



МЕДПРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного образовательного учреждения

**Коррекция осанки как задача
физического воспитания
в ДОУ**

**Физкультурно-оздоровительная
работа с тубинфицированными
детьми**

**Безопасная для здоровья
информационно-техническая
среда**

**Применение вакцин вне
национального календаря
прививок**

№6/2011



МЕДРАБОТНИК

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Дошкольного
Образовательного
Учреждения

Содержание

2011, № 6 (26)

Редакционный совет	3
Индекс	4
Колонка редактора	5
Гость номера Я.К. Коблев	6

ГИГИЕНА

Здоровье дошкольника

<i>Комиссарова Е.Н., Панасюк Т.В., Цаллагова Р.Б.</i>	
Заболевания и особенности ростовых процессов дошкольников	10
<i>Тармаева И.Ю., Голышева Н.А.</i>	
Оценка состояния заболеваемости детей в организованных коллективах	13

Рациональное питание

<i>Лесунова С.В.</i>	
Праздник здорового питания	23

Оздоровительная работа

<i>Булатова Е.Н.</i>	
Педагогика оздоровления в системе коррекции речи	27
<i>Карягина Н.В., Абиян А.В.</i>	
Организация физкультурно-оздоровительной работы с тубинфицированными детьми	32
<i>Филимонова Т.А., Курбанова А.А.</i>	
Игровая составляющая модифицированной программы для часто болеющих детей	38

Гигиеническое воспитание

<i>Вержбицкая Е.Г., Куприенко Е.И.</i>	
Формирование информационно-технической среды в семье	51

ПЕДИАТРИЯ

Здоровый ребенок

<i>Николаева Г.В.</i>	
И жить торопится и чувствовать спешит	54

Неинфекционные заболевания*Парамей О.В.*

Готовь сани летом, а капли для лечения аллергических поражений глаз — зимой 57

Инфекционные заболевания*Рулева А.А., Николаевич М.С.*

Распространенность неинвазивной пневмококковой инфекции среди дошкольников Санкт-Петербурга 60

ПЕДАГОГИКА**Физическое воспитание***Ханжиева А.Я.*

Содержательные основы системы дошкольного физического воспитания 68

Теучеж И.Б., Дорошенко А.С.

На пути к созданию республиканской программы модернизации дошкольного образования 71

Доронина Н.В., Кагазежева Н.Х.

Коррекция осанки как задача физического воспитания в ДОУ 73

Соколкина В.А.

Двигательная подготовка детей 5—7 лет в семье (продолжение) 76

Развитие ребенка*Васюков А.С.*

Настольный теннис как форма организации познавательной деятельности дошкольника 85

Экология*Кабаян О.С., Фалько Е.Б.*

Региональная программа эколого-валеологического воспитания и образования детей дошкольного возраста 89

Педагогическая копилка*Коломийцева Н.С.*

Физкультурный праздник «Мы дружим со спортом» 93

АКТУАЛЬНО**Роспотребнадзор сообщает** 59, 111**Нормативные документы**

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях (СанПиН 2.4.1.2660-10) (окончание) 96

Приказ от 28.12.2010 № 2106 об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников 104

А знаете ли вы 9, 95**Медицинский кабинет***Рулева А.А.*

Применение вакцин вне национального календаря прививок ... 112

Книжная полка 67, 88, 122**Памятка авторам** 126**Как подписаться** 127**Анонс** 128

Редакционный совет

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

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

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

Матвеева Нина Александровна — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей гигиены и экологии Нижегородской государственной медицинской академии (г. Нижний Новгород).

Синякова Дина Владимировна — начальник отдела надзора по гигиене детей и подростков Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве (Москва).

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

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

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

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

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

Редакционная коллегия

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

Лебедева Елена Львовна — ст. преподаватель кафедры теории и методики дошкольного образования, зам. декана факультета дошкольной педагогики и психологии ГОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», научный редактор журнала «Конфетка».

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

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

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

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

ИНДЕКС

УЧРЕЖДЕНИЯ И АВТОРЫ, УПОМИНАЕМЫЕ В НОМЕРЕ

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

Адыгейский государственный университет, г. Майкоп	51, 68, 89	ФГУ «НИИ детских инфекций ФМБА России», Санкт-Петербург	60, 112
ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет», Иркутск	13	Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург	10
Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп	6, 32, 38, 51, 71, 73, 85, 93	НИИ радиационной гигиены им. проф. П.В. Рамзаева, Санкт-Петербург	60
МДОУ «Детский сад № 15 компенсирующего вида», г. Майкоп	32	Российский государственный медицинский университет им Н.И. Пирогова, Москва	54, 57
МДОУ № 39, г. Майкоп	27	Российский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, Москва	10
МДОУ № 56, г. Майкоп	89	Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург	10
МДОУ № 34, г. Майкоп	71		
МДОУ д/сад № 83, г. Каменск-Уральский Свердловской обл.	23		
Московский городской психолого-педагогический университет, Москва	76		
Абиян		Купrienko Екатерина Игоревна	51
Анжелика Владимировна	32	Курбанова	
Булатова		Аша Абдулхаликовна	38
Елизавета Николаевна	27	Лесунова	
Васюков		Светлана Владимировна	23
Александр Сергеевич	85	Николаева Галина Викторовна	54
Вержбицкая		Николаевич	
Елена Григорьевна	51	Михаил Семенович	60
Голышева		Панасюк	
Наталья Александровна	13	Татьяна Владимировна	10
Доронина		Парамей	
Наталья Васильевна	73	Ольга Владимировна	57
Дорошенко		Рулёва	
Алексей Сергеевич	71	Анна Александровна	60, 112
Кабаян Ольга Сергеевна	89	Соколкина	
Кагазежева		Вероника Александровна	76
Нурят Хазерталевна	73	Тармаева Инна Юрьевна	13
Карягина Нина Владимировна	32	Теучеж Ирина Борисовна	71
Коблев Якуб Камболетович	6	Фалько Елена Борисовна	89
Коломийцева		Филимонова	
Наталья Сергеевна	93	Татьяна Антоновна	38
Комиссарова		Ханжиева	
Елена Николаевна	10	Александра Яльдовна	68
		Цаллагова Роза Борисовна	10

Уважаемые коллеги!

Физическое воспитание играет важную роль в укреплении здоровья ребенка, его психическом и моторном развитии. Современные и эффективные формы организации двигательной активности детей в образовательных учреждениях оказывают положительное влияние на функциональные резервы организма детей. Сегодняшний номер — яркое тому подтверждение. Он подготовлен совместно с коллегами из Института физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, а в гостях у нас — ректор института **Коблев Якуб Камболетович**, член-корреспондент РАО, профессор, доктор педагогических наук, заслуженный тренер СССР. В этом году Институту физической культуры и дзюдо исполняется 40 лет. Он был первоначально открыт как факультет физического воспитания Адыгейского государственного педагогического института, а затем преобразован в институт — структурное подразделение Адыгейского государственного университета. Сегодня институт — признанный научно-методический центр региона в области физической культуры. За годы его плодотворной работы открыта Галерея чемпионов и наряду с этим подготовлены сотни специалистов в сфере физической культуры и спорта, безопасности жизнедеятельности, которые направляют свои профессиональные знания и творческие усилия на сохранение и укрепление основной жизненной ценности здоровья человека.

В рамках исследовательской деятельности сотрудниками института разработана технология интеграции двигательной и познавательной деятельности детей на физкультурных занятиях в дошкольных образовательных учреждениях, позволяющая повысить как образовательную составляющую учебного процесса, так и физическую подготовленность и физическое состояние детей (показатели физического развития, его гармоничность).

Огромную ценность для работы ДОУ представляют и другие разработки ученых, касающиеся особенностей использования физической культуры в работе с детьми, имеющими нарушения в состоянии здоровья, с задержкой психического развития и проблемами в развитии.

От всей души поздравляем коллег с юбилеем института. Желаем не останавливаться на достигнутом, всегда идти вперед. Благодарим всех, кто принял участие в подготовке номера.

Главный редактор Л.В. Макарова

Гость номера

Коблев Якуб Камболетович

*д-р пед. наук, профессор, член-корреспондент РАО,
заслуженный тренер СССР, ректор Института физической
культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета,
г. Майкоп*

Применение элементов дзюдо в развитии двигательного творчества детей

В настоящее время теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста непрерывно развивается и обогащается новыми теоретико-методическими знаниями, получаемыми в результате изучения всех сторон воспитания ребенка. В нашей стране и за рубежом ведутся педагогические исследования, подтверждающие вклад целенаправленного физического воспитания в процесс психомоторного, умственного и эмоционального развития детей дошкольного возраста. Результаты медицинских исследований свидетельствуют о необходимости повышения двигательной активности для обеспечения нормального развития организма ребенка. Пассивный образ жизни в эти важнейшие годы непосредственно влияет на состояние здоровья во взрослом возрасте (40% заболеваний у взрослых были «заложены» еще в детском возрасте). В других исследованиях показано, что дошкольный период — решающий в плане форми-

рования отношения к физическому воспитанию и желания осваивать новые виды физической активности.

Очевидно, что физическое воспитание требует такой организации, чтобы в его процессе развивались не только двигательные умения, навыки и физические качества, но и положительное отношение к физической активности и здоровому образу жизни, обеспечивалось ребенку необходимое для поступления в школу состояние физической подготовленности. Это требует постоянного совершенствования уровня научной обоснованности методов физической подготовки детей дошкольного возраста, интенсивной научной разработки вопросов развития двигательного творчества детей. Ведь именно в нем ребенок раскрывает моторные характеристики собственного тела, учится относиться к движению как к предмету игрового экспериментирования и создавать новые формы движений.

Возрастные особенности дошкольников связаны с дальнейшим ростом и развитием детского организма, совершенствованием физиологических функций и процессов. В этот период активно формируется костно-мышечная система, в связи с чем недопустимо длительное пребывание детей в неудобных позах, сильные мышечные напряжения, поскольку это может спровоцировать дефекты осанки, плоскостопие, деформацию суставов.

Возраст от 3 до 5 лет уникален по своему значению для речевого развития и формирования символической функции, способствующей становлению у детей внутреннего плана мышления. При активном взаимодействии и экспериментировании дети начинают познавать новые свойства природных объектов и отдельных явлений — это позволяет им каждый день делать удивительные «открытия», в том числе и в сфере двигательной деятельности. Одна из форм развития двигательного творчества детей — применение элементов дзюдо в системе физического воспитания дошкольников.

Как установлено, на 3—4-м году жизни заметно расширяется и обогащается двигательный опыт ребенка, развивается произвольность управления движениями, формируется интерес к физическим упражнениям, который с дальнейшим ростом и развитием маленького человека должен становиться более устойчивым, пе-

рерастая в осознанную необходимость и жизненную потребность, в сформированную спортивную культуру личности.

В Японии — стране, подарившей миру дзюдо, формирование спортивной культуры личности начинается с дошкольного возраста через создание специально организованной развивающей среды физического воспитания. Как известно, из 30 млн занимающихся этим видом спорта в мире, 8 млн — жители Страны восходящего солнца. Наряду с таким впечатляющим показателем массовости в дзюдо поражает и результативность: из 16 высших наград на чемпионате мира 2010 г. — 10 были завоеваны японскими спортсменами. Занятия дзюдо в Японии включены в форму обязательной дисциплины в программу общеобразовательной школы, для подростков и юношества открыты спортивные секции в рамках дополнительного образования. Но немаловажным фактором в достижении успешности японскими дзюдоистами, на наш взгляд, является планомерное массовое вовлечение в мир дзюдо детей, начиная с раннего дошкольного возраста.

Занятия дошкольников, как правило, организуются в том зале, где занимаются спортсмены более старших возрастов. На татами определяется «граница»: прокладывается веревка, несколько поясов или иные ориентиры, разделяющие спортивную зону на две части — взрослую и детскую.

Дети находятся под контролем тренера, который строго не регламентирует их действия, но неукоснительно соблюдает меры безопасности и предосторожности. Малыши могут кувыряться, ползать, выполнять движения, которые им доступны и нравятся, в чем-то копируя поведение старших спортсменов, отрабатывающих технико-тактические действия на своей зоне татами. В качестве обучающих действий с детьми отрабатываются начальные умения и навыки безопасно падения, формирующие приемы самостраховки.

Важную роль в привлечении детей к борьбе дзюдо играет формирование особого отношения к ритуалам поединка (поклоны и приветствие татами, сопернику, судейской бригаде, аккуратность в ношении кимоно и др.), передающим заложенные веками традиции, воспитывающие и развивающие дух дзюдоиста. Основопологающим здесь является то, что именно в возрасте 3—5 лет взрослый человек воспринимается ребенком как образец, он берет с него пример, хочет быть во всем похожим на него.

Таким образом, формируя и развивая с малых лет в ребенке устойчивый интерес к дзюдо, в Японии решается одна из важнейших задач — воспитание физически и нравственно здоровой нации. Несомненно, эта задача стоит как самая важная в любом государстве, в том числе и в России. Для ее решения приме-

няются различные способы, но мы предлагаем более детально и пристально рассмотреть имеющий положительные результаты опыт японских специалистов.

Надо отметить, что попытки реализовать эту идею в России уже предпринимаются. Так, в рамках учебно-тренировочного процесса в стенах нашего института тренерами-преподавателями кафедры спортивной борьбы организуются занятия с использованием элементов дзюдо для детей дошкольного возраста. В 2006 г. рядом авторов (С.В. Ерёгина, Р.М. Дмитриев, Ю.А. Кришук, С.И. Соловейчик) были подготовлены и изданы издательством «Советский спорт» под грифом Национального союза дзюдо и Федерации дзюдо России «Методические рекомендации по физической культуре для дошкольников (с начальными формами упражнений дзюдо)», допущенные к реализации Федеральным агентством по физической культуре и спорту. В них представлены разработанные авторами методики по внедрению в практику начальных форм физических упражнений, в том числе и упражнений дзюдо; технология воспитательной работы с дошкольниками, содействующая формированию их личностных качеств и способностей; дано детализированное распределение учебного материала в системе занятий, отражающей основные содержательные линии

воспитания, обучения и развития двигательной деятельности детей 3—6 лет.

Вместе с тем реализация данного направления в практике работы дошкольных образовательных учреждений в регионах России на сегодня достаточно ограничена, что, по-видимому, связано с недостаточной его популяризацией. Кроме того, большей эффективностью будут отличаться занятия дзюдо, организованные на базе детско-юношеских спортивных школ с включением в них подготовительных элементов для групп дошкольников по типу японского опыта. Именно в этом случае мы можем ожидать в недалеком будущем улучшения результатов-

ности выступления на международной арене российских спортсменов различных возрастных групп, которые будут продолжать славные традиции советской и российской школы дзюдо, связанные с именами воспитанников различных спортивных школ нашей страны, в том числе — первого чемпиона мира по дзюдо в СССР, олимпийского чемпиона (1976) Владимира Невзорова, четырехкратного чемпиона Европы, чемпиона мира, двукратного обладателя межконтинентального кубка Хазрета Тлецери, призера олимпийских игр (1980) Арамбия Емижа и других воспитанников Майкопской школы дзюдо.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

3 октября — Международный день врача. Профессия врача относится к одной из самых древних. Первой его профессиональной клятвой стала клятва Гиппократата. По инициативе Всемирной организации здравоохранения в первый понедельник октября отмечается Международный день врача — день солидарности и активных действий врачей всего мира.

В 1971 г. была создана международная медицинская гуманитарная организация Врачи без границ — *Medecins Sans Frontieres*, (MSF). Среди учредителей — Международный Красный Крест, Мальтийский орден и ЮНИСЕФ. Организация независимая, финансируется главным образом за счет общественных пожертвований из стран, где находятся ее представительства. MSF, действуя под эгидой ООН, оказывает помощь жертвам природных катастроф, вооруженных конфликтов, эпидемий, социальной маргинализации более чем в 80 странах мира, помогает всем вне зависимости от политической, религиозной или этнической принадлежности. Ежегодно около 700 медицинских работников MSF работают в горячих точках мира.

Заболевания и особенности ростовых процессов дошкольников

Комиссарова Е.Н.,

д-р биол. наук, профессор, Санкт-Петербургская
государственная педиатрическая медицинская
академия, Санкт-Петербург;

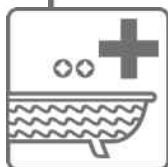
Панасюк Т.В.,

д-р биол. наук, профессор, Российский
государственный университет физической культуры,
спорта и туризма, Москва;

Цаллагова Р.Б.,

д-р мед. наук, профессор, Национальный
государственный университет физической культуры,
спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта,
Санкт-Петербург

ГИГИЕНА



Чрезвычайно важен ранний прогноз роста и развития детей, позволяющий применять развивающие, образовательные, воспитательные и оздоровительные технологии с учетом конкретных особенностей организма ребенка. Неравномерность темпов индивидуального развития человека обусловлена глубинными биологическими причинами, связанными с естественным разнообразием строения и функций тела. По комплексу медицинских и психолого-педагогических критериев к учебе в школе не готовы до 20% детей 6—7-летнего возраста; у 40—50% таких детей выявлены функциональные отклонения, у 36% — отмечены функциональная неполноценность дыхательной и сердечно-сосудистой систем, недостаточный уровень развития двигательных качеств [1—3].

С целью изучения взаимосвязи между ростовыми процессами и заболеваемостью были проведены соматометрия детей 3—7 лет, проживающих в Москве и Северо-Западном регионе (см. таблицу), анкетирование матерей и сделана выкопировка из историй развития ребенка.

Таблица
**Количество детей,
прошедших обследование**

Возраст, лет	Мальчи- ки	Девочки
3	210	159
4	143	131
5	142	128
6	111	93
7	55	46

Соматометрические обследования включали:

- измерения массы тела;
- продольных размеров тела;
- продольных и поперечных диаметров головы;
- окружности грудной клетки;
- диаметра таза, суставов (локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного) для определения костной массы;
- обхватов конечностей — для расчета мышечной массы;
- кожно-жировых складок — для определения жировой массы.

Состав массы тела рассчитывали по J. Mateigka (1921). Для математико-статистической обработки полученных результатов исследования использовалось программное обеспечение класса электронных таблиц Microsoft Excel 7.0.

Результаты исследования

Заболевания аллергического происхождения (атопический дерматит, нейродермиты, проявления экссудативно-катарального диатеза, крапивница) и соматическая патология раннего возраста

(анемия железodefицитная, рахит) в возрастной группе 3—7 лет имеют два варианта: в виде продолжения манифестации основных клинических признаков и в виде остаточных явлений.

У мальчиков 3—4 лет, имевших аллергические заболевания, в среднем немного чаще встречаются пониженные значения ширины запястья, продольного и поперечного диаметров головы, окружности грудной клетки и бедра, продольных размеров тела, корпуса и ноги, ширины плеч и жировой складки под лопаткой ($r = 0,4$). У девочек этого же возраста была получена аналогичная взаимосвязь с длиной руки, обхватом плеча и предплечья, диаметром таза и голеностопного сустава. А в возрасте 5—6 лет увеличение указанных размеров следует объяснять последующим компенсаторным ростом.

Изучение влияния перенесенного в раннем возрасте рахита у мальчиков на последующие несколько лет жизни выявило отрицательные корреляции с массой тела, обхватом грудной клетки и плеча и отсутствием этих корреляционных связей у девочек с длиннотными и поперечными габаритами тела. Таким образом, мальчики 3—7 лет, перенесшие рахит, в среднем имеют несколько меньшие размеры тела в 3—4 года с относительным увеличением роста и развития в 5—6 лет.

Перенесенные респираторные заболевания у мальчиков в воз-

расте года и интервале 3—6 лет оказали влияние на длину тела, корпуса, руки и ноги, продольного диаметра головы и жировой складки, измеренной под лопаткой. Это означает, что дети с большими продольными размерами тела, обладающими в среднем несколько более лептосомным телосложением, возможно, имеют большую предрасположенность к возникновению респираторных заболеваний.

Для девочек определены связи ($r = -0,2$) факта перенесенных в 4—6 лет заболеваний дыхательной системы со значениями длины корпуса, руки и ноги, диаметров плеч, коленного и голеностопного суставов, обхвата груди. Таким образом, у девочек, как и у мальчиков, перенесших в 4—6 лет респираторные заболевания, в среднем в 5—6 лет наблюдаются немного более низкие стандартизированные значения перечисленных признаков по сравнению с аналогичными уровнями в 3—4 года.

Перенесенные сердечно-сосудистые (пролапс митрального клапана) и желудочно-кишечные (дискинезии желчевыводящих путей) заболевания у мальчиков и девочек 3—7 лет практически не обнаруживают связей с индивидуальными показателями размеров тела, хотя у девочек удалось выявить невысокие корреляции с индивидуальными значениями длины тела, обхватом предплечья и практически всех

жировых складок. Большая часть этих связей — отрицательная, и можно сказать, что у девочек, страдающих этими болезнями, в 5—6 лет наблюдаются немного более низкие стандартизированные значения перечисленных признаков по сравнению с аналогичными уровнями, наблюдаемыми в 3—4 года. Такая картина напоминает возможный эффект замедления ростовых процессов этих размеров тела вследствие имеющейся патологии.

Таким образом, проведенное сопоставление нескольких факторов (анамнез, рост, развитие, функциональные характеристики, заболеваемость) позволяет индивидуализировать систему профилактических мероприятий детей разного возраста средствами и методами массовой физической культуры.

Литература

1. Дерябин В.Е., Федотова Т.К., Панасюк Т.В. Ростовые процессы, стабильность и перестройки размеров тела у детей дошкольного возраста // Биологический факультет МГУ. М., 2004.
2. Комиссарова Е.Н. Комплексная оценка индивидуально-типологических особенностей у детей периода первого детства: Автореф. дисс. ... д-ра биол. наук. СПб., 2002.
3. Панасюк Т.В. Конституциональная принадлежность как основа прогноза роста и развития детей от 3 до 17 лет. Автореф. дисс. ... д-ра биол. наук. СПб., 2008.

Оценка состояния заболеваемости детей в организованных коллективах

Тармаева И.Ю.,
д-р мед. наук, профессор;

Голышева Н.А.,
врач интерн медико-профилактического факультета ГОУ ВПО
«Иркутский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, г. Иркутск

Основы здоровья каждого поколения закладываются в детском возрасте, и здоровье взрослого населения во многом определяется показателями здоровья, имевшимися в детстве. В оценке состояния здоровья детского населения в последнее время все чаще первостепенное значение приобретают показатели заболеваемости. Это обусловлено несколькими причинами. Во-первых, уровень заболеваемости, являясь клиническим критерием оценки иммунологического статуса, позволяет объективно отразить степень утраты здоровья. Во-вторых, зная структуру заболеваемости, можно определить приоритеты в решении задач по снижению заболеваемости. Кроме того, заболеваемость детей, с точки зрения организации и планирования лечебно-оздоровительных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, — наиболее существенный показатель в дея-

тельности врачей-педиатров, гигиенистов и эпидемиологов. Важность изучения ее обуславливается не только социальным значением подрастающего поколения, но и тем фактом, что в детском возрасте начинают формироваться некоторые хронические заболевания, которые впоследствии могут вызывать инвалидность взрослых [1].

Приведем анализ заболеваемости детей 4—6-летнего возраста ДОО по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. Показатель заболеваемости регистрировался на уровне 2141,9 случаев на 1 тыс. детей. По половым признакам данный показатель имел некоторые различия, составляя у мальчиков 2161,7 случаев, у девочек — 2109,5 на 1 тыс. детей ($p > 0,05$).

Анализ показателя первичной заболеваемости по важнейшим классам выявил, что заболеваемость детей формировалась на протяжении анализируемого пе-

риода классом «Болезни органов дыхания», составляя в среднем за исследуемый период 1537,3 случая на 1 тыс. детей. По половым признакам достоверных различий не отмечено ($p > 0,05$). Удельный вес данной причины в показателе первичной заболеваемости составляет 72,3%. Второе ранговое место в формировании показателя первичной заболеваемости по причинам занимает класс «инфекционные и паразитарные заболевания», составляя 203,5 случаев на 1 тыс. детей. Достоверных различий по половым признакам также не отмечалось. Заболеваемость мальчиков составила 202,5 случая, девочек — 205,1 на 1 тыс. чел. На долю данного класса приходится 9,6% всей первичной заболеваемости. Третье ранговое место по причинам обращения детей за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения занимает класс «Болезни органов пищеварения». В среднем за период 2006–2008 гг. показатель по данному классу составил для обоих полов 74,1 случая на 1 тыс. детей, удельный вес данной причины заболеваний — 3,5%. Таким образом, в совокупности на три класса заболеваний приходится 85,4% всех первичных случаев обращений детей ДОУ 4–6 лет в лечебно-профилактические учреждения. Показатель первичной заболеваемости в целом по всем классам составил в 2006 г. 2136,6 случаев, незначительно уменьша-

ясь до 2114,3 случая в 2008 г. на 1 тыс. детей соответственно (снижение на 1,1%).

Изучение первичной заболеваемости, по данным обращаемости, характеризует лишь отдельную сторону многопланового ее показателя. Необходимо учитывать, что на данный показатель влияет уровень организации медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях (обеспеченность врачами, специализация медицинской помощи, квалификация врачей, величина радиуса врачебного обслуживания и доступности, уровень профилактической работы, качество статистического учета врачебных диагнозов, санитарно-гигиеническая грамотность населения). Как считает В.А. Медик, данные факторы могут приводить к разбросу данных заболеваемости в пределах 10–15% [2].

Для установления распространенности заболеваний, приближенную к «истинному» уровню, мы изучили показатели общей заболеваемости детей ДОУ по данным обращаемости за медицинской помощью.

Показатель общей заболеваемости детей в среднем за период 2006–2008 гг. составил в целом 2663,2 случаев на 1 тыс. чел. Сравнивая показатель общей заболеваемости по половым признакам, необходимо отметить, что ее показатель у мальчиков был несколько выше и составил 2701,1 случаев, у девочек — 2628,7 случаев на 1 тыс. детей ($p > 0,05$).

Данный показатель как у мальчиков, так и у девочек формировался прежде всего за счет класса «Болезни органов дыхания». Динамика показателя общей заболеваемости по данной группе причин не имеет положительных тенденций. Так, в 2006 г. показатель регистрировался на уровне 1880,4 случаев, в 2007 г. — 1897,4, в 2008 г. — 1900 на 1 тыс. чел.

Второе ранговое место в показателе общей заболеваемости приходилось на класс «Инфекционные и паразитарные заболевания», составляя в среднем за период 2006—2008 гг. 167,0 случаев на 1 тыс. детей. Статистически значимых различий в уровне показателя заболеваемости по половым признакам не регистрировалось: заболеваемость мальчиков составила 169,4 случаев, девочек — 164,1 случаев на 1 тыс. чел.

В динамике данный показатель снизился за исследуемый период у мальчиков на 16,7%, у девочек — на 19,7%.

Третье ранговое место приходилось на класс «Болезни органов пищеварения». В целом за период 2006—2008 гг. показатель общей заболеваемости по данному классу составил 111,4 случаев на 1 тыс. чел. Рассматривая отдельно показатель общей заболеваемости мальчиков в возрасте 4—6 лет, можно отметить его некоторое снижение с 122,3 случаев в 2006 г. до 115,7 случаев в 2008 г., в то время как у девочек данный показатель несколько увеличился, регистрируясь в 2006 г. на уровне 109,4 случая, в 2008 г. — 112,3 на 1 тыс. чел.

С точки зрения определения приоритетов лечебно-оздоровительных мероприятий, большое значение имеют данные о заболеваемости детей ДОУ в зависимости от возраста. В табл. 1 представлены показатели первичной заболеваемости детей ДОУ по обращаемости за медицинской помощью по отдельным возрастным группам.

Анализ табл. 1 показывает, что максимальные значения показателя первичной заболеваемости детей, посещающих ДОУ, приходятся на возраст 4 лет, составляя 2361,6 случая на 1 тыс. детей соответствующей возрастной группы. Показатель первичной заболеваемости среди мальчиков выше, чем среди девочек, и составляет 2443,2 и 2266,3 случаев соответственно ($p > 0,05$).

В возрастной группе 5 лет показатель уменьшился по отношению к группе 4-летних детей на 17% и составил 2027,7 случаев на 1 тыс. чел., распределяясь примерно одинаково. Минимальные значения показателя первичной заболеваемости приходились на возраст 6 лет, составляя для обоих полов 1983,6 случаев на 1 тыс. детей соответствующей возрастной группы.

Показатели общей заболеваемости детей, по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения в зависимости от возраста, представлены в табл. 2. Как следует из таблицы, отмечаются выраженные различия показателя общей заболеваемости в зависимости от возраста. Так, в 4-летнем возрасте показатели общей забо-

Таблица 1

**Показатели первичной заболеваемости детей ДООУ по данным обращаемости
за медицинской помощью в ЛПУ по возрастным группам
(на 1 тыс. детей соответствующего возраста и пола)**

Заболевания	4 года			5 лет			6 лет			Всего (в среднем)		
	маль- чики	де- вочки	оба пола	маль- чики	де- вочки	оба пола	мальч ики	де- вочки	оба пола	маль- чики	де- вочки	оба пола
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Инфекционные и паразитар- ные	233,1	240,8	231,2	200,8	204,1	200,0	175,4	180,3	178,4	202,5	205,1	203,5
Новообразования	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Болезни: — крови;	24,7	21,8	23,1	19,8	19,3	20,0	23,3	19,5	21,2	23,0	20,0	21,6
— эндокринной системы;	8,5	7,8	8,0	12,9	13,0	13,0	10,6	11,4	11,0	10,3	10,2	10,3
— нервной системы;	24,0	20,3	22,1	38,7	36,2	37,1	41,4	35,6	38,5	33,8	27,7	30,0
— глаз;	65,2	48,6	60,1	57,1	40,8	40,3	39,4	41,0	40,2	53,2	44,3	49,5
— уха;	32,3	39,6	46,7	44,7	34,9	40,1	31,0	38,8	35,0	42,0	38,3	40,2
— системы кровообращения;	27,1	23,4	25,0	29,1	28,6	29,1	30,2	20,9	25,6	28,1	24,9	26,9
— органов дыхания;	1780,8	1625,8	1703,0	1395,1	1490,8	1443,1	1390,3	1480,8	1436,8	1535,0	1537,2	1537,3
— органов пищеварения;	69,3	62,7	66,2	73,9	60,9	67,3	82,3	85,6	84,5	76,0	71,4	74,1
— кожи и подкожной клетчатки;	78,2	82,7	80,1	39,2	34,6	37,0	27,3	23,0	25,3	47,5	46,0	46,5
— костно-мышечной систе- мы;	22,3	19,0	20,2	28,2	28,1	28,2	26,2	28,3	27,1	26,8	24,0	25,6

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
— мочеполовой системы	13,5	14,4	14,0	19,1	9,1	14,2	14,8	8,3	11,1	15,4	10,8	12,8
Врожденные аномалии	10,3	10,9	10,6	8,7	4,5	6,5	6,0	4,7	5,4	8,2	6,1	7,3
Травмы, отравления	34,3	30,1	32,0	33,1	25,2	29,1	31,9	16,7	24,3	33,7	23,8	28,6
Психические расстройства	—	—	—	1,1	—	0,6	7,9	1,8	1,9	3,0	1,8	2,5
Прочие	19,6	18,4	19,3	24,1	20,1	22,1	20,5	14,0	17,3	22,2	17,9	20,4
Всего	2443,2	2266,3	2361,6	2025,6	2050,2	2027,7	1958,5	2013,9	1983,6	2160,7	2109,5	2136,9

Таблица 2

**Показатели общей заболеваемости детей ДОО по данным обращаемости
за медицинской помощью в ЛПУ по возрастным группам
(на 1000 детей соответствующего возраста и пола)**

Заболевания	4 года			5 лет			6 лет			Всего (в среднем)		
	маль- чики	девоч- ки	оба пола	маль- чики	де- вочки	оба пола	мальч ики	де- вочки	оба пола	маль- чики	девоч- ки	оба пола
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Инфекционные и парази- тарные	228,1	183,3	206,1	141,8	180,1	161,1	136,3	128,2	132,0	169,4	164,1	167,0
Новообразования	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Болезни: — крови;	29,2	26,4	27,7	25,4	30,1	27,9	38,9	31,3	35,0	32,1	28,7	30,1

Окончание табл.

18

Здоровье дошкольника

М
ЕДРАБОТНИК
2011, № 6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
— эндокринной системы;	18,9	20,9	20,0	19,8	22,3	21,1	23,4	23,9	23,2	21,8	21,9	21,9
— нервной системы;	29,9	24,7	27,1	55,2	43,1	50,1	45,2	45,2	49,1	47,2	38,4	43,0
— глаз;	76,4	64,9	70,8	62,3	63,8	63,1	69,5	69,5	69,4	69,1	67,1	67,7
— уха;	58,7	64,6	61,7	67,1	53,1	60,1	51,4	51,4	55,8	61,6	56,2	58,2
— системы кровообращения;	49,4	42,1	45,8	56,7	58,4	57,8	59,1	47,1	53,1	54,2	49,7	51,1
— органов дыхания;	2410,7	2237,8	2324,2	1800,1	1890,3	1890,3	1480,1	1505,3	1492,7	1895,7	1891,3	1892,9
— органов пищеварения;	127,1	110,3	119,0	111,8	103,4	107,6	107,0	108,0	107,5	116,0	108,1	111,4
— кожи и подкожной клетчатки;	94,3	95,8	95,0	51,1	40,9	45,9	42,8	33,6	38,2	62,1	58,4	60,5
— костно-мышечной сис- темы;	39,8	30,6	35,2	54,9	59,2	57,3	52,7	52,3	52,5	50,9	48,1	49,7
— мочеполовой системы	28,3	25,3	26,8	37,4	21,8	30,0	22,6	29,9	26,1	30,9	26,9	27,7
Врожденные аномалии	11,4	13,6	12,5	12,7	10,0	11,2	13,9	11,8	13,0	12,1	11,4	10,9
Травмы, отравления	52,7	51,1	52,0	59,3	43,5	51,1	56,1	40,9	48,7	55,9	44,9	50,3
Психические расстройства	—	—	—	8,4	—	4,2	9,4	9,4	8,5	5,1	3,2	4,9
Прочие	20,1	17,1	18,6	15,4	15,2	15,3	12,7	12,8	12,8	17,0	15,3	15,9
Всего	3275,0	3008,5	3142,5	2580,4	2635,2	2609,0	2236,0	2199,7	2217,6	2701,1	2628,7	2663,2

леваемости составляли 3142,5 случая, в 5-летнем — 2609,0, в 6-летнем — 2199,7 случаев на 1 тыс. детей соответствующего возраста ($p < 0,05$).

