишек.
Любим мы плясать и петь,
Бегать, прыгать и шуметь.
Дружбой крепкой дорожим,
Всех на свете победим.

Команда «Озорники»

Мы команда озорная,
Мы команда удалая.
Любим мы повеселиться,
Пошалить и пошутить.
Мы готовы состязаться,
Чтобы вас развеселить.

Воспитатель. Оценивать конкурсы будет жюри.

Сегодня мы узнаем: знаете ли вы себя и своих друзей, умеете ли дружить, какие вы ловкие, смелые, сообразительные.

Для разминки я загадаю загадки.

Горшочек умен, семь дырочек в нем.

(Голова.)

Один говорит, двое глядят, двое слушают.

(Язык, глаза, уши.)

Белые силачи рубят калачи, красный говорун подкладывает.

(Зубы, язык.)

Всю жизнь ходят в обгонку, а обогнать друг друга не могут.

(Ноги.)

Что на свете всех быстрее?

(Мысль.)

Не часы, а тикает.

(Сердце.)

У двух матерей по пяти сыновей, одно имя всем.

(Пальцы.)

Что никогда не лень делать?

(Дышать.)

1. Конкурс «Озвучь фразу»

Задание. Члены команды по очереди покажут жестом какую-либо фразу, а соперники попытаются ее объяснить.

2. Конкурс «Словесная дуэль»

Этот конкурс потребует от вас не только знаний, но и выдержки, потому что ответы дают команды по очереди. Если пауза между ответами длится долго, победа в этом конкурсе присуждается той команде, чей ответ был последним.

Задание. Назовите части тела человека.

3. Конкурс художников (по 1 участнику от команды)

Задание. За 1 мин художнику нужно нарисовать лицо человека с определенным настроением,

а команда соперников должна угадать это настроение.

4. Конкурс «Кому чего не хватает?» (по 2 участника от команды)

Задание. Расположить карточки с недостающими предметами на соответствующие изображения.

Упражнения на расслабление: ребята зажимают глаза и широко их раскрывают 10 раз.

5. Спортивный конкурс «Кто быстрее пробежит»:

— на носочках;

— на прямых ногах.

6. Конкурс «Составь лицо» (по 2 участника от команды)

Задание. Из разрезанных пиктограмм составьте лицо, назовите настроение. Члены команды придумывают ситуации, которые соответствуют этим настроениям.

7. Конкурс капитанов

Задание. С помощью мимики и жестов продемонстрируйте какое-либо эмоциональное состояние, а соперник попробует его определить.

8. Спортивный конкурс «Перейди болото»

Задание. Чья команда с помощью двух дощечек быстрее перейдет «болото», не замочив ноги.

Упражнение «Светлячки» (дети следят глазами за лазерной указкой).

9. Конкурс «Расскажи сказку»

Задание. Команда должна показать сказку без слов, используя мимику, жесты и движения, а члены жюри должны ее угадать.

10. Музыкальный конкурс (по 1 участнику от команды)

Каждой команде предлагается прослушать свой музыкальный отрывок.

Задание. Определите, появление какой (по характеру) волшебницы может сопровождать данная музыка, выполните движения под эту музыку и выберите портрет волшебницы.

11. Конкурс «Съешь яблоко» (по 2 участника от команды)

Одному участнику завязывают глаза и дают в руку яблоко, он должен накормить этим яблоком своего друга, у которого руки спрятаны за спиной.

Жюри подводит итоги конкурсов. Объявляется победитель. Команды награждаются.

Воспитатель. Я благодарю всех участников игры. Вы показали, какие вы ловкие и смелые, дружные и умелые.

Литература

Григорьева Г.В. Особенности формирования и развития средств общения у дошкольников с нарушением зрения // Дефектология. 1996. № 4.

Козлова С.А. Теория и методика ознакомления дошкольников с социальной действительностью. М., 1998.

Минаева В.М. Развитие эмоций дошкольников. М., 1999.

Особенности психологической помощи детям с нарушением зрения: Метод. рекомендации / Под ред. Л.И. Солнцевой. М., 2001.

Чистякова М.И. Психогимнастика. М., 1995.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

Плавание помогает детям развиваться

Малыши, которые занимаются плаванием с раннего возраста, развиваются лучше как физически, так и интеллектуально, считают исследователи из института Гриффит в США. Ученые пригласили для исследования 180 детей в возрасте от трех до пяти лет. Кроме того, они опросили группу родителей из разных стран мира, чтобы оценить, как развиваются их малыши в зависимости от типа физической активности. Выяснилось, что дети, которые плавали с раннего возраста, лучше развивались физически — в первую очередь, у них были хорошо развиты двигательные навыки. Кроме того, эти малыши отличались визуально-моторными навыками: они более ловко резали бумагу, раскрашивали контурные картинки, рисовали линии и лепили. Помимо этого, юные пловцы лучше решали математические задачки и отличались правильной речью.

По мнению ученых, физическая активность помогает детям правильно развиваться. Плавание — одна из форм этой активности, которая позволяет добиться наилучших результатов.

<http://www.takzdorovo.ru>

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций

Санитарно-эпидемиологические правила
и нормативы СанПиН 2.4.1.3049-13

(Продолжение*)

Х. Требования к дошкольным образовательным организациям и группам для детей с ограниченными возможностями здоровья

10.1. Для детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов организуются группы компенсирующей, комбинированной и оздоровительной направленности в дошкольных образовательных организациях любого вида, в которых обеспечиваются необходимые условия для организации коррекционной работы, в том числе:

- компенсирующей направленности — для осуществления квалифицированной коррекции недостатков в физическом и психическом развитии и дошкольного образования детей с ограниченными возможностями здоровья (с тяжелыми нарушениями речи, с фонетико-фонематическими нарушениями, глухих и слабослышащих, слепых и слабовидящих, с амблиопией, косоглазием, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с аутизмом, со сложным дефектом (сочетание двух и более недостатков в физическом и (или) психическом развитии, с иными ограниченными возможностями здоровья);
- оздоровительной направленности — для детей с туберкулезной интоксикацией, часто болеющих детей и

* См. начало: Медресаботник ДООУ. 2013. № 5, 6.

АКТУАЛЬНО



других категорий детей, которым необходим комплекс специальных оздоровительных мероприятий;

- комбинированной направленности — для организации совместного воспитания и образования здоровых детей и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Устройство, содержание и организация работы дошкольных образовательных учреждений и (или) групп компенсирующей и комбинированной направленности должны соответствовать требованиям настоящих санитарных правил и требованиям настоящей главы.

10.2. Размещение помещений для воспитанников специальных дошкольных образовательных организаций (дефекты физического развития, затрудняющие передвижение, нарушение координации движений, ослабление или отсутствие зрения и другие) должно обеспечивать возможность удобного перемещения внутри здания и к игровой площадке.

10.3. Территория специальной дошкольной образовательной организации должна иметь удобные подъездные пути и подходы от остановок общественного транспорта.

Все подъезды и подходы к зданию в пределах территории дошкольной организации должны быть асфальтированы или иметь другое твердое покрытие.

Единый комплекс образовательных организаций (детский

сад — школа) допускается размещать на одной территории.

10.4. На территории дошкольной образовательной организации для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата уклон дорожек и тротуаров предусматривается не более 5 градусов, ширина дорожек и тротуаров — не менее 1,6 м. На поворотах и через каждые 6 м они должны иметь площадки для отдыха.

На территории дошкольной образовательной организации для слепых и слабовидящих детей ширина прогулочных дорожек для безопасности передвижения детей должна быть не менее 3 м и иметь двустороннее ограждение двух уровней: перила на высоте 90 см и планка — на высоте 15 см.

Объекты (деревья, кустарники, столбы и другие), находящиеся на территории дошкольной организации, не должны быть препятствием для ходьбы, прогулки и игр детей.

Около поворотов, вблизи перекрестков, у зданий, около столбов и других препятствий дорожки должны иметь крупнозернистую структуру покрытий, шероховатая поверхность которых служит сигналом для замедления ходьбы. Асфальтированные дорожки должны иметь дугообразный профиль в зависимости от их ширины (середина дорожки возвышается над боковыми сторонами на 5—15 см).

10.5. В вечернее время на территории должно быть обеспече-

но искусственное освещение для слабовидящих детей не менее 40 лк.

10.6. Состав и площади помещений групповых ячеек специальных дошкольных образовательных организаций для детей с нарушениями слуха, зрения и интеллекта при проектировании должны приниматься в соответствии с рекомендуемым составом и площадями помещений групповых для специальных дошкольных образовательных организаций в соответствии с таблицей 4 Приложения № 1.

10.7. Состав и площади помещений групповых ячеек дошкольных образовательных организаций для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата при проектировании должны приниматься в соответствии с рекомендуемым составом и площадями помещений групповых для специальных дошкольных образовательных организаций в соответствии с таблицей 4 Приложения № 1.

10.8. Двери входов в здания дошкольных организаций, помещения для детей при открывании не должны создавать препятствия для прохода детей. В помещениях следует избегать устройства внешних углов, а имеющиеся углы округлять.

10.9. Лестницы должны иметь двусторонние поручни и ограждение высотой 1,8 м или сплошное ограждение сеткой.

Для детей с поражением опорно-двигательного аппарата лест-

ницы оборудуются двусторонними поручнями, которые устанавливаются на двух уровнях — на высоте 0,9 м и дополнительный нижний поручень на высоте 0,5 м.

Предусматривают лифты, пандусы с уклоном 1:6. Пандусы должны иметь резиновое покрытие.

10.10. Стены основных помещений групповой ячейки и оборудование должны быть окрашены матовыми красками светлых тонов. В помещениях для детей с нарушениями зрения окраска дверей и дверных наличников, выступающих частей зданий, границ ступеней, мебели и оборудования должна контрастировать с окраской стен.

10.11. При использовании звукоусиливающей аппаратуры предусматривается звукоизоляция перекрытий и стен (перекрытия и стены должны обладать высокими звукоизолирующими свойствами).

10.12. Групповые, спальни, музыкальные залы для слепых, слабовидящих должны иметь только южную и восточную ориентацию по сторонам горизонта.

10.13. Уровень искусственной освещенности для слепых и слабовидящих детей в игровых, учебных помещениях, музыкальных и спортивных залах должен быть не менее 600—800 лк; для детей, страдающих светобоязнью, в игровых, учебных помещениях, музыкальных и спортивных залах — не более 300 лк.

10.14. Помещения групповых для слепых и слабовидящих детей должны быть оборудованы комбинированной системой искусственного освещения.

Для создания комфортных световых условий детям со светобоязнью над их учебными столами предусматривается обязательное раздельное включение отдельных групп светильников общего освещения.

В логопедических кабинетах около зеркала устанавливаются настенные светильники местного освещения на кронштейнах, позволяющих менять угол наклона и высоту источника света.

10.15. Детская мебель и оборудование помещений должны быть безвредными для здоровья детей и учитывать специфику организации педагогического процесса и лечебно-восстановительных мероприятий, а также соответствовать росту и возрасту детей.

В помещениях групповых для слабовидящих детей и детей с умственной отсталостью рекомендуются одноместные универсальные столы с регулируемыми параметрами, простой и надежной конструкции.

В помещениях групповых для детей с нарушениями слуха (глухих, слабослышащих) и расстройствами речи рекомендуется предусматривать: одноместные столы с индивидуальными пультами (микрофонный комплект, слуховое оборудование); стол для воспитателя с пультом управления (с усилителем и коммутатором),

с подводкой слаботочной линии к пульту управления каждого стола. Слуховое оборудование монтируется на стационарно закрепленных столах для детей и воспитателя.

В помещениях групповых для детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата предусматривается специальная мебель.

10.16. В помещениях медицинского блока для детей с ограниченными возможностями здоровья (имеющих недостатки в физическом и (или) психологическом развитии) должны быть созданы условия для организации оздоровительно-профилактических мероприятий и осуществления лечебной и коррекционно-восстановительной работы.

10.17. В дошкольных образовательных организациях для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата плавательный бассейн должен иметь устройство для опускания и поднятия детей.

10.18. В помещениях с ваннами для лечебного массажа нормируемая температура воздуха составляет не менее 30 °С, при расчете кратности обмена воздуха не менее 50 м³ в час на ребенка.

XI. Требования к приему детей в дошкольные образовательные организации, режиму дня и организации воспитательно-образовательного процесса

11.1. Прием детей, впервые поступающих в дошкольные образовательные организации, осу-

ществляется на основании медицинского заключения.

11.2. Ежедневный утренний прием детей проводится воспитателями и (или) медицинскими работниками, которые опрашивают родителей о состоянии здоровья детей. По показаниям (при наличии катаральных явлений, явлений интоксикации) ребенку проводится термометрия.

Выявленные больные дети или дети с подозрением на заболевание в дошкольные образовательные организации не принимаются; заболевших в течение дня детей изолируют от здоровых детей (временно размещают в помещениях медицинского блока) до прихода родителей или их госпитализации в лечебно-профилактическую организацию с информированием родителей.

11.3. После перенесенного заболевания, а также отсутствия более 5 дней (за исключением выходных и праздничных дней) детей принимают в дошкольные образовательные организации только при наличии справки с указанием диагноза, длительности заболевания, сведений об отсутствии контакта с инфекционными больными.

11.4. Режим дня должен соответствовать возрастным особенностям детей и способствовать их гармоничному развитию. Максимальная продолжительность непрерывного бодрствования детей 3—7 лет составляет 5,5—6 часов,

до 3 лет — в соответствии с медицинскими рекомендациями.

11.5. Рекомендуемая продолжительность ежедневных прогулок составляет 3—4 часа. Продолжительность прогулки определяется дошкольной образовательной организацией в зависимости от климатических условий. При температуре воздуха ниже минус 15 °С и скорости ветра более 7 м/с продолжительность прогулки рекомендуется сокращать.

11.6. Рекомендуется организовывать прогулки 2 раза в день: в первую половину дня и во вторую половину дня — после дневного сна или перед уходом детей домой.

11.7. При организации режима пребывания детей в дошкольных образовательных организациях (группах) более 5 часов организуются прием пищи с интервалом 3—4 часа и дневной сон; при организации режима пребывания детей до 5 часов — организуется однократный прием пищи.

Общая продолжительность суточного сна для детей дошкольного возраста 12—12,5 часа, из которых 2—2,5 часа отводится на дневной сон. Для детей от 1 года до 1,5 года дневной сон организуют дважды в первую и вторую половину дня общей продолжительностью до 3,5 часа. Оптимальным является организация дневного сна на воздухе (веранды). Для детей от 1,5 до 3 лет дневной сон организуют однократно продолжительностью не менее 3 часов. Перед сном не ре-

комендуется проведение подвижных эмоциональных игр, закаливающих процедур. Во время сна детей присутствие воспитателя (или его помощника) в спальне обязательно.

11.8. На самостоятельную деятельность детей 3—7 лет (игры, подготовка к образовательной деятельности, личная гигиена) в режиме дня должно отводиться не менее 3—4 часов.

11.9. Для детей раннего возраста от 1,5 до 3 лет длительность непрерывной непосредственно образовательной деятельности не должна превышать 10 мин. Допускается осуществлять образовательную деятельность в первую и во вторую половину дня (по 8—10 минут). Допускается осуществлять образовательную деятельность на игровой площадке во время прогулки.

11.10. Продолжительность непрерывной непосредственно образовательной деятельности для детей от 3 до 4 лет — не более 15 минут, для детей от 4 до 5 лет — не более 20 минут, для детей от 5 до 6 лет — не более 25 минут, а для детей от 6 до 7 лет — не более 30 минут.

11.11. Максимально допустимый объем образовательной нагрузки в первой половине дня в младшей и средней группах не превышает 30 и 40 минут соответственно, а в старшей и подготовительной — 45 минут и 1,5 часа соответственно. В середине времени, отведенного на непрерывную образовательную дея-

тельность, проводят физкультурные минутки. Перерывы между периодами непрерывной образовательной деятельности — не менее 10 минут.

11.12. Образовательная деятельность с детьми старшего дошкольного возраста может осуществляться во второй половине дня после дневного сна. Ее продолжительность должна составлять не более 25—30 минут в день. В середине непосредственно образовательной деятельности статического характера проводятся физкультурные минутки.

11.13. Образовательную деятельность, требующую повышенной познавательной активности и умственного напряжения детей, следует организовывать в первую половину дня. Для профилактики утомления детей рекомендуется проводить физкультурные, музыкальные занятия, ритмику и т.п.

XII. Требования к организации физического воспитания

12.1. Физическое воспитание детей должно быть направлено на улучшение здоровья и физического развития, расширение функциональных возможностей детского организма, формирование двигательных навыков и двигательных качеств.

12.2. Двигательный режим, физические упражнения и закаливающие мероприятия следует осуществлять с учетом здоровья, возраста детей и времени года.

Рекомендуется использовать формы двигательной деятельно-

сти: утреннюю гимнастику, занятия физической культурой в помещении и на воздухе, физкультурные минутки, подвижные игры, спортивные упражнения, ритмическую гимнастику, занятия на тренажерах, плавание и другие.

В объеме двигательной активности воспитанников 5—7 лет следует предусмотреть в организованных формах оздоровительно-воспитательной деятельности 6—8 часов в неделю с учетом психофизиологических особенностей детей, времени года и режима работы дошкольных образовательных организаций.

Для реализации двигательной деятельности детей используются оборудование и инвентарь физкультурного зала и спортивных площадок в соответствии с возрастом и ростом ребенка.

12.3. Физическое развитие детей первого года жизни организуют в форме индивидуальных занятий, включающих комплексы массажа и гимнастики по назначению врача.

Реализация основной образовательной программы для детей первого года жизни проводится с каждым ребенком индивидуально в групповом помещении ежедневно не ранее чем через 45 минут после еды.

Длительность занятия с каждым ребенком составляет 6—10 минут.

Начиная с 9 месяцев, помимо комплексов гимнастики и массажа, с детьми проводят разнооб-

разные подвижные игры в индивидуальном порядке. Допускается объединение детей в небольшие группы (по 2—3 ребенка).

Для реализации основной образовательной программы по физическому развитию в индивидуальной форме рекомендуется использовать стол высотой 72—75 см, шириной 80 см, длиной 90—100 см, имеющий мягкое покрытие из материалов, позволяющих проводить влажную обработку и дезинфекцию; стол сверху накрывается пеленкой, которая меняется после каждого ребенка.

12.4. С детьми второго и третьего года жизни занятия по физическому развитию основной образовательной программы осуществляют по подгруппам 2—3 раза в неделю. С детьми второго года жизни занятия по физическому развитию основной образовательной программы проводят в групповом помещении, с детьми третьего года жизни — в групповом помещении или в физкультурном зале.

Рекомендуемое количество детей в группе для занятий по физическому развитию и ее длительность в зависимости от возраста детей представлена в таблице 2.

12.5. Занятия по физическому развитию основной образовательной программы для детей в возрасте от 3 до 7 лет организуются не менее 3 раз в неделю. Длительность занятий по физическому развитию зависит от возраста детей и составляет:

Таблица 2

**Рекомендуемое количество детей в группе для занятий
по физическому развитию и их продолжительность
в зависимости от возраста детей в минутах**

	Возраст детей			
	от 1 года до 1 года 6 мес.	от 1 года 7 мес. до 2 лет	от 2 лет 1 мес. до 3 лет	старше 3 лет
Число детей	2—4	4—6	8—12	Вся группа
Длительность занятия	6—8	8—10	10—15	15

— в младшей группе — 15 мин,
— в средней группе — 20 мин,
— в старшей группе — 25 мин,
— в подготовительной группе — 30 мин.

Один раз в неделю для детей 5—7 лет следует круглогодично организовывать занятия по физическому развитию детей на открытом воздухе. Их проводят только при отсутствии у детей медицинских противопоказаний и наличии у детей спортивной одежды, соответствующей погодным условиям.

В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях непосредственно образовательную деятельность по физическому развитию рекомендуется организовывать на открытом воздухе.

12.6. Закаливание детей включает комплекс мероприятий: широкая аэрация помещений, правильно организованная прогулка, физические упражнения, проводимые в легкой спортивной одежде в помещении и на от-

крытом воздухе, умывание прохладной водой и другие водные, воздушные и солнечные процедуры.

Для закаливания детей основные природные факторы (солнце, воздух и вода) используют дифференцированно в зависимости от возраста детей, здоровья, с учетом подготовленности персонала и материальной базы дошкольной образовательной организации. При организации закаливания должны быть реализованы основные гигиенические принципы — постепенность, систематичность, комплексность и учет индивидуальных особенностей ребенка.

12.7. При организации плавания детей используются бассейны, отвечающие санитарно-эпидемиологическим требованиям к плавательным бассейнам.

Продолжительность нахождения в бассейне в зависимости от возраста детей должна составлять: в младшей группе — 15—20 мин, в средней группе — 20—

25 мин, в старшей группе — 25—30 мин, в подготовительной группе — 25—30 мин. Для профилактики переохлаждения детей плавание в бассейне не следует заканчивать холодной нагрузкой.

Прогулку детей после плавания в бассейне организуют не менее чем через 50 минут, в целях предупреждения переохлаждения детей.

12.8. При использовании сауны с целью закаливания и оздоровления детей необходимо соблюдать следующие требования:

- во время проведения процедур необходимо избегать прямого воздействия теплового потока от калорифера на детей;
- в термокамере следует поддерживать температуру воздуха в пределах 60—70 °С при относительной влажности 15—10%;
- продолжительность первого посещения ребенком сауны не должна превышать 3 минут;
- после пребывания в сауне ребенку следует обеспечить отдых в специальной комнате и организовать питьевой режим (чай, соки, минеральная вода).

12.9. Дети могут посещать бассейн и сауну только при наличии разрешения врача-педиатра. Присутствие медицинского персонала обязательно во время плавания детей в бассейне и нахождения их в сауне.

12.10. Для достижения достаточного объема двигательной активности детей необходимо использовать все организованные

формы занятий физическими упражнениями с широким включением подвижных игр, спортивных упражнений.

Работа по физическому развитию проводится с учетом здоровья детей при постоянном контроле со стороны медицинских работников.

ХIII. Требования к оборудованию пищеблока, инвентарю, посуде

13.1. Пищеблок дошкольной организации должен быть оборудован необходимым технологическим, холодильным и моечным оборудованием. Набор оборудования производственных, складских помещений рекомендуется принимать в соответствии с Приложением № 4. Все технологическое и холодильное оборудование должно быть исправно.

13.2. Технологическое оборудование, инвентарь, посуда, тара должны быть изготовлены из материалов, разрешенных для контакта с пищевыми продуктами. Весь кухонный инвентарь и кухонная посуда должны иметь маркировку для сырых и готовых пищевых продуктов. При работе технологического оборудования должна быть исключена возможность контакта пищевого сырья и готовых к употреблению продуктов.

13.3. Производственное оборудование, разделочный инвентарь и посуда должны отвечать следующим требованиям:

- столы, предназначенные для обработки пищевых продуктов, должны быть цельнометаллическими;

- для разделки сырых и готовых продуктов следует иметь отдельные разделочные столы, ножи и доски. Для разделки сырых и готовых продуктов используются доски из дерева твердых пород (или других материалов, разрешенных для контакта с пищевыми продуктами, подвергающихся мытью и дезинфекции) без дефектов (щелей, зазоров и других);
- доски и ножи должны быть промаркированы: «СМ» — сырое мясо, «СК» — сырые куры, «СР» — сырая рыба, «СО» — сырые овощи, «ВМ» — вареное мясо, «ВР» — вареная рыба, «ВО» — вареные овощи, «гастрономия», «Сельдь», «Х» — хлеб, «Зелень»;
- посуда, используемая для приготовления и хранения пищи, должна быть изготовлена из материалов, безопасных для здоровья человека;
- компоты и кисели готовят в посуде из нержавеющей стали. Для кипячения молока выделяют отдельную посуду;
- кухонная посуда, столы, оборудование, инвентарь должны быть промаркированы и использоваться по назначению;
- количество одновременно используемой столовой посуды и приборов должно соответствовать списочному составу детей в группе. Для персонала следует иметь отдельную столовую посуду. Посуда хранится в буфетной групповой на решетчатых полках и (или) стеллажах.