Показатели общей заболеваемости среди мальчиков выше, чем среди девочек. Однако статистически значимые различия отмечались только в возрастной группе 4 лет ($p < 0,05$).

Вклад в формирование общей заболеваемости принадлежит в основном классу «Болезни органов дыхания». По данной группе причин показатель заболеваемости мальчиков регистрировался на уровне 1895,7 случаев, девочек — 1891,3 на 1 тыс. чел.

Структура первичной и общей заболеваемости детей ДОО, по данным обращаемости за медицинской помощью в период 2006—2008 гг., представлена в табл. 3 и на рис. 1, 2.

В структуре первичной заболеваемости более $\frac{2}{3}$ (71,8%) случаев всех первичных обращений детей за медицинской помо-

щью приходилось на класс «Болезни органов дыхания», на втором ранговом месте (9,5%) — «Инфекционные и паразитарные заболевания», третье (3,5%) — «Болезни органов пищеварения». Суммарно три класса составили 84,8% случаев впервые выявленных в данном году заболеваний.

Анализ структуры показателя общей заболеваемости детей показал следующее: основная доля в структуре заболеваемости детей приходится на класс «Болезни органов дыхания» — 71,1% случаев. На второе ранговое место в структуре вышел класс «Инфекционные и паразитарные болезни» — 6,3% случаев. Болезни органов пищеварения как причина обращений за медицинской помощью составили 4,2% случаев. В совокупности на эти три класса пришлось 79,1% всех случаев (табл. 3).

При оценке влияния на состояние здоровья детского населения условий жизни и качества медицинской помощи велико значение анализа его заболеваемости, свя-

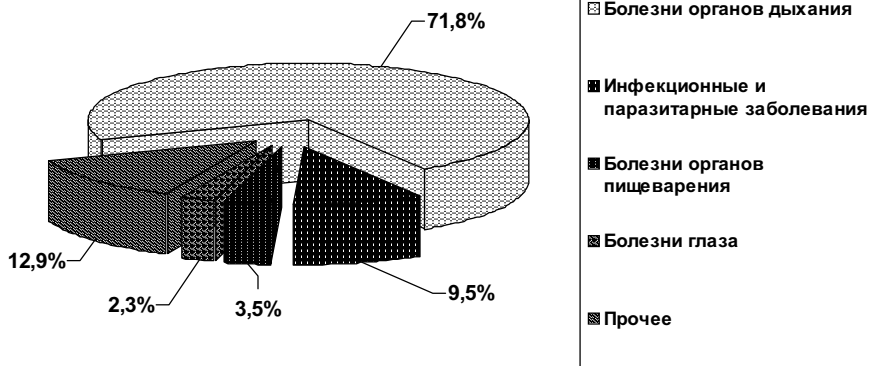


Рис. 1. Структура первичной заболеваемости детей ДОО по данным обращаемости за медицинской помощью

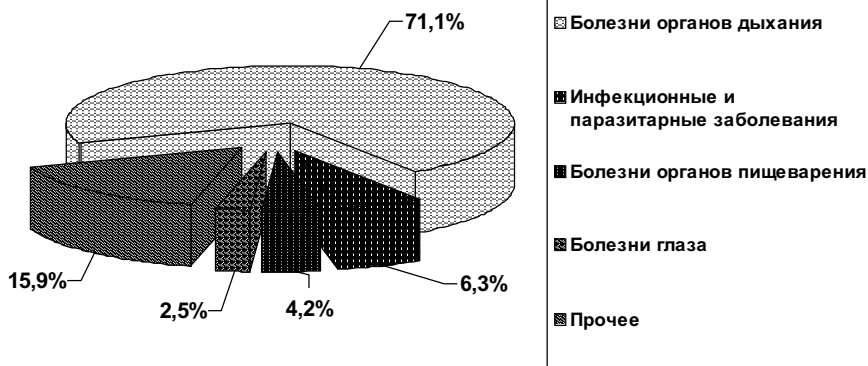


Рис. 2. Структура общей заболеваемости детей ДОУ по данным обращаемости за медицинской помощью

занного с невозможностью посещать детское учреждение (табл. 4).

Анализируя данные табл. 4, можно отметить, что с увеличением возраста детей показатели болевших лиц, случаев заболеваний и средней длительности одного случая болезни, а также кратность заболеваний уменьшаются. По периодам жизни ребенка максимальное значение показателей приходится на возрастной диапазон 4—5 лет. Так, кратность заболеваний в этот период снижается у детей с 3,3 до 2,5 случаев на одного ребенка; показатель средней продолжительности одного случая болезни — с 9,4 до 8,6 дня; показатель удельного веса группы часто и длительно болеющих детей — с 19,3 до 12,1.

При статистической разработке заболеваемости детского населения существенное значение имеет анализ заболеваемости детей (по данным углубленного медицинского обследования), что позволяет выявить хронические заболевания и патологические состояния в начальной стадии и

сформировать комплекс мер по профилактике и снижению показателя заболеваемости.

В связи с этим проведено углубленное медицинское обследование 380 детей, посещающих ДОУ (табл. 5).

По данным углубленного медицинского обследования, показатель распространенности заболеваний и морфофункциональных изменений отдельных органов и систем составил 3337,2 случая на 1 тыс. обследованных детей. Наиболее распространены нарушения болезней органов дыхания — 1431,5 случаев. Болезни органов пищеварения встречались в 584,4 случаях, нервной системы — в 310,4 случаях на 1 тыс. обследованных детей.

Из отдельных нозологических форм заболеваний, входящих в класс «Болезни органов дыхания», преобладали следующие: свыше $\frac{1}{3}$ случаев составили риносинусит и нозофарингит (32%), искривление носовой перегородки выявлено в 26%, хронический тонзиллит — в 18, рецидивирующий бронхит — в 14,2% случаев.

Таблица 3

**Структура первичной и общей заболеваемости детей 4—6 лет
по данным обращаемости за медицинской помощью
в среднем за 2006—2008 гг. (в % к итогу)**

Заболевания	2006 г.			2008 г.		
	маль- чики	де- вочки	оба пола	маль- чики	де- вочки	оба пола
Инфекционные и паразитарные	9,4	9,7	9,5	6,2	6,2	6,3
Новообразования	—	—	—	—	—	—
Болезни:						
— крови;	1,5	1,0	0,9	1,2	1,1	1,1
— эндокринной системы;	0,5	0,5	0,5	0,8	0,8	0,8
— нервной системы;	1,6	1,3	1,4	1,7	1,5	1,6
— глаз;	1,9	2,1	2,3	2,6	2,6	2,5
— уха;	1,6	1,8	1,9	2,2	2,1	2,1
— системы кровообращения;	1,3	1,2	1,3	2,0	1,9	1,9
— органов дыхания;	71,0	72,9	71,9	70,2	71,9	71,1
— органов пищеварения;	3,5	3,4	3,5	4,3	4,1	4,2
— кожи и подкожной клетчатки;	2,2	2,2	2,2	2,3	2,2	2,2
— костно-мышечной системы;	1,2	1,1	1,2	1,9	1,8	1,9
— мочеполовой системы	0,7	0,5	0,6	1,1	1,0	1,0
Врожденные аномалии	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Травмы, отравления	1,6	1,1	1,4	2,1	1,7	1,9
Психические расстройства	0,1	0,08	0,1	0,2	0,1	0,2
Прочие	1,5	0,82	0,9	0,8	0,6	0,7
Всего	100	100	100	100	100	100

Таблица 4

**Показатели заболеваемости среди детей дошкольного возраста
ДОУ (на 100 детей соответствующей возрастной группы)**

Показатель	Возрастные группы		
	4 года	5 лет	6 лет
Болевшие лица	72,3	69,4	52,1
Случаи заболеваний	243,8	175,3	121,7
Кратность заболеваний	3,3	2,5	2,3
Дни болезни	2290,7	1510,3	1038,2
Средняя длительность одного случая	9,4	8,6	8,5
Часто и длительно болеющие дети (ЧБД)	19,3	12,1	12,0

Таблица 5

**Показатели распространенности болезней
и морфофункциональных изменений, по данным
углубленного медицинского обследования детей
в возрасте 4—6 лет (на 1 тыс. обследованных)**

Заболевания	Показатель
Инфекционные и паразитарные заболевания	—
Новообразования	3,9
Болезни:	
— эндокринной системы;	11,5
— нервной системы;	310,4
— глаз;	101,4
— уха;	136,8
— системы кровообращения;	196,5
— органов дыхания;	1431,4
— органов пищеварения;	584,4
— кожи и подкожной клетчатки;	153,2
— костно-мышечной системы;	148,4
— мочеполовой системы	61,1
Врожденные аномалии	36,6
Травмы, отравления	—
Психические расстройства	161,7
Всего	3337,3

По классу «Болезни органов пищеварения» наиболее высокой была распространенность такой группы нозологических форм, как болезни полости рта и челюстей. Эта патология составила 83% всех случаев. В отдельных случаях регистрировались хронический холецистит и болезни желчевыводящих путей (2,1%).

По классу «Болезни нервной системы» регистрировалась распространенность следующих основных форм заболеваний и морфофункциональных отклонений: астено-невротический синдром составил около половины всех случаев (43%), около $\frac{1}{3}$ приходилось на нарушение речи (30,9%), невротические расстройства составили 18,1% случаев. Незначительный удельный вес приходился на мозговые дисфунк-

кции (3,1%), миотонический синдром (2,4%), нарушение активности (1,9%) и гиперкинетическое расстройство поведения (1,6%).

По классу «Болезни системы кровообращения» основная доля случаев (81,2%) приходилась на кардиомиопатию.

Анализ показателей заболеваемости детей ДОУ составил основу для решения управленческих задач в сфере охраны здоровья детей в регионе.

Литература

1. Баранов А.А., Ильин А.Г., Кучма В.Р. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности // Российский педиатрический журнал. 2005. № 2.
2. Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. М., 2003.

Праздник здорового питания

Лесунова С.В.,

воспитатель МДОУ д/с № 83, г. Каменск-Уральский
Свердловской обл.

Работая над проектом по формированию активных установок на здоровый образ жизни у детей старшего дошкольного возраста, мы занимались изучением вопроса рационального питания детей. В результате анкетирования родителей детей старшей группы выяснилось, что правильно питаются лишь 15% детей, а 85% имеют нежелательные пристрастия в еде: чипсы, газированная вода, обилие сладостей и др. К тому же и аппетит у детей оставлял желать лучшего. Чтобы привлечь внимание родителей к этой проблеме и пробудить у детей интерес к рациональному питанию, мы решили провести «Праздник здорового питания», которому предшествовала большая предварительная работа. Для стимуляции аппетита у детей мы стали использовать систему поощрения: ребенок, доевший порцию до конца, наклеивал веселую картинку на листе «Чемпионы по питанию» напротив своего имени. Из книги Карен Р. Джослин «Позитивное воспитание от А до Я» мы узнали о «Пирамиде полезных продуктов».

Основу детского питания (основание пирамиды) составляют продукты из зерновых культур,

макаронные изделия, картофель и хлеб. Следующий ряд содержит фрукты и овощи (их доля в рационе чуть меньше). Далее идут молоко и молочные продукты, мясо, птица, рыба, бобовые и яйца. На самом верху — «то, что не имеет отношения к здоровому питанию: жиры и сахар». Эту информацию, а также советы на тему приобщения детей к здоровой пище мы поместили на стенде для родителей (здесь был подобран картинный материал). В совместной деятельности дети знакомились с полезными и вредными качествами продуктов питания, играли в дидактические игры: «Пирамида здоровья», «Аскорбинка и ее друзья», учили стихи к празднику.

В преддверии праздника для родителей было напечатано приглашение с анонсом познавательно-развлекательной программы, поэтому гостей пришло много.

Праздник мы начали с агитбригады «Мы — за здоровое питание!», в которой принимали участие все присутствовавшие дети. Сценарий и текст — авторская разработка. Все передвижения детей происходят под звуки марша.



«Пирамида полезных продуктов»

Мы — за здоровое питание!

Дети с карточками продуктов, маршируя, выходят, становятся полукругом. За ними «пьедестал» в форме большой пирамиды. Ребенок выходит вперед.

Ребенок

Как нам правильно питаться?
Вы послушайте рассказ:
Пирамиду из продуктов
Мы построим вам сейчас!

Ребенок уходит, встает последним, сразу же за ним вперед выходят следующие пятеро детей с карточками продуктов нижнего ряда,

показывают их зрителям; весь полукруг сдвигается.

1 - й ребенок

Мы скачем, прыгаем и бегаем!
Откуда столько в нас энергии?
День нужно с каши начинать!
Пшено и рис, овсянка, гречка
И каша манная, конечно, —
Вот что поможет сил придать!

2 - й ребенок

Еще мы любим мюсли, хлопья
Из кукурузы золотой!

3 - й ребенок

Охотно кушаем картофель —
Тушеный или отварной!

4 - й ребенок

И макароны не забудем —
Ракушки, вермишель, лапша!



Кто даст правильный ответ: что полезно, а что — нет?

5 - й ребенок

И самый главный, самый
вкусный —
Хлеб — всем продуктам голова!

Дети друг за другом двигаются к пьедесталу, ставят карточки на нижнюю ступень пирамиды и становятся в конец полукруга, выходят четверо детей с карточками продуктов второго ряда, полукруг снова сдвигается.

1 - й ребенок

Знаем: чтобы не болеть,
Витамины нужно есть!
Овощей нам нужно много:
Свекла, редька, кабачок,
Огурцы и помидоры,
И капуста, и лук!

2 - й ребенок

Баклажаны, патиссоны,
И морковь, и сельдерей —
Витамины и клетчатка
Для здоровья всех детей!

3 - й ребенок

Фрукты — тоже ведь, ребята,
Витаминами богаты!
Абрикосы, ананасы,
Апельсины и айва,
Вишня, виноград, бананы,
Груши, яблоки, гранат!

4 - й ребенок

Мандарины и лимоны,
Персик, слива и хурма —
Сколько фруктов нам природа
Для здоровья создала!

Дети ставят карточки на вторую ступень, встают последними, все сдвигаются, выходят трое детей, показывают карточки третьего ряда.

1 - й ребенок

Чтобы правильно развиваться,
Крепким, сильным становиться,
Пища мне белковая нужна!

2 - й ребенок

Употребляйте мясо, рыбу, птицу,
Бобы, горох, фасоль и чечевицу,
Яйцо и печень тоже иногда.

3 - й ребенок

И молочные продукты —
Для костей и для зубов:
Сыр, кефир, сметана, творог,
И, конечно, молоко!

Дети ставят карточки на третью ступень, встают последними, все сдвигаются, выходят двое детей, показывают карточки четвертого ряда.

1 - й ребенок

Сладости мы обожаем,
Но скажу я вам, друзья,
Что конфет и шоколадок...

2 - й ребенок

...Чупа-чупсов, мармеладок,
Пастилы, халвы, зефира
Много кушать нам нельзя!

Дети ставят карточки на четвертую ступень, встают последними, все сдвигаются, выходит ребенок, показывает карточку.

Ребенок

И совсем уже немножко —
В праздник или в юбилей,

Можно скушать нам пирожных
Или с кремом торт поесть!

Ребенок ставит карточку на верх пирамиды, встает последним.

Дети (вместе)

Чтоб здоровым оставаться,
Нужно правильно питаться!

Под музыку марша дети друг за другом уходят.

Далее в программе праздника зрителям была представлена сценка «Три мамы» (стихи Е. Серова, инсценировка Е. Кузьмина). Затем дети прочитали стихотворения на тему здорового и нездорового питания. «Суп для силача» (П. Синяевский), «Картошка» (И. Беляков), «Овощи» (Ю. Тувим), «О Саше и каше» (И. Тарабукин), «Отчего я побледнел?» (В. Кудрявцева). А завершили мы концертную часть праздника вручением мини-шоколадок пяти «чемпионам по питанию» — детям, набравшим больше всех наклеек на «листе чемпионов». Второй частью праздника стало чаепитие для детей и родителей. Дети напомнили, что в праздник разрешается кушать сладкое, и отказываться от печенья и конфет не стали.

По мнению детей и родителей, праздник удался. Считаем, что проведение подобных мероприятий не только способствует приобщению детей к здоровому образу жизни, но и налаживанию детско-родительских отношений, сближает детский сад и семью.

Педагогика оздоровления в системе коррекции речи

Булатова Е.Н.,

старший воспитатель МДОУ № 39, г. Майкоп



Здоровьесбережение детей стало одним из приоритетных направлений государственной политики. Более того, сохранение и укрепление здоровья ребенка — первооснова его полноценного развития. Ситуация усложняется тем, что состояние здоровья детей, по данным массовых медицинских обследований, ухудшается. За последние годы среди дошкольников увеличилась частота болезней костно-мышечной системы на 80%, нервной системы и органов чувств — на 35, системы кровообращения — на 56, кроветворных органов и крови — на 123, эндокринной системы — на 90%. Более 50% дошкольников имеют функциональные отклонения в состоянии организма: 30—40% детей — со стороны опорно-двигательного аппарата (плоскостопие, нарушение осанки, сколиоз); 20—25 — со стороны носоглотки; у 30—40% детей младшего дошкольного возраста имеются невралгические проявления. Аллергические реакции установлены у 10—23% дошкольников; отклонение со стороны сосудистой системы — у 10—25%. Растет число детей с заболеваниями органов пищеварения. К 6-летнему возрасту увели-

чивается, по сравнению с 3—4-летними малышами, число детей с пониженной остротой зрения.

Наметившаяся в последние 10 лет устойчивая тенденция ухудшения здоровья дошкольников диктует необходимость поисков механизмов, позволяющих изменить эту ситуацию. Концепция модернизации российского образования предусматривает создание условий для повышения качества общего образования и в этих целях, наряду с другими мероприятиями, предполагает создание в образовательных учреждениях условий для сохранения и укрепления здоровья воспитанников. Такой подход находит свое воплощение в ориентации ДОУ на широкое использование здоровьесберегающих педагогических технологий. Их выбор зависит от программ, по которым работают педагоги, их профессиональной компетентности, конкретных условий ДОУ, а также характера заболеваний детей.

В наше МДОУ № 39 компенсирующего вида зачисляются дети с тяжелыми нарушениями речи. Логопедическая практика показывает, что за последние годы значительно возросло ко-

личество детей, имеющих речевые нарушения, в том числе тяжелые (дизартрия, стертая ее форма, моторная, сенсорная алалия, ринолалия, заикание). Более того, с каждым годом возрастает число практически неговорящих детей. Причины этого разнообразны и многочисленны: перинатальное поражение ЦНС, мозговая дисфункция, различные внутриутробные инфекции, гипоксия плода, хронические заболевания матери, осложнения возникшие в процессе беременности и родов. Целый ряд причин имеет место и в постнатальный период — заболевания ребенка, травмы и пр.

Для детей с речевой патологией характерно нарушение общей и мелкой моторики. Дыхание у них зачастую поверхностное, ключичное. Одни дети гиперактивные, другие пассивные, вялые, что обусловлено слабостью нервной системы, парезом мышц, иннервирующих дыхание, органы артикуляции, мимику, общую и мелкую моторику.

При отсутствии своевременной помощи со стороны педагогов, медиков, родителей у большинства детей речевые проблемы осложняются патохарактерологическим развитием личности. Возможны агрессивность, чрезмерная расторможенность, повышенная истощаемость, наблюдается дефицит внимания, снижаются память и работоспособность.

Любое нарушение речи в той или иной степени может отразиться на деятельности и пове-

дении ребенка. Дети, плохо говорящие, начиная осознавать свой недостаток, становятся молчаливыми, застенчивыми, нерешительными, часто бывают раздражительными, замыкаются в себе. При обучении ребенка в школе недостатки речи могут привести к неуспеваемости, породить неуверенность в своих силах. Значительная часть детей с речевыми нарушениями имеет отклонения в состоянии здоровья, что снижает адаптационный потенциал детского организма и может стать причиной возникновения разного рода школьных трудностей.

В силу того что дети с тяжелыми нарушениями речи часто бывают соматически ослаблены и пропускают специальные занятия из-за болезни, коррекционный процесс у них идет медленными темпами и для достижения устойчивых положительных результатов требуются продолжительные сроки. Этим и объясняется необходимость разработки системы мер, поиска внутренних резервов, направленных на сохранение психического и физического здоровья детей с нарушениями речи.

Многолетний опыт работы доказывает, что стойкость результатов достигается только при наличии единого коррекционно-образовательного пространства с сетью интегративных связей. Коррекционная и оздоровительная работа — важнейший компонент педагогического процесса.

Оздоровительная работа в на-

шем ДОУ выстраивается на основе тщательного изучения детского контингента: по состоянию здоровья детей, условий воспитания и образа жизни семьи, а также с учетом условий ДОУ и собственных профессиональных возможностей педагогов. Оздоровляющие процедуры используются в ДОУ под контролем старшей медсестры и только с согласия родителей.

Распределение воспитанников нашего ДОУ по состоянию здоровья выглядит следующим образом: детей, отнесенных к числу практически здоровых, нет (I группа здоровья — 0%); II группа здоровья — 96%, из них: 31 — только нарушения речи, 34 — нарушения речи + один-два диагноза по медицинским показаниям, 31 — нарушения речи + более двух диагнозов по медицинским показаниям; III группа здоровья — 4% (врожденные аномалии и хронические заболевания).

Комплексный подход педагогов к проблеме, использование ими в коррекционной работе здоровьесберегающих технологий обеспечивают интегрированные связи между различными специалистами, работающими с детьми-логопатами. Цель их совместной работы — развивать у детей психофизические возможности, выразительную связную речь, эмоционально-личностную сферу, артикуляционный аппарат, голос, просодическую сторону речи, сенсомоторные возможности.

Для реализации поставленной

цели создана комплексная модель взаимодействия специалистов ДОУ, представляющая собой целостную систему, включающую диагностический, профилактический и коррекционно-развивающий аспекты, обеспечивающую высокий надежный уровень речевого, интеллектуального развития ребенка. Методы и приемы здоровьесберегающих технологий, применяемые специалистами, разнообразны и имеют несколько направлений: логопедическое, психолого-педагогическое, коррекционно-педагогическое, физкультурно-оздоровительное, музыкальное.

Для осуществления лечебно-оздоровительных и коррекционных мероприятий, которые не нарушали бы образовательную деятельность, разработан соответствующий режим дня. Учебная нагрузка в нем дозируется с учетом состояния здоровья детей, в занятия включаются физкультурминутки, дыхательные упражнения, упражнения для профилактики миопии, нарушения осанки и некоторых других заболеваний. Логопеды и воспитатели работают по двум направлениям:

- коррекция и развитие речемыслительной деятельности детей;
- развитие психофизической деятельности.

В связи с этим в работу включаются упражнения на регуляцию мышечного тонуса и развитие мелкой моторики пальцев, снятие эмоционального напряже-

ния, релаксация, артикуляционная дыхательная гимнастика. Работа проводится в тесном контакте педагогов и психолога.

В число основных компонентов оздоровительной работы входят следующие составляющие.

Организация двигательного режима:

- физкультурные занятия (2 занятия в неделю проводит инструктор по физической культуре, 3 — на воздухе проводит воспитатель);
- «гимнастика пробуждения» после дневного сна — ежедневно;
- прогулки с включением подвижных игровых упражнений;
- логоритмика (2 раза в неделю проводят музыкальный руководитель и логопед);
- гимнастика для глаз (во время занятий на физкультурминутках);
- пальчиковая гимнастика (3—4 раза в день);
- спортивные досуги (в течение года проводит инструктор по физической культуре);
- оздоровительный бег (участвуют дети средней, старшей, подготовительной к школе групп — во время прогулки с ноября по апрель).

Охрана психического здоровья:

- использование приемов релаксации, психогимнастики (минуты тишины, музыкальные паузы включаются в режимные моменты, на занятиях по мере необходимости);
- «оздоровительный сон» (аро-

матизация спален травами: душица, пустырник, мелисса во время дневного сна).

Профилактика заболеваемости:

- массаж «9 волшебных точек» по методике А.А. Уманской (с октября по апрель);
 - дыхательная гимнастика (3 раза в день во время утренней гимнастики, после сна);
 - применение оксолиновой мази (ежедневно перед прогулкой, с ноября по апрель);
 - кварцевание помещений (проводит медсестра в течение года).
- Оздоровление фитонцидами:*
- чесночно-луковые добавки при приготовлении блюд (с ноября по апрель);
 - ароматизация помещения (чесночные букетики в течение дня, с ноября по апрель);
 - использование в профилактике гриппа и острых респираторно-вирусных инфекций фитонцидной активности ряда растений (алоэ, герань, лавр, можжевельник и др.), размещенных в помещениях ДОУ, что позволяет оградить человека от болезнетворных микроорганизмов.

Закаливающие процедуры:

- воздушные ванны (облегченная одежда, соответствующая сезону года);
- прогулки на воздухе;
- босохождение по траве (в летние месяцы);
- босохождение по «дорожке здоровья» (ежедневно после дневного сна);
- контрастное умывание, мытье

рук прохладной или контрастной водой (после прогулки, дневного сна, физкультурных занятий);

- полоскание зева кипяченой охлажденной водой (после каждого приема пищи).

Лечебно-оздоровительная работа:

- полоскание горла йодо-солевым раствором (дети старшей, подготовительной к школе групп, с ноября по март);
- отвар шиповника (дети старшей группы, с ноября по март);
- витаминотерапия (ревит, аскорбиновая кислота 1 раз в день в течение 10 дней, с декабря по февраль);
- массаж (по назначению врача, 2 раза в год каждому ребенку);
- занятия лечебной физической культурой;
- «минутки здоровья» по программе М. Лазарева «Здравствуй» (в режиме дня и на музыкальных занятиях). Данная программа позволяет использовать музыку, движение и пение не только для развития, но и в контексте оздоровления детей и взрослых.

Вот некоторые «музыкальные» рекомендации, с помощью которых можно улучшить здоровье.

- При начинающемся насморке проводится упражнение «Самолет» — звук [в]: стимуляция микроциркуляции крови и обмена веществ в области лица, гайморовых пазух; эффект достигается при ринитах, гайморитах.

- Если болит горло, упражне-

ние «Комар» — звук [з]: стимуляция в области головы и шеи; эффективно при трахеитах.

- При сильном кашле упражнение «Жуки» — звук [ж]: эффективно выводит мокроту из бронхов и легких и т.д.

Рекомендации для проведения упражнений. И.п. — стоя, глаза закрыты, тело расслаблено. Делается вдох. На выдохе долго и негромко произносится необходимый звук. Повторить 4 раза.

Решение вопросов по охране и укреплению здоровья дошкольников с нарушениями речи невозможно без тесного взаимодействия с семьей. На информационных стендах для родителей в каждой возрастной группе есть рубрики, освещающие вопросы оздоровления без лекарств: «Растим детей здоровыми», «Узелки на память» и т.д. Родителям предлагаются:

- рецепты витаминных чаев, бальзамов, коктейлей для приготовления и использования в домашних условиях;
- способы обогащения домашнего питания витаминами, добавками;
- применение фито- и аэрофитотерапии дома;
- комплексы упражнений для профилактики нарушений опорно-двигательного аппарата, органов зрения, пальчиковая, артикуляционная гимнастика, приемы самомассажа и т.д.

Благодаря комплексному под-

ходу коллектив педагогов ДООУ № 39 стал лучше справляться с проблемами малышей, имеющих речевые нарушения. В результате проведенной работы у детей исчезает чувство неполноценности, формируется уверенность в умении реализовывать

намеченные цели, развивается самоконтроль, а это так необходимо для правильной, чистой, грамматически оформленной, выразительной речи, полноценного и неосложненного развития.

Организация физкультурно-оздоровительной работы с тубинфицированными детьми

Карягина Н.В.,

канд. пед. наук, доцент кафедры теоретических основ физического воспитания, Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета;

Абиян А.В.,

воспитатель по ФК МДОУ «Детский сад № 15 компенсирующего вида», г. Майкоп



В настоящее время уровень здоровья подрастающего поколения неуклонно снижается. Согласно данным медицинской статистики, в России на сегодняшний день нуждаются в комплексном оздоровлении около 25 млн детей. Ослабленные и часто болеющие дети составляют от 20 до 75%, а 70—80% детей, поступающих в первый класс, имеют отклонения в состоянии здоровья. Свыше 7 млн детей находятся на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний,

в том числе в связи с туберкулезом [2].

Туберкулез — это инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза, при котором поражаются все органы человеческого организма, чаще — легкие. В тканях легких образуются воспаленные участки в виде мелких бугорков со склонностью к творожистому распаду. Периоды обострения могут сменяться периодами затишья, но туберкулез, если его не лечить, будет прогрессировать, что в конечном

итоге приведет к нарушению практически всех функций жизнедеятельности организма. У детей туберкулезная интоксикация в большинстве случаев протекает в мягкой форме и лишь небольшой процент случаев дает тяжелые прогрессирующие местные поражения.

Анализ современного состояния исследований и практики дошкольного образования по данной теме (В.К. Волкова, И.Л. Грошева, Б.Б. Егоров, В.Т. Кудрявцев, Е.А. Лисина, М.В. Меличева, Е.В. Пахомова, Е.А. Тютинина и др.) свидетельствует о возрастающем интересе к проблеме оздоровления детей [4]. Особое внимание уделяется разработке теоретических и практических вопросов профилактики и лечения туберкулеза. Однако на сегодняшний день в условиях работы ДОУ компенсирующего вида остаются слабо изученными теоретико-методические вопросы физического воспитания тубинфицированных детей. Отсутствие физкультурно-оздоровительных программ, учитывающих особенности физического развития и физической подготовленности таких детей, не позволяет в полной мере способствовать дальнейшей успешной их реабилитации. При этом существующие в нашей стране различные реабилитационные учреждения (детские сады санаторного типа, школы-санатории) широко используют разнообраз-

ные средства, методы и формы лечебно-профилактической и образовательно-воспитательной работы с тубинфицированными детьми [1].

В настоящее время в практике работы МДОУ «Детский сад № 15 компенсирующего вида» г. Майкопа созданы все необходимые условия для реализации комплексной программы оздоровления детей, инфицированных туберкулезом, построенной на использовании средств физического воспитания и закаливания.

Детский сад, расположенный в живописном месте, на берегу реки Белой, посещают 50 детей в возрасте от 2 до 7 лет, состоящих на учете у фтизиатров детского отделения противотуберкулезного диспансера. В ДОУ имеются кабинеты, оснащенные всем необходимым оборудованием: медицинский, ЛФК, массажный.

Коллектив ДОУ работает по базисной программе «Воспитание и обучение детей в детском саду» (под ред. М.А. Васильевой) с использованием элементов оздоровительных вариативных программ («Здравствуй!» М.Л. Лазарева, «Расту здоровым» В.Н. Зимониной) и успешно реализует план оздоровительной работы, включающий следующие мероприятия:

- утренняя гимнастика (ежедневно в течение года);
- дыхательная гимнастика (3 раза в неделю);

- гимнастика после сна (ежедневно в течение года);
- точечный массаж (после сна);
- полоскание горла (ежедневно), настоями трав (1 раз в квартал по 10 дней);
- воздушные ванны (перед сном и после);
- прогулки (в теплое время года);
- витаминизация: соки, напитки, сиропы, витамины (ежедневно);
- профилактические прививки;
- закаливание солнцем, водой (в летний период);
- профилактика плоскостопия (ежедневно);
- профилактика осанки детей (ежедневно);
- физкультминутки (ежедневно);
- подвижные игры (ежедневно);
- занятия ЛФК (ежедневно в течение года);
- работа с родителями по организации в семье профилактических оздоровительных мероприятий в течение года.

С 2009 г. детский сад тесно сотрудничает с кафедрой теоретических основ физического воспитания института физической культуры и дзюдо АГУ и является участником экспериментальной работы «Физкультурно-оздоровительные технологии в ДООУ компенсирующего вида». Целенаправленный поиск методических и организационных путей совершенствования физкультурно-оздоровительной работы осуществляется с учетом

состояния здоровья, возрастных особенностей, а также физических развития и подготовленности тубинфицированных детей. При подборе средств и методов физического воспитания учитывались формы проявления туберкулеза (первичная туберкулезная инфекция, туберкулезная интоксикация, первичный туберкулезный комплекс и др.).

В целях восстановительного лечения особое внимание в ДООУ уделяется проведению регулярных занятий дыхательной гимнастикой с целью улучшения проходимость верхних и средних дыхательных путей. Упражнения дыхательной гимнастики развивают дыхательную мускулатуру, способствуют увеличению подвижности грудной клетки: правильное носовое дыхание улучшает местное и мозговое кровообращение, препятствует разрастанию аденоидов, предохраняет от переохлаждения [1].