13.4. Каждая группа помещений (производственные, складские, санитарно-бытовые) оборудуется отдельными системами приточно-вытяжной вентиляции с механическим и естественным побуждением.

Технологическое оборудование, являющееся источниками выделения тепла, газов, оборудуется локальными вытяжными системами вентиляции в зоне максимального загрязнения.

13.5. Моечные ванны для обработки кухонного инвентаря, кухонной посуды и производственного оборудования пищеблока должны быть обеспечены подводкой холодной и горячей воды через смесители.

13.6. Для ополаскивания посуды (в том числе столовой) используются гибкие шланги с душевой насадкой.

13.7. Помещение (место) для мытья обменной тары оборудуется ванной или трапом с бортиком, облицованным керамической плиткой.

13.8. Во всех производственных помещениях, моечных, санузле устанавливаются раковины для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды через смесители.

13.9. В месте присоединения каждой производственной ванны к канализации должен быть воздушный разрыв не менее 20 мм от верха приемной воронки, которую устраивают выше сифонных устройств.

13.10. Кухонную посуду освобождают от остатков пищи и

моют в двухсекционной ванне с соблюдением следующего режима: в первой секции — мытье щетками водой с температурой не ниже 40 °С с добавлением моющих средств; во второй секции — ополаскивают проточной горячей водой с температурой не ниже 65 °С с помощью шланга с душевой насадкой и просушивают в перевернутом виде на решетчатых полках, стеллажах. Чистую кухонную посуду хранят на стеллажах на высоте не менее 0,35 м от пола.

13.11. Разделочные доски и мелкий деревянный инвентарь (лопатки, мешалки и другое) после мытья в первой ванне горячей водой (не ниже 40 °С) с добавлением моющих средств ополаскивают горячей водой (не ниже 65 °С) во второй ванне, обдают кипятком, а затем просушивают на решетчатых стеллажах или полках. Доски и ножи хранятся на рабочих местах отдельно в кассетах или в подвешенном виде.

13.12. Металлический инвентарь после мытья прокаливают в духовом шкафу; мясорубки после использования разбирают, промывают, обдают кипятком и тщательно просушивают.

13.13. Столовая и чайная посуда выделяется для каждой группы из расчета не менее одного комплекта на одного ребенка согласно списочному составу детей в группе. Используемая для детей столовая и чайная посуда (тарелки, блюда, чашки) может быть изготовлена из фаянса, фар-

фора, а столовые приборы (ложки, вилки, ножи) — из нержавеющей стали. Не допускается использовать посуду с отбитыми краями, трещинами, сколами, деформированную, с поврежденной эмалью, пластмассовую и столовые приборы из алюминия.

13.14. В моечной и буфетных вывешиваются инструкции о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием концентраций и объемов применяемых моющих и дезинфицирующих средств.

Посуду и столовые приборы моют в 2-гнездных ваннах, установленных в буфетных каждой групповой ячейки.

Столовая посуда после механического удаления остатков пищи моется путем полного погружения с добавлением моющих средств (первая ванна) с температурой воды не ниже 40 °С, ополаскивается горячей проточной водой с температурой не ниже 65 °С (вторая ванна) с помощью гибкого шланга с душевой насадкой и просушивается на специальных решетках.

Чашки моют горячей водой с применением моющих средств в первой ванне, ополаскивают горячей проточной водой во второй ванне и просушивают.

Столовые приборы после механической очистки и мытья с применением моющих средств (первая ванна) ополаскивают горячей проточной водой (вторая ванна). Чистые столовые приборы хранят в предварительно промытых кассетах (диспенсерах) в

вертикальном положении ручки-ми вверх.

Столовую посуду для персонала моют и хранят в буфетной групповой ячейки отдельно от столовой посуды, предназначенной для детей.

13.15. Для обеззараживания посуды в каждой групповой ячейке следует иметь промаркированную емкость с крышкой для замачивания посуды в дезинфицирующем растворе. Допускается использование сухожарового шкафа.

13.16. В группах для детей младенческого и раннего возраста бутылочки после молочных смесей моют теплой водой с помощью ерша и моющих средств, тщательно ополаскивают проточной водой, затем стерилизуют при температуре 120 °С в течение 45 минут или кипятят в воде в течение 15 минут и хранят в промаркированной закрытой эмалированной посуде. Ерши после использования моют проточной водой и кипятят 30 минут, высушивают и хранят в сухом виде.

Соски после употребления моют водой, замачивают в 2% растворе питьевой соды в течение 15–20 минут, повторно моют водой, кипятят 3 минуты в воде и хранят в промаркированной емкости с закрытой крышкой.

13.17. Рабочие столы на пищеблоке и столы в групповых после каждого приема пищи моют горячей водой, используя предназначенные для мытья сред-

ства (моющие средства, мочалки, щетки, ветошь и др.). В конце рабочего дня производственные столы для сырой продукции моют с использованием дезинфицирующих средств.

Мочалки, щетки для мытья посуды, ветошь для протирания столов после использования стирают с применением моющих средств, просушивают и хранят в специально промаркированной таре.

Щетки с наличием дефектов и видимых загрязнений, а также металлические мочалки не используются.

13.18. Пищевые отходы на пищеблоке и в группах собираются в промаркированные ведра или специальную тару с крышками, очистка которых проводится по мере заполнения их не более чем на $\frac{2}{3}$ объема. Ежедневно в конце дня ведра или специальная тара независимо от наполнения очищается с помощью шлангов над канализационными трапами, промывается 2% раствором кальцинированной соды, а затем ополаскивается горячей водой и просушивается.

13.19. В помещениях пищеблока ежедневно проводится уборка: мытье полов, удаление пыли и паутины, протирание радиаторов, подоконников; еженедельно с применением моющих средств проводится мытье стен, осветительной арматуры, очистка стекол от пыли и копоти.

Один раз в месяц необходимо проводить генеральную уборку с

последующей дезинфекцией всех помещений, оборудования и инвентаря.

13.20. В помещениях пищеблока дезинсекция и дератизация проводится специализированными организациями.

XIV. Требования к условиям хранения, приготовления и реализации пищевых продуктов и кулинарных изделий

14.1. Прием пищевых продуктов и продовольственного сырья в дошкольные образовательные организации осуществляется при наличии документов, подтверждающих их качество и безопасность.

При централизованной поставке продукции и продовольственного сырья (из комбината питания, школьно-базового предприятия и других), для подтверждения качества и безопасности продукции и продовольственного сырья, допускается указывать в товарно-транспортной накладной сведения о номере сертификата соответствия, сроке его действия, органе, выдавшем сертификат, или регистрационный номер декларации о соответствии, срок ее действия, наименование изготовителя или производителя (поставщика), принявшего декларацию, и орган, ее зарегистрировавший.

Продукция поступает в таре производителя (поставщика).

Документация, удостоверяющая качество и безопасность продукции, маркировочные ярлыки (или их копии) должны сохраняться до окончания реализации продукции.

Входной контроль поступающих продуктов осуществляется ответственным лицом. Результаты контроля регистрируются в журнале бракеража скоропортящихся пищевых продуктов, поступающих на пищеблок (Приложение № 5), который хранится в течение года.

Не допускаются к приему пищевые продукты с признаками недоброкачества, а также продукты без сопроводительных документов, подтверждающих их качество и безопасность, не имеющие маркировки, в случае если наличие такой маркировки предусмотрено законодательством Российской Федерации.

14.2. Пищевые продукты хранятся в соответствии с условиями хранения и сроками годности, установленными предприятием-изготовителем в соответствии с нормативно-технической документацией.

Контроль соблюдения температурного режима в холодильном оборудовании осуществляется ежедневно, результаты заносятся в журнал учета температурного режима в холодильном оборудовании (Приложение 6), который хранится в течение года.

14.3. При наличии одной холодильной камеры места хранения мяса, рыбы и молочных продуктов должны быть разграничены.

14.4. Складские помещения для хранения сухих сыпучих продуктов оборудуются приборами для

измерения температуры и влажности воздуха.

14.5. Хранение продуктов в холодильных и морозильных камерах осуществляется на стеллажах и подтоварниках в таре производителя, в таре поставщика или в промаркированных емкостях.

14.6. Молоко хранится в той же таре, в которой оно поступило или в потребительской упаковке.

14.7. Масло сливочное хранится на полках в заводской таре или брусками, завернутыми в пергамент, в лотках.

Крупные сыры хранятся на стеллажах, мелкие сыры — на полках в потребительской таре.

Сметана, творог хранятся в таре с крышкой.

Не допускается оставлять ложки, лопатки в таре со сметаной, творогом.

Яйцо хранится в коробах на подтоварниках в сухих прохладных помещениях (холодильниках) или в кассетах, на отдельных полках, стеллажах. Обработанное яйцо хранится в промаркированной емкости в производственных помещениях.

Крупа, мука, макаронные изделия хранятся в сухом помещении в заводской (потребительской) упаковке на подтоварниках либо стеллажах на расстоянии от пола не менее 15 см, расстояние между стеной и продуктами должно быть не менее 20 см.

Ржаной и пшеничный хлеб хранится раздельно на стеллажах и в шкафах при расстоянии ниж-

ней полки от пола не менее 35 см. Дверки в шкафах должны иметь отверстия для вентиляции. При уборке мест хранения хлеба крошки сметают специальными щетками, полки протирают тканью, смоченной 1% раствором столового уксуса.

Картофель и корнеплоды хранят в сухом, темном помещении; капусту — на отдельных стеллажах, в ларях; квашеные, соленые овощи — при температуре не выше +10 °С.

Фрукты и зелень хранятся в ящиках в прохладном месте при температуре не выше +12 °С. Озелененный картофель не допускается использовать в пищу.

Продукты, имеющие специфический запах (специи, сельдь), следует хранить отдельно от других продуктов, воспринимающих запахи (масло сливочное, сыр, чай, сахар, соль и другие).

14.6. Кисломолочные и другие готовые к употреблению скоропортящиеся продукты перед подачей детям выдерживают в закрытой потребительской упаковке при комнатной температуре до достижения ими температуры реализации $15\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 2\text{ }^{\circ}\text{C}$, но не более одного часа.

14.7. Молоко, поступающее в дошкольные образовательные организации в бидонах и флягах, перед употреблением подлежит обязательному кипячению не более 2—3 минут.

14.8. Обработка сырых и вареных продуктов проводится на разных столах при использова-

нии соответствующих маркированных разделочных досок и ножей. Промаркированные разделочные доски и ножи хранятся на специальных полках, или касетах, или с использованием магнитных держателей, расположенных в непосредственной близости от технологического стола с соответствующей маркировкой.

14.9. В перечень технологического оборудования следует включать не менее 2 мясорубок для раздельного приготовления сырых и готовых продуктов.

14.10. Организация питания осуществляется на основе принципов «щадящего питания». При приготовлении блюд должны соблюдаться щадящие технологии: варка, запекание, припускание, пассерование, тушение, приготовление на пару, приготовление в пароконвектомате. При приготовлении блюд не применяется жарка.

14.11. При кулинарной обработке пищевых продуктов необходимо обеспечить выполнение технологии приготовления блюд, изложенной в технологической карте (Приложение 7), а также соблюдать санитарно-эпидемиологические требования к технологическим процессам приготовления блюд.

Котлеты, биточки из мясного или рыбного фарша, рыбу кусками запекают при температуре 250—280 °С в течение 20—25 мин.

Суфле, запеканки готовятся из вареного мяса (птицы); формованные изделия из сырого мяс-

ного или рыбного фарша готовятся на пару или запеченными в соусе; рыба (филе) кусками отваривается, припускается, тушится или запекается.

При изготовлении вторых блюд из вареного мяса (птицы, рыбы), или отпуске вареного мяса (птицы) к первым блюдам, порционированное мясо подвергается вторичной термической обработке — кипячению в бульоне в течение 5—7 минут и хранится в нем при температуре +75 °С до раздачи не более 1 часа.

Омлеты и запеканки, в рецептуру которых входит яйцо, готовятся в жарочном шкафу, омлеты — в течение 8—10 минут при температуре 180—200 °С, слоем не более 2,5—3 см; запеканки — 20—30 минут при температуре 220—280 °С, слоем не более 3—4 см; хранение яичной массы осуществляется не более 30 минут при температуре 42 °С.