Занятия с детьми проводятся натошак или через час-полтора после еды, на озелененной деревьями и кустарниками территории детского сада, в течение 3—6 мин, в зависимости от возраста детей. Используются дыхательные упражнения или комплексы.

С учетом специфики работы детского сада пересмотрен подход к организации и проведению утренней гимнастики, включающей дыхательную гимнастику по

А.Н. Стрельниковой, основанную на коротких и резких вдохах носом, что позволяет сузить грудную клетку, увеличивая при этом приток крови к легким и освобождая дыхательные пути от закупоривания. Использование специальной методики направлено на улучшение дыхательной функции ребенка и рассчитано на тренировку только вдоха, выдох при этом осуществляется произвольно. Это достигается применением различных дыхательных упражнений: «Ладшки», «Погончики», «Насос», «Кошка» и др. Утренняя гимнастика регулярно проводится на свежем воздухе, а в холодный период года — в хорошо проветриваемом помещении.

В системе лечебно-профилактических мероприятий при туберкулезе легких также активно применяются различные средства и формы ЛФК, оказывающие не только местное, но и общее воздействие на организм ребенка, изменяющие его реактивные свойства и повышающие сопротивляемость.

Задачи ЛФК:

- улучшать общее состояние здоровья больного;
- совершенствовать координацию деятельности всех систем и органов;
- повышать защитные свойства организма, а также его резистентность;
- улучшать функции внешнего дыхания (усиление легочной

вентиляции, нормализация газообмена).

Таким образом, лечебная гимнастика повышает общую сопротивляемость организма, положительно влияет на обменные процессы, улучшает крово- и лимфообращение, помогает купировать явления интоксикации и кислородного голодания. Все это приводит к определенной положительной перестройке в организме больного, в результате чего усиливаются окислительно-восстановительные процессы, рациональнее используется тканями кислород, полнее выводятся продукты распада.

Для успешного решения основных лечебных задач в детском саду систематически проводятся индивидуальные и групповые занятия с подбором специальных средств физического воспитания, учетом общего состояния организма ребенка.

Лечебное воздействие физических упражнений на организм больного ребенка обусловлено влиянием их через ЦНС на функциональное состояние отдельных органов и систем больного. Своевременное и систематическое проведение лечебной гимнастики дает возможность улучшить ритм и увеличить глубину дыхания, вентиляцию и газообмен легких, что нормализует функции внешнего дыхания (увеличивается дыхательный объем и жизненная емкость легких, возрастает резервный объем вдоха и выдоха).

Структура комплекса лечебной гимнастики включает вводную, основную и заключительную части с обязательным использованием в каждой из них дыхательных упражнений. В комплекс подбираются общеразвивающие упражнения для развития и укрепления всех мышечных групп, чередуемые со специальными дыхательными упражнениями. При этом обязательно соблюдается темп выполнения движений: медленный или средний. Количество повторений каждого упражнения составляет от 2—3 до 4—6 раз.

Ежедневно в целях укрепления здоровья и повышения иммунитета детей после дневного сна проводится «гимнастика пробуждения». Данная форма двигательной активности помогает ребенку быстрее войти в активное состояние, вызывает у него положительные эмоции, укрепляет мышечный тонус. Проводится такая гимнастика при открытых фрамугах. В момент пробуждения детей звучит мелодичная, тихая музыка с постепенным нарастанием звука. Затем следует разминка, включающая упражнения на потягивание, далее поочередное поднятие и опускание рук и ног, элементы самомассажа (массаж рук, ушных раковин, головы и лица) и гимнастика для глаз, выполняемые в постели. Комплекс упражнений выполняется в медленном темпе и с небольшой дозировкой (3—4 раза)

в целях предотвращения растяжения мышц и перевозбуждения детей. После выполнения упражнений дети встают на массажный коврик и выполняют ходьбу (на носках, пятках, с высоким поднятием коленей, в полуприседе, приседе, на внешней стороне стопы, с перекатом с пятки на носок, по корригирующим дорожкам) или комплекс упражнений, направленных на профилактику плоскостопия. Заканчивается гимнастика дыхательными упражнениями, проводимыми в игровой форме. Далее, в целях укрепления здоровья и снижения заболеваемости детей, проводятся процедуры закаливания: контрастные ванночки для рук и ног, босохождение по солевой дорожке, сухое растирание тела, с одновременным полосканием рта и горла настоем трав (ромашка, шалфей, календула). Закаливание осуществляется при соблюдении необходимых гигиенических условий и требований: свежий воздух с соответствующей температурой в помещении. Одеваются дети под динамичную музыку.

Важное закаливающее средство детей — прогулки. Они проходят на участке леса, с оптимальным двигательным режимом общей продолжительностью не менее 4 ч в течение дня, с обязательным использованием коррекционно-оздоровительных подвижных игр и дыхательных упражнений.

Использование разнообразных форм физкультурно-оздорови-

тельной деятельности (утренняя гимнастика, подвижные игры в течение всего дня, занятия по физической культуре в спортивном зале и на воздухе) позволяет обеспечить оптимальную двигательную активность детей на протяжении всего дня, рационально распределить интеллектуальную и физическую нагрузки.

Здоровье детей во многом зависит от условий жизни в семье. Детский сад системно занимается пропагандой здорового образа жизни, просветительской работой с родителями, активно привлекая их к сотрудничеству в физкультурно-оздоровительной работе.

Специалистами оформлен уголок здоровья для родителей «Туберкулез. Этиология. Патогенез. Профилактика» с рекомендациями и медицинскими советами по оздоровлению детей. Разработан курс лекций для ежемесячного проведения бесед с родителями, организуются обучающие семинары для педагогов. Педагогический коллектив ежегодно принимает активное участие в конференциях, семинарах, совещаниях по вопросам оздоровления детей, больных туберкулезом.

Целенаправленная работа по оздоровлению воспитанников ДОУ средствами физического воспитания дает позитивные результаты. За последние годы в детском саду отмечается тенденция к улучшению показателей здоровья детей. Так, в 2008—2009 гг. с улучшением здоровья

было выпущено 50% детей, а в 2009—2010 гг. — 65%. Это свидетельствует об эффективности внедренной программы физкультурно-оздоровительной работы с тубинфицированными детьми, включающей комплексы ЛФК, дыхательной, ритмической и корригирующей гимнастик, пальчиковый и общий массаж, цикл занятий по коррекции осанки и стопы, специально разработанные и адаптированные для тубинфицированных детей. Содержание программного материала основывается на комплексном использовании специфических дыхательных упражнений, коррекционно-оздоровительных подвижных игр, элементов хатха-йоги) и неспецифических средств физического воспитания (точечный массаж и самомассаж, психогимнастика по методике М.И. Чистяковой, использование природного фактора и др.).

Литература

1. *Воротилкина И.М.* Физкультурно-оздоровительная работа в дошкольном учреждении. М., 2006.
2. *Мартинова В.А.* Физическое воспитание тубинфицированных детей дошкольного возраста. Дисс. ... канд. пед. наук. Набережные Челны, 2010.
3. *Хрущев С.В., Симонова О.И.* Физическая культура детей с заболеваниями органов дыхания. М., 2006.
4. *Яровая Ю.А.* Пути выявления и исходы туберкулезной инфекции у детей. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.

Игровая составляющая модифицированной программы для часто болеющих детей

Филимонова Т.А.,

д-р биол. наук, заведующий кафедрой безопасности жизнедеятельности;

Курбанова А.А.,

педагог дополнительного образования, аспирант, Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп

При проведении исследования на базе ДОУ г. Кропоткина (Краснодарский край) выявлено, что большинство детей относятся ко II и III группам здоровья. Из 596 обследованных детей всего 166 были практически здоровыми (I группа здоровья), 418 — относились ко II группе, 12 — к III, т.е. около 70% детей старшего и подготовительного к школе возраста имели хронические заболевания или функциональные отклонения в состоянии здоровья. После анализа медицинских карт, проведения диагностики физического и психического развития, обработки полученных результатов выявлено, что 14,1% дошкольников отнесены к категории часто болеющих детей (ЧБД), у которых основное нарушение состояния здоровья вызывало цепочку следствий, что становилось причинами новых нарушений, являвшихся сопутствующими. Именно эти дети составили экспери-

ментальную группу в нашем исследовании.

Внедрение авторской методики двигательной рекреации на основе игровых упражнений в процесс физического воспитания дошкольников в течение трех лет принесло положительные результаты. Так, по показателям физического развития группа с характеристикой «ниже нормы» уменьшилась с 40 до 18%, при увеличении численности групп с характеристиками «норма» (с 50 до 60%) и «выше нормы» (с 10 до 22%). Прирост показателей физической подготовленности составлял в первый год исследования 5,5%, а в последующие годы по 7%. По показателям психического развития группа с характеристикой «ниже нормы» уменьшилась за три года с 18 до 2%, при увеличении численности групп с характеристиками «норма» (с 58 до 66%) и «выше нормы» (с 24 до 38%). Прирост показателей психической подготовленности был

самым высоким в первый год исследования — 2,9%, во второй снизился до 1,9 и в третий составлял 2,3%.

За время проведения экспериментальной работы увеличилась посещаемость детей за счет эффективности оздоровления, которое оценивалось по вычисляемым показателям здоровья детей, эффективности диспансеризации, оздоровления ЧБД, динамики здоровья.

Анкетирование родителей дошкольников показало, что они заметили общее улучшение самочувствия и состояния здоровья детей с момента введения занятий по игровой деятельности. Так, 72% дошкольников стали активно проводить свое свободное время, некоторые записались в спортивные секции.

Мы убедились, что вынужденное ограничение подвижности в период болезни и ослабление организма ребенка вследствие недостатка двигательной активности тормозит биологическое развитие ЧБД, и решили, что таких детей нельзя освобождать от занятий физическими упражнениями, поскольку в этом случае они попадают в порочный круг болезни и гиподинамии.

Хорошие результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют об эффективности нашей методики.

В настоящей работе мы приводим комплекс из 49 игр, которые нами постоянно используются.

Игры с умеренной психофизической нагрузкой

«Игра с пальчиками». Дети сидят перед инструктором на стульях или скамейке. Инструктор внятно читает стихи, сопровождая их последовательным загибанием пальцев на обеих руках. Дети подражают ему, а в дальнейшем самостоятельно двигают пальцами, обращаясь к мизинцу на левой руке:

— Мой Мизинчик, где ты был?

— С Безмянным щи варил,

А со Средним кашу ел,

С Указательным запел.

А Большой меня встречал

И конфетой угощал.

Правый же Большой плясал

И на танец приглашал,

Указательный на правой

Вел в поход нас всей оравой.

Средний брат несет рюкзак,

Безмянный ходит так.

А Мизинец стал играть,

Братьев слушать приглашал.

Раз-два-три-четыре-пять.

На этот счет дети разгибают пальцы.

Ожидаемый результат. Развитие быстрой реакции, координации движений в мелких мышечных группах пальцев рук и кистей; увеличение амплитуды движений в этих суставах; улучшение координации зрительно-го и слухового анализаторов.

«Филин». Дети сидят полукругом. По сигналу инструктора «День!» дети-«филины» медленно

поворачивают головы вправо и влево. По сигналу: «Ночь!» — смотрят вперед и взмахивают руками-«крыльями»; опуская их вниз, протяжно, без напряжения произносят: у...у...ффф. Инструктор контролирует правильность осанки. (Повторить 2—4 раза.)

Ожидаемый результат. Развитие координации движений рук с дыхательными движениями грудной клетки: улучшение функции дыхания (углубление выдоха); тренировка зрительного и слухового анализаторов.

«Бульканье». Перед каждым ребенком на столике бутылочка, наполненная водой. В бутылочку вставлена соломинка (коктейльная трубочка). Инструктор показывает, как нужно правильно дуть в бутылочку через соломинку, чтобы за один выдох получилось «долгое бульканье». Он глубоко вдыхает носом и делает глубокий длительный выдох в трубочку — получается долгий булькающий звук. Затем инструктор просит детей сделать это упражнение 1—3 раза. Отмечаются те дети, у которых бульканье было более длительным.

Ожидаемый результат. Улучшение функции дыхания (ритмирование его и углубление выдоха).

«Пальчик о пальчик». Дети сидят на стульях перед инструктором. Под песенку взрослого повторяют за ним движения:

Пальчик о пальчик тук да тук.

Повторяют 2 раза.

Хлопай, хлопай, хлопай!

Хлопают в ладоши.

Ножками топай, топай!

Повторяют 2 раза.

Спрятались, спрятались.

Закрывают лицо руками.

Пальчик о пальчик тук да тук.

Повторяют 2 раза.

Ожидаемый результат. Развитие быстрой реакции, координации движений в мелких мышечных группах пальцев рук и кистей; увеличение амплитуды движений в этих суставах; улучшение координации зрительного и слухового анализаторов.

«Круг, квадрат». Инструктор показывает детям пять кругов разного диаметра и пять квадратов разных размеров, перемешанных произвольно на ковре. Подзывая к себе по очереди детей, инструктор предлагает разложить все эти предметы в две группы. Выделяются дети, правильно разложившие все предметы.

Ожидаемый результат. Развитие координации движений в мелких мышечных группах рук; улучшение координации зрительного, слухового и двигательного анализаторов; формирование простейших приемов установления тождества и различия объектов.

«Шарик». Дети садятся полукругом. «Надувают шары». Широко разводя руки в стороны и глубоко вздохнув, выдувают воздух в шарик: ффф,.. медленно соединяя ладони под шариком. Вдруг шарик «лопается». Дети

хлопают в ладоши. Из шарика выходит воздух. Дети, делая губы хоботком и складывая руки на коленях, произносят: шшшш... (Повторить 2—3 раза.)

Ожидаемый результат. Формирование дыхательного акта; ритмирование; углубление дыхания; правильное смыкание губ.

«Кто как передвигается». Дети сидят на стульях или на ковре. Инструктор называет животных, птиц, насекомых или показывает их изображения и спрашивает: «Как они передвигаются?» Дети стараются движениями ответить на вопросы, ползая или прыгая.

Ожидаемый результат. Приобретение навыков передвижения; развитие координации движений, внимания, зрительного и слухового анализаторов; умение действовать в коллективе.

«Зайка серый умывается». Один из играющих назначается «зайкой». Все остальные становятся в круг. «Зайка» занимает место в середине круга. Дети, стоящие в кругу, говорят вместе с инструктором:

Зайка ходит в гости к людям,
Мы с ним вместе мыться будем.
Зайка вымыл рот и уши,
Он хороший, он послушный.
Он помоем также лапки,
Оботрет их чистой тряпкой.
Одевается, скок-скок —
В гости мчится со всех ног.

«Зайка» проделывает все движения, соответствующие тексту, дети за ним повторяют. Тот, к кому «зайка пришел в гости», из стоящих в кругу, становится «зай-

кой», и игра заканчивается, когда сменится 5—6 «зайчиков».

Ожидаемый результат. Развитие координации и быстроты движений в крупных и мелких мышечных группах, формирование правильной осанки; тренировка внимания; улучшение функций зрительного и слухового анализаторов, их координации с движениями туловища и конечностей.

«Передача мяча». Дети становятся или садятся в кружок и передают по кругу два мяча — один навстречу другому. При встрече мячей дети говорят: «Встретились». Те, у кого очутились мячи, ударяют ими один о другой и говорят: «Тук-тук-тук». Затем встают и идут с мячами по кругу, в противоположном направлении друг от друга. Встретившись, дети останавливаются, ударяя мячами об пол, затем передают их другим детям по кругу, а сами садятся вне круга. Когда в кругу остаются только двое детей, игра повторяется.

Ожидаемый результат. Приобретение навыков передвижения; развитие координации движений, внимания, зрительного и слухового анализаторов; умение действовать в коллективе.

«Чья лошадь быстрее»? Двое детей сидят на стуле, держат в руках палочки длиной 20 см, к которым за шнурочки привязаны игрушечные лошадки на колесиках. Дети находятся от обеих игрушек на равном расстоянии — 15—20 шагов. Кто из детей, наматывая шнурок на палочку,

заставит быстрее «прискакать» к себе лошадку?

Ожидаемый результат. Развитие координации и быстроты движений в крупных и мелких мышечных группах; формирование правильной осанки; улучшение функций зрительного и слухового анализаторов, их координации с движениями туловища и конечностей.

«Кто громче?». Дети садятся вокруг инструктора. Последний показывает, как играть и рассказывает условия игры. Принимают правильную осанку, губы смыкают. Указательный палец правой руки кладут на боковую сторону носа плашмя, плотно прижимая правое крыло носа. Глубоко вдыхают левой половиной носа (рот закрыт) и произносят (выдыхая): ммм...м, одновременно похлопывают указательным пальцем левой руки по левой половине носа. При этом получается длинный скандированный выдох. Звук [м] направляю в нос. Затем прижимают левую половину носа и с произнесением «ммм...м» похлопывают плашмя указательным пальцем уже правую сторону носа. Поощряется тот, кто выполнил условия игры наиболее четко.

Ожидаемый результат. Улучшение функции дыхания, тренировка носового дыхания.

«Найди и промолчи». Дети сидят в одной стороне комнаты, отвернувшись и закрыв глаза. Водящий кладет предмет, не закрывая его, на заметное место.

После разрешения водящего дети открывают глаза и ходят по комнате, разыскивая предмет. Первый увидевший его не должен показывать другим, что знает, где предмет, а молча отойти и сесть на место; также поступает и второй нашедший предмет и др.

Ожидаемый результат. Развитие зрительной памяти, внимания, выдержки; умение ориентироваться в пространстве; улучшение тормозных реакций.

«Петушок». Дети стоят в колонне по одному. На площадке перед ними расставлены на расстоянии шага предметы высотой не более 10—12 см. Руки-«крылья» опущены, вытянуты, несколько отведены ладонями вперед, лопатки сдвинуты. Высоко поднимая колени, оттягивая носок, дети движутся вперед, перешагивая через предметы, произносят: «Петушок». На слоге «шок» дети опускают ногу на предмет. Игра повторяется несколько раз. Инструктор контролирует осанку.

Ожидаемый результат. Улучшение функции дыхания, тренировка носового дыхания.

«Хомячки». Инструктор говорит детям: «Будем ходить 10 шагов с толстыми щеками, как у хомячков. Для этого надо сильно надуть щеки, рот закрыть, дышать носом». Затем по сигналу инструктора дети хлопают себя кулачками по щекам — выпускают воздух изо рта. Инструктор контролирует правильность осанки. (Повторить 5—6 раз.)

Ожидаемый результат. Укрепление мышц челюстно-лицевой

области; тренировка навыка правильного носового дыхания при спокойно сомкнутых губах.

«Умей слушать». Дети идут шеренгой друг за другом по одному и по сигналу, по возможности бесшумно, делают названное инструктором упражнение (повернуться, остановиться, поднять руки вверх и др.). Отмечаются дети, сделавшие упражнение четко, бесшумно.

Ожидаемый результат. Воспитание внимания, культуры поведения; развитие координации зрительного, слухового и моторного анализаторов; улучшение функции дыхания.

«Зоопарк». Дети выбирают себе роль определенного животного. Каждый «зверь» садится в свою «клетку» — в обруч, на стул, в круг, нарисованный на полу или земле. В «клетке» может быть и несколько «зверей». Не занятые в ролях дети встают за инструктором, садятся в «поезд» и едут на прогулку в «зоопарк». Приехав и прогуливаясь по «зоопарку», инструктор, подходя к «клетке», спрашивает: «Какой зверь проживает в этой клетке?» Сидящие там «звери» должны показать движениями, мимикой, звуками — кого они изображают, а приехавшие — «экскурсанты» отгадывают «зверей». И так от «клетки» к «клетке». Отмечаются дети, которые наиболее удачно изображали «зверей».

Ожидаемый результат. Развитие координации и быстроты движений в крупных и мелких мышечных группах, формирова-

ние правильной осанки, улучшение функции зрительного и слухового анализаторов.

Игры с тонизирующей психофизической нагрузкой

«Подуй на шарик». На уровне лица ребенка подвешивается воздушный шарик. Инструктор показывает, как нужно подуть на шарик, чтобы он взлетел высоко.

Ожидаемый результат. Укрепление круговой мышцы рта; тренировка правильного носового дыхания при спокойно сомкнутых губах.

«Маленькие ножки бежали по дорожке». Усадив детей так, чтобы они хорошо видели друг друга, инструктор предлагает всем показать свои ножки. Дети охотно поднимают их. Инструктор приговаривает: «Маленькие ножки бежали по дорожке» — дети бегают. Затем инструктор говорит: «Большие ноги шли по дороге» — и медленно идет. Дети повторяют за ним.

Ожидаемый результат. Развитие мышления, сообразительности, внимания; умение согласовывать свои движения с движениями других детей; формирование правильной осанки.

«Цветные автомобили». Дети сидят на стульях вдоль стен — это «автомобили», и стоят они в «гараже». Инструктор стоит в центре комнаты лицом к играющим, в руках у него три разноцветных флажка. Каждый играющий тоже держит в руках фла-

жок одного из цветов. Инструктор поднимает один из флажков, а дети, держащие в руках флажок этого же цвета, разбегаются по площадке, подражая езде автомобиля. Когда инструктор опускает флажок, «автомобили» останавливаются и «шагом» направляют в свои «гаражи».

Ожидаемый результат. Умение согласованно действовать в коллективе, дружно действовать по сигналу руководителя; развитие координации зрительного, слухового, моторного анализаторов; тренировка подвижности нервных процессов.

«Поезд с арбузами». Игра проводится сидя. Играющие располагаются по кругу. Инструктор стоит за кругом. Дети перебрасывают друг другу мяч по очереди, а затем кидают его инструктору — это погрузка «арбузов» на поезд. Затем дети производят круговые движения руками, произнося: «Чу-чу-чу... Поезд движется!» Через 2—3 мин поезд останавливается. Дети говорят: шшш... После этого начинается «выгрузка арбузов» — те же движения, что и при «погрузке». При произнесении звука [ш] губы складываются в трубочку.

Ожидаемый результат. Тренировка координации движений; умение согласовывать свои действия с действиями других участников игры; улучшение функции дыхания; укрепление мышц рук, пояса верхних конечностей, грудной клетки.

«Трамвай». Дети стоят друг за другом, одной рукой держатся за

шнур, который помогает соблюдать между ними определенное расстояние. На конце шнура привязан колокольчик. Ребенок, стоящий последним, дает звонок, трамвай трогается. По указанию инструктора «трамвай» (дети) то ускоряет, то замедляет движение. По сигналу (звонок колокольчика) «трамвай» останавливается.

Ожидаемый результат. Приобретение навыков передвижения с ускорением и замедлением темпа; развитие чувства ритма, согласованности движений с другими партнерами по игре; тренировка тормозных реакций.

«Найди свой цвет». Дети разбиваются на пары, которые располагаются в разных углах комнаты. Каждая пара получает флажок своего цвета. В углы комнаты инструктор ставит на подставки цветные флажки. После слов инструктора «Идите гулять!» дети расходятся по комнате кто с кем хочет. Когда инструктор говорит: «Найди свой цвет», дети собираются в углу возле того флажка, цвет которого соответствует цвету флажка данной пары.

Ожидаемый результат. Умение согласованно действовать в коллективе, дружно действовать по сигналу руководителя; развитие координации зрительного, слухового, моторного анализаторов; тренировка подвижности нервных процессов.

«Волк». Выбирается «волк» (водящий). Очерченное линией место считается лесом, где находится «логово волка». Дети отправляются

в «лес за грибами». Они приседают (ищут грибы) и поют:

В лес гулять мы идем
И грибы там найдем.
Волк идет! Все за мной!
Побежали домой!
Нас ты, волк, не пугай,
Нам грибов набрать дай.

Ожидаемый результат. Развитие ловкости, координации движений, быстроты реакции; умение ориентироваться в пространстве; тренировка подвижности нервных процессов и их переключаемости.

«Воздушный шарик, пролети в ворота!». На расстоянии 30 см друг от друга расставляют двое «ворот». Перед воротами коврик, на котором располагается ребенок, головой к первым воротам. Перед ним воздушный шарик. По сигналу инструктора ребенок после глубокого вдоха делает полный выдох, дуя на шарик и направляя его в ворота. Каждый ребенок имеет право послать в ворота три шарика. Выигрывают те, кто сумел больше направить шариков в ворота.

Ожидаемый результат. Развитие координации движений, чувства равновесия, глазомера, меткости, быстроты реакции, инициативы, внимания, выдержки; умение чередовать физическое напряжение с отдыхом; укрепление мышечного корсета позвоночника; улучшение аэрации задних отделов легких; развитие чувства пространства, меткости.

«Лягушки». Посередине площадки начерчен большой круг. Внутри круга «болото». Группа

детей располагается по краю круга, остальные садятся на стулья, поставленные на одной стороне площадки. Вместе с детьми, сидящими на стульях, инструктор говорит:

Вот лягушки по дорожке
Скачут, вытянувши ножки.
Ква-ква-ква-ква-ква!
Скачут, вытянувши ножки.

Дети, стоящие в кругу, подпрыгивают, изображая лягушек. По окончании стихотворения дети, сидящие на стульях, хлопают в ладоши (пугают «лягушек»). «Лягушки» прыгают в «болото» — перепрыгивают через черту и присаживаются на корточки, произнося «ква-ква» с глубоким выдохом. В конце игры инструктор просит детей потянуться, поднять вверх руки, посмотреть на них (вдох), затем опустить (выдох). При этом контролируются правильная осанка и смыкание губ.

Ожидаемый результат. Умение согласованно действовать в коллективе; развитие координации зрительного, слухового, моторного анализаторов; тренировка подвижности нервных процессов.

«Подпрыгни и подуй на шарик». Чуть повыше головы ребенка висит воздушный шарик. По приглашению инструктора ребенок подходит к шарiku, подпрыгивает и дует на него — шарик отлетает. Самые «прыгучие» дети могут соревноваться между собой, прыгая на еще большую высоту.

Ожидаемый результат. Формирование правильной осанки; развитие координационных движений,

равновесия; улучшение функции дыхания; укрепление связочно-мышечного аппарата стопы, мышечного корсета позвоночника.

«Статуи». Дети становятся в круг, оставляя между собой промежутки не менее двух шагов. Один из играющих бросает мяч другому. Тот, не меняя своего места, ловит его. Не поймавший мяч превращается в «статую», оставаясь в том положении, какое он принял при ловле мяча. Игра продолжается до тех пор, пока не останется один игрок.

Ожидаемый результат. Развитие координации движений, чувства равновесия, глазомера, меткости, быстроты реакции, инициативы, внимания, выдержки; умение чередовать физическое напряжение с отдыхом; укрепление мышечного корсета позвоночника; улучшение аэрации задних отделов легких.

«Перенеси булаву — не урони». Дети сидят на скамейке. Каждый из играющих по очереди подходит к булаве, приподнимает ее двумя гимнастическими палками и, не уронив, переносит за черту площадки, к финишу, на 3—5 м от булавы.

Ожидаемый результат. Развитие координации движений, чувства равновесия, глазомера; укрепление мышечного корсета позвоночника; улучшение аэрации задних отделов легких.

«Воздушный шар». Дети сидят или стоят, самостоятельно надувая шары. Инструктор помогает завязывать отверстия. Дети перебрасывают шары через веревочку.

Ожидаемый результат. Формирование правильной осанки; развитие координационных движений, равновесия; улучшение функции дыхания; укрепление связочно-мышечного аппарата стопы, мышечного корсета позвоночника.

«Кто быстрее?». Соревнуются пары. Двое соревнующихся усаживаются каждый за свой стол. На столе между двумя тонкими рейками расположено равное число — 5—10 воздушных шаров. Вытянув трубочкой губы, каждый ребенок глубоким сильным выдохом старается сдуть шары со стола (по одному). Вдох через нос.

Ожидаемый результат. Улучшение функции дыхания, укрепление мышц челюстно-лицевой области.

«Кто подует сильнее?» Дети сидят на скамейке или стоят. К веревке, закрепленной горизонтально, несколько выше головы ребенка, прикрепляют обруч и на ниточке в обруче воздушный шарик. На расстоянии 40—50 см — другой обруч. Задача состоит в том, чтобы ребенок, подойдя к обручу с шариком, глубоко вдохнул воздух через нос, затем, сделав губы «трубочкой», с силой подул на шар, так, чтобы тот долетел до другого обруча.

Ожидаемый результат. Улучшение функции дыхания, укрепление мышц челюстно-лицевой области.

«Бег за флажками». Играющие делятся на две команды и выстраиваются друг против друга на противоположных концах площадки. Перед каждой командой чертится линия. Параллель-

но этим линиям посередине площадки обозначается полоса шириной 1,5—2 м, на которой раскладываются флажки. По сигналу инструктора играющие обеих команд быстро выбегают к поперечной полосе и стараются собрать как можно больше флажков, а затем с флажками возвращаются за свои линии и строятся в шеренгу. Капитаны команд подсчитывают количество флажков. Команда, собравшая большее количество флажков, выигрывает.

Ожидаемый результат. Развитие быстроты реакции; умение действовать в коллективе; общеукрепляющее воздействие; стимуляция функции дыхания.

Игры с тренирующей психофизической нагрузкой

«Ловушки». Дети сидят на стульях, расставленных на одной стороне площадки. Убегая от детей, инструктор предлагает поймать его. Дети пытаются его поймать, и он снова убегает. После того как дети поймут смысл игры, можно выбрать кого-нибудь из них водящим.

Ожидаемый результат. Развитие координации движений; умение ориентироваться в пространстве; воспитание ловкости, инициативы, дисциплинированности, терпения; тренировка зрительного и слухового анализаторов.

«Лохматый пес». Выбирают «пса». «Пес» сидит в стороне. Дети медленно идут к нему, приговаривая:

Вот сидит лохматый пес,
В лапки свой уткнувши нос.
Тихо, смирно он сидит,
Не то дремлет, не то спит.
Подойдем к нему, разбудим
И посмотрим, что будет?

Дети тихонько подходят и хлопают в ладоши. «Пес» вскакивает и ловит детей.

Ожидаемый результат. Воспитание терпения, выдержки; развитие быстроты реакции.

«Пузырь». Дети стоят вплотную друг к другу, взявшись за руки. Вместе с инструктором говорят:

Раздувайся, пузырь,
Раздувайся большой,
Оставайся такой
Да не лопайся.

Произнося стихи, дети постепенно расходятся и максимально расширяют круг, продолжая держаться за руки, надувают щеки. После слов инструктора «пузырь лопнул» дети опускают руки, хором говорят: «Хлоп» — хлопают руками по щекам и присаживаются на корточки, произнося: шшш... «Выходит воздух из пузыря», — говорит при этом инструктор. Затем предлагает надуть новый пузырь.

Ожидаемый результат. Развитие основных движений; улучшение функции дыхания; формирование правильной осанки; тонизирующее и успокаивающее воздействие на весь организм ребенка; умение действовать в коллективе.

«Идет коза по лесу». Дети стоят в кругу, выбирают «козу». Затем

идут по кругу подскоками. «Коза» идет так же, но в кругу. Все поют: «Идет коза по лесу, по лесу. Нашла коза принцессу, принцессу». «Коза» выбирает кого-нибудь, взяв за руки «принцессу», делает вместе с ней в кругу движения, которые, согласно песне, повторяют все играющие: «Давай, коза, попрыгаем, попрыгаем, попрыгаем (прыгают на двух ногах) и ножками подрыгаем (дети подскоком выставляют поочередно ноги вперед), и ручками похлопаем, похлопаем, похлопаем (хлопают), и ножками потопаем, потопаем, потопаем (топают)». Затем «коза» встает в круг, а выбранная ею «принцесса» становится «козой».

Ожидаемый результат. Развитие координации движений конечностей, туловища; улучшение функции дыхания, зрительного и слухового анализаторов.

«Прыгунчики». На игровой площадке чертят большой круг — «огород». На его границе ставят ряд колышков, по которым протягивают шнур на высоте 30—40 см от земли. Один из играющих становится на середину круга («огорода») — это «сторож». В руках у него прыгалка. «Сторож» охраняет «огород» от набегов «прыгунчиков-шалунчиков», которые ходят вне «огорода». «Прыгунчики» стараются перепрыгнуть через ограду (шнур), не задев его ногами и выпрыгнуть так, чтобы не быть запутанными прыгалкой зоркого «сторожа». Задевший шнур или запутанный прыгалкой становится «сторожем».

Ожидаемый результат. Развитие внимания, быстроты реакции.

«Поезд». Дети становятся в затылок друг другу. Стоящий первым в колонне изображает электровоз. Он гудит и отправляется в путь. Дети слегка сгибают руки в локтях. Подражая гудку электровоза, начинают двигаться вперед, вначале медленно, затем ускоряя шаг и, наконец, бегут. После слов инструктора «Поезд подходит к станции» дети замедляют ход и останавливаются.

Ожидаемый результат. Умение действовать в коллективе, реагировать на сигналы; улучшение функции дыхания.

«Стоп, хоп, раз». Дети идут колонной друг за другом. На сигнал «Стоп!» останавливаются, на сигнал «Хоп!» подпрыгивают, на сигнал «Раз!» поворачиваются кругом и идут в обратном направлении. Все три сигнала повторяются в ходьбе 5—8 раз. Тот, кто ошибается, выходит из игры.

Ожидаемый результат. Развитие внимания, быстроты реакции.