Оладьи, сырники выпекаются в духовом или жарочном шкафу при температуре 180—200 °С в течение 8—10 мин.

Яйцо варят после закипания воды 10 мин.

При изготовлении картофельного (овощного) пюре используется овощепротирачная машина.

Масло сливочное, используемое для заправки гарниров и других блюд, должно предварительно подвергаться термической обработке (растопливаться и доводиться до кипения).

Гарниры из риса и макаронных изделий варятся в большом объ-

еме воды (в соотношении не менее 1:6) без последующей промывки.

Колбасные изделия (сосиски, вареные колбасы, сардельки) отвариваются (опускают в кипящую воду и заканчивают термическую обработку после 5-минутной варки с момента начала кипения).

При перемешивании ингредиентов, входящих в состав блюд, необходимо пользоваться кухонным инвентарем, не касаясь продукта руками.

14.12. Обработку яиц проводят в специально отведенном месте мясо-рыбного цеха, используя для этих целей промаркированные ванны и (или) емкости. Возможно использование перфорированных емкостей, при условии полного погружения яиц в раствор в следующем порядке: I — обработка в 1—2% теплом растворе кальцинированной соды; II — обработка в разрыхленных для этой цели дезинфицирующих средствах; III — ополаскивание проточной водой в течение не менее 5 минут с последующим выкладыванием в чистую промаркированную посуду.

Допускается использование других моющих или дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по их применению.

14.13. Крупы не должны содержать посторонних примесей. Перед использованием крупы промывают проточной водой.

14.14. Потребительскую упаковку консервированных продуктов перед вскрытием промывают проточной водой и вытирают.

14.15. Горячие блюда (супы, соусы, горячие напитки, вторые блюда и гарниры) при раздаче должны иметь температуру +60...+65 °С; холодные закуски, салаты, напитки — не ниже +15 °С.

С момента приготовления до отпуска первые и вторые блюда могут находиться на горячей плите не более 2 часов. Повторный разогрев блюд не допускается.

14.16. При обработке овощей должны быть соблюдены следующие требования:

14.16.1. Овощи сортируются, моются и очищаются. Очищенные овощи повторно промываются в проточной питьевой воде не менее 5 минут небольшими партиями, с использованием дуршлагов, сеток. При обработке белокочанной капусты необходимо обязательно удалить наружные листья.

Не допускается предварительное замачивание овощей.

Очищенные картофель, корнеплоды и другие овощи, во избежание их потемнения и высушивания, допускается хранить в холодной воде не более 2 часов.

14.16.2. Овощи урожая прошлого года (капусту, репчатый лук, корнеплоды и др.) в период после 1 марта допускается использовать только после термической обработки.

14.16.3. При кулинарной обработке овощей, для сохранения витаминов, следует соблюдать следующие правила: овощи очищаются непосредственно перед приготовлением, закладываются только в кипящую воду, нарезаются перед варкой. Свежая зелень добавляется в готовые блюда во время раздачи.

Для обеспечения сохранности витаминов в блюдах, овощи, подлежащие отвариванию в очищенном виде, чистят непосредственно перед варкой и варят в подсоленной воде (кроме свеклы).

14.16.4. Овощи, предназначенные для приготовления винегретов и салатов, рекомендуется варить в кожуре, охлаждают; очищают и нарезают вареные овощи в холодном цехе или в горячем цехе на столе для вареной продукции.

14.16.5. Варка овощей накануне дня приготовления блюд не допускается.

14.16.6. Отваренные для салатов овощи хранят в промаркированной емкости (овощи вареные) в холодильнике не более 6 часов при температуре плюс 42 °С.

14.16.7. Листовые овощи и зелень, предназначенные для приготовления холодных закусок без последующей термической обработки, следует тщательно промывать проточной водой и выдерживать в 3% растворе уксусной кислоты или 10% растворе поваренной соли в течение 10 минут с последующим ополаскиванием

проточной водой и просушиванием.

14.17. Изготовление салатов и их заправка осуществляется непосредственно перед раздачей.

Не заправленные салаты допускается хранить не более 2 часов при температуре плюс 4 ± 2 °С. Салаты заправляют непосредственно перед раздачей.

В качестве заправки салатов следует использовать растительное масло. Использование сметаны и майонеза для заправки салатов не допускается.

Хранение заправленных салатов может осуществляться не более 30 минут при температуре 4 ± 2 °С.

14.18. Фрукты, включая цитрусовые, тщательно моют в условиях холодного цеха (зоны) или цеха вторичной обработки овощей (зоны).

14.19. Кефир, ряженку, простоквашу и другие кисломолочные продукты порционируют в чашки непосредственно из пакетов или бутылок перед их раздачей в групповых ячееках.

14.20. В эндемичных по йоду районах рекомендуется использование йодированной поваренной соли.

14.21. В целях профилактики недостаточности микронутриентов (витаминов и минеральных веществ) в питании детей используются пищевые продукты, обогащенные микронутриентами.

Витаминация блюд проводится с учетом состояния здоровья детей, под контролем меди-

цинского работника и при обязательном информировании родителей о проведении витаминизации.

Технология приготовления витаминизированных напитков должна соответствовать технологии, указанной изготовителем в соответствии с инструкцией и удостоверением о государственной регистрации. Витаминизированные напитки готовят непосредственно перед раздачей.

При отсутствии в рационе питания витаминизированных напитков проводится искусственная С-витаминизация. Искусственная С-витаминизация в дошкольных образовательных организациях (группах) осуществляется из расчета для детей от 1—3 лет — 35 мг, для детей 3—6 лет — 50,0 мг на порцию.

Препараты витаминов вводят в третье блюдо (компот или кисель) после его охлаждения до температуры 15 °С (для компота) и 35 °С (для киселя) непосредственно перед реализацией.

Витаминизированные блюда не подогреваются. Витаминизация блюд проводится под контролем медицинского работника (при его отсутствии иным ответственным лицом).

Данные о витаминизации блюд заносятся медицинским работником в журнал проведения витаминизации третьих и сладких блюд (табл. 2 Приложения № 8), который хранится один год.

14.22. Перед кормлением детей продукты детского питания (сме-

си) подогреваются в водяной бане (температура воды +50 °С) в течение 5 минут или в электронагревателе для детского питания до температуры +37 °С. Подготовка продуктов для питания детей первого года жизни (разведение сухих смесей, инстантных каш, разогревание продуктов прикорма) должно быть организовано в буфетной групповой ячейки. Буфетная должна быть оборудована холодильником и устройствами для подогрева детского питания.

14.23. Выдача готовой пищи разрешается только после проведения контроля бракеражной комиссией в составе не менее 3 человек. Результаты контроля регистрируются в журнале бракеража готовой кулинарной продукции (таблица 1 Приложения № 8).

Масса порционных блюд должна соответствовать выходу блюда, указанному в меню. При нарушении технологии приготовления пищи, а также в случае неготовности, блюдо допускают к выдаче только после устранения выявленных кулинарных недостатков.

14.24. Непосредственно после приготовления пищи отбирается суточная проба готовой продукции (все готовые блюда). Суточная проба отбирается в объеме: порционные блюда — в полном объеме; холодные закуски, первые блюда, гарниры и напитки (третьи блюда) — в количестве не менее 100 г; порционные вто-

рые блюда, биточки, котлеты, колбаса, бутерброды и т.д. оставляют поштучно, целиком (в объеме одной порции).

Пробы отбираются стерильными или прокипяченными ложками в стерильную или прокипяченную посуду (банки, контейнеры) с плотно закрывающимися крышками, все блюда помещаются в отдельную посуду и сохраняются в течение не менее 48 часов при температуре +2...—+6 °С. Посуда с пробами маркируется с указанием наименования приема пищи и датой отбора. Контроль за правильностью отбора и хранения суточной пробы осуществляется ответственным лицом.

14.25. Для предотвращения возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) не допускается:

- использование пищевых продуктов, указанных в Приложении № 9;
- изготовление на пищеблоке дошкольных образовательных организаций творога и других кисломолочных продуктов, а также блинчиков с мясом или с творогом, макарон по-флотски, макарон с рубленым яйцом, зельцев, яичницы-глазуньи, холодных напитков и морсов из плодово-ягодного сырья (без термической обработки), форшмаков из сельди, студней, паштетов, заливных блюд (мясных и рыбных); окрошек и холодных супов;
- использование остатков пищи

от предыдущего приема и пищи, приготовленной накануне; пищевых продуктов с истекшими сроками годности и явными признаками недоброкачества (порчи); овощей и фруктов с наличием плесени и признаками гнили.

14.26. В дошкольных образовательных организациях должен быть организован правильный питьевой режим. Питьевая вода, в том числе расфасованная в емкости и бутилированная, по качеству и безопасности должна отвечать требованиям на питьевую воду.

Допускается использование кипяченой питьевой воды, при условии ее хранения не более 3 часов.

При использовании установок с дозированным розливом питьевой воды, расфасованной в емкости, предусматривается замена емкости по мере необходимости, но не реже, чем это предусматривается установленным изготовителем сроком хранения вскрытой емкости с водой.

Обработка дозирующих устройств проводится в соответствии с эксплуатационной документацией (инструкцией) изготовителя.

14.27. Для питья и разведения молочных смесей и инстантных (быстрорастворимых) каш для детей раннего возраста следует использовать бутилированную воду для детского питания или прокипяченную питьевую воду из водопроводной сети.

(Окончание следует.)

Речевые проблемы — бич нашего времени

Грицай Г.В.,

дефектолог высшей квалификации ГБОУ д/с № 372 СВОУ, Москва

Нарушение речи — это отклонения в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, проявляющиеся в частичных нарушениях (звукопроизношения, голоса, темпа, ритма и пр.) и обусловленные расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности. Иными словами — нарушение речи, это нарушения вербальной коммуникации.

Проф. Волкова Л.С.

Безусловно, каждый родитель хочет видеть своего ребенка здоровым, счастливым, общительным. К сожалению, не каждый ребенок может легко вступать в контакт со сверстниками и взрослыми. Причины тому могут быть самые разные: природная застенчивость, психологические, речевые или физиологические проблемы.

Задача родителей — вовремя заметить трудности, которые испытывает сын или дочь и обратиться за помощью к специалисту. Разобраться в проблеме, установить причину его неудач и помочь малышу — это уже задача психологов, педагогов, врачей, логопедов.

Тема нашего разговора — нарушения речевого развития ребенка. Что это такое? Когда родителям нужно «бить тревогу»? К какому специалисту обращаться?

Прочитав нашу статью, надеюсь, вы найдете ответы на все эти вопросы.

Сегодня мы будем говорить о наиболее часто встречаемых логопедических проблемах детей с нарушением речевого развития: общем недоразвитии речи, алалии, дизартрии, дислалии и заикании. Это наиболее часто встречаемые в логопедической практике диагнозы.

Общее недоразвитие речи (ОНР) объединяет различные сложные речевые расстройства (алалия, дизартрия и пр.), при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся как к звуковой, так и к смысловой стороне речи.

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон головного мозга во внутриутроб-

ном или раннем периоде развития ребенка.

Причины. Неблагоприятные условия развития плода, интоксикация плода, врожденная отягощенность, внутриутробные, родовые или ранние прижизненные травмы мозга, а также болезни первых двух лет жизни с осложнением на мозг. У мальчиков встречается в 2 раза чаще, чем у девочек.

Симптомы. Речь отсутствует или недоразвита. Нарушение охватывает все компоненты речи — фонетико-фонематическую (не различает звуки) и лексико-грамматическую (словарный запас не по возрасту беден, представляет звуки или слоги, упрощает и искажает слова, речь аграмматична). Обычно родители таких детей отмечают отсутствие или резкое ограничение лепета до одного года. Первые слова появляются поздно, а фразовая речь только формируется после 5—6 лет. Чем больше степень недоразвития коры мозга, тем более глубокой оказывается несформированность речевой и психической функций. Алалия — одно из наиболее сложных речевых нарушений.

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

Причины. Поражение нервной системы плода и новорожденного,

асфиксия, родовая травма, поражение нервной системы, черепно-мозговые травмы, пороки развития нервной системы, наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем, детский церебральный паралич.