«Лети, перышко». Играющие делятся на две-три команды, которые выстраиваются в колонны по одному, одна колонна параллельно другой. В каждой команде ребенок, стоящий первым, держит перышко. На расстоянии 8 шагов от первых в колонне проводят финишную черту. По команде водящего «Начали!» ребенок, стоящий в колонне первым с перышком в руке, отпускает его и начинает дуть на него так, чтобы оно летело в сторону финиш-

ной черты. Затем он, достигнув «финиша», ловит перышко, бежит к своей команде и передает его второму в колонне, сам же становится в конец колонны. Получивший перышко продолжает игру. Выигрывает команда, которая раньше закончит игру.

Ожидаемый результат. Улучшение функции дыхания; развитие ловкости, чувства координации движений; воспитание терпения, умения согласованно действовать в коллективе.

«Кто как сможет». Дети строятся в затылок друг другу в две колонны. Перед первым в колоннах чертят линию старта. На расстоянии в 20—30 м параллельно этой линии чертят линию финиша. Задача заключается в том, чтобы по сигналу инструктора первые в колоннах как можно быстрее достигли финишной черты. Однако передвигаться бегом нельзя, можно кувыркаться, перекачываться с боку на бок, ходить на коленях, четвереньках. Достигнув финиша, дети спокойным шагом возвращаются в конец шеренги.

Ожидаемый результат. Улучшение дренажной функции бронхов; общее физиологическое воздействие; ловкость, ориентировка на местности.

«Петухи». Двое детей рисуют круг диаметром 5 м, затем становятся в него и пытаются вытолкнуть друг друга из круга, ударяя один другого ладонью о ладонь. Оставшийся в кругу выигрывает поединок.

Ожидаемый результат. Развитие мышечной силы, быстроты

реакции, чувства равновесия, выдержки, воли к победе.

«Заброс мяча в кольцо». Для этой игры используется баскетбольное кольцо, закрепленное на высоте 180—220 см. Играющие становятся за чертой, проведенной на расстоянии 1,5 м от кольца, и поочередно забрасывают в него мяч. Выигрывает тот, кто быстрее наберет условное количество очков.

Ожидаемый результат. Развитие меткости; укрепление мышц пояса верхней конечности, грудной клетки.

«В кругу». Дети делятся на две команды (два круга). По сигналу ведущего начинается переброска мяча друг другу в каждой команде. На сигнал «Хлопок в ладоши!» дети меняют направление, на сигнал «Раз!» — подбрасывают мяч вверх, на сигнал «Два!» — бросают через круг, т.е. команды меняются мячами. Выигрывает команда, которая, перебрасывая мяч, не уронила его и закончила задание первой.

Ожидаемый результат. Развитие меткости, глазомера, координации движений; умение концентрировать и переключать внимание, согласованно действовать в коллективе; общее воздействие на весь организм.

«Пчелы и медвежата». Играющие делятся на две группы. Дети одной группы изображают пчел, другой — медвежат. «Пчелы» влезают на гимнастическую стенку — это «улей». «Медвежата» прячутся за «деревом» (скамейкой). На слова инструктора: «Пчелы за медом!»

дети спускаются с гимнастической стенки и убегают подальше в сторону. В это время «медвежата» перелезают через скамейку и на четвереньках приближаются к «улью». Инструктор говорит: «Медведи идут». «Пчелы» бегут обратно, произнося: жжж...ж, а медвежата на четвереньках «скачут» обратно к «дереву»; «пчелы» занимают свои места в «улье», т.е. влезают на гимнастическую стенку.

Ожидаемый результат. Укрепление мышц туловища и конечностей; улучшение функции дыхания; развитие быстроты реакции, координации движений; воспитание ловкости, смелости.

«Пролезай и убегай». Дети строятся в две шеренги. Первая стоит вдоль стены, другая с обручами в руках — напротив, посреди комнаты. Дети с обручами опускаются на одно колено, ставят обручи на пол и придерживают их. По сигналу инструктора дети, стоявшие у стены, быстро бегут к обручам, становятся на четвереньки и пролезают через них, затем поднимаются и бегут вперед. Дети, державшие обручи, кладут их на пол, встают и бегут за детьми из первой шеренги, догоняют их, приводят на свое место и дают им обручи. Затем в обручи пролезают дети, которые держали их раньше.

Ожидаемый результат. Укрепление мышц туловища и конечностей; улучшение функции дыхания; развитие быстроты реакции, координации движений; воспитание ловкости, смелости.

«Кто скорее станет в круг?».

Все играющие, кроме водящего, становятся в круг. Водящий обегает круг и слегка ударяет кого-нибудь из детей по плечу. Последний должен обегать круг в обратном направлении и встать на свое место. Водящий, ударив по плечу стоящего в кругу, сам продолжает обегать круг, стремясь занять освободившееся место. Опоздавший становится водящим, и игра продолжается.

Ожидаемый результат. Развитие меткости, глазомера, координации движений, умения концентрировать и переключать внимание, согласованно действовать в коллективе; общефизиологическое воздействие на весь организм.

«Кто дольше не собьется?».

Дети подходят к длинной скалке, которую крутит инструктор с кем-нибудь из детей. Играющие по очереди прыгают, пока не собьются, но не более 20—30 с.

Ожидаемый результат. Развитие ловкости, чувства координации движений; укрепление мышечно-связочного аппарата стоп.

«Кто устойчивей?». Двое детей присаживаются на корточки. Прыгая на носках, стараются сбить противника плечом и заставить его потерять равновесие — сесть. Кто первый сядет, выбывает из игры, и в нее включается другой, снова играют на «победителя».

Ожидаемый результат. Тренировка равновесия, координации движений; воспитание выносливости, решительности.

Формирование информационно-технической среды в семье

Вержицкая Е.Г.,

канд. пед. наук, доцент, Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета;

Куприенко Е.И.,

соискатель кафедры общей педагогики, Адыгейский государственный университет, г. Майкоп

Показатель отклонений в состоянии здоровья детей (40%), приходящих в первый класс, свидетельствует о их наличии еще до начала школьного периода. Среди факторов, приводящих к такому результату, наряду с биологическими и психологическими, выделяются и социальные, определяющие условия и образ жизни дошкольника в семье. К ним можно отнести усилившуюся в последнее десятилетие «компьютеризацию».

Современное школьное и последующее образование невозможно представить без использования компьютерной техники. Вместе с тем наряду со многими достоинствами, компьютеризация обучения имеет ряд негативных для здоровья последствий. Результаты исследований, проведенных НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН и Институтом возрастной физиологии РАО, показали, что занятия с использованием компьютеров более утомительны, чем

традиционные. Наряду с другими требованиями эти регламенты вошли в СанПиН «Гигиенические требования к видеодисплейным терминалам, ПЭВМ и организации работы», что позволяет в достаточной степени правильно, с гигиенической точки зрения, организовать работу школьников в компьютерных классах.

Производители компьютерных программ сегодня предлагают огромный выбор развивающих игр с любимыми героями мультфильмов, по сюжетам известных сказок и т.п., формируя таким образом способности у детей в более раннем возрасте. В процессе компьютерной игры у ребенка развиваются моторная координация и мелкая мускулатура руки: ведь в любых играх детям необходимо нажимать на клавиши клавиатуры, манипулировать с мышью. А значит, совершенствуется совместная деятельность нескольких анализаторов: я подумал — соотнес с видимым на экране;

нажал на кнопку или пошевелил мышкой — получил результат, видимый на мониторе. В этом случае у ребенка развиваются память, логическое мышление (причинно-следственные связи), он легче обучается ориентированию (следит за движением стрелки во время игры по разным направлениям: вправо, влево, вверх и вниз).

При этом необходимо определить и выделить наиболее уязвимые с позиции сохранения здоровья стороны работы за компьютером. Самой реальной опасностью не только для детей, но и взрослых является снижение остроты зрения. Другая проблема — статическая поза ребенка. Не менее остро стоит вопрос о влиянии на здоровье подбора информационно-образовательных и развлекательных ресурсов, которые включают в себя специализированные (тестирующие, тематические и прочие) программы, развивающие и обучающие игры.

К сожалению, современные родители, как правило, не имеют достаточных системных знаний о правильном приобщении ребенка к компьютеру. Это в большинстве случаев служит причиной возникающей в дальнейшем компьютерной зависимости. Формирование педагогически грамотной позиции родителей, выражающейся в собственном понимании позитивного и негативного влияния

компьютерной техники на развитие ребенка, позволит уменьшить риск снижения уровня физического и интеллектуального его развития в дошкольном возрасте. Необходимо шире использовать возможности организованного педагогического просвещения родителей детей, посещающих ДООУ, в форме бесед, круглых столов по обмену опытом воспитания детей, тематических модулей на информационных стендах и других форм. Инициаторами организации такого рода просвещения выступают медицинские и педагогические работники, на которых возложена задача профилактической работы по формированию основ здорового образа жизни ребенка. Именно они могут донести до родителей востребованную информацию в форме разработанных рекомендаций, позволяющую безопасно для здоровья и развития ребенка организовать информационно-технологическую среду в семье.

В рамках таких рекомендаций следует указать, что влияние компьютера на зрение можно снизить, используя современный монитор с высокой разрешающей способностью и высокой частотой развертки изображения, которая существенно уменьшает эффект мерцания. Оптимальный размер экрана для малыша — 15 дюймов, для школьника — 17. Правильное расстояние до монитора — около 45–60 см, правиль-

ное освещение — естественный свет, падающий слева, а в темное время суток лампа должна освещать только документ, с которым работает ребенок, но не сам экран монитора, чтобы избежать бликов, осложняющих работу. Игры со звуком считаются более предпочтительными, так как снижают степень нагрузки на зрительный анализатор.

В результате долгого сидения в неподвижном положении, как правило, появляются боли в мышцах шеи, спины, начинают болеть суставы кистей рук, что может стать причиной возникновения различных заболеваний опорно-двигательной системы. Длительная стесненная поза затрудняет дыхание и может привести к приступам кашля. Для уменьшения вредного влияния неудобной позы необходимо:

- правильно подбирать рабочую мебель;
- ограничивать время работы на компьютере в любом случае, даже если ребенок занят развивающей игрой. Так, детям дошкольного возраста рекомендуется проводить за компьютером в среднем не более получаса в день, обязательно с 10—15-минутным перерывом;
- приучить ребенка чередовать работу на компьютере и выполнение простейших физических упражнений, снимающих мышечное утомление от статической позы.

Даже от самого современного монитора идет небольшое рентгеновское излучение, но оно в несколько раз ниже естественного радиационного фона, а потому не представляет ощутимой опасности для здоровья человека. Гораздо реальной опасность, исходящая от кинескопа, — его отклоняющая электромагнитная система (в современных мониторах такое излучение наиболее сильно сзади и вверху монитора). Также вредно электростатическое поле, действующее на расстоянии полуметра от экрана монитора, но на современных мониторах установлены специальные фильтры, уменьшающие напряженность излучения. Кондиционеры, пылеуловители, ионизаторы, влажная уборка и проветривание помещения снижают вредное воздействие электростатического поля.

Организация и проведение активной просветительской работы с родителями по данному направлению, несомненно, позволит расширить компетентность семьи в вопросах грамотного подбора необходимого технического оборудования, отвечающего требованиям безопасности детей как пользователей, снижения нагрузки на физическое и психическое здоровье ребенка в процессе освоения им компьютерной техники.

И жить торопится и чувствовать спешит

Николаева Г.В.,

канд. мед. наук., офтальмолог высшей категории,
ассистент кафедры офтальмологии педиатрического
факультета, Российский государственный медицинский
университет им. Н.И. Пирогова, Москва

ПЕДИАТРИЯ



Маленький человечек приходит в наш мир еще не зрелым и не совершенным. Первый вопрос родителей: «А он нас видит?»

Так когда же действительно ваш ребенок начинает воспринимать окружающий мир так же, как и мы?

В зрительном восприятии участвует не только глаз. Зрительный анализатор устроен сложно и состоит из рецепторной части — рецепторов сетчатки (палочек и колбочек), помещенных в глазное яблоко, проводящих нервных путей (зрительный нерв, тракт, подкорковые структуры) и собственно анализатора — коры головного мозга, а именно затылочной борозды, расположенной в затылочной части. Недаром говорят, что мы смотрим глазом, а видим затылком. Без полноценной работы всех отделов зрительного анализатора невозможно полноценное зрение.

Зрительный анализатор проходит длительное и сложное развитие, его формирование продолжается даже после рождения ребенка.

Зачаток глаза выделяется уже в конце 2-й недели внутриутробного развития. К концу 4-й недели возникает зачаток хрусталика. На 4—5-й неделе образуются первичные хрусталиковые волокна и эмбриональное ядро хрусталика.

Ко времени рождения ребенка его зрительная система в общих чертах близка по строению к зрительной системе взрослого, но морфологически и функционально еще не зрелая. Уже после рождения происходит дальнейшая дифференцировка его структур.

Только к середине первого года заканчивается развитие центральной части сетчатки — макулярной зоны,

или «желтого пятна». Именно эта зона отвечает за форменное предметное зрение, от ее состояния зависит острота зрения. У новорожденного сетчатка в этой зоне состоит из 10 слоев. Именно в возрасте 2—4 мес. нервные волокна в макулярной зоне «сдвигаются» к краям и формируется «ямка» — макула, такая же, как и у взрослых.

В первые 2 мес. заканчивается развитие черепных нервов, в том числе и глазодвигательных. Появляется возможность для содружественного движения глаз. Постепенно развивается зрительный анализатор: от грубого различения яркостей световых лучей до способности распознавать мелкие детали и пространственные отношения предметов окружающего мира.

Совокупность этих процессов и приводит к тому, что с 2 мес. жизни ребенок начинает бинокулярно фиксировать взгляд, следить глазками за движущимися предметами.

В течение первого полугодия жизни ребенка продолжают структурно формироваться зрительные проводящие пути. Только ко второму году достигают структурной зрелости аккомодационный аппарат (отвечающий за фокусировку изображения на сетчатке), фильтрационные структуры угла передней камеры. В первые два года происходит сложный процесс диф-

ференцировки клеточных элементов коры головного мозга и формирования корковых центров, в частности, зрительного.

Так когда же начинает видеть ребенок?

Сразу после рождения выявляется только общая световая чувствительность. У новорожденного зрительный анализатор еще недостаточно развит, поэтому на различные раздражители он реагирует недифференцированно, преобладают генерализованные реакции. При резком освещении глаз возникают защитные реакции: вздрагивание, откидывание головки назад, смыкание век, сужение зрачка. В условиях освещения глаз ярким светом появляются мигательные движения и глаз отводится вверх.

Уже при рождении ребенок поворачивает глаза и голову к источнику света, пытается следить за движущимся предметом. На 2—3-й неделе жизни фиксирует свой взор на предметах, следит за движущимися предметами.

Способность различать предметы появляется на 2—3 мес. жизни, в этот период малыш замечает грудь мамы; окружающих его людей начинает различать на 4—6 мес. жизни.

Способность различать цвета появляется в возрасте 2—6 мес. Первым воспринимается красный цвет. Коротковолновая часть спектра (зеленый, синий) появляется позже. Хорошо развивает-

ся цветовое зрение только к 4—5 годам.

На 7—10 мес. ребенок распознает геометрические фигуры (куб, пирамида, шар), на 2—3 году — нарисованные изображения.

Совершенное восприятие формы предметов и нормальная острота зрения развиваются только к школьному возрасту. Поэтому не стоит вешать перед кроваткой новорожденного таблицу умножения, алфавит, подкладывать в колыску букварь. Это не будет иметь смысла. Для развития зрительного анализатора очень важно, чтобы зрительные раздражители были разнообразными. Но они должны поступать своевременно. Очень полезно, если мама будет активно общаться с ребенком, показывая ему те или иные игрушки, рассказывать о них. Очень важна позитивная эмоциональная окраска. Ребенок при этом не должен уставать.

Глаз новорожденного по размеру значительно меньше глаза взрослого, его оптические системы еще не соразмерны с анатомическими структурами, поэтому для новорожденного характерна дальнозоркость в 4 диоптрии, которая по мере быстрого роста глаза постепенно исчезает к 4—5 годам.

Для состояния зрительного анализатора очень важно, как протекала беременность. Погрешности в питании, вредные привычки мамы, заболевания, особенно в

первые месяцы беременности, могут привести к непоправимым последствиям.

Очень важно развитие и после рождения. В эксперименте цыплятам заклеивали глазки после того, как они вылупливались, и открывали через месяц. Хотя все структуры были сформированы правильно, цыплята слепли. Если в первые месяцы жизни ребенка глаза не будут получать зрительную информацию — наступит зрительная депривация, и как результат — низкое зрение. Поэтому, например, очень важно своевременно выявить и прооперировать у ребенка катаракту.

Очень важна правильная организация зрительной нагрузки у малыша. Недопустимо многочасовое сидение у телевизора, работа за монитором компьютера, игра на компактных игровых приставках. Черезмерная зрительная нагрузка пагубно скажется на незрелой зрительной системе. Надо следить, чтобы малыш выполнял задания, связанные со зрительной работой, сидя за столиком на близком расстоянии, но при этом расстояние от глаз до рабочей поверхности не должно быть меньше длины его предплечья. Важно чередовать зрительную работу с подвижными играми, использовать естественное или близкое к нему освещение. Просмотр телевизора не должен превышать 30—45 мин в день. И тогда глазки вам скажут «спасибо!».

Готовь сани летом, а капли для лечения аллергических поражений глаз – зимой

Парамей О.В.,

д-р мед. наук, профессор кафедры офтальмологии педиатрического факультета, Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Аллергические поражения глаз включают две большие группы: аллергические рино- и весенние кератоконъюнктивиты. К первой группе относят распространенные формы глазной и назальной аллергии, проявляющиеся реакцией гиперчувствительности на определенные антигены, присутствующие в воздухе. При этом заболевании поражается конъюнктура — нежнейшая бледно-розовая слизистая оболочка, обволакивающая заднюю поверхность век и переднюю поверхность глазного яблока вплоть до роговицы, а также слизистая оболочка носа. Различают аллергические риноконъюнктивиты сезонные и внесезонные. *Сезонный аллергический конъюнктивит обостряется весной и летом.* Синонимы этого названия: сенная лихорадка, летний катар, сенной насморк, поллиноз (от греч. слова «поллен» — цветочная пыльца). Для здоровых людей цветущие береза, тополь, луговые травы — красота и радость, а для больных аллергическим конъюнктивитом — сплошное

огорчение. Весенний воздух буквально пропитан пылью всевозможных растений, и, попадая в глаза даже в ничтожном количестве, она способна провоцировать воспаление конъюнктивы.

Внесезонный аллергический конъюнктивит вызывает симптомы в течение года с обострением осенью, когда концентрация пылевых клещей и грибковых аллергенов в воздухе самая большая. Конъюнктура легко раздражается, реагируя не только на пыльцу, но и на обыкновенную домашнюю пыль, шерсть животных, пух, средства бытовой химии, парфюмерию, косметику. Аллергенов не счесть: их больше 250, и конца им не видно. А вот реагирует на них конъюнктура практически одинаково.

Весенний кератоконъюнктивит (ВКК) — рецидивирующее двустороннее воспаление конъюнктивы и роговицы, поражающее прежде всего мальчиков, живущих в теплом, сухом климате. Начинается ВКК обычно после 5 лет и продолжается до достижения

половой зрелости, нередко до 25 лет. ВКК может протекать сезонно, с пиком в конце весны и лета, хотя у многих пациентов наблюдается круглогодично. У них часто развиваются бронхиальная астма и экзема, может быть диагностирован атопический дерматит. В связи с тем что заболевание проявляется ежегодно, его иначе называют «болезнью потерянного детства».

Клиника аллергических поражений глаз. В ответ на контакт с пылью (или другим аллергеном) так называемые тучные клетки начинают выбрасывать большое количество медиаторов и в частности гистамина. Под их воздействием меняется состояние стенок сосудов, она становится порозной, ломкой, возможны небольшие кровоизлияния. Вместо бледно-розовой конъюнктивы становится ярко-красной, отекает, набухает. Появляются боль и резь в глазах, веки нестерпимо зудят, выделяется слизистый или гнойно-слизистый секрет из полости носа. Так начинается острый сезонный аллергический конъюнктивит, который нередко сопровождается общим недомоганием, головной болью, повышением температуры. Страдания обычно длятся от пяти дней до двух недель.

Хронический внесезонный конъюнктивит протекает не столь остро, зато долго. Такое ощущение, что в глаз соринка попала, да так там и осталась. Отсюда периодический зуд век, умеренное

жжение глаз. Хронический конъюнктивит может тянуться годами, время от времени обостряясь. Часто это случается как раз весной и летом.

Подготовку к сезонному конъюнктивиту обычно проводят осенью и зимой, когда нет пыли. Однако не беда, если вы не сумели подготовиться к весенне-летнему сезону заранее. К счастью, сегодня существуют универсальные препараты, позволяющие справляться с аллергическим конъюнктивитом, независимо от того, чем он был спровоцирован. Прежде всего обратите внимание на препарат Гистимет. Стоит капнуть в глаз 1—2 капли, и уже через 15 мин он нейтрализует гистамин-медиатор, запускающий длинную цепочку аллергических реакций. Это благотворно сказывается на состоянии слизистой: уменьшаются отек, воспаление, уходят зуд, слезотечение. Гистимет действует быстро и безотказно, принося ощутимое облегчение.

Другой препарат Кромогексал относится к группе так называемых стабилизаторов тучных клеток. Он блокирует выход гистамина и других активных медиаторов, и аллергическая реакция не развивается. Как показывает клинический опыт, Кромогексал эффективен как в лечении, так и в профилактике аллергического конъюнктивита. Поэтому те, кто страдает этим заболеванием и знает, в какое время и с какой стороны следует ожидать «напа-

дения», могут подстраховаться с помощью препарата, нанеся аллергену упреждающий удар. Скажем, у вас выявлена чувствительность в амброзии (timoфеевке, овсянице), которая зацветает в конце мая — начале июня. Нужно за две недели до цветения опасной травки начать закапывать Кромогексал, и встреча с аллергеном пройдет спокойно.

Есть еще ряд эффективных противоаллергенных препаратов, в частности Сперсаллерг, Аломид, Хай-кром, так что лечащему врачу есть из чего выбирать.

Практически все наши пациенты интересуются, надо ли в период обострения принимать Супрастин, Тавегил, другие анти-

гистаминные препараты. Лет пять назад мы непременно включили бы их в противоаллергенную терапию, но сегодня в этом, как правило, нет необходимости. Ведь они действуют на весь организм в целом, оказывают седативный эффект (что подчас совсем нежелательно), а Гистимет и Кромогексал ограничиваются местным воздействием, что гораздо предпочтительнее. При выраженной общей аллергической реакции следует отдать предпочтение таким современным антигистаминным препаратам, как Кларитин, Гисманал, Зиртек, принимаемым по 1 таблетке 1 раз в день и не дающим седативного и снотворного эффекта.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

В 2009 г., по сравнению с 2008 г., в Российской Федерации отмечено снижение заболеваемости по следующим нозологическим формам: брюшной тиф — на 40%, бактериальная дизентерия — на 31,7; острые вирусные гепатиты — на 18,3, в том числе острый вирусный гепатит А — на 10,8, острый вирусный гепатит С — на 21,0; эпидемический паротит — на 39,8; менингококковая инфекция — на 13,2; туляремия — на 42,8; псевдотуберкулез — на 36,1; лептоспироз — на 18,6; сифилис впервые выявленный — на 11,9; гонококковая инфекция — на 15,1%; трихинеллез — в 2,1 раза; острый вирусный гепатит В — в 1,5 раза, дифтерия — в 4 раза, краснуха — в 6 раз.

Вместе с тем отмечен рост заболеваемости энтеровирусными инфекциями — на 12%, в том числе энтеровирусным менингитом — на 20,5; острыми кишечными инфекциями установленной этиологии — на 7,5; коклюшем — на 14,4; клещевым вирусным энцефалитом — на 32,9; клещевым боррелиозом — на 26; болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита, — на 7,8; впервые выявленной малярией — на 15,2%; корью — в 3,5 раза, лихорадкой Ку — в 9 раз, гриппом — в 1,8 раза.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 году»

Распространенность неинвазивной пневмококковой инфекции среди дошкольников Санкт-Петербурга

Рулева А.А.,

мл. науч. сотрудник, ФГУ «НИИ детских инфекций ФМБА России»,
Санкт-Петербург;

Николаевич М.С.,

д-р мед. наук, Санкт-Петербургский НИИ радиационной гигиены
им. проф. П.В. Рамзаева,
Санкт-Петербург

Известно, что заболевания, вызываемые *Streptococcus Pneumoniae* (менингит, бактериемия, пневмония), относятся к ведущим причинам смертности детей младше 5 лет. Однако кроме этих инвазивных форм пневмококковой инфекции дети дошкольного возраста страдают острыми средними отитами, синуситами пневмококковой этиологии и другими респираторными формами инфекции, поддерживающими высокий уровень заболеваемости в детских садах. Резервуарами инфекции, способствующими распространению пневмококковых заболеваний в коллективе, являются носители. Особенно высока их частота, достигающая 50%, именно в дошкольных учреждениях [3]. Перечисленные заболевания, а в некоторых случаях и пневмония наблюдаются и лечатся в амбула-

торно-поликлинических учреждениях. При оценке актуальности и значимости проблемы неинвазивных форм пневмококковой инфекции исследователи сталкиваются с рядом трудно разрешимых проблем. В первую очередь это отсутствие в официальных источниках показателей заболеваемости по дошкольному возрасту. Более того, болезни органов дыхания, уха и носоглотки, как и другие группы заболеваний, приводятся без расшифровки и выделения отдельных нозологических форм.

В 2010 г. в России впервые зарегистрирована конъюгированная с дифтерийным белковым носителем (CRM197) 7-валентная пневмококковая вакцина (PCV7), в состав которой входят капсульные полисахариды семи серотипов пневмококка. Именно последние наиболее часто выступают в

роли этиологических факторов инвазивных (сепсис, менингит, тяжелая пневмония) пневмококковых заболеваний у детей раннего возраста и дошкольников. После применения конъюгированной вакцины в организме ребенка формируется Т-зависимый длительный иммунитет. Иммунизация может проводиться с 2 мес., схема и количество доз зависят от возраста. Опыт применения PCV7 в РФ подтверждает не только ее высокую эффективность, но и безопасность. Существуют исследования, подтверждающие достоверно значимую эффективность бустера в отношении уровня носительства пневмококка, что особенно важно при заболеваемости инвазивными формами инфекции [5]. Сведения о снижении заболеваемости неинвазивными формами ограничены, поскольку не существует четкой регистрации данных заболеваний. ВОЗ считает целесообразным включение данной вакцины в национальные иммунизационные программы, даже при отсутствии данных о распространенности пневмококковой инфекции.

В связи с этим важное место при реализации государственной политики, направленной на вакцинопрофилактику пневмококковой инфекции, принадлежит изучению распространенности неинвазивных заболеваний пневмококковой этиологии среди детского населения, регистрируемых учреждениями здравоохранения при оказании амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи. При анализе распространенности заболеваний пневмониями, бронхитами, отитами и синуситами среди детского населения использованы данные официальной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) Санкт-Петербурга. В табл. 1 представлена информация о численности детского населения (по возрастным группам) в Санкт-Петербурге в 2005—2010 гг.

Сведения о заболеваемости детского населения, по данным АПУ (форма 31), в двух классах болезней: уха и сосцевидного отростка и органов дыхания за 2008 и 2009 гг. представлены на рис. 1. Отметим, что в отчетах отделов

Таблица 1

**Численность постоянного населения
(детей и подростков) в Санкт-Петербурге**

Возраст, лет	Годы					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
0—4	181 063	190 219	196 642	202 769	210 101	220 981
5—9	151 631	149 331	153 413	160 716	171 243	182 699
10—14	200 699	182 145	168 941	160 340	158 347	154 002

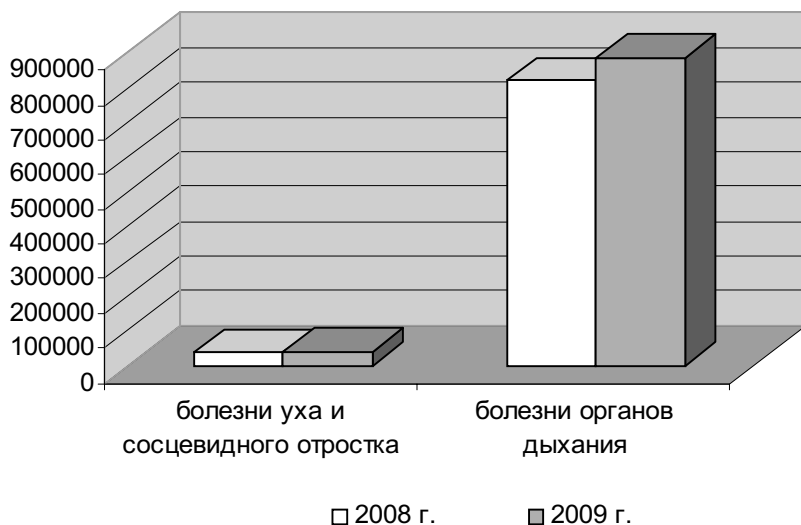


Рис. 1. Число заболеваний, зарегистрированных у детей Санкт-Петербурга (по данным АПУ)

здравоохранения не выделяются отдельные нозологические формы, что не позволяет провести анализ распространенности инвазивных и неинвазивных заболеваний пневмококковой этиологии.

В связи с этим проведена работа по сбору данных непосредственно в детских поликлиниках Санкт-Петербурга. Для анализа заболеваемости была использована выборка из трех районов горо-

да (Выборгский, Красносельский, Московский), характеристика которой представлена в табл. 2.

Таким образом, численность детей, охваченных выборкой, превышает 16% от общей численности детского населения, что позволяет корректно экстраполировать полученные результаты. При исследовании использованы общепринятые методы математико-статистического анализа [6].

Таблица 2

Характеристика выборки

Район Санкт-Петербурга	Численность детского населения, обслуживаемого анализируемыми АПУ	Доля от детского населения города, %
Выборгский	64 653	11,6
Красносельский	17 264	3,1
Московский	7583	1,4
Всего	89 500	16,1

Данные о динамике и диапазонах колебаний заболеваемости детей в возрасте до 5 лет острыми пневмониями, острыми бронхитами (как патологии, сопутствующей или маскирующей острую пневмонию), острыми отитами и острыми синуситами (по данным, анализируемых АПУ за пятилетний период — 2005—2009 гг.) представлены на рис. 2—5. Какой-либо явно направленной тенденции в динамике заболеваемости анализируемой патологии не прослеживается. Наблюдающиеся колебания уровней заболеваемости отражают, по всей видимости, короткие (малые) циклы эпидемического подъема и снижения распространенности пнев-

мококковой инфекции. Так, в отношении острого бронхита и острого отита, с некоторой долей осторожности, можно предполагать стремление к росту заболеваемости. Следует также учитывать значительный разброс показателей по районам города: максимальный уровень может превышать минимальный в несколько раз.

С использованием полученных средних значений показателей заболеваемости проводился расчет абсолютного количества заболевших детей для всего города за анализируемый период времени. В результате проведенных расчетов установлено, что ежегодно в Санкт-Петербурге страдают

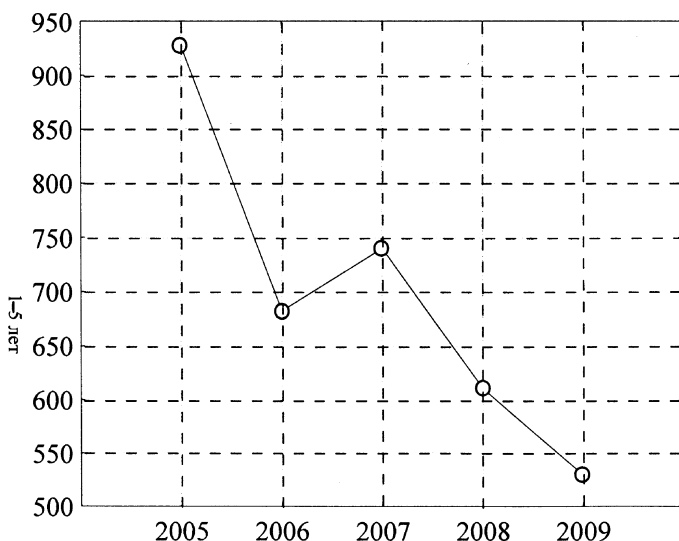


Рис. 2. Динамика заболеваемости острой пневмонией детей в возрасте до 5 лет (на 100 тыс. детского населения)

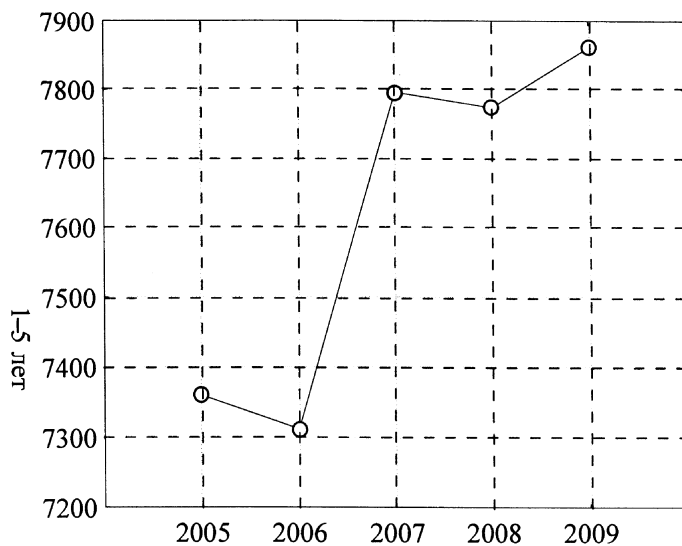


Рис. 3. Динамика заболеваемости острым бронхитом детей в возрасте до 5 лет (на 100 тыс. детского населения)

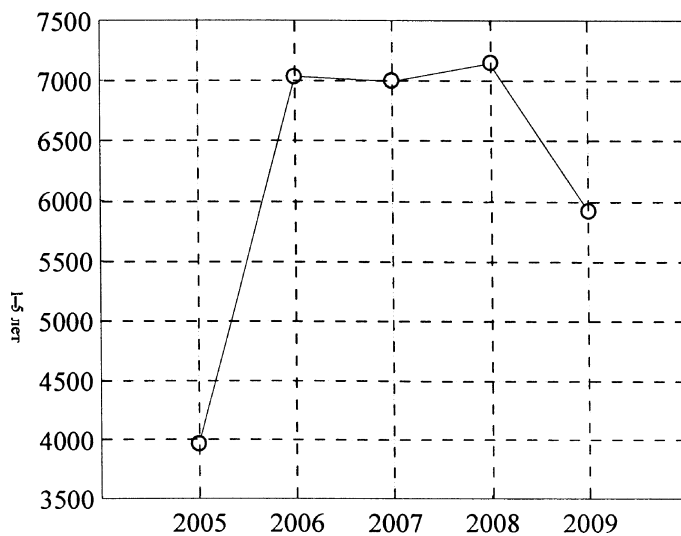


Рис. 4. Динамика заболеваемости острым отитом детей в возрасте до 5 лет (на 100 тыс. детского населения)

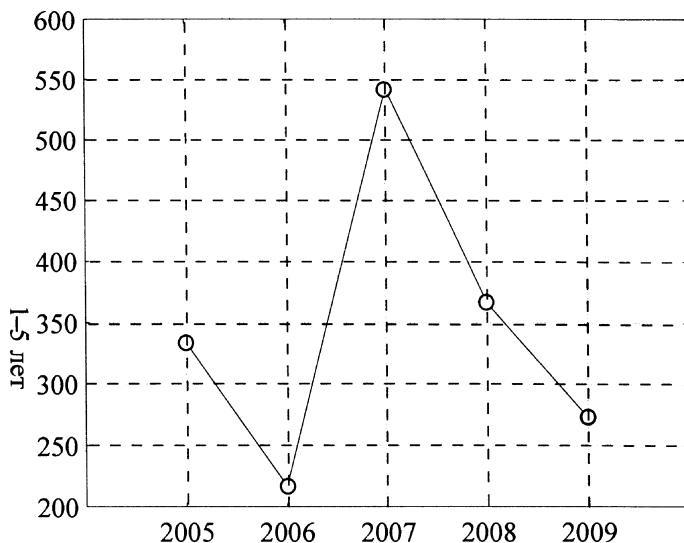


Рис 5. Динамика заболеваемости острыми синуситами детей в возрасте до 5 лет (на 100 тыс. детского населения)

Таблица 3

Ежегодное число заболевших и обратившихся за медицинской помощью в АПУ Санкт-Петербурга детей в возрасте до 5 лет за пятилетний период (2005–2009), $X \pm m_x$

Заболевания	До 1 года	От 1 года до 2 лет	От 2 до 3 лет	От 3 до 4 лет	От 4 до 5 лет	До 5 лет
Пневмония	220,2 ± 55,6	252,2 ± 47,5	310,8 ± 36,3	274,2 ± 33,1	175,4 ± 31,8	1232,8 ± 77,4
Бронхит	2529,6 ± 314,0	3379,6 ± 161,9	2930,6 ± 215,7	2712,2 ± 188,5	2310,8 ± 455,6	13862,8 ± 903,2
Отит	938,6 ± 55,9	2281,0 ± 155,9	2817,2 ± 338,7	3239,6 ± 617,9	2460,2 ± 439,2	11736,6 ± 1357,5
Синусит	111,2 ± 23,9	104,6 ± 26,4	118,2 ± 27,6	173,6 ± 29,3	154,8 ± 25,2	509,4 ± 97,8

Таблица 4

Расчетная частота встречаемости заболеваний пневмококковой этиологии детей в возрасте до 5 лет в АПУ Санкт-Петербурга (на 100 тыс. детского населения соответствующей возрастной группы)

Заболевание	До 1 года	От 1 года до 2 лет	От 2 до 3 лет	От 3 до 4 лет	От 4 до 5 лет	До 5 лет
Пневмония	445,3	529,3	672,6	612,8	410,8	534,2
Отит	759,1	1914,4	2438,3	2895,9	2304,7	2034,3
Синусит	82,1	80,0	93,2	141,4	132,0	1047,7
Всего	1286,5	2523,7	3204,1	3650,1	2847,5	2673,2

от анализируемых заболеваний не менее 25 тыс. детей в возрасте до 5 лет. В табл. 3 показаны средние за пятилетний период значения (X) числа заболевших детей по возрастным группам, а также средние квадратические ошибки средних значений (m_x).

Исходя из цели исследования рассчитывались показатели заболеваемости, этиологической причиной которых явилась пневмококковая инфекция (табл. 4). Основу для данных расчетов составили ранее проведенные исследования, в которых показано, что пневмококковая этиология определяется в 85% случаев пневмоний у детей в возрасте до 5 лет, отиты — в 34, синуситы — в 31% [1; 2; 4; 7].

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено:

— объем выборки анализируемых показателей заболеваемости и количества детского населения,

проживающего в районах обслуживания АПУ, включенных в выборку, позволили экстраполировать полученные данные на все население Санкт-Петербурга в возрасте до 5 лет;

- для динамики показателей встречаемости заболеваний органов дыхания, в том числе острой пневмонии, а также острого отита и острого синусита, в АПУ Санкт-Петербурга характерны разнонаправленные колебания, обусловленные, по всей видимости, циклами эпидемического процесса пневмококковой инфекции;
- ежегодно в АПУ Санкт-Петербурга по поводу острой пневмонии, острого бронхита, острого отита и острого синусита обращаются за медицинской помощью не менее 25 тыс. детей в возрасте до 5 лет;
- на основе экспертных оценок частоты встречаемости пневмококковой инфекции в России

можно считать установленным, что количество случаев заболеваний пневмококковой этиологии детей младше 5 лет, регистрируемых в АПУ Санкт-Петербурга, составляет в среднем 5240 случаев в год (без учета случаев, фиксируемых в стационарах). Это соответствует 2673,2 случаям острой патологии на 100 тыс. детского населения соответствующей возрастной группы (в том числе острые пневмонии — 534,2, острые отиты — 2034,3).

Литература

1. Баранов А.А., Намазова Л.С., Таточенко В.К. Пневмококковая инфекция и связанные с ней заболевания — серьезная проблема современного здравоохранения // Педиатрическая фармакология. 2008. Т. 5. № 1.
2. Зейгарник М.В. Особенности респираторной формы инфекции некапсульной *Haemophilus influenzae* у детей. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2001.
3. Сизоненко А.Л. Клинико-иммунологическая характеристика детей дошкольного возраста с носительством *Streptococcus pneumoniae*. Дисс. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2009.
4. Страчунский Л.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. Влияние антибиотикорезистентности на выбор антимикробных препаратов в оториноларингологии // Consilium medicum. 2001. Т. 3. № 8.
5. Федосеенко М.В. Пневмококковая инфекция: эволюция возбудителя и совершенствование методов борьбы (результаты VII Международного симпозиума по пневмококку и пневмококковым заболеваниям) // Русский медицинский журнал. 2010. Т. 18. № 20.
6. Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных. М., 2007.
7. Харит С.М. и др. Пневмококковая инфекция и ее профилактика: Пособие для практических врачей. СПб., 2009.

ПРЕДЛАГАЕМ ВАШЕМУ ВНИМАНИЮ КНИГУ



ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Учебное пособие

Автор — Соколова Е.В.

В учебном пособии представлены материалы по исследованию причин, факторов, условий оптимизации психического развития детей с задержкой психического развития. На примере задержки психического развития (ЗПР) как частного случая отклоняющегося развития рассматриваются возможности компенсации дефекта в специально созданных условиях.

Эту и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом. Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40, по E-mail: sfera@cmt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

Содержательные основы системы дошкольного физического воспитания

Ханжиева А.Я.,

канд. пед. наук, профессор РАЕ, доцент кафедры
медико-биологических дисциплин, Адыгейский
государственный университет, г. Майкоп

ПЕДАГОГИКА



Дошкольный возраст — наиболее важный период в формировании личности человека. В этом возрасте более интенсивно развиваются различные способности, формируются нравственные качества, вырабатываются черты характера, закладываются физические качества, необходимые для эффективного участия в различных формах двигательной активности.

С точки зрения современных представлений, исторический генезис человека — процесс становления его как субъекта предметно-практической деятельности. Иначе говоря, процесс социализации, формирования личности ребенка протекает в условиях единства сознания и деятельности. На начальных этапах человеческой истории деятельность была представлена прежде всего в различных формах двигательной активности, практическая реализация которой существенно зависела (как и по сей день) от состояния и развития физических качеств человека. Онтогенез каждого человека, как известно, в определенной мере повторяет историческую логику формирования родовых качеств человечества (мыслительных, личностных). Именно этими соображениями можно объяснить приоритетную роль занятий физической культурой в первые десять лет жизни ребенка. Двигательная активность в этот период жизни выполняет уникальную роль стимулятора комплексного развития всех аспектов целостной личности ребенка (психологического, интеллектуального, эстетического, нравственного), постепенно подготавливая его для включения во все усложняющиеся системы социальных отношений. Являясь естественным фактором онтогенетического развития, двигательная активность, доминируя над остальными видами деятельности ребенка, стимулирует развитие не только его

мускулатуры, но и включение центральных регуляторных механизмов, что свидетельствует о ее взаимосвязи с психической активностью и объясняет значимость для растущего организма полного удовлетворения его двигательных потребностей.

Анализ программных и методических материалов по физическому воспитанию в ДОУ и организация этого процесса на практике свидетельствуют, что основное внимание в физическом воспитании уделяется обучению основным движениям, в связи с чем реальное развитие физических качеств детей оказывается чаще всего необоснованно заниженным. В результате дети не получают необходимой физической нагрузки, которая оказывала бы существенное влияние на развитие их физических качеств и укрепление здоровья. Такой методический подход можно объяснить боязнью навредить, поскольку вопросы доступности и оптимальности параметров физической нагрузки для детей дошкольного возраста исследованы пока недостаточно. У нас до сих пор отсутствует развернутое обоснование самой идеи дошкольного образования (в отличие от «просто» воспитания). Мы разделяем справедливую квалификацию дошкольного образования в качестве базисной, социально необходимой и в то же время самоценной ступени единой образовательной системы. Однако она пока не получила должного под-

крепления в социально-педагогическом, содержательно-методическом, организационно-управленческом, правовом и финансово-экономическом плане. Эта трудность сейчас остро проявляется, например, при определении государственного стандарта дошкольного образования.

Хорошо известно, что применение термина «образование» по отношению к детям дошкольного возраста у многих вызывает неприятие. Ведущие ученые в области физической культуры и спорта считают, что цель физкультурного образования — формирование основ физической и духовной культуры личности, повышение ресурсов здоровья как системы ценностей, активно и долгосрочно реализуемых в здоровом образе жизни (В.К. Бальсевич, В.Т. Кудрявцев, М.В. Махинова).

Применительно к дошкольному возрасту, по их мнению, основными задачами физического воспитания являются:

- формирование осознанной потребности в освоении ценностей здоровья, физической культуры и спорта;
- природосообразное и индивидуально-приемлемое развитие физического потенциала, обеспечивающее достижение необходимого и достаточного уровня развития физических качеств ребенка, его двигательных умений и навыков;
- общее физкультурное образование, направленное на осво-

ение детьми интеллектуальных, технологических, нравственных, этических и эстетических ценностей физической культуры;

- валеологическое образование как важнейший фактор формирования здорового образа жизни;

- актуализация знаний на уровне начальных навыков проведения самостоятельных занятий.

В контексте вышеперечисленных задач было рассмотрено состояние проблемы с акцентом на основные, по нашему мнению, проблемы инновационных дополнений в структуре системы физического воспитания детей дошкольного возраста:

- возможности средств физического воспитания для оптимизации условий процесса психического развития детей;
- возрастные особенности развития физических качеств и формирования основных движений дошкольников;
- методологические проблемы физического воспитания в ДОУ;
- организационно-содержательные основы подготовки специалистов по дошкольному физическому воспитанию.

Специалисты придают большое значение возможностям физического воспитания в укреплении здоровья, развитии физических качеств и формировании основных движений. Кроме самостоятельной двигательной активности существует и организованная (или нормированная) двигательная актив-

ность как фактор средового влияния. Характерные черты такой активности — обучение и тренировка при помощи как традиционных, так и нетрадиционных методов и методических приемов физического воспитания. Они выступают системно-организованным педагогическим процессом, направленным не только на развитие физических качеств ребенка и освоение им основных движений, но и на формирование его осознанного отношения к управлению своим телом. К самооценке, как правило, ребенок прибегает в ситуации, при которой обнаруживает различия между его представлением о своей силе, быстроте или ловкости и физической неспособностью выполнить то или иное упражнение, а также сравнение с такими же качествами у других детей (О.В. Ендропов).

По данным А.В. Запорожца, лишь у 40% 3—4-летних детей происходит осознание двигательных реакций, но уже к 5—7 годам этот показатель поднимается до 95%. Успех раннего обучения и тренировки во многом объясняется способностью ЦНС ребенка концентрировать и аккумулировать следовые эффекты воздействия различных мышечных нагрузок и оптимальной готовностью ее мозговых структур к целенаправленному повышению их работоспособности.

Задача педагогического нормирования как раз и заключа-

ется в определении тех режимов мышечной нагрузки (по объему, длительности, интенсивности, прерывистости и повторяемости), которые обеспечивают оптимальное функционирование морфофункциональных структур организма ребенка. При этом

наибольшая результативность процесса дошкольного образования достигается лишь в том случае, если суточный объем организованной двигательной деятельности ребенка составляет от 30 до 40% его дневного бюджета времени.

На пути к созданию республиканской программы модернизации дошкольного образования

Теучеж И.Б.,
заведующий ДОУ № 34;

Дорошенко А.С.,
канд. пед. наук, доцент кафедры медико-биологических дисциплин, Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп

Во всех развитых странах дошкольное образование является предметом национальной политики. К сожалению, на сегодняшний день у нас в стране в этой сфере еще много проблем. Наиболее важные, на наш взгляд, следующие:

— региональная система дошкольного образования лишилась значимой части своей материальной базы. Помещения, которые ранее занимали дошкольные учреждения, были переданы другим организациям. Теперь мы сталкиваемся с тем, что не хватает помещений для создания необходимого ко-

личества мест в учреждениях дошкольного образования;
— дошкольное образование и воспитание детей в настоящее время недоступно многим семьям в связи с низким уровнем их доходов;
— низкая заработная плата людей, работающих в системе дошкольного образования, ведет к оттоку из ДОУ квалифицированных кадров.

В современной системе формирования личности ребенка основополагающим должно быть его физкультурное образование, что, по мнению профессора В.Н. Курьсы, есть безальтернативный путь к

оздоровлению нации. Понимая, что требуется немедленное принятие мер по исправлению ситуации, мы предлагаем создать республиканскую программу модернизации дошкольного образования. Главное, на наш взгляд, чтобы она рассматривала ступень дошкольного детства как один из важнейших образовательных резервов.

Под дошкольным физкультурным образованием мы понимаем процесс усвоения ребенком знаний, умений и навыков, связанных с формированием мотивов, осознанных потребностей в занятиях физическими упражнениями, способности самостоятельно применять усвоенное и по возможности передавать окружающим. Основу дошкольного физкультурного образования, на наш взгляд, должны формировать дошкольные учреждения, семья, детско-юношеский клуб в их тесной взаимосвязи и взаимовлиянии. Основой непосредственного процесса будет субъектная взаимосвязь: преподаватель физической культуры — ребенок — родители — педагоги дополнительного образования — тренер спортивного клуба. Это личностная соподчиненность элементов системы образования может расширяться.

Исходя из существующих представлений о системности и организации физкультурного образования, главными опорными позициями такого подхода, применительно к детям дошкольного возраста, могут быть:

- наличие регионального закона о физической культуре и спорте как основы процесса образования (кстати, разработка концепции дошкольного физкультурного образования принята, например, в Ставропольском крае еще в 1999 г.);
- создание региональных учебных планов и программ физкультурного образования в дошкольных учреждениях;
- программно-методическое обеспечение для педагогов дополнительного образования;
- программно-методическое обеспечение и организация элементарного физкультурного образования родителей;
- организация связи с центром физкультурного образования республики, города, района, села с целью научно-методического обеспечения этого процесса;
- создание материально-технической базы дошкольных учреждений, обеспечивающей реализацию учебных программ;
- программно-организационная связь и согласование деятельности дошкольного учреждения и детско-юношеского спортивного клуба по территориальному признаку.

Отдельным вопросом дошкольного физкультурного образования может быть индивидуальная работа детей в условиях семьи, что также потребует специального программно-методического обеспечения и высокопрофессиональной подготовленности специалистов.

Коррекция осанки как задача физического воспитания в ДОУ

Доронина Н.В.,

канд. пед. наук, доцент;

Кагазежева Н.Х.,

канд. биол. наук, доцент кафедры медико-биологических дисциплин, Институт физической культуры и дзюдо Адыгейского государственного университета, г. Майкоп

В настоящее время складывается ситуация, когда нарушения осанки имеет каждый второй ребенок. При этом отмечается довольно небрежное отношение к данному диагнозу; дети осматриваются различными специалистами (педиатр, хирург, ортопед) однократно, им не ставится развернутый диагноз, без чего невозможно выработка дифференцированной программы реабилитации. В лучшем случае назначаются плавание в бассейне и лечебная гимнастика в поликлинике в течение 1—2 мес., где практически нет индивидуального подхода к ребенку.

Коррекция осанки — не только задача физического воспитания детей, но и важный момент профилактики ортопедических заболеваний, а также заболеваний внутренних органов. У детей с нарушениями осанки снижены физиологические резервы дыхания и кровообращения, нарушены адаптивные реакции; слабость мышц брюшного пресса приводит к нарушению нормальной деятельности желудочно-кишеч-

ного тракта и других органов брюшной полости. Кроме того, нарушение рессорной функции позвоночника отрицательно сказывается на высшей нервной деятельности ребенка, что может проявляться в повышенной утомляемости, снижении работоспособности и головных болях.

Из всего сказанного ясно, насколько важны правильная и своевременная диагностика, а также квалифицированное комплексное лечение и профилактика различных видов нарушения осанки у детей.

Учитывая вышесказанное, актуальны, на наш взгляд, разработка и внедрение в педагогический процесс методик, направленных на формирование основ здорового образа жизни, здоровьесберегающих педагогических технологий и социальной адаптации детей с различными видами нарушения осанки. Это и определило направление наших исследований.

Гипотеза. Предполагалось, что разработанная методика физкультурно-оздоровительной рабо-

ты с дошкольниками послужит средством профилактики различных видов нарушения осанки у детей и их социальной адаптации.

Объект исследования. Процесс физического воспитания в ДОУ.

Предмет исследования. Методика физкультурных оздоровительных занятий в ДОУ, направленная на социальную адаптацию детей со сколиозом.

Цель исследования: разработать и экспериментально обосновать методики физического воспитания дошкольников, направленные на профилактику различных видов нарушения осанки и социальную адаптацию детей со сколиозом.

Практическая значимость заключается в разработке рекомендаций для воспитателей и специалистов по физическому воспитанию, что должно способствовать повышению эффективности проведения физкультурных занятий в ДОУ.

Путь к формированию правильной осанки и устранения ее нарушений начинается с методически правильно выполненного осмотра и при необходимости проведения углубленного обследования. Это обусловлено следующими причинами.

1. Определение минимальных симптомов нарушения осанки и физического развития позволяет на самых ранних стадиях выявлять серьезные заболевания опорно-двигательного аппарата и других внутренних органов (раннее выявление).

2. Методически правильно выполненный осмотр позволяет распознать наиболее слабое звено в системах организма, ответственных за формирование и поддержание осанки, и, следовательно, разработать индивидуальную программу коррекции (общая оценка и индивидуальный подход).

3. Необходима систематическая оценка эффективности лечебно-оздоровительных мероприятий и коррекция программ (оперативный и интегративный контроль).

Предлагаемая нами методика углубленного обследования позволяет определить состояние основных статических и динамических характеристик ОДА, влияющих на формирование осанки. Все промежуточные и итоговые результаты осмотра мы предлагаем оценивать в упрощенном варианте, в виде трех градаций, по аналогии со светофором.

Зеленая зона — нарушений ОДА при осмотре не выявлено, количественные показатели — на уровне от 80 до 100% должной величины с учетом возраста.

Желтая зона — умеренные нарушения отдельных характеристик ОДА, количественные показатели на уровне от 60 до 80% должной величины с учетом возраста отклонения.

Красная зона — выраженные нарушения осанки и физического развития, количественные показатели менее 60% должной величины с учетом возраста.

Методика углубленного обследования детей с целью выявления нарушений осанки проводится по этапам.

Как видно из таблицы, большинство этапов углубленного обследования с целью выявления нарушений осанки могут быть выполнены как родителями, так и работниками детских учреждений, даже при отсутствии специальной подготовки.

Педагогический эксперимент проводился с целью определения влияния разработанной нами методики на формирование и коррекцию осанки у детей дошкольного возраста. Полученные данные

регистрировались и подвергались математической обработке.

Исследования показали, что разработанная и апробированная нами методика физкультурно-оздоровительной работы — эффективная форма профилактики нарушений и коррекции осанки у детей: — изменяются межличностные отношения в сторону сотрудничества; — идет воздействие на эмоциональный компонент отношений, через него — на поведенческий; — наблюдается стремление познавательного, эмоционального, поведенческого компонентов к согласованности.

Таблица

Этапы углубленного обследования осанки у детей

Название этапа (ответственные за реализацию)	Содержание этапа
Соматоскопия (воспитатели, медперсонал).	Осмотр туловища и конечностей по специальной схеме.
Антропометрия (родители, воспитатели, медперсонал).	Выполнение простейших антропометрических измерений по специальной схеме.
Визуализация и формирование диагноза (врачи-специалисты).	Выполнение аппаратных измерений и исследований (компьютерная оптическая топография, рентгенография, компьютерная топография и пр.). Установление диагноза и проведение первичного дифференциального диагностирования.
Интегральная оценка (воспитатели, медперсонал).	Оценка функционального состояния ОДА, двигательных навыков и физических качеств в соответствии с паспортным и биологическим возрастом.
Разработка индивидуальной программы реабилитации (медперсонал)	Проведение дифференциальной диагностики между нарушениями осанки и сколиозом. Определение необходимости направления ребенка на консультацию к специалисту (ортопеду, врачу ЛФК, невропатологу и др.)

Под воздействием теоретического раздела методики, включения в экспериментальную программу спортивных праздников, новых игр осуществляется нравственное воспитание детей и их адаптация в социуме.

Данную методику можно рекомендовать воспитателям, учителям физической культуры, родителям, преподавателям ЛФК в качестве

эффективной формы занятий по физическому воспитанию и коррекции осанки. Существенный фактор действия методики — повышение эмоционального тонуса. Во время занятий у ребенка повышается настроение, появляется чувство радости, удовольствия. На положительном эмоциональном фоне ускоряется выработка новых условных рефлексов.

Двигательная подготовка детей 5–7 лет в семье

Соколкина В.А.,

канд. пед. наук, старший научный сотрудник, доцент кафедры физического воспитания, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва

Сегодня мы продолжаем разговор о формировании основных двигательных действий у дошкольников, начатый нами в предыдущем номере журнала*.

Прыжки. Прыжки, как и бег, — одно из любимейших занятий детей. Поэтому они с удовольствием будут выполнять предлагаемые вами упражнения, тем более что разнообразить последние не составит большого труда, ведь виды прыжков так многочисленны: на месте и с продвижением, на двух ногах и на одной, с высоты и через препятствия, в длину и в высоту, с

опорой руками и без нее, через скакалку и обруч и т.д.

Ваш малыш должен уже уметь выполнять *прыжок с места толчком двумя* ногами с приземлением на две ноги, преодолевая расстояние 100—120 см. Измерять длину прыжка с места вперед с махом руками нужно от стартовой черты, которой касаются носки, до места соприкосновения пяток с полом.

Если результат вашего малыша огорчил вас, попробуйте научить его правильной технике выполнения этого прыжка. Ноги надо поставить на ширину ступни друг от друга, сделать руками замах назад, согнуть ноги и на-

* Продолжение. Начало см.: Медработник ДОУ. № 5. С. 62.

клонить туловище вперед. После этого оттолкнуться, энергично взмахнув руками вперед и резко разогнув ноги. Ноги от опоры должны отрываться одновременно. Если этот момент вызывает у вашего малыша затруднение, попробуйте использовать следующий прием: пусть ребенок зажмет между стопами мешочек с песком и выполнит прыжок толчком двумя ногами, не потеряв при этом мешочка.

Для формирования у ребенка умения управлять своими движениями очень полезно выполнять прыжки на заданное расстояние. Например, ребенок несколько раз прыгает на одну и ту же отметку, стараясь запомнить свои мышечные ощущения. Потом ему предлагают сделать прыжок на то же расстояние, предварительно стерев отметку (или с закрытыми глазами). После прыжка надо обязательно показать ребенку, на сколько сантиметров он ошибся.

Для обогащения двигательного опыта ребенка и развития у него прыгучести рекомендуется выполнять с ним следующие упражнения.

Прыжки на месте на двух ногах (2—3 серии по 30—40 прыжков в каждой). Эти прыжки можно разнообразить:

- различными движениями ног: вместе, врозь; вместе, скрестно; правая вперед, левая вперед; смещением ног вправо-влево;
- поворотами на 90—180°;
- подтягиванием коленей к груди, пяток к ягодицам.

Прыжки через предметы. До 10 предметов необходимо перепрыгнуть на двух и на одной ноге. Можно выполнять прыжки вверх и вниз по лестнице со ступеньками удобной ширины.

Прыжки с одной ноги на другую в обручи. Можно нарисовать круги, расстояние между которыми 50—60 см.

Прыжки на двух и на одной ноге вперед и назад, а также боком. Можно прыгать через линии, веревочки, обручи, а также ноги родителей, сидящих на полу в положении «ноги врозь», или боком друг к другу (расстояние 50—60 см), или спиной друг к другу (тогда ребенок прыгает по кругу).

Прыжки спиной вперед. Важно следить, чтобы малыш не откидывал плечи назад, иначе он упадет.

Выпрыгивания из глубокого приседа. Можно проводить многократные прыжки вперед в глубоком приседе.

Прыжки с высоты до 60 см. Если ребенок уверенно спрыгивает с двух ног на две, можно усложнить задание дополнительными движениями, выполняя прыжок:

- с разведением ног;
- подтягиванием ног к груди или пяток к ягодицам;
- поворотом на 90—180°;
- приземлением в квадрат 40×40 см.

К прыжкам с высоты относится и *прыжок из виса*. Если вы попробуете выполнить это упраж-

нение после раскачивания в висе, обязательно следите за тем, чтобы плечи ребенка к моменту приземления догнали его стопы, иначе неизбежно падение назад.

Помните, что при выполнении ребенком прыжков с высоты вы обязательно должны стоять рядом с местом приземления, чтобы в случае необходимости подстраховать малыша.

Прыжки через скакалку разными способами. Если ребенок еще не умеет прыгать через скакалку, попробуйте выполнить с ним следующее упражнение: держа в руках неподвижную скакалку, надо перепрыгнуть через нее с одной ноги на другую. Затем перекинуть скакалку через голову вперед и, когда она остановится, снова перепрыгнуть. В одном подходе можно делать по 10—15 прыжков.

Варианты прыжков:

- на месте на двух ногах одновременно и поочередно; на одной ноге; с вращением скакалки из-за спины вперед и спереди назад; с боковым вращением;
- те же прыжки с продвижением во всех возможных направлениях;
- прыжки с круговым вращением скакалки, сложенной пополам. Вращать скакалку может как сам прыгающий, так и партнер.

Прыжки парами. Выполняются через скакалку (особенно, если

пару составит кто-то из родителей).

Варианты прыжков:

- стоя лицом друг к другу, взрослый вращает скакалку вперед;
- партнеры стоят один за другим, скакалку вращает стоящий сзади;
- партнеры стоят боком друг к другу, скакалку вращают оба;
- родители вращают скакалку, а ребенок прыгает.

Прыжки через длинную скакалку. Необходимо пробегать под вращающейся скакалкой; перепрыгивать через нее с места; вбегать под вращающуюся скакалку, перепрыгивать через нее один или несколько раз и выбегать.

Вместе с родителями можно выполнять не только прыжки через скакалку, но и другие упражнения:

- прыжки в приседе, взявшись за руки вдвоем (втроем, вчетвером), лицом друг к другу; то же с продвижением по кругу или выпрыгиванием вверх;
- партнеры стоят лицом друг к другу, взявшись за руки; ребенок прыгает вверх, опираясь на руки взрослого;
- ребенок прыгает вверх на месте, опираясь на руки родителей, стоящих с двух сторон от него; то же, но с продвижением вперед широкими прыжками с одной ноги на другую;
- с разбега ребенок толчком двумя ногами и с опорой на руки запрыгивает на спину взрослого, наклонившегося вперед.

Прыжки с разбега с согнутыми ногами. Используются для того, чтобы ваш ребенок умел преодолевать вертикальные и горизонтальные препятствия. Обязательно покажите ему, как выполняется этот прыжок, обратив его внимание на то, что:

- ноги в полете надо согнуть и подтянуть к груди;
- приземлиться надо на две ноги, стараясь сохранить равновесие.

Прыжки с места толчком одной и махом другой. Поставьте толчковую ногу вперед, а маховую назад. Затем сделайте энергичный взмах вверх согнутой в колене маховой ногой. Это упражнение поможет определить толчковую ногу. После нескольких пробных прыжков, выполненных толчком то одной, то другой ногой, окажется, что одной ногой удобнее делать мах, а другой — толчок.

Проведите заметную черту или обозначьте ее шнуром. Сделав шаг толковой ногой, поставьте ее к черте и, быстро оттолкнувшись, одновременно сделайте мах вперед и вверх другой ногой. Выполните то же после нескольких шагов, а потом после разбега.

С разбега толчком одной и махом другой сделайте прыжок вверх с касанием руками подвешенного мяча (веточки, колокольчика, ленточки) с приземлением на две ноги.

После освоения толчка и маха можно приступать к преодолению препятствий. В качестве вер-

тикального препятствия можно использовать натянутую на высоте 40—50 см веревочку, один конец которой привязан, а другой держит взрослый (сильно натягивать веревочку не надо). Позднее нужно приучать ребенка преодолевать естественное препятствия — забор, поваленное дерево и т.п. Горизонтальным препятствием может быть небольшой овражек шириной до 150 см.

Если ваш ребенок гуляет не один, а с друзьями, вы можете провести с ними следующие подвижные игры.

«*Попрыгунчики*». На земле чертят круг, в центр которого становится водящий. По сигналу дети перепрыгивают через черту в круг и, если не грозит опасность быть пойманными, остаются в черте круга, продолжая прыгать на двух ногах на месте или с продвижением к центру круга. Участники игры стараются увернуться от водящего и вовремя выпрыгнуть из круга. Тот, кого он поймал, становится водящим. Игрокам не разрешается выбегать из круга, можно только выпрыгивать. Водящий преследует играющих так же, прыгая на двух ногах.

«*Удочка*». Дети становятся в круг, в центре которого — водящий. Он вращает по кругу шнур с грузом на конце (мешочек с песком). Играющие внимательно следят за шнуром и при его приближении подпрыгивают на мес-

те вверх, чтобы он не коснулся ног. Тот, кого мешочек заденет, становится водящим.

Возможные варианты:

- играющие стоят на расстоянии 3—4 шагов от круга. Водящий вращает шнур. Как только мешочек доходит до игрока, он подбегает и прыгает через него;
- водящий кружит шнур с мешочком, а дети бегут по кругу навстречу шнуру и перепрыгивают через него.

Правила: вращать шнур с грузом надо так, чтобы он не касался земли. При вращении шнура водящий может изменять его высоту над землей.

«Козлик». Дети поочередно бросают мяч в глухую (без окон) стену дома. После отскока мяча от стены игрок, бросивший мяч, должен перепрыгнуть через него, разведя ноги врозь. Если это удалось, игрок получает очко. Выигрывает тот, кто набрал больше очков. (Предельное количество очков можно оговорить заранее.)

«Полный поворот». На асфальте чертится круг диаметром 1 м. Круг разделен на шесть секторов, которые обозначены соответствующими цифрами. Игроки поочередно встают в центр круга лицом к цифре 1 и, подпрыгнув, стараются сделать поворот вокруг своей оси на 360°. Если игроку это удастся и он приземлится лицом к сектору 1, то получает 10 очков, а если к другим секторам, то зарабатывает количество очков, написанное на секторе. У каждого игрока есть три

попытки. Выигрывает тот, кто набрал больше очков.

«Кенгуру». На земле проводится черта. Первый игрок встает на черту и прыгает как можно дальше, оттолкнувшись двумя ногами. Второй игрок встает на место приземления первого игрока и прыгает в прямо противоположную сторону, стараясь выпрыгнуть за черту. Таким образом, каждый игрок совершает по пять прыжков. Выигрывает тот, на чьей стороне произошло последнее приземление.

Метания. Вместе с бегом они составляют самые древние, естественные и распространенные упражнения, при посредстве которых выгоднее всего поддерживается правильное развитие организма.