Симптомы. В более легких случаях имеются отдельные искажения звуков, смазанная речь, вялая моторика (или гипертонус) мышц артикуляционного аппарата, не резко выраженное нарушение внимания, памяти, эмоционально-волевой сферы, легкие двигательные расстройства, неловкость, некоординированность движений. В более тяжелых случаях — и искажения, и замены, и пропуски звуков, страдают также выразительность, темп, голос, речь в целом монотонно невнятная или нечленораздельная, искажено речевое дыхание. Тонус мышц артикуляционного аппарата или снижен, или повышен. Часто отмечаются нарушения письменной речи и чтения. Отличия дизартрии от дислалии: при дизартрии нарушается произношение как согласных, так и гласных звуков. А при дислалии — только согласных звуков.

Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и формальном функционировании всех остальных операций высказывания. Наиболее распространенное нарушение речи. В зависимости от причин и локализации нарушений дислалию подразделяют на функциональную и механическую (орга-

ническую). В процессе усвоения ребенком произношения может нарушиться воспроизведение одного или нескольких звуков.

Причины. Общая физическая ослабленность ребенка, особенно в период активного формирования речи; задержка психического развития (ММД — минимальные мозговые дисфункции); запоздалое развитие речи; неблагоприятное социальное окружение (ограниченность контактов, подражание неправильным образцам речи, а также недостатки воспитания, когда родители культивируют несовершенное детское произношение, сами подражают лепетной речи, тем самым искусственно задерживая развитие звукопроизношения своего малыша).

Причины возникновения механической (органической) дислалии обусловлены анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. Это могут быть и аномалии зубочелюстной системы, отсутствие или аномалия резцов, дефекты прикуса, аномальное строение твердого нёба (высокий свод), слишком большой или маленький язык или укороченная подъязычная уздечка.

Симптомы. Ребенок искаженно воспроизводит отдельные звуки, заменяет одни звуки другими в словах или смешивает их, реже — пропускает звуки.

Заикание (логоневроз) — нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Причины. Неблагоприятными условиями, при которых может развиваться заикание, являются: физическая ослабленность ребенка, ускоренное развитие речи (чаще в возрасте 3—4 лет), когда ее коммуникативная, познавательная и регулирующие функции очень быстро развиваются под влиянием общения со взрослыми. У многих детей в этот период наблюдается повторение слогов или слов, запинки, имеющие физиологический характер. К причинам заикания также можно отнести скрытую психическую ущемленность ребенка, недостаточность положительных эмоций, недостаточность развития моторики, мимико-артикуляторных движений, нарушение чувства ритма.

Психическая травма (испуг, страх); длительно действующая психическая травма, под которой понимается неправильное воспитание в семье (избалованность, неровное воспитание, воспитание «примерного ребенка»); хронические конфликтные переживания; длительные отрицательные эмоции; острая тяжелая психическая травма; сильные неожиданные потрясения, вызывающие или состояние ужаса, или чрезмерной радости; неправильное формирование речи в детстве (это и речь на вдохе, и скороговорение, и нарушения звукопроизношения, и быстрая нервная речь родителей); перегрузка ребенка; завышенные требования; двуязычие в семье; подражание заика-

ющимся; переучивание леворукости. Чаще встречается у мальчиков.

Симптомы. Основным симптомом заикания являются судороги в процессе речи, а также нарушения общей и речевой моторики, речевые запинки и другие нарушения экспрессивной речи, логophobia (боязнь произнести фразу), могут быть уловки для скрывания своего дефекта.

Пластичность мозга ребенка раннего возраста (от 0 до 3 лет), сенситивные (чувственные) периоды формирования его эмоций, интеллекта, речи и личности определяют большие потенциальные возможности коррекционной помощи. Ранняя и адекватная помощь позволяет более эффективно компенсировать нарушения в психофизическом развитии и тем самым смягчить, а возможно, и предупредить вторичные отклонения — нарушение речи. Несвоевременно оказанная помощь повлечет за собой сбой и в школьной деятельности, и усложнит ребенку социализацию в обществе. Родители должны иметь представления о речевом развитии здорового ребенка и обращать внимание на то, когда заговорил и как пользуется речью малыш. С ребенком надо начинать разговаривать, когда он еще находится в утробе матери. Разговаривайте с ним, даже когда он еще не научился вам отвечать. Он уже знает ваш голос, чувствует ваше настроение, запоминает звуки, ритмику слов. Ребенок

запоминает, что вы говорите и как вы говорите. Ведущий тип деятельности у детей: от 0 до 1 года — это *общение*.

Именно вашей речью пополняется активный и пассивный словарный запас, а в дальнейшем и связная речь ребенка. Ведущий тип деятельности у детей: от 1 до 3 лет — предметная деятельность. Он исследователь в этом мире. Все предметы для него — маленькое открытие. Помогайте ему, рассказывайте и показывайте, даже если он еще совсем-совсем маленький и не умеет разговаривать.

Нужно ли показать ребенка логопеду, если вы видите, что он отстает от сверстников в речевом развитии, или ждать, что у него все произойдет «само собой»?

Очень важно как можно раньше увидеть проблему, пока она еще не приобрела больших масштабов. Ведь чем больше она запущена, тем труднее ее устранить. Если дефект произношения зафиксирован длительным временем, то и для переучивания потребуется много занятий с логопедом. Кроме того, пока ребенок маленький, его психофизиологические способности настолько гибки и податливы, что исправление дефектов речи у ребенка 3—5 лет проходит быстрее и качественнее, чем у школьника.

Речевые проблемы — это бич нашего времени. К сожалению, логопедов в детских садах и в школах становится все меньше и меньше. Это видно, а вернее,

слышно, как говорят сегодняшние старшекласники и молодежь. «Сердце сжимается», когда молодые красивые люди шепелявят, картавят, запинаятся или разговаривают простыми нераспространенными предложениями с ограниченным запасом слов.

Родители должны насторожиться, если малыш, например, в 4 месяца не гулит, в 2,5 года не строит предложения из трех-четырех слов, а в 5 лет у вашего чада нечеткая речь или в ней есть запинки.

Чтобы понять, все ли в порядке с речевым развитием малыша, родителям необходимо знать этапы развития речи ребенка.

Показатели развития речи детей раннего возраста

1 мес. — начинает улыбаться.

4 мес. — гулит (произносит гласные звуки [а, у, ы] в сочетании с согласным [г]). 5—6 мес. — начинает понимать обращенную к нему речь.

8 мес. — начинает понимать слова и повторять жесты.

10 мес. — лепет: начинает произносить одинаковые слоги: ма-ма-ма, ля-ля-ля, ба-ба-ба и пр.

1 год 2 мес. — повторяет слоги и односложные слова за взрослым. Знает свое имя.

1 год 6 мес. — показывает, где папа, мама, баба и т.п. Может показать, где глазки, ротик и пр. на себе и на других. Произносит одно- и двухсложные слова (дай, на, мама, папа, баба и т.п.).

1 год 8 мес. — словарный запас стремительно растет. В активном словаре все больше слов. Четко произносит слова из двух слогов, типа: дядя, тетя и пр.

1 год 10 мес. — начинает произносить слова, состоящие из трех слогов, искажая или смягчая произношение (может выпадать или переставляться один слог). Для обозначения места использует слова в именительном или винительном падежах. При произношении слов опускает первый или последний звук.

2 года — 2 года 2 мес. — пытается произносить трех- и четырехсложные слова. Произносит словосочетания (например: папа Саша). Строит предложения из двух слов (например: «баба, дай»; «мама, гулять»). Может вставить слово в знакомые стихи или песенку. Свои просьбы высказывает словосочетаниями или предложениями без предлогов. Начинает использовать дательный падеж («дай бабе», «иди Лене»), творительный падеж («играть машинкой») и предложный падеж со значением места («конфета столе»).

2 года 2 мес. — 2 года 6 мес. — произносит простые предложения из трех-четырех слов, начинает употреблять в речи прилагательные и предлоги.

2 года — 3 года — словарь от 50 до 200—250 слов. Словарь расширяется за счет понимания слов, обозначающих действия и качества. Предложения из 2—3 слов. Ребенок выполняет двух-

ступенчатую инструкцию (например: достань с полки и принеси маме). Начинает понимать значение предлогов.

От рождения к трем годам в словаре у малыша до 800—1000 слов. Он понимает простые сказки, вначале со зрительной опорой (с картинками), а затем при устном предъявлении. У него в речи присутствуют почти все части речи. Он говорит предложениями из 3—4 слов и постепенно овладевает элементарными грамматическими навыками родного языка.

Нормативы речевого развития детей 3–6 лет

1 год — сознательно выговаривает первое слово.

1,5 года — начинает выражать свои чувства и желания в речи. Он в состоянии воспринимать грамматические нормы родного языка, но из-за нехватки слов создается впечатление специфического «детского языка». Вывод: запрет на родительское «сюсюканье». Малыш в этом возрасте наиболее чувствителен к нормам языка.

2,5—3 года — часто разговаривает сам с собой. Постепенно монологи становятся внутренними.

Речь детей в этом возрасте может иметь нарушения звукопроизношения отдельных согласных (чаще это свистящие, шипящие, звуки [л]—[л'] или [р]—[р']). Твердые согласные может смяг-

чать. Это может быть физиологическим (возрастным) косноязычием, но показать логопеду все-таки нужно. Произносит наизусть небольшие стихи. Строит сложные предложения. Ребенок отождествляет себя с определенным полом (мальчик или девочка). Его творчество проявляется в словообразовании — придумывает свои интересные словечки. Наступает «кризис трех лет». Задача родителей — проявлять понимание, терпение и любовь, но при этом дать ребенку понятие — «границы дозволенного».

3,5 года — ребенок начинает пользоваться речью целенаправленно, осознанно.

4 года — дефекты звукопроизношения постепенно уходят. Ребенок умеет правильно пользоваться предлогами, согласовывать существительные с прилагательными и числительными, образовывать существительные в единственном и множественном числе, а также с уменьшительно-ласкательными суффиксами. Дети в этом возрасте живо интересуются символическими изображениями букв, играют с ними, выкладывают из них простые слова по образцу.

5 лет — заканчивается формирование правильного произношения. Ребенок использует сложные предложения, речь его грамматически правильная. В речи использует сложные предлоги, дееспричастия, владеет словообразованием, пересказывает сказки, мультфильмы и пр. Ребенок постепенно

начинает читать, без принуждения, так как к этому его ведет логика речевого развития.

6 лет — в этом возрасте ребенок должен правильно произносить и различать на слух все фонемы (звуки) родного языка. Самостоятельно определять наличие звука в слове (в начале, в середине или в конце слова), придумывать слова с заданным звуком, выделять ударный гласный звук в слове. Усваивается слоговая структура слова. Пополняется активный и пассивный словарный запас. Ребенок может самостоятельно классифицировать и обобщать предметы по разным признакам, писать слова, предложения, небольшие рассказы.

Первый словарь

Ребенок учится говорить долго до того, как произнесет свое первое слово. В его активном словаре сначала появляются существительные, затем глаголы, далее прилагательные, другие части речи, социальные слова, вопросы. На основании многолетнего изучения развития речи детей раннего возраста, ученые составили усредненный первый словарь малыша.

Существительные

1. Животные: зайчик, кошка, курочка, лошадка, медведь, петушок, птичка, рыба, свинка, собака, утка, цыпленок.

2. Одежда, обувь: ботинки, носки, пальто, трусы, шапка, штаны.

3. Предметы обихода: ложка, свет, тарелка, телефон, часы, чашка.

4. Люди. Собственные имена: бабушка, дедушка, девочка, мальчик, дядя, мама, папа, тетя.

5. Дом: ванна, кровать, стол, стул, телевизор.

6. Еда: банан, каша, молоко, печенье, сок, хлеб, яблоко.

7. Вне дома: дождь, дом, дорога, дерево, качели, снег, трава, цветы.

8. Игрушки: книга, кубики, кукла, мяч, пирамида.

9. Части лица и тела: волосы, глаза, живот, зубы, ногти, нос, рот, руки, уши, язык.

10. Транспорт: автобус, машина, самолет.

Глаголы

Бросить, встать, дать, звонить по телефону, играть, кушать, махать, нарисовать, пить, плакать, положить, поцеловать, причесываться, сесть, скакать, слушать, смотреть, спать, танцевать, топать, уйти, упасть, ходить, хотеть, чистить зубы.

Прилагательные (описательные)

Большой, грязный, красивый, маленький, теплый, холодный, хороший, чистый.

Другие части речи

Слова, обозначающие пространственные отношения: вверх, вниз, в, из, на, там.

Слова, обозначающие принадлежность: мамин, папин, мой.

Социальные слова: да, нет, пока, привет, спасибо.

Вопросы: Где? Что? Кто? Какой?

Ученые определили этапы психофизиологического развития ребенка: один из этих этапов — развитие речи, длится он от рождения до 6 лет. Высокая пластичность ЦНС маленьких детей, социальная сущность речи в жизни человека, выбор правильных средств и методов определяют в основном благоприятную перспективу процесса устранения речевых нарушений. Дети дошкольного возраста с развитыми речевыми навыками лучше справляются с раздражением и меньше злятся, установили ученые из США. Развитые навыки речи помогут детям озвучить свои потребности вместо использования эмоций, капризов, истерик, а также способствуют развитию таких высших психических функций, как мышление, воображение, внимание, память.

Задача родителей — внимательно отнестись к освоению речи своего чада и при первых сомнениях обязательно обратиться к специалисту. Запомните: наилучшее время исправления недостатков речи — именно дошкольный возраст. Нарушения звукопроизношения могут повлечь за собой такие нарушения, как дислексию (трудности с чтением) или дисграфию (трудности с письмом). Чаще всего при задержке речевого развития в школьном возрасте наблюдаются одновременно и дислексия и дисграфия.

Эффективность занятий с логопедом зависит от следующих факторов:

- от уровня развития логопедии как науки;
- мастерства и личностных качеств логопеда;
- комплексного воздействия в коррекционно-логопедической работе (взаимосвязи с психоневрологом, ортодонтом и логопедом);
- характера дефекта и степени выраженности нарушений;
- психических особенностей ребенка и его активностью в процессе устранения речевого дефекта;
- возраста ребенка и состояния его здоровья;
- срока начала логопедической работы (до 6 лет) и ее продолжительностью;
- активной позиции родителей, помогающих логопеду и выполняющих его задания.

При первом посещении логопеда проводится обследование ребенка (определение и постановка диагноза).

В соответствии с результатами первичного обследования разрабатывается *индивидуальная программа занятий для ребенка, включающая:*

- проведение артикуляционной и пальчиковой гимнастики;
- проведение логопедического массажа;
- постановку правильного дыхания;
- постановку нарушенных звуков, их автоматизацию в речи и дифференциацию;
- выработку четкой правильной дикции;

- развитие фонематического слуха и звукобуквенного анализа слов;
- обогащение словарного запаса, развитие грамматически верной речи;
- развитие восприятия ритмического рисунка слова;
- развитие слуха, внимания, памяти, мышления.

По итогам каждой части плана занятий проводится тестирование, по результатам которого корректируется индивидуальная программа занятий.

Каждое занятие логопеда обычно начинается с артикуляционной гимнастики или логопедического массажа. Если массаж должен делать только специалист, артикуляционную гимнастику вы можете делать дома самостоятельно. Это улучшает кровообращение, укрепляет мышцы губ, щек, языка, нормализует тонус мышц и поможет не только ускорить процесс исправления звукопроизношения, но и станет профилактикой речевых нарушений у вашего малыша. Гимнастика для артикуляционного аппарата помогает выработать умения принимать требуемую артикуляционную позу и удерживать ее (подсчет от 1 до 10); плавно переключаться с одной артикуляционной позы на другую. Комплекс упражнений по развитию артикуляционной моторики включает как статические упражнения, так и упражнения, направленные на развитие динамической координации речевых движений. Здесь

же присутствуют упражнения на развитие сочетания движений языка и губ, так как при произношении звуков эти органы включаются в совместные действия. Для зрительного контроля и лучшего запоминания правильных движений занятия должны проводиться перед зеркалом. Пассивные упражнения выполняются медленно и ритмично. При выполнении упражнений необходимо соблюдать определенную последовательность — от простых упражнений переходить к более сложным.

Количество повторов от 2 до 10—15 раз. Главное, чтобы упражнение выполнялось правильно. Выполнять упражнения надо блоками.

После освоения ребенком начального блока артикуляционной гимнастики рекомендуется постепенно добавлять упражнения с учетом индивидуальных дефектов произношения (по рекомендации логопеда).

Заниматься с ребенком нужно минут 5—10, но многократно. Ребенок не должен переутомляться. Так как для детей 4—6 лет ведущей деятельностью является игра, и вы проводите артикуляционную гимнастику с ребенком в игровой форме.

Комплекс упражнений артикуляционной гимнастики

Для губ:

- собирание губ в «трубочку» (можно слегка помочь пальца-

ми. Затем ребенок делает это самостоятельно);

- растягивание губ в «улыбку»;
- поднятие верхней губы с обнажением верхних десен;
- опускание нижней губы с обнажением десен;
- «Улыбочка» — губы раздвинуты в улыбке;
- «Трубочка» — губы вытянуты;
- «Улыбочка — трубочка» — чередовать упражнения.

Артикуляция гласных звуков:

А — рот широко открыт;

У — губы «трубочкой»;

О — губы округлить;

Ы — подбородок «сердится» (напряжен);

Э — рот приоткрыт, язычок высунут;

И — губы «улыбаются».

На развитие и укрепление мышц языка:

- приподнимание кончика языка — шпателем или ручкой чайной ложки к твердому нёбу или к верхней губе;
- подтягивание языка вперед — язык захватывается с помощью салфетки, осторожно подтягивается на нижнюю губу и отводится в сторону;
- «Расческа» — слегка прикусить кончик языка зубами и, не разжимая их, выдвигать язык вперед как можно дальше. На языке должны быть видны следы от зубов. Повторить 1—10 раз;
- «Заборчик из зубов» — губы растянuty в улыбке, зубы сомкнуты;

— «Лопата» — язык высунут изо рта и удерживается в горизонтальном положении «широким», расслабленным;

— «Иголочка» — язык высунут изо рта и удерживается в горизонтальном положении «острым», напряженным;

— «Лопата — иголочка» — чередуем расслабление и напряжение мышц языка;

— «Киска сердится» — кончик языка «зацепить» за нижние зубки и с силой выгибать язык;

— «Часики» — кончик языка высунуть изо рта и тянуть сначала влево, затем вправо;

— «Качели» — кончик языка тянуть к подбородку (вниз), затем к носу (вверх);

— «Вкусное варенье» — только кончиком языка облизать губки по 5 раз по часовой стрелке и против нее.

На верхний подъем языка, растяжение подъязычной уздечки, укрепление мышц кончика языка и выработку вибрации кончика языка:

— «Почистим зубки» — кончиком языка, как зубной щеткой, чистим нижние зубки спереди и по бокам изнутри — снаружи, затем верхние зубки спереди и по бокам изнутри — снаружи;

— «Маляр» — кончиком языка, как кисточкой, «красим» свой потолок (нёбо);

— «Чашечка» — высунуть изо рта широкий, расслабленный язык, «поджать» края языка, чтобы получилась «чашечка». Удер-

живать в таком положении под счет до 10;

— «Барабан» — широким кончиком языка «бьем» по верхним альвеолам (по верхним бугоркам), изменяя и ускоряя темп, приговаривая при этом: ди-ди-ди, ди-ди-ди-ди;

— «Заведи мотор машины» — на сильном выдохе кончик языка касается верхних альвеол (верхних бугорков).

Для выработки правильно направленной воздушной струи

Дыхательная гимнастика с использованием игровых приемов.

Воздух необходимо набирать через нос, а плечи не поднимать. Выдох должен быть длительным и плавным; щеки не надувать (на начальном этапе их можно прижимать ладонями; через несколько занятий — усложните задание — пусть язык лежит на нижней губе.

«Ветряная мельница» — для этого нужна игрушка-вертушка. Ребенок дует на лопасти вертушки: «Ветер, ветер, ты могуч, ты гоняешь стаи туч!»

«Снегопад» — снежинки из ваты. Положить их на ладошку и правильно сдуть ее.

Снег, снег кружится,

Белая вся улица!

Собрались мы в кружок,

Завертелись как снежок.

А. Барто

«Бабочка» — вырезать из бумаги и подвесить на ниточку, затем подуть на нее длительным плавным выходом, чтобы «полетела».

Бабочка-коробочка,

Полети на облачко,

Там твои детки —

На березовой ветке!

«Кораблик» — пускать бумажный кораблик в тазу с водой (дуть плавно и длительно).

«Живые предметы» — плавно подуть на карандаш или катушку на столе, чтобы покатались по направлению воздушной струи.

«Шторм в стакане» — посередине широкого языка положить соломинку для коктейля. Ребенок дует через соломинку, чтобы вода забурилась. Щеки не надувать, а губы неподвижны.

«Задуй свечу» — во время выполнения следить за плавностью и интенсивностью выдоха.

«Чей пароход лучше гудит?» — нужны стеклянные пузырьки. Один берет взрослый, а другой — ребенок. Надо слегка высунуть кончик языка так, чтобы он касался края горлышка, пузырек касается подбородка. Струя воздуха должна быть длительной и идти по середине языка. После показа взрослого ребенок сам изображает гудок парохода.

«Соломинка» — на середину языка положить соломинку для коктейля, «завернуть» язык и дуть, чтобы струя воздуха шла по середине языка в соломинку, а не по щекам.

«Забей гол в ворота» — ватный шарик воздушной струей направить в импровизированные ворота. Пальчиками придерживать щеки, чтобы струя воздуха шла посередине языка, а не по щекам.

Дыхательная гимнастика без использования игровых приемов. Ребенок делает вдох-выдох (рот при этом закрыт), попеременно зажимая то одну, то другую ноздрю.

Тренировка носового дыхания: вдыхать и выдыхать через нос. Рот при этом закрыт.

Тренировка ротового дыхания: вдох и выдох через рот (ноздри можно закрыть пальцами).

Вдох через нос, длительный выдох через рот. Следить, чтобы ребенок не поднимал плечи и не напрягался.

Вдох через рот, выдох через нос.

Артикуляционная гимнастика в стихах

Хочу я разговаривать правильно и внятно
Чтобы то, что говорю,
Было всем понятно!

У меня есть ротик — дом.
Кто хозяин в доме том?
Мой хозяин — язычок,
Я молчу и он молчок.

Вход в дом двери запирают,
Двери разные бывают.
Двери — губы, двери — зубы,
Осторожно, закрываются надежно.

Двери-губки — трубочкой сверну:
Паровозик: ту-ту-ту.
Губки очень гибкие,
Могут стать улыбкою.

Звук [а] услышать я хочу
Широко открою рот и закричу.

Разомкну немного зубы,
Округлю красиво губы,
Язычок поглубже уберу,
Звук [о] произнесу.

ХочУ — кричУ, хочУ — шепчУ,
Везде встречаю букву У.

Заниматься в домике
Поможет логопед.
Язычок подтянет, если нужно,
И поднимет, чтобы было меньше бед.

Упражнение «Трубочка».

Упражнение «Улыбка».

Артикуляция звука [а]
(рот широко открыт).

Артикуляция звука [о]
(губы округлить).

Артикуляция звука [у]
(губы «трубочкой»).

Очень хочет язычок выйти прогуляться,
Но а зубы не пускают: язычок, останься!
Все равно он хочет убежать,
Забор поможет удержать.

Упражнение
«Заборчик».

Далеко ли ты собрался?
Зубки сжаты и язык остался.
Вмиг построили забор,
Будет языку упор.

Упражнение
«Заборчик».

Весело мне и губки улыбаются,
А сжимаю зубки — заборчик получается.

Ребенок выполняет
упражнение «Улыбка»
при сомкнутых зубах.

Наконец-то язычок
Вышел прогуляться,
Он на губку смело лег,
Надо расслабляться.

Расслабленный язык
лежит на нижней
губе.

Язык «лопатою» положу
И под счет его держу.
Один, два, три, четыре, пять!
Язык надо расслаблять.

Упражнение «Лопата».

Отдохну. Теперь немного пошालю,
Сверну язык «иголочкой», кого-то уколую.