Упражнения в метании П.Ф. Лесгафт разделял на три группы.

1. Школа мяча. Включает различные упражнения и игры с мячом, сводящиеся к тому, чтобы бросать мяч в различных направлениях и ловить его различными способами. Эти упражнения и игры могут быть разнообразными до бесконечности, и дети с удовольствием ими занимаются. Шестилетний ребенок, конечно, уже умеет ловить и передавать мяч. Задача родителей научить его делать это правильно.

Ловля мяча. Необходимо учить детей встречать мяч руками как можно раньше, образуя из пальцев как бы половину полого шара, в который должен поместиться мяч. Едва коснувшись

мяча кончиками пальцев, ребенок должен подтянуть его к себе амортизирующим движением, но не прижимать мяч к груди. Возможные ошибки: стремление зажать мяч, обхватив его всей поверхностью руки до локтя и прижав к груди; узкое расположение пальцев и ловля мяча на напряженных кистях рук; прием мяча на заранее согнутые руки, без амортизирующего движения.

Примерные упражнения для совершенствования ловли мяча:

- бросить мяч вниз — поймать;
- бросить вверх — поймать;
- то же, но после броска, хлопнуть в ладони за спиной, затем перед грудью — поймать (вместо хлопков можно присесть, подпрыгнуть, повернуться на 360°);
- подбросить мяч вверх, дать ему отскочить от пола и поймать двумя руками.

Упражнения возле стены (лучше использовать теннисный мячик):

- бросить мяч в стену и после отскока от пола поймать;
- бросить мяч в стену и поймать на лету;
- бросить мяч в стену, хлопнуть в ладоши (хлопков может быть 2 и 3) — поймать на лету;
- бросить мяч в стену, дать ему упасть на пол, отбить его ладонями в стену и поймать на лету;
- бросить мяч в стену, дать ему упасть на пол, сделать поворот на 360°, а затем поймать;

- стоя спиной к стене, бросить в нее мяч через голову, дать ему упасть перед собой и поймать;
- стоя спиной к стене, бросить в нее мяч через голову и поймать на лету;
- бросить мяч вниз к стене и после того, как он, ударившись о стену, упадет на пол и отскочит от него, поймать;
- то же, но поймать мяч сразу после отскока от стены.

Одновременно с ловлей мяча ребенка начинают обучать и передаче мяча двумя руками от груди. Выполняя эту передачу, надо описать мячом небольшую дугу вниз от себя — на грудь и, разгибая руки, активным движением кисти послать мяч вперед, провожая его взглядом и руками. Возможные ошибки: неправильная стойка — плотно сжатые и прямые ноги; чрезмерное разведение локтей в стороны.

После освоения передачи двумя руками от груди необходимо переходить к другим передачам: одной рукой (правой или левой) от плеча; из-за головы двумя руками; ударом в пол. Эти упражнения можно усложнить, изменяя положение, из которого делается передача: в приседе, стоя на коленях, сидя, сидя по-турецки.

После того как малыши освоят броски и ловлю мяча на месте, их обучают передаче мяча в движении — сначала в ходьбе, потом в беге. Это упражнение надо разучивать в парах. Стоя лицом друг к другу на расстоянии 1 м один от другого, игроки медленно про-

двигаются боком приставными шагами и передают мяч двумя руками от груди. То же, но игроки двигаются боком друг к другу, постепенно переходя на бег. Расстояние между игроками можно увеличивать до 2,5—3 м, постепенно вводя и другие способы передач.

Лучше всего совершенствовать навыки ловли мяча в подвижных играх. Приведем примеры.

«Поймай мяч». Дети встают в круг диаметром 3—4 м. В центре круга — водящий. Стоящие по кругу перебрасывают мяч друг другу в произвольном порядке. Водящий старается поймать мяч или хотя бы коснуться его рукой. Если это ему удастся, он меняется местами с тем, кто бросил мяч.

«Вызови по имени». Дети образуют круг, в центре которого ребенок с мячом. По сигналу он бросает мяч вверх и вызывает по имени того, кому он предназначен. Тот должен успеть поймать мяч. После этого поймавший мяч бросает его вверх и также вызывает кого-либо. Выигрывает тот ребенок, кто меньшее число раз уронил мяч. Диаметр круга нужно постепенно увеличивать.

«Зевака». Дети становятся в круг на расстоянии одного шага друг от друга и начинают перебрасывать мяч до тех пор, пока кто-то из игроков его не уронит. Тот, кто уронил мяч, становится в центр круга и по заданию играющих выполняет 1—2 упражнения с мячом. Игроки должны

перебрасывать мяч только через центр круга.

Еще один важный прием, которым должен владеть 7-летний ребенок, — ведение мяча. Начинать обучение надо с ведения мяча на месте; 7-летний малыш должен, стоя на месте, выполнять не менее 20 ударов в пол двумя руками и не менее 10 — одной, как правой, так и левой. Если ребенок справляется с этим заданием, его можно усложнить: выполнять ведение в движении во время ходьбы, а потом и бега.

При обучении ведению отмечается много типичных ошибок: — дети могут бить по мячу расслабленной ладонью, не включая в работу предплечье, или бьют слишком напряженной рукой с сомкнутыми пальцами (мяч нужно как бы толкать, а не бить по нему);

— во время ведения мяча с продвижением малыши пытаются вести его прямо перед собой, что мешает продвижению вперед и шаги получаются маленькими, частые и неравномерные (вести мяч надо чуть сбоку от себя);

— некоторые дети пытаются вести мяч слишком напряженной прямой рукой, продвигаясь широкими шагами, как будто делая выпады, при этом на каждый шаг у них получается по 2—3 удара мячом.

Для совершенствования ведения можно и дальше усложнять задание, предлагая ведение мяча

с изменением высоты отскока, скорости и направления движения.

Хорошо совершенствовать ведение в игре, например, такой, как «Я знаю пять имен».

Игрок ведет мяч (на месте или в движении), произнося с каждым ударом очередное слово: «Я знаю пять имен девочек (мальчиков, названий цветов, птиц, деревьев и т.д.): Маша — 1, Оля — 2, Лена — 3, Катя — 4, Аня — 5». Если игрок ошибается, делает долгую паузу или задерживает мяч в руках, последний переходит к другому игроку. Выигрывает тот, кто дальше продвинулся в игре.

2. Метание в цель. Цели и предметы для этого чрезвычайно разнообразны:

- нарисованная на стене мишень;
- обруч, который держит взрослый (держат можно как вертикально, так и горизонтально);
- кегли, камни, деревья, коробки, корзины и т.п.;
- подвижная цель: катящийся обруч или мяч.

Лучше всего использовать для метания теннисные мячи, но очень полезно для формирования более гибкого навыка менять снаряды — это могут быть камни, палки, шишки, мешочки с песком, снежки, да и мячи могут быть разного размера и веса.

Для развития глазомера и формирования умения бросать в цель существует множество упражнений и подвижных игр.

«**Попади в цель**». Игроки встают в колонну у линии. Перед ними водящий держит вертикально (или горизонтально) обруч. С расстояния 3—5 м дети поочередно бросают мяч в обруч. Каждому дается пять попыток. Тот, кто попал меньшее количество раз, идет на место водящего.

«**Самый меткий**». Игрок стоит у линии. Перед ним на расстоянии 1 м одна от другой пять кеглей (первая в 2 м от игрока). Игрок делает пять бросков, стараясь попасть в каждую из кеглей. За попадание в первую дается одно очко, во вторую — два и т.д. Побеждает игрок, набравший больше очков.

«**Сбей мишень**». Водящий невысоко подкидывает вверх летающую тарелку. В это время игроки мячиками стараются сбить ее. Стрелок, сбивший тарелку, получает очко. Выигрывает тот, кто набрал больше очков.

«**Снайпер**». На высоте 1—1,5 м от земли подвешен мяч. Участники, расположившись в 3—5 м от цели, должны поразить ее броском теннисного мяча. Каждому дается две-три попытки. Задание можно усложнить, бросая по качающемуся мячу. Вместо мяча можно подвесить корзину (для устойчивости на дно ее положить небольшой груз).

«**Кубики**». На площадке рисуют круг диаметром 50 см, в котором устанавливают пирамиду из кубиков (баночек). Игрок берет палочку и, держа ее парал-

лельно земле, кидает с небольшого расстояния, пытаясь сбить кубики. Если ему это удастся, он отходит на один шаг назад и снова бьет по вновь выстроенной пирамидке. Если же игрок не попал, ход передается следующему участнику. Выигрывает самый меткий игрок, сбивший пирамидку с самого дальнего расстояния.

«Мишень на полу». На площадке по типу мишеней нарисованы пять концентрических окружностей с «яблочком» в центре. Диаметр наибольшей окружности 150 см, «яблочка» — 30 см. Окружности пронумерованы от 1 до 5. На расстоянии 5—6 м от мишени отмечают линию, от которой каждый игрок совершает три броска (бросают мешочки с песком или шайбы). Побеждает участник, набравший больше всех очков.

3. Метание на дальность. Метание мяча на дальность характеризуется кратковременным концентрированным усилием мышц рук, плечевого пояса и ног; 6—7-летние малыши метают на дальность с места. В исходном положении (при метании правой рукой) правая нога стоит сзади и является опорной, левая — впереди. В момент броска принимается положение «натянутого лука» и мяч посылается вперед. Бросок мяча заканчивается движением кисти. Мяч удерживается фалангами пальцев: три пальца размещены сзади мяча, а большой и мизинец поддерживают

его с боков. Мяч не следует удерживать слишком крепко. Для развития координации движения очень полезно выполнять броски не только правой, но и левой рукой.

В качестве предметов для метания могут быть использованы не только мячи разного веса и размера, но и камни, палки, мешочки с песком, хоккейные шайбы, снежки. Помните, что чем большее разнообразие вы вносите в ваши занятия, тем богаче будет двигательный опыт малыша. Вы можете предложить ребенку и его друзьям следующие задания.

«Чей мяч дальше?». Все игроки стоят у какой-либо отметки. Каждый три раза бросает мяч как можно дальше. Учитывается лучшая попытка. Побеждает тот, кто бросит мяч дальше.

«Кто дальше?». На площадке проводится линия. Игроки по одному выходят к ней с тремя мячами. Игрок бросает первый мяч как можно дальше. Место падения мяча судья обозначает кеглей (камнем, отметкой мелом). Игрок выполняет второй бросок с места падения первого мяча. Третий бросок игрок выполняет с места падения второго мяча. Место падения третьего мяча также отмечается, и отметка остается до конца игры. Остальные игроки также выполняют по три последовательных броска, стараясь оказаться как можно дальше от стартовой линии. Выигрывает тот, чья отметка (по сумме трех бросков) оказалась дальше.

Настольный теннис как форма организации познавательной деятельности дошкольника

Васюков А.С.,

*инструктор-методист, аспирант, Адыгейский
государственный университет, г. Майкоп*

Подготовка детей к школе — длительный и сложный процесс. В настоящее время требования, предъявляемые к детям в начальных классах, становятся все более жесткими. Большой поток информации, связанный с увеличением количества учебных предметов, требует проявления умственных способностей. Как подвести детей к этому рубежу новой учебной деятельности, чтобы безболезненно перешагнуть из детского сада в школу?

Ряд ученых внес существенный вклад в развитие физической культуры в детских садах. И.М. Козлов обосновал состояние и требования к местам физкультурных занятий, М.А. Правдов разработал методику физкультурных занятий с детьми 5—6 лет, где уже есть элементы умственного развития (на одном из тренажеров был расположен алфавит), Ю.Б. Никифоров показал возможности использования тренажерных устройств на занятиях по физической культуре старших дошкольников, С.Б. Шарманова разработала методику проведения физкультурных занятий с

детьми дошкольного возраста с использованием средств ритмической гимнастики.

Также мы ориентировались и на работы психологов, решающих проблемы умственного развития дошкольников, в частности развития познавательной деятельности. Данные, полученные в исследованиях Ш.А. Амонашвили, Л.А. Венгера, Д.Б. Эльконина, позволяют считать дошкольный период сенситивным к развитию познавательной деятельности и личности в целом. Одна из форм организации познавательной деятельности дошкольника, по мнению С.А. Лебедевой, — игры.

Учитывая вышесказанное, мы попытались осуществить на практике принцип «познаем и развиваемся играя», который в настоящее время становится все более значимым в организации деятельности дошкольных учреждений, что и определило актуальность данного исследования.

Мы предположили, что разработанная методика применения элементов настольного тенниса в физическом воспитании дошкольников позволит повысить

уровень физического и умственного развития детей, эффективность проведения занятий по физической культуре. Объектом исследований был процесс физического воспитания в ДОУ. Предметом исследования — методика физкультурных занятий в детских дошкольных учреждениях, включающая элементы настольного тенниса. Для определения уровня познавательной деятельности детей использовались методики изучения памяти, объема внимания, мышления, восприятия (Т.Г. Богданова, Т.В. Корнилова, С.А. Лебедева).

Во всех тестах после эксперимента результаты достоверно различаются: $p < 0,01$; $p < 0,05$. Наибольший прирост отмечен в тесте «Запомни точки», определяющем объем внимания.

Объем внимания — важное его свойство. Он измеряется количе-

ством объектов, которые человек может воспринять при одновременном их появлении. Для детей 4—5 лет этот показатель составляет 1—2 предмета, 6 лет — уже 3 и с достаточной полнотой, детализацией.

В игре ребенку приходится сосредотачивать внимание не на одном объекте (предмете, явлении и т.д.), а сразу на нескольких. Например, играющему приходится постоянно следить за тем, где находится партнер, отбил он мяч или нет, куда ударил мяч и т.д.

Данные результатов тестирования контрольной и экспериментальной групп после проведения эксперимента представлены в таблице и на рисунке.

Практически одинаковый прирост показателей очевиден в тестах: «Посмотри и запомни», «Угадай, что случилось», где определялись уровни памяти, внимания,

Таблица

**Результаты тестирования познавательной
деятельности детей старшего дошкольного
возраста после проведения эксперимента (баллы)**

Название теста	Контрольная группа, $X \pm m$, $n = 30$	Экспериментальная группа, $X \pm m$, $n = 30$	P
«Посмотри и запомни»	$3,4 \pm 0,34$	$4,7 \pm 0,23$	$> 0,05$
«Разные картинки»	$3,7 \pm 0,25$	$4,8 \pm 0,21$	$< 0,05$
«Накорми животных»	$4,1 \pm 0,31$	$5 \pm 0,20$	$< 0,05$
«Угадай, что случилось»	$4,2 \pm 0,24$	$5 \pm 0,19$	$< 0,05$
«Угадай фигуры»	$2,5 \pm 0,23$	$1,5 \pm 0,11$	$< 0,05$
«Запомни точки»	$4,1 \pm 0,34$	$1,8 \pm 0,13$	$< 0,05$

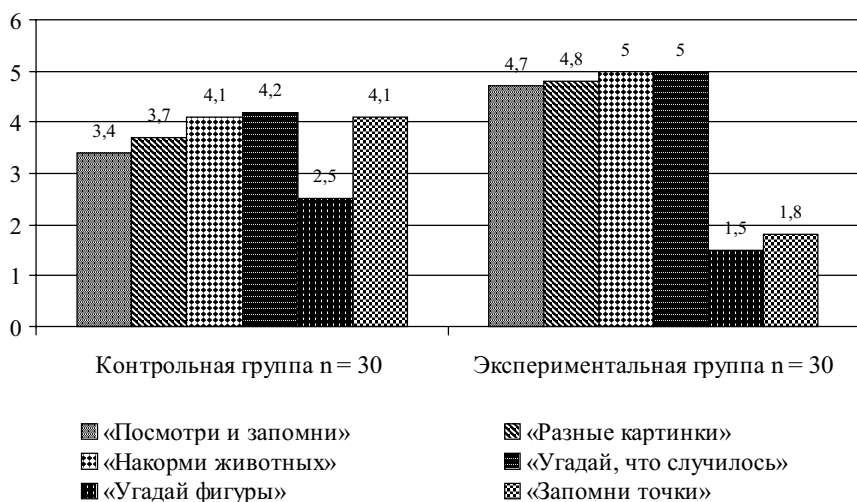


Рис. Результаты тестирования познавательной деятельности детей старшего дошкольного возраста после проведения эксперимента

сравнения, обобщения, анализа и синтеза. Это можно объяснить наличием в игре нестандартных, постоянно меняющихся ситуаций. Ребенку приходится запоминать правила, действие игры, показанные воспитателем. Он старается и должен предугадывать, что может произойти в тот или иной момент игры, определяет, как ему лучше поступить, как выгоднее отбить мяч и т.д. У ребенка старшего дошкольного возраста интенсивно развиваются функции памяти, преобладает произвольный вид внимания, при котором отсутствует сознательно поставленная цель. «Память ребенка — его интерес», — говорят психологи; 5—6-летний ребенок легко и надолго запоминает то, что привлекло его необычностью, динамизмом. К этому этапу жизни в

психике детей появляется важное новообразование — возникает произвольная память. Дети этого возраста способны удерживать программу действий и ряда движений и предвидеть их результат (Е.П. Кононова, А.Р. Лурья).

Известно, что скорость формирования и прочность двигательного навыка зависят от объема и спецификации сенсорной информации, поступающей в ЦНС (Н.А. Бернштейн, Л.П. Матвеев). Например, движения, выполняемые в режиме, близком к статическому, запоминаются менее эффективно, чем движения, характеризующиеся выраженной последовательностью различных фаз двигательного акта, каковыми являются движения в настольном теннисе.

Наименьший прирост результатов дал тест «Угадай фигуры», показывающий уровень восприятия цвета и формы. Объясняется это тем, что в игре ребенок в основном ориентируется не на цвет и форму, а на двигательные действия.

Двигательная чувствительность имеет очень большое значение для детей. Важно, как ребенок двигается, выполняет то или иное движение, не растрчивает ли он свою энергию на ненужные двигательные действия. У детей дошкольного возраста отмечается быстрое развитие и совершенствование двигательного анализатора (Н.И. Красногорский). Это способствует значительному прогрессу функции мозга (М.М. Кольцова). Установлены некоторые узловые пункты в развитии корковых ядер

двигательного анализатора детей. В 4-летнем возрасте созревает четвертое поле ядра двигательной области, в которой находятся центры, связанные с выполнением простых двигательных актов. К 7 годам формируется шестое поле двигательной области, отвечающей за автоматизацию двигательных актов (Л.Л. Кукуев). В данном возрасте ядро двигательного анализатора составляет 80% этой же области у взрослого. Поэтому в 4-летнем возрасте можно корректировать грубые движения, а в 6—7 лет — более тонкие их формы. Игра в настольный теннис при регулярном применении помогает выработке динамических стереотипов нервных процессов, что облегчает выполнение движений, делает их более экономичными (Л.В. Былеева, И.М. Коротков).

Издательство «ТЦ Сфера» представляет книгу серии «От рождения до трех»

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ДЛЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ Учебно-методическое пособие

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



Цель данного методического пособия — сформировать у читателей представления о возрастных рамках двигательного развития ребенка первого года жизни, а также ознакомить с путями преодоления моторных расстройств средствами кинезитерапии.

Для родителей детей раннего возраста, специалистов и воспитателей ДОУ и коррекционных образовательных учреждений. Материалы пособия могут быть также использованы студентами педагогических вузов.



Эту 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

Региональная программа эколого-валеологического воспитания и образования детей дошкольного возраста

Кабаян О.С.,

канд. пед. наук, доцент кафедры ботаники факультета
естествознания, Адыгейский государственный университет;

Фалько Е.Б.,

заведующий МДОУ № 56, г. Майкоп

Дошкольное детство — начальный этап формирования личности, ценностной ориентации в окружающем мире. В этом возрасте идет становление произвольного поведения, интенсивно развиваются разные формы мышления, быстро накапливаются представления об окружающем мире. У детей достаточно высоко развита идентификация с собой, они любознательны и активны, готовы к сотрудничеству с воспитателем, хорошо воспринимают его речь. Вот почему столь острой становится необходимость поиска практических путей по обучению детей дошкольного возраста вопросам здорового образа жизни, формированию у них культуры здоровья, экологического мышления и основ безопасной жизнедеятельности.

Проведенный анализ состояния формирования экологической культуры и здорового образа жизни в ДОУ и начальных школах г. Майкопа показал необходимость разработки специальных программ

с учетом традиций и национальных особенностей народов Северного Кавказа и Республики Адыгеи.

В дошкольных учреждениях целью общего образования должно стать осознание детьми радости от общения с природой, а на этой основе — чувства доброты, гуманизма, уважения ко всему живому. При этом в программу необходимо включить комплекс различных видов деятельности, направленных на воспитание здорового, природосообразного образа жизни.

Нами была разработана программа по эколого-валеологическому воспитанию и образованию детей дошкольного возраста [1]. В рамках ее апробации и реализации медицинскому работнику ДОУ отведена одна из ключевых функций — управленческая. Мы исходили из того, что в младшей группе детского сада у ребенка проявляются эмоциональная отзывчивость, собственное отношение к окружающим его людям, предметам, явлениям. Дети средней группы на-

чинают понимать простейшие причинные связи между явлениями, могут рассказать о той местности, где проживают, природных условиях, влияющих на живые организмы. Для детей 5—6-летнего возраста становится доступным некоторое обобщение понятий, при этом важно выражение знаний в действии. Дети старшей группы воспринимают себя как жители России, могут рассказать о ее природной уникальности. Поэтому в программу занятий по ознакомлению с окружающим миром включены учебная, исследовательская, практическая игровая, художественная и природоохранительная виды деятельности.

Следует также учитывать, что ухудшение здоровья детей наблюдается также из-за перегрузки детей в ДОУ, которая вызвана несоответствием содержания образования и форм организации обучения возрастным особенностям дошкольников (С.С. Бычкова). Важнейшее условие решения этой проблемы — внедрение интегративного подхода в образовательный процесс ДОУ.

Интегративный подход — направление в обучении, предполагающее построение целостных моделей изучаемых явлений на основе синтеза методов, технологий, знаний, умений из разных областей наук, что обеспечивает формирование умений моделирования, развитие личности и его интегрального мышления [2].

Следует отметить: применение интегративного подхода не увеличивает учебную нагрузку на де-

тей. Более того, данный подход позволяет избежать дублирования в содержании занятий и предполагает использование двигательного компонента, являющегося приоритетным в реализации наследственной программы развития форм и функций организма, от которых в свою очередь зависит достигаемый уровень биологического и психического здоровья, продолжительность жизни.

Занятия по изучению своего организма проводятся одновременно с двигательным компонентом (интеграция познавательной и двигательной деятельности), это способствует формированию анатомических и физиологических знаний, познанию себя, укреплению, оздоровлению организма, повышению активности и формирует полезную привычку к ведению здорового образа жизни.

Каждое занятие по данной программе комплексное. Тематику воспитатели выбирают из программы по своему усмотрению, времени года, возможностей материально-технической базы ДОУ.

Представленная программа основывается на наглядно-образном, предметно-чувственном, эстетическом и эмоциональном восприятии реального ближайшего природного и социального окружения ребенка. Кроме того, учтены национальные, фенологические, краеведческие, региональные, а главное — оздоровительные аспекты эколого-валеологического воспитания.

В рамках данной программы нами составлены комплексы оз-

доровительной гимнастики: подотбрана упражнения на коррекцию осанки, формирование свода стопы, профилактику осложнений со стороны дыхательной системы (по А.Н. Стрельниковой), органов зрения (по Э.С. Аветисову), точечный массаж (по А.А. Уманской), а также физкультминутки и подвижные игры с экологическим уклоном.

Приоритет в обучении отдается не простому запоминанию и не механическому воспроизведению знаний, а пониманию и оценке происходящего, совместной практической деятельности воспитателей и детей.

Разработанная программа прошла экспериментальную апробацию в МДОУ № 31 г. Майкопа в 2008—2010 гг. в рамках реализации муниципальной экспериментальной площадки. Было проведено наблюдение за двумя подгруппами: контрольной (обучение проводилось по программе без изменений), экспериментальной (занятия осуществлялись по экспериментальной методике).

Полученные результаты демонстрируют:

- изменение отношения воспитателей и детей к своему здоровью;
- повышение уровня знаний по экологии, основам ЗОЖ и поведения в человеческом сообществе;
- снижение уровня заболеваний детей, в особенности респираторных;
- укрепление физического здоровья, улучшение показателей психического развития;

- сформированность элементарных навыков соблюдения основ ЗОЖ по данным специальных исследований;
- формирование активной жизненной позиции у детей в вопросах собственной безопасности;
- изменение отношения родителей к гигиеническим и валеологическим рекомендациям;
- позитивный контакт в индивидуальной консультационной работе с родителями;
- развитие творческих и созидательных способностей у детей (лидерство, инициатива, товарищество, взаимопомощь и трудолюбие).

Таким образом, интеграция физического воспитания с другими видами деятельности благотворно влияет на развитие детей дошкольного возраста, формирует у них адекватное экологическое сознание, создает определенный эмоциональный настрой, повышает функциональную активность, развивает физические качества, целевую установку на здоровый образ жизни.

По окончании эксперимента мы составили план развития ДОУ на основе интеграции видов деятельности, позволяющий максимально эффективно реализовать данную программу и вести мониторинг за ее внедрением. План развития построен на основе условно выделенных шести блоков (служб ДОУ), разделенных по видам деятельности специалистов:

- 1) педагогический;
- 2) медико-валеологический;
- 3) психолого-педагогический;

- 4) социально-педагогический;
- 5) общекультурный;
- 6) управленческий.

Педагогический блок посвящен формированию у детей знаний. Осваивая их, ребенок узнает об особенностях живой и неживой природы, разнообразии живых организмов, связях между ними и с окружающей средой, необходимости охраны и бережного отношения ко всему живому и к себе самому. В ходе изучения данного раздела ребенок получает знания о природе своего края как неотъемлемой части природы в целом, необходимости рационального использования и охраны ее богатств. Кроме того, данный блок содержит теоретический материал о гигиенических правилах (уход за зубами, ушами, руками и т.д.) и условиях безопасного поведения (знание правил дорожного движения, поведение в помещении, на улице, с незнакомыми людьми и т.д.).

Медико-валеологический блок включает определенные физкультурно-оздоровительные мероприятия, осуществляющиеся в режиме дня: утренняя гимнастика, физкультминутки во время занятий, физические упражнения и подвижные игры на прогулках, праздники, Дни здоровья. Кроме того, осуществляется мониторинг за состоянием здоровья воспитанников.

Психолого-педагогический блок реализует диагностику исследовательской деятельности в области психофизиологического развития детей. Психолог организует тренинги, консультации, беседы для выявления состояния психологи-

ческого здоровья детей, проводит коррекционную работу.

Социально-педагогический блок направлен на решение проблем социальной и семейной педагогики. Предполагает работу в направлении повышения заинтересованности родителей в осуществлении эколого-валеологического воспитания детей.

Общекультурный блок включает организацию общеразвивающих мероприятий, работу в кружках, проведение игровых занятий.

Управленческий (административный) блок осуществляет контролирующую функцию. В полномочие администрации и медицинского работника ДОУ включено: слежение за реализацией программы, посещением занятий, контроль за санитарно-гигиеническим состоянием игровых комнат, мониторинг состояния здоровья воспитанников, проведение педагогических совещаний, заседаний микрогрупп, общеродительских собраний.

В настоящее время программа находит применение и в других ДОУ, в частности в ДОУ № 56 г. Майкопа.

Литература

1. Кабаян Н.В., Кабаян О.С., Левченко В.Г. Комплексная авторская программа непрерывного экологического образования в Республике Адыгея: В 2 ч. Ч. 1: Расти умным, здоровым, смелым, умелым и воспитанным. Майкоп, 2003.

2. Менькова С.В. Интеграция двигательной и познавательной деятельности детей школьного возраста. СПб., 1997.

Физкультурный праздник «Мы дружим со спортом» Для детей старшего дошкольного возраста

Коломийцева Н.С.,

канд. пед. наук, доцент кафедры медико-биологических дисциплин, Институт физической культуры и дзюдо
Адыгейского государственного университета, г. Майкоп

Физкультурная площадка украшена разноцветными флажками, шарами, спортивной символикой. Дети в спортивных костюмах выстраиваются двумя колоннами у входа на площадку. На скамейках сидят дети других групп, гости.

Ведущий

На спортивную площадку
Приглашаем, дети, вас.
Праздник спорта и здоровья
Начинается сейчас.

Под бодрую музыку дети идут по площадке и выстраиваются в шеренгу. Ведущий дает задание: пробежать по буму, спрыгнуть с него, пролезть под дугой, перешагнуть через кубики и сесть на место.

Дети выполняют задание и садятся на места.

Ведущий называет членов жюри (заведующий, методист, старшая медсестра), знакомит детей с цифровыми обозначениями на табло, свистком и предлагает командам «Лучик» и «Солнечный зайчик» поприветствовать друг друга.

Чтобы стать здоровым, ловким,
Всем нужны нам тренировки.

Первыми соревнуются капитаны команд. Проводится игра «Не упустить». На площадке начерчены две параллельные линии на расстоянии

10 шагов. На одной из них расположены 5 разноцветных кубиков. Капитаны команд — на противоположной линии. По сигналу капитаны бегут к кубикам, переносят их по одному на свою линию и строят башенку. Затем ее осторожно переносят на противоположную линию. Выигрывает тот, кто все кубики быстрее перенесет и не уронит.

Становитесь по порядку.
Дружно делайте зарядку!

Обе команды с флажками (обручами, скакалками, гимнастическими палками) выполняют упражнения утренней гимнастики под ритмичную музыку. По окончании упражнений ведущий предлагает детям прочитать стихи о физической культуре и спорте.

Дети читают два-три стихотворения.

Начинается футбол —
Забивать учитесь гол!

Проводится игра «Гол». Каждая команда делает круг, в котором 8—10 мальчиков стоят на расстоянии шага друг от друга. В центре круга игрок другой команды с мячом. Он старается выбить ногой мяч из круга, а дети не пропускают и отбивают назад. Игра продолжается 5 мин. Сколько голов забьет игрок, столько очков получит его команда.

Наши все баскетболисты
Очень ловки, очень быстры!

В игре «Баскетболисты» принимают участие по пятеро детей от каждой команды. Они стоят за линией двумя колоннами. На противоположной стороне на расстоянии 20 шагов стоят 2 стульчика, за ними баскетбольный щит с корзиной. Первый ребенок бежит к стульчикам, ударяет мяч о землю, садится на стульчик, подкидывает мяч и ловит его, затем прокатывает его следующему ребенку, стоящему в колонне, и становится в конец своей команды. Последний игрок не прокатывает мяч, а забрасывает в корзину. Побеждает команда, которая быстрее забросит мяч в корзину.

Прыгай дальше всех вперед —
И команда приз возьмет.

В игре «Кто дальше прыгнет?» по пятеро детей от каждой команды выстраиваются за линией по две шеренги. По сигналу все дети считают до 5, а игроки делают 5 прыжков вперед на обеих ногах. Выигрывает тот, кто на счет «пять» будет дальше всех.

Обруч нам необходим,
Поиграем, дети, с ним.

Проводится игра «За кеглями». В ней принимают участие по шесть человек от каждой команды, стоящих парами за линией. Каждая пара надевает обруч, дети одной рукой берут друг друга за талию, а другой держат обруч. По сигналу первая пара бежит к кегле, которую выставляет ведущий на расстоянии 20 шагов от линии, и старается

побыстрее схватить ее. Затем ведущий выставляет кеглю для следующих двух пар и т.д. Побеждает команда, у которой больше кеглей.

Вот, ребята, вам мячи,
Тренируйтесь, силачи!
Кто их больше унесет —
Приз команде принесет.

Проводится игра «Вот какие мы сильные». На траве лежат 15—20 разноцветных больших мячей. На расстоянии 5—7 шагов от травы проведена линия, из каждой команды выбирают по три человека, стоящих за ней. По сигналу они собирают мячи, стараясь взять как можно больше. Побеждает тот, кто больше мячей донесет до линии.

Дорогие дети и гости! Вот и закончились наши спортивные состязания. Теперь просим уважаемое жюри подвести итоги и назвать победителей.

В процессе соревнований жюри подсчитывает и выставляет на табло очки и объявляет счет. К концу праздника его желательно выровнять (можно дать очко за болельщиков, оформление команд, старательность, дисциплинированность, взаимовыручку).

Побеждает дружба.

Жюри определяет самого активного и ловкого игрока. Капитанам команд надевают ленточки с медалями, на которых изображена олимпийская символика. Всем участникам вручают памятные сувениры, значки, открытки и т.п. Под спортивный марш обе команды совершают круг почета.

А ЗНАЕТЕ ЛИ ВЫ?

В Москве 1—2 ноября 2011 г. состоится Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием **«Современные проблемы охраны здоровья детей в дошкольных образовательных учреждениях»**.

В рамках Конференции планируются обсуждение следующих вопросов.

1. Состояние здоровья дошкольников и особенности его формирования в современных условиях.
2. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детей дошкольного возраста.
3. Современные формы дошкольного воспитания и их медико-профилактическое обеспечение.
4. Ранний дошкольный возраст: особенности развития и формирования здоровья.
5. Медико-психолого-социальная помощь детям с отклонениями в развитии и особыми потребностями.
6. Новые технологии профилактики нарушений состояния здоровья и заболеваний, оздоровления дошкольников.
7. Двигательная активность и физическое воспитание дошкольников, оздоровительная и адаптивная физическая культура.
8. Медико-психолого-педагогические вопросы готовности детей к школе.
9. Гигиенические проблемы инклюзивного образования дошкольников.
10. Гигиенические проблемы дополнительного образования дошкольников.
11. Социализация детей дошкольного возраста, особенности их адаптации на разных этапах развития.
12. Семья и ее роль в развитии и формировании здоровья детей дошкольного возраста.
13. Сетевое взаимодействие и его ресурсное обеспечение в реализации проектов по охране здоровья детей дошкольного возраста.
14. Медико-профилактические основы организации и сопровождения разных видов детской деятельности.
15. Мониторинг здоровья дошкольников и оценка эффективности здоровьесформирующей деятельности дошкольных организаций.
16. Развитие здоровьесформирующей компетентности медицинских и педагогических работников дошкольных организаций.