Упражнение
«Иголочка».

Затем язык «лопатою» опять я положу
И спокойно подержу.
Язык «иголочкой» потом
Потянем тонким острием.

Упражнение
«Лопата — Иголочка».

Мой язык, как кошечка,
Лежит у окошечка.
Вот немного потянулся,
Изогнулся и проснулся.

Упражнение
«Кошечка».

Решил зарядкою заняться
Влево-вправо — надо же размяться.
Вниз и вверх опускаться-подниматься.
Как на качелях покачаться.

Упражнение
«Часики».
Упражнение
«Качели».

Он поработал, как папины часы,

Упражнение
«Часики».

Немного съел варенья,
Как котик, облизал усы.
Вот это — наслажденье!

Упражнение
«Вкусное варенье».

Язычком почистим зубы —
И снаружи и внутри.
Слева-справа и под губы,
Не болели чтоб они.

Упражнение «Почистим
зубки».

Красить в доме нам пора —
Пригласили маляра.
Ротик смело открываем,
Язычок мы поднимаем.

Упражнение «Маляр».

Я стою на ножке тонкой,
Я стою на ножке гладкой,
Под оранжевою шляпкой
С бархатной подкладкой.

Упражнение «Грибок».

Едем, едем на лошадке
По дорожке гладкой.
На лошадке поскакал
И ни разу не упал.

Упражнение «Лошадка».

Язык на губы положу,
Края немножко подожду,
Чтоб получилась чашечка,
Чашечка-мишечка.

Упражнение «Чашечка».

Барабанщик сильно бьет,
Д-д-д он нам поет.
Медленно — быстрее
Язычок, смелее!

Упражнение «Барабан».

Сильно выдохну и заведу мотор,
Тр-тр-тр, и я — шофер.

Упражнение «Заведи мотор
машины».

Целый день учился говорить,
Звуки правильно произносить,
А теперь улегся на бочок,
Дверь закрылась, он — молчок.

Вот и все, прошел денек,
Потрудился язычок,
Спать улегся, отдохнет,
И работать вновь начнет.

Вечер надвигается,
Домик закрывается.

Записки детского психолога (продолжение*)

Симонян А.Г.,

клинический психолог, детская городская поликлиника
№ 104, Москва

Еще один шаг навстречу

Егор часто рисовал травку, небо, облака. А тут стал пробовать рисовать елку. Нарисовал одну елку, рассмотрел чуть отстранившись. Елка юному художнику не понравилась, он порвал листок. Потом нарисовал вторую елку и снова разорвал рисунок.

— Тебе не понравилась елка, которая получилась на картинке? — говорю я.

— Да, — отвечает мальчик, призадумавшись.

— А нарисуйте, пожалуйста, вы мне елку, — довольно внезапно просит меня Егор.

У меня внутри стайка бабочек вспорхнула, хотя на лице только брови приподняла. Думаю, вот оно! Я была уверена — обратиться к кому-нибудь за помощью, с просьбой было нехарактерно для Егора.

«Хороший шаг вперед», — решила я и нарисовала ему елку — на самом обычном листочке писчей бумаги, самую простую елку — такую, которую сама рисовала в далеком детстве. Егору она понравилась. Он ее закрасил зеленым цветом и начал рассказывать и рисовать о том, как с неба пошел дождик: кап-кап. А из-под земли стала вырастать зеленая травка, все выше и выше. Так,

в символической форме Егор отображает и передает процессы, происходящие в его внутреннем мире. То, что он рисует траву, которая прорастает у него на рисунке и тянется вверх, говорит о его психологическом росте. А на рисунке возникает много солнца и дождя, травка становится все выше.

На следующем занятии Егор сразу же, как зашел в кабинет, начал рисовать елку. Создал ее, пригляделся, перечеркнул творение, перевернул страничку и на обороте нарисовал вторую. Потом добавил травку, солнышко, облака. Раскрасил елку, подумал, присмотрелся и вдруг... порвал листок, выбросив клочки в мусорное ведро.

— Ты выбросил свой рисунок? — спросила я.

— Да. Он у меня не получился, — заявил Егор.

Я расстроилась, рисунок был хороший, к тому же намного более зрелый, чем те, которые рисовались им ранее.

— Очень жаль, что ты выбросил рисунок. Мне вот он очень понравился, — ответила я как можно проще. По-видимому, на моем лице было отражено искреннее, глубокое сожаление, и мальчик прочитал его. Какие-то доли минуты он внимательно смотрел на меня, а потом принял-

* См.: начало: Медработник ДОУ. 2013. № 5, 6.

ся рисовать большую елку, просто громадную, и раскрашивать ее. На обороте написал «Маша Сергевна», нарисовал сердечко и оставил лист мне на память.

Безмерная благодарность, тепло и тихая радость растеклись внутри, заполняя меня — от кончиков пальцев до неизвестных составляющих души. Такие вот незабываемые мгновения, ощущения невероятной силы, что возникают от удачной работы — придают моему труду особый смысл. Для меня они имеют и ценность и важность, пробуждают желание двигаться все дальше и дальше...

Доверие

Последующие три встречи Егор начинал занятия с рисунка — травка у него уже выросла высокая-высокая, перекрывает елку. Появились желтый слоник, выглядывающий из-за травки, и красное солнышко. Что-то коренным образом изменилось в этом мальчике, он стал более инициативным, раскованным, спонтанным. Просит у меня ватман, разрезанный пополам, и пишет на них числа. Прибавляет и отнимает их.

— Скажите мне, а сколько будет восемь минус два? — спрашивает меня Егор с серьезным учительским видом.

— Может быть, шесть? — отвечаю ему я, имитируя задумчивый вид, отзываясь на его игру.

— Правильно, молодец! — с тем же надутым, серьезным видом поддакивает мне мальчик. — А сколько будет шесть плюс

три? — Егор здорово справляется со своей ролью, но и я не отстаю.

— Ммм..., дай подумать... — говорю я, почесывая «котелок». — Девять, что ли?

— Да-да, правильно! — радуется Егор и садится ко мне на колени.

Это было для меня полной неожиданностью. Я обняла его за плечи, боясь нарушить эти скудные минуты близости, глубокого доверия и понимания. Через некоторое время Егор, сползая с коленей, совсем уже по-взрослому спросил меня:

— А что вы хотите, порисовать или поиграть в учителя?

— Хотела бы порисовать, но мы можем продолжить игру, если ты этого хочешь, — сказала я, обозначая свое пожелание, но оставляя выбор за ним.

— Продолжить игру, — решил Егор.

Сказано, сделано. И я снова и снова отвечала на его «строгие» вопросы. Обычно, после всех встреч, я беседую с родителями ребенка или с одним из них. Мама Егора мне поведала, что мальчик стал более раскованным и спонтанным, выступает на праздниках, сам тянется отвечать на занятиях в подготовительной группе, репетирует в школе танцев и даже выступал на конкурсах. А самое главное, над ним никто теперь не смеется, его принимают всерьез и дети и взрослые. Я поговорила с мамой Егора о его боязни насмешек. Помявшись, она рассказала не без сожаления о том, что отец мальчика грубоватый, не-

отесанный мужчина, часто стыдил мальчика по любому поводу...

ВИНОВНИК

Когда отец так смотрел на него, Егор боялся поднять глаза. Ну почему он так смотрит? Что я сделал такого?

— Мужик не должен нюни распускать. Мужик мужиком должен быть!

— Он всего лишь ребенок, ты от него многого требуешь, — вступалась мать.

— Пока только одного, чтобы не распускал нюни.

Ну почему он так смотрит? Ну почему... Когда Егор ловит на себе этот взгляд, сразу сами по себе, не спрашивая позволения, капая слезы... А он — большой и сильный — подходит и трясет сына за плечи.

— Ну, вот опять! Опять ведь! Ну чего ты реवेशь?! Я что тебя обидел чем?! Выходит, я во всем виноват?!

— Оставь его! — тихо требует мама.

Они начинали ругаться, и Егор незаметно отступал в свою комнату, забивался в угол и так сидел, пока мама не заглядывала к нему.

— Миленький, ты испугался?

— Нет, все нормально, — отзывался малыш.

Отец Егора запрещал чувствительному и ранимому ребенку расстраиваться и плакать, открыто издевался над ним, когда тот проявлял «немужские» сентименты. Будучи авторитарной личностью, запугивал мальчика, чтобы добиться полного подчине-

ния. Мама Егора вспоминала, как тот грозился вылить остатки обеда на голову Егора, когда малыш отказывался доесть не понравившееся ему блюдо.

Каждый раз после таких угроз Егор расстраивался, сжимался крохотным комком, уходил в себя. Уговоры и увещевания матери никакого результата не дали. Отец продолжал вести себя все также грубо и бестактно. А однажды случилось вот что...

Летний день обещал покой и радость. Своей дачи не было, зато у друзей — отличный дом и речка совсем близко. Щебетали птицы, солнце щекотало ноздри так, что хотелось чихать. Егор увидел стрекозу. Погнался, чтобы разглядеть ее странные, будто граненые глаза. Пашка и Денька — сыновья хозяев — слишком большие, чтобы играть вместе с Егоркой, тем не менее, покровительственно показали окрестности — старую перевернутую лодку на берегу, большое дуплистое дерево, соседскую козу Зусю...

Взрослые готовили костерок под шашлыки, но детям было велено до вкусного мяса умять «по тарелочке супчика», как выразилась тетя Женя, мамина подруга. Когда Егор увидел эту тарелочку, стало страшно. Он отродясь таких тарелок не видел. Сели обедать...

Егор, оцепенев, смотрел на изобилие стола. Отец горделиво вещал об особенностях маринования мяса, а внутри у Егора распласталась тревога, сплющила в комок все его естество. Желудок

свело под самое солнечное сплетение, и сердце маленького Егора выпрыгивало наружу.

Он ковырял ложкой в борще. На поверхности плавали жирные шкварки, Егор их терпеть не мог... Он просто не любил обильной жирной пищи... Но как он мог это сформулировать? Маленький и жалкий.

— Ну что это, дохляк, — махнул рукой отец. — Ты посмотри, как настоящие пацаны едят. Сам-то ты что?

Ложка застыла в руке Егора. Он вцепился в нее, будто это была та самая последняя соломинка. Для отца это было сигналом. Как он угадывал этот накачивающий на сына страх — чуял носом или видел, как предательски начинали трепетать ресницы сына?

— Я тебе говорил, что на голову налью, если не доешь?

Егор молчал.

— Говорил или нет?

Ресницы вспорхнули и прикрыли глаза, взгляд ребенка остановился на застывшей жирной корочке остывшего супа. Отец подошел и опрокинул тарелку с борщом. Никто и охнуть не успел, как по голове Егора стекала жижа.

— Сыновья наших друзей, — рассказывала мне мама Егора, — полноватые здоровые подростки, с аппетитом уплетающие все, что стоит на столе. Мой же ест всегда понемногу, чтоб он доел свой обед, мне приходилось каждый раз его уговаривать. Сейчас-то он подрос, стал немного лучше питаться. Это злило отца Егора, и он постоянно приводил ему в при-

мер подростков. Я ему говорила: «Ну что тебе до этих мальчиков, они, вон, зато какие здоровые, а наш стройненький, худощавый, хорошего телосложения». Но мой бывший муж не унимался. И вот на третий день нашего пребывания у друзей, за обедом, когда Егор вяло ковырялся ложкой у себя в тарелке с борщом, его отец как будто взбесился. Он еще был чуть подвыпившим. Так вот он начал орать на сына, встал из-за стола, подошел к нему и... — женщина засмушалась, покраснела, перевела дух, — резко опрокинул тарелку с недоеденным борщом на голову Егора.

Глаза у нее увлажнились. Собравшись немного с силами и мыслями, она закончила свой рассказ:

— Создалась неловкая ситуация. Егор, не проронив ни слова, ни слезинки, сидел как застывший и потерянный на стуле и только часто-часто моргал, как будто так пытаюсь справиться со своими чувствами. Остальные: и взрослые и мальчики-подростки на какое-то мгновение тоже застыли, не зная, что делать, как реагировать в этой ситуации. Через некоторое время я как будто очнулась от дурного сна, взяла Егора за руку и увела в ванную комнату. Об этом инциденте в этот день никто не проронил ни слова. Мы пытались говорить на отвлеченные темы, но разговор как-то не клеился. Все были расстроены произошедшим. Бывший муж тоже как-то обмяк, моментально протрезвился, выглядел угрюмым и понурым.

На следующий день мы уехали к себе домой. Что-то сломалось у нас во взаимоотношениях. Мы и раньше с бывшим мужем не очень ладили, и я собиралась с ним развестись, так что этот его поступок был только еще одним утверждением в пользу моего решения. Через полгода мы с ним уже жили раздельно. А еще через полгода я вышла снова замуж. У Егора сейчас есть отчим. Сын его еще не называет папой, но очень любит. Тот его не обижает, занимается им, таскает всюду с собой. Живем теперь мирно и дружно. Собираемся завести общих детей, — женщина улыбнулась.

— И вы никогда с Егором так и не поговорили об этом инциденте? — спросила я.

— Нет, — отозвалась она, оторопело посмотрев на меня, — боялась его снова травмировать. А что вы думаете, стоит об этом с ним поговорить? — спросила она меня через некоторое время.

— Я думаю, да, поговорить об отце, его поступке, чувствах, которые мальчик испытывал в этот момент.

— Я попробую, — заверила меня мама Егора и засобиралась уходить. — А как вы думаете, — спросила она меня уже в дверях, — то, что отчим хорошо относится к Егору, не сыграло ли это роли в его изменении?

— Безусловно, это очень важный фактор. Сложно сказать, как проходил бы процесс психологического роста у мальчика, если бы он, каждый раз возвращаясь домой после наших занятий, попадал в одну и ту же ситуацию. Мы

расстались на неделю, и я с нетерпением ждала развязки.

Надо сказать, что женщина выполнила свое обещание и уже на следующей нашей встрече рассказала, как это произошло.

— Я спросила после обеда у Егора, помнит ли он, как мы отдыхали у Васи с Лешей на даче? Он ответил, что помнит. Я тогда спросила, помнит ли, как папа поступил с ним. Он удивленно посмотрел на меня и молча кивнул. «А что ты помнишь?» — спросила я у Егора. «Как мы сидели за столом, я ел борщ, а вы разговаривали, и вдруг папа разозлился и опрокинул мне тарелку на голову». Егор заплакал.

Я спросила, каково ему было в тот момент. Мальчик сквозь слезы сказал, что ему было стыдно и хотелось встать, заплакать и убежать, но он не смог. Как будто что-то мешало ему это сделать. Егор плакал и рассказывал как ему было горько, стыдно и обидно. Я обняла его за плечи и тоже заплакала. «Ты злишься на папу?» — спросила я у него, когда он успокоился. «Раньше злился, очень, — ответил мне мой мальчик, — а сейчас мне как-то безразлично, даже где-то жалко, он так хочет со мной встречаться, а мне с ним неинтересно», — ответил мне Егор и побежал смотреть телевизор с отчимом. Женщина замолчала, улыбнулась мне и сказала с облегчением:

— Спасибо вам доктор, я бы никогда не решилась поговорить об этом с сыном. А теперь даже легко стало на душе.

— Думаю, у Егора тоже! — ответила я, ощущая такое же облегчение.

(Продолжение следует.)

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книги серии «Растим детей здоровыми»



ЗАНИЯТИЯ В БАСЕЙНЕ С ДОШКОЛЬНИКАМИ

Автор — Рыбак М.В.

В издании представлена образовательная программа по плаванию «Морская звезда» для детей старшего дошкольного возраста.

В программе предложена структура занятий и специфика обучения плаванию. Ее содержание построено на интеграции образовательных областей: «Физическая культура», «Здоровье», «Безопасность», «Труд», «Художественное творчество» и др.



ЗАНИЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ В ДЕТСКОМ САДУ Игровой стретчинг

Автор — Сулим Е.В.

Цель данного издания — повысить интерес детей к физкультурным занятиям за счет введения увлекательных упражнений игрового стретчинга. Книга содержит конспекты-сценарии сюжетно-игровых занятий, спортивных сказок и более 80 разнообразных упражнений по игровому стретчингу. Также представлены загадки и стихотворения, необходимые для выполнения упражнений.



ЗАНИЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ С ДЕТЬМИ 3—7 ЛЕТ

Авторы — Вареник Е.Н., Кудрявцева С.Г., Сергиенко Н.Н.

Предложена система физкультурных занятий, направленных на коррекцию нарушений функций опорно-двигательного аппарата и укрепление здоровья часто болеющих детей дошкольного возраста. Структура организации оздоровительной работы в ДОУ, конспекты физкультурных занятий и примерное планирование.



ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ Для детей от 3 до 5 лет

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

В пособии представлены различные виды игр и физических упражнений, направленных 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 в обычных ДОУ, в детских садах компенсирующего вида и дома.



ИГРЫ, КОТОРЫЕ ЛЕЧАТ Для детей от 5 до 7 лет

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

В методическом пособии представлены критерии оценки физического и психического здоровья детей старшего дошкольного возраста, дано описание разнообразных упражнений и оздоровляющих подвижных игр. Классификация игр и упражнений приводится в соответствии с состоянием здоровья, уровнем физического развития ребенка и режимом дня и охватывает все разновидности игровой деятельности детей.



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

Автор — Зимонина В.Н.

В программно-методическом пособии представлены программа и методическое обеспечение модуля «Расту здоровым», с помощью которых в дошкольных организациях решаются задачи реализации образовательных областей «Физическая культура» и «Здоровье». В книге приводятся материалы по двигательной деятельности, развитию эмоциональной сферы ребенка-дошкольника, методические рекомендации, перспективное планирование и др.

СПОРТИВНЫЕ ПРАЗДНИКИ В ДЕТСКОМ САДУ

Автор — Харченко Т.Е.



Материал книги представляет собой сценарии спортивных праздников и развлечений, подвижных игр, КВН и викторин для детей 3—7 лет. Все мероприятия разделены по временам года — зимние праздники и развлечения, весенние, летние и осенние. Представлены также и праздники различной тематики для любого времени года. В основе пособия — опыт успешной реализации на практике образовательных областей «Физическая культура» и «Здоровье». Книга адресована инструкторам по физической культуре и воспитателям ДОУ, заместителям заведующих по учебно-воспитательной работе, студентам педагогических вузов и неравнодушным родителям.



Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cnt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

или закажите в интернет-магазине: www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой индекс и обратный адрес.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Интернет становится незаменимым помощником, поэтому издательство «ТЦ Сфера» развивает свои интернет-сайты.

Приглашаем посетить сайты:

www.tc-sfera.ru (книги);

www.apcards.ru (наглядная и поздравительная продукция);

www.udou.ru, www.vdou.ru, www.mrdou.ru,

www.logoped-sfera.ru (журналы).

*На сайте книг **www.tc-sfera.ru***

♦ Познакомьтесь с новостями о российском образовании, в том числе дошкольном, и о жизни издательства.

♦ Узнайте о вышедших новинках издательства и ассортименте имеющихся в наличии книг.

♦ Почитайте избранные главы из книг, статьи из журналов, другие публикации.

♦ Опубликуйте свой материал.

♦ Скачайте бесплатные материалы для вашей работы.

♦ Узнайте о семинарах и учебных курсах издательства, на которые можно зарегистрироваться на сайте и оплатить удобным способом.

♦ Подпишитесь на новостную рассылку.

♦ Сделайте заказ на книги издательства.

Книги и наглядные пособия, заказанные на нашем сайте, доставляет интернет-магазин «Лабиринт».

Возможны прямые заказы через издательство: 1) по почте **наложенным платежом**, для этого пришлите заявку **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40 или e-mail: sfera@cnt.ru; 2) курьерской доставкой по Москве, заявку сделайте по тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05.

*На сайте открыток **www.apcards.ru***

♦ Узнайте о вышедших новинках и имеющемся ассортименте.

♦ Сделайте заказ на наглядные пособия, открытки и книги издательства.

Сумма заказа должна быть не менее 10 000 рублей, при этом вы выигрываете в цене, так как цены на сайте открыток оптовые.

Заказы на меньшие суммы возможны через издательство: курьерской доставкой по Москве или самовывозом из магазина по адресу: Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3 (м. Ботанический сад). Заявку сделайте по тел.: (495) 656-72-05, 656-75-05.

*На сайтах журналов **www.udou.ru, www.vdou.ru, www.mrdou.ru, www.logoped-sfera.ru***

♦ Узнайте о вышедших номерах журналов, познакомьтесь с их содержанием.

♦ Загляните в архив журналов, воспользуйтесь указателем статей.

♦ Бесплатно скопируйте размещенные на сайтах материалы.

**ПРИСЫЛАЙТЕ ВАШИ ПОЖЕЛАНИЯ ПО РАБОТЕ
НАШИХ САЙТОВ! ЖЕЛАЕМ УСПЕХОВ!**



Творческий Центр СФЕРА

ПОДПИСНЫЕ ИЗДАНИЯ

Актуальная информация для дошкольных организаций!

	Индексы в каталогах		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
Комплект: «Управление ДОУ» с приложением; «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»; Рабочие журналы для: — воспитателя группы детей раннего возраста — воспитателя детского сада — заведующего детским садом — инструктора по физической культуре — музыкального руководителя детского сада — педагога-психолога — старшего воспитателя — учителя-логопеда	36804	39757	10399
	Подписка только в первом полугодии	(без рабочих журналов)	(без рабочих журналов)
«Управление ДОУ» с приложением и один выпуск «Методист ДОУ»	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой и учебно-игровым комплектом	18036	39756	10396
«Логопед»	82686		

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

36804, 80899, 18036 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
 «РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ», «ПОЧТА РОССИИ»

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их по почте наложенным платежом по **адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по **E-mail:** sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

В следующем номере!

Электромагнитная безопасность населения при эксплуатации базовых станций систем сотовой радиосвязи

Нарушения сна у детей дошкольного и раннего школьного возраста

Формирование социальной уверенности у детей с ОВЗ посредством их интеграции в образовательное пространство ДОУ

Формирование экологической культуры у детей младшего дошкольного возраста

Уважаемые подписчики!

Вы можете заказать предыдущие номера **журнала «Медработник ДОУ»**. Мы вышлем их наложенным платежом. В заявке укажите свой точный адрес, индекс, а также наименование издания и требуемое количество. Заявку отправьте по **адресу:** 129626, Москва, а/я 40, по тел.: (495) 656-75-05 или по **E-mail:** sfera@cnt.ru.



МЕДРАБОТНИК ДОУ
2013, № 7 (43)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Журнал издается с 2008 г.

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

Учредитель и издатель

Т.В. Цветкова

Главный редактор

Л.В. Макарова

Научный редактор

Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор

Н.А. Зайченко

Оформление, макет

С.Н. Гамзиной

Дизайнеры обложки

В. Чемякин, М.Д. Котова

Корректор

Л.Б. Успенская

Точка зрения редакции может не совпадать с мнениями авторов. Ответственность за достоверность публикуемых материалов несут авторы. Редакция не возвращает и не рецензирует присланные материалы.

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

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

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553,

36804 (в комплекте);

«Пресса России» — 42120,

39757 (в комплекте);

«Почта России» — 10399 (в комплекте)

Адрес редакции:

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

Почтовый адрес:

129626, Москва, а/я 40.

E-mail: dou@tc-sfera.ru; www.tc-sfera.ru
www.mrdou.ru

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

Номер подписан в печать 21.10.13. Формат
60×90¹/₁₆. Усл. печ. л. 8,0. Тираж 4000 экз.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2013

© ООО «ТЦ СФЕРА», 2013

© Т.В. Цветкова, 2013





Медработник

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Для медицинских работников, руководителей
дошкольных образовательных организаций



**Не забудьте подписаться
на свой профессиональный журнал!**



Подписные индексы в каталогах:

- «Роспечать» — 80553; 36804 (в комплекте)
- «Пресса России» — 42120; 39757 (в комплекте)
- «Почта России» — 10399 (в комплекте)

Наш адрес: Москва, Сельскохозяйственная ул., д. 18, к. 3
Тел.: (495) 656-7505, 656-7255. E-mail: dou@tc-sfera.ru
www.tc-sfera.ru, mrdou.ru