СанПиН 2.4.1.2660-10

Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях*

*(Утверждены постановлением**Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 июля 2010 г. № 91)**Введены в действие с 1 октября 2010 года**(Окончание)*

XVIII. Требования к санитарному содержанию помещений дошкольных организаций

18.1. Все помещения убирают влажным способом с применением моющих средств не менее 2 раз в день при открытых фрамугах или окнах с обязательной уборкой мест скопления пыли (полы у плинтусов и под мебелью, подоконники, радиаторы и т.п.) и часто загрязняющихся поверхностей (ручки дверей, шкафов, выключатели, жесткая мебель и др.).

Влажную уборку в спальнях проводят после ночного и дневного сна, в групповых — после каждого приема пищи.

18.2. Столы в групповых помещениях промывают горячей водой с мылом до и после каждого приема пищи специальной ветошью, которую простирывают, просушивают и хранят в сухом виде в специальной промаркированной посуде с крышкой. Стулья, пеленальные столы, манежи и другое оборудование, а также подкладочные клеенки, клеенчатые нагрудники после использования моют горячей водой с мылом; нагрудники из ткани — стирают.

18.3. Для технических целей (уборка помещений групповой, туалета и т.д.) оборудуется в туалетных помещениях групповых отдельный водопроводный кран.

* Начало см. № 2, 4, 5, 2011 г.

АКТУАЛЬНО



18.4. Ковры ежедневно пылесосят и чистят влажной щеткой или выколачивают на специально отведенных для этого площадках, затем чистят влажной щеткой. Один раз в год их подвергают сухой химической чистке.

18.5. В помещениях, где оборудованы уголки живой природы, проводят ежедневную влажную уборку, чистку клеток, кормушек, замену подстилок, мытье поилок и смену в них воды. Один раз в две недели клетки, кормушки, поилки необходимо дезинфицировать с последующей промывкой проточной водой и высушиванием. После дезинфекции в клетку кладут чистую подстилку и корм.

18.6. Санитарно-техническое оборудование ежедневно обеззараживают независимо от эпидемиологической ситуации. Сидения на унитазах, ручки сливных бачков и ручки дверей моют теплой водой с мылом или иным моющим средством, безвредным для здоровья детей, ежедневно. Горшки моют после каждого использования при помощи ершей или щеток и моющих средств. Ванны, раковины, унитазы чистят дважды в день ершами или щетками с использованием моющих и дезинфицирующих средств.

18.7. Генеральную уборку всех помещений и оборудования проводят один раз в месяц с применением моющих и дезинфицирующих средств. Окна снаружи и изнутри моют по мере загрязнения, но не реже 2 раз в год (весной и осенью).

18.8. При неблагоприятной эпидемиологической ситуации в ДО, в целях предупреждения распространения инфекции, проводят дополнительные мероприятия в соответствии с требованиями санитарных правил.

18.9. Уборочный инвентарь для туалета маркируют ярким цветом и хранят в туалетной комнате в специальном шкафу. Весь уборочный инвентарь после использования промывают горячей водой с моющими средствами и просушивают.

Дезинфицирующие растворы и моющие средства хранят в местах, недоступных для детей.

Емкости с растворами дезинфицирующих и моющих средств должны иметь крышки, четкие надписи с указанием названия средства, его концентрации, назначения, даты приготовления. Для готовых к применению средств, разрешенных для многократного использования, указывают дату его разведения. Все дезинфицирующие и моющие средства должны иметь инструкцию по их использованию и применяться в соответствии с ней.

18.10. В теплое время года, с целью предупреждения залета насекомых, следует засетчивать окна и двери. Для борьбы с мухами внутри помещений можно использовать механические методы (липкие ленты, мухоловки), а также химические средства по борьбе с мухами, зарегистрированные в установленном порядке³.

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 04.04.2001 № 262

18.11. Жалюзийные решетки вытяжных вентиляционных систем должны быть открыты; прикрывать их следует только при резком перепаде температур воздуха помещений и наружного воздуха. По мере загрязнения их очищают от пыли.

Очистка шахт вытяжной вентиляции проводится по мере загрязнения.

18.12. Все виды ремонтных работ не допускается проводить при функционировании дошкольных организаций в присутствии детей.

18.13. Приобретенные игрушки (за исключением мягконабивных) перед поступлением в групповые моют проточной водой (температура 37 °С) с мылом или иным моющим средством, безвредным для здоровья детей, и затем высушивают на воздухе.

Пенолатексные ворсованные игрушки и мягко набивные игрушки обрабатывают согласно инструкции изготовителя.

Игрушки, которые не подлежат влажной обработке (мытьё, стирка), используются только в качестве дидактического материала.

18.14. Игрушки моют или стирают ежедневно в конце дня, а в ясельных группах — 2 раза в день. Кукольная одежда стирается по мере загрязнения с использованием детского мыла и проглаживается.

«О государственной регистрации отдельных видов продукции, представляющих потенциальную опасность для человека, а также отдельных видов продукции, впервые ввозимых на территорию Российской Федерации».

18.15. В дошкольных организациях не допускается организация проката и обмена игр, игрушек и другого инвентаря.

18.16. Медицинские инструменты многоразового пользования подлежат дезинфекции в соответствии с действующими нормативными документами.

Предпочтительно использовать стерильный инструментарий разового пользования с последующим обеззараживанием и утилизацией.

18.17. Смену постельного белья, полотенец проводят по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю. Все белье маркируют. Постельное белье, кроме наволочек, маркируют у ножного края. На каждого ребенка необходимо иметь три комплекта белья, включая полотенца для лица и ног, и две смены наматрасников. Чистое белье доставляют в мешках и хранят в шкафах.

18.18. Белье после употребления складывают в специальный бак, ведро с крышкой, клеенчатый, пластиковый или из двойной материи мешок. Грязное белье доставляют в постирочную (или специальное помещение). Матерчатые мешки сдают в стирку, клеенчатые и пластиковые — обрабатывают горячим мыльно-содовым раствором.

18.19. Постельные принадлежности: матрацы, подушки, спальные мешки следует проветривать непосредственно в спальнях при открытых окнах во время каждой генеральной уборки, периодически выносить на воздух.

Один раз в год постельные принадлежности подвергаются химической чистке или обработке в дезинфекционной камере.

18.20. Мочалки для мытья детей (число мочалок соответствует количеству детей в группе) после использования замачивают в дезинфицирующем растворе, промывают проточной водой, просушивают и хранят в чистых матерчатых мешках.

18.21. При наличии насекомых и грызунов в помещениях ДО организуют мероприятия специализированными организациями по дезинсекции и дератизации в соответствии с санитарными правилами, предъявляющими санитарно-эпидемиологические требования к проведению дезинфекционных и дератизационных мероприятий.

XIX. Основные гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые медицинским персоналом в дошкольных организациях

19.1. В целях профилактики возникновения и распространения инфекционных заболеваний и пищевых отравлений медицинские работники дошкольных организаций проводят:

- медицинские осмотры детей при поступлении в учреждения с целью выявления больных, в том числе на педикулез;
- систематическое наблюдение за состоянием здоровья воспитанников, особенно имеющих отклонения в состоянии здоровья;

- работу по организации профилактических осмотров воспитанников и проведение профилактических прививок;
- распределение детей на медицинские группы для занятий физическим воспитанием;
- информирование руководителей учреждения, воспитателей, методистов по физическому воспитанию о состоянии здоровья детей, рекомендуемом режиме для детей с отклонениями в состоянии здоровья;
- ежедневный амбулаторный прием с целью оказания медицинской помощи (при необходимости), выявление заболевших детей, своевременную их изоляцию, оказание первой медицинской помощи при возникновении несчастных случаев;
- один раз в неделю осмотр детей на педикулез. Результаты осмотра заносят в специальный журнал. В случае обнаружения детей, пораженных педикулезом, их отправляют домой для санации. Прием детей после санации допускается в дошкольные организации при наличии медицинской справки об отсутствии педикулеза;
- ежедневно в ясельных группах ведется карта стула детей;
- сообщение в территориальные учреждения здравоохранения о случае инфекционных и паразитарных заболеваний среди воспитанников и персонала учреждения в течение 2 часов после установления диагноза в установленном порядке;

- систематический контроль за санитарным состоянием и содержанием территории и всех помещений, соблюдением правил личной гигиены воспитанниками и персоналом;
- организацию и проведение профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- работу по организации и проведению профилактической и текущей дезинфекции, а также контроль за полнотой ее проведения;
- работу по формированию здорового образа жизни с персоналом и детьми, организацию «дней здоровья», игр, викторин на медицинскую тему;
- медицинский контроль за организацией физического воспитания, состоянием и содержанием мест занятий физической культурой, наблюдение за правильным проведением мероприятий по физической культуре в зависимости от пола, возраста и состояния здоровья;
- контроль за пищеблоком и питанием детей;
- ведение медицинской документации.

19.2. В целях профилактики контагиозных гельминтозов (энтеробиоза и гименолепидоза) организуют и проводят необходимые меры по оздоровлению источников инвазии, предупреждению передачи возбудителя.

19.2.1. Выявление инвазированных контагиозных гельминтозов следует осуществлять одновре-

менным обследованием всех детей и всего персонала дошкольных организаций один раз в год. На пораженность острицами проводят трехкратное обследование детей и сотрудников через 1—3 дня; на пораженность карликовым цепнем — через 10—20 дней.

19.2.2. Всех выявленных инвазированных регистрируют в журнале «Инфекционные заболевания» и проводят медикаментозную терапию силами медицинского персонала.

19.2.3. При однократном обследовании детей и сотрудников и выявлении 20% и более инвазированных острицами — проводят оздоровление всех детей и обслуживающего персонала дошкольных организаций. Одновременно проводятся мероприятия по выявлению источников заражения острицами и их оздоровление в соответствии с санитарными правилами по профилактике энтеробиозов.

19.2.4. При регистрации случаев заболеваний среди детей и персонала дошкольных организаций контагиозными гельминтозами профилактические мероприятия проводят как в период лечения детей, так и ближайшие 3 дня после его окончания. При этом необходимо:

- ежедневно 2 раза (утром и вечером) проводить влажную уборку помещений с применением мыльно-содового раствора;
- пропылесосить или обработать камерной дезинфекцией (если невозможно облучить бактерицидными лампами в течение

ние 30 минут на расстоянии до 25 см) ковры, дорожки, мягкие игрушки и убрать их до завершения заключительной дезинвазии;

- в течение 3 дней, начиная с первого дня лечения, одеяла, матрацы и подушки обрабатывать пылесосом. Одеяла и постельное белье не допускается встряхивать в помещении;
- в группах круглосуточного пребывания ежедневно менять или проглаживать горячим утюгом нательное, постельное белье и полотенца;
- ногти на руках детей и персонала должны быть коротко острижены;
- осуществлять надзор за соблюдением детьми и персоналом правил личной гигиены.

19.2.5. Для профилактики паразитозов проводят лабораторный контроль за качеством воды в ванне бассейна на паразитологические показатели 1 раз в квартал.

XX. Требования к прохождению профилактических медицинских осмотров и личной гигиене персонала

20.1. Персонал дошкольных организаций проходят медицинские осмотры и обследования, профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию в установленном порядке.

Перечень и кратность медицинских обследований, исследований и профессиональной гигиенической подготовки представлен в Приложении 15 настоящих санитарных правил.

20.2. Каждый работник дошкольных организаций должен иметь личную медицинскую книжку, куда вносят результаты медицинских обследований и лабораторных исследований, сведения о прививках, перенесенных инфекционных заболеваниях, сведения о прохождении профессиональной гигиенической подготовки и аттестации.

При отсутствии сведений о профилактических прививках работники, поступающие в дошкольные организации, должны быть привиты в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

20.3. Ежедневно перед началом работы медицинским работником проводится осмотр работников, связанных с приготовлением и раздачей пищи, на наличие гнойничковых заболеваний кожи рук и открытых поверхностей тела, а также ангин, катаральных явлений верхних дыхательных путей. Результаты осмотра ежедневно перед началом рабочей смены заносятся в «Журнал здоровья» (Приложение 16 настоящих санитарных правил).

Не допускают или немедленно отстраняют от работы больных работников или при подозрении на инфекционные заболевания. Не допускают к работе по приготовлению блюд и их раздаче работников, имеющих на руках нагноения, порезы, ожоги.

20.4. Персонал дошкольных организаций должен соблюдать правила личной гигиены: прихо-

дить на работу в чистой одежде и обуви; оставлять верхнюю одежду, головной убор и личные вещи в индивидуальном шкафу для одежды; коротко стричь ногти.

У помощника воспитателя дополнительно должен быть фартук и косынка для раздачи пищи, фартук для мытья посуды и специальный (темный) халат для уборки помещений.

Перед входом в туалетную комнату следует снимать халат и после выхода тщательно вымыть руки с мылом; работникам не допускается пользоваться детским туалетом.

20.5. Работники пищеблока не должны во время работы носить кольца, серьги, закалывать спецодежду булавками, принимать пищу и курить на рабочем месте.

Для работников дошкольных организаций следует предусмотреть не менее 3 комплектов санитарной одежды.

XXI. Требования к соблюдению санитарных правил

21.1. Руководитель дошкольных организаций является ответственным лицом за организацию и полноту выполнения настоящих санитарных правил, в том числе обеспечивает:

- наличие настоящих санитарных правил и доведение их содержания до работников учреждения;
- выполнение требований санитарных правил всеми работниками учреждения;
- необходимые условия для соблюдения санитарных правил;

— организацию производственного и лабораторного контроля;

— прием на работу лиц, имеющих допуск по состоянию здоровья, прошедших профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию;

— наличие личных медицинских книжек на каждого работника;

— своевременное прохождение ими периодических медицинских обследований;

— организацию курсовой гигиенической подготовки и переподготовки по программе гигиенического обучения не реже 1 раза в 2 года;

— условия труда работников в соответствии с действующим законодательством, санитарными правилами и гигиеническими нормативами;

— организацию мероприятий по дезинфекции, дезинсекции и дератизации;

— наличие аптек для оказания первой медицинской помощи и их своевременное пополнение;

— исправную работу технологического, холодильного и другого оборудования учреждения.

21.2. Медицинский персонал дошкольных организаций осуществляет повседневный контроль за соблюдением требований санитарных правил.

21.3. За нарушение санитарного законодательства руководитель дошкольных организаций несет ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**Перечень и кратность медицинских обследований, исследований
и профессиональной гигиенической подготовки**

Участие врачей-специалистов, вид обследования	Работники дошкольных образовательных организаций	Работники пищеблоков дошкольных образовательных организаций
—	При поступлении на работу, в дальнейшем 1 раз в год	При поступлении на работу, в дальнейшем 1 раз в год
Дерматовенеролог	При поступлении на работу, в дальнейшем 2 раза в год	При поступлении на работу, в дальнейшем 2 раза в год
Крупнокадровая флюорография	При поступлении на работу, в дальнейшем 1 раз в год	При поступлении на работу, в дальнейшем 1 раз в год
Бактериологические исследования на носительство возбудителей кишечных инфекций (дизгруппа, тифопаратифозная)	При поступлении на работу, в дальнейшем по эпидпоказаниям	При поступлении на работу, в дальнейшем по эпидпоказаниям
Серологические исследования на наличие возбудителей брюшного тифа	При поступлении на работу, в дальнейшем по эпидпоказаниям	При поступлении на работу, в дальнейшем по эпидпоказаниям
Исследования на гельминтозы	При поступлении на работу	При поступлении на работу
Исследования на контактные гельминтозы и кишечные протозоозы	1 раз в год после летнего периода и (или) по эпидпоказаниям	1 раз в год после летнего периода и (или) по эпидпоказаниям
Профессиональное гигиеническое обучение и аттестация	При поступлении на работу, в дальнейшем 1 раз в 2 года	При поступлении на работу, в дальнейшем 1 раз в год

Приложение 16
к СанПиН 2.4.1.2660-10

Форма журнала здоровья (образец)

№ п/п	ФИО работника <*>	Долж- ность	Месяц/дни: апрель							
			1	2	3	4	5	6	...	30
1	Образец заполнения	Подсоб- ный ра- бочий	Зд. <*>	Отстра- нен	б/л	В	отп.	отп.		Зд.
2										
3										

Примечание:

<*> Список работников, отмеченных в журнале на день осмотра, должен соответствовать числу работников на этот день в смену.

<*> Условные обозначения: Зд. — здоров; Отстранен — отстранен от работы; отп. — отпуск; В — выходной; б/л — больничный лист.

Приказ от 28.12.2010 № 2106

**Министерство образования
и науки Российской Федерации**

**Об утверждении федеральных
требований к образовательным
учреждениям в части охраны
здоровья обучающихся,
воспитанников**

Зарегистрировано в Минюсте РФ 02.02.2011 № 19676

В соответствии с п. 5.2.58 Положения о Министерстве образования и науки Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.05.2010 № 337 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 21,

ст. 2603; № 26, ст. 3350), приказываю:

Утвердить прилагаемые федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников.

Министр А.А. Фурсенко

**Утверждены Приказом
Министерства образования
и науки Российской Федерации от 09.12.2010 № 1639**

**Федеральные требования
к образовательным учреждениям
в части охраны здоровья обучающихся,
воспитанников**

1. Федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников (далее — Требования) представляют собой систему необходимых условий, обеспечивающих сохранение и укрепление физического и психологического здоровья обучающихся, воспитанников.

2. Образовательное учреждение создает условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников.

3. Требования сформированы с учетом факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья обучающихся, воспитанников:

социальные, экономические и экологические условия окружающей действительности;

факторы риска, имеющие место в образовательных учреждениях, которые приводят к ухудшению здоровья обучающихся, воспитанников;

фактор значительного временного разрыва между воздействием и негативным популяционным сдвигом в здоровье обучающихся, воспитанников и всего населения страны в целом;

система знаний, установок, правил поведения, привычек, форми-

руемых у обучающихся, воспитанников в процессе обучения;

особенности отношения обучающихся, воспитанников к своему здоровью, существенно отличающиеся от таковых у взрослых, связанные с отсутствием у них опыта «нездоровья» (за исключением детей с хроническими заболеваниями), неспособностью прогнозировать последствия своего отношения к здоровью, невосприятием деятельности, связанной с укреплением здоровья и профилактикой его нарушений, как актуальной и значимой.

4. Настоящие Требования включают восемь групп требований:

1) целостность системы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников;

2) соответствие инфраструктуры образовательного учреждения условиям здоровьесбережения обучающихся, воспитанников;

3) рациональная организация образовательного процесса;

4) организация физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в образовательном учреждении;

5) организация системы просветительской и методической работы

с участниками образовательного процесса по вопросам здорового и безопасного образа жизни;

6) организация профилактики употребления психоактивных веществ обучающимися, воспитанниками;

7) комплексное сопровождение системы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников;

8) мониторинг сформированности культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников.

5. Требования к целостности системы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников включают:

1) системность деятельности по вопросам здоровьесбережения (отражение в основной образовательной программе образовательного учреждения, уставе и локальных актах образовательного учреждения направлений деятельности, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья, безопасный образ жизни обучающихся, воспитанников);

2) взаимодействие образовательного учреждения с органами исполнительной власти, правоохранительными органами, научными учреждениями, учреждениями дополнительного образования детей, культуры, физической культуры и спорта, здравоохранения и другими заинтересованными организациями по вопросам охраны и укрепления здоровья, безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников;

3) преемственность и непрерывность обучения здоровому и безопасному образу жизни (здоровью) на различных ступенях, уровнях образования;

4) комплексный подход в оказании психолого-педагогической, медико-социальной поддержки различных групп обучающихся, воспитанников;

5) непрерывность отслеживания сформированности здорового и безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников.

6. Требования к соответствию инфраструктуры образовательного учреждения условиям здоровьесбережения обучающихся, воспитанников включают:

1) соответствие состояния и содержания территории, здания и помещений, а также их оборудования (для водоснабжения, канализации, вентиляции, освещения) требованиям санитарных правил, требованиям пожарной безопасности, требованиям безопасности дорожного движения;

2) наличие и необходимое оснащение помещений для питания обучающихся, воспитанников, а также для хранения и приготовления пищи в соответствии с требованиями санитарных правил;

3) оснащение учебных кабинетов, спортивных сооружений необходимым оборудованием и инвентарем в соответствии с требованиями санитарных правил для освоения основных и дополнительных образовательных программ;

4) обеспечение учебных кабинетов, спортивных залов и дру-

гих помещений для пребывания обучающихся, воспитанников естественной и искусственной освоенностью, воздушно-тепловым режимом в соответствии с требованиями санитарных правил;

5) оснащение в соответствии с требованиями санитарных правил помещений для работы медицинского персонала оборудованием для проведения профилактических осмотров, профилактических мероприятий различной направленности, иммунизации, первичной диагностики заболеваний, оказания первой медицинской помощи;

6) наличие в учебных помещениях здоровьесберегающего оборудования, используемого в профилактических целях, информационного оборудования по безопасности жизнедеятельности в соответствии с требованиями санитарных правил;

7) наличие в образовательном учреждении квалифицированных специалистов, обеспечивающих проведение оздоровительной работы с обучающимися, воспитанниками (медицинские работники, учителя (преподаватели) физической культуры, логопеды, психологи, педагоги дополнительного образования, социальные педагоги, тьюторы);

8) сформированность культуры здоровья педагогических и научно-педагогических работников образовательного учреждения (наличие знаний и умений по вопросам использования здоровьесберегающих методов и технологий; здоровьесберегаю-

щий стиль общения; образ жизни и наличие ответственного отношения к собственному здоровью).

7. Требования к рациональной организации образовательного процесса содержат:

1) включение в основную общеобразовательную программу разделов по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни, включение в основную профессиональную образовательную программу учебных модулей по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни;

2) реализацию дополнительных образовательных программ, ориентированных на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни, которые могут быть реализованы как в урочной (аудиторной), так и во внеурочной (внеаудиторной) деятельности;

3) наличие и реализацию проектов (целевая программа, программа экспериментальной работы) спортивно-оздоровительной направленности;

4) соблюдение санитарных норм, предъявляемых к организации образовательного процесса (объем нагрузки по реализации основных и дополнительных образовательных программ, время на самостоятельную учебную работу, время отдыха, удовлетворение потребностей обучающихся в двигательной активности), в том числе при введении в образовательный процесс педагогических инноваций;

5) использование форм, методов обучения и воспитания, педагогических технологий, адекватных возрастным возможностям и особенностям обучающихся, воспитанников;

6) использование в образовательном процессе здоровьесберегающих приемов, методов, форм, технологий;

7) соблюдение норм двигательной активности при организации образовательного процесса в соответствии с требованиями санитарных правил;

8) соблюдение здоровьесберегающего режима обучения и воспитания, в том числе при использовании технических средств обучения, информационно-коммуникационных технологий, в соответствии с требованиями санитарных правил;

9) учет индивидуальных особенностей развития обучающихся, воспитанников при организации образовательного процесса;

10) обеспечение благоприятных психологических условий образовательной среды (демократичность и оптимальная интенсивность образовательной среды, благоприятный эмоционально-психологический климат, содействие формированию у обучающихся адекватной самооценки, познавательной мотивации).

8. Требования к организации физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в образовательном учреждении включают:

1) организацию физкультурно-оздоровительной работы с

обучающимися, воспитанниками всех групп здоровья;

2) организацию занятий по лечебной физкультуре для обучающихся, воспитанников в соответствии с медицинскими показаниями по результатам медицинского профилактического осмотра;

3) выполнение комплекса упражнений во время регламентированных перерывов для снижения нервно-эмоционального напряжения, утомления зрительного анализатора, устранения влияния гиподинамии, гипокинезии, а также предотвращения развития познотонического утомления;

4) организацию динамических пауз (динамических перемен), физкультминутки на уроках, занятиях, способствующих эмоциональной разгрузке и повышению двигательной активности;

5) организацию работы спортивных секций, кружков, клубов и создание условий, соблюдение режима их (секций, кружков, клубов) работы в соответствии с требованиями санитарных правил;

6) организацию воспитательной, внеурочной (внеаудиторной) деятельности физкультурно-оздоровительной направленности на каждой ступени общего образования и в системе профессионального образования;

7) организацию физкультурных и спортивных мероприятий с обучающимися, воспитанниками по видам спорта и комплексных мероприятий (спартакиад,

универсиад, олимпиад, соревнований, дней спорта, дней здоровья);

8) обеспечение участия обучающихся, воспитанников в региональных, межрегиональных, всероссийских физкультурных мероприятиях и спортивных мероприятиях.

9. Требования к организации системы просветительской и методической работы с участниками образовательного процесса по вопросам здорового и безопасного образа жизни включают:

1) организацию взаимодействия образовательного учреждения с организациями (учреждениями) физической культуры и спорта, туризма, культуры, здравоохранения, гражданской обороны, защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, правоохранительными органами по проведению физкультурных мероприятий, спортивных мероприятий, мероприятий по формированию безопасного образа жизни, занятий по профилактике вредных привычек, массовых мероприятий здоровьесберегающей направленности;

2) организацию взаимодействия образовательного учреждения с общественностью по вопросам сохранения и укрепления здоровья обучающихся, воспитанников, профилактики у них вредных привычек, формирования безопасного образа жизни;

3) наличие в фонде информационно-библиотечного центра (библиотеки, медиатеки) образовательного учреждения детской, научно-публицистической, науч-

но-методической литературы, периодических изданий, информационных ресурсов по вопросам здоровья, здоровьесбережения, ведения здорового образа жизни, занятий физической культурой и массовым спортом, организации подвижных игр, выбора оптимальной двигательной нагрузки;

4) наличие и периодическое обновление информации, посвященной проблемам сохранения здоровья, организации и ведения здорового образа жизни на различных информационных носителях, информационных стендах и (или) на сайте образовательного учреждения;

5) наличие и реализацию плана методических мероприятий, повышения квалификации педагогических и научно-педагогических работников по различным вопросам возрастной психологии и физиологии, развития человека, его здоровья, факторов, положительно и отрицательно влияющих на здоровье и безопасность обучающихся, воспитанников, здоровьесберегающих технологий.

10. Требования к организации профилактики употребления психоактивных веществ обучающимися, воспитанниками включают:

1) реализацию превентивных программ, направленных на предотвращение употребления психоактивных веществ (далее — ПАВ) обучающимися, воспитанниками;

2) выявление факторов риска распространения в подростковой, молодежной среде ПАВ и

оценку эффективности реализуемых в образовательном учреждении превентивных программ;

3) наличие безопасной подерживающей образовательной среды (благоприятный психологический климат, реализация тезиса «образовательное учреждение — территория, свободная от ПАВ», система работы с педагогическими и научно-педагогическими работниками образовательного учреждения по повышению компетентности в области создания условий, предупреждающих закрепление зависимых форм поведения).

11. Требования к комплексному сопровождению системы формирования культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников включают:

1) использование рекомендованных и утвержденных методов профилактики заболеваний, не требующих постоянного наблюдения врача;

2) организацию в соответствии с требованиями санитарных правил качественного горячего питания обучающихся, воспитанников, соответствующего их энергозатратам, с учетом энергетической ценности продуктов и сбалансированности рациона;

3) наличие системы комплексной педагогической, психологической и социальной помощи обучающимся, воспитанникам с ограниченными возможностями здоровья;

4) привлечение педагогических и медицинских работников к реализации всех направлений работы по сохранению и укреплению здоровья обучающихся, воспитанников, просвещению родителей (законных представителей);

5) привлечение педагогических работников и сотрудников правоохранительных органов к реализации направлений работы по формированию безопасного образа жизни, просвещению родителей (законных представителей).

12. Требования к мониторингу сформированности культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников содержат:

1) наличие аналитических данных о формировании ценности здорового и безопасного образа жизни у обучающихся, воспитанников;

2) отслеживание динамики показателей здоровья обучающихся, воспитанников (общего показателя здоровья; показателей заболеваемости органов зрения и опорно-двигательного аппарата; травматизма в образовательном учреждении, в том числе дорожно-транспортного травматизма; показателя количества пропусков занятий по болезни; эффективности оздоровления часто болеющих обучающихся, воспитанников);

3) включение в ежегодный отчет образовательного учреждения, доступный широкой общественности, обобщенных данных о

сформированности культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся, воспитанников;

4) наличие инструментария мониторинга здоровья и физического развития обучающихся, воспитанников образовательного учреждения;

5) проведение социологических исследований на предмет удовлетворенности обучающихся, воспитанников, родителей (за-

конных представителей), педагогических и научно-педагогических работников образовательного учреждения, социальных партнеров образовательного учреждения комплексностью и системностью работы образовательного учреждения по сохранению и укреплению здоровья; а также на предмет наличия благоприятного мнения об образовательном учреждении.

РОСПОТРЕБНАДЗОР СООБЩАЕТ

С 2008 г. в нашей стране осуществляется реализация третьего этапа «Программы ликвидации кори в Российской Федерации к 2010 г.», предусматривающей сертификацию территорий, свободных от эндемичной кори.

В настоящее время, несмотря на некоторый рост заболеваемости, в Российской Федерации сложилась устойчивая эпидемиологическая ситуация по кори.

В течение последних двух лет показатели заболеваемости корью в Российской Федерации соответствуют критериям ВОЗ — менее 1 случая на млн населения, свидетельствующим об элиминации эндемичной кори на территории России. В 2009 г. в 74 регионах России корь не регистрировалась. В субъектах, где случаи кори зарегистрированы, не наблюдалось ее устойчивого распространения, что подтверждает достаточно высокий уровень коллективного иммунитета среди населения.

Среди заболевших корью в 2009 г. 29 детей до 17 лет, в том числе 28 в возрасте до 14 лет. Среди заболевших детей 92% не имеют прививок против кори. Абсолютное число заболевших корью взрослых — 71 человек. Контингент заболевших взрослых также в основном (63%) не был привит против кори или не имел сведений о прививках. Соотношение доли заболевших детей и взрослых в 2009 г. составило соответственно 29 и 71%. Таким образом, можно говорить о том, что на территории Российской Федерации по-прежнему сохраняется контингент, восприимчивый к кори и при заносе инфекции возможно формирование очагов кори.

Из Государственного доклада «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 году»

Применение вакцин вне национального календаря прививок

Рулева А.А.,

мл. науч. сотрудник ФГУ «НИИ детских инфекций ФМБА России»,
Санкт-Петербург

В настоящее время, согласно Приказу № 51н национальный календарь прививок от 31.01.2011 включает вакцинацию против 11 инфекций (туберкулез, гепатит В, дифтерия, полиомиелит, столбняк, коклюш, корь, паротит, краснуха, грипп и гемофильная инфекция для детей групп риска). Финансирование календаря обеспечивается федеральными фондами. Вакцины, включенные в календарь прививок по эпидемическим показаниям, не требуют массового применения и финансируются за счет средств регионального бюджета. Однако современные достижения медицины позволяют защитить детей от значительно большего числа актуальных в настоящих условиях тяжелых инфекций. Примером современного уровня профилактики инфекционных заболеваний служат календари стран Европы и США. В России расширение использования вакцин, не включенных в отечественный календарь, зависит от местного финансирования или желания и возможностей родителей оплатить стоимость прививки. Для расширения применения

«внекалендарных» вакцин нужна просветительская работа с родителями. В свою очередь лечащий врач должен знать о возможности профилактики различных актуальных инфекций, показаниях для использования отдельных вакцин у детей, особенно подверженных риску тяжелого течения соответствующих инфекций.

Инфекции, профилактика которых не предусмотрена отечественным календарем прививок, но рекомендуется

Вирусный Гепатит А (ВГА) — один из наиболее распространенных вирусных гепатитов в мире. В структуре инфекционной патологии у детей ВГА занимает третье место после острых респираторных (ОРВИ) и острых кишечных инфекций (ОКИ). По данным ВОЗ, ежегодно заражается и болеет гепатитом А около 1,5 млн человек. Однако предполагается, что фактическая заболеваемость этой инфекцией в несколько раз выше. На долю ВГА приходится от 10 до 80% всех вирусных гепатитов в зависимости от социально-экономическо-

го уровня развития региона, в России — около 55%. В некоторых областях распространенность ВГА столь велика, что к возрасту 5 лет все дети оказываются перенесшими инфекцию (Африка, Азия, Латинская Америка). В нашей стране лидирует по заболеваемости северо-западный регион (Санкт-Петербург).

Наиболее тяжело болеют ВГА люди с хроническими заболеваниями печени, у них возможен смертельный исход. Поэтому пациентам с хроническими гепатитами жизненно важна прививка против ВГА. В последние годы заболеваемость смещается на старшие возрастные группы, поэтому подростки и взрослые, у которых ВГА принимает более тяжелые формы, также нуждаются в вакцинации. Кроме того, растет туристская активность населения и увеличивается частота завозных случаев ВГА.

В 90-е гг. XX в. были созданы первые вакцины против ВГА, в том числе и в России. ВГА стал вторым вирусным гепатитом после гепатита В, против которого возможна активная иммунизация. Разработаны живые аттенуированные и убитые инактивированные вакцины. Массовая вакцинация проводится в Израиле, Испании, Италии, с 2006 г. двукратная вакцинация включена в национальный календарь США для всех детей в возрасте 12—24 мес. В России проводят вакцинацию только по эпидемическим показаниям.

Вакцинация рекомендована детям:

- старше 1 года, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости ВГА;
- закрытых детских учреждений;
- начинающим посещать детские учреждения;
- отдыхающим в южных странах;
- с хронической патологией и иммунодефицитными состояниями;
- хроническим гепатитом.

Вакцинация по эпидпоказаниям осуществляется лицам:

- контактировавшим с очагами инфекции;
- направляющимся в страны с высоким уровнем заболеваемости (Африки, Азии, Южной Америки и др.);
- военнослужащим и туристам при неудовлетворительных санитарных условиях;
- с хроническими заболеваниями печени;
- профессиональным риском заражения.

Вакцинация населения против ВГА во время вспышки позволяет ограничить распространение инфекции и служит наиболее эффективным приемом борьбы с ним. Имеющийся опыт проведения вакцинации во время вспышек указывает на необходимость как можно раньше начать соответствующие работы с охватом не менее 70—80% лиц, подлежащих вакцинации.

Группы профессионального риска:

- работники здравоохранения;

- рабочие на производстве и в магазинах продуктов питания, работники общественного питания;
- рабочие водопроводных и канализационных сооружений;
- персонал дошкольных и школьных учреждений;
- воинские контингенты, командированные, направляющиеся в высоко и умеренно эндемичные зоны.

Вакцины, зарегистрированные в России:

- 1) ГЕП-А-ин-ВАК (Геп А+В), Россия, с 3 лет;
- 2) ГЕП-А-ин-ВАК-ПОЛ, Россия (содержит полиоксидоний);
- 3) Хаврикс-720/1440 (для детей/взрослых) фирмы ГлаксоСмитКляйн, Англия;
- 4) Вакта 25 Ед/50 Ед (для детей/взрослых) фирмы Марк, Шарп и Доум, США;
- 5) Аваксим фирмы АVENTIS Пастер, Франция;
- 6) Твинрикс (Гепатит А+В) фирмы ГлаксоСмитКляйн, Великобритания, с 1 года;
- 7) Эпаксал (Швейцария) с 1 года, не содержит гидроокси алюминия — в стадии регистрации.

Гемофильная инфекция типа b (Hib инфекция) вызывается микробом *H.influenzae*, является обычным представителем микрофлоры слизистой оболочки верхних дыхательных путей человека. Уровень носительства *H.influenzae* варьируется в зависимости от эпидемиологических условий от 5 до 80%. От 1 до 10% детей дошкольного

возраста являются бессимптомными носителями Hib. Иногда инфицирование *H.influenzae* приводит к развитию клинических форм заболевания, спектр которых очень широк и зависит от серотипа возбудителя. Среди них преобладают заболевания верхних и нижних дыхательных путей. Наиболее частые респираторные неинвазивные формы: отит, синусит, бронхит, пневмония. В некоторых случаях развиваются более тяжелые инвазивные формы Hib-инфекции (менингит, бактериемия, инвазивная пневмония). Гемофильная инфекция — причина 40% всех гнойных менингитов у детей раннего возраста, умирают 5—25% от числа заболевших, 40% переболевших становятся инвалидами в результате поражения нервной системы, зрения, слуха. Наиболее эффективное доказанное средство профилактики гемофильной инфекции — вакцинация.

В России с 1994 г. применяется конъюгированная вакцина против гемофильной инфекции типа b Акт-Хиб производства фирмы Sanofi Pasteur, Франция. Позже была зарегистрирована вакцина Хиберикс производства фирмы GlaxoSmithKline (Бельгия), а также комбинированная вакцина Пентаксим (АКДС-ИПВ/Hib) производства Sanofi Pasteur. В настоящее время разработана отечественная вакцина. Согласно рекомендациям ВОЗ конъюгированная Hib-вакцина должна быть введена в календарь прививок всех стран.

По новому календарю прививок России *вакцинация проводится* детям, относящимся к следующим группам риска:

- с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания Hib-инфекцией;
- онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию;
- ВИЧ-инфицированным или рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей;
- находящимся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дом ребенка, детские дома, специализированные интернаты (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения).

Схема вакцинации Акт-Хиб или Хиберикс:

- детям в возрасте от 3 до 6 мес. вакцинацию проводят трехкратно с интервалом в 1—2 мес. и однократно ревакцинируют через 12 мес. после введения третьей дозы;
- детям в возрасте от 6 до 12 мес. проводят 2 инъекции с интервалом в 1—2 мес. с ревакцинацией через 12 мес. после введения второй дозы;
- детей старше 1 года и взрослых прививают однократно.

Профилактическая эффективность вакцины высокая. Специфических противопоказаний нет.

Пневмококковая инфекция

признается одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. Пик заболеваемости наблюдается на 1—2 году жизни (228/100 000) и у пожилых людей, особенно в учреждениях круглосуточного пребывания. Пневмококковая инфекция объединяет группу инвазивных и неинвазивных заболеваний, вызываемых *Str.pneumoniae*. К первой группе относятся менингит, бактериемия (септицемия), инвазивные пневмонии. Заболеваемость пневмониями в России достигает 1,5 млн в год, определяя более 50% всех смертей от болезней органов дыхания. Согласно международным и российским данным, на внебольничную пневмококковую пневмонию приходится до 76% от этиологически расшифрованных случаев среди взрослых пациентов и до 94% — у детей (В.К. Таточенко).

Кроме тяжелых инвазивных форм пневмококковой инфекции существуют неинвазивные респираторные формы: средний отит, бронхит, пневмония, фарингит, синусит. *Str. pneumoniae* — одна из наиболее частых причин воспалительного процесса в среднем ухе, в частности среднего отита у детей раннего возраста. В посевах содержимого, полученного при пункции у детей с острым средним отитом, пневмококк высевается в 27—52% случаев, при остром синусите — в 60%. Пневмококк считается обычным обитателем слизистой оболоч-

ки верхних дыхательных путей человека, его колонизация сдерживается механизмами местной иммунной защиты. Именно носители пневмококка являются резервуаром инфекции и способствуют распространению пневмококковых заболеваний в окружающем коллективе и обществе в целом. Частота носительства пневмококка в организованных детских коллективах достигает 50%. Пневмококк может служить причиной повторных ОРЗ и ведущим агентом, вызывающим осложнения при респираторных вирусных инфекциях. Риск развития пневмококкового заболевания особенно повышают гриппозные вирусы.

В настоящее время для предупреждения заболеваний, вызванных пневмококком, существуют вакцины двух типов — полисахаридные (используются с 2 лет) и конъюгированные (применяются у детей, начиная с 2-месячного возраста). Разработаны официальные международные рекомендации. Пневмококковая вакцина включена в плановую иммунизацию в 11 из 53 стран Европы, а в 9 государствах проводится вакцинация групп риска. В России имеются Методические рекомендации «Иммунизация полисахаридной поливалентной вакциной для профилактики пневмококковой инфекции» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 08.02.2008 № 01/816-8-34).

В нашей стране первая вакцина против пневмококковой инфек-

ции Пневмо-23 производства французской компании Sanofi Pasteur, зарегистрирована в 1999 г. Содержит очищенные капсульные полисахариды *S. pneumoniae* 23 серотипов. По данным российских авторов, вакцина Пневмо-23 содержит около 80% серотипов пневмококка, полученных у здоровых носителей и больных ОРЗ, и 92% серотипов, полученных у больных острыми бронхитами и пневмониями. В регистрационных испытаниях в Национальном органе контроля иммунобиологических препаратов — ГИСК им. Л.А. Тарасевича была показана хорошая переносимость: лишь у 5% привитых регистрировались слабые местные реакции. В настоящее время не только за рубежом, но и в России накоплен значительный опыт применения Пневмо-23. Вакцинация против пневмококковой инфекции может проводиться круглогодично и сочетаться с любыми другими вакцинами. Единственное противопоказание к введению пневмококковой полисахаридной вакцины — выраженные нежелательные реакции на введение предыдущей дозы вакцины.

Схема иммунизации: однократная вакцинация у детей старше 2 лет, ревакцинация не ранее чем через 3 года по показаниям, также однократно.

Показания к вакцинации против пневмококковой инфекции (группы приоритетной вакцинации): — хронические заболевания сердечно-сосудистой системы

- (ИБС, сердечная недостаточность, кардиомиопатия и др.);
- хронические заболевания дыхательной системы (ХОБЛ, эмфизема легких и др.);
 - бронхиальная астма, особенно при наличии сопутствующей патологии в виде хронического бронхита, эмфиземы легких, частые рецидивы респираторной патологии, длительный прием системных кортикостероидов;
 - сахарный диабет I типа;
 - инфицирование МБТ;
 - иммунодефициты любой этиологии, включая лиц с гематологическими и онкогематологическими заболеваниями, нефротическим синдромом, ХПН, ВИЧ-инфицированные;
 - аспления (функциональная и анатомическая), включая серповидно-клеточную анемию. Вакцинация показана также перед плановой спленэктомией;
 - лица, находящиеся в специальных условиях или особых социальных учреждениях, организованных коллективах (детские сады, школы, детские дома, казармы и т.д.). Вакцинация рекомендуется за три недели до поступления в коллектив или сразу же после поступления;
 - больные с травмами черепа, позвоночника, с нейрохирургическими вмешательствами, хроническая ликворея;
 - часто болеющие дети;
 - возраст старше 60 лет;
 - в США все взрослые старше 18 лет, курящие.

Ограничениями к использованию полисахаридной вакцины являются: неэффективность у детей до 2 лет, отсутствие влияния на бактерионосительство и предупреждение формирования антибиотикорезистентных штаммов. Данных недостатков лишены конъюгированные вакцины. Конъюгат служит, с одной стороны, носителем, с другой — адъювантом, что способствует выработке высокого уровня иммунитета даже у детей первых месяцев жизни.

В настоящее время в мире лицензирована 7-валентная конъюгированная вакцина Превенар (фирма Pfaizer, США), разрешенная к применению в США в 2000 г., а сейчас зарегистрированная более чем в 80 странах и включенная в десятки иммунизационных программ.

В России 7-валентная конъюгированная вакцина зарегистрирована в 2009 г., тестировалась в клинических исследованиях в различных странах мира. Было доказано, что она безопасна и хорошо переносится, в том числе ВИЧ-инфицированными. Единственное противопоказание — реакция гиперчувствительности при предыдущем введении препарата. Безопасность Превенара была оценена Всемирным рекомендательным комитетом ВОЗ по безопасности вакцин в ноябре 2006 г.

Использование этой вакцины в США привело к значительному снижению заболеваемости пнев-

мококковой инфекцией не только среди иммунизированных детей, но также и среди неиммунизированного населения благодаря сокращению передачи инфекции (табл. 1).

В настоящее время в России готовится к регистрации 10-валентная конъюгированная вакцина.

Менингококковая инфекция. Тяжелые формы инфекции проявляются гнойным менингитом, сепсисом (менингококцемия). Заболевание может протекать молниеносно, от момента подъема температуры и появления первой сыпи проходят часы с развитием тяжелого состояния, требующего реанимационной помощи. Умирают 5—18% от числа заболевших. Для профилактики существуют полисахаридные вакцины (2 или 4-компонентные). Планово прививки можно проводить с 18—

24 мес. При наличии контакта с больным детьми вакцинируют с 3 мес. В России зарегистрированы отечественные вакцины А и А+С, а также вакцина фирмы Sanofi Pasteur менинго А+С; вакцина менцевакс АСWУ фирмы GlaxoSmithKline используется для вакцинации паломников в Мекку, где циркулируют менингококки серотипов W и Y. Как и пневмококковая, менингококковая полисахаридная вакцина малоэффективна у детей первых двух лет жизни, поэтому не пригодна для проведения индивидуальной профилактики в этом возрасте, на который приходится основной процент тяжелых менингококковых заболеваний. Сейчас создана конъюгированная вакцина против менингококка серотипа В, преобладающего в настоящее время в Европе. В России вакцина проходит клинические испытания.

Таблица 1

Схема вакцинации детей вакциной Превенар

Возраст	Доза	Количество доз	Схема
От 2 до 6 мес.	0,5	3+1 ревакцинация	3 дозы с интервалом не менее 1 мес.; 1-я доза обычно вводится в возрасте 2 мес. 4-ю дозу (ревакцинацию) рекомендуется вводить на 2-м году жизни, оптимально в 12—15 мес.
От 7 до 11 мес.	0,5	2+1 ревакцинация	2 дозы с интервалом не менее 1 месяца, 3-ю дозу рекомендуется вводить на 2-м году жизни
От 12 до 23 мес.	0,5	2	2 дозы с интервалами между введениями не менее 2 мес.
От 2 до 5 лет	0,5	1	1 доза однократно

Ветряная оспа. Заболеваемость в России была и продолжает оставаться высокой. С 1998 до 2007 г. она увеличилась в 1,8 раза. Ежегодно регистрируется 500—700 тыс. случаев ветряной оспы. Показатели заболеваемости превышают другие воздушно-капельные инфекции (кроме гриппа и ОРВИ).

«Ветрянка» далеко не всегда, как принято считать, является «доброкачественной» детской инфекцией. К наиболее тяжелым специфическим осложнениям относятся поражения нервной системы, которые возможны при обоих вариантах развития инфекции, при ветряной оспе в виде энцефалита и менингита, при опоясывающем герпесе — ганглионита и ганглиорадикулоневрита, которые протекают тяжело и требуют госпитализации. Другие специфические осложнения: стенозирующий ларинготрахеит, миокардит, геморрагический нефрит, кератит, синдром Рея.

Достаточно тяжело ветряная оспа протекает у подростков и взрослых и крайне тяжело — у лиц с иммуносупрессией, в частности у пациентов с онкогематологическими заболеваниями. У детей с онкогематологическими заболеваниями с помощью вакцинации удастся предотвратить инфицирование или, по крайней мере, развитие генерализованного заболевания, а также сократить риск развития опоясывающего лишая у лиц, ранее переболевших ветряной оспой.

Группы населения, имеющие высокий риск заражения и распространения ветряной оспы:

- находящиеся в тесном контакте с пациентами из групп высокого риска;
- работники системы здравоохранения;
- педагоги, работающие с маленькими детьми;
- работники детских садов (дошкольных учреждений), центров дневного пребывания детей;
- военнослужащие;
- небеременные женщины детородного возраста;
- мужчины, проживающие вместе с беременными женщинами и/или детьми;
- другие группы лиц, проживающие или работающие в учреждениях закрытого типа.

Группы лиц с высоким риском тяжелого течения ветряной оспы и развития осложнений:

- онкогематологические больные;
- получающие иммунодепрессивную и системную глюкокортикоидную терапию;
- ожидающие операцию трансплантации;
- страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями: хроническая почечная недостаточность, аутоиммунные заболевания, системные заболевания соединительной ткани.

В России в настоящее время зарегистрированы две вакцины: Варилрикс (GlaxoSmithKline, Бельгия) и Окавакс (Sanofi Pasteur, Франция). Одна доза вак-

цины Варилрикс назначается детям в возрасте от 12 мес. и до 13 лет, а две дозы — подросткам с 13 лет и взрослым с интервалом между дозами 6—10 недель. Окавакс на территории России вводится всем возрастным группам однократно с 1 года.

Вакцины могут назначаться одновременно с другими детскими вакцинами, такими как корь-краснуха-паротит, что делает их прекрасными кандидатами для универсальной массовой вакцинации.

Папилломавирусная инфекция.

В настоящее время известно более 100 разновидностей вирусов. Они могут вызывать кожные бородавки, папилломы на слизистых половых органов, в частности 6,11 типы вируса ответственны за 90% случаев папиллом. Часть вирусов приводят к развитию рака шейки матки. В свою очередь последний стоит на втором месте среди причин смерти от раковых заболеваний у женщин, после рака груди. Считается, что 70% случаев рака шейки матки обусловлено вирусами 16,18 типов. В настоящее время создана и зарегистрирована рекомбинантная (на основе пищевых дрожжей) вакцина Гардасил, которая защищает от 4 типов вируса — 6,11,16,18 и создает перекрестный иммунитет еще к двум вариантам вирусов папилломы, вызывающих рак. Эффективность вакцины оценивается в 85—90%. Препарат вводится с 9 до 25 лет, трехкратно и ис-

пользуется в календарях прививок ряда стран Европы и США. Также существует бивалентная вакцина — Церварикс, защищающая от 16 и 18 типов инфекции. Рационален ранний период вакцинации девочек до начала половой жизни. В США по календарю прививок проводится также иммунизация мальчиков.

Клещевой энцефалит. Актуальная проблема для многих территорий России (табл. 2). В календаре иммунопрофилактики по эпидпоказаниям вакцинация рекомендуется с 4 лет, хотя имеются описания и более раннего инфицирования. В России применяют три вакцины — отечественную концентрированную вакцину для детей и взрослых, ФСМЕ-иммун-Инжект и энцепур (взрослую, детскую). Первичную вакцинацию — две инъекции с интервалом от 1 до 3 мес. — проводят осенью или зимой, третью дозу вводят через год, ревакцинация — через 3 года. Вакцинацию следует проводить всем детям в эндемичных регионах, а также лицам, выезжающим в такой регион в весенне-летний период. Имеющиеся данные показывают возможность одновременного введения вакцины клещевого энцефалита с календарными вакцинами. Специфическим противопоказанием к клещевым вакцинам является гиперчувствительность к белкам куриного яйца.

Для профилактики клещевого энцефалита у лиц, укушенных клещом, в России рекомендует-

Таблица 2

**Вакцины против клещевого энцефалита,
применяемые на территории России**

Вакцина	Состав	Схема вакцинации
Вакцина клещевого энцефалита сухая, с 3 лет	Антиген (штамм Софьин или 20S), канамицин, без консерванта, белок до 30 мг	Допустимый минимум между 1 и 2 введениями 2 мес.
Энцевир — вакцина жидкая, Россия, с 3 лет	Взвесь вируса, выращенного на культуре клеток куриных эмбрионов, содержит куриный белок, альбумин человека, алюминия гидроксид. Без антибиотиков и консервантов	2 инъекции с интервалом 1—2 мес., 1 ревакцинация через 1 год, последующие через 3 года
ФСМЕ-иммун, с 16 лет, ФСМЕ-имун Джуниор, с 6 мес.	Вирус штамма Neudoerfl, выращенный на культуре клеток куриных эмбрионов, содержит фосфатный буфер, альбумин человека. Без консервантов и антибиотиков	2 дозы с интервалом 1—3 мес. 1 ревакцинация через 5—12 мес., затем через 3 года. При экстренной схеме — первые 2 введения с интервалом 14 дней
Энцепур взрослый, с 12 лет, Энцепур детский, с 1 года	Вирус штамма K23, алюминия гидроксид. Без консервантов, стабилизаторов белковой природы и компонентов крови человека	2 дозы с интервалом 1—3 мес., 3 — введение через 9—12 мес., ревакцинация через 3—5 лет. Эффективная защита через 3 недели от начала применения. Экстренная схема: 0—7—21 день — 9 (12) мес.

ся специфический иммуноглобулин. Однако надежных данных относительно его эффективности не опубликовано, а у детей до 14 лет и у привитых людей его применение может усугубить течение болезни, что обусловлено феноменом антителозависимого усиления вирулентности. В большинстве стран этот препарат не рекомендуется вводить детям, привитым лицам, а также взрослым, если со времени укуса прошло более 48 ч.

Таким образом, на фоне значительных успехов вакцинопрофилактики управляемых инфекций (дифтерия, полиомиелит, корь, краснуха и паротит) возникает необходимость профилактики инфекций, поддерживающих высокий уровень заболеваемости, трудно поддающихся терапии и опасных развитием тяжелых осложнений. Врач не должен сомневаться в необходимости их проведения и донести до родителей свою уверенность.

Издательство «ТЦ СФЕРА» представляет комплект Рабочих журналов

Все журналы приведены в соответствие с ФГТ!
Выпущены в 2011 г. в новой редакции.



РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ ВОСПИТАТЕЛЯ ГРУППЫ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Авт.-сост. К.Л. Печора, В.М. Сотникова,
О.Г. Ширванова. Обложка, 176 с. Формат 60х90/8

Рабочий журнал воспитателя группы детей раннего возраста включает обязательную педагогическую документацию: план работы и табель посещаемости детьми группы детского сада. Он предусматривает ежемесячную комплексную работу воспитателя с учетом особенностей развития детей с 1 года 6 мес. до 3 лет. Журнал поможет спланировать и организовать воспитательно-образовательную и оздоровительную работу с детьми раннего возраста.

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ ВОСПИТАТЕЛЯ ДЕТСКОГО САДА

Авторы — Белая К.Ю., Кондрыкинская Л.А.
Обложка, 176 с. Формат 60х90/8

Рабочий журнал включает обязательную педагогическую документацию воспитателя ДОО. Он поможет воспитателям ДОО спланировать работу по различным видам деятельности, систематизировать результаты наблюдений за детьми, организовать работу с родителями, составить сетку занятий, провести диагностические мероприятия.

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ ЗАВЕДУЮЩЕГО ДЕТСКИМ САДОМ

Автор — Белая К.Ю.
Обложка, 160 с. Формат 60х90/8

Рабочий журнал включен в обязательную документацию руководителя ДОО. Три основных блока (информационно-аналитическая деятельность, планирование и организация, контроль) учитывают все направления деятельности и помогут в четком планировании и систематизации информации о работе ДОО.

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ ПЕДАГОГА- ПСИХОЛОГА

Автор — Семаго М.М.
Обложка, 160 с. Формат 60х90/8

Предлагаемый рабочий журнал является основной рабочей документацией педагога-психолога образовательного учреждения. Он позволяет как структурировать деятельность психолога, так и оценить непосредственную нагрузку, получить объемные показатели выполнения различных видов работ этим специалистом.



РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ МУЗЫКАЛЬНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ ДЕТСКОГО САДА

Авт.-сост. С.И. Мерзляков.

Обложка, 160 с. Формат 60х90/8

Рабочий журнал музыкального руководителя детского сада поможет музыкальному руководителю организовать планирование работы с детьми 3—7 лет, систематизировать сведения о них, выявить основные показатели их музыкального развития.

В приложениях предлагается образец еженедельного планирования и уровневой оценки музыкального развития детей старшей группы, циклограммы проведения праздников, музыкально-тематических занятий.



РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ СТАРШЕГО ВОСПИТАТЕЛЯ

Авт.-сост. К.Ю. Белая.

Обложка, 160 с. Формат 60х90/8

Старший воспитатель найдет таблицы, которые не дадут «утонуть» в потоке ежедневной информации, помогут легко и быстро ее систематизировать, подвергнуть объективному анализу, а значит, оперативно принимать грамотные управленческие решения. В приложении особый интерес вызывает разработанная автором технологическая карта методической работы в детском саду — концентрированный опыт годового планирования.



РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ ИНСТРУКТОРА ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Автор — Зимонина В.Н.

Обложка, 160 с. Формат 60х90/8

Рабочий журнал воспитателя по физической культуре позволит педагогам планировать работу по развитию двигательной деятельности детей с учетом их возрастных и индивидуальных особенностей, поможет анализировать динамику развития каждого ребенка и вовремя внести коррективы. Одновременно педагогам предлагается в определенной последовательности планировать методическую работу в ДОУ.



РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА

Авт.-сост. — О.А. Степанова.

Обложка. Формат 60х90/8

Предлагаемый рабочий журнал — новый вид методического пособия, в котором отражено стремление создать понастоящему рабочий, т.е. находящийся всегда под рукой и удобный в повседневном использовании помощник-организатор педагога. Он необходим для рационального планирования и решения диагностико-аналитических, коррекционно-развивающих, социально-педагогических, просветительных, консультативно-методических и организационных задач профессиональной деятельности учителя-логопеда.

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



ПРОГРАММА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В КОРРЕКЦИОННЫХ ГРУППАХ

Авторы — Игнатова О.И. и др.

В пособии представлена программа для работы с детьми в ДОУ компенсирующего вида и коррекционных группах. Дано теоретическое обоснование, раскрыты основные разделы, пути реализации поставленных задач. Особое внимание уделяется организации режима дня, питания, прохождению адаптационного периода, содержанию и тематике «занятий здоровья». В приложение включены тематическое планирование, варианты занятий, игр, упражнений, семинаров конкретной направленности в русле программы укрепления здоровья детей с ЗПР. Адресовано воспитателям, методистам, психологам ДОУ, родителям, а также студентам педагогических вузов и колледжей.



ЗИМНИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ФИЗКУЛЬТУРЕ С ДЕТЬМИ 5—7 ЛЕТ

Планирование, конспекты

Автор — Сулим Е.В.

В пособии представлен оригинальный материал, предназначенный для повышения интереса детей к физкультурным занятиям на свежем воздухе в зимний период: обучение ходьбе на лыжах, катанию на санках, скольжению по ледяным дорожкам и спортивной игре «Снеубол».

В издании содержатся календарно-перспективное планирование физкультурных занятий в зимнее время года для средней, старшей и подготовительной к школе групп; примерные конспекты занятий на свежем воздухе и разнообразные спортивные игры и упражнения.



ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ С ДЕТЬМИ 6—7 ЛЕТ

Автор — Картушина М.Ю.

В методическом пособии представлена система оздоровительных интегрированных занятий для детей подготовительной к школе группы, направленных на профилактику нарушений опорно-двигательного аппарата и зрения у детей, повышение резистентности организма. В книге широко представлены приемы и методы оздоровления детей: различные виды массажа и самомассажа, комплексы общеразвивающих упражнений и корригирующей гимнастики.

ИЗДАТЕЛЬСТВО «ТЦ СФЕРА» ПРЕДСТАВЛЯЕТ КНИГИ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ДЕТЕЙ В ДОУ ОРГАНИЗАЦИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ДОУ



Авторы — Возная В.И. и колл. авт.

В пособии представлены результаты многолетней воспитательной и оздоровительной работы с детьми, имеющими отклонения в физическом и психическом развитии в условиях муниципального дошкольного образовательного учреждения. Рекомендации адресованы педагогическим и медицинским работникам дошкольных образовательных учреждений.



МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В ДОУ Организация работы

Автор — Каралашвили Е.А.

Настоящее издание ставит перед собой цель сориентировать специалистов (педагога-психолога, логопеда, социального педагога), начинающих работать в структуре медико-психолого-педагогической службы в детском саду. Достаточный материал по организации деятельности, авторские разработки заинтересуют и опытных специалистов этого профиля.



КОНТРОЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Методические рекомендации для руководителей и педагогов ДОУ

Автор — Тарасова Т.А.

В настоящем пособии раскрываются общая характеристика, различные методики контроля физического состояния детей до 7 лет, а также контроля организации физического воспитания детей в дошкольных образовательных учреждениях. Представлена обработка его результатов.

Эти и другие книги можно заказать по почте наложенным платежом.

Пришлите заявку по адресу: 129626, Москва, а/я 40,
по E-mail: sfera@cmt.ru, по тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05

или закажите в интернет-магазине: www.tc-sfera.ru

Не забудьте разборчиво написать свой индекс и обратный адрес
и заказать бесплатные каталоги издательства «ТЦ Сфера»:

«Дошкольное воспитание», «Логопедия», «Педагогика и психология»,
«Начальная и средняя школа», «Подписные издания».



К сведению авторов журнала «Медработник ДОУ»

Материалы к рассмотрению принимаются только при условии выполнения следующих правил их оформления. Авторы несут ответственность за достоверность предоставленных материалов.

1. Статья должна обязательно иметь *название*.
2. После названия указывается *информация об авторах*: фамилия, имя, отчество (полностью), место работы и должность без сокращений и аббревиатур, ученая степень и ученое звание (если есть), домашний адрес (с индексом), контактный e-mail и телефон.
3. Текст должен соответствовать следующим параметрам: формат Microsoft Word; шрифт Times New Roman, размер шрифта — 12; межстрочный интервал — 1,5; поля с каждой стороны — 2 см; абзац выровнен по левому краю, отступы и интервалы — 0; отступ первой строки — 0,5.
4. Таблицы создаются средствами Microsoft Word, нумеруются, снабжаются заголовками и вставляются сразу после ссылки на них. Графики и диаграммы создаются средствами Microsoft Excel, снабжаются заголовками, соответствующими подрисовочными подписями и условными обозначениями и вставляются сразу после ссылки на них.
5. При наличии в рукописи рисунков и фотографий они должны быть представлены отдельными файлами в формате TIF, JPEG (разрешение 300 dpi — для цветных, 600 dpi — для черно-белых).
6. При наличии в статье стихотворений (прозы) других авторов обязательно ссылка на автора (ФИО).
7. Сокращения (даже общепринятые) и аббревиатуры должны иметь расшифровки при их первом упоминании в тексте.
8. Все литературные источники и ссылки на них должны быть тщательно выверены авторами. Прямое цитирование или использование идей других авторов допускается только при точной ссылке на книгу (статью).
9. Список литературы приводится в алфавитном порядке с указанием фамилии и инициалов автора, полного названия, места и года публикации, номера страницы. Ссылки в тексте статьи указываются в скобках: номер книги или статьи из списка. Постраничные сноски не желательны.
10. При ссылке на официальные нормативные документы указывается вид документа, принявший орган, дата и номер принятия, название. Допускаются ссылки только на действующие нормативные документы.
11. Объем рукописи не должен превышать 15 страниц компьютерного набора. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать материал в соответствии с концепцией журнала.
12. На последней странице статьи заполните анкету автора.
13. Статьи вместе с заполненной анкетой можно представить в напечатанном виде (один экземпляр) с приложением компакт-диска или выслать электронной почтой по E-mail: medr@tc-sfera.ru; 123@tc-sfera.ru

Анкета автора журнала «Медработник ДОУ»

Фамилия, имя, отчество (полностью); дата рождения (число, месяц, год); место работы, должность; ученая степень, ученое звание; домашний адрес (с индексом) и контактный телефон, e-mail.

Пожалуйста, помните: представление в редакцию работ, отправленных на рассмотрение или опубликованных в других изданиях, не допускается.



Созвездие подписных изданий для дошкольного образования!

Если вы хотите получать во втором полугодии 2011 г.
наши журналы с приложениями, **не забудьте подписаться!**

2011 2-е полугодие

Комплект	Индекс в каталоге		
	Роспечать	Пресса России	Почта России
«Управление ДОУ» с приложением; журналы «Методист ДОУ», «Инструктор по физкультуре», «Медработник ДОУ»	36804	39757	10399
«Управление ДОУ» с приложением	82687		
«Управление ДОУ»	80818		
«Медработник ДОУ»	80553	42120	
«Инструктор по физкультуре»	48607	42122	
«Воспитатель ДОУ» с библиотекой	80899	39755	10395
«Воспитатель ДОУ»	58035		
«Логопед» с библиотекой и приложением «Конфетка»	18036	39756	10396
«Логопед»	82686		
Комплект «Предшкольная подготовка» (комплект из 19 книг)	20572	42121	

Чтобы подписаться на **все издания** для специалистов
дошкольного воспитания Вашего учреждения,
вам потребуется **четыре индекса:**

36804, 80899, 18036, 20572 — Роспечать

Подписаться на наши издания можно по каталогам
«РОСПЕЧАТЬ», «ПРЕССА РОССИИ» и «ПОЧТА РОССИИ»

Если вы не успели подписаться на наши издания, то можно заказать их по
почте наложенным платежом **по адресу:** 129626, Москва, а/я 40.

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05, (499) 181-34-52;

по E-mail: sfera@cnt.ru; в **интернет-магазине:** www.tc-sfera.ru

В следующем номере!

Мировой опыт применения вакцин против пневмококковой инфекции

Применение в офтальмологии инфразвукового вакуумного пневмомассажа

Организация режима дня детей с туберкулезной инфекцией

Развитие речевого дыхания у детей 3—5 лет

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, или **по E-mail:** sfera@cnt.ru. Журналы до 2010 г. издания можно приобрести по 15 рублей!

МЕДРАБОТНИК ДОУ
2011, № 6 (26)

Научно-практический журнал
ISSN 2220-1475

Выходит 8 раз в год

Учредитель и издатель Т.В. Цветкова

Главный редактор Л.В. Макарова

Научный редактор Н.Л. Ямщикова

Литературный редактор И.С. Шиловских

Оформление, макет
С.Н. Гамзиной

Художник обложки
Е.В. Кустарова

Корректоры
Л.Б. Успенская, Т.Э. Балоунова

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

Точка зрения редакции может не совпадать с мнениями авторов. Ответственность за достоверность публикуемых материалов несут авторы. Редакция не рецензирует присланные материалы и не возвращает.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия 13.07.07
Свидетельство ФС № 77-28788
Издается с 2008 г.

Подписные индексы в каталогах:

«Роспечать» — 80553;
36804 (в комплекте)
«Пресса России» — 42120;
39757 (в комплекте)
«Почта России» — 10399 (в комплекте)

*Журнал «Медработник ДОУ»
выходит 8 раз в год: с февраля
по май, с сентября по декабрь*

Адрес редакции:

Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 18, корп. 3. Тел./факс: (495) 656-70-33, 656-73-00.
Почтовый адрес: 129626, Москва, а/я 40.

Рекламный отдел:

Тел.: (495) 656-75-05, 656-72-05
E-mail: sfera.post@mail.ru; www: tc-sfera.ru

Номер подписан в печать 16.09.11. Формат 60×90¹/₁₆.
Усл. печ. л. 8. Тираж 5500 экз.
Заказ №

© Журнал «Медработник ДОУ», 2011
© ООО «ТЦ СФЕРА», 2011
© Т.В. Цветкова, 2011

